

COVID-19 ინფექციის მართვა ორსულებში

მეორე შუალედური კლინიკური რეკომენდაციები

09/09/2021

რეკომენდაციები ადაპტირებულია დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის სფეროში მოღვაწე ქართველი ექსპერტების ჯგუფის მიერ (სია ალფავიტის მიხედვით):

თენგიზ ასათიანი - საქართველოს მეან-გინეკოლოგთა ასოციაციის პრეზიდენტი, FRCOG, თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტის პროფესორი;

ზაზა ბოხუა - საქართველოს მეან-გინეკოლოგთა ასოციაციის გენერალური მდივანი, თბილისის სამედიცინო უნივერსიტეტის დიპლომისშემდგომი სამედიცინო განათლებისა და პროფესიული განვითარების ინსტიტუტის დირექტორი;

თინათინ გაგუა - მეან-გინეკოლოგი, მედიცინის მეცნიერებათა დოქტორი, დავით ტვილდიანის სამედიცინო უნივერსიტეტის ასოცირებული პროფესორი;

ნიკოლოზ კინტრია - საქართველოს მედიცინის მეცნიერებათა აკადემიის აკადემიკოსი, თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტის პროფესორი, მეან-გინეკოლოგიის დეპარტამენტის ხელმძღვანელი;

რეკომენდაციების ადაპტირება განხორციელდა საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს ინიციატივით, გაეროს მოსახლეობის ფონდის (UNFPA) მხარდაჭერით.

სარჩევი

1. შესავალი.....	4
1.1. ვისთვის არის რეკომენდაციები განკუთვნილი	4
1.2 რეკომენდაციების გამოყენების პირობები.....	4
2. COVID-19 ის გავლენა ორსულობაზე და მის გამოსავალზე ^{1,2,3}	5
2.1. COVID-19 ვირუსის გადაცემა ^{3,4}	5
2.2. COVID-19 გავლენა ნაყოფზე ^{2,3,4}	6
3. ზოგადი რეკომენდაციები სამედიცინო მომსახურების სერვისის მიმწოდებლებისთვის ^{2,3,4,6}	
4. ვაქცინაცია.....	7
5. ანტენატალური მეთვალყურეობა	8
5.1. ანტენატალური მეთვალყურეობა COVID -19 პანდემიის დროს ^{1,2,4,5}	8
5.2. ეჭვი ან დადასტურებული COVID-19 ინფექცია ანტენატალური მეთვალყურეობის დროს 8	
5.3. სიმპტომური მკურნალობა	9
5.4. COVID -19 გამოჯანმრთელებული ორსულების ანტენატალური მეთვალყურეობა 10	
5.5. ვენური თრომბოემბოლიზმის პრევენცია ^{2,3,4,6}	10
6. ინტრანატალური მართვა-მშობიარობა ^{2, 6,9, 15}	11
6.1. ზოგადი კლინიკური რეკომენდაციები.....	11
6.2. COVID -19-ით ინფიცირებული საშუალო ან მძიმე პაციენტების მშობიარობის მართვა:	12
7 ინტენსიური თერაპიის განყოფილებაში მყოფი COVID -19-ით დაავადებული ორსული პაციენტების მართვა ^{2,3,8,9,10}	14
8 ოპტიმალური მშობიარობის ვადის განსაზღვრა ^{8,9,10,14}	15
9 ორსული ან მშობიარე COVID -19 ინფექციასთან თანდართული პრეეკლამპსიით ^{10,11} 16	
10. COVID-19 ინფიცირებული ორსულების ვენური თრომბოემბოლიზმის პრევენცია სტაციონარში ^{2,3,4,6}	17
11. COVID -19 და მშობიარობის შემდგომი სისხლდენა ¹⁰	17
12. პოსტნატალური მართვა ^{2,3, 14,16}	17
13. ძუძუთი კვება ^{2,14,16}	18
14. COVID -19-ით ინფიცირებული მელოგინის გაწერა ^{2,3, 14, 15}	19
სქემა N1. COVID -19 ინფექციაზე საეჭვო პაციენტის დიაგნოსტიკა და მართვა.....	20
სქემა N2 ორგანოების დისფუნქციის შეფასების შკალა SOFA	21
გამოყენებული ლიტერატურა	22

1. შესავალი

კლინიკური რეკომენდაციების მიზანია უახლესი, სამეცნიერო მტკიცებულებებზე დაფუძნებული ინფორმაციის მიწოდება როგორც ჯანდაცვის სპეციალისტებისთვის, ისე ორსული ქალებისა და მათი ოჯახებისთვის. რეკომენდაციები შეეხება ორსულებსა და მშობიარეებს, რომლებსაც დადასტურებული აქვთ COVID-19 ინფექცია. აღნიშნული რეკომენდაციები მოიცავს მტკიცებულებებზე დაფუძნებულ ინფორმაციას ისეთ საკითხებზე, როგორცაა ანტენატალურ, ინტრანატალურ და პოსტნატალურ პერიოდში პაციენტების მართვის შესახებ; ასევე, როგორც იმ ორსულების მართვა, რომლებიც გამოჯანმრთელდნენ.

ქვემოთ მოყვანილი რეკომენდაციები ეფუძნება 2021 წლის 9 სექტემბრისთვის არსებულ მონაცემებს; შესაძლოა მოკლე დროში საჭირო გახდეს მათი ცვლილება, თუ გაჩნდება დამატებითი მტკიცებულებები და მონაცემები.

რეკომენდაციები ადაპტირებულია საერთაშორისო ორგანიზაციების გაიდლაინების საფუძველზე, როგორცაა CDC, ACOG, RCOG, WHO, UNFPA, UNICEF.

1.1. ვისთვის არის რეკომენდაციები განკუთვნილი

- სამედიცინო პერსონალისთვის, რომლებიც ჩართული არიან ორსულობის, მშობიარობისა და მშობიარობის შემდგომი პერიოდის მართვის პროცესში;
- პოლიტიკის შემქმნელებისთვის, სადაზღვევო კომპანიის წარმომადგენლებისა და კლინიკის მენეჯერებისთვის;
- ორსული ქალებისა და მათი ოჯახებისთვის;
- სამედიცინო უნივერსიტეტის სტუდენტებისთვის, რეზიდენტებისა და უწყვეტი განათლების კურსში მონაწილე პირებისთვის.

