

ՀՂԻՈՒԹՅԱՆ ԸՆԹԱՑՔՈՒՄ ՍՐՏԻԱՌՆՈՑԻ ԵՎ ՓՍԽՄԱՆ ՀԵՏԱԶՈՏՄԱՆ ԵՎ ՎԱՐՄԱՆ ԿԼԻՆԻԿԱԿԱՆ ՈՒՂԵՑՈՒՅՑ

Ամփոփում

Նպատակ

Սույն ուղեցույցի նպատակն է տրամադրել ապացույցների վրա հիմնված տեղեկություններ և ապացուցողական խորհուրդներ հղիության ընթացքում սրտխառնոցի և փսխման (ՀՍՓ) և հիպերէմեզիսի վերաբերյալ, և բարելավել տվյալ խմբի պացիենտների ախտորոշման և վարման ելքերը:

Մեթոդաբանություն

Սույն կլինիկական ուղեցույցը մշակվել է Հայաստանի մանկաբարձ-գինեկոլոգների և նեոնատոլոգների ասոցիացիայի անդամների կողմից: Ուղեցույցի գրականական աղբյուր են հանդիսացել հանդիսացել Մեծ Բրիտանիայի մանկաբարձ-գինեկոլոգների թագավորական քոլեջի (RCOG; The Management of Nausea and Vomiting of Pregnancy), Մանկաբարձների և գինեկոլոգների ամերիկյան քոլեջի (ACOG; Practice Bulletin No. 153: Nausea and Vomiting of Pregnancy), Կանադայի մանկաբարձների և գինեկոլոգների ընկերություն (SOGC; The Management of Nausea and Vomiting of Pregnancy), Իռլանդիայի Մանկաբարձների և գինեկոլոգների թագավորական քոլեջի (RCPI; Hyperemesis and Nausea/Vomiting in Pregnancy) և Հարավային Ավստրալիայի առողջապահության դեպարտամենտի (SA Health; Hyperemesis in Pregnancy) համանուն ուղեցույցները, ինչպես նաև PubMed, EMBASE, Cochrane Library, National Guideline Clearinghouse և UpToDate շտեմարանների արդի տվյալները: Տեղեկատվության որակը գնահատելիս և ցուցումների ուժը որոշելիս սկզբնաղբյուր հանդիսացող փաստաթղթերում, հիմք է ընդունվել Մեծ Բրիտանիայի մանկաբարձ-գինեկոլոգների թագավորական քոլեջի (RCOG), ԱՄՆ կանխարգելիչ ծառայությունների օպերատիվ խմբի (USPSTF) և Կանադայի կանխարգելիչ առողջապահության օպերատիվ խմբի կողմից առաջարկվող կողմից առաջարկվող դասակարգումները: Ուղեցույցի տեղայնցման գործընթացը իրականացվել է համաձայն միջազգային ADAPTE մեթոդաբանության: Բոլոր խորհուրդները քննարկվել և հավանության են արժանացել Հայաստանի մանկաբարձ-գինեկոլոգների և նեոնատոլոգների ասոցիացիայի անդամների կողմից անդամների կողմից (արձանագրությունը կցվում է): Սույն փաստաթուղթը ենթակա է պարբերական թարմացումների և/կամ խմբագրման յուրաքանչյուր 5 տարին մեկ կամ ավելի հաճախակի՝ կախված տվյալ ոլորտում նոր գիտագործնական տեղեկատվության ի հայտ գալուց: Ուղեցույցը նախատեսված է հղիության

ընթացքում սրտխառնոցի և փսխման ամբուլատոր և ստացիոնար հետազոտման և վարման մեջ ներառված բոլոր մասնագետների համար՝ մանկաբարձ-գինեկոլոգներ, գաստրոէնտերոլոգներ, ինտենսիվ թերապևտներ և այլ:

Արդյունքներ

Սույն ուղեցուցյում ներկայացված են ՀՄՓ ախտորոշման և վարման վերաբերյալ ապացուցողական խորհուրդներ և վարման ալգորիթմ, որոնք օգնում են կլինիկական գործունեությունում որոշումներ կայացնելիս, ինչպես նաև առաջարկվել են գործնական ներդրման ուղիներ և աուդիտի ցուցանիշներ:

Հետևություններ

Ապացույցների վրա հիմնված կլինիկական խորհուրդները կօգնեն բարելավել հղիության ընթացքում սրտխառնոցով և փսխումով պացիենտների ախտորոշման և վարման ելքերը:

Բանալի բառեր

Ապացուցողական բժշկություն, ցուցումների ուսումնասիրման, սրբեղծման և գնահատման դասակարգման համակարգ, հղիության սրտխառնոց և փսխում, հիպերէմեզիս, հղիության էմեզիսի գնահատման ցուցանիշ, կոճապղպեղ, ակոպրեսուրա, հիպնոս, պիրիդոքսին, դոքսիլամին, հակահիստամիններ, ֆենոթիազիններ, մեթոկլոպրամիդ, օնդասետրոն

Պատասխանատու համակարգող՝

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

Աշխատանքային խմբի անդամներ՝

- Աբրահամյան Լ.Ռ., բ.գ.դ., ԵՊԲՀ Մանկաբարձության և գինեկոլոգիայի թիվ 2 ամբիոնի պրոֆեսոր
- Գրիգորյան Վ.Ֆ., բ.գ.թ., դոց., ՎԱՊՄԳՀԻ Ծննդաբերական բաժանմունքի վարիչ
- Գյուլխասյան Վ.Մ. բ.գ.թ., դոց., ՎԱՊՄԳՀԻ Օպերատիվ գինեկոլոգիայի բաժանմունքի վարիչ

- Հարությունյան Ա.Գ. MD, MPH., Հայաստանի ամերիկյան համալսարանի Առողջապահական ծառայությունների հետազոտման և զարգացման կենտրոնի ավագ գիտաշխատող

Շահերի բախման հայտարարագիր և ֆինանսավորման աղբյուրներ

Պատասխանատու համակարգողը հայտարարում է շահերի բախման բացակայության վերաբերյալ: Սույն փաստաթղթի մշակման աշխատանքները ֆինանսավորվել են ՀՀ ԱՆ և ՄԱԿ-ի Բնակչության հիմնադրամի կողմից: Ֆինանսավորող կազմակերպությունները չեն ունեցել որևէ ազդեցություն փաստաթղթի պարունակության կամ ձևավորման վրա:

Շնորհակալական խոսք

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

Ուղեցույցը չի կարող փոխարինել բժշկի որոշումներ ընդունելու հմտություններին անհատ պացիենտի վարման դեպքում և տվյալ կլինիկական իրավիճակի պայմաններում

Բովանդակություն

Նախաբան

Տեղեկատվության որոնման և գնահատման մեթոդաբանություն

Դասակարգում

Ռիսկի գործոններ

Հղիության սրտխառնոցի եվ փսխման հետեվանքները մոր եվ պտղի մոտ

Ախտորոշում

Տարբերակիչ ախտորոշում

Կլինիկական գնահատում

Վարում
Սննդակարգի և ապրելակերպի փոփոխություններ
Սննդակարգ
Վիտամինային հավելումներ
Գրգռիչ ազդեցության բացառում
Հանգիստ
Ոչ դեղորայքային բուժում
Կոճապղպեղ
Ակուպրեսուրա
Հիպնոս
Դեղորայքային բուժում
Պիրիդոքսին (վիտամին B6)+ դօքսիլամին (հակահիստամին)
Հակահիստամիններ (H1 ընկալիչների անտագոնիստներ)
Դոպամինային ընկալիչների անտագոնիստներ
Ֆենոթիագին
Սերոտոնինի 5-HT3 անտագոնիստներ
Կորտիկոստերոիդներ
Դեղամիջոցների օգտագործման եղանակը
Օժանդակ բուժում
Գաստրոէզոֆագեալ ռեֆլյուքսի բուժում
Ռեհիդրատացիա (հեղուկի վերականգնում)
Էնտերալ և պարէնտերալ սնուցում
Թրոմբոկանխարգելում
Հետագա վարում
Հղիության ընդհատում
Խորհրդատվություն հետագա հղիությունների վերաբերյալ
Ներդրման եվ աուդիտի վերաբերյալ առաջարկներ
Գրականության ցանկ
Հավելված 1
Հավելված 2
Հավելված 3
Հավելված 4
Հավելված 5

Հավելված 6

Հապավումներ

ԱլԱՏ՝ ալանին ամինոտրանսֆերազա

ԱսԱՏ՝ ասպարտատ ամինոտրանսֆերազա

ԳՁՀ՝ Գերձայնային հետազոտություն

ՆԱՀ՝ Ներարգանդային աճի հապաղում

ՀՍՓ՝ Հղիության սրտխառնոդ և փսխում

ACOG՝ Մանկաբարձների և գինեկոլոգների ամերիկյան քոլեջ

CDC՝ ԱՄՆ Հիվանդությունների վերահսկման և կանխարգելման կենտրոններ

HSE՝ Մեծ Բրիտանիայի Առողջություն և անվտանգություն գործադիր մարմին

NHS՝ Մեծ Բրիտանիայի Առողջապահության ազգային ծառայություն

NICE՝ Մեծ Բրիտանիայի Առողջապահության և որակյալ խնամքի ազգային ինստիտուտ

RANZCOG՝ Ավստրալիայի և Նոր Զելանդիայի մանկաբարձների և գինեկոլոգների թագավորական քոլեջ

RCPI՝ Իռլանդիայի Մանկաբարձների և գինեկոլոգների թագավորական քոլեջ

RCOG՝ Մեծ Բրիտանիայի Մանկաբարձների և գինեկոլոգների թագավորական քոլեջ

SA Health՝ Հարավային Ավստրալիայի առողջապահության դեպարտամենտ

SOGC՝ Կանադայի մանկաբարձների և գինեկոլոգների ընկերություն

WHO՝ Առողջապահության համաշխարհային կազմակերպություն

Նախաբան

Հղիության վաղ շրջանում փսխումով կամ առանց փսխման դիտվող սրտխառնոցն այնքան տարածված երևույթ է, որ թեթև ընթացքի դեպքում համարվում է նորմալ ֆիզիոլոգիական գործընթացի մի մաս: Այնուամենայնիվ, այն կարող է բացասաբար անդրադառնալ կանանց առողջության և կյանքի որակի վրա, ինչպես նաև նշանակալիորեն մեծացնել նրանց բժշկական ծախսերը և աշխատանքային ժամանակի կորուստը: Հղիության ընթացքում սրտխառնոցի տարածվածությունը հասնում է 50–80%-ի, իսկ փսխման և ործկոցների՝ 50%-ի: Հղիության հիպերէմեզիսը ՀՍՓ-ի ծանր ընթացքն է, որը դիտվում է հղի կանանց 0.3–

3.6%-ի մոտ: Հաջորդ հղիությունների ընթացքում ՀՍՓ-ի կրկնման հաճախականությունը տատանվում է 15.2% -ից 81%:

ՀՍՓ-ի վարումը որոշակիորեն տարբերվում է հիպերէմեզիսի վարումից, սակայն երբեմն բարդ է լինում գնահատել ծանրության աստիճանը և որոշել անհրաժեշտ բուժման և աջակցության տրամադրման մոտեցումները: ՀՍՓ-ի թեթև ձևերը կարգավորվում են ապրելակերպի և սննդակարգի հետ կապված որոշ սովորույթների փոփոխությամբ, իսկ ավելի բարդ դեպքերի համար գոյություն ունեն անվտանգ և արդյունավետ բուժման մեթոդներ: Վաղ շրջանում սկսված բուժման շնորհիվ կարելի է կանխել լուրջ բարդությունների, այդ թվում՝ հոսպիտալացման դեպքերը:

Սույն ուղեցույցում ներկայացված են մի շարք խորհուրդներ, որոնք կարող են օգնել մասնագետներին ճիշտ կազմակերպել ՀՍՓ-ով տառապող հղիների խնամքը, այդ թվում՝ արդյունավետորեն տրամադրել նրանց անհրաժեշտ խորհրդատվությունն ու աջակցությունը նախքան հղիությունը, հղիության ժամանակ և հետծննդյան շրջանում:

Սույն ուղեցույցը ընդգրկում է հետևյալ հարցերի պարզաբանումը.

