

ფიზიოლოგიური მშობიარობის მართვა

კლინიკური პრაქტიკის ეროვნული რეკომენდაცია

(გაიდლაინი)

კლინიკური პრაქტიკის ეროვნული რეკომენდაცია (გაიდლაინი) „ფიზიოლოგიური მშობიარობის მართვა“ მიღებულია კლინიკური პრაქტიკის ეროვნული რეკომენდაციების (გაიდლაინები) და დაავადებათა მართვის სახელმწიფო სტანდარტების (პროტოკოლები) შემუშავების, შეფასების და დანერგვის ეროვნული საბჭოს 2007 წლის 21 მარტის №1 სხდომაზე და დამტკიცებულია საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2007 წლის 27 აგვისტოს № 261/ო ბრძანებით.

ფიზიოლოგიური მშობიარობის მართვა

კლინიკური რეკომენდაციების ზოგადი მიზანი

⇒ ამ რეკომენდაციის მიზანს წარმოადგენს:

- მეანების, ბებია ქალების, მენეჯერების და სხვა დაინტერესებული პირებისათვის უახლესი სამეცნიერო მტკიცებებზე დაფუძნებული ინფორმაციის მიწოდება ფიზიოლოგიურად მიმდინარე მშობიარობის მართვის საკითხების შესახებ;
- ფიზიოლოგიური მშობიარობის პროცესში დაუსაბუთებელი ჩარევების რაოდენობის შემცირება (მშობიარობის დემედიაკალიზაცია);
- ორსულებისა და მათი ოჯახის წევრების სანიტარული განათლების გაუმჯობესება ფიზიოლოგიური მშობიარობის დროს.

ბანხილული კლინიკური საკითხები

⇒ მოცემული კლინიკური რეკომენდაციები არ განიხილავენ იმ გართულებებს, რომლებიც შეიძლება წარმოიშვას მშობიარობის დროს და მშობიარობის შემდგომი პერიოდის მართვის თავისებურებებს.

ბაიბლანი ბანკუთვნილია

⇒ მოცემული კლინიკური რეკომენდაციები განკუთვნილია მეან-გინეკოლოგებისათვის, ოჯახის ექიმებისა, ბებია-ქალებისა და ექთნებისათვის.

1998 წ. ჯანმო/ევროპის პერინატალური დახმარების სამუშაო ჯგუფის მეორე შეხვედრაზე³ ჩამოყალიბდა პერინატალური დახმარების პრინციპები, რომლის თანახმადაც ფიზიოლოგიურად მიმდინარე ორსულობისა და მშობიარობის დროს უნდა მოხდეს დახმარების დემედიკალიზაცია და ყველა ჩარევა კი ეყრდნობოდეს მტკიცებულებებზე დაფუძნებულ მონაცემებს. ამ პრინციპების მიხედვით ორსულობა განიხილება, როგორც ფიზიოლოგიური მოვლენა, და არა როგორც დაავადება. სხვა სიტყვებით, მშობიარობა წინასწარ არ უნდა განიხილებოდეს, როგორც პრობლემა, ხოლო ახალშობილი – როგორც პაციენტი. მიუხედავად ამისა, დღევანდელ დღემდე სამედიცინო პრაქტიკაში ხშირად გამოიყენება ჩარევები, რომლებიც დაფუძნებულია საკუთარ გამოცდილებასა და შთაბეჭდილებებზე და არ ეფუძნება სამეცნიერო მტკიცებულებებს. კლინიკურ რეკომენდაციებში შეჯამებულია ბოლო მტკიცებულებები, რომლის საფუძველზე უნდა იყოს აგებული თანამედროვე სამედიცინო დახმარება.

ნორმალური მშობიარობის მართვის მიზანს წარმოადგენს დედისა და ახალშობილის ჯანმრთელობის დაცვა ჩარევების მინიმალური რაოდენობით. ეს მიდგომა მოიცავს შემდეგს:

ნორმალური მშობიარობის დროს უნდა არსებობდეს მნიშვნელოვანი მიზეზი ბუნებრივ პროცესში ჩარევისათვის.

ზედამხედველობას აქვს ოთხი მიზანი:

- ქალის, მისი პარტნიორის და ოჯახის წევრების მხარდაჭერა მშობიარობის და მისი შემდგომი პერიოდის დროს;
- მშობიარე ქალზე ზედამხედველობა, ნაყოფის მდგომარეობის მონიტორინგი და ნაყოფის მდგომარეობის შეფასება მშობიარობის დროს, რისკ ფაქტორების შეფასება, პრობლემების ადრეული გამოვლენა;
- საჭიროებისამებრ მცირე ინტერვენციების ჩატარება, ამნიოტომია და ეპიზიოტომია, ახალშობილის მოვლა მშობიარობის შემდეგ;
- იმ შემთხვევაში, თუ სახეზეა აშკარა რისკ ფაქტორები და შესაძლებელია ჩამოყალიბდეს გართულებები, მშობიარის გადაგზავნა მართვის უფრო მაღალი დონის კლინიკაში.

დეზინიცია

ფართოდ გავრცელებული აზრია, რომ მშობიარობის შეფასება შესაძლებელია მხოლოდ რეტროსპექტულად მშობიარობის შემდეგ. ამ კონცეფციას აქვს რამოდენიმე უარყოფითი მხარე: ფიზიოლოგიურ მოვლენას აქცევს სამედიცინო პროცედურად, ზღუდავს ქალის თავისუფლებას, ზრდის არასაჭირო ჩარევების სიხშირეს. ასეთი მიდგომის განხორციელება საჭიროებს მშობიარე ქალთა დიდი რაოდენობის კონცენტრირებას ტექნიკურად კარგად აღჭურვილ საავადმყოფოებში, შესაბამისი ხარჯების გაწევით.

ფიზიოლოგიური მშობიარობის კონცეფციის განსაზღვრებისას მხედველობაში უნდა იყოს მიღებული ორი მნიშვნელოვანი ფაქტორი: ორსულობისა და მშობიარობის დროს არსებული რისკ-ფაქტორები და მშობიარობის მიმდინარეობა. მშობიარობამდე შეუძლებელია იმის განსაზღვრა, თუ რომელ ქალს ჩამოუყალიბდება გართულებები. სხვა მხრივ, მრავალი ქალი, რომელიც თითქოს იმყოფება მაღალი რისკის ჯგუფში, მშობიარობს გართულებების გარეშე. მოცემულ კლინიკურ რეკომენდაციებში ფიზიოლოგიური მშობიარობა განისაზღვრება, როგორც, **ერთნაყოფიანი მშობიარობა დაბალი რისკის ჯგუფის ორსულებში სამშობიარო მოქმედების თვითნებითი დაწყებით და პროგრესირებით, 37 დან 42 კვირის ვადამდე, ნაყოფის თავით წინამდებარეობით, დედისა და ახალშობილის დამაკმაყოფილებელი მდგომარეობით მშობიარობის შემდეგ.**⁴

რა თქმა უნდა, ყოველივე ზემოდ აღნიშნული შეიძლება მოხდეს მაღალი რისკის ჯგუფის ორსულებში, რომლის განხილვა არ შედის მოცემული კლინიკური რეკომენდაციების მიზნებში. ჯდომით წინმდებარეობა თუ 36 კვირაზე არ მოხერხდა პროფილაქტიკური გარეგანი მობრუნება თავზე, უნდა ჩაითვალოს პათოლოგიურ მიმდინარე ორსულობად, რომლის განხილვა აგრეთვე არ შედის მოცემული კლინიკური რეკომენდაციების მიზნებში.

სხვა და სხვა მონაცემებით მშობიარე ქალთა დაახლოებით 70-80% შეიძლება განვიხილოთ, როგორც გართულებების განვითარების თვალსაზრისით დაბალი რისკის მქონე.^{5:6:7.} 2004 წლის მონაცემებით⁸ სამშობიარო სახლებში მიღებული 45554 მშობიარობიდან 73,4 % იყო ფიზიოლოგიური, ხოლო 26,6% პათოლოგიური

ზოგადი პროცედურები კონსპირაციისთვის

მიმღებ განყოფილებაში დახვედრა

არსებობს მრავალი რეკომენდაცია, რომელთა მიზანია სამშობიარო სახლში ქალის მოთავსებასთან დაკავშირებით ქალის მხრივ განცდილი სტრესისა და უხერხულობის შემცირება. ძალიან მნიშვნელოვანია, რომ სამედიცინო პერსონალმა გამოავლინოს კეთილგანწყობა და მხარდაჭერა ქალისა და მისი თანხმლები პირების მიმართ. ჩვეულებრივად, როდესაც ქალი თავსდება სამშობიაროში, მას სთავაზობენ, გამოიცვალოს ტანსაცმელი. მრავალი ქალისათვის უფრო მისაღებია, თვითონ მიიტანოს ტანსაცმელი და თეთრეული და არ ჩაიცვას საავადმყოფოს ხალათი, რაც მას ეხმარება ინდივიდუალობის შენარჩუნებაში.

ბებიაქალმა და ექიმმა ორსულს უნდა მიაწოდონ ინფორმაცია და აუხსნან ყველა იმ პროცედურისა და გამოკვლევის აზრი, რომელიც მას უნდა ჩაუტარდეს.

ქალის გასინჯვა:

- საჭიროა კონფიდენციალურ პირობებში (მშვიდ გარემოში, გარეშე პირების დასწრებისა და მნახველთა უეცარი შემოსვლის აკრძალვით);
- მისი ტექნიკისა და პროცედურების მიზნის და პროგნოზული მნიშვნელობის წინასწარი ახსნით, მოქმედებების კომენტარებით; მხედველობაში იყოს მიღებული და შესრულდეს ქალის სურვილი გასინჯვა ჩატარდეს ახლობლების გარემოცვაში,
- ყველა მოქმედება ჩატარდეს მხადაჭერისა და კეთილმოსურნეობის გარემოში.

თუ მიმღებ განყოფილებაში დადგინდება, რომ მშობიარობა ჯერ არ დაწყებულა, შესაძლებელია ორსულის სახლში გაგზავნა ან სხვა განყოფილებაში მოთავსება. სასურველია, სამშობიარო ბლოკში მოთავსდნენ ქალები აქტიური მშობიარობით მათი ზედმეტი ნერვიულობისა და არასაჭირო ჩარევების თავიდან ასაცილებლად.

მეტა ანალიზმა სადაც ჩართული იყო 209 ქალი⁹ აჩვენა, რომ ქალები, რომლებიც რანდომიზირებული იყვნენ მშობიარობის სიმპტომების დაწყების შეფასების ჯგუფში დაყვეს უფრო ნაკლები დრო სამშობიარო ბლოკში (განსხვავება — 5.20 საათი, 95% CI -7.06, -3.34), უფრო ნაკლები იყო მშობიარობაში ოქსიტოცინის გამოყენების სიხშირე (OOR 0.45, 95% CI 0.25-0.80) და ანალგეზიის სიხშირე (OR 0.36, 95% CI 0.16-0.78) იმ ქალებთან შედარებით, რომლებიც პირდაპირ მოათავსეს სამშობიარო ბლოკში. ქალებმა მშობიარობის სიმპტომების დაწყების შეფასების ჯგუფიდან აღნიშნეს მშობიარობისას უფრო მაღალი ზედამხედველობის დონე (განსხვავება 16.00, 95% CI 7.52- 24.48). არ არის საკმარისი მტკიცებულებები შეფასების ეფექტის ზეგავლენაზე საკეისრო კვეთისა და დედისა და ახალშობილის გამოსავალის მნიშვნელოვან ასპექტებზე. ზემოთ აღნიშნულიდან გამომდინარე მშობიარობის შეფასების პროგრამებს, რომლებიც გადაავადებს ქალის მოთავსებას სამშობიარო ბლოკში აქტიურ მშობიარობამდე, შეუძლიათ დადებითი ზედავლენა მოახდინონ ვადამიტანილი ორსულ ქალებზე. მიზანშეწონილია აგრეთვე ე. წ. სამშობიარო გეგმის შედგენა, რომელიც მოიცავს შემდეგ 3 ასპექტს:

1. ქალის სურვილები ნორმალური მშობიარობის დროს

ქალს შესაძლებლობა უნდა ჰქონდეს აირჩიოს მისთვის სასურველი გარემო მშობიარობისათვის, ვინ დაასწროს მშობიარობას და რა პოზაში იმშობიაროს, ისარგებლოს ბურთით ჭინთეების დროს, აირჩიოს სასურველი მუსიკა, ვიდეოს გადაღება, ფოტო, შხაპის მიღება, აუზით სარგებლობა.

2. ქალის სურვილი ახალშობილის მოვლასთან დაკავშირებით უშუალოდ მშობიარობის შემდეგ და დაბადებიდან პირველი დღეების განმავლობაში

ამ პუნქტში შესაძლოა ვისაუბროთ შემდეგ საკითხებზე: ვინ უნდა გადაჭრას ჭიკლარი? ბავშვი მოთავსდეს თქვენს მუცელზე მშობიარობის შემდეგ? გინდათ თუ არა ბავშვი მაშინვე კვებით ძუძუთი? სად გინდათ, დაიძინოს ბავშვმა თქვენთან თუ ბავშვთა განყოფილებაში?

საავადმყოფოებში არსებობს ახალშობილთა მოვლის მრავალი ვარიანტები, მშობიარემ უნდა იცოდეთ მათ შესახებ და ამოირჩიოთ ის ვარიანტი, რომელიც შეესაბამება მის სურვილებს.

3. ქალი სურვილები გაუთვალისწინებელი მოვლენების შემთხვევაში

არავის არ უნდა ფიქრი იმის შესახებ, რომ მოვლენები შეიძლება ცუდად წარიმართოს, მაგრამ თუ ეს ხდება, უკეთესია, ამისათვის ყველა მომზადებული იყოს და არ გააკეთდეს ნაჩქარევი გადაწყვეტილებები. ქალმა ასევე უნდა იფიქროს ისეთი შესაძლო გართულების შესახებ, როგორცაა ნაადრევი მშობიარობა.

საჭიროა თუ არა ნაწლავების რუტინული მომზადება და ბოქვენის გაპარსვა

როდესაც ქალი თავსდება სამშობიაროში, მას თავდაპირველად უზომავენ არტერიულ წნევას, პულსს, ტემპერატურას, მოისმინება ნაყოფის გულისცემა, რის შემდეგაც ხდება ქალის ვაგინალური გასინჯვა. შემდეგ მას ამზადებენ მშობიარობისათვის: უკეთებენ გამწმენდ ოყნას, ჩაბანენ და გაპარსავენ სასქესო ორგანოებს.

პულსისა და არტერიული წნევის მაჩვენებლებმა, შესაძლებელია გარკვეული ზეგავლენა იქონიონ მშობიარობის გამოსავალზე, ამიტომ მათი გაზომვა აუცილებელია, თუმცა პროცედურების არსი უნდა აეხსნას როგორც ქალს, ასევე მის პარტნიორს. გამწმენდი ოყნები ფართოდ გამოიყენება საშიფლოსნოს შეკუმშვების სტიმულაციისა და ნაწლავების გათავისუფლების მიზნით, ასევე თავის წინმსვლელობის გასაადვილებლად და მშობიარისა და ახალშობილის ნაწლავების შიგთავსით ინფიცირების რისკის დასაქვეითებლად. ეს პროცედურა ფართოდ არის გავრცელებული, თუმცა კვლევებმა აჩვენეს, რომ, ის უსარგებლოა და არის მშობიარისათვის დისკომფორტისა და უხერხულობის მომტანი. ორი კვლევის სისტემატურმა მიმოხილვამ¹⁰, რომელიც მოიცავდა 665 ქალს აჩვენა, რომ არ არის განსხვავება დედის და ახალშობილების ინფიცირების სიხშირეში. (OR 0.61, 95% CI 0.36- 1.04)

სასქესო ორგანოების გაპარსვა თითქოს მიმართულია ინფიცირების აღბათობის დასაქვეითებლად და შორისზე ნაკერების დადების გასაადვილებლად, მაგრამ არ არსებობს მეცნიერულად დადასტურებული მონაცემები ამ მოსაზრების დასამტკიცებლად. ქალები ამ პროცედურის დროს განიცდიან დისკომფორტს, ხოლო შიდსითა და B და C ჰეპატიტით ინფიცირების აღბათობა მატულობს.^{11,12} სისტემატური მიმოხილვა¹³ რომელიც მოიცავს 2 რკკ-ს 389 ქალს ჩაუტარდა ალტერნატიულად კანის მომზადება და შორისის გაპარსვა (საკონტროლო ჯგუფი) ან მხოლოდ ვულვარული თმის შეკრეჭა (ექსპერიმენტული ჯგუფი). მეორე კვლევაში, რომელიც მოიცავდა 150 ქალს, შედარებული იყო შორისის გაპარსვა გრძელი თმების შეჭრასთან. ორივე კვლევის პირველად გამოსავალს წარმოადგენდა დედის ფებრილიტეტი. განსხვავება არ იქნა გამოვლენილი ამ ჯგუფებს შორის (OR 1.26 95%, CI 0.75-2.12).

უფრო მცირე მოცულობის კვლევაში ქალებს, რომელთაც არ ჩაუტარდათ გაპარსვა, აღმოაჩნდათ ნაკლები გრამ-ნეგატიური კოლონიზაცია იმ ქალებთან შედარებით, რომელთაც ჩაუტარდათ ბოქვენის გაპარსვა. (OR 0.43, 95% CI 0.20-0.92)

მიუხედავად ამისა, ზოგჯერ არის სიტუაციები, როდესაც გამწმენდი ოყნის გაკეთება აუცილებლად ითვლება ან ქალი ითხოვს მის გაკეთებას. ამ შემთხვევაში საჭიროა გვახსოვდეს, რომ არ არსებობს რომელიმე მედიკამენტის შეყვანის რაიმე უპირატესობანი ჩვეულებრივ წყალთან შედარებით.

ყოველ კონკრეტულ შემთხვევაში პერსონალმა ქალთან ერთად უნდა გადაწყვიტოს ამ მანიპულაციების ჩატარება.

კვება მშობიარობის დროს

მშობიარის კვებასთან დაკავშირებით არსებობს სხვადასხვა მოსაზრებები. კუჭის შიგთავსის ასპირაციის (მენდელსონის სინდრომის) საშიშროება ენდოტრაქეალური ნარკოზის აუცილებლობის შემთხვევაში იძულებულს ხდის მშობიარობის დროს შეიზღუდოს საკვებისა და სითხის მიღება. ქალთა უმრავლესობისათვის ეს შეზღუდვა არ არის რთული გადასატანი, თუმცა მათი უმრავლესობა განიცდის წყურვილის გრძნობას.

დამტკიცებულია, რომ მშობიარობის დროს საკვების შეზღუდვა არ იძლევა გარანტიას ზემოთ აღნიშნული სინდრომის ჩამოყალიბებისაგან თავის დასაცავად.^{14;14-16;17} რამოდენიმე კვლევამ სხვადასხვა ფარმაკოლოგიური საშუალებების მეშვეობით კუჭის შიგთავსის ცვლილებასა და მშობიარობის დროს საკვების შეზღუდვაზე არ გამოავლინა 100%-იანი გარანტია მენდელსონის სინდრომისგან. ცალკეული მეთოდის გამოყენებისას pH მაჩვენებელთა ცვალებადობა საკმაოდ დიდი იყო და მკვლევართა მონაცემებით, ანტაციდების აუცილებელი პროფილაქტიკური მიღება არ იძლევა გარანტიას ზემოთ აღნიშნული სინდრომის ჩამოყალიბებისაგან თავის დასაცავად.

მშობიარობა ითხოვს ენერგეტიკულ დანახარჯებს. იმის გამო, რომ წინასწარ არ შეიძლება განისაზღვროს მშობიარობის ხანგრძლივობა, ენერჯის წყარო მუდმივად უნდა იყოს შევსებული. მშობიარობის დროს საკვების მკვეთრმა შეზღუდვამ შეიძლება გამოიწვიოს დეჰიდრატაცია და აციდოზი, რომლის პროფილაქტიკისათვისაც გამოიყენება გლუკოზისა და სხვა ხსნარების ინტრავენური შეყვანა. დედის მდგომარეობაზე ასეთი კვების ზეგავლენა შეფასებულია რამოდენიმე რანდომიზირებულ კვლევაში^{18-20;21}. შესაძლებელია, გლუკოზის დონის მომატებამ გამოიწვიოს ინსულინის დონის მომატება დედის სისხლში, რაც, თავის მხრივ იწვევს გლუკოზის დონის მომატებას ნაყოფის სისხლში, რასაც მოყვება pH დონის დაქვეითება ჭიპლარის არტერიაში. ჰიპერინსულინემიას თან სდევს ჰიპოგლიკემიის განვითარება და ეს აღენიშნება იმ ახალშობილებს, რომელთა დედებსაც გაუკეთდათ 25 გრამ გლუკოზაზე მეტი მშობიარობის დროს, ხოლო უმარტილო ხსნარების გადამეტებული გამოყენება იწვევს როგორც ნაყოფის, ისე დედის ჰიპონატრიემიას. ამის გარდა, ინტრავენური ინფუზია ზღუდავს დედის თავისუფალ გადაადგილებას და ხელს უშლის მშობიარობის ბუნებრივ მიმდინარეობას.

მშობიარობის დროს დეჰიდრატაცია და აციდოზი შეიძლება თავიდან ავიცილოთ სითხის და ადვილად მოსანელებელი საკვების მიღებით. ძირითადად, ქალები თვითონ ინტუიციურად თავს იზღუდავენ საკვების გადამეტებული მიღებისაგან, და იღებენ მხოლოდ სითხეს, ნამცხვარსა და შოკოლადს.

ამგვარად, უნდა აღინიშნოს, რომ მშობიარის კვების საკითხი არის ძალზედ მნიშვნელოვანი და ამავე დროს, ძალზედ ვარიაბელური საკითხი. როგორც ჩანს, თანამედრვე მიდგომა ქალს აძლევს არჩევანს სამედიცინო პერსონალთან გასაუბრების შემდეგ თვითონ გადაწყვიტოს საკითხი დასაშვები საკვებისა და სასმელის რაოდენობის მიღების შესახებ ფიზიოლოგიური მშობიარობის დროს.^{22;23}

არ არსებობს საფუძველი ფიზიოლოგიური მშობიარობის დროს შეიზღუდოს სითხეების და საკვების მიღება.