1.2. რეკომენდაციების გამოყენების პირობები

მეორე შუალედური კლინიკური რეკომენდაციები გამოიყენება ქალთა კონსულტაციაში, პირველადი ჯანდაცვის რგოლში, სამშობიარო სახლის ორსულთა პათოლოგიის განყოფილებაში, სამშობიარო ბლოკში, მელოგინეთა განყოფილებაში. რეკომენდაციების გამოყენება იწყება ორსულის ანტენატალური მეთვალყურეობის დაწყებისთანავე და გრძელდება ორსულობის, მშობიარობისა და მშობიარობის შემდგომი პერიოდის განმავლობაში.

თემების თანხვედრის შემთხვევაში წარმოდგენილ მეორე შუალედურ კლინიკურ რეკომენდაციებს ენიჭება უპირატესობა ორსულობის და მშობიარობის დროს COVID-19 ინფექციის მართვის შესახებ შუალედურ რეკომენდაციებთან შედარებით.

2. COVID-19 ის გავლენა ორსულობაზე და მის გამოსავალზე^{1,2,3}

- ზოგად პოპულაციასთან შედარებით, ორსულ ქალებს ინფიცირების მაღალი რისკი არ აღენიშნებათ. მაღალ პროცენტში დაავადება მსუბუქად მიმდინარეობს და არ საჭიროებს ჰოსპიტალიზაციას, თუმცა რადგან ორსულობა ცვლის ორგანიზმის იმუნურ სისტემას და ზოგადად ვირუსული ინფექციებისადმი პასუხს, შესაძლებელია COVID-19 უფრო მძიმე სიმპტომატიკით გამოვლინდეს და ლეტალობით დამთავრდეს.
- სიმძიმე მომატებულია ორსულ პაციენტებში, განსაკუთრებით მესამე ტრიმესტრში, თუმცა სიკვდილიანობის მაჩვენებელი დაბალია.
- რისკ-ფაქტორები, რომელიც უკავშირდება როგორც ინფიცირების სიხშირეს, ასევე ჰოსპიტალიზაციის ალბათობას:
 - 1 ეთნიკური წარმომავლობა (აზიელი, შავკანიანი);
 - 2 სხეულის მასის ინდექსი 25 კგ/მ² ან მეტი;
 - 3 ორსულობამდე არსებული კომორბიდული პათოლოგია: დიაბეტი და ქრონიკული ჰიპერტენზია;
 - 4 დედის ასაკი 35 წ და მეტი.
- გულის პათოლოგიის მქონე ქალები (შეძენილი თუ თანდაყოლილი) ყველაზე მაღალი რისკის ქვეშ არიან.
- დელტა ვარიანტი უკავშირდება დაავადების უფრო მძიმე მიმდინარეობას; ალფა ვარიანტით სიმპტომური ჰოსპიტალიზებული პაციენტი 1:10 საჭიროებს ინტენსიურ თერაპიას, დელტას შემთხვევაში აღნიშნული მაჩვენებელია 1:7.
- COVID -19 ინფექცია არ უკავშირდება თანდაყოლილი ანომალიების გაზრდილ ალბათობას.
- დედის COVID-19 ინფექცია უკავშირდება მკვდრადშობადობის მომატებულ რისკს და ასევე მცირედ მომატებულია გესტაციურ ასაკთან მცირე მასის ახალშობილის დაბადების რისკი.
- COVID-19 ორსულობის დროს სამჯერ გაზრდილია ნაადრევი მშობიარობის ალბათობა, თუმცა უმეტესად ნაადრევი მშობიარობა ინდუცირებულია ჩვენებით დედის ან ნაყოფის მხრიდან.
- COVID-19 ვირუსის პანდემიამ გამოიწვია მენტალური დაავადებების ზრდა: პერინატალური შფოთვისა და დეპრესიის გახშირება. ასევე, გაზრდილია ოჯახური ძალადობის შემთხვევები.

2.1. COVID-19 ვირუსის გადაცემა^{3,4}

- ვერტიკალური გადაცემა (დედიდან ნაყოფზე ანტენატალურად ან ინტრანატალურად) იშვიათია; აღსანიშნავია ერთეული შემთხვევები; ვერტიკალური გადაცემა სავარაუდოა, თუმცა სტატისტიკური მნიშვნელობა ჯერჯერობით განსაზღვრული არ არის.
- ამ ეტაპზე COVID-19 ვაგინალურ სეკრეტში არ არის აღმოჩენილი.
- ამ ეტაპზე COVID-19 დედის რძეში არ არის აღმოჩენილი.

2.2. COVID-19 გავლენა ნაყოფზე 2.3.4

- ამ ეტაპზე არ ვლინდება ორსულობის ადრეულ ვადაზე შეწყვეტის გაზრდილი რისკი COVID 19-ით ავადობისას.
- ამ ეტაპზე არ არსებობს ვირუსის ტერატოგენულობის დამადასტურებელი ინფორმაცია, მიმდინარეობს გრძელვადიანი დაკვირვება.
- COVID-19-ის ინფექცია ამ ეტაპზე არ არის ორსულობის შეწყვეტის ჩვენება.

3. ზოგადი რეკომენდაციები სამეანო მომსახურების სერვისის მიმწოდებლებისთვის 2.3.4.