- Ինչպե՞ս են ախտորոշվում հղիության սրտխառնոցն ու փսխումը:
- Ինչպե՞ս են դասակարգվում ՀՍՓ-ի ծանրության աստիճանները:
- Ինչպե՞ս է անցկացվում տարբերակիչ ախտորոշումը:
- Ինչպիսի՞ նախնական կլինիկական գնահատում և բազային հետազոտություններ են անցկացվում բուժման վերաբերյալ որոշում կայացնելու համար:
- Ո՞րն է սրտխառնոցի ու փսխման սկզբնական վարումը:
- Որո՞նք են սրտխառնոցի ու փսխման բուժման միջոցները: Որքանո՞վ են անվնաս և արդյունավետ դեղորայքային միջոցները:
- Ո՞րն է ջրային բալանսի վերականգնման լավագույն մեթոդը:
- Որո՞նք են ՀՍՓ-ի բացասական հետևանքները և դրանց կանխարգելման/վարման ռազմավարությունները:
- Ո՞ր դեպքերում է դիտարկվում էնտերալ և պարէնտերալ սնուցման հարցը և որո՞նք են մոր և պտղի համար առկա ռիսկերը:
- Ո՞ր դեպքերում է դիտարկվում հղիության ընդհատման հարցը:
- Ինչպիսի՞ խորհրդատվություն տալ կանանց հետագա հղիությունների վերաբերյալ:

Տեղեկատվության որոնման և գնահատման մեթոդաբանություն

Սույն կլինիկական ուղեցույցը մշակվել է Հայաստանի մանկաբարձ-գինեկոլոգների և նեոնատոլոգների ասոցիացիայի անդամների կողմից: Ուղեցույցի գրականական աղբյուր են հանդիսացել հանդիսացել Մեծ Բրիտանիայի մանկաբարձ-գինեկոլոգների թագավորական քոլեջի (RCOG; The Management of Nausea and Vomiting of Pregnancy), Մանկաբարձների և գինեկոլոգների ամերիկյան քոլեջի (ACOG; Practice Bulletin No. 153: Nausea and Vomiting of Pregnancy), Կանադայի մանկաբարձների և գինեկոլոգների ընկերություն (SOGC; The Management of Nausea and Vomiting of Pregnancy), Իռլանդիայի Մանկաբարձների և գինեկոլոգների թագավորական քոլեջի (RCPI; Hyperemesis and Nausea/Vomiting in Pregnancy) և Հարավային Ավստրալիայի առողջապահության դեպարտամենտի (SA Health; Hyperemesis in Pregnancy) համանուն ուղեցույցները, ինչպես նաև PubMed, EMBASE, Cochrane Library, National Guideline Clearinghouse և UpToDate շտեմարանների արդի տվյալները: Համացանցում որոնում կատարելու համար օգտագործվել են հետևյալ տերմինները. “guidelines”, “nausea and vomiting”, “vomiting”, “nausea”, “hyperemesis”, “morning sickness”, “antiemetic agent”, “dehydration”, “fluids” and “hydration”: Որոնումը կատարվել է անգլերեն լեզվով: Ընտրությունը կատարվել է մանկաբարձ-գինեկոլոգիական մասնագիտացված հեղինակավոր մարմինների (RCOG, ACOG, SOGC, NICE, FIGO, WHO, RCPI, RANZCOG, CDC և այլնի) կողմից 2015 թվականից ուշ հրապարակված կամ վերանայված միջազգային ուղեցույցների միջև: 9 ուսումնասիրված ուղեցույցներից 4-ը համապատասխանել են ընտրության չափանիշներին և կիրառվել են սույն Ուղեցույցի մշակման համար: Տեղեկատվության որակը գնահատելիս և ցուցումների ուժը որոշելիս հիմք սկզբնաղբյուր հանդիսացող փաստաթղթերում, հիմք է ընդունվել Մեծ Բրիտանիայի մանկաբարձ-գինեկոլոգների թագավորական քոլեջի (RCOG), ԱՄՆ կանխարգելիչ ծառայությունների օպերատիվ խմբի (USPSTF) և Կանադայի կանխարգելիչ առողջապահության օպերատիվ խմբի կողմից առաջարկվող կողմից առաջարկվող դասակարգումները: (Տես հավելված 1): Ուղեցույցի տեղայնցման գործընթացը իրականացվել է համաձայն միջազգային ADAPTE մեթոդաբանության: Բոլոր խորհուրդները քննարկվել և հավանության են արժանացել Հայաստանի մանկաբարձ-գինեկոլոգների և նեոնատոլոգների ասոցիացիայի անդամների կողմից անդամների կողմից

(արձանագրությունը կցվում է): Սույն փաստաթուղթը ենթակա է պարբերական թարմացումների և/կամ խմբագրման յուրաքանչյուր 5 տարին մեկ կամ ավելի հաճախակի՝ կախված տվյալ ոլորտում նոր գիտագործնական տեղեկատվության ի հայտ գալուց: Ուղեցույցը նախատեսված է հղիության ընթացքում սրտխառնոցի և փսխման ամբուլատոր և ստացիոնար հետազոտման և վարման մեջ ներառված բոլոր մասնագետների համար՝ մանկաբարձ-գինեկոլոգներ, գաստրոէնտերոլոգներ:

Դասակարգում [7]

ՀՄՓ-ի միասնական ընդունված դասակարգում գոյություն չունի: Սույն ուղեցույցում կիրառվում է դասակարգում, հիմնված հղիության փսխման գնահատման ցուցանիշի (PUQE) վրա (տես Հավելված 2): Հղիության հիպերէմեզիս է կոչվում ձգձգված ՀՄՓ-ի զուգակցումը մինչև հղիությունը ունեցած քաշի ավելի քան 5% կորստի, ջրազրկման և էլեկտրոլիտային բալանսի խախտման հետ:

Ռիսկի գործոններ [2]

- պլացենտայի մեծացած զանգվածը (օր.՝ բշտիկային զանգվածի կամ բազմապտուղ հղիության ժամանակ);
- կանայք, որոնց մոտ նախքան հղիությունը էստրոգենների պարունակությամբ դեղորայք կիրառելուց սրտխառնոց կամ փսխում է դիտվել;
- կանայք, որոնք տառապում են ծովախտով կամ միգրենով;
- համային ռեցեսսորների մեծ քանակ ունեցող կանայք;
- գենետիկական նախատրամադրվածությունը կամ անամնեզում հիպերէմեզիսի առկայությունը;
- հղիությանը նախորդող վեց ամսվա ընթացքում կամ բեղմնավորման շրջանում վիտամինների խիստ պակասը, այրոցքը և թթվային ռեֆլյուքսը:

Հղիության սրտխառնոցի եվ փսխման հետևանքները մոր եվ պտղի մոտ [3]

Չնայած այսօր հազվադեպ են մահվան դեպքեր արձանագրվում ՀՄՓ-ի հետևանքով, բավականին մեծ է ՀՄՓ-ով պայմանավորված հիվանդացության մակարդակը: Հոսպիտալացման հաճախականության աճից բացի, ՀՄՓ-ն կարող է հանգեցնել նաև որոշակի հոգեբանասոցիալական խախտումների, որոնց պատճառով կինը որոշում է ընդհատել հղիությունը: ՀՄՓ-ի ազդեցությունը էմբրիոնի և պտղի վրա կախված է մոր վիճակից: Թեթև կամ միջին ծանրության ՀՄՓ-ն չի ունենում ակնհայտ ազդեցություն հղիության ելքերի վրա:

ՀՄՓ բարդությունները մոր և պտղի մոտ

<p>Բարդություններ</p> <p>մոր մոտ</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ջրազրկում. <ul style="list-style-type: none"> – մեծացնում է դիաբետիկ կետոացիդոզի ռիսկը 1 տիպի շաքարային դիաբետով հիվանդ կանանց մոտ; – մեծացնում է թրոմբոէմբոլիզմի, ինչպես նաև իմոբիլիզացիայի զարգացման ռիսկը: • Էլեկտրոլիտների բալանսի խանգարումներ՝ հիպոքլորեմիկ ալկալոզ (հիմնազարություն), հիպոկալիեմիա և հիպոնատրիեմիա, որոնք դիտվում են շարունակական փսխում ունեցող բոլոր պացիենտների մոտ: • Սպիտակուցների պակաս: • Վիտամինների/միներալների անբավարարություն և դրա հետ զուգակցվող խնդիրներ, օր.՝ թիամինի պակասը կարող է դառնալ Վերնիկեի էնցեֆալոպաթիայի զարգացման պատճառ: Այն լուրջ նյարդաբանական խանգարում է, որը զուգակցվում է սուր հոգեկան խանգարման, կարճաժամկետ հիշողության կորստի, ատաքսիայի, տեսողական խանգարումների, օր.՝ նիսթազմի և պերիֆերիկ նեվրոպաթիայի հետ: Վերնիկեի էնցեֆալոպաթիան կարող է հանգեցնել անդառնալի նյարդաբանական խանգարման: • Ֆոլաթթվի անբավարարություն, որի հետևանքով զարգանում է երկաթի անբավարարությունը:
----------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

	<ul style="list-style-type: none"> • Վահանաձև գեղձի դիսֆունկցիա, օր.՝ «պսևդո-թիրեոտոքսիկոզ», երբ թիրեոտրոպ հորմոնների քանակը նվազում է, ազատ թիրոքսինի մակարդակը բարձրանում մեՆԴ-ի (մարդու խորիզոնադոտրոպինի) կողմից վահանաձև գեղձի ստիմուլյացիայի արդյունքում: • Երիկամային դիսֆունկցիա (դառնալի ընթացք): • Հիպերէմեզիսի հետ զուգակցվող լյարդային դիսֆունկցիա – ԱԼԱՏ, ԱսԱՏ մակարդակի բարձրացում, ցածր ալբումին, բարձր բիլիռուբին՝ թերսնման և նյութաքայքայման (կատաբոլիկ) փոփոխությունների հետևանքով: • Էրոզիվ-խոցային էզոֆագիտ: • Հոգեբանական խանգարումներ, օր.՝ հետտրավմատիկ սթրեսային խանգարում, դեպրեսիա, հիպոխոնդրիա: • Մելորի-Վեյսի համախտանիշ • Փայծաղի պատռում • Կերակրափողի պատռում • Պնևմոթորաքս • Երիկամային խողովակիկների մեռուկացում
<p>Բարդություններ պտղի մոտ</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Պտղի մահ՝ մոր մոտ Վերնիկեի էնցեֆալոպաթիայի զարգացման հետևանքով: • Ներարգանդային աճի հապաղում (ՆԱՀ) կամ գեստացիոն տարիքի համար փոքր չափսեր, որոնք զուգակցվում են երկարատև հիպերէմեզիսի/բազմակի հոսպիտալացման և մարմնի քաշի ավելի քան 5% կորստի հետ: • Թերսնվածությունը հղիության վաղ շրջանում՝ պտղի ձևավորման ընթացքում, մեծացնում է երեխայի մոտ հասուն տարիքում քրոնիկ հիվանդության զարգացման ռիսկը: • Վաղաժամ ծննդաբերություն • Վիժում

ՀՍՓ-ն ախտորոշվում է, երբ ախտանիշները դրսևորվում են հղիության առաջին եռամսյակում, և սրտխառնոցի ու փսխման այլ հնարավոր պատճառները բացառվում են: (Խորհուրդի ուժը՝ D)

Հղիության հիպերէմեզիսը ախտորոշվում է, երբ ձգձգված ՀՍՓ-ն զուգակցվում է մինչ հղիությունը ունեցած քաշի ավելի քան 5% կորստի, ջրազրկման և էլեկտրոլիտային բալանսի խախտման հետ: (Խորհուրդի ուժը՝ D)

ՀՍՓ-ն զարգանում է առաջին եռամսյակում: Հղիության 10^{+6} շաբաթական ժամկետից ուշ ի հայտ եկած ախտանիշների պարագայում արդեն անհրաժեշտ է դիտարկել այլ պատճառների հավանականությունը: ՀՍՓ-ն սովորաբար զարգանում է հղիության չորրորդ և յոթերորդ շաբաթների միջև, մոտավորապես իններորդ շաբաթում հասնում է իր գագաթնակետին և մինչև քսաներորդ շաբաթը ինքնին վերանում կանանց 90%-ի մոտ: (Ապացույցի մակարդակ՝ 2-)