ფსიქოლოგიური მხარდაჭერა მშობიარობის დროს

ბებიაქალების დახმარებით ქალთა ფსიქოლოგიური და ფიზიკური მხარდაჭერის შესახებ ჩატარებულმა რანდომიზირებულმა კვლევებმა აჩვენეს, რომ დამხმარესა და მშობიარეს შორის კარგი ფსიქოლოგიური კონტაქტის არსებობა (მუდმივი გვერდზე ყოფნა და მხარდაჭერა, მშობიარის კომფორტის გასაუმჯობესებელი ზომების ჩათვლით ზურგის მასაჟი, მშობიარობის მექანიზმის ახსნა) მნიშვნელოვნად აუმჯობესებს მშობიარობის მიმდინარეობას: მოკლდება მშობიარობის დრო, ნაკლები რაოდენობით გამოიყენება ანალგეზიის მიზნით გამოსაყენებელი მედიკამენტების რაოდენობა, ასევე ოპერაციული მშობიარობების რაოდენობა, მცირდება ასევე ბავშვთა რაოდენობა, რომლებიც იბადებიან აპგარის შკალით 7 ბალზე ნაკლები შეფასებით ^{24; 25-27}.

ჩატარდა 15 რკკ, რომელშიც მონაწილეობდა 12 791 ქალი, ^{25;28} სადაც შედარებული იყო მშობიარისა და მასთან მუდმივად მყოფი ზედამხედველის პრაქტიკა მშობიარობის ჩვეულებრივ ზედამხედველობასთან. სისტემურ მიმოხილვაში ყველაზე დიდი კვლევის ჩართვამ დამატებით გამოავლინა შემდეგი: ერთი-ერთზე ზედამხედველობა პროფესიონალის ან არაპროფესიონალის მიერ, ახლობლებთან ერთად ან მათ გარეშე, დადებით ზეგავლენას ახდენს მშობიარობის დროს სამედიცინო ჩარევების სიხშირეზე და დედის ემოციურ მდგომარეობაზე. კვლევამ აჩვენა, რომ ქალებს, რომელთაც უწევენ მუდმივ მხარდაჭერას, უფრო იშვიათად ესაჭიროებათ ანალგეზია/ანესთეზია, ოპერაციული საშოსმხრივი მშობიარობა, საკეისრო კვეთა (ყველა განსხვავება სტატისტიკურად სარწმუნოა) და ასევე მცირდება მშობიარობასთან დაკავშირებული უკმაყოფილება (OR 0.73, 95%, CI (0.65-0.83).

სამწუხაროდ, მოცემული სურათი მკვეთრად განსხვავდება იმისგან, რომელიც დღეს შეიმჩნევა სამშობიარო სახლებში. ქალები მშობიარობის დროს თავს გრძნობენ იზოლირებულად, გარშემორტყმულები არიან რა რთული ელექტრონული აპარატურით სათანადო მეგობრული მხარდაჭერის გარეშე. გარდა ამისა, თუ გავითვალისწინებთ მრავალადგილიან მშობიარობამდელ პალატებს, რთულია ქალისათვის პრივატულობის უზრუნველყოფა მშობიარობის დროს.

რადგან არსებობს ოჯახის წევრებისა და ნათესავების გარემოცვაში მშობიარობის გარკვეული უპირატესობანი, ამიტომ აუცილებელია საავადმყოფოს პირობებში შეიქმნას გარემო, რომელიც მიახლოებულია სახლის პირობებთან ე.წ. სამშობიარო ოთახები - საწოლებით, ტელევიზორით, სავარძელი-სარწვევლით და ფარდებით.

სისტემურ მიმოხილვაში ²⁹, რომელშიც ჩართული იყო 8677 ქალი, მათი 19-77% გადაყვანილი მშობიარობის დროს სახლის მსგავს გარემო პირობებიდან სამშობიარო ბლოკში. ქალები, რომლებმაც იმშობიარეს სახლის მსგავს გარემოში, უფრო ნაკლებად საჭიროებდნენ ტკივილგამაყუჩებელი საშუალებების მიღებას, უფრო ნაკლებად აღინიშნებოდა მათი იმობილიზაცია მშობიარობის დროს, ასევე შეინიშნებოდა ნაყოფის გულისცემის დარღვევის ნაკლები სიხშირე, ნაკლები ოპერაციული მშობიარობა, ისინი უფრო კმაყოფილნი იყვნენ მეთვალყურეობით. გამოვლინდა უფრო მაღალი პერინატალური სიკვდილიანობის

სიხშირე სახლის მსგავს პირობებში მშობიარობის დროს { $p=0.066$ }. შედეგებმა აჩვენა, რომ როდესაც ქალები მშობიარობდნენ სახლის მსგავს პირობებში, ისინი უფრო მეტს მოძრაობდნენ მშობიარობის პირველ პერიოდში და უფრო ხშირად მშობიარობდნენ სწორ ან ნახევრად დაწოლილ პოზაში. ეს ორი ფაქტორი ალბათ განაპირობებს მშობიარობის აღძვრის, ანალგეზიის, ოპერაციული მშობიარობის და ნაყოფის გულისცემის ანომალიების მნიშვნელოვან დაქვეითებას. სახლის მსგავს პირობებში მშობიარობის დანერგვა შეიძლება იყოს ხარჯ-ეფექტური აღტერნატივა ტრადიციული სამშობიარო ბლოკისა, თუმცა ის საჭიროებს ყურადღებას განსაკუთრებით გაზრდილი პერინატალური სიკვდილიანობის თვალსაზრისით.

სამეცნიერო-ტექნიკური პროგრესის განვითარებასთან ერთად ორსულთა სამედიცინო დახმარება ხორციელდება მხოლოდ მეან-გინეკოლოგთა მიერ. ასეთი მიდგომის უპირატესობანი სერიოზული ეჭვის ქვეშ ექცევა. მშობიარობის დროს მეან-გინეკოლოგთა და ბებიაქალთა მიერ გაწეული დახმარების შედარებითმა ანალიზმა აჩვენა, რომ ბებიაქალებს მშობიარობა მიყავთ უფრო კონსერვატულად, უფრო ნაკლები სიხშირით შეიმჩნევა მშობიარობის სტიმულაცია, ოპერაციული საშოსმხრივი მშობიარობა, (მაშები და ვაკუუმ ექსტრაქცია), ასევე კლებულობს ეპიზოტომიის სიხშირე და ახალშობილთა რაოდენობა, რომლებიც საჭიროებენ რენიმაციას და ინტენსიური თერაპიის განყოფილებებში გადაყვანას. არ გამოვლენილა განსხვავება მშობიარობის აღძვრისა და საკეისრო კვეთის სიხშირეებს შორის.

ნათელია, რომ ქალები ფიზიოლოგიურად მიმდინარე ორსულობით არ არის აუცილებელი იყვნენ მეან-გინეკოლოგის მეთვალყურეობის ქვეშ.

სპეციალისტებმა, რომლებიც მეთვალყურეობენ დაბალი და მაღალი რისკის ჯგუფის ორსულებს, უნდა გააკეთონ რთული არჩევანი: მოახდინონ კონცენტრაცია ან მხოლოდ მაღალი რისკის ჯგუფის ორსულებზე ან ფიზიოლოგიურ ორსულებზე (რაც შეადგენს შემთხვევათა უმრავლესობას), რის დროსაც ისინი სწრაფად დაკარგავენ კვალიფიკაციას.

ბებიაქალები და ოჯახის ექიმები თავიდანვე ორიენტირებულები არიან დაბალი რისკის ჯგუფის ორსულებისათვის დახმარების აღმოსაჩენად, ურთიერთობის პროცესში უფრო ახლოს ეცნობიან ორსულის ინდივიდუალურ თვისებებს, ამიტომ მათ მიერ გაწეული დახმარების ხასიათი უფრო პასუხობს ორსულთა უმრავლესობის მოთხოვნებს, ვიდრე მეან-გინეკოლოგის მიერ აღმოჩენილი დახმარება.

ორსულები ხშირად გამოხატავენ სურვილს, ორსულობისა და მშობიარობის დროს დახმარება მიიღონ ერთი და იმავე პირისაგან, ვისთანაც ისინი ამყარებენ ახლო ურთიერთობას. რანდომიზირებული კვლევების შედეგებმა ²⁹ აჩვენა, რომ ასეთ ორსულებს მშობიარობისას აღენიშნებათ ვაგინალური გასინჯვის და მედიკამენტოზური სტიმულაციის მნიშვნელოვნად ნაკლები სიხშირე, მცირდება ასევე ბავშვთა რაოდენობა, რომლებიც იბადებიან აპგარის შკალით 7 ქულაზე ნაკლები შეფასებით, ხოლო მშობიარობის ხანგრძლივობა მცირდება. ამას გარდა, ასეთი ქალები უფრო მომზადებულები არიან მშობიარობისა და ახალშობილის მოვლისათვის.

მუდმივი მხარდაჭერა მშობიარობის დროს, რომელსაც ახორციელებს სამედიცინო პერსონალი (ექიმი, ბებიაქალი) მშობიარის ახლობელთან ერთად, ამცირებს სამედიცინო ჩარევების რიცხვს მშობიარობის დროს და ასევე აუმჯობესებს ქალის მდგომარეობას.

A

სამშობიარო ტკივილები

მიუხედავად იმისა, რომ ყველა ქალი განიცდის ტკივილებს მშობიარობის დროს, მათი რეაქცია ტკივილზე მერყეობს ფართო საზღვრებში. კლინიკური კვლევების მონაცემებით, გართულებული მშობიარობა, რომელიც მიმდინარეობს სამშობიარო მოქმედების დისკოორდინაციით, მშობიარობის აღძვრით, მშობიარობის სტიმულაციით და ოპერაციული გზით უფრო მტკივნეულია.

ბებიაქალისა და მეან-გინეკოლოგისათვის, რომელსაც მიყავს მშობიარობა, მნიშვნელოვანია ქალისათვის დახმარების აღმოჩენა ტკივილების შემსუბუქების მიზნით. მიუხედავად იმისა, რომ ამის მიღწევა შესაძლებელია მედიკამენტების საშუალებით, უფრო მნიშვნელოვანია არამედიკამენტოზური გაუტკივარება, რომელიც იწყება ქალისა და მისი პარტნიორის ანტენატალური მომზადების პროცესში. გამოვლენილია, რომ მშობიარობისათვის მოსამზადებელ პროგრამებში მონაწილეობა მნიშვნელოვნად აქვეითებს მშობიარობის გაუტკივარებისათვის მედიკამენტოზური საშუალებების გამოყენების სისშირეს³⁰. სამწუხაროდ, ანტენატალური მომზადების სხვა დადებითი ეფექტის გამოვლენა ვერ მოხერხდა.

მშობიარობის დროს ფსიქოლოგიურ დახმარებასთან ერთად, რომელიც განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია, არსებობს რამოდენიმე სხვა მიდგომა. პირველ რიგში ქალს უნდა მიეცეთ საშუალება მშობიარობის დროს თვითონ ამოირჩიოს ნებისმიერი პოზა, მას შეუძლია იდგეს, იჯდეს ან იაროს განსაკუთრებით მშობიარობის პირველი პერიოდის განმავლობაში. ზოგიერთი ქალი შვებას გრძნობს თბილი აბაზანისა ან შხაპის მიღების, მასაჟისა ან ზურგზე ხელის მოსმის შემდეგ. ასეთივე შედეგს იძლევა სუნთქვითი ვარჯიშები და რელაქსაცია, რომელთა საშუალებითაც ხდება ქალის ყურადღების გადატანა. ასეთი მოქმედებები უსაფრთხოა და შესაძლებელია მათი ფართო გამოყენება.

მშობიარობის გაუტკივარების მედიკამენტური მეთოდები

მშობიარობის მედიკამენტური გაუტკივარება ფართოდ გამოიყენება და მისი დადებითი ეფექტი დამტკიცებულია მრავალი გამოკვლევებით. სამწუხაროდ, მედიკამენტური გაუტკივარების ნეგატიური ეფექტი არ არის კარგად შესწავლილი. ზოგიერთი დაწესებულებების მონაცემებით მედიკამენტური გაუტკივარება გამოიყენება ფიზიოლოგიური მშობიარობის დროს 20-80%-ში³¹.

საინჰალაციო ანესთეტიკების გამოყენების სისშირე ბოლო ხანებში შემცირდა (სულ უფრო ხშირად ის იცვლება პერიდურული ანალგეზიით); განსაკუთრებით ხშირად ამ დროს გამოიყენება აზოტის ქვეჟანგი ჟანგბადთან ერთად პროპორციით 50%:50%-ზე. ყველა მედიკამენტი, რომელიც გამოიყენება გაუტკივარების მიზნით, გაივლის პლაცენტურ ბარიერს და შესაძლებელია გამოიწვიოს ნაყოფის სუნთქვითი დეპრესია და ტვინის ფუნქციების მოშლა, ასევე ძუძუთი კვების სურვილის გაქრობა. მაგ.: **სედუქსენი** იწვევს ნეონატალურ დეპრესიას, საშვილოსნოს ჰიპოტონიასა და ჰიპოთერმიას^{32,33,34, 35}.

პერიდურული ანესთეზიის სხავდასხვა ვარიანტები (ეპიდურული, კაუდალური, კომბინირებული ეპიდურულ-სპინალური) ფართოდ გამოიყენება მშობიარობის დროს. ამ ტიპის ანესთეზიის უპირატესობანი კარგად არის დადასტურებული. პერიდურული ანესთეზიის გამოყენებისათვის აუცილებელია 24 საათიანი ანესთეზიოლოგიური მეთვალყურეობა, აღჭურვილობა და მომზადებული პერსონალი. დამტკიცებულ უპირატესობებთან ერთად მშობიარობის დროს პერიდურული ანესთეზიის გამოყენება დაკავშირებულია რიგ არასასურველ

მომენტებთან: ხანგრძლივდება მშობიარობის პირველი პერიოდი, უფრო ხშირად გამოიყენება ოქსიტოცინი, მშობიარობის მეორე პერიოდში ჭინთვითი რეფლექსის დაქვეითების გამო მატულობს ღრუსა და გამოსავლის მაშების გამოყენების³⁶ სიხშირე.

გამოვლინდა საკეისრო კვეთის სიხშირის მომატება პერიდურული ანესთეზიის გამოყენებისას³⁷, განსაკუთრებით, თუ მისი გამოყენება იწყებოდა საშვილოსნოს ყელის 5 სმ-ზე ნაკლები გახსნის დროს.

ექვგარეშეა, რომ პერიდურული ანესთეზია ძალზედ ეფექტურია პათოლოგიური მშობიარობის დროს, მაგრამ თუ ის გამოიყენება ფიზიოლოგიური მშობიარობისას, იბადება კითხვა - შეიძლება თუ არა ასეთ მშობიარობას ვუწოდოთ ფიზიოლოგიური? პერიდურული ანესთეზიის გამოყენება არის ნათელი მაგალითი ნორმალური მშობიარობის “მედიკალიზაციისა,, რაც ნორმალურ ფიზიოლოგიურ პროცესს გადააქცევს სამედიცინო პროცედურად. ასეთი ტრანსფორმაცია გამოწვეულია კულტურული ფაქტორებითა და ადათ-წესებით. ასე, მაგალითად, აშშ-ში და დიდ ბრიტანეთში ქალთა უმრავლესობა მშობიარობს პერიდურული ანესთეზიის გამოყენებით. ამავე დროს, ჰოლანდიაში ქალთა 30%-ზე მეტი მშობიარობს სახლში მედიკამენტური გაუტკივარების გარეშე, ხოლო საავადმყოფოში მშობიარობის შემთხვევაში მათი მხოლოდ მცირე რაოდენობა იღებს მედიკამენტურ გაუტკივარებას.

ნორმალური მშობიარობის მართვისას უფრო მიზანშეწონილად ითვლება გაუტკივარების არამედიკამენტური მეთოდების გამოყენება, ფარმაკოლოგიურმა მეთოდებმა არ უნდა შეიცვალოს მშობიარისათვის გაწეული პერსონალური ყურადღება და სათუთი მოპყრობა.

ფიზიოლოგიური მშობიარობის დროს სასურველია გაუტკივარების არაფარმაკოლოგიური მეთოდების გამოყენება. გამტარებლობითი ანალგეზიის გამოყენება ახანგრძლივებს მშობიარობას, ზრდის ოქსიტოცინის გამოყენებისა და ოპერაციული საშოსმხრივი მშობიარობის სიხშირეს.



ნაყოფის მდგომარეობის შეფასება

ნაყოფის მდგომარეობის შეფასება წარმოადგენს მშობიარობის მართვის განუყოფელ ნაწილს. ნაყოფის დისტრესის განვითარება - გულისცემის სიხშირის ცვალებადობა 160-ის ზევით და 100-120 ქვევით ან გულისცემის რიტმის დარღვევა, რომელიც ძირითადად ჰიპოქსიითაა გამოწვეული, შეიმჩნევა ფიზიოლოგიური მშობიარობის დროსაც კი.

სანაყოფე სითხის შეფასება

სანაყოფე სითხეში მეკონიუმის აღმოჩენა შესაძლებელია მიუთითებდეს ნაყოფის დისტრესზე, ასევე მკვდრადშობადობის, ნეონატალური ავადობისა და სიკვდილიანობის სიხშირის მომატებაზე³⁸⁻⁴²

სანაყოფე გარსების დარღვევის შემდეგ მეკონიუმის აღმოჩენა დაკავშირებულია პერინატალური ავადობისა და სიკვდილიანობის რისკის მომატებასთან. სანაყოფე წყლების ხასიათი სანაყოფო ბუშტის სპონტანური დარღვევისას მშობიარობის დაწყებისას მაშინვე უნდა იყოს შეფასებული და მეკონიუმის არსებობა უნდა გახდეს ნაყოფზე ინტენსიური დაკვირვების საფუძველი.

ამნიონფუზია წარმოადგენს ჭიპლარის მიჭყლეტის სიმპტომების თავიდან აცილების ეფექტურ მეთოდს მშობიარობის პროცესში ოლიგოჰიდრამნიონის არსებობისას.

სისტემატურმა მიმოხილვამ⁴³, რომელიც ეხებოდა ამნიონფუზიას მშობიარობისას მეკონიალური სანაყოფო სითხის არსებობისას შეამცირა: მეკონიუმით სანაყოფო სითხის შეღებვა (RR 0.03, 95%, CI 0.01-0.15), ნაყოფის გულისცემის ვარიაბელური დეცელერაციის სიხშირე (RR 0.65, 95% CI 0.49 to 0.88), საკეისრო კვეთის სიხშირე (RR 0.82, 95% CI 0.69 to 1.97). პერინატალური სიკვდილიანობის არც ერთი შემთხვევა არ იქნა გამოვლენილი.

პროფილაქტიკური ამნიონფუზია ოლიგოჰიდრამნიონის დროს დაკავშირებულია პერინატალური გამოსავლის გაუმჯობესებასთან, მაგრამ ჭიპლარის კომპრესიის ნიშნების არ არსებობისას ამნიონფუზია არ უნდა იყოს გამოყენებული.

ბეტა-მიმეტიკების დანიშვნა შესწავლილი იყო ნაყოფის მოსალოდნელი დისტრესის დროს და შესაძლოა ის წარმოადგენდეს სასარგებლო მეთოდს დროის მოგების მიზნით მშობიარობის მართვის შემდგომი ტაქტიკის განსაზღვრისათვის, თუმცა სისტემატურმა მიმოხილვამ⁴⁴ გვაჩვენა, რომ ჯგუფში, სადაც გამოიყენებოდა ტოკოლიტიკები, შემცირდა ნაყოფის გულისცემის ანომალიები (RR- 0.26, 95% CI 0.13 CI 0.53). ბეტა-მიმეტიკებით მკურნალობამ მაგნიუმის სულფატთან შედარებით შეამცირა საშვილოსნოს კუმშვადობა (RR-0.07, CI-0.00-1.10)

ნაყოფის დისტრესის განვითარებისას სასურველია მშობიარობის სწრაფი დამთავრება. მაგრამ ზოგჯერ ნაყოფის გულისცემის მრავალი დარღვევა ქრება უბრალო კონსერვატული ღონისძიებების ჩატარების შემდეგ, მაგალითად ისეთების, როგორებიცაა: დედის სხეულის მდებარეობის შეცვლა (მარცხენა გვერდზე მოთავსება), ოქსიტოცინის შეყვანის შეწყვეტა საშვილოსნო-პლაცენტური სისხლის მიმოქცევის გასაუმჯობესებლად.

ჟანგბადის მოკლევადიანი დანიშვნის ეფექტურობა შეფასდა სისტემატურ მიმოხილვაში⁴⁵, რომელიც მიმართული იყო ჟანგბადის პროფილაქტიკური დანიშვნის ეფექტურობის შესაფასებლად მშობიარობის დროს. ჭიპლარის სისხლის pH-ის პათოლოგიური მაჩვენებლები (7,2-ზე ნაკლები) ბევრად უფრო ხშირად გამოვლინდა ოქსიგენაციის ჯგუფში, ვიდრე საკონტროლო ჯგუფში. (RR 3,51, 95%, CI 1,34-9.19) სხვა სტატისტიკურად მნიშვნელოვანი განსხვავება ჯგუფებს შორის არ გამოვლენილა. მიღებული იყო ურთიერთსაწინააღმდეგო მონაცემები ჟანგბადის მიწოდების ხანგრძლივობასა და ჭიპლარის არტერიის pH-ის მაჩვენებლებს შორის. ამგვარად, მშობიარობის დროს ჟანგბადის პროფილაქტიკური გამოყენებისათვის არ არსებობს საკმარისი მტკიცებულებები, ისევე როგორც ნაყოფის დისტრესის სამკურნალოდ.

ნაყოფის გულისცემა

ნაყოფის გულისცემის აუსკულტაციური და ელექტრონული დაკვირვების მეთოდების შედარება

ნაყოფის გულისცემასა და მის მდგომარეობას შორის კავშირი კარგად არის დადასტურებული. არსებობს ნაყოფის გულისცემის გამოკვლევის ორი მეთოდი: უწყვეტი ელექტრონული მონიტორინგი და გარეგანი აუსკულტაცია სამეანო სტეტოსკოპით. აუსკულტაცია ძირითადად ტარდება 15-30 წთ-ში ერთხელ მშობიარობის პირველი პერიოდის განმავლობაში და ყოველი ჭინთვის შემდეგ მეორე პერიოდში. ამ მეთოდის უპირატესობას წარმოადგენს მისი სიმარტივე -

ეს არის შესაფერისი უბრალო ტექნოლოგიის მაგალითი, რომელიც მარტივია გამოყენებაში.