- აუცილებელია სათანადო ტრენინგის ჩატარება ჯანდაცვის პერსონალისთვის დამცავი აღჭურვილობის გამოყენებისა და ინფექციის კონტროლის თემებზე.
- რეკომენდებულია სამეანო-გინეკოლოგიურ სექტორში პაციენტების ტესტირება ეროვნული გზამკვლევის მიხედვით.
- რეკომენდებულია სათანადო იზოლაცია იმ ქალებისთვის, ვისაც აქვთ დადასტურებული COVID-19 ინფექცია ან იმყოფებიან კვლევის ქვეშ.
- სამედიცინო დაწესებულებაში აუცილებელია სათანადო დამცავი აღჭურვილობის არსებობა მართვის ყველა ეტაპზე.
- ასევე, უნდა მოხდეს დაწესებულებასა და ბინაზე ახალშობილების ინფექციისგან დაცვის პროცესის უზრუნველყოფა.
- საჭიროა COVID-19 ინფიცირებული და ჰოსპიტალიზებული ორსული პაციენტების რეგისტრის შექმნა ცენტრალურ დონეზე (საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს მიერ), რათა მომავალში შესაძლებელი იყოს ინფორმაციის უფრო ღრმა და დეტალური კვლევა.
- თუ პაციენტი აკმაყოფილებს COVID-19-ის ტესტირების კრიტერიუმებს, მას უნდა ჩაუტარდეს შესაბამისი კვლევა. კვლევის პასუხის მიღებამდე პაციენტი უნდა განვიხილოთ როგორც COVID-19 დადებითი.
- გადაუდებელი სამეანო დახმარება არ უნდა გადავადდეს ტესტის პასუხის მიღებამდე.
- გეგმიური პროცედურები, მაშინ როდესაც ამაზე სპეციფიური ჩვენება არ არსებობს, მინიმუმამდე უნდა იქნას დაყვანილი.
- თუ COVID 19-ით ინფიცირებული ორსულისთვის ულტრაბგერითი კვლევის აპარატი გამოყენებულ იქნა, გამოყენების შემდგომ უნდა მოხდეს მისი დეკონტამინაცია.
- ინფიცირებული პაციენტის მშობიარობა უნდა მოხდეს მხოლოდ სასწრაფო სამეანო (მეან-გინეკოლოგი და ბეზიქალი), ანესთეზიური და ნეონატოლოგიური დახმარებისათვის აუცილებელი პერსონალის მიერ.
- ინფიცირებულ პაციენტს უნდა შეხვდეს პირადი დაცვის საშუალებებით სრულად აღჭურვილი მედპერსონალი, პაციენტს უნდა გავუკეთოთ

ქირურგიული ნიღაბი იქამდე, სანამ ის არ მოთავსდება მისთვის განკუთვნილ იზოლირებულ ოთახში.

- მშობიარობისას დასაშვებია (სურვილის მიხედვით) ერთი ასიმპტომური, უარყოფითი სწრაფი ტესტის მქონე მხარდამჭერის დასწრება, პროტოკოლით გათვალისწინებული დამცავი ეკიპირებით (ხელთათმანი, ნიღაბი, თვალის დამცავი, დამცავი პერანგი, და ა.შ.).
- COVID-19 ინფიცირებული პაციენტის ოპერაციისას საოპერაციო დარბაზში უნდა იყოს მინიმალური რაოდენობის მედპერსონალი, შესაბამის აღჭურვილობაში.

4. ვაქცინაცია

- ორსულობის და ლაქტაციის პერიოდში რეკომენდებულია COVID 19-ის საწინააღმდეგო ვაქცინაცია.⁵
- ამ ეტაპზე, საქართველოში ორსულობის და ლაქტაციის პერიოდში ვაქცინაცია რეკომენდებულია Pfizer-BioNTech ვაქცინით; თუმცა, ახლო მომავალში კლინიკური დაკვირვების დასრულების შემდეგ, სხვა ვაქცინების გამოყენებაც იქნება შესაძლებელი.
- ვაქცინაციის ეფექტურობა შეადგენს 98% და მნიშვნელოვნად მცირდება ჰოსპიტალიზაციის და მძიმე ინფექციის განვითარების რისკი.⁷
- ამ ეტაპისთვის 200,000-ზე მეტი ორსულია მსოფლიოს მასშტაბით ვაქცინირებული; მიღებული მონაცემების ანალიზის საფუძველზე არ ფიქსირდება ვაქცინასთან ასოცირებული რაიმე გართულებები ორსულობის დროს (მაგ: ნაადრევი მშობიარობა, მკვდრადშობადობა, თვითნებითი აბორტი და ა. შ.).
- ვაქცინაცია რეკომენდებულია ყველა ტრიმესტრში. გამომდინარე იქიდან, რომ ორსულობის მესამე ტრიმესტრში COVID-19-ით გამოწვეული გართულებების სიხშირე იმატებს, უმჯობესია, დელტა ვარიანტის ფონზე, ვაქცინის ორივე დოზა მესამე ტრიმესტრამდე გაიკეთოს ორსულმა.^{5,7}
- ორსულობის დროს მიღებული მედიკამენტები არ წარმოადგენენ ვაქცინაციის წინააღმდეგ ჩვენებას.
- ორსულებში Pfizer-BioNTech ვაქცინაციით გამოწვეული გვერდითი მოვლენები უმნიშვნელოა და არ განსხვავდება ზოგადი პოპულაციისგან.
- ლაქტაციის დროს ვაქცინაცია რეკომენდებულია და არ საჭიროებს ძუძუთი კვების შეწყვეტას.^{5,2}
- ვაქცინაციის გავლენა ფერტილობაზე არ აღინიშნება.¹⁵
- ვაქცინა რეკომენდებულია ქალებისთვის, რომლებიც გეგმავენ ორსულობას, ან მკურნალობენ უნაყოფობის გამო, და არ საჭიროებენ დაორსულების გადავადებას.¹⁵