ՀՍՓ-ի ամենաճանր տարբերակը կոչվում է հղիության հիպերէմեզիս: Գոյություն չունի հղիության հիպերէմեզիսի մեկ ընդունված սահմանում. այն ախտորոշվում է բացառության եղանակով, հիմնված է կոնկրետ կլինիկական ախտանիշների վրա, որոնք պայմանավորված չեն որևէ այլ հիվանդություններով: Հիպերէմեզիսի ամենաընդունված չափանիշները ներառում են ծանր, շարունակական, ձգձգված սրտխառնոց և փսխում, որոնք զուգակցվում են մինչ հղիությունը ունեցած քաշի ավելի քան 5% կորստի, ջրազրկման և էլեկտրոլիտային բալանսի խախտման հետ: (Ապացույցի մակարդակ՝ 2-)

Տարբերակիչ ախտորոշում [1-3]

Երբ ՀՍՓ-ի սկզբնական դեղորայքային բուժումը անարդյունավետ է, անհրաժեշտ է անցկացնել ՀՍՓ-ի այլ հնարավոր պատճառների հետազոտում: (Խորհուրդի ուժը՝ III-A)

ՀՍՓ-ի այլ պաթոլոգիկ պատճառների բացառումը կատարվում է անամնեզի, բժշկական զննման և կլինիկական հետազոտման հիման վրա: Այս պատճառները ներառում են՝ ստամոքս-աղիքային խանգարումները, միզասեռական ուղիների հիվանդությունները, նյութափոխանակային, նյարդաբանական և հղիությամբ պայմանավորված խանգարումները: Որովայնային կամ էպիգաստրալ շրջանի սուր ցավը բնորոշ չէ ՀՍՓ-ի և հիպերէմեզիսի ընթացքին, ուստի նման դեպքերում պետք է դիտարկել շիճուկում ամիլազի մակարդակի ուսումնասիրության, որովայնային ԳՁՀ-ի և, որոշ դեպքերում, գաստրոդուոդենոսկոպիայի անցկացման հարցը: Վերջինիս անցկացումը հղիության ընթացքում անվտանգ է համարվում: Հելիկոբակտեր պիլորի (*Helicobacter pylori*) քրոնիկ վարակը կարող է զուգակցվել ՀՍՓ-ի և հիպերէմեզիսի հետ, ուստի պետք է դիտարկել հելիկոբակտեր պիլորի հակամարմինների քննության անցկացման հարցը: (Ապացույցի մակարդակ՝ 2+)

ՀՍՓ-ի տարբերակիչ ախտորոշում

<p><i>Ստամոքս-աղիքային խանգարումներ</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> - Գաստրոէնտերիտ - Գաստրոպարեզ - Ախալազիա - Լեղուղիների հիվանդություն - Հեպատիտ - Աղիքային անանցանելիություն - Խոցային հիվանդություն - Պանկրեատիտ - Ապենդիցիտ
<p><i>Միզասեռական ուղիների հիվանդություններ</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> - Պիելոնեֆրիտ - Ուրեմիա - Միզաքարային հիվանդություն - Միոմատոզ հանգույցի նեկրոզ - Ձվարանի տոտիկի ոլորում
<p><i>Նյութափոխանակային խանգարումներ</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> - Դիաբետիկ կետոացիդոզ - Պորֆիրիա - Ադիսոնի հիվանդություն

	<ul style="list-style-type: none"> - Հիպերթիրեոզ - Հիպերպարաթիրեոզ
<i>Նյարդաբանական խանգարումներ</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Գլխուղեղի կեղծ ուռուցք - Վեստիբուլյար խանգարումներ - Միգրեն - Կենտրոնական նյարդային համակարգի ուռուցքներ - Լիմֆոցիտար հիպոֆիզիտ
<i>Այլ վիճակներ</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Դեղերի տոքսիկ ազդեցություն կամ դեղերի նկատմամբ անտանելիություն - Հոգեբանական խանգարումներ - Սննդային թունավորում
<i>Հղիությամբ պայմանավորված խանգարումներ</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Հղիության լյարդի սուր ճարպային դիստրոֆիա - Պրեէկլամպսիա

Կլինիկական գնահատում

ՀՄՓ-ի ընթացքի ծանրությունը գնահատելու համար կիրառվում է հղիության էմեգիսի (փսխման) գնահատման ցուցանիշը (PUQE): (խորհուրդի ուժը՝ C)

PUQE-ը ՀՄՓ-ի ծանրության աստիճանի գնահատման օբյեկտիվ, ստուգված գործիք է: Այն ներառում է կանադական «Motherisk» ծրագրի շրջանակներում մշակված հարցաթերթիկը, որի յուրաքանչյուր հարցին տրվող պատասխանի համար նախատեսված է կոնկրետ միավոր [7]: Ընդհանուր բարձր միավորը վկայում է կնոջ ջրազրկման աստիճանի և շիճուկում էլեկտրոլիտների մակարդակի գնահատման կարիքի մասին: PUQE ցուցանիշի միջոցով որոշվում է ՀՄՓ-ի ծանրության աստիճանը՝ թեթև, միջին կամ ծանր (Հավելված 2), և գնահատվում է բուժման առաջընթացը: (Ապացույցի մակարդակ՝ 2+)

ՀՄՓ-ն և հիպերէմեգիսը զուգակցվում են հիպոնատրեմիայի, հիպոկալեմիայի, շիճուկում միզանյութի ցածր մակարդակի, հեմատոկրիտի և կետոնուրիայի մակարդակի բարձրացման

և հիպոքլորեմիկ մետաբոլիկ ալկալոզի հետ: Ծանր դեպքերում կարող է զարգանալ մետաբոլիկ ացիդեմիա: Հիպերէմեզիսով տառապող պացիենտների երկու երրորդի մոտ կարող է դիտվել վահանաձև գեղձի ֆունկցիոնալ թեստերի արդյունքների շեղումներ (ԹՀ և մԽԴ-ի միջև կառուցվածքային նմանության պատճառով)՝ բիոքիմիական թիրեոտոքսիկոզով և ազատ թիրոքսինի բարձրացած մակարդակով, որը կարող է ուղեկցվել նաև թիրեոտոքս հորմոնի ցածր մակարդակով: Այս պացիենտների մոտ հազվադեպ են հայտնաբերվում վահանաձև գեղձի նկատմամբ հակամարմինները: Բիոքիմիական թիրեոտոքսիկոզն ինքնին վերանում է, երբ հիպերէմեզիսը մեղմանում է, ուստի հակաթիրեոիդ պրեպարատների կիրառման հարցը չի դիտարկվում: (Ապացույցի մակարդակ՝ 2-)

Հիպերէմեզիսով տառապող կանանց մինչև 40%-ի մոտ հայտնաբերվում են լյարդի ֆունկցիոնալ թեստերի խանգարումներ, որոնց մեջ ամենատարածվածը տրանսամինազների մակարդակի բարձրացումն է: Բիլիռուբինի և ամիլազայի մակարդակը ևս կարող է փոքր-ինչ բարձրանալ, սակայն դեղնուկով չի արտահայտվում: Հիպերէմեզիսի մեղմանալուն պես այս ցուցանիշները վերականգնվում են: (Ապացույցի մակարդակ՝ 3)

Անամնեզ, բժշկական զննում և հետազոտում՝ հիվանդության ծանրությունը և զարգացման այլ պատճառների պարզելու նպատակով

Անամնեզ	<ul style="list-style-type: none"> • Անամնեզում ՀՍՓ-ի և հիպերէմեզիսի առկայություն • Որոշել ծանրությունը PUQE համակարգով • Բացառել հիվանդության այլ պատճառները. <ul style="list-style-type: none"> - որովայնային ցավ - միզուղիների խնդիրներ - վարակ - կիրառված դեղամիջոցներ - հելիկոբակտեր պիլորի քրոնիկ վարակ
Չննում	<ul style="list-style-type: none"> • Մարմնի ջերմաստիճան • Անոթազարկ • Արյան ճնշում

	<ul style="list-style-type: none"> • Թթվաձնի հագեցվածություն • Շնչառության արագություն • Որովայնի զննում • Քաշ • Ջրազրկման նախանշաններ • Այլ զննումներ՝ ելնելով անամնեզից:
Հետազոտում	<ul style="list-style-type: none"> • Մեզի քննություն կետոնուրիայի հայտնաբերման համար • Մեզի միջին չափաբաժնի նմուշ • Միզանյութ և էլեկտրոլիտներ. <ul style="list-style-type: none"> - հիպոկալեմիա/հիպերկալեմիա - հիպոնատրեմիա - ջրազրկում - երիկամային հիվանդություն • Արյան ընդհանուր քննություն. <ul style="list-style-type: none"> - վարակ - անեմիա - հեմատոկրիտ • Արյան գլյուկոզայի վերահսկում. <ul style="list-style-type: none"> - բացառել դիաբետիկ կետոացիդոզի հնարավորությունը՝ շաքարային դիաբետի առկայության դեպքում • ԳՁՀ. <ul style="list-style-type: none"> - հաստատել կենսունակ ներարգանդային հղիությունը - բացառել բազմապտուղ հղիությունը և տրոֆոբլաստիկ հիվանդությունը • Բուժմանը դժվար ենթարկվող դեպքերում կամ նախկինում հոսպիտալացման մի քանի դեպքերից հետո, անցկացնել. <ul style="list-style-type: none"> - վահանազեղծի ֆունկցիայի քննություն. հիպոթիրեոզ/հիպերթիրեոզ - լյարդի ֆունկցիայի քննություն. անհրաժեշտ է բացառել լյարդային այլ հիվանդությունները, ինչպիսիք են՝ հեպատիտը

	<p>կամ լեղապարկի քարերը</p> <ul style="list-style-type: none"> - կալցիում և ֆոսֆատ - ամիլազ. բացառել պանկրեատիտը - զարկերակային արյան գազեր. բացառել մետաբոլիկ խանգարումները՝ հիվանդության ծանրության աստիճանը հսկողության տակ պահելու համար:
--	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Վարում

Սննդակարգի և ապրելակերպի փոփոխություններ [1-3]

Սննդակարգ

ՀՍՓ ունեցող հղի կանանց տրվող խորհուրդները սովորաբար սահմանափակվում են սննդակարգում փոփոխություններ կատարելու առաջարկություններով: Սակայն, չկան բավարար ապացույցներ առ այն, որ սննդակարգի փոփոխությունը մեղմացնում է ՀՍՓ-ի ախտանիշները: Անհրաժեշտ է խրախուսել կանանց ուտել այն, ինչ դուր է գալիս՝ միաժամանակ ձգտելով օգտագործել առողջ և անվտանգ սնունդ: Այդ նպատակով խորհուրդ է տրվում.