ელექტრონული მონიტორის გამოყენება ნაყოფის გულისცემის შესაფასებლად აუცილებელია მაღალი რისკის ორსულობისა და მშობიარობის დროს. თუმცა ამ დროს მიღებული ინფორმაცია უფრო ზუსტია, მისი ინტერპრეტაცია კარდიოტაქოგრაფების მონაცემებით უფრო რთულია.^{46,47}

ამ მეთოდის მგრძობელობა დისტრესის გამოვლენის თვალსაზრისით მაღალია, მაგრამ სპეციფიურობა - დაბალი⁴⁸. ეს იმას ნიშნავს, რომ მეთოდი იძლევა დიდი რაოდენობით ცრუ-დადებით შედეგებს და შესაბამისად, უფრო დიდი რაოდენობით იწვევს არამიზანმიმართულ ჩარევებს მშობიარობის პროცესში, განსაკუთრებით, თუ მონიტორინგი გამოიყენება დაბალი რისკ-ჯგუფის ორსულებში.^{49:50} რიგმა პროსპექტულმა საკონტროლო კვლევებმა არ გამოავლინა განსხვავება უბრალო აუსკულტაციასა და ნაყოფის გულისცემის ელექტრონულ კონტროლს შორის, აღინიშნა საკეისრო კვეთის უფრო მაღალი მაჩვენებელი ელექტრონული კონტროლის გამოყენების ჯგუფში. სისტემატიურ მიმოხილვაში⁵¹ სადაც შედიოდა 12 რკკ 37 000 ქალის მონაწილეობით და ტარდებოდა აუსკულტაციის და მუდმივი კარდიოტოკოგრაფიის შედარება არ გამოვლინდა მნიშვნელოვანი განსხვავება პერინატალური სიკვდილიანობის საერთო სიხშირეში (RR 0.85, 95% CI 0.59-1,23, n=33 513, 11 კვლევა), მაგრამ 2-ჯერ შემცირდა ნეონატალური ცერებრული დამბლის განვითარების სიხშირე. (RR 0.50, 95% CI 0.31-0,80, n=32 386, 2 კვლევა), თუმცა არანაირი განსხვავება არ იქნა გამოვლენილი ცერებრულ დამბლის სიხშირეებს შორის (RR 1,74, 95%, CI 0,97-3,11, n=13 252, 2 კვლევა). მნიშვნელოვნად (66%-ით) გაიზარდა საკეისრო კვეთის სიხშირე მუდმივი კარდიოტოკოგრაფიის გამოყენებისას (RR 1,66, 95%, CI 1,30-2,13, n=18 761, 10 კვლევა), რამდენადმე გაიზარდა ოპერაციული საშოსმხრივი მშობიარობის რიცხვი (RR 1,16, 95%, CI 1,01-1,32, n=18 151, 9 კვლევა).

ეჭვგარეშეა, რომ ნაყოფის გულისცემის უწყვეტი ელექტრონული მონიტორინგის ჩატარება საკეისრო კვეთისა და ოპერაციული საშოსმხრივი მშობიარობის გაზრდილი რიცხვის ფონზე, სადავოს ხდის მის გამოყენების ფიზიოლოგიურად მიმდინარე მშობიარობის დროს.

ამ მონაცემებს გააჩნიათ ძალიან მნიშვნელოვანი ზეგავლენა დაკვირვების მეთოდის ამორჩევის საკითხში ფიზიოლოგიური მშობიარობის დროს. ამორჩევის მეთოდი ნაყოფის გულისცემის დაკვირვების მიზნით ფიზიოლოგიური მშობიარობის დროს უნდა იყოს წყვეტილი აუსკულტაციის მეთოდი. თუმცა, იქაც კი, სადაც არის ელექტრონული კონტროლის საშუალება, აუსკულტაციური მეთოდი უნდა იყოს არჩევანის მეთოდი ფიზიოლოგიური მშობიარობის დროს. მხოლოდ იმ მშობიარობის დროს, როდესაც საჭირო ხდება მშობიარობის აღძვრა ან სტიმულაცია, ან მეკონიუმის აღმოჩენის დროს, ეჭვგარეშეა ელექტრონული მეთოდის უპირატესობანი. ფიზიოლოგიური მშობიარობის დროს ელექტრონული მონიტორინგი მნიშვნელოვნად ზრდის მშობიარობის პროცესში ჩარევების რაოდენობას მის გამოსავალზე დადასტურებული დადებითი ეფექტის გარეშე, გარდა ამისა, ის წარმოადგენს ქალისათვის დამატებითი დისკომფორტის წყაროს.

ნაყოფის წინამდებარე თავიდან აღებული სისხლის გამოკვლევა

ეს გამოკვლევა, რომლის მიზანია მშობიარობაში ნაყოფის ჰიპოქსიის შეფასება შეისწავლის ნაყოფის მუავა-ტუტოვან წონასწორობას pH-ის მაჩვენებელის სახით.

არსებობს გარკვეული ეჭვები ამ მეთოდის სიზუსტესთან დაკავშირებით, განსაკუთრებით წინამდებარე ნაყოფის თავზე სამშობიარო სიმსივნის ჩამოყალიბებისას, თუმცა, ნაყოფის გულისცემის ელექტრონულ კონტროლთან ერთად მეთოდმა დაადასტურა თავისი კლინიკური ეფექტურობა. ის შეიძლება გამოყენებული იყოს მხოლოდ ნაყოფის გულისცემის ცვლილების შემთხვევაში. მეთოდი საჭიროებს რთულ აღჭურვილობას, ტრენირებული პერსონალის არსებობას და საკმაოდ არაკომფორტულია მშობიარისათვის. ელექტროდის შეყვანისას ზოგჯერ შესაძლებელია წარმოიქმნას ისეთი გართულებები, როგორცაა ინფექცია და სისხლდენა ნაყოფის თავიდან. და ბოლოს, ის მოითხოვს 24 საათიანი ლაბორატორიული სამსახურის არსებობას.

ახლახან ჩატარებულმა კვლევებმა აჩვენეს, რომ თავის კანში ლაქტატის დადგენა არის pH-ის კარგი განმსაზღვრელი, იმ უპირატესობით, რომ ის უფრო ადვილად ჩასატარებელია, უფრო იაფია და უფრო იშვიათადაა დაკავშირებული ტექნიკურ სიძნელებებთან. ლაქტატის განსაზღვრისათვის საჭიროა მხოლოდ 5 მიკროლიტრი სისხლი⁵².

ამ მეთოდების გამოყენება ძირითადად შემოსისაზღვრება დაწესებულებებით, რომლებიც განკუთვნილია მაღალი რისკის ორსულებისათვის. მეთოდის როლი ფიზიოლოგიური მშობიარობის მართვისას შეზღუდულია.

სანიტარულ-ეპიდემიოლოგიური რეჟიმი

სადაც არ უნდა ჩატარდეს მშობიარობა, სისუფთავე წარმოადგენს უმნიშვნელოვანეს და აუცილებელ პირობას. თუმცა არ არის სტერილობის დაცვის აუცილებლობა, უნდა მოხდეს ხელების საგულდაგულოდ დაბანა საპნით და წყლით. უნდა მიექცეს ყურადღება მშობიარე ქალის და მშობიარობის მართვაში ჩართული პერსონალის ჰიგიენასაც. კვლევებმა აჩვენეს, რომ რეგულარული ბაქტერიოლოგიური კონტროლი და მტარებლობის ერადიკაცია არ ახდენს ზეგავლენას ნოზოკომიალური ინფექციების სიხშირეზე ახალშობილებსა და დედებში.⁵³

მნიშვნელოვანია ასევე გარემოს სისუფთავეც. ადრე აუცილებელ პირობად ითვლებოდა სტერილური ხალათებისა და ნიღბების გამოყენება ქალის ინფექციისაგან დაცვის თვალსაზრისით. ამ მიზნით მათი გამოყენება უსარგებლოა.⁵⁴ მიუხედავად ამისა, აივ და შიდსის, B და C ჰეპატიტების თავიდან აცილების მიზნით, გამოყენებული უნდა იყოს დამცავი ტანსაცმელი პერსონალის დაინფიცირებული სისხლისაგან დაცვის თვალსაზრისით.⁴

ინსტრუმენტები, რომლებიც განმეორებითად გამოიყენება, უნდა გასტერილდეს მსოფლიოს ჯანდაცვის ორგანიზაციის მოთხოვნების თანახმად.⁴ აუცილებელია ასევე უსაფრთხოების ზომების მიღება ქალებისა და სამედიცინო პერსონალის ინფიცირების თავიდან ასაცილებლად, რაც მოიცავს სისხლსა და სითხეებთან პირდაპირი კონტაქტისაგან თავის არიდებას, ხელთათმანების გამოყენებას საშოსმხრივი გასინჯვისას და მშობიარობის დროს, პლაცენტის შესწავლისას. ინფექციის რისკის დაქვეითების თვალსაზრისით მნიშვნელოვანია ინვაზიური მეთოდების მინიმალური გამოყენება, ისეთების, როგორცაა ეპიზოტომია და ეპიზოტორაფია.

ტრანსცერვიკალური ამნიონფუზია აქვეითებს ნაყოფის გულისცემის დეცელერაციების სიხშირეს და საკეისრო კვეთის რისკს.



ამნიონფუზიის საშუალებით ქვეითდება მეკონიუმით ასპირაციის სინდრომის რისკი, საკეისრო კვეთისა და ნეონატალური ავადობის სიხშირე. არსებული მტკიცებულებები მხარს უჭერს მის გამოყენებას ქალებში, რომელთაც აღენიშნებათ მეკონიალური სანაყოფო სითხე.



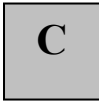
ბეტა-მიმეტიკების დანიშვნა ნაყოფის დისტრესის დროს წარმოადგენს დროის მოგების სასარგებლო ხერხს, რომელიც საშუალებას იძლევა შემუშავდეს მშობიარობის მართვის შემდგომი გეგმა.



ფიზიოლოგიური მშობიარობის დროს არჩევის მეთოდი უნდა იყოს წყვეტილი აუსკულტაცია. ნაყოფის გულისცემის ელექტრონული მონიტორინგის გამოყენება ასოცირებულია საკეისრო კვეთისა და ოპერაციული საშოსმხრივი მშობიარობის სიხშირის მომატებასთან.



საჭიროა სტერილური ხელთათმანების გამოყენება საშოსმხრივი გასინჯვის, მშობიარობისა და პლაცენტის დათვალიერების დროს. მშობიარობის დროს პერსონალმა უნდა ჩაიცვას სუფთა ტანსაცმელი, წინსაფარი, სათვალები, სტერილური ხელთათმანები (ქუდი და ნიღაბი სურვილისამებრ, ინდივიდუალური თავდაცვის მიზნით)



მშობიარობის პირველი პერიოდის მართვა

მშობიარობის დასაწყისის განსაზღვრა

სამშობიარო მოქმედების დასაწყისის განსაზღვრა არის მშობიარობის მართვის ერთ-ერთი უმნიშვნელოვანესი მომენტი. როგორც წესი, მშობიარობის დაწყების დადასტურება ხდება საშოსმხრივი გასინჯვით. თუ მშობიარობის დაწყება არასწორადაა დიაგნოსტირებული, შედეგად ამას ხშირად მოყვება დაუსაბუთებელი ჩარევები, ისეთები, როგორიცაა ამნიოტომია და/ან ოქსიტოცინის შეყვანა. ზოგჯერ პრელიმინარული პერიოდისა და დაწყებული სამშობიარო მოქმედების განსასხვავებლად საჭიროა მოცდითი ტაქტიკა.

ფიზიოლოგიური მშობიარობის პროგრესი ფასდება მშობიარობის საერთო ხანგრძლივობით ან საშვილოსნოს ყელის გახსნის სიჩქარით (საშუალოდ ერთი სმ/სთ-ში). ეს უკანასკნელი უფრო მისაღებია, რადგანაც მშობიარობის საერთო ხანგრძლივობის განსაზღვრა შესაძლებელია მხოლოდ რეტროსპექტულად.

პარტოგრამა⁵⁵⁻⁵⁷ (დანართი 1) წარმოადგენს მშობიარობის მიმდინარეობის გრაფიკულ გამოსახულებას. მითითებულია, რომ იგი უნდა გაიხსნას საშვილოსნოს ყელის 3 სმ გახსნისას (მშობიარობის აქტიურ ფაზაში) დროის ერთეულში საშვილოსნოს ყელის გახსნის სიჩქარის გრაფიკულ გამოსახულებასთან ერთად შესაძლებელია საშვილოსნოს შეკუმშვების, ასევე ნაყოფის გულისცემის სიხშირის, მედიკამენტების დანიშვნის და სხვა მნიშვნელოვანი პარამეტრების აღნიშვნა. პარტოგრამის გამოყენებით შესაძლებელია მშობიარობის შეფასება მასზე მხოლოდ ერთი დახედვით: მარტივია სამშობიარო მოქმედების ანომალიების გამოვლენა. პარტოგრამის

გამოყენება ადვილია, მის მიხედვით შესაძლებელია სწავლება და ეფექტურია ინფორმაციის გაცვლა. მშობიარობის დროს პარტოგრამის გამოყენება შესწავლილი იყო მრავალცენტრულ კვლევაში, რომელშიც მონაწილეობდა 35 484 ქალი. პარტოგრამის დანერგვამ შეამცირა როგორც გახანგრძლივებული მშობიარობის (6,4% 3,4% მდე), ასევე სტიმულაციის (20,7%-დან 9,1%-მდე), სასწრაფო საკეისრო კვეთის (9,9%-დან 8,3%-მდე), ნაადრევი მშობიარობის (0,5%-დან 0,3%) სიხშირემ.⁵⁸

სანაყოფე წყლების დაღვრის საკითხმა მშობიარობის დაწყებამდე ვადამიტანილი ორსულობისას (= > 38 კვირას) გამოიწვია დისკუსია საშოსმხრივი გასინჯვების რისკის,⁵⁹ მშობიარობის ადვილის საჭიროებისა და ანტიბიოტიკებით პროფილაქტიკის აუცილებლობის შესახებ. რანდომიზირებულ კვლევაში⁶⁰ განხილული იყო მშობიარობის ადვილის ეფექტი სანაყოფე წყლების დაღვრიდან 12 საათის შემდეგ მოცდით ტაქტიკასთან შედარებით (სანაყოფო სითხის დაღვრიდან 48 საათის ჩათვლით). გამოვლინდა, რომ მშობიარობის ადვილის ჯგუფში მედიკამენტური გაუტკივარებისა და სხვა სამედიცინო ჩარევების სიხშირე უფრო მაღალი იყო, ვიდრე მოცდითი ტაქტიკის ჯგუფში. ამავე დროს, ახალშობილებში ინფექციური გართულებები მოცდითი ტაქტიკის ჯგუფში გამოვლინდა უფრო ხშირად (3,2% 1,6 % წინააღმდეგ). უნდა აღინიშნოს ისიც, რომ ზემოთ აღნიშნული მონაცემები მიღებულია განვითარებულ ქვეყნებში.

სისტემატურმა მიმოხილვამ ამ საკითხის შესახებ⁶¹ გამოავლინა ანტიბიოტიკების გამოყენების სარგებლიანობა და შესაძლო გვერდითი ეფექტები ქალებში სანაყოფე გარსების მშობიარობამდელი დარღვევით ვადამიტანილი ორსულობის დროს. ორმა კვლევამ, რომლებიც მოიცავდა 838 ქალს, გამოავლინა დედის ინფექციების სიხშირის დაქვეითება (ქორიოამნიონიტისა და ენდომეტრიტის) (RR 0.43; 95% CI 0.23–0.82). არ იქნა მიღებული სარწმუნო მტკიცებულებები პერინატალური სიკვდილიანობის შესახებ (RR 0.98; 95% CI 0.14–6.89). კვლევებში გამოყენებული იყო პარენტერალური ანტიბიოტიკების სხვადასხვა კომბინაციები (ამპიცილინი+გენტამიციინი+ცეფუროქსიმი), ასევე აღებული იყო სხვადასხვა დროს (12 საათიანი და 24 საათიანი) ინტერვალები სამშობიარო მოქმედების ადვილისათვის. მეთოდოლოგიური არასრულფასოვნების გამო ანტიბიოტიკებით რუტინული მკურნალობის ღირებულება ვადამიტანილი ორსულობის დროს სანაყოფო ბუშტის მშობიარობამდელი დარღვევის დროს უცნობია და საჭიროა დამატებითი კვლევების ჩატარება ამ საკითხთან დაკავშირებით.

საქართველოში უფრო მიღებულია მშობიარობის მართვის აქტიური ტაქტიკის გამოყენება, იმის გათვალისწინებით, რომ სეფსისი და მისი გართულებები წარმოადგენენ დედის სიკვდილიანობის ერთ-ერთ მთავარ მიზეზს.

სანაყოფე სითხის მშობიარობამდელი დაღვრა ორსულობის ადრეულ ვადებზე (38 კვირამდე) წარმოადგენს დედისა და ახალშობილის ინფიცირების ხშირ მიზეზს. ახლახან გამოქვეყნებულმა მიმოხილვამ, რომელშიც შევიდა 19 კვლევა, სადაც ჩართული იყო 6000 ქალი⁶² გამოავლინა, რომ ანტიბიოტიკების გამოყენება ამ დროს დაკავშირებულია ქორიოამნიონიტის სიხშირის დაქვეითებასთან (RR: 0.57, 95%CI 0.37- 0.86), მშობიარობის დაწყების გადავადებასთან 48 საათის განმავლობაში (RR 0.71, 95% CI 0.58 -0.87). მცირდება ასევე ნეონატალური ავადობის შემდეგი მაჩვენებლები: ნეონატალური ინფექცია პნევმონიის ჩათვლით (RR 0.68, 95% CI 0.53- 0.87), სურფაქტანტის გამოყენების სიხშირე (RR 0.83, 95%CI 0.72 - 0.96), ბავშვთა რაოდენობა, რომლებიც საჭიროებენ უანგბადით მკურნალობას (RR 0.88, 95%CI 0.81-0.96) და ახალშობილთა რაოდენობა თავის ტვინის ულტრაბგერითი კვლევის პათოლოგიური მონაცემებით (RR 0.82, 95% CI 0.68- 0.98). მნიშვნელოვნად გაიზარდა ბავშვთა

რაოდენობა ნეკროზული ენტეროკოლიტით (ორი კვლევა, RR 4.60, 95% CI 1.98 - 10.72) იმ ჯგუფში, სადაც გამოყენებული იყო კო-ამოქსიკლავი ან აუგმენტინი.

მშობიარობის პროგრესის დაწვრილებითი მონიტორინგი უნდა განხორციელდეს პარტოგრამის მეშვეობით

B

პროფილაქტიკური ანტიბიოტიკოთერაპიის ფასეულობა სანაყოფე სითხის ნაადრევი დაღვრის დროს უცნობია.

A

სანაყოფე სითხის ნაადრევი დაღვრისას ორსულობის ადრეულ ვადებზე (38 კვირამდე) ანტიბიოტიკების გამოყენება ამცირებს არა მხოლოდ ქორიოამნიონიტის სიხშირეს, არამედ იწვევს ორსულობის პროლონგირებას და აქვეითებს სერიოზული ნეონატალური ავადობის სიხშირეს, არსებული მტკიცებულებებიდან გამომდინარე ერთობლივი წარმოდგენს საუკეთესო არჩევანს.

A

მშობიარის პოზა მშობიარობის პირველ პერიოდში.

რამოდენიმე კვლევამ დაადასტურა, რომ მშობიარის ზურგზე მდებარეობა აუარესებს საშვილოსნო-პლაცენტურ სისხლის მიმოქცევას ორსული საშვილოსნოს ზეწოლის გამო (ქვედა ღრუ ვენის სინდრომი). ზურგზე წოლა აქვეითებს საშვილოსნოს კუმშვადობას^{63;64;65}. გამოკვლევები ასევე მოწმობენ, რომ თუ მშობიარეს აქვს საშუალება იმოდროს და მიიღოს სხეულის ნებისმიერი მდებარეობა, საშვილოსნოს შეკუმშვები უფრო ეფექტური ხდება და მშობიარობა უფრო ხანმოკლეა და ნაკლებად მტკივნეული, ასევე მცირდება ოქსიტოცინის გამოყენების სიხშირე.⁶³⁻⁶⁷

18 რკკ-ის სისტემატიურმა მიმოხილვამ⁶⁸ აჩვენა, რომ ლატერალური და ვერტიკალური პოზიცია მშობიარობის დროს ამცირებს ოპერაციული ჩარევის აუცილებლობას ზურგზე წოლით პოზიციასთან შედარებით.

შედეგების ინტერპრეტაცია უნდა მოხდეს სიფრთხილით, რადგანაც 19 კვლევის (5764 მონაწილე) მეთოდოლოგიური ხარისხი განსხვავებული იყო. ნებისმიერი მდგომარე ან გვერდითი პოზიციის გამოყენება ზურგზე ან ლითოტომიის პოზიციასთან შედარებით დაკავშირებული იყო: მშობიარობის მეორე პერიოდის ხანგრძლივობის შემოკლებასთან (10 კვლევა, საშუალო 4,29 წთ. 95% CI 2.95 to 5.64 min) მშობიარობის რიცხვის შემცირებასთან, რომლებიც მოითხოვდნენ ჩარევას (18 კვლევა, RR 0.84, 95% CI 0.73 - 0.98), ეპიზოტომიების სიხშირის დაქვეითებასთან (12 კვლევა, RR 0.84, 95% CI 0.79 - 0.91), მეორე ხარისხის შორის ჩახვევის სიხშირის გაზრდასთან (11 კვლევა, RR 1.23, 95% CI 1.09 - 1.39) მოსალოდნელი სისხლდენების მომატებულ სიხშირესთან > 500მლ-ზე (11 კვლევა, RR 1.68, 95%CI 1.32 - 2.15), მეორე პერიოდის დროს მწვავე ტკივილის შეგრძნების დაქვეითებასთან (1 კვლევა RR 0.73, 95% CI 0.60 - 0.90); ნაყოფის გულისცემის სიხშირის დარღვევების შემცირებასთან (1 კვლევა RR 0.31, 95% CI 0.08 to 0.98). ამ მიმოხილვის შედეგებმა გამოავლინა 500 მლ-ზე მეტი სისხლის დანაკარგის

შესაძლო განვითარება ქალებში, რომლებიც ვერტიკალურ პოზიციაში მშობიარობენ. სანამ არ იქნება მიღებული კვლევების უფრო დაწვრილებითი შედეგები ამ საკითხზე და არ გაუმჯობესდება ამ კვლევების მეთოდოლოგია, ორსულს უნდა მიეცეს საშუალება თვითონ აირჩიოს მშობიარობის პოზიცია. ერთადერთ გამონაკლისს წარმოადგენს სანაყოფე სითხის დაღვრა მოძრავი თავის პირობებში. მშობიარობის მართვის დროს არსებული სტანდარტები, მაგალითად: როგორცაა გულისცემის ელექტრონული მონიტორინგი და ოქსიტოცინის წვეთობრივი შეყვანა ზღუდავს ქალის არჩევანს. მდებარეობის არჩევანი უნდა იყოს ნებაყოფლობითი - მშობიარობისას სიარულის ან დგომის დაძალება არის ისეთივე თავისუფლების შეზღუდვა, როგორც მოთხოვნა გაუნძრევლად იწვევს ზურგზე. (დანართი 2)

ორსულებს უნდა მიეცეთ არჩევანი იმშობიარონ იმ პოზიციაში, რომელსაც ისინი ყველაზე კომფორტულად თვლიან.