5. ანტენატალური მეთვალყურეობა

5.1. ანტენატალური მეთვალყურეობა COVID-19 პანდემიის დროს ^{1,2,4,5}

- ყველა ორსულს აღრიცხვაზე დადგომის დროს მიეცეს რეკომენდაცია COVID-19-ის საწინააღმდეგო აცრაზე.
- COVID-19 პანდემიის დროს მნიშვნელოვანია გაგრძელდეს რუტინული ანტენატალური მოვლა, თუმცა შესაძლოა გარკვეული მოდიფიკაცია იმ შემთხვევაში, თუ ორსული საჭიროებს თვითიზოლაციას, ან არსებობს ეჭვი, ან არის დადასტურებული COVID-19 ინფექცია.
- მნიშვნელოვანია ანტენატალური სერვისის მიმწოდებელ დაწესებულებაში დადგენილი წესების დაცვა, კერძოდ, სოციალური დისტანციის უზრუნველყოფა, რათა შემცირდეს დაწესებულებაში დაავადების გავრცელების რისკი.
- რეკომენდებულია დისტანციური მეთვალყურეობა ტელეკომუნიკაციის საშუალებით ვიზიტების შემთხვევაში ორსულობის კრიტიკულ პერიოდებში (11-14, 20, 28, 36 კვ.).
- მნიშვნელოვანია გაგრძელდეს „ანტენატალური მეთვალყურეობა ფიზიოლოგიურად მიმდინარე ორსულობის დროს“ - კლინიკური მდგომარეობის მართვის სახელმწიფო სტანდარტით/პროტოკოლით გათვალისწინებული ყველა პრეპარატის მიღება.
- გრიპის ვაქცინაცია კვლავ უსაფრთხოა ორსულობის ყველა ტრიმესტრში.
- მნიშვნელოვანია გათვალისწინებული იქნას ოჯახში ძალადობის გამოვლენა, რომლის რიცხვიც მკვეთრად გაიზარდა პანდემიის დროს.
- რეკომენდებულია ყოველ ანტენატალურ ვიზიტზე მენტალური ჯანმრთელობის შესახებ კითხვის დასმა და შესაბამის შემთხვევაში ორსულის შესაბამის სპეციალისტთან გადამისამართება.

5.2. ეჭვი ან დადასტურებული COVID-19 ინფექცია ანტენატალური მეთვალყურეობის დროს

- COVID ინფიცირებული ორსულის მართვა ხორციელდება მეან-გინეკოლოგის და ინფექციონისტის, ან ოჯახის ექიმის მიერ.
- სიმპტომების მქონე პაციენტებმა უნდა გადადონ გეგმიური ვიზიტი, სიმპტომების დაწყებიდან 7 დღის გასვლის შემდეგ პერიოდამდე, გარდა იმ შემთხვევებისა, როდესაც აღინიშნება სიმპტომების გამწვავება.
- გესტაციის მე-12 კვირამდე, დაავადების მხოლოდ საშუალო და მძიმე ფორმის შემთხვევაში, პერინატალური გართულებების მაღალი რისკის გამო, რომელიც დაკავშირებულია, როგორც ვირუსული ინფექციის, ასევე მედიკამენტების ემბრიოტოქსიკურ ეფექტთან, შესაძლებელია პაციენტთან ერთად განხილვა და ორსულობის შეწყვეტა ინფექციური პროცესის განკურნების შემდეგ. ორსულობის გაგრძელების შემთხვევაში, რეკომენდებულია ქორიონის ბიოფსია 12-14 კვირამდე ან გესტაციის 16 კვირიდან ამნიოცენტუზი ნაყოფის

ქრომოსომული ანომალიების გამოსავლენად, რომლებიც ტარდება ქალის თანხმობით.

- იმ შემთხვევაში, თუ აუცილებელია ვიზიტის განხორციელება, პაციენტმა წინასწარ უნდა შეატყობინოს კლინიკას ვიზიტის შესახებ, ან დაუკავშირდეს სამინისტროს ცხელ ხაზს.
- იმ პაციენტებისთვის, რომლებიც იმყოფებიან თვითიზოლაციაში ოჯახის წევრის ავადობის ან ინფიცირებულთან კონტაქტის გამო, ვიზიტი უნდა იქნას გადადებული 14 დღით.
- ანტენატალური სერვისის მიმწოდებელი დაწესებულება უნდა დაუკავშირდეს (ტელეკომუნიკაცია) იმ პაციენტებს, რომლებმაც სამი კვირით გადააცილეს დაგეგმილ ანტენატალურ ვიზიტს.
- იმ შემთხვევაშიც კი, თუ პაციენტს აქვს ჩატარებული COVID-19 ტესტი და შედეგი უარყოფითია, მაგრამ აღენიშნება სიმპტომები, არ უნდა გამოირიცხოს COVID-19 ინფექცია.
- COVID-19 ინფექციის დამახასიათებელი სიმპტომების არსებობისას გატარდეს დიფერენციალური დიაგნოზი ცხელებით, ქოშინით მიმდინარე სხვა გართულებებთან, როგორცაა საშარდე გზების ინფექცია, ქორიოამნიონიტი და ფილტვის ემბოლია.
- თუ ქალებს აქვთ COVID-19-თვის დამახასიათებელი სიმპტომები, მიზანშეწონილია PCR დიაგნოსტიკა და შემდგომი მართვა.

დიაგნოსტიკა და ჰოსპიტალიზაციის კრიტერიუმები აღწერილია ეროვნულ გაიდლაინში: ახალი კორონავირუსით (SARS-CoV-2) გამოწვეული ინფექციის (COVID-19) კლინიკური მართვა მოზრდილ ჰოსპიტალიზებულ პაციენტებში - განახლებულია 2021 წლის მაისში (<https://www.moh.gov.ge/ka/guidelines/>).

იხ. სქემა N1 COVID-19 ინფექციაზე საეჭვო პაციენტის დიაგნოსტიკა და მართვა.

