

**Azərbaycan Respublikası Səhiyyə Nazirliyi
kollegiyasının 03 oktyabr 2013-cü il tarixli
30 sayılı qərarı ilə təsdiq edilmişdir**

**DOĞUŞUN İNDUKSİYASI
VƏ STİMULYASIYASI ÜZRƏ
KLİNİK PROTOKOL**

Bakı - 2013

57.16

D 70

D 70 Doğuşun induksiyası və stimulyasiyası üzrə klinik protokol.
– 2013. – 24 səh.

Bu klinik protokol ABŞ-ın Beynəlxalq İnkişaf Agentliyi tərəfindən maliyyələşdirilən “İlkin Səhiyyə Xidmətlərinin Gücləndirilməsi” Layihəsinin dəstəyi ilə hazırlanmışdır.

Redaktor:

C.Məmmədov Səhiyyə Nazirliyi İctimai Səhiyyə və İslahatlar Mərkəzinin direktoru, t.f.d.

Tərtibçilər:

F.Əliyeva Səhiyyə Nazirliyinin baş mama-ginekoloqu, Elmi-Tədqiqat Mamalıq və Ginekologiya İnstitutunun direktoru, dosent, t.f.d., RS/AP üzrə Milli Koordinator, tərtibçilər qrupunun rəhbəri

F.Qurbanova Səhiyyə Nazirliyi İctimai Səhiyyə və İslahatlar Mərkəzinin Ambulator şöbəsinin mama-ginekoloqu, t.e.d.

M.Həmzəyev Ə.Əliyev adına Azərbaycan Dövlət Həkimləri Təkmilləşdirmə İnstitutunun Mamalıq-ginekologiya kafedrasının dosenti, t.f.d.

S.Məmmədova Azərbaycan Tibb Universitetinin I Mamalıq-ginekologiya kafedrasının assistenti, t.f.d.

N.Şəmsadinskaya Azərbaycan Tibb Universitetinin II Mamalıq-ginekologiya kafedrasının assistenti, t.f.d.

A.Bədəlova Elmi-Tədqiqat Mamalıq və Ginekologiya İnstitutunun Mamalıq bölməsinin kiçik elmi işçisi

L.Məmmədova Elmi-Tədqiqat Mamalıq və Ginekologiya İnstitutunun elmi katibi

G.Hüseynova Səhiyyə Nazirliyi İctimai Səhiyyə və İslahatlar Mərkəzinin Tibbi keyfiyyət standartları şöbəsinin sabiq müdiri

Rəyçi:

L.Rzaquliyeva Ə.Əliyev adına Azərbaycan Dövlət Həkimləri Təkmilləşdirmə İnstitutunun Mamalıq-ginekologiya kafedrasının müdiri, dosent, t.e.d.

Sübutların etibarlılıq dərəcəsi və elmi tədqiqatların tipləri

Sübutların etibarlılıq dərəcəsi	Sübutların mənbələri (elmi tədqiqatların tipləri)
Ia	Sübutlar meta-analiz, sistemativ icmal və ya randomizasiya olunmuş klinik tədqiqatlardan (RKT) alınmışdır
Ib	Sübutlar ən azı bir RKT-dən alınmışdır
IIa	Sübutlar ən azı bir yaxşı planlaşdırılmış, nəzarət edilən, randomizasiya olunmamış tədqiqatdan alınmışdır
IIb	Sübutlar ən azı bir yaxşı planlaşdırılmış kvazi-eksperimental tədqiqatdan alınmışdır
III	Sübutlar təsviri tədqiqatdan (məsələn, müqayisəli, korrelyasion tədqiqatlar, ayrı-ayrı halların öyrənilməsi) alınmışdır
IV	Sübutlar ekspertlərin rəyinə və ya klinik təcrübəyə əsaslanmışdır