ყველა ქალს უნდა გაეწიოს მუდმივი მხარდაჭერა მშობიარობის დროს. პარტოგრამის გამოყენება, ლატერალური და ვერტიკალური პოზა და ეპიდურული ანესთეზიის თავიდან აცილება ამცირებს მშობიარობის დროს ოპერაციული ჩარევის აუცილებლობას.



საშოსმხრივი გასინჯვა

საშოსმხრივი გასინჯვა წარმოადგენს მშობიარობის დაწყებისა და პროგრესის შეფასების ერთ-ერთ უმნიშვნელოვანეს საშუალებას. საშოსმხრივი გასინჯვის რაოდენობა უნდა შეიზღუდოს. მშობიარობის პირველი პერიოდის განმავლობაში სრულიად საკმარისია საშოსმხრივი გასინჯვა ყოველ 4 საათში ერთხელ, როგორც ეს მოცემულია მშობიარობის პარტოგრამაში.⁶⁹

გარდა ამისა, საშოსმხრივი გასინჯვა უნდა ჩატარდეს მხოლოდ სამედიცინო ჩვენებებით: სამშობიარო მოქმედების სისუსტე, სანაყოფო სითხის დაღვრა ან ჭინთვების დაწყება. ეს უნდა განისაზღვროს ადგილობრივი პროტოკოლით.

კლინიკურ ბაზებზე, სადაც მიმდინარეობს სტუდენტების სწავლება, ხშირად აუცილებელი ხდება სწავლის მიზნით საშოსმხრივი გასინჯვების წარმოება. ამ დროს აუცილებელია ქალის თანხმობა. არავითარ შემთხვევაში არ უნდა განხორციელდეს ხეწოლა ქალზე მისი თანხმობის მიღების მიზნით. არც თუ ისე შორეულ წარსულში შემოთავაზებული იყო რექტალური გასინჯვა ქალის ინფიცირების რისკის დაქვეითების თვალსაზრისით. შედარებითმა კვლევებმა, რომლებიც ჩატარებულია რექტალური და ვაგინალური გასინჯვის შესადარებლად არ გამოავლინეს განსხვავება ინფიცირების განვითარების სიხშირებს შორის.⁵⁴

სამშობიარო მოქმედების პროგრესის განსაზღვრა

მშობიარობის პროგრესის შეფასება ხდება მშობიარე ქალზე დაკვირვების საფუძველზე - მისი ქცევით, საშვილოსნოს შეკუმშვით, წინამდებარე ნაწილის წინმსვლელობით, მაგრამ საშვილოსნოს ყელის გახსნის ხარისხი მშობიარობის პროგრესის ყველაზე ზუსტ კრიტერიუმს წარმოადგენს. მიღებული ნორმებისაგან

გადახრა უნდა გახდეს საფუძველი მშობიარობის მართვის გეგმის გადახედვისათვის. პარტოგრამის წარმოებისას ეს ვლინდება საშვილოსნოს ყელის გახსნის შენელებით (< 1 სმ/საათში); ბებიაქალის მეტავალყურეობის ქვეშ მიმდინარე მშობიარობის დროს ასეთი შენელება უნდა იყოს საფუძველი მშობიარის სტაციონარში გადასაყვანად.⁷⁰ აუცილებელია სამშობიარო მოქმედების შენელების მიზეზის განსაზღვრა. კვლევები გვიჩვენებს, რომ დაახლოებით 20% პირველადი მშობიარეობაში ყელის გახსნის სინქარის ხაზი კვეთავს ყურადღების ხაზს, ხოლო 10-11% კი ჩარევის ხაზს.⁷¹ მშობიარობის ნელი პროგრესი უნდა გახდეს უფრო მიზეზის გამოვლენის და არა აქტიური ჩარევის საფუძველი. უნდა გამოვლინდეს მენჯისა და ნაყოფის თავის შეუსაბამობის ნიშნები.

მთელი სანაყოფე ბუშტის პირობებში და გამოხატული სამშობიარო მოქმედების დროს შეუსაბამობა არ წარმოადგენს მშობიარობის შენელების მიზეზს. ასეთ შემთხვევებში მიზანშეწონილია მოცდითი ტაქტიკა⁷², რადგანაც დღევანდელ დღეს არ არის სამეცნიერო კვლევები მშობიარობის აქტიური მართვისა და მოცდითი ტაქტიკის შედარებასთან დაკავშირებით, ძნელია ზუსტი რეკომენდაციების გაცემა ამ საკითხზე.

დაღვრილი სანაყოფე სითხის პირობებში და სამშობიარო მოქმედების სისუსტის დროს უფრო ხშირად ვლინდება მექანიკური მიზეზები. ასეთი მშობიარობის მართვა სცილდება მოცემული რეკომენდაციების ფარგლებს.

სამშობიარო მოქმედების სისუსტის პროფილაქტიკა

არსებობს რამოდენიმე საშუალება სამშობიარო მოქმედების სისუსტის პროფილაქტიკისათვის. ზოგჯერ ეს ღონისძიებები ტარდება ბევრად უფრო ადრე, ვიდრე პარტოგრამაზე გამოჩნდება სამშობიარო მოქმედების შესუსტება. უფრო ხშირ ჩარევებს წარმოადგენს ადრეული ამნიოტომია და ოქსიტოცინის ინტრავენური შეყვანა ან ამ ორი მეთოდის კომბინაცია.

ადრეული ამნიოტომია

ეს პროცედურა, სანაყოფე გარსების ქირურგიული დარღვევა, შემოთავაზებული იყო ზოგიერთი ავტორის მიერ, როგორც აუცილებელი სამშობიარო მოქმედების დაწყებიდან 1 საათის შემდეგ.⁷³ თუმცა კვლევებმა გამოავლინეს პირველი ტიპის გვიანი დეცელერაციების სისშირის მნიშვნელოვანი მომატება ადრეული ამნიოტომიის შემდეგ. რამოდენიმე რანდომიზირებულ კვლევაში გამოვლინდა, რომ ადრეული ამნიოტომია მშობიარობის დროს ამოკლებს მშობიარობის ხანგრძლივობას საშუალოდ 60-120 წუთამდე და არ ახდენს ზეგავლენას ანალგეზიის და ოპერაციული ჩარევის გამოყენების სისშირეზე. კვლევებმა არ გამოავლინეს ადრეული ამნიოტომიის რაიმე ზეგავლენა ახალშობილთა მდგომარეობაზე.⁷⁴⁻⁷⁶

მსგავსი დასკვნები მიღებულია სისტემატური მიმოხილვაში,⁷⁷ სადაც განიხილებოდა რუტინული ადრეული ამნიოტომიის ეფექტი მშობიარეობის დაბალი რისკის ჯგუფში. აღმოჩნდა, რომ ადრეული ამნიოტომია ზრდის საკეისრო კვეთის ალბათობას, ამცირებს მშობიარობის ხანგრძლივობას, ოქსიტოცინის გამოყენების სისშირესა და სამშობიარო ტკივილებს. რაც შეეხება ახალშობილთა გამოსავალს, შემცირდა აპგარის შკალით 7-ზე ნაკლები ქულით დაბადებული ბავშვების რაოდენობა. სტატისტიკურად სარწმუნო

განსხვავება არ გამოვლენილა ნეონატალური ავადობის სხვა მაჩვენებლებში, როგორცაა ჭიპლარის არტერიის მუავა-ტუტოვანი ბალანსი და ინტენსიური თერაპიის განყოფილებაში გადაყვანა.

რუტინული ადრეული ამნიოტომია საერთო ჯამში არ არის სარგებლიანი. იმის გამო, რომ ის ზრდის საკეისრო კვეთის ალბათობას. ფიზიოლოგიური მშობიარობის შემთხვევაში ამნიოტომიის ჩატარებისათვის უნდა არსებობდეს მნიშვნელოვანი ჩვენება.

რუტინულ ადრეულ ამნიოტომიას - არ გააჩნია უპირატესობა, რადგანაც იზრდება საკეისრო კვეთის ალბათობა. ფიზიოლოგიური მშობიარობის დროს ამნიოტომიის ჩატარებისათვის უნდა არსებობდეს მნიშვნელოვანი ჩვენება.



ოქსიტოცინის ინტრავენური შეყვანა

ოქსიტოცინის ინტრავენური შეყვანა ხშირად გამოიყენება მშობიარობის დასაჩქარებლად სანაყოფო გარსების თვითნებური ან ხელოვნური დარღვევის შემდეგ. ოქსიტოცინისა და ადრეული ამნიოტომიის კომბინაციის გამოყენებას ხშირად მშობიარობის აქტიურ მართვასაც უწოდებენ. პირველად ეს მეთოდიკა მოწოდებული იყო ირლანდიაში⁷⁸ და შესწავლილი იყო მრავალ რანდომიზირებულ კვლევებში. სხვა კვლევაში⁷³ საკონტროლო ჯგუფის ქალებს სთხოვდნენ არ დაწოლილიყვნენ საწოლში, არამედ საკუთარი სურვილისამებრ დამჯდარიყვნენ ან ემოძრავათ. ამ ჯგუფში მშობიარობის საშუალო ხანგრძლივობა იყო უმნიშვნელოდ უფრო მოკლე, ვიდრე ოქსიტოცინის გამოყენების ჯგუფში. არ იყო განსხვავება ახალშობილების აპგარით შეფასებაში, ასევე ახალშობილების გადაყვანაში რეანიმაციულ განყოფილებაში. ქალთა უმრავლესობა აღნიშნავდა, რომ ოქსიტოცინით სტიმულაცია იწვევდა არასასიამოვნო შეგრძნებებს. მშობიარეთა 80%-ზე მეტმა აღნიშნა, რომ სტიმულაციამ გააძლიერა ტკივილი მშობიარობის დროს. საკონტროლო ჯგუფის ქალთა ნახევარმა აღნიშნა, რომ მოძრაობა მშობიარობის დროს ამსუბუქებდა ტკივილს მაშინ, როდესაც ქალთა 24%-მა ვერ შენიშნა ვერანაირი განსხვავება.

აუცილებლობის შემთხვევაში ოქსიტოცინის გამოყენება შეიძლება მარტო იმ დაწესებულებებში, სადაც შესაძლებელია სასწრაფო ქირურგიული დახმარების აღმოჩენა. ამ დროს აუცილებელია ნაყოფის გულისცემის ელექტრონული მონიტორინგი. დუბლინის კვლევის გამოცდილება ასევე ხაზს უსვამს შემდეგს: ქალთა იმ ჯგუფში, სადაც გამოყენებული იყო აუსკულტაცია, უფრო მაღალი იყო ნევროლოგიური გართულებების სიხშირე. განსაკუთრებით ეს აღინიშნებოდა ქალებში, რომელთაც ჩაუტარდათ ოქსიტოცინით სტიმულაცია.⁴²

იგივე ეხება მშობიარობის აღძვრის მიზნით პროსტაგლანდინების გამოყენებას. ოქსიტოცინის ინტრავენური შეყვანა დასაშვებია მხოლოდ ინფუზომატის გამოყენებით. შეყვანილი ოქსიტოცინის რაოდენობა განისაზღვრება მღერტ/წმ-ში და ხდება შემდეგი სქემით: 5 ერთ. ოქსიტოცინი უნდა გაიხსნას 50 მლ. შპრიცში. მიღებულ ხსნარში ოქსიტოცინის კონცენტრაცია შეადგენს 100 მღერტ/მლ. შპრიცი უნდა დაყენდეს ინფუზომატში და შეირჩეს შეყვანის სიჩქარე.

- 3 მლ/სთ-5,1 მლერთ/წთ
- 4 მლ/სთ-6,7 მლერთ/წთ
- 5 მლ/სთ-8,3 მლერთ/წთ
- 6 მლ/სთ-10 მლერთ/წთ

როგორც წესი ოქსიტოცინის ინფუზია უნდა დაიწყოს 3 მლ/სთ-ით (5,1 მლერთ/წთ-ით) და გაორმაგდეს ყოველ 20-25 წთ-ში, სანამ არ იქნება მიღწეული სასურველი ინტენსიობის სამშობიარო მოქმედება (6-7 შეტევა 15 წთ-ის განმავლობაში)

ოქსიტოცინის ინტრავენური შეყვანა მშობიარობის დროს სამშობიარო მოქმედების გასაძლიერებლად დასაშვებია მხოლოდ ინფუზიომატის გამოყენებით



ოქსიტოცინის შეყვანა კუნთებში

ოქსიტოცინის კუნთებში შეყვანა მშობიარობის სტიმულაციის მიზნით განიხილება, როგორც საშიში მეთოდი საშვილოსნოს ჰიპერსტიმულაციისა და ნაყოფზე უარყოფითი ზეგავლენის გამო. აღსანიშნავია ასევე საშვილოსნოს გასკდომის მომატებული სისშირეც.⁷⁹ ეს არასწორი ტაქტიკა სასწრაფოდ უნდა აიკრძალოს.

მშობიარობის მეორე პერიოდის მართვა

მშობიარობის მეორე პერიოდში ნაყოფის ოქსიგენაცია თანდათანობით ქვეითდება ჭინთვების და საშვილოსნო-პლაცენტარული სისხლის მიმოქცევის დაქვეითების გამო. ხანგრძლივი ჭინთვები მნიშვნელოვნად აქვეითებს პლაცენტარულ სისხლის მიმოქცევას, რასაც თან სდევს აციდოზის განვითარება. მეორე პერიოდის განმავლობაში არსებობს ინდივიდუალური განსხვავებები, აქედან გამომდინარე, აუცილებელია ნაყოფის მდგომარეობის დინამიური კონტროლი.

ზოგიერთ სამშობიაროში ჩვეულებრივ პრაქტიკად ითვლება მშობიარეს გადაყვანა წინასამშობიარო პალატიდან სამშობიარო დარბაზში მეორე პერიოდის დასაწყისში. ჩვეულებრივ, სამშობიარო ბლოკი აღჭურვილია სანათურებით, საწოლებით, რომლებსაც აქვთ ფეხების დასადები და სხვ. მიუხედავად იმისა, რომ ასეთი ოთახები უფრო ხელსაყრელია სამედიცინო პერსონალისათვის, ქალისათვის ნებისმიერი ტრანსპორტირება არასასურველია და არასასიამოვნო. ნორმალური მშობიარობის დროს არ არის აუცილებელი ქალის გადაყვანა სხვა ადგილზე. წარმატებულად შესაძლებელია ქალის მომშობიარება იგივე ოთახში, სადაც მიმდინარეობდა მშობიარობის პირველი პერიოდი.

ჭინთვების დაწყება

ქალს სთხოვენ გაიჭინთოს საშვილოსნოს ყელის სრული გახსნისას როდესაც წინამდებარე ნაწილი არის მენჯის ფსკერზე. ფიზიოლოგიური მიდგომა მდგომარეობს იმაში, რომ ჭინთვის შეგრძნება ქალს თვითნებურად ჩამოუყალიბდეს. არ არის ჩატარებული რანდომიზირებული საკონტროლო კვლევები, რომლებიც შეადარებდნენ ჭინთვების ადრეულ დაწყებას მათ გვიან დაწყებასთან ფიზიოლოგიური მშობიარობის დროს, თუმცა რამოდენიმე ასეთი კვლევა ჩატარებულია ეპიდურული ანალგეზიის გამოყენებისას.⁸⁰ ჭინთვების დათრგუნვისას გაუტკივარების ამ მეთოდის გამოყენების დროს ადვილია ჭინთვების შეჩერება შეჭრის მომენტამდე. ასეთი მიდგომა შედარებული იყო ჭინთვების დაწყებასთან საშვილოსნოს ყელის სრული გახსნისას.⁸¹⁻⁸³

ჭინთვების გვიანი დაწყება არ ახდენდა უარყოფით გავლენას დედისა და ნაყოფის მდგომარეობაზე. ადრეული ჭინთვების ჯგუფში აღინიშნა სამეანო მაშების გამოყენების მომატებული სიხშირე.

ზოგჯერ ჭინთვების დაწყების წინ ხდება შარდის ბუშტის დაცლა კათეტერის მეშვეობით, მაგრამ ამის აუცილებლობა არ არის. კათეტერიზაციამ შესაძლებელია გამოიწვიოს საშარდე გზების დაინფიცირება. ჩადგმული თავის პირობებში კათეტერიზაცია გაძნელებულია და ტრავმულიც კი. სასურველია, მშობიარეს ვთხოვოთ მოშარდოს პირველი პერიოდის დროს, ფიზიოლოგიური მშობიარობის დროს ეს სრულებით საკმარისია.

ჭინთვის ტექნიკა

დღევანდელ დღეს ფართოდ გამოიყენება ჭინთვის ტექნიკა, როდესაც ქალი ხანგრძლივად იკაეებს ჰაერს და იჭინთება ერთი ჭინთვის განმავლობაში 2-3-ჯერ 20-30 წამის განმავლობაში (ვალსალვას მეთოდი). ალტერნატიულ მეთოდს წარმოადგენს ხანმოკლე ჭინთვები (4-6 წამის განმავლობაში) ერთი ჭინთვის განმავლობაში 3-5-ჯერ.

რამოდენიმე კვლევაში^{84;85;86;87} ჩატარდა ორი ზემოთ აღნიშნული მეთოდის შედარება. ტრადიციული ტექნიკისათვის დამახასიათებელია მეორე პერიოდის რამდენადმე შემოკლება, მაგრამ მას შეუძლია ნაყოფის გულისცემის და გულის გადმოსროლის სერიოზული დარღვევების გამოწვევა, რაც სუნთქვითი ტექნიკითაა განპირობებული. ზურგზე წოლის გამო ქვედა ღრუ ვენაზე ზეწოლა აუარესებს ამ მდგომარეობას. ჩატარებულ კვლევებში pH საშუალო მაჩვენებელი უფრო დაბალი იყო ჯგუფში ჰაერის ხანგრძლივი შეკავებით, ხოლო ახალშობილებს აღენიშნებოდათ ტენდენცია აპგარით შეფასების დაქვეითებისაკენ. მიუხედავად იმისა, რომ არსებული მონაცემები ძალიან მწირია, უფრო მიზანშეწონილია ხანმოკლე ჭინთვები (4-6 წამის განმავლობაში) ერთი ჭინთვის განმავლობაში 3-5-ჯერ

მშობიარობის მეორე პერიოდის ხანგრძლივობა

1930 წელს 628 ქალში შესწავლილი იყო⁸⁸ მშობიარობის მეორე პერიოდის ხანგრძლივობა ნაყოფის თავით წინამდებარეობის დროს, რომელმაც საშუალოდ მიაღწია 75 წუთს. მეორე პერიოდის ხანგრძლივობა დიდადაა დამოკიდებული სამედიცინო პერსონალზე, რომელიც მართავს მშობიარობას. ნაყოფის

აციდოზისა და ჰიპოქსიის კავშირი მეორე პერიოდის ხანგრძლივობასთან ხშირად წარმოადგენს მიზეზს მეორე პერიოდის შემოკლებისათვის ჩვენების გარეშე კი. ასეთი მიდგომა შესწავლილი იყო რიგ კვლევებში⁸⁹⁻⁹¹. მშობიარობის მეორე პერიოდის შემოკლებამ სათანადო ჩვენებების გარეშე გამოავლინა მხოლოდ pH მნიშვნელოვანი მომატება ჭიპლარის არტერიაში, სხვა რაიმე უპირატესობების გარეშე დედისა და ნაყოფის მხრივ, მათი მომატებული ტრავმატიზმის ფონზე, რაც არ შეიძლება იყოს გამართლებული. აქედან გამომდინარე, დედისა და ნაყოფის დამაკმაყოფილებელი მდგომარეობის დროს არ არსებობს საფუძველი მშობიარობის მეორე პერიოდის ნაადრევი დასრულებისათვის, პირობითი მაჩვენებლის გადაჭარბების შემთხვევაშიც კი.

რამოდენიმე კვლევაში შესწავლილი იყო იმ ახალშობილთა მდგომარეობა, რომლებიც დაბადებული იყვნენ მეორე პერიოდის სხვადასხვა ხანგრძლივობის შემდეგ. 148 ახალშობილი შესწავლილი იყო pH მაჩვენებლების და ნევროლოგიური ინდექსის განსაზღვრის შემდეგ. მეორე პერიოდის ხანგრძლივობა მერყეობდა, 60 წუთიდან (პირველმშობიარეთა 66%) 159 წუთამდე. არ იქნა გამოვლენილი კავშირი მეორე პერიოდის ხანგრძლივობასა და ახალშობილთა მდგომარეობას შორის.⁹² ჩატარებული კვლევები ეხებოდა 6759 ახალშობილს, დაბადებულს თავით წინამდებარეობაში, წონით >2500 გრამზე; მშობიარობის მეორე პერიოდის ხანგრძლივობა აღემატებოდა 3 საათს 11% შემთხვევაში. არ გამოვლენილა კავშირი მეორე პერიოდის ხანგრძლივობასა და აპგარით შეფასების დაბალ მაჩვენებლებს, ნევროლოგიურ გართულებებსა ან ახალშობილთა ინტენსიური თერაპიის განყოფილებაში გადაყვანის აუცილებლობას შორის.⁹³

ამრიგად, უნდა აღინიშნოს, რომ მეორე პერიოდის შემოკლებასთან დაკავშირებული გადაწყვეტილება უნდა დაეფუძნოს დედისა და ნაყოფის მდგომარეობას. თუ დედისა და ნაყოფის მდგომარეობა დამაკმაყოფილებელია, არ არსებობს საფუძველი მშობიარობის ნაადრევად დასრულებისათვის.