5.3. სიმპტომური მკურნალობა

სიმპტომური მკურნალობა მოიცავს:

- ცხელების შემსუბუქებას (სიცხის დამწვევი საშუალებები პარაცეტამოლი);
- რინიტის და ან რინოფარინგიტის, ბრონქიტის კომპლექსური თერაპიას - მუკოაქტიური, ბრონქოდილატატორით და სხვა პრეპარატებით);
- აფებრილური სინდრომის, ცუდი ამტანობის, თავის ტკივილის, მაღალი არტერიული წნევის, მძიმე ტაქიკარდიის დროს სიცხის დამწვევი საშუალებები გამოიყენება უფრო დაბალი სიცხის მაჩვენებლებზე, ვიდრე 38-38,5°C;
- ორსულ ქალებში, მშობიარობის და მშობიარობის შემდგომ პერიოდში მყოფ ქალებში, პირველი არჩევანის პრეპარატი არის პარაცეტამოლი, რომელიც ინიშნება 500-1,000 მგ 4-ჯერ დღეში (არაუმეტეს 4 გრ დღეში);
- რინიტის, ფარინგიტის, ცხვირის შეშუპების და /ან ცხვირიდან გამონადენის ადგილობრივად სამკურნალოდ გამოიყენება იზოტონური ხსნარი; თუ ის არაეფექტურია, ნაჩვენებია ცხვირის გამხსნელი პრეპარატები;

- ორსულობის დროს (II და III ტრიმესტრი) და მშობიარობის შემდგომ პერიოდში შესაძლებელია მუკოლიზური საშუალებების გამოყენება ნებულაიზერით: ამბროქსოლი 4 მლ იზოტონური ხსნარით 2 მლ 3-3 ჯერ დღეში) და ბრონქოდილატატორებით (იპრატროპიუმის ბრომიდი + ფენოტეროლი), 20 წვეთი 2-4 მლ იზოტონურ ხსნარში 3-4 -ჯერ დღეში);
- ორსულობის სამივე ტრიმესტრში და ასევე ლოგინობის ხანში შესაძლებელია გამოყენებულ იქნას სალბუტამოლი ნებულაიზერით (2.5 მგ 3-4 ჯერ დღეში), როგორც ბრონქოდილატატორი;
- კომპლექსური თერაპიის აუცილებელი კომპონენტია ადექვატური რესპირატორული დახმარება.

გაიდლაინი: ახალი კორონავირუსით (SARS-CoV-2) გამოწვეული ინფექციის (COVID-19) კლინიკური მართვა მოზრდილ ჰოსპიტალიზებულ პაციენტებში - განახლებულია 2021 წლის მაისში (<https://www.moh.gov.ge/ka/guidelines/>).

5.4. COVID-19 გამოჯანმრთელებული ორსულების ანტენატალური მეთვალყურეობა

- მსუბუქი, ზომიერი ან უსიმპტომო COVID-19 ორსულების ანტენატალური მეთვალყურეობა გრძელდება უცვლელად თვითიზოლაციის პერიოდის შემდეგ დისტანციურად, ან ვიზიტის საშუალებით.
- მძიმე ან კრიტიკული ორსულების შემთხვევაში რეკომენდებულია ულტრაბგერითი კვლევა ნაყოფის ბიომეტრიის შესაფასებლად გამოჯანმრთელებიდან დაახლოებით 14 დღის შემდეგ, თუ არ არსებობს ადრეული კვლევის კლინიკური საფუძველი.

5.5. ვენური თრომბოემბოლიზმის პრევენცია ^{2,3,4,6}

- ბინაზე თვით-იზოლირებულ ორსულებს ეძლევათ სითხის მიღების და მობილობის რეკომენდაცია.
- ქალებს უნდა ჩაუტარდეთ ვენური თრომბოემბოლიის (VTE) რისკის შეფასება ორსულობის დროს. ინფექცია SARS-CoV-2- ით უნდა ჩაითვალოს გარდამავალ რისკის ფაქტორად.
- რუტინული თრომბო-პროფილაქტიკა არ არის რეკომენდებული. თრომბო-პროფილაქტიკა ინიშნება კლინიკური VTE რისკის შეფასების (პირადად ან ვირტუალური საშუალებებით) საფუძველზე.
- თრომბო-პროფილაქტიკა გრძელდება გამოჯანმრთელებიდან 7-დან 14 დღემდე.
- კოვიდ ინფიცირებულ ორსულებში თრომბო-პროფილაქტიკის დაწყება არ არის რეკომენდირებული მხოლოდ D-დიმერის რუტინული განსაზღვრის საფუძველზე, სხვა მონაცემების გათვალისწინების გარეშე.

6. ინტრანატალური მართვა-მშობიარობა ^{2, 6, 9, 15}

6.1. ზოგადი კლინიკური რეკომენდაციები

- COVID-19-ის სიმპტომების შეფასება რეკომენდებულია მულტიდისციპლინურ გუნდთან ერთად, რომელიც მოიცავს ინფექციონისტს.
- მშობიარობა სასურველია მოხდეს მესამე დონის კლინიკაში.
- ორსულობის დროს საშვილოსნოს ზომის გამო ვერ ხერხდება მუცელზე დაწოლილი პოზიციის გამოყენება, ამიტომ მიზანშეწონილია მოდრეკილი პოზიცია/გვერდული (prone position).
- დედის მონიტორინგი მოიცავს: ტემპერატურას, სუნთქვის სიხშირეს და ჟანგბადით სატურაციის განსაზღვრას.

საჭიროების შემთხვევაში:

- ლეიკოციტების, ნეიტროფილების, ლიმფოციტების, თრომბოციტების დონე;
 - ALT, AST, ლაქტატდეჰიდროგენაზას მოქმედება;
 - CRP-ის დონე;
 - ფერიტინი, ტროპონინი, გლუკოზა;
 - D-დიმერის დონე;
 - პროთრომბინის დრო;
 - ფიბრინოგენის დონე;
 - ჩვენებების მიხედვით: IL-6 დონე; T და B ლიმფოციტების რაოდენობა;
 - პროკალციტონინი.
- მშობიარობის დაწყების დაზუსტება ხდება სტანდარტულად, ეროვნულ გაიდლაინზე დაყრდნობით.
 - დაავადების დროს, სპონტანური სამშობიარო მოქმედების განვითარების შემთხვევაში, მშობიარობა სასურველია განხორციელდეს ბუნებრივი გზით დედისა და ნაყოფის მდგომარეობის მკაცრი მონიტორინგის ქვეშ.
 - რესპირატორული და გულ-სისხლძარღვთა უკმარისობის განვითარების თავიდან აცილების მიზნით, ჭინთვები მეორე პერიოდში უნდა შესუსტდეს. ნაყოფის დისტრესის, მშობიარობის სისუსტის და / ან ქალის მდგომარეობის გაუარესების შემთხვევაში, მშობიარობის პროცესის დაჩქარების მიზნით შესაძლებელია ვაკუუმის ან მაშების გამოყენება.
 - რეგიონალური ანალგეზია ტკივილის შემსუბუქების სასურველი მეთოდია, თუ უკუჩვენება არ არის.
 - ორსულ პაციენტებში, უფრო მეტად, ვიდრე არაორსულებში, ვითარდება თრომბოციტოპენია; ამიტომ მიზანშეწონილია თრომბოციტების რაოდენობის შემოწმება ეპიდურალურ ან სპინალურ ანალგეზიამდე.
 - მშობიარობის დროს სატურაცია განისაზღვროს ყოველ ერთ საათში.
 - რეკომენდებულია სატურაცია შენარჩუნდეს >94%-ზე, რეგულირება ჟანგბადის შესაბამისი ტიტრაციით (იხ. გაიდლაინი).