Tövsiyələrin etibarlılıq səviyyəsi şkalası

Tövsiyənin etibarlılıq səviyyəsi	Tövsiyənin əsaslandığı sübutların etibarlılıq dərəcəsi
A	RKT-lərin yüksək keyfiyyətli meta-analizi, sistemativ icmal və ya nəticələri uyğun populyasiyaya şamil edilə bilən, sistemativ səhv ehtimalı çox aşağı olan (++) irimiyaşlı RKT. Sübutların etibarlılıq dərəcəsi Ia.
B	Kohort və ya klinik hal - nəzarət tipli tədqiqatların yüksək keyfiyyətli (++) sistemativ icmal, yaxud Sistemativ səhv riski çox aşağı olan (++) yüksək keyfiyyətli kohort və ya klinik hal - nəzarət tipli tədqiqat, yaxud Nəticələri uyğun populyasiyaya şamil edilə bilən, sistemativ səhv riski yüksək olmayan (+) RKT. Sübutların etibarlılıq dərəcəsi Ib və IIa.
C	Nəticələri uyğun populyasiyaya şamil edilə bilən, sistemativ səhv riski yüksək olmayan (+) kohort və ya klinik hal - nəzarət tipli və ya nəzarət edilən, randomizasiya olunmamış tədqiqat, yaxud Nəticələri uyğun populyasiyaya bilavasitə şamil edilə bilməyən, sistemativ səhv riski çox aşağı olan və ya yüksək olmayan (++) və ya (+) RKT. Sübutların etibarlılıq dərəcəsi IIb.
D	Klinik hallar seriyasının təsviri, yaxud Nəzarət edilməyən tədqiqat, yaxud Ekspertlərin rəyi. Yüksək səviyyəli sübutların mövcud olmamasının göstəricisidir. Sübutların etibarlılıq dərəcəsi III və IV.

- ▶ Foley kateteri № 18 – servikal kanala daxil edilir, 30-60 ml su və ya fizioloji məhlulla doldurulur; 24 saat müddətinə və ya düşənə qədər saxlanılır
- ▶ Foley kateteri uşaqlıq boynunun yetişməsi və doğuşun induksiyası üçün məqsəduyğun və effektiv alternativ metod hesab olunur (A)⁸
- ▶ laminariyalar – servikal kanala daxil edilir
Plasentanın aşağıda yerləşməsi, antenatal qanaxma halları, dölyanı mayenin vaxtından əvvəl axması, servisit mexaniki metodların tətbiq edilməsinə **nisbi əks-göstərişlər hesab olunur**.
Effektivliyi sübut olunmadığından və infeksiyalaşma riski yüksək olduğundan rutin olaraq istifadə olunmamalıdır (A)¹⁵.

III. Cərrahi üsul – amniotomiya

Doğuşun induksiyasının aşağıda qeyd olunan metodlarının istifadəsi effektiv olmadığından tövsiyə olunmur:

- ▶ akupunktura (B)¹⁴
- ▶ homeopatiya (B)¹⁴
- ▶ gənəgərçək yağı, isti vanna, imalə (B)¹⁴
- ▶ cinsi akt (B)¹⁴
- ▶ döş gilələrinin stimulyasiyası (A)¹⁴

Uşaqlıq boynunun prostaqlandinlərlə hazırlığı sxemləri

Mizoprostol

Sintetik prostaqlandin PGE₁. Həb (200 mkq) və gel (50 mkq) formasında buraxılır.

Mümkün yeridilmə yolları:

- per os
- dil altına
- uşaqlıq yoluna

Mizoprostolun effektivliyi PGE₂-nin effektivliyi ilə eynidir, lakin ağırlaşmaların (dölün ürək fəaliyyətinin pozğunluğu ilə müşayiət olunan və ya olunmayan uşaqlığın hiperstimulyasiya halları) və anada yanaşı təsirlərin təzahürü (ürəkbulanma, qusma, qızdırma) tezliyi müxtəlif formalı PGE₂ ilə müqayisədə bir qədər yüksəkdir (B)⁸.

Per os istifadə zamanı birdəfəlik doza 50 mkq-dən artıq olmamalıdır.

Mümkün istifadə sxemi: effekt alınana qədər 4-6 saat intervalla 50 mq (maksimal doza 200 mq). Suspenziya formasında təyin oluna bilər (200 mq mizoprostolun 200 ml suda həll edilərək istifadəsi). Birdəfəlik doza 20 mq (20 ml) olmaqla 2 saat intervalla effektə nail olunana qədər istifadə olunur (maksimal 12 doza) (*Əlavə*).

Intravaginal istifadə: birdəfəlik doza – 25 mq, 4-6 saat intervalla effektə nail olunana qədər təkrarlanır (6 dozadan çox olmamaqla) (**A**)⁸.

Dölün antenatal ölümü zamanı induksiya məqsədilə mizopostol 4-12 saat intervalla 200-400 mq birdəfəlik dozada təyin olunur (**A**)¹⁴.