კატეგორიულად დაუშვებელია ჭინთვების ორსირება (საშვილოსნოს ფუძეზე ზეწოლა)

ასე რომ, ჭინთვების გადავადება უფრო მიზანშეწონილია ნაყოფის კეთილდღეობისათვის, რომელიც გამოიხატება უანგბადით სატურაციაში⁹⁴

მშობიარის პოზიცია მშობიარობის მეორე პერიოდის დროს.

რიგი კვლევებით^{95;96;96;97} დადასტურდა, რომ ვერტიკალურ პოზიციას მშობიარობის მეორე პერიოდში გააჩნია უპირატესობანი ჩვეულებრივ პოზიციასთან შედარებით. ქალები ამ დროს განიცდიან უფრო ნაკლებ დისკომფორტსა და სირთულეებს ჭინთვებისას, ქვეითდება ტკივილის შეგრძნება, მცირდება სამშობიარო გზების ტრავმატიზმი და ჭრილობის ინფიცირება.

19 კვლევის სისტემატურმა მიმოხილვამ,⁶⁸ რომელშიც ჩართული იყო 5764 მონაწილე, აჩვენა, რომ ნებისმიერი მდგომარე ან გვერდითი პოზიციის გამოყენება ზურგზე ან ლითოტომიის პოზიციასთან შედარებით დაკავშირებული იყო მშობიარობის მეორე პერიოდის ხანგრძლივობის დაქვეითებასთან (10 კვლევა, საშუალო 4,29 წთ. 95% CI 2.95 - 5.64 წთ), მშობიარობის დროს დახმარების რაოდენობის დაქვეითებასთან (18 კვლევა, RR 0.84, 95% CI 0.73 - 0.98), ეპიზოტომიების სიხშირის დაქვეითებასთან (12 კვლევა, RR 0.84 95%CI 0.79 - 0.91), შორისის მეორე ხარისხის ჩახვეისა და სისხლდენების მომატებულ სიხშირესთან

(11 კვლევა RR 1.68 95% CI 1.32 - 2.15); მეორე პერიოდის დროს მწვავე ტკივილის შეგრძნების დაქვეითებასთან (1 კვლევა RR 0.73, 95% CI 0.60 - 0.90); ნაყოფის გულისცემის სისწირის დარღვევების ნაკლებ რაოდენობასთან (1 კვლევა RR 0.31 95% CI 0.08 - 0.98).

ამ მიმოხილვის საცდელმა შედეგებმა აჩვენეს ვერტიკალური პოზიციის დროს 500 მლ-ზე მეტი სისხლის დანაკარგის განვითარების შესაძლებლობა.

კვლევებში, რომლებიც შეისწავლიდა ქალების დამოკიდებულებას მშობიარობის პოზიციის არჩევინადმი, გამოვლინდა, რომ ვერტიკალური პოზიცია უფრო მისაღები იყო ქალებისათვის ნაკლებად გამოხატული ტკივილისა და ხერხემლის დისკომფორტის გამო. ტრადიციული პოზიცია მათ მიერ განიხილებოდა, როგორც უფრო ხელსაყრელი, მაგრამ მოძრაობის თვალსაზრისით უფრო შემზღუდავი. ქალებმა, რომელთაც პქონდათ ვერტიკალური მშობიარობის გამოცდილება, გამოთქვეს სურვილი შემდგომშიც ასეთი სახით ემშობიარათ.^{98; 7}

და ბოლოს უნდა აღვნიშნოთ, რომ ეს დასკვნა მისაღებია მშობიარობის როგორც პირველი, ასევე მეორე პერიოდისათვის. ქალს შეუძლია თავისუფლად ამოირჩიოს ის პოზიცია, რომელიც მას უფრო მოსწონს და ყველაზე უფრო მეტად არის მისთვის ხელსაყრელი. ქალებს უნდა გაეწიოთ მხარდაჭერა იმ პოზიციის არჩევინას, რომელიც მათთვის ყველაზე ხელსაყრელია. სამედიცინო პერსონალი გაწვრთნილი უნდა იყოს მშობიარობის მისაღებად ნებისმიერ პოზიციაში ისე, რომ ქალის სურვილები არ შეიზღუდოს.

ჩატარდა კვლევები,⁹⁹ რომლებშიც შედარდა მშობიარობის გამოსავალი მშობიარობის მეორე პერიოდის ჩატარებისას სამეანო სავარძელში და მის გარეშე. წინასწარ ინფორმირებული პირველადი მშობიარეები გაურთულებელი მშობიარობით და ეპიდურული ანალგეზიის გარეშე რანდომიზირებულნი იყვნენ სამშობიაროდ სავარძელში (n=163) და სავარძლის გარეშე ჯგუფში (n=157). მშობიარობის მეორე პერიოდის ხანგრძლივობამ სავარძლის გარეშე მშობიარობისას 13 წთ-ით გადააჭარბა მეორე პერიოდის ხანგრძლივობას პირველი ჯგუფის ქალებში (სამეანო სავარძელში). არ გამოვლენილა რაიმე სხვა კლინიკური განსხვავება დედისა და ახალშობილის მხრივ მოცემულ ორ ჯგუფს შორის. მიუხედავად იმისა, რომ სავარძელში ჭინთვა დაკავშირებულია მეორე პერიოდის მცირედ შემოკლებასთან, რაიმე სხვა უპირატესობა მას არ გააჩნია.

შორისის დაცვა და მოვლა მშობიარობის დროს

შორისის დაცვის მიზნით მშობიარობის დროს გამოიყენება რამოდენიმე ხერხი. მეანობის მრავალ სახელმძღვანელოში აღწერილია შორისის დაცვა თავის გამოჭრის დროს: ერთი ხელის, ძირითადად მარჯვენას თითებით აფიქსირებენ შორისს, მაშინ, როდესაც მეორე ხელი აკონტროლებს თავის გამოჭრის სიჩქარეს რათა თავიდან აიცილონ შორისის ტრავმა. შესაძლებელია, რომ ასეთი მეთოდი თავიდან გვაცილებს საშოსა და შორისის ჩახეხვის განვითარებას, მაგრამ წინმსვლელ თავზე ზეწოლა არღვევს გაშლით მექანიზმს თავის დაბადებისას, ამორებს რა მას შეხების წერტილისაგან სიმფიზის რკალთან და ამით ზრდის შორისის ჩახეხვის ალბათობას.

„HOOP“ კვლევაში¹⁰⁰ შედარებული იქნა მეთოდი “ხელდახმარებით” (როდესაც ერთი ხელი მოთავსებულია ბავშვის თავზე მასზე ზეწოლის და მშობიარობის კონტროლის მიზნით, ხოლო მეორე ხელი მოთავსებულია შორისზე და გამოიყენება გვერდითი მოხრა მხრების განთავისუფლების გასაადვილებლად) მეთოდთან “ხელდახმარების გარეშე” (ქალის ინსტრუქტაჟი და ხელშეუხებლობა

ბავშვის თავსა და შორისზე, საჭიროების შემთხვევაში ზეწოლის განხორციელების მზადყოფნით).

კვლევაში რანდომიზირებული იყო 5471 ქალი. პირველი ჯგუფის ქალები აღნიშნავდნენ ნაკლებ მტკივნეულობას მშობიარობის შემდგომ 10 დღის განმავლობაში მეორე ჯგუფთან შედარებით. (34.1% vs. 31.1%; RR 1.10, 95% CI 1.01-1.18) დამატებით, ეპიზოტომიის სიხშირე უფრო მაღალი იყო ხელდახმარების ჯგუფში (12.9% vs. 10.2%; RR 0.79, 99% CI 0.65-0.96) ხოლო პლაცენტის ხელით მოცილება უფრო დაბალი (1.5% vs. 2.6%; RR 1.69, 99% CI 1.02-2.78). არ გამოვლენილა სხვა რაიმე სტატისტიკურად მნიშვნელოვანი განსხვავება ჯგუფებს შორის.

უნდა აღვნიშნოთ, რომ შორისის ტრადიციული დაცვა შესაძლებელია მხოლოდ ქალის ზურგზე მშობიარობისას. ორსულთა ვერტიკალური ან ჯდომითი პოზის დროს შორისის დაცვა ხდება მასთან შეხების გარეშე.

მასაჟი

შორისის დაცვის სხვა ტექნიკა მდგომარეობს მშობიარობის მეორე პერიოდში შორისის მუდმივი მასაჟით მისი გაწელების მიზნით ქსოვილების მაქსიმალური ელასტიურობის მისაღწევად.

ჩატარდა რანდომიზირებული კვლევა¹⁰¹ მშობიარობის მეორე პერიოდში შორისის მასაჟის ეფექტის დასადგენად სპეციალური წყალში ხსნადი ლუბრიკანტის გამოყენებით. კვლევაში რანდომიზირებული იყო 1340 მშობიარე. დაუზიანებელი შორისის, ასევე პირველი და მეორე ხარისხის ჩახეხების სიხშირე თანაბარი იყო მასაჟისა და საკონტროლო ჯგუფს შორის. აღინიშნა მეტი მესამე ხარისხის ჩახეხვა მასაჟის ჯგუფში (12 (1.7%) v 23 (3.6%); AR 2.11, RR 0.45; 95% CI 0.23 to 0.93, P<0.04), აქედან გამომდინარე, შორისის მასაჟი მშობიარობის მეორე პერიოდში არ აქვეითებს შორისის ტრავმის, ტკივილის, დისპარეუნის, ასევე შარდისა და განავლის შეუკავებლობის პრობლემებს.

სხვა მონაცემები მიღებულია მასაჟის სარგებლიანობაზე ანტენატალურ პერიოდში. სისტემატიურმა მიმოხილვამ – 3 რკკ (2434 ქალი) აჩვენა რომ შორისის მასაჟი ამ დროს დაკავშირებულია ტრავმების საერთო სიხშირის დაქვეითებასთან, რომლებიც საჭიროებენ აღდგენას. (RR 0.91 95% CI 0.86 0.96),

ტრავმის სიხშირის დაქვეითება სტატისტიკურად სარწმუნო იყო მხოლოდ პირველმშობიარეებში (RR 0.90 95% CI 0.84 to 0.96) ქალებს, რომლებსაც უკეთდებოდათ შორისის მასაჟი, უფრო იშვიათად ესაჭიროებოდათ ეპიზოტომია RR 0.85 (95% CI 0.75 to 0.97).

არ აღინიშნებოდა განსხვავება პირველი, მეორე, მესამე და მეოთხე ხარისხის შორისის ტრავმებს შორის. განმეორებით მშობიარეებში აღინიშნებოდა ტკივილის ინტენსიობის მნიშვნელოვანი დაქვეითება მშობიარობიდან 3 თვის შემდეგ. RR 0.68 (95% CI 0.50 to 0.91) არ იყო ნანახი მნიშვნელოვანი განსხვავება ინსტრუმენტული მშობიარობის, სქესობრივი დაკმაყოფილების, შარდის, განავლის ან აირების შეუკავებლობის სიხშირეებს შორის ქალებში შორისის მასაჟისა და საკონტროლო ჯგუფს შორის.

ამის გამო, ქალებს უნდა მიეწოდოთ ინფორმაცია შორისის მასაჟის შესაძლებელი სარგებლიანობისა და მისი ტექნიკის შესახებ პერინატალური დაკვირვების დროს

შორისის მასაჟი მშობიარობის მეორე პერიოდში არ აქვეითებს შორისის ტრავმის, ტკივილის, დისპარეუნის, ასევე შარდისა და განავლის შეუკავებლობის პრობლემებს.



შორისის ჩახევა, პერინეოტომია და ეპიზოტომია

ეპიზოტომიის სისშირე განსხვავდება სხვადასხვა ქვეყნებში.¹⁰² მაგრამ აღინიშნება სტატისტიკურად სარწმუნო ეპიზოტომიების რიცხვის შემცირება 1983 -2000 წლების შუალედში.¹⁰³

ასე მაგალითად, აშშ-ის საავადმყოფოებში ეპიზოტომიის სისშირე აღწევს 20-73%-ს, რაც ამ პროცედურას ყველაზე გავრცელებულს ხდის. შორისის მესამე და მეოთხე ხარისხის დაზიანების სისშირე ვარირებს 4-13%-მდე სხვადასხვა საავადმყოფოებში.¹⁰⁴ ჰოლანდიაში კი, სადაც მშობიარობა მიჰყავთ ძირითადად ბებიასებებს, ეპიზოტომიის სისშირე შედაგენს 24,5%-ს.¹⁰⁵

ძირითადად, გამოიყენება ჩაჭრის ორი სახე. პერინეოტომიისას ჭრილობა უფრო ადვილად იკერება და აღინიშნება უფრო კარგი კოსმეტიკური ეფექტი, მაშინ, როდესაც შუა-ლატერალური ეპიზოტომია უფრო ეფექტურად იცავს დაზიანებისაგან სწორ ნაწლავს.

შორისის ჩაჭრის ძირითად ჩვენებებს ფიზიოლოგიური მშობიარობისას წარმოადგენს ნაყოფის ასფიქსიის ნიშნები, თავის წინმსვლელობის შენელება, შორისის მოსალოდნელი ჩახევა. შორისის ჩაჭრის ფართო გამოყენების მხარდაჭერისათვის ლიტერატურაში მოყვანილია დამატებითი არგუმენტები: ამ დროს ჭრილობა უფრო ადვილად აღდგება და უფრო ჩქარა ხორცდება, ნაწარმოები ჭრილობა იცავს შორისს და მენჯის ღრუს კუნთებს შემდგომი ტრავმისაგან, რითაც ხდება შარდის შეუკავებლობის სიმპტომების ჩამოყალიბების თავიდან აცილება.

ჩატარებულმა გამოკვლევებმა არ დაადასტურეს ზემოთ აღნიშნული მოსაზრებები შორისის ჩაჭრის აუცილებელი დამცველობითი ჩატარების სასარგებლოდ.

ექვსი რკკ-ის მონაცემების მეტა-ანალიზმა¹⁰⁶ აჩვენა, რომ შეზღუდული ეპიზოტომია რუტინულთან შედარებით დაკავშირებულია შორისის უკანა ნაწილის ნაკლებ დაზიანებასთან (RR 0.88, 95% CI 0.84 - 0.92), კერვის ნაკლებ აუცილებლობასთან (RR 0.74, 95% CI 0.71 - 0.77) და შეხორცებისას ნაკლებ გართულებებთან (RR 0.69, 95% CI 0.56 - 0.85). შეზღუდული ეპიზოტომია დაკავშირებული იყო შორისის წინა ნაწილის უფრო ხშირ დაზიანებასთან. (RR 1.79, 95% 1.55-2.07). არ ინახა განსხვავება საშოს და შორისის მძიმე დაზიანებებს შორის (RR 1.11, 95% CI 0.83-1.50); დისპარეუნის სისშირეს შორის, (RR 1.02, 95% CI 0.90 - 1.16); შარდის შეუკავებლობის სისშირეებს შორის, (RR 0.98, 95% CI 0.79 - 1.20) და მწვავე ტკივილის განცდას შორის. იგივე შედეგები იყო მიღებული შეზღუდული ეპიზოტომიის შედარებისას მედიოლატერალურ ან შუახაზის ეპიზოტომიასთან.

აქედან გამომდინარე, ფიზიოლოგიური მშობიარობის დროს ეპიზოტომია უნდა ჩატარდეს მკაცრი ჩვენებების მიხედვით. კარგ მაგალითს წარმოადგენს მონაცემები, რომელიც ინგლისში ჩატარებული კვლევით არის მიღებული, სადაც

დედისა და ნაყოფისათვის ზიანის მიყენების გარეშე ეპიზოტომიის სისშირე დაქვეითებულია 10%-მდე.¹⁰⁷

ზოგიერთი ავტორის მიერ შემოთავაზებულია, არ გაიკეროს შორისის უმნიშვნელო (I და II ხარისხის ტრავმები).

ჩატარდა ორი მცირე რკკ და ორი მცირე რეტროსპექტული კვლევა შორისის პირველი და მეორე ხარისხის ტრავმების გაკერვისა და მათი გაკერვის გარეშე დატოვების შესადარებლად. შოტლანდიაში ჩატარებულმა კვლევამ¹⁰⁸ (74 პირველადი მშობიარე) არ გამოავლინა მნიშვნელოვანი განსხვავება ჯგუფებს შორის ტკივილის თვალსაზრისით, მაგრამ გაკერვის ჯგუფში გამოვლინდა ჭრილობის უფრო კარგი მდგომარეობა მშობიარობიდან 6 კვირის შემდეგ. შვეციაში ჩატარებულმა რკკ-მ¹⁰⁹ (78 პირველადი მშობიარე) აჩვენა ტკივილის უმნიშვნელო მომატება გაკერვის გარეშე დატოვებულ ჯგუფში, მაგრამ არ გამოავლინა განსხვავება ჭრილობის შეხორცებაში ჯგუფებს შორის. ორმა მცირე რეტროსპექტულმა კვლევამ^{110;111} არ გამოავლინა განსხვავება ადრეულ ავადობაში და ჭრილობის შეხორცებაში ჯგუფებს შორის. შემდგომში ჩატარებული სამი კვლევა მეთოდოლოგიურად არასრულფასოვანი იყო. საჭიროა უფრო მეტი მტკიცებულებების მოპოვება გაკერილი და გაკერვის გარეშე დატოვებული შორისის I და II ხარისხის ტრავმების ახლო და შორეული ეფექტების შესახებ.

ეპიზოტომიის წარმოება ფიზიოლოგიური მშობიარობის დროს დასაშვებია მხოლოდ მკაცრი ჩვენებებით. მისი რუტინული გამოყენება დაუშვებელია.



შორისის ტრავმის აღსადგენად გამწოვი სინთეტიკური მასალის (დექსონის და ვიკრილის) გამოყენება, კეტუტთან შედარებით, მნიშვნელოვნად ამცირებს ტკივილს, ანალგეზიის გამოყენების, ჭრილობის გახსნის და ხელმეორედ გაკერვის სისშირეს.



მშობიარობის მესამე პერიოდის მართვა

მშობიარობის მესამე პერიოდი ხასიათდება მომყოლის (პლაცენტის) მოცილებითა და გამოყოფით. ამ დროს დაწყებული სისხლდენა (პლაცენტის ნაწილების ჩარჩენის გამო) შეიძლება სიცოცხლისათვის საშიში აღმოჩნდეს. სისხლის დენა მშობიარობის შემდგომ ადრეულ პერიოდში წარმოადგენს დედის სიკვდილიანობის ერთ-ერთ ძირითად მიზეზს განვითარებად ქვეყნებში.¹¹²

მშობიარობის შემდგომი სისხლის დენის სისშირე მატულობს რისკ-ფაქტორების არსებობისას: მრავალნაყოფიანი ორსულობის, მრავალწყლიანობის, მშობიარობის სტიმულაციისა და საშოსმხრივი ოპერაციული მშობიარობის დროს.¹¹³ ფიზიოლოგიური მშობიარობის დროსაც შესაძლებელია მესამე პერიოდი გართულდეს სისხლდენით. ამ გართულების თავიდან აცილების მიზნით ჩასატარებელი რამოდენიმე ღონისძიება შემოთავაზებული და

შესწავლილი იყო რანდომიზირებული კონტროლირებადი კვლევების საშუალებით და წარმოდგენილია ქვემოთ.

საშვილოსნოს შესაკუმში პრეპარატების პროფილაქტიკური გამოყენება.

შესაკუმში ნივთიერებების შეყვანა ხდება მესამე პერიოდის სხვადასხვა ეტაპებზე, უფრო ხშირად ინტრავენურად და კუნთებში, ნაყოფის წინა მხარის ან ახალშობილის დაბადების შემდეგ.

ძირითადად შესწავლილია და გამოიყენება ოქსიტოცინი და ერგოტამინის დერივატები - მეთილერგომეტრინი ან ამ ორი პრეპარატის კომბინაცია-**სინტომეტრინი**

7 კვლევის (3000 ქალზე მეტი) სისტემურმა მიმოხილვამ,¹¹⁴ რომელიც ჩატარდა განვითარებულ ქვეყნებში, აჩვენა ოქსიტოცინის პროფილაქტიკური გამოყენების ეფექტურობა (ნაკლები სისხლის დანაკარგი, RR სისხლის დანაკარგისათვის > 500 მლ-ზე 0.50; 95% CI 0.43,- 0.69) და ოქსიტოცინის თერაპიული მიზნით გამოყენების ნაკლები სიხშირე (RR 0.50; 95% CI 0.39, 0.64); იმ ჯგუფთან შედარებით, სადაც შესაკუმში საშუალებები არ იყო გამოყენებული, გამოვლენილი იყო უმნიშვნელოდ გაზრდილი ტენდენცია პლაცენტის ხელით მოცილებისა (RR 1.17; 95% CI 0.79, 1.73) და ამავე დროს მომატებული იყო სისხლის ტრანსფუზიის საჭიროება (RR 1.30; 95% CI 0.50, 3.39)

ოქსიტოცინისა და ერგომეტრინის შედარება მოხდა 6 კვლევაში,¹¹⁵ რომელიც მოიცავდა 9332 ქალს, ოქსიტოცინთან შედარებით, ერგომეტრინისა და ოქსიტოცინის კომბინაცია ასოცირებული იყო მშობიარობის შემდგომი სისხლდენის სიხშირის დაქვეითებასთან (სისხლის დანაკარგი მინიმუმ 500 მლ), (OR 0.82, 95% CI 0.71 - 0.95). ეს დადებითი ეფექტი აღინიშნა ოქსიტოცინის როგორც 5 ისე 10 ერთეულის გამოყენებისას, მაგრამ ეფექტი უფრო გამოხატული იყო დაბალი დოზის (5 ერთ) შეყვანისას. არ გამოვლენილა განსხვავება სისხლის დანაკარგის 1000მლ და მეტი დანაკარგის თვალსაზრისით. ისეთი გვერდითი ეფექტები, როგორცაა გულისრევა, ღებინება და ჰიპერტენზია უფრო დამახასიათებელი იყო ერგომეტრინისა და ოქსიტოცინის კომბინაციისათვის. როდესაც მხედველობაში იყო მიღებული ჯგუფების ჰეტეროგენულობა, არ გამოვლენილა სტატისტიკურად სარწმუნო განსხვავება დედისა და ახალშობილის გამოსავალის მხრივ. ერგომეტრინ-ოქსიტოცინის რუტინული გამოყენება, როგორც მესამე პერიოდის აქტიური მართვის ნაწილისა ასოცირებულია მშობიარობის შემდგომი სისხლის დენის მცირე, მაგრამ სტატისტიკურად სარწმუნო დაქვეითებასთან იმ შემთხვევაში, როდესაც სისხლის დანაკარგი უდრის ან აღემატება 500 მლ-ს. არ გამოვლენილა სტატისტიკურად სარწმუნო განსხვავება 1000 მლ-ის ტოლი ან მეტი სისხლის დენის შემთხვევაში. სტატისტიკურად სარწმუნო განსხვავება აღინიშნა დედის მხრივ შემდეგი გვერდითი ეფექტების განვითარებაში: დიასტოლური არტერიული წნევის მომატება, გულისრევა და ღებინება ოქსიტოცინ-ერგომეტრინის ჯგუფში. ასე რომ, შემცირებული სისხლის დანაკარგი მშობიარობის შემდგომ უნდა შეწონილი იყოს ოქსიტოცინ-ერგომეტრინის გამოყენების შესაძლო გვერდით ეფექტებთან.