- სეფსისის ნიშნების მქონე ქალებში სეფსისის მართვა განხორციელდეს არსებული ეროვნული გაიდლაინის მიხედვით; COVID-19 განიხილება, როგორც სეფსისის მიზეზი.
- მშობიარობის მეთოდის არჩევაზე არ უნდა იქონიოს გავლენა COVID-19-ით ავადობამ, გარდა იმ შემთხვევებისა, როდესაც დედის რესპირატორული მდგომარეობის გამო აუცილებელია სასწრაფო მშობიარობა.
- სამეანო ტაქტიკა განისაზღვრება რამდენიმე ასპექტით: პაციენტის მდგომარეობის სიმძიმით, ნაყოფის მდგომარეობით, გესტაციის ვადით. ყველა შემთხვევაში, საკითხი მშობიარობის დროისა და მეთოდის შესახებ წყდება ინდივიდუალურად.
- მშობიარობა COVID-19-ის მძიმე ფორმის დროს ასოცირდება დედების სიკვდილიანობის და გართულებების ზრდასთან: ძირითადი დაავადების გამწვავება, სუნთქვის უკმარისობა, სამეანო სისხლდენა, ნაყოფის ინტრანატალური სიკვდილი, მშობიარობის შემდგომი ჩირქოვან-სეპტიკური გართულებები.
- იმ შემთხვევაში, თუ შეუძლებელია ჰიპოქსიის აღმოფხვრა ფილტვების ვენტილაციის ფონზე, ან სახეზეა სუნთქვითი უკმარისობის გაღრმავება, ფილტვის ალვეოლარული შეშუპების განვითარება, აგრეთვე დეპრესიული სეპტიკური შოკი, დედისა და ნაყოფის ინტერესებიდან გამომდინარე, ნაჩვენებია გადაუდებელი მშობიარობა (საკეისრო კვეთა) ყველა საჭირო ღონისძიებით კოაგულოპათიური და ჰიპოტონური სამეანო სისხლდენის თავიდან ასაცილებლად.
- ანესთეზიოლოგიური მხარდაჭერა მძიმე დაავადების დროს: მძიმე ორგანული უკმარისობის ნიშნების არარსებობის შემთხვევაში (SOFA-ს შკალის 2 ქულამდე), შესაძლებელია რეგიონალური მეთოდების გამოყენება რესპირატორული მხარდაჭერის ფონზე, მძიმე მრავლობითი ორგანული უკმარისობის დროს - ზოგადი ანესთეზია.
- ყველა პაციენტს, გესტაციური ასაკის მიუხედავად, უტარდება სისხლდენის პროფილაქტიკა (მესამე პერიოდის აქტიური მართვა).
- საკეისრო კვეთა, ან ნებისმიერი ჩარევა უნდა მოხდეს დამცავი ეკიპირების გამოყენებით.

6.2. COVID -19-ით ინფიცირებული საშუალო ან მძიმე პაციენტების მშობიარობის მართვა:

- სამშობიარო ბლოკში სამედიცინო პერსონალის შეზღუდული რაოდენობა.
- ჟანგბადის მიწოდება სატურაციის 94%-მდე შენარჩუნების მიზნით.
- შარდის გამოყოფის შეფასება ყოველ ერთ საათში, შესაბამისი გრაფიკის წარმოება ინფექციის მძიმე შემთხვევებში.
- მშობიარობაში უნდა შენარჩუნდეს სითხეების ნეიტრალური ბალანსი. საჭიროების შემთხვევაში გამოიყენება 250-500 მლ ბოლუსი.

- უნდა შეფასდეს პაციენტის ვენური თრომბოემბოლიზმის რისკი ქვეყანაში არსებული გაიდლაინის მიხედვით და დაენიშნოს შესაბამისი დოზა დაბალ-მოლეკულური ჰეპარინი. (იხ. ეროვნული გაიდლაინი).
- თრომბოციტოპენიის შემთხვევაში (თრომბოციტები $50 \times 10^9/L$ ნაკლები) დაბალ-მოლეკულური ჰეპარინი უკუნაჩვენებია, მიზანშეწონილია ჰემატოლოგის ჩართვა. რეკომენდებულია პროფილაქტიკა კომპრესიული წინდებით.
- COVID-19 ინფექცია ასოცირებულია თრომბოციტოპენიასთან. თუ პაციენტი იღებდა ასპირინს პრეეკლამპსიის პროფილაქტიკის მიზნით, უნდა შეწყდეს მისი მიღება, სისხლდენის მომატებული რისკის გამო.
- **კორტიკოსტეროიდების გამოყენება:**
 - **დროული ორსული/მშობიარე, რომელსაც ესაჭიროება რესპირატორული მხარდაჭერა:**
 - ✓ თერაპია გრძელდება გაწერამდე ან 10 დღე (რომელიც უფრო სწრაფად მოხდება)
 - ✓ დღეში ერთხელ ორალურად 40 მგ პრედნიზოლონი, ან ი/ვ დღეში ორჯერ 80 მგ ჰიდროკორტიზონი.
 - **ნაადრევი მშობიარობის შემთხვევაში ნაყოფის ფილტვის მომწიფების მიზნით:**
 - ✓ 12 სთ ერთხელ ი/მ ნმგ დექსამეტაზონი 2 დღე - სულ 4 დოზა;
 - ✓ შემდგომ: დღეში ერთჯერ ორალურად 40 მგ პრედნიზოლონი, ან ი/ვ დღეში ორჯერ 80 მგ ჰიდროკორტიზონი. გაწერამდე ან 10 დღე (რომელიც უფრო სწრაფად მოხდება).