- Ուտել հաճախակի, փոքր չափաբաժիններով յուրաքանչյուր 1-2 ժամը մեկ, որպեսզի չծանրաբեռնել ստամոքսը:
- Կոշտ և հեղուկ սնունդը ընդունել առանձին. հեղուկները պետք է օգտագործել կոշտ սննդի ընդունումից առնվազն 30 րոպե առաջ կամ հետո՝ ստամոքսում ծանր զգացողությունը նվազեցնելու նպատակով: Հեղուկներն ավելի լավ է ընդունել սառը վիճակում, գազավորված կամ մի փոքր թթվաշ՝ փոքր չափաբաժիններով: Երբեմն օգնում է ձողիկով խմելը:
- Բացառել սուրճի, կծու, սուր հոտ ունեցող, ճարպի բարձր պարունակությամբ, թթու և շատ քաղցր սննդի կիրառումը:
- Ուտել աղի, չոր, չեզոք համով թեթև ուտեստներ (օր.՝ ընկուզեղեն, ոլորաբլիթներ, կրեկեր, շիլա, թոսթ):
- Խուսափել շատ տաք կամ շատ սառը սնունդ ընդունելուց:

- Նախապատվությունը տալ ցածր յուղայնության, սպիտակուցների բարձր պարունակությամբ մթերքներին:
- Սնունդ ընդունել նախքան անկողնուց վեր կենալը և այն ժամանակ, երբ սրտխառնոցը փոքր-ինչ մեղմացած է:
- Ուտել նախքան քաղց զգալը, որովհետև դատարկ ստամոքսը կարող է ուժգնացնել սրտխառնոցը:
- Երեկոյան ժամերին թեթև սնունդ ուտելը կարող է օգտավետ լինել (օր.՝ քնելուց առաջ կարելի է ուտել պանրով կրեկեր):
- Չկան ապացույցներ առ այն, որ կարճատև սննդային անբավարարությունը հղիության առաջին շաբաթների ընթացքում կարող է երկարատև ազդեցություն թողնել հղիության ելքերի վրա:

Վիտամինային հավելումներ

Նախքան բեղմնավորումը և հղիության վաղ շրջանում B վիտամինային կոմպլեքսի ընդունումը կարող է թեթևացնել ՀՍՓ-ի ընթացքը: Որոշ կանանց մոտ ՀՍՓ-ն պայմանավորված է նախաճննդան վիտամիններում երկաթի պարունակությամբ: Առաջին եռամսյակի ընթացքում երկաթի պահանջը չի մեծանում և եթե կինը չունի սակավարյունության խնդիր, ապա առաջին եռամսյակում ռուտին երկաթային հավելումներ չեն նշանակվում: Կանանց խորհուրդ է տրվում հղիության առաջին եռամսյակում խուսափել երկաթի պարունակությամբ նախաճննդան վիտամինների կիրառումից, և փոխարենը ընդունել ֆոլաթթու:

Գրգռիչ ազդեցության բացառում

Սննդակարգում փոփոխություններ կատարելուց բացի, ՀՍՓ-ի նվազեցման կարևոր միջոցներից է շրջակա միջավայրի գրգռիչ ազդեցության բացառումը: Այս գրգռիչները ներառում են. տոթ միջավայրը, սուր հոտերը (օր.՝ օծանելիք, քիմիկատներ, սնունդ, ծուխ), շոգը, խոնավությունը, աղմուկը և տեսողական կամ ֆիզիկական շարժումը (օր.՝ փայլվիղ լույսեր, մեքենայի վարում): Ախտանիշները կարող են բարդանալ դիրքը հաճախակի փոփոխելու և, հատկապես, ուտելուց հետո ոչ բավարար չափով հանգստանալու պատճառով: Վիճակը կարող է սրվել անմիջապես ուտելուց հետո պառկելու, հատկապես,

ձախ կողքի վրա պառկելու դեպքում, քանի որ այս գործողությունները դանդաղեցնում են աղիների դատարկման գործընթացը: Ախտանիշները կարելի է թեթևացնել կանոնավոր մաքրելով ատամները սնունդ ընդունելուց հետո, հաճախակի ազատվելով բերանում հավաքվող թքից և ողողելով բերանի խոռոչը:

Հանգիստ

Հոգնածությունը կարող է դառնալ ՀՍՓ-ի ախտանիշների սրման պատճառ, ուստի հղիության վաղ շրջանում պետք է ավելի շատ ժամանակ տրամադրել քնին: Հանգստին ավելի շատ ժամանակ հատկացնելը նվազեցնում է անաշխատունակ օրերի քանակը:

Խորհուրդներ

Բեղմնավորումից երեք ամիս առաջ նախաձննդյան վիտամինների ընդունումը կարող է նվազեցնել ՀՍՓ-ի հաճախականությունն ու ծանրության աստիճանը: (*Խորհուրդի ուժը՝ Level A*)

ՀՍՓ ունեցող կանայք կարող են դադարեցնել երկաթի պարունակությամբ նախաձննդյան վիտամինների ընդունումը առաջին եռամսյակի ընթացքում և փոխարինել դրանց ֆոլաթթվով կամ մեծահասակների կամ երեխաների համար նախատեսված երկաթի ցածր պարունակությամբ վիտամինային կոմպլեքսներով: (*Խորհուրդի ուժը՝ II-2A*)

Կանանց խորհուրդ է տրվում հանգստանալ ըստ կարիքի՝ ՀՍՓ-ի հնարավորինս թեթև ընթացքը ապահովելու համար: (*Խորհուրդի ուժը՝ D*)

Ոչ դեղորայքային բուժում [1-3]

Կոճապղպեղ

Կոճապղպեղը (լատ.՝ Zingiber officinale) ծաղկավոր բույս է: Արմատն օգտագործվում է որպես խորտիկների և ըմպելիքների համեմունք; այն արտադրվում է նաև թեյի կամ հաբերի տեսքով: Ռանդոմիզացված կլինիկական ուսումնասիրության արդյունքների սիստեմատիկ վերանայումները և մետա-վերլուծությունները վկայում են այն մասին, որ, համեմատած պլացեբոյի հետ, կոճապղպեղով բուժման պարագայում դիտվել է սրտխառնոցի ախտանիշների թեթևացում: Կան ապացույցներ առ այն, որ կոճապղպեղն ունի դոպամինի և սերոտոնինի անտագոնիստի ազդեցություն, որը բարելավում է ստամոքսաղիքային տրակտի շարժողականությունը և չի առաջացնում կողմնակի երևույթներ: Խորհուրդ է տրվում ներքին ընդունման 250 մգ՝ օրական 4 անգամ:

Ակուպրեսուրա

Հազարավոր տարիների ընթացքում ակուպունկտորիստները պայքարել են տարբեր ծագման սրտխառնոցի ու փսխման դեմ P6 կետի (Nei Guan՝ ներքին դարպաս) ստիմուլյացիայի միջոցով (տես Հավելված 3): Այս կետը գտնվում է դաստակից երեք մատ վերև՝ ձեռքի ափի երկար մկանի և դաստակը ծալող մկանի ջլերի միջև: P6 կետի ակուպրեսուրան օգնում է որոշ դեպքերում մեղմել սրտխառնոցը և նվազեցնել փսխումը: Ակուպրեսուրան հասանելի է, այն անց է կացվում ինքնուրույն, անվտանգ է և կարող է նպաստել հղի կանանց սրտխառնոցի ու փսխման ախտանիշների մեղմացմանը:

Հիպնոս

Հղիության հիպերեմեզիսի պարագայում հիպնոսի արդյունավետության վերաբերյալ անցկացրած վեց ուսումնասիրությունների վերանայման արդյունքում կատարվել է եզրակացություն, համաձայն որի գոյություն ունեցող ապացույցները բավարար չեն հավաստիորեն պնդելու, որ հիպնոսը (տրանս-ինդուկցիան) թերապիայի արդյունավետ միջոց է:

Խորհուրդներ

Թեթև կամ միջին ծանրության ՀՍՓ-ի դեպքում, հակաէմետիկ բուժումից խուսափելու նպատակով կարելի է օգտագործել կոճապղպեղ: (խորհուրդի ուժը՝ A)

Կանանց կարելի է վստահեցնել, որ ակուստիմուլյացիայի կիրառումը հղիության ընթացքում լիովին անվտանգ է: Ակուսրետուրան նպաստում է ՀՄՓ-ի ախտանիշների մեղմացմանը: *(խորհուրդի ուժը՝ B)*

Հիպնոթերապիան՝ որպես ՀՄՓ-ի և հիպերեմեգիսի վարման միջոց, խորհուրդ չի տրվում: *(խորհուրդի ուժը՝ D)*

Դեղորայքային բուժում [1-3]

Կոնսերվատիվ միջոցների անարդյունավետության դեպքում դիմում են դեղորայքային բուժմանը: Բուժումն անհրաժեշտ է սկսել ՀՄՓ-ի ախտորոշման հաստատումից հետո հնարավորինս շուտ (Հավելված 4):

Պիրիդոքսին (վիտամին B6) + դոքսիլամին (հակահիստամին)

Պիրիդոքսինը ջրալույծ վիտամին է, որը 1942 թվականից կիրառվում է ՀՄՓ-ի բուժման համար: ACOG, SOCG, NICE և RCPI ուղեցույցների համաձայն՝ ՀՄՓ-ի բուժումը պիրիդոքսինի կամ պիրիդոքսին + դոքսիլամինի միջոցով արդյունավետ է և անվտանգ: Մի շարք ռանդոմիզացված հսկողական հետազոտությունների արդյունքները ցույց են տվել, որ, համեմատած պլացեբոյի հետ, այս դեղամիջոցների կիրառումը 70%-ով նվազեցնում է ՀՄՓ-ի ախտանիշները: Ավելի քան 170,000 կանանց միջև անցկացրած «դեպք-հսկողություն» և կոհորտային հետազոտություններն ապացուցել են, որ դեղամիջոցների համադրությունը անվտանգ է պտղի համար [5]:

Դոքսիլամին/պիրիդոքսինով բուժումը նվազեցնում է ՀՄՓ-ի տևողությունը և ծանրության աստիճանը ՀՄՓ-ի բարձր ռիսկի խմբի այն կանանց մոտ, ովքեր ստացել են բուժումը հղիության սկզբից: Կանանց պետք է իրազեկել այն մասին, որ դոքսիլամինի/պիրիդոքսինի միջոցով բուժումը նախատեսված չէ սուր վիճակների թեթևացման համար: ՀՄՓ-ն կանխարգելելու կամ ծանրության աստիճանը նվազեցնելու համար այն պետք է ընդունել կանոնավոր կերպով: Սրտխառնոցի մեղմացման դեպքում դոքսիլամինի/պիրիդոքսինի ընդունումը պետք է ոչ թե անմիջապես դադարեցնել, այլ աստիճանաբար նվազեցնել:

10 մգ դօքսիլամինի և 10 մգ պիրիդօքսինի համադրությամբ դանդաղեցված ձերբազատմամբ դեղանյութը դեռևս գրանցված չէ Հայաստանում:

Խորհուրդներ

Պիրիդօքսինով բուժումը կամ պիրիդօքսին + դօքսիլամինի համադրությունը իր արդյունավետության և ապահովության շնորհիվ համարվում է ՀՍՓ-ի բուժման առաջին շարքի միջոց: (Խորհուրդի ուժը՝ I-A)

Դօքսիլամինի/պիրիդօքսինի կանխարգելիչ կիրառումը հղիության սկզբնական շրջանում կարող է դրական ազդեցություն ունենալ ՀՍՓ-ի բարձր ռիսկի խմբի կանանց վիճակի վրա: (Խորհուրդի ուժը՝ I-A)

Դիտարկվածներից միայն RCOG ուղեցույցը խորհուրդ չի տալիս կիրառել պիրիդօքսինը ՀՍՓ-ի բուժման նպատակով:

Հակահիստամիններ (H1 ընկալիչների անտագոնիստներ)

Հղիության ընթացքում H1 ընկալիչների անտագոնիստների կիրառումը համարվում է անվտանգ: Այս եզրակացությունը հիմնավորված է մեծ ծավալի ապացույցներով և առաջին եռամսյակում հակահիստամինների կիրառման մետա-վերլուծության արդյունքներով: Վերլուծության մեջ ընդգրկվել են 1964 թվականից մինչև 1991 թվականը տպագրված 24 հսկողական ուսումնասիրություններ և ավելի քան 200,000 կանայք, ովքեր ընդունել են հակահիստամիններ հղիության առաջին եռամսյակում [6]: Համաձայն մետա-վերլուծության արդյունքների՝ հակահիստամինների օգտագործումը առաջին եռամսյակում չի զուգակցվում պտղի զարգացման բնածին արատների առաջացման ռիսկի հետ: Ներմուծման տարբեր ձևերի առկայության շնորհիվ (պարէնտերալ, մոմիկների ձևով) այս դեղամիջոցները հարմար են օգտագործելու համար և կիրառվում են ինչպես սուր ընթացքի, այնպես էլ էպիզոդային բնույթի ՀՍՓ-ի բուժման համար: Անհրաժեշտ է զգուշությամբ համադրել տարբեր H1 ընկալիչների անտագոնիստները՝ քանի որ հակահիստամինների համադրության արդյունքում հնարավոր է առաջանա դեղաչափը

գերազանցելու վտանգ: Կողմնակի ազդեցության զարգացման դեպքում անհրաժեշտ է վերանայել դոզավորումը:

Խորհուրդ

H1 ընկալիչների անտագոնիստների կիրառումը պետք է դիտարկվի ՀՄՓ-ի սուր կամ քրոնիկ ընթացքի վարման մեջ: (Խորհուրդի ուժը՝ I-A)

Դոպամինային ընկալիչների անտագոնիստներ

Մետոկլոպրամիդը ստամոքսաղիքային տրակտի վերին հատվածների շարժողականության խթանիչ է, որը խոչընդոտ է հանդիսանում դոպամինային ռեցեպտորների համար, իսկ բարձր դոզայի պարագայում կարող է արգելափակել նաև կենտրոնական նյարդային համակարգի սերոտոնինային ռեցեպտորները: Հաշվի առնելով ՀՄՓ-ի կապը ստամոքսաղիքային տրակտի շարժողականության ուղիների խանգարման հետ՝ շատ երկրների կլինիկական պրակտիկայում կիրառվում է մետոկլոպրամիդը: Առաջին եռամսյակում մետոկլոպրամիդով բուժում ստացած ավելի քան 40,000 կանանց շրջանում անցկացրած ուսումնասիրությունները չեն բացահայտել որևէ զուգակցում մետոկլոպրամիդի կիրառման և բնածին արատների, ինքնաբեր վիժման, ծննդյան ցածր քաշի, վաղաժամ ծննդաբերության կամ պերինատալ մահվան մեծացած ռիսկի հետ:

Կանանց անհրաժեշտ է իրազեկել արտաբրգային ազդեցության հնարավորության մասին¹:

Խորհուրդներ

Մետոկլոպրամիդի կիրառումը՝ որպես ՀՄՓ-ի վարման օժանդակ բուժում, համարվում է անվտանգ: (Խորհուրդի ուժը՝ II-2B)

¹ Մ ու ը դ ի ս տ ո ն ի կ ռ ե ա կ ց ի ա ն ե ռ - օ թ ի ն ա կ դ ե մ ք ի մ կ ա ն ն ե ռ ը ջ դ ա ձ գ ու մ ն ե ռ , տ թ ի գ մ , օ պ ի ս տ ո տ ո ն ու ս , մ կ ա ն ա յ ի ն հ ի պ ե թ տ ո ն ու ս , ա կ ն ա գ ն դ ի մ կ ա ն ն ե ռ ը ջ դ ա ձ գ ու թ յ ու ն , լ ե գ վ ի ռ ի թ մ ի կ ե լ ու ս տ (պրոտրոնոզիա). հ ա գ վ ա դ ե պ - ս տ թ ի դ ո թ և դ ի ս պ ն ե , հ ա վ ա ն ա ր ա ր պ ա յ մ ա ն ա վ ո թ վ ա ծ լ ա թ ի ն գ ո ս պ ա գ մ ո վ :

Մետոկլոպրամիդը համարվում է անվտանգ և արդյունավետ դեղորայք, սակայն արտաբրգային ազդեցության ռիսկի պատճառով այն կիրառվում է որպես երկրորդ շարքի դեղամիջոց: (Խորհուրդի ուժը՝ B)

Ֆենոթիազին

Ապացուցվել է, որ ֆենոթիազինների (օր.՝ քլորպրոմազինը, պերֆենազինը, պրոքլորպերազինը, պրոմեթազինը, տրիֆլուպերազինը) կիրառումը հղիության ընթացքում անվտանգ է: Մի շարք հետազոտությունների արդյունքները ապացուցել են, որ տարբեր ֆենոթիազինների օգտագործումը չի հանգեցնում պտղի զարգացման որևէ լուրջ արատի ռիսկի մեծացմանը: Մի շարք ռանդոմիզացված հսկողական հետազոտություններն ապացուցել են ֆենոթիազինների նշանակալի բուժիչ ազդեցությունը ՀՍՓ-ի ծանր ընթացքի մեղմացման հարցում՝ համեմատած պլացեբոյի հետ: Կանանց անհրաժեշտ է իրազեկել արտաբրգային ազդեցության հնարավորության մասին:

Խորհուրդներ

Ֆենոթիազինների կիրառումը՝ որպես ՀՍՓ-ի վարման օժանդակ բուժում, համարվում է անվտանգ: (Խորհուրդի ուժը՝ I-A)

Սերոտոնինի 5-HT3 անտագոնիստներ

ՀՍՓ-ի բուժման համար 5-HT3 անտագոնիստների անվտանգության և արդյունավետության վերաբերյալ տեղեկությունները սահմանափակ են, սակայն նրանց կիրառման ծավալն աճում է քիմիաթերապիայի հետևանքով զարգացած էմեզիսի բուժման մեջ նրանց ակնհայտ արդյունավետության շնորհիվ:

Օնդանսետրոն - հղիության ընթացքում օնդանսետրոնի կիրառման անվտանգության և արդյունավետության վերաբերյալ առկա տեղեկությունները հակասական են: Որոշ ուսումնասիրությունների արդյունքում պարզվել է, որ օնդանսետրոնի կիրառումը հղիության վաղ շրջանում զուգակցվում է բնածին արատների, օրինակ՝ քիմքի ճեղքվածքի և սրտի արատների մեծացած ռիսկի հետ: Մի շարք այլ ուսումնասիրությունները նման

եզրակացության չեն հանգել և ցածր են գնահատել ռիսկը: Ինչպես բոլոր դեղամիջոցների պարագայում, օնդանսետրոնի կիրառման յուրաքանչյուր անհատական դեպք պահանջում է բոլոր պոտենցիալ ռիսկերի ու օգուտների գնահատում: Օնդանսետրոնիը համարվում է բուժման վերջին շարքի դեղորայք, որի կիրառումը դիտարկվում է միայն մնացած դեղամիջոցների անարդյունավետության պարագայում:

Խորհուրդ

Չնայած հղիության ընթացքում օնդանսետրոնի կիրառման անվտանգության հետ կապված որոշ մտահոգությունների՝ օնդանսետրոնը կարելի է օգտագործել որպես ծանր ՀՍՓ-ի վարման օժանդակ բուժում՝ այլ դեղամիջոցների անարդյունավետության պարագայում: (խորհուրդի ուժը՝ II-1C)

Կորտիկոստերոիդներ

Չկան բավարար ապացույցներ ՀՍՓ-ի բուժման մեջ ստերոիդների արդյունավետության և անվտանգության վերաբերյալ: Համեմատած պրոմեթազինի հետ՝ պրեդնիզոլոնը գործում է ավելի դանդաղ, սակայն երկարաժամկետ վարման դեպքում համարվում է առավել արդյունավետ՝ հիմնականում կողմնակի ազդեցության իր ցածր պրոֆիլի շնորհիվ:

Ստերոիդների համակարգային օգտագործմանը վերագրվում է այնպիսի արատների զարգացումը, ինչպիսիք են՝ շուրթի և/կամ քիմքի ճեղքվածքը: Քանի դեռ չեն հավաքագրվել ավելի մեծ ծավալի տվյալները, կորտիկոստերոիդները կարող են կիրառվել միայն որպես վերջին շարքի դեղամիջոցներ՝ 10 շաբաթից փոքր գեստացիոն տարիքում և միայն այն դեպքում, երբ դրա անհրաժեշտությունը մոր համար գերակշռում է հնարավոր ռիսկերը պտղի համար:

Խորհուրդ

Կորտիկոստերոիդները կիրառվում են միայն ստանդարտ բուժման անարդյունավետության դեպքում: (խորհուրդի ուժը՝ A)

Դեղամիջոցների օգտագործման եղանակը

Հաշվի առնելով այն հանգամանքը, որ տարբեր դասերին պատկանող դեղերը ունեն գործողության տարբեր մեխանիզմներ բայց, նման են ազդեցությամբ, որևէ հակաէմետիկ դեղորայքի նկատմամբ ցածր զգայունության դեպքում, անհրաժեշտ է կիրառել տարբեր դասերի համադրություններ: Բացի այդ, շարունակական փսխումը կարող է վկայել այն մասին, որ ներքին ընդունման հակաէմետիկները չեն կլանվում, ուստի այս դեպքում ավելի նպատակային և արդյունավետ է ներմուծել դեղորայքը ներերակային, ռեկտալ, ենթամաշկային կամ ներմկանային ուղիներով:

Խորհուրդներ

Որևէ մեկ հակաէմետիկի նկատմամբ ցածր զգայունության դեպքում անհրաժեշտ է կիրառել տարբեր դեղամիջոցների համադրությունները: (*խորհուրդի ուժը՝ I*)

Շարունակական կամ ծանր ՀՍՓ-ի դեպքում դեղորայքի պարէնտերալ կամ ռեկտալ ներմուծումը կարող է լինել առավել արդյունավետ, քան ներքին ընդունումը: (*խորհուրդի ուժը՝ I*)

Բժիշկները պետք է նշանակեն իրենց ծանոթ հակաէմետիկներ, և որևէ դեղամիջոցի անարդյունավետության դեպքում պետք է կիրառեն տարբեր դասերի դեղամիջոցներ: (*խորհուրդի ուժը՝ B*)

Օժանդակ բուժում [1-3]

Գաստրոէզոֆագեալ ռեֆլյուքսի բուժում

Գաստրոէզոֆագեալ ռեֆլյուքսը հղիության ընթացքում հաճախակի դիտվող երևույթ է, որը կարող է բարդացնել ՀՍՓ-ի ընթացքը: Ներքոհիշյալ օժանդակ բուժումը կիրառվում է առաջին հերթին էզոֆագեալ թթվային ռեֆլյուքսի մեղմացման համար, սակայն կարող են նաև նվազեցնել ՀՍՓ-ի ծանրության աստիճանը: Մագնեզիում, կալցիում կամ ալյումին պարունակող անտացիդները կիրառվում են հղիության ընթացքում որպես ռեֆլյուքսի բուժման առաջին շարքի դեղորայք: Չկան ապացույցներ առ այն, որ առաջարկվող

դեղաչափով կիրառվելու դեպքում անտացիդներն ունենում են տերատոգեն ազդեցություն: Հղիության ընթացքում անհրաժեշտ է խուսափել բիկարբոնատի պարունակությամբ անտացիդների կիրառումից, քանզի այն կարող է հանգեցնել մետաբոլիկ ալկալոզի և հեղուկի գերկուտակման ինչպես մոր, այնպես էլ պտղի մոտ:

Անտացիդների անարդյունավետության պարագայում ռեֆլյուքսի վարման համար սովորաբար կիրառվում են H2 ընկալիչների անտագոնիստները, այդ թվում՝ ցիմետիդինը, ռանիտիդինը և ֆամոտիդինը: Այս դեղամիջոցների կիրառումը հղիության առաջին եռամսյակում չի զուգակցվել արատների ձևավորման հետ: Ցիմետիդինը և ռանիտիդինը իրենց անվտանգության շնորհիվ արդեն երեք տասնյակ տարիներ հաջողությամբ կիրառվում են հղիության ընթացքում:

Պրոտոնային պոմպի ինհիբիտորները, ներառյալ՝ օմեպրազոլը, լանսոպրազոլը, ռաբեպրազոլը, էզոմեպրազոլը և պանտոպրազոլը, հղիության ընթացքում կիրառվելիս դրսևորում են անվտանգության բարձր ցուցանիշ:

Խորհուրդ

Հիստամին H2 ընկալիչների անտագոնիստները կամ պրոտոնային պոմպի ինհիբիտորները կարող են կիրառվել հղիության ընթացքում՝ գաստրոէզոֆագեալ ռեֆլյուքսի, էզոֆագիտի կամ գաստրիտի բուժման նպատակով: (խորհուրդի ուժը՝ D)

Ռեհիդրացիա (հեղուկի վերականգնում)

Ներերակային հիդրացիան իրականացվում է այն պացիենտների մոտ, ովքեր ի վիճակի չեն հեղուկներ ընդունել երկար ժամանակահատվածի ընթացքում, կամ նրանց մոտ առկա են ջրազրկման կլինիկական ախտանիշները: Խորհուրդ է տրվում դիտարկել նաև կետոացիդոզի և վիտամինային անբավարարության դեպքերը: Չկան ապացույցներ հեղուկի ներմուծման լավագույն սխեմայի վերաբերյալ, սակայն, հաշվի առնելով այն, որ հղիության հիպերէմեզիսով հոսպիտալացված կանայք հիմնականում հիպոնատրիեմիկ, հիպոքլորեմիկ, հիպոկալիեմիկ և կետոացիդոզային վիճակում են, նպատակահարմար է ֆիզիոլոգիական