შესაკუმში პრეპარატების გამოყენების გვერდით ეფექტებს მიეკუთვნება გულისრევა, ღებინება, თავის ტკივილი, ჰიპერტენზია. ეს გართულებები უფრო გამოხატულია ერგოტამინის გამოყენებისას. გარდა ამისა, ერგოტამინის გამოყენებისათვის დამახასიათებელია უფრო იშვიათი, მაგრამ ბევრად უფრო სერიოზული გართულებები - გულის გაჩერება, ქალასშიდა სისხლცაქცევები,

მიოკარდიუმის ინფარქტი, მშობიარობის შემდგომი ეკლამფსია და ფილტვების შეშუპება.

არსებული მონაცემების მიხედვით, ერგომეტრინთან შედარებით უპირატესობა ენიჭება ოქსიტოცინის გამოყენებას. გარდა ამისა, ცხელი კლიმატის ქვეყნებში ოქსიტოცინი უფრო სტაბილურია, ვიდრე ერგომეტრინი ან მეთილერგომეტრინი.¹¹⁵

კვლევები, რომლებიც შეისწავლიდნენ პროსტაგლანდინების (მისოპროსტოლის და ინტრამუსკულარული პროსტაგლანდინის) გამოყენებას (43 203 მონაწილე)¹¹⁶ არ აჩვენებს სისხლის დენის სისწორის დაქვეითებას.

ორალური მისოპროსტოლი დოზით 600 მკგ იწვევს კლინიკურად და სტატისტიკურად სარწმუნო 1000 მლ-ზე მეტი სისხლის დანაკარგის გაზრდას საინიექციო უტეროტონულ ნივთიერებებთან შედარებით (7 კვლევა, 22 749 ქალი, 3.6% vs 2.7%; (RR) 1.34, 95% (CI) 1.16 - 1.55). შემცივნება და სხეულის ტემპერატურის მომატება (>38°C) დამახასიათებელია მისოპროსტოლისათვის და დოზირებაზე დამოკიდებული (600 mcg vs 400 mcg: ორი კვლევა შემცივნებაზე, RR: 1.33; 95% CI: 1.07 - 1.64). ოქსიტოცინთან შედარებით, შემცივნების შედარებითი რისკი 600 მკგ ორალური მისოპროსტოლის მიღებისას შეადგენს 3.29-ს (7 კვლევა, 22 746 ქალი, 19.7% vs 6.0%, 95% CI 3.03 - 3.56), ხოლო 38 გრადუს ცელსიუსზე მაღალი ტემპერატურის შედარებითმა რისკმა შეადგინა 6,78 (7 კვლევა, 2 209 ქალი; 6.3% vs 2.8% 95% CI 5.55 - 8.30).

საინიექციო პროსტაგლანდინების გამოყენება ასოცირებულია სისხლის საერთო დანაკარგის რაოდენობის დაქვეითებასთან მშობიარობის მესამე პერიოდში (საერთო სხვაობა - 70 მლ, 95% CI -73 to -67 მლ) უტეროტონულ საშუალებებთან შედარებით, მაგრამ გააჩნიათ უფრო მეტი გვერდითი ეფექტი. მწირია ამ შედარების შესახებ მონაცემები მშობიარობის შემდგომი მძიმე სისხლდენის შემთხვევაში, ისევე როგორც დამატებითი უტეროტონული ხსნარების გამოყენების თაობაზე.

არც ინტრამუსკულარულ პროსტაგლანდინებს და არც მისოპროსტოლს არ გააჩნიათ უპირატესობა უტეროტონულ საშუალებებთან შედარებით მშობიარობის მესამე პერიოდის მართვისას განსაკუთრებით, დაბალი რისკის ჯგუფის ქალებში.

მშობიარობის მესამე პერიოდის მართვა (აქტიური და მოცდითი ტაქტიკის შედარება)

საშვილოსნოს შესაკუმში საშუალებების კომბინირებული გამოყენება ჭიპლარის საკონტროლო დაქაჩვასთან ერთად ხშირად მოიხსენება, როგორც მშობიარობის აქტიური მართვა მოცდითი ტაქტიკის საპირისპიროდ. ზოგჯერ ამას დაერთვება ჭიპლარის ადრეული გადაკვანძვაც, რაც აუცილებელი ხდება ჭიპლარის საკონტროლო დაჭიმვისას.

ვინაიდან ჭიპლარის ადრეული გადაკვანძვა აისახება ბავშვის მდგომარეობაზე, ეს ასპექტი ცალკე უნდა იყოს განხილული.

ლიტერატურული მონაცემებით, მესამე პერიოდის აქტიური მართვა უფრო მიზანშეწონილია, ძირითადად იმის გამო, რომ სისხლის დენა მშობიარობის

შემდგომ პერიოდში აღინიშნება უფრო იშვიათად და ამ დროს უფრო მაღალია ჰემოგლობინის მაჩვენებლები. ^{117;118;119;119;120}

სისხლის გადასხმასთან და მომყოლის ხელით მოცილებასთან დაკავშირებული მონაცემები სხვადასხვა იყო ორ დიდ (ბრისტოლისა და დუბლინის) კვლევაში. ორივე კვლევაში აქტიური მართვა დაკავშირებული იყო გართულებების მომატებულ სისშირესთან გულისრევის, ღებინებისა და ჰიპერტენზიის სახით, რაც შესაძლოა ერგომეტრინის გამოყენებით იყო განპირობებული.

ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის⁴ განმარტებით მშობიარობის შემდგომი სისხლის დენა ეწოდება სისხლის დანაკარგს ≥ 500 მლ-ზე. შესაძლებელია, რომ ეს განმარტება აიხსნას იმით, რომ მსოფლიოს მრავალ კუთხეში 500 მლ-ზე მეტი სისხლის დანაკარგი წარმოადგენს სიცოცხლისათვის რეალურ საფრთხეს ანემიის მაღალი სისშირის გამო. მრავალი მონაცემებით სისხლის საშუალო დანაკარგი ბუნებრივი მშობიარობის დროს შეადგენს 500 მლ-ს, ხოლო 5% შემთხვევაში აღწევს 1000 მლ-ს და მეტს ¹²¹⁻¹²⁴.

ბრისტოლის კვლევაში ¹²⁵ 18% ქალს მართვის მოცდითი ტაქტიკის გამოყენებისას აღინიშნებოდა სისხლის დანაკარგი ≥ 500 მლ-ზე და მხოლოდ 3%-ს >1000 მლ-ზე.

სისხლის გადასხმა გამოიყენება მხოლოდ ქალის სასიცოცხლო ფუნქციების დარღვევის დროს. ასეთი გადახარისხება განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია გაუმართლებელი სისხლის გადასხმისაგან თავის ასარიდებლად, ისეთი გართულებების თავიდან აცილების მიზნით, როგორცაა შიდსი და ინფიცირება.

როგორც ზემოთ იყო აღნიშნული, შემოთავაზებულია მშობიარობის მესამე პერიოდის მართვის რამოდენიმე ვარიანტი. აქტიური მართვა მოიცავს ინტერვენციების ჯგუფს: პროფილაქტიკური უტეროტონური საშუალებების შეყვანა ახალშობილის დაბადების შემდეგ, ჭიპლარის ადრეული კლემირება და გადაჭრა და ჭიპლარის კონტროლირებადი დაჭიმვა. მოცდითი ტაქტიკა კი გულისხმობს იმას, რომ დაველოდოთ პლაცენტის მოცილების ნიშნებს და ჭიპლარი გადაიკვანძოთ მაშინ, როდესაც გაქრება მისი პულსაცია (ხელშეუხებლობის მიდგომა). მესამე პერიოდის აქტიური მართვის ეს ორი მიდგომა შედარებული იყო მიმოხილვაში სადაც ჩართული იყო 5 კვლევა.¹²⁶ აქტიური მართვა მოცდით ტაქტიკასთან შედარებით (სამშობიაროს პირობებში) ასოცირებული იყო რისკის დაქვეითებასთან, კერძოდ: სისხლის დანაკარგის საერთო განსხვავება – 79.33 მლ (95% CI - 94.29-64.37); მშობიარობის შემდგომი 500 მლ-ზე მეტი სისხლის დანაკარგი (RR 0.38, 95% CI 0.32-0.46) და მშობიარობის მესამე პერიოდის გახანგრძლივება (საერთო განსხვავება - 9.77 წთ. 95% CI 10.0 -9.53-მდე). აქტიურ მართვასთან დაკავშირებული იყო დედის გულისრევის მომატებული ალბათობა (RR 1.83 95%, CI 1.51-2.23), ღებინება და არტერიული წნევა (შესაძლებელია, ერგომეტრინის გამოყენების გამო). არ გამოვლენილა დადებითი ან გვერდითი ეფექტები ახალშობილის გამოსავლის მხრივ. რუტინულ “აქტიურ მართვას” გააჩნია უპირატესობა სისხლის დანაკარგის, მშობიარობის შემდგომის სისხლის დენისა და მესამე პერიოდის სხვა სერიოზული გართულებების თავიდან აცილების თვალსაზრისით. მაგრამ აქტიური მართვა დაკავშირებულია გვერდითი ეფექტების მომატებულ რისკთან (გულისრევა, ღებინება და ჰიპერტენზია) ერგომეტრინის გამოყენების პირობებში. აქტიური მიდგომა უნდა გახდეს რუტინული მშობიარობის მესამე პერიოდის მართვისას. აქტიური მართვა დაკავშირებულია სისხლის დანაკარგის ნაკლებ ალბათობასთან, მშობიარობის შემდგომი სისხლის დენისა და ჰემოტრანსფუზიის ნაკლებ აუცილებლობასთან. გვერდით ეფექტებში შედის: მშობიარობის მესამე პერიოდის გახანგრძლივება,

დედის ანემია, გულისრევისა და პირღებინების მომატებული ალბათობა და მომატებული არტერიული წნევა (ერგოტამინის გამოყენებისას)¹²⁷

მოცემული საკითხის მნიშვნელობის გათვალისწინებით ბებიქაქათა საერთაშორისო კონფედერაციამ და მეან-გინეკოლოგთა საერთაშორისო ფედერაციამ გააერთიანეს საერთო განცხადება¹²⁸ მშობიარობის მესამე პერიოდის მართვის შესახებ მშობიარობის შემდგომი სისხლის დენის პრევენციის მიზნით.

ქალს უნდა შეეთავაზოთ მესამე პერიოდის აქტიური მართვა, რადგანაც ის აქვეითებს ატონიური სისხლის დენის ალბათობას.

მშობიარობის მესამე პერიოდის აქტიური მართვა მოიცავს ჩარევებს, რომლებიც გამიზნულია პლაცენტის გამოძევების გასაადვილებლად საშვილოსნოს კუმშვადობის გაძლიერებით და მშობიარობის შემდგომი სისხლის დენის პროფილაქტიკით. მისი ძირითადი კომპონენტებია:

- უტეროტონული საშუალებების შეყვანა;
- ჭიპლარის კონტროლირებადი ტრაქცია;
- საშვილოსნოს მასაჟი პლაცენტის გამოძევებისათვის, საჭიროებისამებრ.

მშობიარობის პროცესში ყველა მონაწილე უნდა ფლობდეს ცოდნას, უნარ-ჩვევებსა და კრიტიკული შეფასების უნარს მესამე პერიოდის აქტიური მართვის განსახორციელებლად.

უტეროტონული საშუალებების გამოყენება

- ბავშვის დაბადებიდან ერთი წუთის შემდეგ, უნდა მოხდეს მუცლის პალპაცია მეორე ბავშვის არსებობის გამოსარიცხად და გაკეთდეს 10 ერთ. ოქსიტოცინი კუნთში. ოქსიტოცინს გააჩნია უპირატესობა სხვა უტეროტონულ საშუალებებთან შედარებით, რადგანაც ის ეფექტურია შეყვანიდან 2-3 წთ-ის შემდეგ, გააჩნია მინიმალური გვერდითი ეფექტები და შეიძლება გამოყენებული იყოს ყველა ქალში.
- თუ ოქსიტოცინი არ არის ხელმისაწვდომი, შეიძლება შემდეგი უტეროტონული ნივთიერებების გამოყენება: ერგომეტრინი 0,2 მგ. კუნთში, სინტომეტრინი 1 აპპ. კუნთში ან მისოპროსტოლი 400-600 მკგ ორალურად. მისოპროსტოლის ორალური დანიშვნა უნდა მოხდეს იმ შემთხვევაში, როდესაც არ არის ხელმისაწვდომი/ან არ არის შესაფერისი ოქსიტოცინისა და ერგოტამინის ჯგუფის ალკალოიდების შენახვის პირობები.
- უტეროტონულ ხსნარებს ესაჭიროება შესაბამისი შენახვის პირობები: ერგომეტრინი: 2-8 გრადუსი ცელსიუსით, მზის სხივებისაგან და გაყინვისაგან დაცვა; მისოპროსტოლი: ოთახის ტემპერატურა, დახურულ კონტეინერში; ოქსიტოცინი: 15-30 გრადუსი ცელსიუსით, დაცვა გაყინვისაგან;
- მოცემული უნდა იყოს ინფორმაცია ამ პრეპარატების გვერდითი ეფექტების შესახებ.
- ერგომეტრინისა და სინტომეტრინის (რადგანაც ის შეიცავს ერგომეტრინს) მიცემა არ შეიძლება პრეეკლამფსიის, ეკლამფსიისა და მომატებული არტერიული წნევის დროს.

ჭიპლარის კონტროლირებადი ტრაქცია

- გააკეთეთ ჭიპლარის კლემირება შორისთან ახლოს (როდესაც ჯანმრთელ ახალშობილთან შეწყდება პულსაცია) და დაიჭირეთ ის ხელში;
- მოათავსეთ მეორე ხელი ქალის ბოქვენზე და დააფიქსირეთ საშვილოსნო საშუალო ინტენსიობის ზეწოლით ჭიპლარის კონტროლირებადი ტრაქციის დროს;
- მოახდინეთ ჭიპლარის სუსტი დაქანვა და დაელოდეთ საშვილოსნოს კარგ შეკუმშვას (2-3 წთ) სთხოვეთ დედას, გაიჭინოს და ძალიან ნაზად ჩამოქაჩეთ ჭიპლარი პლაცენტის გამოსაძევებლად ისე, რომ არ შეწყვიტოთ ზეწოლა საშვილოსნოზე;
- თუ პლაცენტა არ გამოძევდა 30-40 წმ-ის განმავლობაში, ჭიპლარის კონტროლირებადი დაჭიმვისას, არ გააგრძელოთ ჭიპლარის დაქანვა;
- ფრთხილად დაიჭირეთ ჭიპლარი და დაელოდეთ საშვილოსნოს ხელახალ შეკუმშვას;
- შემდეგი შეკუმშვისას გაიმეორეთ ჭიპლარის კონტროლირებადი ტრაქცია საშვილოსნოზე ზეწოლით.

არასოდეს არ განახორციელოთ ჭიპლარის ტრაქცია საშვილოსნოზე ზეწოლისა და მისი კარგი შეკუმშვის გარეშე.

- როდესაც პლაცენტა დაიბადება, დაიჭირეთ ის ორი ხელით და ფრთხილად დაატრიალეთ იმისათვის, რომ გარსები დაიხვეს. ფრთხილად გამოქაჩეთ სრული გამოძევებისათვის.
- თუ გარსები გაიხა, ფრთხილად დაათვალიერეთ საშოს ზედა მესამედი და საშვილოსნოს ყელი სტერილური ხელთათმანებით და გამოიყენეთ ფანჯრიანი მომჭერი გარსების ჩარჩენილი ნაწილების მოსაცილებლად.
- ყურადღებით დაათვალიერეთ პლაცენტა მისი ნაწილების ჩარჩენის თავიდან ასაცილებლად. თუ ჩარჩენილია დედის ზედაპირის ნაწილები, ან არის მოგლეჟილი გარსები სისხლძარღვებით, უნდა ვიფიქროთ პლაცენტის ნაწილების ჩარჩენაზე და მივიღოთ შესაბამისი ზომები.

საშვილოსნოს მასაჟი

- დაუყოვნებლივ დაიწყეთ საშვილოსნოს ფუძის მასაჟი მანამდე, სანამ საშვილოსნო შეიკუმშება;
- განახორციელეთ შეკუმშული საშვილოსნოს პალპაცია ყოველ 15 წთ-ში ერთხელ და გაიმეორეთ პალპაცია საჭიროებისამებრ პირველი 2 საათის განმავლობაში;
- დარწმუნდით, რომ საშვილოსნო არ დუნდება მასაჟის დამთავრების შემდეგ.

ყველა ზემოთ აღნიშნული მოქმედების ჩატარების არსი აუხსენით მშობიარესა და მის ახლობლებს. განახორციელეთ მუდმივი მეთვალყურეობა და მხარდაჭერა.

მშობიარობის მესამე პერიოდის აქტიური მართვა ამცირებს სისხლის რაოდენობის დანაკარგს, მშობიარობის შემდგომ სისხლიდენას და სისხლის გადასხმის აუცილებლობას. გვერდით მოგლეწებს



მიეკუთვნება: მესამე პერიოდის გახანგძლივება, დედის ანემია, გულისრევის და ღებინების მომატებული რისკი, არტერიული წნევის აწევა (ერგომეტრინის პრეპარატების ხმარებისას)

ჭიპლარის გადაკვანძვის დრო

ჭიპლარის გადაკვანძვის დრო (მაშინვე ნაყოფის დაბადების შემდგომ ან მოგვიანებით) ახდენს გარკვეულ ზეგავლენას დედისა და ნაყოფის მდგომარეობაზე.¹¹⁷ დედის მდგომარეობა ამ დროს შესწავლილი იყო რამოდენიმე კვლევაში.^{129;130} არ იყო გამოვლენილი ჭიპლარის გადაკვანძვის დროის ზეგავლენა მშობიარობის შემდგომი სისხლდენის სიხშირეზე.

ნაყოფის მდგომარეობაზე ზეგავლენა შესწავლილი იყო რამოდენიმე რანდომიზირებული კვლევის მეშვეობით.¹³¹⁻¹³⁴ გამოვლინდა, რომ ახალშობილის მდებარეობისას დედის დონეზე ან ცოტა ქვემოთ 3 წუთის განმავლობაში ჭიპლარის გადაკვანძვამდე ნაყოფთან გადადის სისხლის დაახლოებით 80 მლ.^{133;135;136} ის დამატებით იღებს დაახლოებით 50 მგ. რკინას, რაც შემდგომში ამცირებს რკინადეფიციტური ანემიის განვითარების სიხშირეს.^{137;138} თეორიულად სისხლის ასეთმა გადანაწილებამ შეიძლება გამოიწვიოს ჰიპერვოლემია, პოლიციტემია და ჰიპერბილირუბინემია. ასეთი გართულებების აღბათობა შესწავლილი იყო რიგ კვლევებში¹¹⁷. თუმცა ახალშობილებს, რომელთაც ჩაუტარდათ ჭიპლარის ადრეული გადაკვანძვა, აღენიშნებოდათ ჰემოგლობინის, ჰემატოკრიტისა და ბილირუბინის უფრო დაბალი მაჩვენებლები, არ აღინიშნებოდა განსხვავება კლინიკურ მიმდინარეობასა და ნეონატალურ ავადობაში ჭიპლარის გადაკვანძვის წარმოების დროის შედარებისას.

სისტემატიური მიმოხილვაში¹³⁹ ჭიპლარის გვიანი გადაკვანძვა დღენაკლულ ახალშობილებში დაკავშირებული იყო ნაკლებ ტრანსფუზიის სიხშირესთან ახალშობილის ანემიის გამო და სისხლჩაქცევებთან (RR) 2.01, 95% CI 1.24 to 3.27) RR 1.74, 95% CI 1.08 to 2.81) ადრეულ გადაკვანძვასთან შედარებით. ამრიგად, ჭიპლარის გვიანი გადაკვანძვა (30 -120 წამში) დღენაკლულ ახალშობილებში არის უფრო ფიზიოლოგიური მეთოდი, ვიდრე ადრეული. პლაცენტარული სისხლის დამატებითი ტრანსფუზია ნაყოფთან წარმოადგენს ფიზიოლოგიურ პროცესს. ფიზიოლოგიური მშობიარობისას არ არის საკმარისი მიზეზები ბუნებრივ პროცესში ჩასარეკად.

ჭიპლარის საკონტროლო დაჭიმვისას ოქსიტოცინის წინასწარი შეყვანით, რიგ სამეანო კლინიკებში ფართოდ დანერგილი მეთოდის გამოყენებისას, ჭიპლარის ადრეული გადაკვანძვა აუცილებელია. თუმცა იმ ადგილებში, სადაც ფართოდ გამოიყენება გვიანი გადაკვანძვა (ჭიპლარის პულსაციის გაქრობის შემდეგ), არ არის გამოვლენილი უარყოფითი ეფექტები.

დამატებით, როგორც ზემოთ აღენიშნეთ, ჭიპლარის გადაკვანძვა აგვარიდებს რკინადეფიციტური ანემიის განვითარებას^{137;138}.

სისტემატიურ მიმოხილვაში¹⁴⁰ შესწავლილი იყო ჭიპლარის დრენაჟის სპეციფიური ეფექტი მშობიარობის მესამე პერიოდში ოქსიტოცინის პროფილაქტიკური გამოყენებისას ან მის გარეშე.