ანტივირუსული პრეპარატები ინიშნება ინფექციონისტის მიერ.

- Tocilizumab-ით (ინტერლეიკინ 6-რეცეპტორის აგონისტი) მკურნალობისას აღწერილია გამოსავლის გაუმჯობესება გამოხატული ჰიპოქსიის და სისტემური ანთების (CRP მეტი 75 მგ/ლ) მქონე პაციენტებში. ამ ეტაპზე ტერატოგენობასა და ტოქსიკურობაზე მტკიცებულებები არ მოიპოვება.
- განიხილეთ REGEN-COV2-ის გამოყენება (8გ. ერთჯერადი ი/ვ ინფუზია). პაციენტებში, რომლებსაც აქვთ სიმპტომები და არ აქვთ SARS-CoV-2 - ანტისხეულები.
- Remdesivir - განიხილეთ მხოლოდ იმ პაციენტებში, სადაც არ არის მდგომარეობის გაუმჯობესება ან გამოხატულია მდგომარეობის დამძიმება.
- ანტიბიოტიკოთერაპია არაა რეკომენდებული, თუ არ არის გამოხატული ბაქტერიული ინფექციის ნიშნები.
- თუ არსებობს ანტიბიოტიკოთერაპიის დაწყების სამეანო ჩვენება მაგ: გახანგრძლივებული უწყლო პერიოდი, პნევმონია - რეკომენდებულია ანტიბიოტიკოთერაპია.
 - დაავადების მძიმე ფორმის დროს ანტიბაქტერიული პრეპარატები ინიშნება ინტრავენურად.

- ემპირიული ანტიბიოტიკოთერაპიის დაწყება მიზანშეწონილია პნევმონიის დიაგნოზის დასმიდან უახლოეს 4 საათში, მძიმე პნევმონიის შემთხვევაში 1 საათის განმავლობაში
- მეორადი ვირუსო-ბაქტერიული პნევმონიის შემთხვევაში (უბშირესი გამოწვევი აგენტები - *Streptococcus pneumoniae*, *Staphylococcus aureus* ო *Haemophilus influenza*) მიზანშეწონილია შემდეგი კომბინაცია:
 - ✓ მე-3 თაობის ცეფალოსპორინი ± მაკროლიდი;
 - ✓ დაცული პენიცილინი ± მაკროლიდი;
- მეორადი ვირუსულ-ბაქტერიული პნევმონიის შემთხვევაში (ყველაზე სავარაუდო გამომწვევი აგენტები არიან *Streptococcus pneumoniae*, *Staphylococcus aureus* და *Haemophilus influenza*), სასურველია გამოიყენოთ შემდეგი ანტიბიოტიკოთერაპიის რეჟიმები:
 - ✓ ცეფალოსპორინი III თაობის ± მაკროლიდი;
 - ✓ დაცული ამინოპენიცილინი ± მაკროლიდი;
- მესამეული ბაქტერიული პნევმონიის შემთხვევაში (ყველაზე სავარაუდო პათოგენებია მეთიცილინ რეზისტენტული შტამები *Staphylococcus aureus*, *Haemophilus influenza*), დასაშვებია შემდეგი პრეპარატების დანიშვნა (სხვადასხვა კომბინაციებში):
 - ✓ IV თაობის ცეფალოსპორინი ± მაკროლიდი;
 - ✓ კარბაპენემები;
 - ✓ ვანკომიცინი;
 - ✓ ლინეზოლიდი.
- ორსულობის დროს უკუნაჩვენებია ტეტრაციკლინების, ფტორქინოლონების, სულფონამიდების მოღება.

7 ინტენსიური თერაპიის განყოფილებაში მყოფი COVID -19-ით დაავადებული ორსული პაციენტების მართვა^{2,3,8,9,10}

- სასიცოცხლო ნიშნების საათობრივი მონიტორინგი.
- ჟანგბადის ტიტრაცია სატურაციის >94% შესანარჩუნებლად შესაბამისი გზით, როგორცაა - ნაზალური კანულის, სახის ნიღბის არა-ინვაზიური დადებითი წნევით ვენტილაცია [CPAP], ინტუბაცია და შუალედური დადებითი წნევით ვენტილაცია (IPPV), და ექსტრაკორპორალური მემბრანული ოქსიგენაცია (ECMO).
- საათობრივად შეაფასეთ სუნთქვის სიხშირე და გაითვალისწინეთ, რომ ახალგაზრდა, კარგ ფიზიკურ ფორმაში მყოფი ქალები დიდხანს ინარჩუნებენ სატურაციის ნორმალურ დონეს, მაგრამ მოსალოდნელია სწრაფი დეკომპენსაცია. ამიტომ, გაზრდილი სუნთქვის სიხშირე, იმ შემთხვევაში თუ სატურაცია ნორმალურია, მიანიშნებს რესპირატორული ფუნქციის რღვევაზე და საჭიროებს ჟანგბადის ტიტრაციის ზრდას.