լուծույթի և կալիումի կիրառումը: Թիամինի անբավարարության պարագայում դեքստրոզայի լուծույթները կարող են զարգացնել Վերնիկեի էնցեֆալոպաթիա, ուստի դեքստրոզայի ներմուծման յուրաքանչյուր օր անհրաժեշտ է կիրառել պարէնտերալ թիամինի բարձր դեղաչափ (100 մգ):

Խորհուրդ

Ձգձգված փսխման ախտանիշներով հոսպիտալացված բոլոր կանանց անհրաժեշտ է նշանակել թիամինի հավելումներ (ներքին ընդունման կամ ներերակային)՝ մասնավորապես նախքան դեքստրոզայի ներմուծումը կամ պարէնտերալ սնուցման իրականացումը: (խորհուրդի ուժը՝ C)

Ներերակային հիդրատացիան կատարվում է այն պացիենտների մոտ, ովքեր ի վիճակի չեն երկար ժամանակ հեղուկներ ընդունել կամ ում մոտ առկա են ջրազրկման կլինիկական ախտանիշները: Անհրաժեշտ է դիտարկել նաև կետոացիդոզի և վիտամինային անբավարարության բուժումը: (խորհուրդի ուժը՝ Մակարդակ C)

Էնտերալ և պարէնտերալ սնուցում

Այն կանայք, ովքեր, չնայած հակաէմետիկ թերապիայի կիրառմանը, շարունակում են կորցնել քաշը, էնտերալ և պարէնտերալ սնուցման տարբերությունը չի ուսումնասիրվել որևէ ռանդոմիզացված համեմատական հետազոտության շրջանակներում: Համաձայն մի քանի թեմատիկ հաշվետվությունների և կլինիկական դեպքերի ուսումնասիրությունների՝ էնտերալ սնուցումը խողովակի միջոցով լավ է տարվում հղիության ընթացքում: Բացառապես պարէնտերալ սնուցումը պոտենցիալ կյանքին սպառնացող միջամտություն է, քանի որ զուգակցվում է սեպսիսի և թրոմբոէմբոլիկ բարդությունների հետ, ուստի սկզբնական փուլում հիպերէմետիկոսով տառապող, քաշի պահպանման խնդիր ունեցող կանանց սննդային աջակցությունն անհրաժեշտ է իրականացնել խողովակային էնտերալ սնուցման միջոցով:

Խորհուրդներ

Խողովակի միջոցով էնտերալ սնուցումը (նազոգաստրալ կամ նազոդուոդենալ) իրականացվում է որպես առաջին շարքի բուժման միջոց հղիության հիպերէմեզիսով տառապող այն կանանց մոտ, ովքեր զգայուն չեն բուժման նկատմամբ և ովքեր ունեն քաշի պահպանման խնդիր: *(Խորհուրդի ուժը՝ C)*

Թրոմբոկանխարգելում

Ուսումնասիրությունների արդյունքները ցույց են տվել, որ հիպերէմեզիսի ընթացքում երակային թրոմբոէմբոլիզմի զարգացման շանսերի հարաբերությունը կազմում է 2.5-4.4: Ուստի թրոմբոկանխարգելման անցկացումը այդ հղիների մոտ անհրաժեշտ է (Տե՛ս «Մայրություն» N1 ուղեցույցը): Սակայն, հաշվի առնելով այն, որ հիպերէմեզիս ունեցող կանանց մոտ թրոմբոէմբոլիզմի ռիսկը նշանակալիորեն բարձր է շարունակական փսխման ընթացքում, թրոմբոկանխարգելումը կարելի է դադարեցնել դուրսգրման կամ հիպերէմեզիսի մեղմացման պարագայում: (Ապացույցի մակարդակ 2+)

Խորհուրդներ

Հիպերէմեզիսով հոսպիտալացված կանանց կատարվում է թրոմբոկանխարգելում ցածր մոլեկուլյար հեպարինի միջոցով՝ սպեցիֆիկ հակացուցումների, օրինակ՝ ակտիվ արյունահոսության բացակայության պարագայում: Դուրսգրումից հետո թրոմբոկանխարգելումը կարելի է դադարեցնել: *(Խորհուրդի ուժը՝ C)*

Հետագա վարում

Ուսումնասիրությունները ցույց են տվել, որ հիպերէմեզիսով տառապող, հղիության ընթացքում քաշի ավելացման ցածր ցուցանիշով (հղիության ամբողջ ընթացքում 7 կգ-ից պակաս) կանայք գտնվում են վաղաժամ ծննդաբերության և ծննդյան ցածր քաշի ռիսկի խմբում: (Ապացույցի մակարդակ՝ 2+)

Խորհուրդներ

Եթե ծանր ՀՍՓ-ի և հիպերէմեզիսի տևողությունը ձգձգվում է մինչև երկրորդ եռամսյակի վերջը կամ երրորդ եռամսյակը, ապա պտղի աճը վերահսկելու նպատակով անց է կացվում պարբերական ԳՁՀ: (խորհուրդի ուժը՝ C)

Հղիության ընդհատում

ԱՄՆ-ի հիպերէմեզիսի իրազեկման և հետազոտման հիմնադրամի (HER Foundation) զեկույցի համաձայն՝ հիպերէմեզիսով բարդացած հղիությունների 10%-ը ընդհատվում է այն կանանց մոտ, որոնք հիպերէմեզիսի բացակայության պարագայում չէին ցանկանա ընդհատել հղիությունը: Միացյալ Թագավորության հղիության սրտխառնոցի աջակցման կենտրոնը հայտնաբերել է, որ այս կանանցից շատերին չեն տրամադրվում բուժման բոլոր հասանելի միջոցները, իսկ ստերոիդներ ստացած կանանց թիվը չի կազմում նույնիսկ 10%: (Ապացույցի մակարդակ՝ 4)

Նախքան հղիության ընդհատման մասին որոշում ընդունելը անհրաժեշտ է դիտարկել հակաէմետիկների, կորտիկոստերոիդների, էնտերալ և պարէնտերալ սնուցման, ինչպես նաև էլեկտրոլիտների բալանսի խախտման կամ մետաբոլիկ խանգարումների շտկման հնարավորությունները: Անհրաժեշտ է դիմել նաև հոգեբանի խորհրդատվության, իսկ ընդհատման մասին որոշումը ընդունել բազմապրոֆիլային մոտեցմամբ՝ որպես հղիության ընդհատման պատճառ արձանագրելով բուժման անարդյունավետությունը: (Ապացույցի մակարդակ՝ 2-)

Խորհուրդներ

Նախքան ցանկալի հղիության ընդհատման հարցի դիտարկումը անհրաժեշտ է փորձել բուժման բոլոր հասանելի միջոցները: (խորհուրդի ուժը՝ D)

Խորհրդատվություն հետագա հղիությունների վերաբերյալ [1]

Տարբեր աղբյուրների համաձայն՝ հաջորդ հղիությունների ժամանակ հիպերէմեզիսի կրկնման հաճախականությունը տատանվում է 15.2-81% սահմաններում: Կանադական ուսումնասիրություններից մեկի շրջանակներում համեմատվել են ՀՄՓ ունեցող (13 կամ ավելի բարձր PUQE ցուցանիշով) կանայք, ովքեր մինչև հղիանալը կամ ախտանիշների ի հայտ գալը ընդունել են կանխարգելիչ հակաէմետիկներ և այն կանայք, ովքեր չեն ընդունել կանխարգելիչ հակաէմետիկներ: Արդյունքները ցույց են տվել, որ կանխարգելիչ թերապիա ստացած կանանց խմբում հիպերէմեզիսի կրկնման հաճախականությունը նվազել է, և նշանակալիորեն բարելավվել է նախորդ հղիության ընթացքում արձանագրված ՀՄՓ-ի PUQE ցուցանիշը: Նախորդ հղիության ընթացքում ծանր ՀՄՓ-ով տառապող կանանց խորհուրդ է տրվում հաջորդ հղիության ընթացքում կատարել սննդակարգի և ապրելակերպի փոփոխություններ և սկսել հակաէմետիկների ընդունումը նախքան սրտխառնոցի ախտանիշների ի հայտ գալը կամ անմիջապես դրանից հետո: (Ապացույցի մակարդակ 2+)

Խորհուրդներ

Անամնեզում հիպերէմեզիս ունեցող կանանց պետք է իրազեկել հաջորդ հղիություններում հիպերէմեզիսի կրկնման ռիսկի մասին: (Խորհուրդի ուժը՝ D)

Ընթացիկ ՀՄՓ-ի և հիպերէմեզիսի ռիսկի նվազեցման նպատակով խորհուրդ է տրվում հնարավորինս վաղ ընդունել հակաէմետիկներ և կատարել սննդակարգի/ապրելակերպի այնպիսի փոփոխություններ, որոնց արդյունավետությունը հաստատվել է նախորդ հղիության ընթացքում: (Խորհուրդի ուժը՝ C)

Խորհուրդ է տրվում սկսել նախածննդյան վիտամինների ընդունումը բեղմնավորումից երեք ամիս առաջ, ինչը նպաստում է հղիության ընթացքում ՀՄՓ-ի հաճախականության և ծանրության աստիճանի նվազեցմանը: (Խորհուրդի ուժը՝ Մակարդակ A)

Ներդրման եվ աուդիտի վերաբերյալ առաջարկներ

Սույն կլինիկական ուղեցույցի ներդրումը Հայաստանի բուժհաստատություններում հնարավոր է հանդիպի հետևյալ խոչընդոտների՝

- Ծննդոգնության հիմնարկների ապահովումը համապատասխան դեղորայքով:
- Բժիշկների կարծրատիպային մոտեցումը ՀՍՓ-ի վարմանը

Ստորև ներկայացվում են սույն ուղեցույցի առաջարկվող աուդիտի ցուցանիշները.

- ՀՍՓ-ի թեթևախտանիշներով կանանց վիճակը գնահատվում է PUQE ցուցանիշի միջոցով:
- Ձգձգված փսխման ախտանիշներով հոսպիտալացված կանանց նշանակվում է թիամինի հավելում:
- Հիպերէմեզիսով հոսպիտալացված կանանց նշանակվում է թրոմբոկանխարգելում ցածր մոլեկուլյար հեպարինով՝ հակացուցումների բացակայության դեպքում:
- Եթե ՀՍՓ-ի և հիպերէմեզիսի ծանր ընթացքը ձգձգվում է մինչև երկրորդ եռամսյակի վերջը կամ երրորդ եռամսյակը, ապա պտղի աճը վերահսկելու նպատակով անց է կացվում պարբերական սկանավորում:

Գրականության ցանկ

1. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG). The Management of Nausea and Vomiting of Pregnancy and Hyperemesis Gravidarum. RCOG Green-top Guideline No. 69. June 2016, 27p. <https://www.rcog.org.uk/globalassets/documents/guidelines/green-top-guidelines/gtg69-hyperemesis.pdf>
2. American College of Obstetrics and Gynecologists (ACOG). Nausea and Vomiting of Pregnancy. Practice Bulletin 153, September 2015. Obstet Gynecol 2015;126:e12–24 <http://www.acog.org/Resources%20And%20Publications/Practice%20Bulletins/Committee%20on%20Practice%20Bulletins%20Obstetrics/Nausea%20and%20Vomiting%20of%20Pregnancy.aspx>
3. The Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada (SOGC). The Management of Nausea and Vomiting of Pregnancy. SOGC clinical practice guideline No. 339, December 2016. J Obstet Gynaecol Can 2016;38(12):1127e1137. [http://www.jogc.com/article/S1701-2163\(16\)39464-6/pdf](http://www.jogc.com/article/S1701-2163(16)39464-6/pdf)
4. Institute of Obstetricians and Gynaecologists, Royal College of Physicians of Ireland (RCPI) and the Clinical Strategy and Programmes Division, Health Service Executive. Hyperemesis and nausea/vomiting in pregnancy. Clinical practice guideline No 12. Nov 2015. <https://rcpi-live-cdn.s3.amazonaws.com/wp-content/uploads/2016/05/36.-Hyperemesis-and-Nausea-Vomiting-in-Pregnancy.pdf>
5. McKeigue PM, Lamm SH, Linn S, Kutcher JS. Bendectin and birth defects: I. A meta-analysis of the epi- demologic studies. Teratology 1994;50:27–37. (Meta- analysis)
6. Seto A, Einarson T, Koren G. Pregnancy outcome following first trimester exposure to antihistamines: meta-analysis. Am J Perinatol 1997;14:119–24. (Meta- analysis)
7. Ebrahimi N, Maltepe C, Bournissen FG, Koren G. Nausea and vomiting of pregnancy: using the 24-hour Pregnancy-Unique Quantification of Emesis (PUQE-24) scale. J Obstet Gynaecol Can. 2009 Sep; 31(9):803-7. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19941704>
8. South Australian Perinatal Practice Guidelines. Hyperemesis in Pregnancy. Department of Health, Government of South Australia. Nov 11. <https://www.sahealth.sa.gov.au/wps/wcm/>