ჭიპლარის დრენაჟი მოიცავს მის კლემირებასა და გადაჭრას ბავშვის დაბადების შემდეგ, მაგრამ შემდგომში, ჭიპლარის დედისმხრივი კლემის მოხსნითა და სისხლის თავისუფალი დრენირების განახლებით. ეს შეიძლება ჩატარდეს სხვა

ინტერვენციებთან ერთად, მაგალითად, ოქსიტოცინის რუტინულ შეყვანასთან ერთად, ჭიპლარის საკონტროლო დაჭიმვასთან და დედის ჭინთვასთან ერთად. ჭიპლარის დრენაჟმა შესაძლებელია ზემოქმედება იქონიოს მშობიარობის მესამე პერიოდზე, რადგანაც შედეგები აჩვენებენ მშობიარობის მესამე პერიოდის ხანგრძლივობის სტატისტიკურად მნიშვნელოვან შემცირებას (ერთი კვლევა, n = 147, სხვაობა (წუთებში) 95% (CI -8.02 to -2.90), მშობიარობიდან 30 წთ-ის შემდეგ (ერთი კვლევა, n = 477, RR- 28, 95% CI 0.10 to 0.73), მაგრამ ამ შედეგების ინტერპრეტაცია უნდა მოხდეს სიფრთხილით.

საჭიროა შემდგომი კვლევები ჭიპლარის დრენაჟის ზემოქმედებაზე მშობიარობის მესამე პერიოდის მართვაზე.

ახალშობილის მოვლა

უშუალოდ მშობიარობის შემდეგ საგულდაგულო ყურადღება უნდა მიექცეს ახალშობილის მოვლას (სასუნთქი გზები, სხეულის და გარემოს ტემპერატურის შენარჩუნება, დედასთან ადრეული კონტაქტი და ადრეული ძუძუთი კვება).¹⁴¹

ყველა ახალშობილმა უნდა მიიღოს დაუყოვნებელი დახმარება დაბადებისას გამოცდილი სპეციალისტის მიერ, რაც მოიცავს თერმულ დაცვას, სისუფთავესა და ჭიპლარის მოვლას, დახმარებას სუნთქვის დაწყებაში და ძუძუთი კვებას, აწონვას, თვალების პროფილაქტიკას და პირველ გამოკვლევას.

დედის მოვლა მშობიარობის შემდეგ

პლაცენტა საგულდაგულოდ უნდა იყოს დათვალიერებული (მთლიანობა, ჰემატომები, პლაცენტის არანორმალური მიმაგრება).

საშვილოსნოს ყელის რუტინული დათვალიერების აუცილებლობა არ არის მტკიცებადი. საშვილოსნოს ყელის დათვალიერების ჩვენებას წარმოადგენს სისხლოსდენა, ინსტრუმენტალური მშობიარობა, სწრაფი მშობიარობა.

საშვილოსნოს დრუს ხელით რევიზია უნდა ჩატარდეს მკაცრად მხოლოდ ჩვენებების მიხედვით.

დედის მდგომარეობის შეფასება ხდება მშობიარობიდან რამოდენიმე საათის განმავლობაში: პულსი, არტერიული წნევა, ტემპერატურა. განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია სისხლის დანაკარგის და საშვილოსნოს ფუძის დგომის ზუსტი შეფასება.

ფიზიოლოგიური მშობიარობიდან ორი საათის შემდეგ თუ მელოგინე არ იყო დაძინებული რბილი სამშობიარო გზების დათვალიერებისათვის, სასურველია ის წამოდგეს, დაიბანოს ხელ-პირი, მოაწოვოს ახალშობილს და სურვილის მიხედვით, თვითონ გადავიდეს პალატაში მეუღლის ან ახლობლების თანხლებით.

მელოგინის გაწერა ფიზიოლოგიური მშობიარობის დროს ხდება პედიატრთან შეთანხმებით დადგენილი სტანდარტის მიხედვით, მაგრამ უპირატესობა უნდა მიენიჭოს ადრეულ გაწერას.

სისტემატიურმა მიმოხილვამ¹⁴² რომელშიც შესწავლილი იყო ადრეულ გაწერის შედეგები (სამშობიაროში შემობრუნების თვალსაზრისით) 3600 ქალში ვერ გამოავლინა უარყოფითი გავლენა დედის და ბავშვის ჯანმრთელობაზე, თუმცა ყურადღება უნდა მიექცეს დედის სოციოდემოგრაფიულ მაჩვენებლებს და მის მზადყოფნას გაწერისათვის.¹⁴³

დახატო 1

partograma

ÁÀÒÉ
ÏÛÄÄÖÏÁ
ÈÀÒÉÙÉ
xelmowera

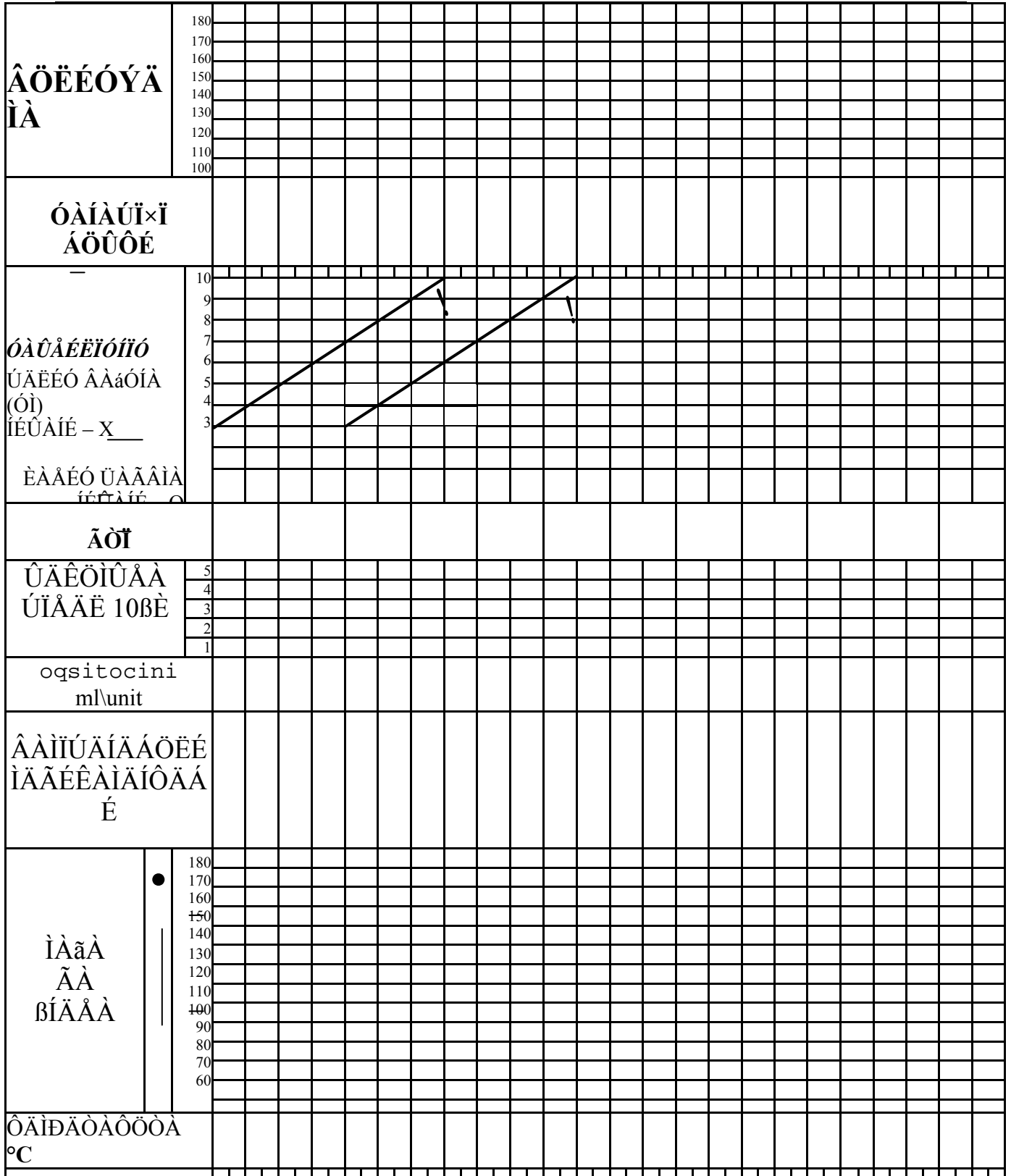
ÓÀáÄËÉ

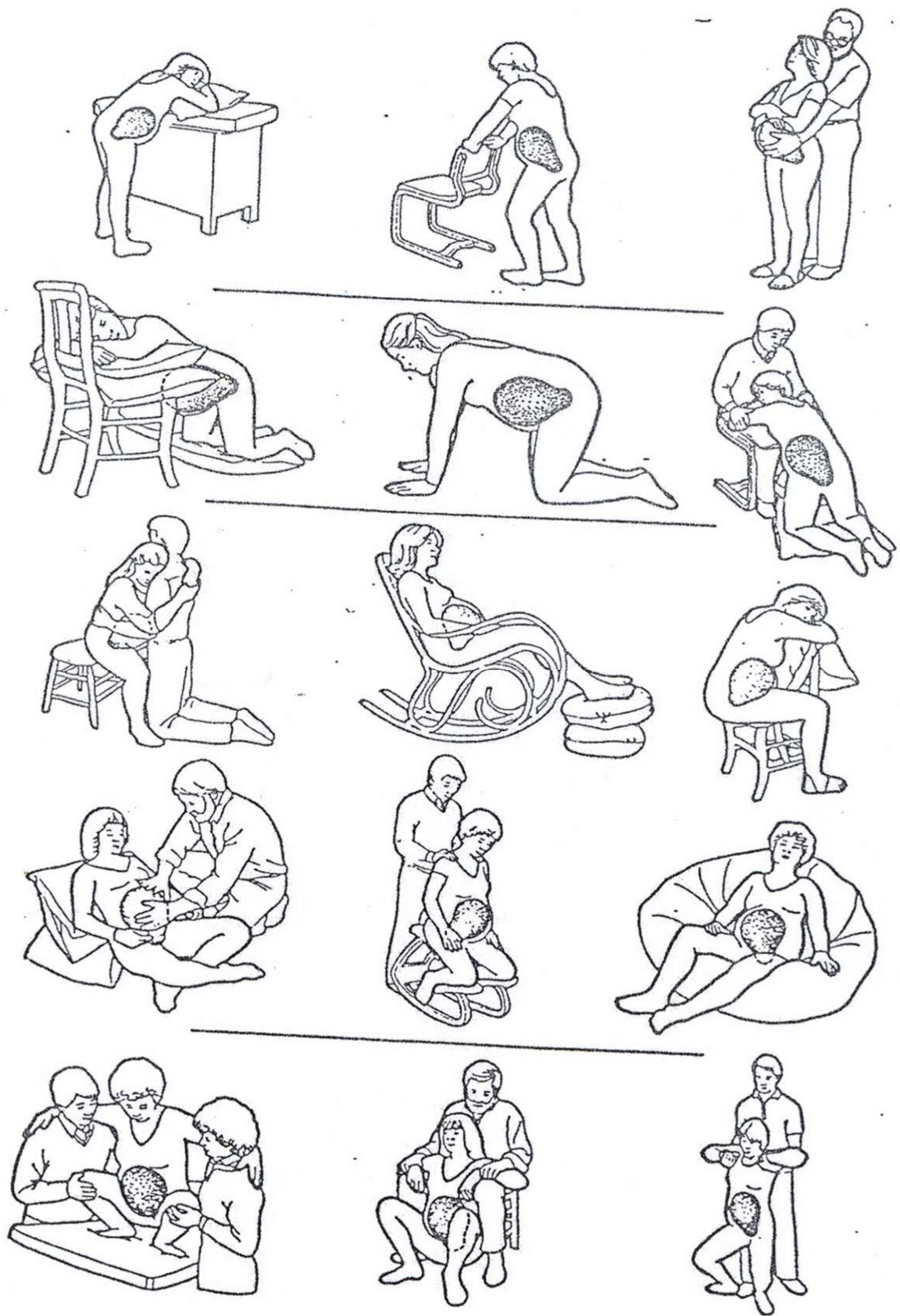
asaki

orsuloba

ΒÛËÄÄÉÓ ÁÀÙÀÒÉÓ ÁÒÏ

eqimis





ბაიბლიის მიღების ხერხი/წყარო

გაიდლაინის შემუშავების მეთოდოლოგია

- მოცემული გაიდლაინის შემქმნის პროცესში სამუშაო ჯგუფის გადაწყვეტილებით მოძიებული და შეფასებული იქნა უკვე არსებული პრაქტიკული რეკომენდაციები. მოხდა არსებული რეკომენდაციების ადაპტირებული ვარიანტის შემუშავება, რომელიც ერთის მხრივ პასუხობს საერთაშორისო მოთხოვნებს, ხოლო მეორე მხრივ ითვალისწინებს საქართველოს სამედიცინო დაწესებულებათა როგორც ადამიანურ, ისე ტექნიკურ რესურსებს.
- კლინიკური რეკომენდაციების, ეპიდემიოლოგიური მონაცემებისა და მტკიცებულებების შემდგომი მოძიება ხორციელდებოდა *Yahoo, AltaVista, Google, DoctorGuide, Yandex, Rambler* საძიებო ოპერატორების მეშვეობით, ასევე სამედიცინო მონაცემების ელექტრონული ბიბლიოგრაფიული მონაცემთა ბაზის, „მედლაინის,“ (*MEDLINE*) მეშვეობით. პირველ რიგში მოძიებული იყო (*National Guidelines Clearinhouse, TRIP, SumSearch*) ფიზიოლოგიური მშობიარობის შესახებ ანალოგიური რეკომენდაციები, რომლებიც შემუშავებულია შესაბამისი პროფესიონალური ჯგუფების მიერ.
- ცალკეული კლინიკური საკითხების შესახებ მტკიცებულებათა და იმ საკითხთა მოძიება, რომლებიც არასრულად არის განხილული, წარმოებული იყო კოჭრენის მონაცემთა ბაზაში *The Cochrane Library 2006, Issue 3*, და ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის რეპროდუქციული ჯანმრთელობის ბიბლიოთეკაში №9.

მოძიებული კლინიკური რეკომენდაციებისა და მტკიცებულებების ანალიზი

ჩატარებული ძიების შედეგად მიღებული იყო რამოდენიმე კლინიკური მეთოდური რეკომენდაცია, რომლებიც შეიცავდა ჯგუფის მიზნის შესაფერის საჭირო ინფორმაციას. ამ რეკომენდაციების საბოლოო შეფასებისას გამოყენებული იყო ფორმალური შეფასების მეთოდი *AGREE-ს* (*Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation*)¹ მეშვეობით. შეფასების შედეგად ამორჩეული იყო რამოდენიმე რეკომენდაცია, რომლებიც საფუძვლად დაედო შემდგომ ანალიზსა და მათ ადაპტაციას. ამ რეკომენდაციაში მოცემული დებულებები შეჯამებული იყო ცხრილებში და წარმოდგენილი იყო სამუშაო ჯგუფის წევრების მიერ შეფასების მიზნით. ცხრილში შედიოდა დებულების ორიგინალური ვერსია და მტკიცებულების დონე წყაროს მიხედვით. სამუშაო ჯგუფს უნდა შეეფასებინა რეკომენდაციების ვარგისიანობა საქართველოს ჯანდაცვის პირველადი რგოლის პირობებში. რეკომენდაცია მიღებულად ითვლებოდა, თუ მას მხარს უჭერდა შემქმნელთა სამუშაო ჯგუფის უმრავლესობა.

რეკომენდაციის შემუშავებისას ჩვენ გამოვიყენეთ მოდიფიცირებული სქემა, რომელიც მოწოდებულია *SIGN* (*Scottish Intercollegiate Guideline Network*) მიერ².

მტკიცებულებათა დონეებისა და რეკომენდაციების გრადაციის სქემა

მტკიცებულების დონე	კვლევების დახასიათება, რომლებიც საფუძვლად დაედო რეკომენდაციას
A	მაღალი ხარისხის მეტა-ანალიზი, რანდომიზირებული კონტროლირებადი კვლევის მეტა-ანალიზი, რკკ სისტემური მიმოხილვა ან დიდი რკკ სისტემატური შეცდომის ძალიან დაბალი ალბათობით (+++), რომლის შედეგებიც შესაძლებელია გავრცელდეს შესაბამის პოპულაციაზე;
B	კოჰორტული ან შემთხვევა-კონტროლის ტიპის კვლევების მაღალი ხარისხის სისტემური მიმოხილვა ან მაღალი ხარისხის (++) კოჰორტული ან შემთხვევა-კონტროლის ტიპის კვლევა სისტემატური შეცდომის ძალიან დაბალი ალბათობით. ან რკკ (+) სისტემური შეცდომის დაბალი ალბათობით, რომლის შედეგებიც შეიძლება გავრცელდეს შესაბამის პოპულაციაზე;
C	კოჰორტული ან შემთხვევა-კონტროლის ტიპის კვლევა ან კონტროლირებადი კვლევა რანდომიზაციის გარეშე სისტემატური შეცდომის დაბალი ალბათობით (+), რომლის შედეგებიც შეიძლება გავრცელდეს შესაბამის პოპულაციაზე ან რკკ ძალიან დაბალი (++) ან დაბალი (+) სისტემატური შეცდომის ალბათობით, რომლის შედეგებიც არ შეიძლება გავრცელდეს შესაბამის პოპულაციაზე;
D	შემთხვევათა სერიების აღწერა ან არაკონტროლირებადი კვლევა ან ექსპერტთა აზრი.
სპ	საუკეთესო პრაქტიკა, რომელიც დაფუძნებულია რეკომენდაციის შემქმნელთა გამოცდილებაზე.

ალტერნატიული ბაიოლაინი არ არსებობს

გამოყენებული ლიტერატურა

1. Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation (AGREE) Instrument. The AGREE Collaboration. 2001. www.agreecollaboration.org. Ref Type: Electronic Citation
2. Harbour R, Miller J. A new system for grading recommendations in evidence based clinical guidelines. *BJM* 2001;**323**:334-6.
3. World Health Organization. World Health Organization. Second Meeting of Focal Points of Reproductive Health/ Health of Women and Children in the European Region. Copenhagen . 1998. Ref Type: Generic
4. World Health Organization. Care in normal birth. 1995. Ref Type: Generic
5. MacVicar J, Dobbie G Owen-Johnstone L Jagger C Hopkins M Kennedy J. Simulated home delivery in hospital: a randomised controlled trial. *Br J Obstet Gynaecol* 100, 316-323. 1993. Ref Type: Generic
6. Hundley VA, Cruickshank FM Lang GD Glazener CMA Milne JM Turner M Blyth D Mollison J Donaldson C. Midwife managed delivery unit: a randomised controlled comparison with consultant care. *Br Med J* 309, 1400-1404. 1994. Ref Type: Generic
7. Waldenstorm U, Borg IM Olsson B Skold M Wald S. The Birth Experience. A study of 295 new mothers.. *Birth* . 1996. Ref Type: Generic
8. Center fo Disease Control. Health care in Georgia; Staistical Yearbook. Ministry of Labour Health and Socoal Welfare, 2004.
9. Lauzon L, Hodnett E. . Labour assessment programs to delay admission to labour wards. *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 2001, Issue 3. *Cochrane Database of Systematic Reviews* (3). 2001. Ref Type: Generic
10. nemas during labour. Cuervo LG, Rodrhguez MN, Delgado MB. E . *The Cochrane Database of Systematic Reviews* .. (3). 1999. Ref Type: Generic
11. Johnston RA, Sidall RS. Is the usual method of preparing patients for delivery beneficial or necessary? *Am J Obstet Gynecol* 4, 645-650. 1922. Ref Type: Generic
12. Kantor HI, Rember R Tabio P Buchanon R. . Value of shaving the pudendal-perineal area in delivery preparation. *Obstet Gynecol* 25, 509-512. 1965. Ref Type: Generic
13. Basevi V, Lavender T. Routine perineal shaving on admission in labour. *he Cochrane Database of Systematic Reviews* (4). 2000. Ref Type: Generic
14. Taylor G, Pryse-Davies J. The prophylactic use of antacids in the prevention of the acid-pulmonary-aspiration syndrome (Mendelson's syndrome). *Lancet* 1, 288-291. 1966. Ref Type: Generic
15. Crawford JS. Some aspects of obstetric anaesthesia. *Br J Anaesth* 28, 201-208. 1956. Ref Type: Generic
16. Roberts RB, Shirley MA. The obstetrician's role in reducing the risk of aspiration pneumonitis. With particular reference to the use of oral antacids. *Am J Obstet Gynaecol* 124, 611-617. 1976. Ref Type: Generic
17. Mckay S, Mahan C. Modifying the stomach contents of labouring women: why, how, with what success, and at what risks? How can aspiration of vomitus in obstetrics best be prevented? *Birth* 15(4), 213-221. 1988. Ref Type: Generic
18. Rutter N, Spencer A Mann N Smith M. Glucose during labour. 2, 155. 1980. Ref Type: Generic
19. Lucas A, Adrian TE Aynsley-Green A Bloom SR. Iatrogenic hyperinsulinism at birth. *Lancet*, 144-145. 1980. Ref Type: Generic

20. Tarnow-Mordi WO, Shaw JCL Liu D Gardner DA Flynn FV. Iatrogenic hyponatraemia of the newborn due to maternal fluid overload; a prospective study. *Br Med J* 283, 639-642. 1981. Ref Type: Generic
21. Lawrence GF, Brown VA Parsons RJ Cooke ID. Feto-maternal consequences of high-dose glucose infusion during labour. *Br J Obst Gynaecol* 89, 27-32. 1982. Ref Type: Generic
22. Gyte GM and Richens Y. Routine prophylactic drugs in normal labour for reducing gastric aspiration and its effects. *The Cochrane Database of Systematic Reviews* (2). 2005. Ref Type: Generic
23. Singata M Tranmer JE. Restricting oral fluid and food intake during labour. *The Cochrane Database of Systematic Reviews* (4). 2002. Ref Type: Generic
24. Klaus MKJ, Robertson S, Hinkley C. Psychological support during childbirth. *Jordemodern*. 1992;**105**:308-10.
25. Hodnett ED, Osborn RW. A randomized trial of the effect of monitrice support during labor: mothers' views two to four weeks postpartum. *Birht* 16, 177-183. 1989. Ref Type: Generic
26. Hemminki E, Saarikoski S. Ambulation and delayed amniotomy in the first stage of labor. 1983; 15:129-139. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 15, 129-139. 1983. Ref Type: Generic
27. Hofmeyr GJ, Nikodem VC Wolman WL Chalmers BE Kramer T. Companionship to modify the clinical birth environment: effects on progress and perceptions of labour, and breastfeeding. *Br J Obstet Gynaecol* 98, 756-784. 1991. Ref Type: Generic
28. Hodnett ED, Gates S Hofmeyr G J Sakala C. Continuous support for women during childbirth . *The Cochrane Database of Systematic Reviews* (3). 2003. Ref Type: Generic
29. Hodnett ED. Continuity of caregivers for care during pregnancy and childbirth . *The Cochrane Database of Systematic Reviews* (3). 1998. Ref Type: Generic
30. Enkin M, Keirse MJNC Renfrew MJ Neilson J. *A Guide to Effective care in pregnancy and childbirth*, 2nd ed. Oxford, Oxford University Press . 1995. Ref Type: Generic
31. Dickersin K. Pharmacological control of pain during labour. In: Chalmers et al (eds). *Effective care in pregnancy and childbirth*. Oxford, Oxford University Press 1 . 1989. Ref Type: Generic
32. Dalen JE, Evans GL Banas JS Brooks HL Paraskos JA Dexter L. The hemodynamic and respiratory effects of diazepam (Valium). *Anesthesiology* 30, 259-263. 1969. Ref Type: Generic
33. Catchlove FH, Kafer ER. The effects of diazepam on the ventilatory response to carbon dioxide and on steady-state gas exchange. *Anesthesiology* 34, 9-13. 1971. Ref Type: Generic
34. Flowers CE, Rudolph AJ Desmond MM. Diazepam (Valium) as an adjunct in obstetric analgesia. *Obstet Gynecol* 34, 6881. 1969. Ref Type: Generic
35. McAllister CB. Placental transfer and neonatal effects of diazepam when administered to women just before delivery. *Br J Anaesth* 52, 423-427. 1980. Ref Type: Generic
36. Anim-Somuah M, Smyth R, Howell C. Epidural versus non-epidural or no analgesia in labour. *Cochrane Database Syst.Rev.* 2005;CD000331.
37. Thorp JA, Hu DH Albin RM McNitt J Meyer BA Cohen GR Yeast JD. The effect of intrapartum epidural analgesia on nulliparous labor: a randomized, controlled, prospective trial. *Am J Obstet Gynecol* 169, 851-858. 1993. Ref Type: Generic
38. Matthews CD, Martin MR. Early detection of meconium-stained liquor during labor: a contribution to fetal care. *Am J Obstet Gynecol* 1974;**120**:808-11.