Anamnezində qeysəriyyə kəsiyi əməliyyatı və ya uşaqlığında geniş həcmli cərrahi müdaxilə olan qadınlarda mizoprostolun istifadəsi uşaqlığın cırılması təhlükəsini artırdığından hamiləliyin III trimestrində onun istifadəsi tövsiyə olunmur (**A**)⁸.

Bişop cədvəli üzrə qiymətləndirmənin nəticəsindən asılı olmayaraq hamiləliyin 28 həftəsinə qədər doğuşun induksiyası məqsədilə ən effektiv üsul mizoprostolun tətbiqidir. Yüksək dozada oksitosin istifadəsi də məqbul seçim hesab olunur (**A**)⁸.

Dinoproston*

Preparatın istifadə üsulu mütəxəssisin preparatın tətbiqi sahəsində təcrübəsindən asılı olaraq fərdi qaydada seçilir:

- ▶ İntraservikal 0,5 mq – 6 saatdan sonra effekt olmadıqda 1 mq intravaginal, 6 saatdan sonra dozanın təkrarlanması
- ▶ İntraservikal 0,5 mq – 6 saatdan sonra 0,5 mq dozada təkrar intraservikal yeridilməsi – 3 dozaya qədər
- ▶ 1 və ya 2 mq intravaginal – 6 saat intervalla dozanın təkrar yeridilməsi – 3 dozaya qədər
- ▶ 2 mq intravaginal – dozanın 12 saatdan bir təkrar yeridilməsi – 3 dozaya qədər

Doğuşun induksiyası məqsədilə prostaqlandinlərin intravaginal yeridilməsi intraservikal yeridilməyə nisbətən daha effektivdir.

Oksitosin prostaqlandin E₂-nin son dozası yeridildikdən sonra 6 saatdan tez təyin olunmamalıdır. Bu zaman uşaqlıq boynunun hazırlığı vacib şərtidir (C)¹¹.

* Azərbaycan Respublikasında dövlət qeydiyyatından keçməmiş dərman vasitəsi

***Mifepriston* * (RU 486 – sintetik progestin)**

Döl üçün təhlükəsizliyi sübut olunmadığından döl diri olduğu halda doğuşun induksiyası məqsədilə istifadə olunmamalıdır. Dölün antenatal ölümü zamanı hamiləliyin pozulması məqsədilə tətbiq oluna bilər (B)¹⁴.

Uşaqlıq boynu hazır olduğu halda induksiya metodları

- ▶ döl kisəsinin aşağı qütbünün sıyrılması
- ▶ amniotomiya
- ▶ döl kisəsi olmadıqda oksitosinin venadaxili yeridilməsi
- ▶ PGE₂ – gel

İnduksiya algoritmi

- ▶ uşaqlıq boynunun yetişkənliyinin Bişop şkalası üzrə qiymətləndirilməsi
- ▶ uşaqlıq boynunun açıqlığı 4 sm-dən çox olduğu halda amniotomiyanın icra edilməsi
- ▶ amniotomiyadan 2 saat sonra doğuş fəaliyyəti qeyd olunmadığı halda oksitosinin venadaxili yeridilməsi

Oksitosinin istifadə algoritmi

Oksitosinin venadaxili yeridilməsi üçün məhlulun hazırlanması: 1 ml oksitosin (5 vahid) 500 ml fizioloji məhlulda və ya Ringer məhlulunda həll edilir.

Bu məhluldan:

1. 1 mTV/dəq (yəni 6 ml/saatda və ya 2 damcı/dəqiqədə) sürətilə başlamaq
2. dozanı 30 dəqiqədən bir artırmaq (B)¹⁵
 - 1 mTV/dəq (6 ml/saatda və ya 2 damcı/dəqiqədə)
 - 2 mTV/dəq (12 ml/saatda və ya 4 damcı/dəqiqədə)
 - 4 mTV/dəq (24 ml/saatda və ya 8 damcı/dəqiqədə)
 - 8 mTV/dəq (48 ml/saatda və ya 16 damcı/dəqiqədə)
 - 16 mTV/dəq (96 ml/saatda və ya 32 damcı/dəqiqədə)
 - 24 mTV/dəq (144 ml/saatda və ya 48 damcı/dəqiqədə)
 - 32 mTV/dəq (192 ml/saatda və ya 64 damcı/dəqiqədə)(yol verilən maksimal doza)

* Azərbaycan Respublikasında dövlət qeydiyyatından keçməmiş dərman vasitəsi