Հավելված 1

Մեծ Բրիտանիայի մանկաբարձ-գինեկոլոգների թագավորական քոլեջի (RCOG) կողմից առաջարկվող դասակարգում

<i>Ապացուցողականության աստիճանը</i>	<i>Խորհուրդի ուժը</i>
<p>«1++». Ռանդոմիզացված հսկողական հետազոտությունների կամ կողմնակալության շատ ցածր ռիսկով ռանդոմիզացված հսկողական հետազոտությունների բարձրորակ մետա-վերլուծություններ, համակարգային վերանայումներ:</p> <p>«1+». Ռանդոմիզացված հսկողական հետազոտությունների կամ կողմնակալության ցածր ռիսկով ռանդոմիզացված հսկողական հետազոտությունների ճիշտ անցկացված մետա-վերլուծություններ, համակարգային վերանայումներ:</p> <p>«1-». Ռանդոմիզացված հսկողական հետազոտությունների կամ կողմնակալության բարձր ռիսկով ռանդոմիզացված հսկողական հետազոտությունների մետա-վերլուծություններ, համակարգային վերանայումներ:</p> <p>«2++». Միակ արդյունքների և կողմնակալության շատ ցածր ռիսկ կամ պատճառահետևանքային կապի բարձր հավանականություն ունեցող «դեպք-հսկողություն» կամ կոհորտային հետազոտությունների կամ բարձր որակի</p>	<p>A. «1++» գնահատված, անմիջականորեն թիրախ բնակչությանը վերաբերող առնվազն մեկ մետա-վերլուծություն, համակարգային վերանայում կամ ռանդոմիզացված հսկողական հետազոտություն, կամ այդպիսի հետազոտությունների համակարգային վերանայում, կամ ապացույցների ամբողջություն, որը բաղկացած է հիմնականում «1+» գնահատված, անմիջականորեն թիրախ բնակչությանը վերաբերող, համադրելի արդյունքներով հետազոտություններից:</p> <p>B. Ապացույցների ամբողջություն, որը ներառում է «2++» գնահատված, անմիջականորեն թիրախ բնակչությանը վերաբերող, համադրելի արդյունքներով հետազոտություններ; կամ</p> <p>C. «1++» կամ «1+» գնահատված հետազոտությունների հիման վրա էքստրապոլյացիայի մեթոդով մշակված ապացույցներ; ապացույցների ամբողջություն, որը</p>

<p>«դեպք-հսկողություն» կամ կոհորտային հետազոտությունների բարձր որակի համակարգային վերանայում:</p> <p>«2+». Ճիշտ իրականացված «դեպք-հսկողություն» կամ կոհորտային հետազոտություններ, որոնք ունեն սխալ արդյունքների և կողմնակալության ցածր ռիսկ կամ պատճառահետևանքային կապի չափավոր հավանականություն:</p> <p>«2-». «Դեպք-հսկողություն» կամ կոհորտային հետազոտություններ՝ սխալ արդյունքների և կողմնակալության բարձր ռիսկով կամ ոչ պատճառահետևանքային կապի նշանակալի ռիսկով:</p> <p>«3». Ոչ անալիտիկ աշխատություններ, կլինիկական դեպքերի զեկույցներ, դեպքերի ուսումնասիրությունների արդյունքներ:</p> <p>«4». Փորձագիտական կարծիք:</p>	<p>բաղկացած է 2+ գնահատված, անմիջականորեն թիրախ բնակչությանը վերաբերող, համադրելի արդյունքներով հետազոտություններից; կամ «2++» գնահատված հետազոտություններից ստացված, էքստրապոլացիայի մեթոդով մշակված ապացույցներ:</p> <p>D. Ապացույցների մակարդակ 3 կամ 4; կամ «2+» գնահատված հետազոտությունների հիման վրա էքստրապոլացիայի մեթոդով մշակված ապացույցներ:</p> <p>E. Լավագույն պրակտիկայի օրինակներ. առաջարկվող լավագույն պրակտիկա, որը հիմնված է ուղեցույցների մշակման աշխատանքային խմբի կլինիկական փորձի վրա:</p>
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

ԱՄՆ կանխարգելիչ ծառայությունների օպերատիվ խմբի (USPSTF) կողմից առաջարկվող դասակարգում

Ապացուցողականության աստիճանը	Խորհուրդի ուժը
<p>I Ապացույցները ձեռք են բերվել առնվազն մեկ պատշաճ կերպով մշակված ուսնդումիզացված հսկողական հետազոտության արդյունքում:</p> <p>II-1 Ապացույցները ձեռք են բերվել լավ մշակված ոչ-ուսնդումիզացված հսկողական հետազոտությունների արդյունքում:</p> <p>II-2 Ապացույցները ձեռք են բերվել լավ մշակված կոհորտային կամ "դեպք-հսկողություն" անալիտիկ ուսումնասիրությունների արդյունքում: Ցանկալի է, որ ուսումնասիրությունները անցկացված լինեն ավելի քան մեկ կենտրոնի կամ հետազոտական խմբի կողմից:</p> <p>II-3 Ապացույցները ձեռք են բերվել ժամանակային շարքերի վերլուծությունների արդյունքում՝ միջամտության միջոցով կամ առանց միջամտության: Ոչ-հսկողական փորձարկումների մեծաքանակ արդյունքները նույնպես կարող են համարվել այս տեսակի ապացույցներ:</p> <p>III Կլինիկական փորձի վրա հիմնված հեղինակավոր մարմինների կարծիքներ, նկարագրական վերլուծություններ կամ փորձաքննական հանձնաժողովների</p>	<p>Level A. Խորհուրդների հիմքում ընկած են դրական, հետևողական գիտական ապացույցները:</p> <p>Level B. Խորհուրդների հիմքում ընկած են ոչ բավարար կամ ոչ հետևողական գիտական ապացույցները:</p> <p>Level C. Խորհուրդների հիմքում ընկած են հիմնականում կոնսենսուսը և փորձագիտական կարծիքը:</p>

հաշվետվություններ:	
--------------------	--

Կանադայի կանխարգելիչ առողջապահության օպերատիվ խմբի կողմից առաջարկվող դասակարգում

<i>Ապացուցողականության ասփիճանը</i>	<i>Խորհուրդների ուժը</i>
<p>I: Ապացույցները ձեռք են բերվել առնվազն մեկ պատշաճ կերպով ռանդոմիզացված հսկողական հետազոտության արդյունքում:</p> <p>II-1: Ապացույցները ձեռք են բերվել լավ մշակված ոչ ռանդոմիզացված հսկողական հետազոտությունների արդյունքում:</p> <p>II-2: Ապացույցները ձեռք են բերվել լավ մշակված կոհորտային (պրոսպեկտիվ կամ ռետրոսպեկտիվ) կամ «դեպք-հսկողություն» ուսումնասիրությունների արդյունքում: Ցանկալի է, որ ուսումնասիրությունները անցկացված լինեն ավելի քան մեկ կենտրոնի կամ հետազոտական խմբի կողմից: II-3: Ապացույցները ձեռք են բերվել միջամտության միջոցով կամ առանց միջամտության՝ ժամանակային և տեղային համեմատությունների հիման վրա: Ոչ հսկողական փորձարկումների մեծաքանակ արդյունքները (օրինակ՝ 1940 թվականներին պենիցիլինով բուժման արդյունքները) նույնպես կարող են ներառվել այս տեսակի ապացույցների մեջ:</p> <p>III: Կլինիկական փորձի վրա հիմնված հեղինակավոր մարմինների կարծիքներ, նկարագրական վերլուծություններ կամ փորձաքննական հանձնաժողովների հաշվետվություններ:</p>	<p>A. Գոյություն ունեն լավ հիմնավորված ապացույցներ, որոնք հիմք են հանդիսանում կլինիկական կանխարգելիչ միջոցառման կիրառումը առաջարկելու համար:</p> <p>B. Գոյություն ունեն բավականին հիմնավորված ապացույցներ, որոնք հիմք են հանդիսանում կլինիկական կանխարգելիչ միջոցառման կիրառումը առաջարկելու համար:</p> <p>C. Գոյություն ունեցող ապացույցները հակասական են և չեն կարող հիմք հանդիսանալ կլինիկական կանխարգելիչ միջոցառման կիրառումը առաջարկելու կամ բացառելու համար: սակայն, որոշումը կարող է ընդունվել այլ գործոնների ազդեցության ներքո:</p> <p>D. Գոյություն ունեն բավականին հիմնավորված ապացույցներ, որոնք թույլ են տալիս խորհուրդ տալ չկիրառել կլինիկական կանխարգելիչ միջոցառումը:</p> <p>E. Գոյություն ունեն լավ հիմնավորված ապացույցներ, որոնք թույլ են տալիս խորհուրդ տալ չկիրառել կլինիկական կանխարգելիչ միջոցառումը:</p> <p>I. Առկա ապացույցները բավարար չեն (քանակապես կամ որակապես) առաջարկություն կատարելու համար: սակայն, որոշումը կարող է ընդունվել այլ գործոնների ազդեցության ներքո:</p>

Հավելված 2

Հղիության էմեգիսի ծանրության աստիճանի ցուցանիշ (PUQE - 24) [1]

Ընդհանուր ցուցանիշը հաշվարկվում է երեք հարցերի պատասխանների միավորների գումարման միջոցով

Քանի՞ ժամ եք սրտխառնոց զգացել վերջին 24 ժամվա ընթացքում:	Չեմ զգացել (1)	1 ժամ կամ պակաս (2)	2-3 ժամ (3)	4-6 ժամ (4)	6 ժամից ավել (5)
Քանի՞ անգամ եք ունեցել՝ փսխում վերջին 24 ժամվա ընթացքում:	7 կամ ավելի անգամ (5)	5-6 անգամ (4)	3-4 անգամ (3)	1-2 անգամ (2)	Չեմ ունեցել (1)
Քանի՞ անգամ եք առանց փսխելու ործկոց ունեցել վերջին 24 ժամվա ընթացքում:	Չեմ ունեցել (1)	1-2 անգամ (2)	3-4 անգամ (3)	5-6 անգամ (4)	7 կամ ավելի անգամ (5)

PUQE-24 ցուցանիշ՝ թեթև ≤ 6 միավոր; միջին = 7-12 միավոր; ծանր = 13-15 միավոր

Վերջին 24 ժամվա

ընթացքում քանի՞ ժամ եք քնել: _____ Որն՞ է անքնության պատճառը _____

Որքա՞ն եք գնահատում Ձեր

ինքնազգացողությունը 0 – 10 սանդղակով: _____

0 (ամենավատ հնարավոր վիճակ) - 10 (նախքան հղիությունը ունեցած ամենալավ վիճակ)

Ձեր կարծիքով, ո՞րն է Ձեր վիճակի պատճառը: _____

Հավելված 3.