39. Gregory GA GCPRTWH. Meconium aspiration in infants - a prospective study. *J Pediatr* 1974;**85**:848-52.
40. Fujikura T, Klionsky B. The significance of meconium staining. *Am J Obstet Gynecol* **121**, 45-50. 1975. Ref Type: Generic
41. Meis PJ, Hall M Marshall JR Hobel CJ. Meconium passage: a new classification for risk assessment during labor. *Am J Obstet Gynecol* **131**, 509-513. 1978. Ref Type: Generic
42. MacDonald D, Grant A Sheridan-Pereira M Boylan P Chalmers I. The Dublin randomized trial of intrapartum fetal heart monitoring. *Am J Obstet Gynecol* **152**, 524-539. 1985. Ref Type: Generic
43. Hofmeyr GJ. Amnioinfusion for meconium-stained liquor in labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews* (1). 2002. Ref Type: Generic
44. R Kulier and GJ Hofmeyr. Tocolytics for suspected intrapartum fetal distress . (3). 2006. Ref Type: Generic
45. Fawole B, Hofmeyr GJ. Maternal oxygen administration for fetal distress. *The Cochrane Database of Systematic Reviews* (4). 2003. Ref Type: Generic
46. Nielsen PV, Stigsby B Nickelson C Nim J. Intra- and interobserver variability in the assessment of intrapartum cardiotocograms. *Acta Obstet Gynecol Scand* **66**, 421-424. 1987. Ref Type: Generic
47. Van Geijn HP. Fetal monitoring - present and future: the evaluation of fetal heart rate patterns. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* **24**, 117-119. 1987. Ref Type: Generic
48. Grant A. Monitoring the fetus during labour. In: Chalmers I et al (eds). *Effective care in pregnancy and childbirth*. Oxford, Oxford University Press. 1989. Ref Type: Generic
49. Borthen I, Lossius P Skjaerven R Bergsj m P. Changes in frequency and indications for cesarean section in Norway . *Acta Obstet Gynecol Scand* **68**, 589-593. 1967. Ref Type: Generic
50. Curzen P, Bekir JS McLintock DG Patel M. Reliability of cardiotocography in predicting baby's condition at birth. . *Br Med J* **289**, 1345-1347. 1984. Ref Type: Generic
51. Z Alfirovic, D Devane GML Gyte. Continuous cardiotocography (CTG) as a form of electronic fetal monitoring (EFM) for fetal assessment during labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews* (3). 2006. Ref Type: Generic
52. Nordstrom L, Ingemarsson I, Kublickas M, Persson B, Shimojo N, Westgren M. Scalp blood lactate: a new test strip method for monitoring fetal wellbeing in labour. *Br J Obstet Gynaecol* 1995;**102**:894-9.
53. B.Mead. Prevention and control of nosocomial infection in obstetrics and gynecology. *Prevention and Control of Nosocomial Infections*, 2nd ed., R.P.Wenzel, ed.(Baltimore, Williams & Wilkins . 1993. Ref Type: Generic
54. Crowther C, Enkin M Keirse MJNC Brown I. Monitoring the progress of labour. In: Chalmers I et al (eds). *Effective care in pregnancy and childbirth*. Oxford, Oxford University Press. 1989. Ref Type: Generic
55. World Health Organization Maternal Health and Safe Motherhood Programme. World Health Organization partograph in management of labour. *Lancet* 1994;**343**:1399-404.
56. Hall R, Krins A. The partograph in obstetrics. *Aust.Fam.Physician* 1981;**10**:107-10.
57. Rajhvajn B, Kurjak A, Latin V, Barsic E. Construction and use of a partograph in the management of labour. *Z.Geburtshilfe Perinatol.* 1974;**178**:58-62.
58. World Health Organization Maternal Health and Safe Motherhood Programme. World Health Organization partograph in management of labour. *Lancet* 1994;**343**:1399-404.

59. Schutte MF TPKGSS. Management of premature rupture of the membranes: the risk of vaginal examination to the infant. *Am J Obstet Gynecol* 1983;**146**:395-400.
60. Ottervanger HP, Keirse MJNC Smit W Holm JP. Controlled comparison of induction versus expectant care for prelabor rupture of the membranes at term. *J.Perinat Med* . 1966. Ref Type: In Press
61. Gulmezoglu A. Antibiotics for prelabour rupture of membranes at or near term: RHL commentary (last revised: 23 January 2006). The WHO Reproductive Health Library, 9. 2006. Update Software Ltd, Oxford, 2006. Ref Type: Generic
62. Festin and M. Antibiotics for preterm prelabour rupture of membranes: RHL commentary (last revised: 14 June 2003). The WHO Reproductive Health Library (9). 2006. Ref Type: Audiovisual Material
63. Flynn AM, Kelly J Hollins G Lynch PF. Ambulation in labour. *Br Med J* 2, 591-593. 1978. Ref Type: Generic
64. McManus TJ, Calder AA. Upright posture and the efficiency of labour. *Lancet* 1, 72-74. 1978. Ref Type: Generic
65. Williams RM, Thorn MH Studd JWW. A study of the benefits and acceptability of ambulation in spontaneous labour. *Br J Obstet Gynaecol* ; 87, 122-126. 1980. Ref Type: Generic
66. Chan DPC. Positions during labour. *Br Med J* , 100-102. 1963. Ref Type: Generic
67. Melzack R, Belanger E Lacroix R. Labor pain, effect of maternal position on front and back pain. *J Pain symptom Managem* 6, 476-480. 1991. Ref Type: Generic
68. Gupta JK, Hofmeyr GJ. Position in the second stage of labour for women without epidural anaesthesia. *The Cochrane Database of Systematic Reviews* . The Cochrane Database of Systematic Reviews (3). 2003. Ref Type: Generic
69. Walraven GE. WHO partograph. *Lancet* 1994;**344**:617.
70. Lennox CE, Kwast BE. The partograph in community obstetrics. *Trop.Doct.* 1995;**25**:56-63.
71. Rajhvajn B, Kurjak A, Latin V, Barsic E. Construction and use of a partograph in the management of labour. *Z.Geburtshilfe Perinatol.* 1974;**178**:58-62.
72. Albers LL, Schiff M Gorwoda JG. . The Length of Active Labor in Normal Pregnancies. 1996; 87:355-9. *Obstet Gynecol* 87, 355-359. 1996. Ref Type: Generic
73. O'Driscoll K, Stronge JM Minogue M. Active management of labour. *Br Med J* 3, 135-137. 1973. Ref Type: Generic
74. Fraser WD, Marcoux S Moutquin JM Christen A. Effect of early amniotomy on the risk of dystocia in nulliparous women. *N Engl J Med* . 328, 1145-1149. 1993. Ref Type: Generic
75. Fraser WD SRPFTSRPD. A randomized controlled trial of early amniotomy. *Br J Obstet Gynaecol* 1991;**98**:84-91.
76. Barrett JFR, Savage J Phillips K Lilford RJ. Randomized trial of amniotomy in labour vs the intention to leave membranes intact until the second stage. *Br J Obstet Gynaecol* 99, 5-10. 1992. Ref Type: Generic
77. Khalid S.Khan. Amniotomy to shorten spontaneous labour: RHL commentary (last revised: 6 January 2000). (9). 2006. The WHO Reproductive Health Library, Update Software Ltd, Oxford. Ref Type: Audiovisual Material
78. O'Driscoll K MD. . *Active management of labour: the Dublin experience.* 1986.
79. Zheng Qiao-ling ZX. Analysis of 39 cases of maternal deaths caused by incorrect use of oxytocin. *Chin J Obstet Gynecol.* 1994;**29**:317.

80. Simpson KR, James DC. Effects of immediate versus delayed pushing during second-stage labor on fetal well-being: a randomized clinical trial. *Nurs.Res* 2005;**54**:149-57.
81. Byrom A, Downe S. Second stage of labour: challenging the use of directed pushing. *RCM.Midwives*. 2005;**8**:168-9.
82. Menez-Orieux C, Linet T, Philippe HJ, Boog G. [Delayed versus immediate pushing in the second stage of labor for nulliparous parturients with epidural analgesia: a meta-analysis of randomized trials]. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)* 2005;**34**:440-7.
83. Plunkett BA, Lin A, Wong CA, Grobman WA, Peaceman AM. Management of the second stage of labor in nulliparas with continuous epidural analgesia. *Obstet Gynecol* 2003;**102**:109-14.
84. Barnett MM HSS. Infant outcome in relation to second stage labor pushing method. *Birth* 1982; **9**:221-228. *Birth* 1982;**9**:221-8.
85. Knauth DG HEP. Effect of pushing techniques in birthing chair on length of second stage of labor. *Nurs Res* 1986;**35**:49-51.
86. Parnell JC, Langhoff-Roos J, Iversen R, Damgaard P. [Pushing technique in the expulsive phase of labor. A randomized study]. *Ugeskr.Laeger* 1993;**155**:2259-62.
87. Cruttenden J. To push or not to push? *Mod.Midwife*. 1995;**5**:31-2.
88. De Snoo K. *Leerboek der Verloskunde* (Textbook of Obstetrics). 1930.
89. Wood C NKHDBH. Time - an important variable in normal delivery. *J Obstet Gynaecol Br Commnwlth* 1973;**80**:295-300.
90. Katz Z LMDRB-HHZY. The beneficial effect of vacuum extraction on the fetus. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1982;**61**:337-40.
91. Yancey MK HAJGBWBK. Maternal and neonatal effects of outlet forceps delivery compared with spontaneous vaginal delivery in term pregnancies. *Obstet Gynecol* 1991;**78**:646-50.
92. Knuist M EMVAD. Uitdrijvingsduur en toestand van de pasgeborene bij door vroedvrouwen geleide bevallingen (Duration of the second stage and condition of the neonate in deliveries attended by midwives). *Ned Tijdschr Geneesk* 1989;**133**:932-6.
93. Menticoglou SM MFHCMI. Perinatal outcome in relation to second-stage duration. *A* 1995;**173**:906-12.
94. Simpson KR, James DC. Effects of immediate versus delayed pushing during second-stage labor on fetal well-being: a randomized clinical trial. *Nurs.Res* 2005;**54**:149-57.
95. Chen SZ, Aisaka K Mori H Kigawa T. Effects of sitting position on uterine activity during labor. *Obstet Gynecol* 79, 67-73. 1987. Ref Type: Generic
96. Gardosi J, Hutson N, and B-Lynch C. Randomised control trial of squatting in the second stage of labour. *Lancet* 1, 74-77. 1989. Ref Type: Generic
97. Liddell HS FPR. The birthing chair in the second stage of labour. 1985; **25**:65-68. *Aus NZ J Obstet Gynaecol* 1985;**25**:65-8.
98. Stewart P SH. A randomized study of the sitting position for delivery using a newly designed obstetric chair. 1989; **96**:327-333. *Br J Obstet Gynaecol* 1989;**96**:327-33.
99. Bloom SL, Casey BM, Schaffer JI, McIntire DD, Leveno KJ. A randomized trial of coached versus uncoached maternal pushing during the second stage of labor. *Am J Obstet Gynecol* 2006;**194**:10-3.
100. Jo Garcia. Care in normal labour. (HOOP trial group) Social Scientist National Perinatal Epidemiology Unit . 1999. Ref Type: Internet Communication
101. Stamp G, Kruzins G, Crowther C. Perineal massage in labour and prevention of perineal trauma: randomised controlled trial. *BMJ* 2001;**322**:1277-80.

102. Woolley RJ. Benefits and risks of episiotomy: a review of the English-language literature since 1980. *Obstet Gynecol Surv* 1995;**50**:806-35.
103. Goldberg J, Holtz D, Hyslop T, Tolosa JE. Has the use of routine episiotomy decreased? Examination of episiotomy rates from 1983 to 2000. *Obstet Gynecol* 2002;**99**:395-400.
104. Webb DA CJ. Hospital variation in episiotomy use and the risk of perineal trauma during childbirth. *Birth* 2002;**29**:132-6.
105. Pel M HMHAVdVFTPE. Provider-associated factors in obstetric interventions. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 1995;**61**:129-34.
106. Carroli G, Belizan J. Episiotomy for vaginal birth. The Cochrane Database of Systematic Reviews (2). 2006. Ref Type: Generic
107. Sleep J GAM. West Berkshire perineal management trial: three year follow up. *Br Med J* 1987;**295**:749-51.
108. Fleming EM HSN. Does perineal suturing make a difference? The SUNS trial. *BJOG* 2003;**110**:684-9.
109. Lundquist M OANENM. Is it necessary to suture all lacerations after a vaginal delivery? *Birth* 2000;**27**:79-85.
110. Head M. Dropping stitches. Do unsutured tears to the perineum heal better than sutured ones? *Nursing Times* 1993;**89**:64-5.
111. Clement S RB. To stitch or not to stitch? A long term study of women with unsutured perineal tears. *Practising Midwife* 1998;**2**:20-8.
112. Kwast BE. Maternity care in developing countries. In: *Health matters. Public health in North-South perspective*. 1995.
113. Gilbert L PWBVA. Postpartum haemorrhage - a continuing problem. *Brit J Obstet Gynaecol* 1987;**94**:67-71.
114. Elbourne DR, Prendiville WJ Carroli G Wood J McDonald S. Prophylactic use of oxytocin in the third stage of labour. The Cochrane Database of Systematic Reviews (2). 2006. Ref Type: Generic
115. McDonald S, Abbott JM Higgins SP. Prophylactic ergometrine-oxytocin versus oxytocin for the third stage of labour. The Cochrane Database of Systematic Reviews (2). 2006. Ref Type: Generic
116. Gulmezoglu AM, Forna F Villar J Hofmeyr GJ. Prostaglandins for prevention of postpartum haemorrhage. The Cochrane Database of Systematic Reviews (2). 2006. Ref Type: Generic
117. Prendiville W ED. Care during the third stage of labour. In: Chalmers I et al (eds). *Effective care in pregnancy and childbirth*. 2006.
118. Harding JE EDPWJ. Views of mothers and midwives participating in the Bristol randomized, controlled trial of active management of the third stage of labor. *Birth* 1989;**16**:1-6.
119. Begley CM. A comparison of "active" and "physiological" management of the third stage of labour. *Midwifery* 1990;**6**:3-17.
120. Thilaganathan B CALJBR. Management of the third stage of labour in women at low risk of postpartum haemorrhage. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 1993;**48**:19-22.
121. Pritchard JA BRDJWKM. Blood volume changes in pregnancy and the puerperium. *Am J Obstet Gynecol* 1962;**84**:1271.
122. Newton M. Postpartum hemorrhage. *Am J Obstet Gynecol* 1966;**94**:711-7.
123. De Leeuw NKM LLTEDS. Correlation of red cell loss at delivery with changes in red cell mass. *Am J Obstet Gynecol* 1968;**100**:1092-101.
124. Letsky E. The haematological system. In: Hytten F CGe, ed. *Clinical physiology in obstetrics*, 2nd edition. Oxford, Blackwell, 1991.
125. Prendiville WJ HJEDSGM. The Bristol third stage trial: active vs physiological management of third stage of labour. *Br Med J* 1988;**297**:1295-300.

126. Prendiville WJ, Elbourne D McDonald S. Active versus expectant management in the third stage of labour. The Cochrane Database of Systematic Reviews, Issue 2 . 2006. Ref Type: Data File
127. Edgardo Abalos. Management of the third stage of labour: RHL commentary (last revised: 7 July 2004). The WHO Reproductive Health Library, No 9 Update Software Ltd Oxford 2006. 2006. Ref Type: Data File
128. International Confederation of Midwives (ICM) and International Federation of Gynaecologists and Obstetricians (FIGO). Joint statement: management of the third stage of labour to prevent post-partum haemorrhage . *Journal of Midwifery & Women's Health* 2006;**49**:76-7.
129. Dunn PM FIRA. Influence of early cord ligation on the transplacental passage of foetal cells. *Obstet Gynaecol Br Commweath* 1966;**73**:757-60.
130. Botha MC. The management of the umbilical cord in labour. *S Afr J Obstet Gynaecol* 1968;**6**:30-3.
131. Buckels LJ UR. Cardiopulmonary effects of placental transfusion. *J Pediatr* 1965;**67**:239-46.
132. Spears RL AGBSFJKJMAPLSR. The effect of early versus late cord clamping on signs of respiratory distress. *Am J Obstet Gynecol* 1966;**95**:564-8.
133. Yao AC LJVV. Expiratory grunting in the late cord clamped normal infant. *Pediatrics* 1971;**48**:865-70.
134. Nelson NM EMSSBKMRSDDL. A randomized clinical trial of the Leboyer approach to childbirth. *New Engl J Med* 1980;**302**:655-60.
135. Yao AC LJ. Placental transfusion. *Am J Dis Child* 1974;**127**:128-41.
136. Dunn PM. The third stage and fetal adaptation. In: Clinch J, Matthews T eds. 1985. **Perinatal medicine. Proceedings of the IX European Congress of perinatal medicine held in Dublin, Ireland, 1984. Lancaster, MTP Press.** Ref Type: Conference Proceeding
137. Michaelsen KF MNSG. A longitudinal study of iron status in healthy Danish infants: effects of early iron status, growth velocity and dietary factors. *Acta Paediatr* 1995;**84**:1035-44.
138. Pisacane A. Neonatal prevention of iron deficiency. Placental transfusion is a cheap and physiological solution. *Br Med J* 1996;**312**:136-7.
139. Rabe H, Reynolds G Diaz-Rossello J. Early versus delayed umbilical cord clamping in preterm infants. The Cochrane Database of Systematic Reviews , Issue 3. 2004. Ref Type: Electronic Citation
140. Soltani H, Dickinson F Symonds. Placental cord drainage after spontaneous vaginal delivery as part of the management of the third stage of labour. The Cochrane Database of Systematic Reviews, Issue 3 . 2006. Ref Type: Electronic Citation
141. *Report of the Technical Working Group on Essential Care of the Newborn* . World Health Organization . 1996. Ref Type: In Press
142. Brown S, Small R Faber B Krastev A Davis P. Early postnatal discharge from hospital for healthy mothers and term infants. The Cochrane Database of Systematic Reviews 2002, Issue 3. 2002. Ref Type: Audiovisual Material
143. Marianne Weiss DRPRRLLMRaMNBR. Length of Stay after Vaginal Birth: Sociodemographic and Readiness-for-Discharge Factors. *Birth* 2004;**31**:93-101.

ავტორთა ჯგუფი:

საქართველოს მემან-გინეკოლოგთა ასოციაცია

- ⇒ **თენგიზ ასათიანი** – მემან-გინეკოლოგი, თსსუ პოსტდიპლომური სამედიცინო განათლების და უწყვეტი პროფესიონალური განვითარების ინსტიტუტის რეპროდუქციული ჯანმრთელობის დეპარტამენტის ხელმძღვანელი, ასოცირებული პროფესორი, საქართველოს მემან-გინეკოლოგთა ასოციაციის პრეზიდენტი.
- ⇒ **პეტრე ლომია** – მემან-გინეკოლოგი, მმკ, მ.შარაშიძის სამედიცინო ცენტრის სამედიცინო განყოფილების გამგე.

მსაპრტიბი:

- ⇒ **პალიკო კინტრია** - მემან-გინეკოლოგი, აკად. ჩაჩავას მემან-გინეკოლოგიის და პერინატალური მედიცინის სამეცნიერო კვლევითი ინსტიტუტის დირექტორი, პროფესორი
- ⇒ **გია თევდორაშვილი** – მემან-გინეკოლოგი, №2 სამშობიარო სახლის გენერალური დირექტორი, მედიცინის მეცნიერებათა დოქტორი, ასოცირებული პროფესორი;
- ⇒ **მამუკა ხოშტარია** – მემან-გინეკოლოგი, საგარეჯოს შ.პ.ს. №5 საავადმყოფო-პოლიკლინიკური გერთიანების ქალთა კონსულტაციის გამგე;
- ⇒ **აკაკი ბაქრაძე** – №2 სამშობიარო სახლის მემან-გინეკოლოგი, მმკ, საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის სამინისტროს ექსპერტი მემანობა-გინეკოლოგიაში;
- ⇒ **ნუკრი მანჯგალაძე** - მემან-გინეკოლოგი, № 4 სამშობიარო სახლის გენერალური დირექტორი;
- ⇒ **ნინო აბულაძე** – მემან-გინეკოლოგი, თსსუ რეპროდუქციული ჯანმრთელობის დეპარტამენტის ასპირანტი;
- ⇒ **ლელა წოწორია** – საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს ჯანმრთელობის დაცვის დეპარტამენტი;
- ⇒ **თეა თავიდაშვილი** – საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს ჯანმრთელობის დაცვის დეპარტამენტი.