P6 կետի ակուպրեսուրա



Պատկեր 1



Պատկեր 2

1. Ձեռքը պահեք այնպես, որ մատները ուղղված լինեն դեպի վեր, իսկ ափը՝ բացված դեպի ձեզ:
2. P-6 կետը գտնելու համար դաստակին տեղադրեք մյուս ձեռքի առաջին երեք մատները: Ապա տեղադրեք բութ մատը անմիջապես ցուցամատի տակ գտնվող կետին: Բութ մատի տակ պետք է կարողանաք շոշափել երկու խոշոր ջլերը:
3. Բութ մատով կամ ցուցամատով շրջանաձև շարժումով մերսեք այս կետը երկու-երեք րոպե: Սեղմեք ամուր, սակայն առանց ցավի զգացում առաջացնելու:
4. Նույնը կրկնեք մյուս դաստակի վրա:

Հավելված 4

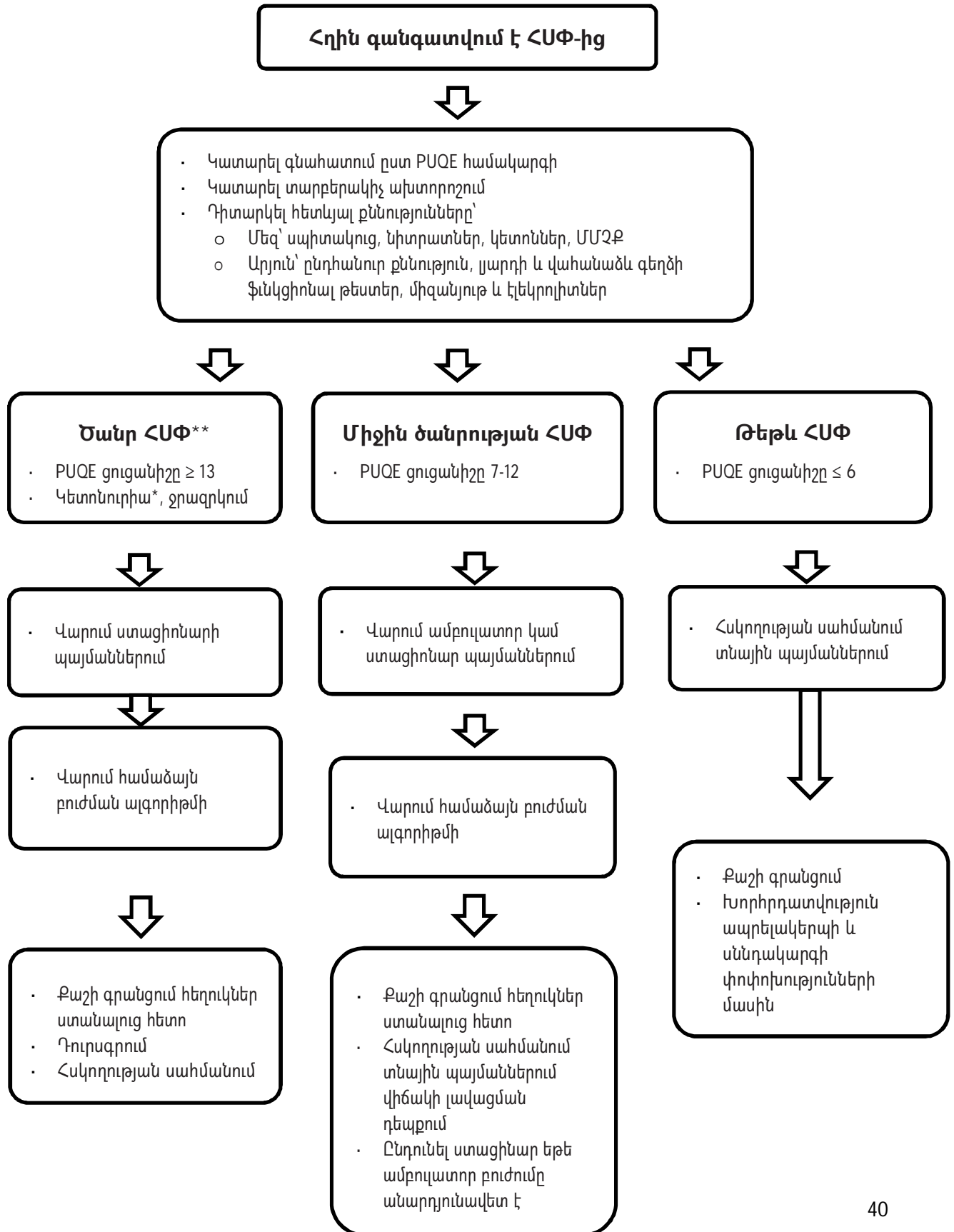
Հղիության սրտխառնոցի եվ փսխման դեղորայքային բուժում

ԴԵՂԱՄԻՋՈՑՆԵՐ	ԴԵՂԱՉԱՓ	ՊՐԱԿՏԻԿ ԽՈՐՀՈՒՐԴՆԵՐ	ՈՒՂԵՑՈՒՅՑ
Վիտամիններ			
Պիրիդոքսին	10-25 մգ ներքին ընդունման յուրաքանչյուր ութ ժամը մեկ:	Հայաստանում հասանելի է միայն ներարկման համար լուծույթի ձևով:	SA Health
Պիրիդոքսին/ դոքսիլամինի համադրություն	Ներքին ընդունման 20 մգ/20 մգ երեկոյան, 10 մգ/10 մգ առավոտյան և 10 մգ/10 մգ վաղ ցերեկը:	– Համադրությունը Հայաստանում հասանելի չէ: – Յուրաքանչյուր դեղամիջոցի մաքսիմալ օրական դեղաչափը չպետք է գերազանցի 50 մգ:	ACOG; SOCG; RCPI
Հակահիստամիններ (H1 ընկալիչների անտագոնիստներ)			
Դոքսիլամին	12.5 - 25 մգ յուրաքանչյուր ութ ժամը մեկ		SAHealth
Դիմենհիդրինատ	50 - 100 մգ յուրաքանչյուր 4-6 ժամը մեկ		SOGC
Դիֆենհիդրամին	25 - 50 մգ յուրաքանչյուր ութ ժամը մեկ		SOGC
Պրոմեթազին	12.5 - 25 մգ յուրաքանչյուր 4-6 ժամը մեկ		RCOG, SOGC, RCPI, SAHealth
Դոպամին ընկալիչների անտագոնիստներ			
Մետոկլոպրամիդ	10 մգ յուրաքանչյուր վեց ժամը մեկ		RCOG, ACOG, SOGC, RCPI, SAHealth
Դոմպերիդոն	10 մգ յուրաքանչյուր ութ ժամը մեկ		RCOG
Ֆենոթիազիններ			
Քլորպրոմազին	10–25 մգ յուրաքանչյուր 4-6 ժամը մեկ		RCOG, SOGC
Սերտոնինի 5-HT3 անտագոնիստներ			
Օնդանսետրոն	4 - 8 մգ յուրաքանչյուր վեց ժամը մեկ		RCOG, ACOG, SOGC, RCPI, SAHealth
Կորտիկոստերոիդներ			

Հիդրոկորտիզոն	100 մգ օրական երկու անգամ	Երբ կլինիկական վիճակը բարելավվում է, անհրաժեշտ է անցնել օրական 40-50 մգ ներքին ընդունման պրեդնիզոլոնի:	RCOG, RCPI
Պրեդնիզոլոն	Ներքին ընդունման 40-50 մգ օրական	Դեղաչափն աստիճանաբար նվազեցվում է մինչև ամենացածր՝ պահպանիչ դեղաչափը:	RCOG
Մեթիլպրեդնիզոլոն	16 մգ յուրաքանչյուր 8 ժամը մեկ՝ 3 օր; ապա աստիճանաբար կրճատել դեղաչափը երկու շաբաթվա ընթացքում:		ACOG, SOGC, SAHealth

Հավելված 5

ՀՍՓ գնահատման ընթացակարգ



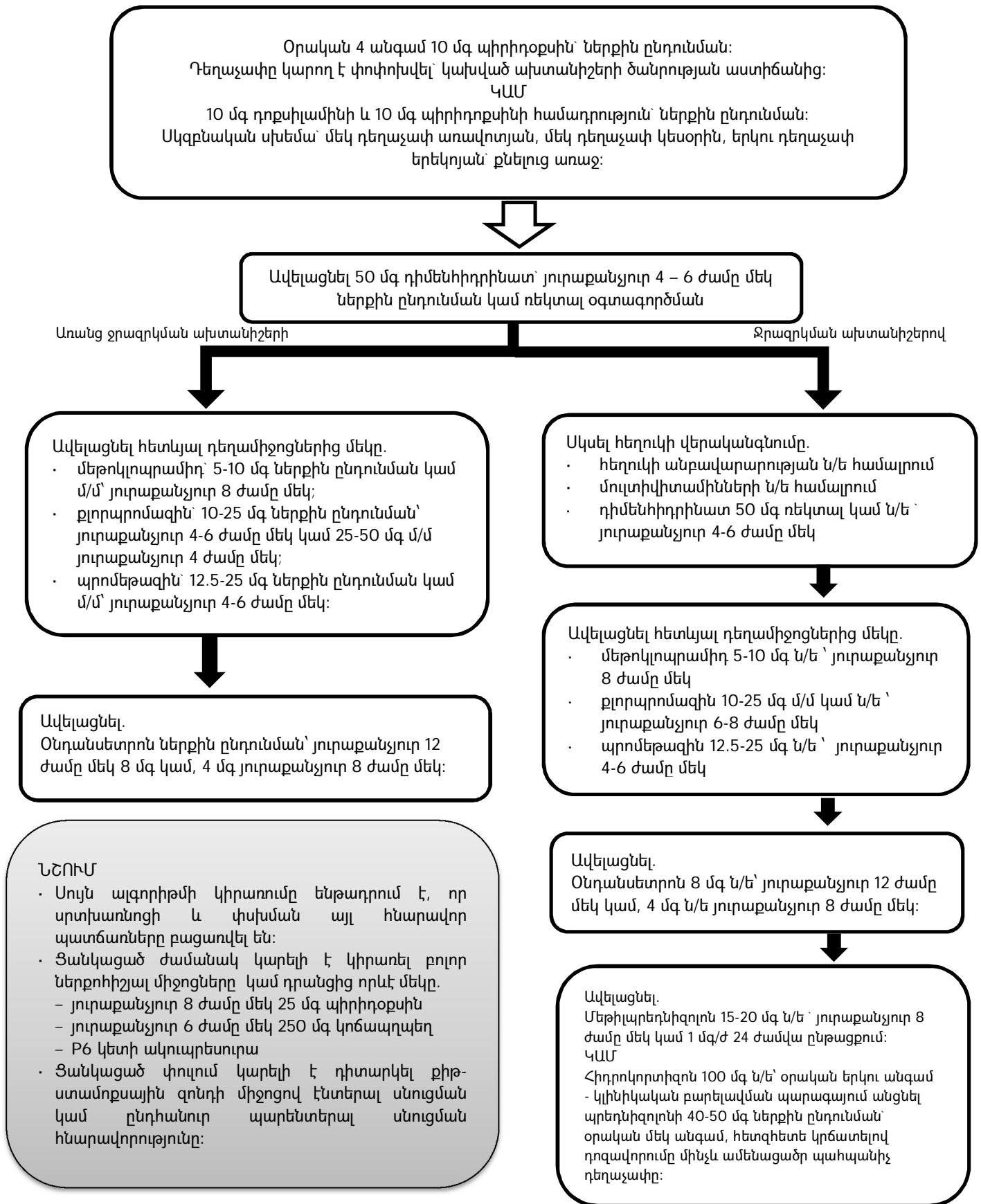
* Կետոնուրիան առանձին դեպքերում կարող է հանդիպել նորմալ հղիության ժամանակ (Chez 1987). Կետոնուրիան պետք չէ դիտարկել որպես առանձին գործոն ՀՍՓ-ի աստիճանը գնահատելու համար, այն պետք է դիտարկվի ընդհանուր կլինիկական պատկերի շրջանակներում:

** Բարդությունների առկայության կամ անարդյունավետ ամբուլատոր բուժման դեպքում վարել ինչպես ծանր ՀՍՓ՝ անկախ PUQE ցուցանիշից:

Հավելված 6

ՀՍՓ և հիպերէմեզիսի դեղորայքային բուժման ընթացակարգ

բարելավման բացակայության դեպքում անցնել հաջորդ փուլին



ՀԱՊԱԿՈՒՄՆԵՐ