- მშობიარობის მართვის შესახებ გადაწყვეტილების მიღებისას მნიშვნელოვანია დეკომპენსაციის ნიშნების განხილვა. პაციენტის მდგომარეობა მძიმდება, თუ შეინიშნება:
 - ჟანგბადზე მზარდი მოთხოვნილება ან შესუნთქული ფრაქციული ჟანგბადი(FiO₂) -35%- ზე მაღალია;
 - სუნთქვის სიხშირის გაზრდა 25 და მეტი ჩასუნთქვა წუთში;
 - სუნთქვის სიხშირის ზრდა, გაზრდილი ჟანგბადის ტიტრაციის მიუხედავად;
 - შარდის გამოყოფის შემცირება;
 - მწვავე თირკმლის უკმარისობა (კრეატინინის დონე შრატში 77 μ mol/l - ზე მაღალი, ქალებში მანამდე არსებული თირკმლის დაზიანების გარეშე);
 - ძილიანობა ნორმალური სატურაციის პირობებში;
 - იხ. სქემა N2 ორგანოების დისფუნქციის შეფასების შკალა SOFA.
- რადიოლოგიური კვლევები უნდა ჩატარდეს იგივე პრინციპით, რა პრინციპითაც არაორსულ ზრდასრულ პაციენტში ჩატარდებოდა. ეს მოიცავს: გულმკერდის რენტგენოგრაფიასა და CT კვლევას. CT-კვლევა განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია COVID 19-ით დაავადებულთა მდგომარეობის შესაფასებლად და ამ კვლევის გადადება ნაყოფზე ზემოქმედების შიშით არ არის მართებული. შესაძლებელია კვლევისას აბდომინალური ფარის გამოყენება CT კვლევის უსაფრთხოების პროტოკოლის მიხედვით.
- დიფერენციალური დიაგნოზის მიზნით განხილულ იქნას შემდეგი კვლევები: ელექტროკარდიოგრამა (ECG), ფილტვის ანგიოგრამის კომპიუტერული ტომოგრაფია (CTPA) საჭიროების შემთხვევაში და ექოკარდიოგრამა. დასკვნა, რომ ყველა ტიპის პირექსია COVID 19-ით არის გამოწვეული ხშირად არა მართებულია, საჭიროა სეფსისის სრული სკრინინგის ჩატარება.
- ინტრავენური ინფუზია რეკომენდებულია სიფრთხილით. განიხილეთ ბოლუსური ინფუზია 250-500 მლ-მოცულობით, შეფასდეს სითხეებით დატვირთვა და შესაბამისად გაგრძელდეს ინფუზია.
- COVID -19 შესაძლოა უკავშირდებოდეს თორმბოციტოპენიას; იმ შემთხვევაში, თუ ასპირინი დანიშნულია პრეკლამფისიის პრევენციის მიზნით, რეკომენდებულია ინფექციის პერიოდში პრეპარატის შეწყვეტა, რადგანაც თრომბოციტოპენიის მქონე პაციენტებში შესაძლოა გაიზარდოს სისხლდენის რისკი.
- ნაყოფის გულისცემის მონიტორინგის სიხშირე და აუცილებლობა განიხილეთ გესტაციური ვადის და დედის მდგომარეობის შესაბამისად.

8 ოპტიმალური მშობიარობის ვადის განსაზღვრა^{8.9.10.14}

- ორსულობის მესამე ტრიმესტრში მძიმე COVID-19 ინფიცირებული პაციენტების მდგომარეობა უნდა შეფასდეს მულტი-დისციპლინარული

გუნდის მიერ და გადაწყდეს ორსულობის საკეისრო კვეთით, ან სამშობიარო მოქმედების ინდუქციით დამთავრება. შესაძლო ჩვენებას წარმოადგენს:

- დედის რეანიმაცია;
 - შესაბამისი პოზიციის შეუძლებლობა;
 - ნაყოფისმხრივი ჩვენებები.
- თუ დედის მდგომარეობა მოითხოვს სტაბილიზაციას მშობიარობამდე/საკეისრო კვეთამდე, უპირატესობა ენიჭება დედის ჯანმრთელობას, ისევე როგორც სხვა სამეანო გართულებების შემთხვევაში.
 - ორსულობის 20 კვირამდე გადაუდებელი საკეისრო კვეთის ჩატარება არ არის აუცილებელი, ვინაიდან ამ პერიოდში ორსული საშვილოსნო გავლენას არ ახდენს გულის ფუნქციის განდევნაზე. გესტაციის 22-24 კვ კვირაზე გადაუდებელი საკეისრო კვეთა ტარდება დედის ჩვენებით, მაგრამ არა ნაყოფის სიცოცხლის გადასარჩენად, ხოლო 24 -26 კვირის შემდეგ დედისა და ნაყოფის სიცოცხლის გადასარჩენად.
 - თუ მშობიარობის ჩვენებას წარმოადგენს ნაყოფისმხრივი გართულებები, დედის სტა
 - ბილური მდგომარეობის შემთხვევაში გადაწყვეტილება მშობიარობის მეთოდზე მიიღება სამეანო მდგომარეობაზე დაყრდნობით.
 - თუ ორსულობის დამთავრების საჭიროება დგება ორსულობის 34 კვირამდე, განიხილება კორტიკოსტეროიდული თერაპია და მაგნეზიალური თერაპია ნაყოფის ნეირო-პროტექციის მიზნით; თუმცა, თუ დედის მდგომარეობა არასტაბილურია, მშობიარობის გადავადება აღნიშნული მკურნალობის კურსის დასრულებამდე არაა რეკომენდირებული.

9 ორსული ან მშობიარე COVID -19 ინფექციასთან თანდართული პრეეკლამპსიით^{10,11}

- ამ ეტაპზე გამოქვეყნებულ კლინიკურ შემთხვევებში არ არის აღწერილი მაგნიუმის სულფატის უარყოფითი გავლენა COVID-19-ით ინფიცირებული პაციენტის რესპირატორულ მონაცემებზე.
- არაინტუბირებულ ინფიცირებულ პაციენტებში მაგნეზიალური თერაპიისას აუცილებელია მაგნიუმის ტოქსიურობის განსაკუთრებული კონტროლი (მაგნიუმის დონე სისხლში, სუნთქვის სიხშირე, სატურაციის განსაზღვრა) რადგან MgSo₄ მაღალმა კონცენტრაციამ (10-13 mEq/L; 12 - 16 mg/dL ან 5.0 to 6.5 mmol/L) - შეიძლება გამოიწვიოს სუნთქვის დათრგუნვა.
- ინტუბირებულ და მექანიკურ ვენტილაციაზე მყოფ პაციენტებში MgSo₄ - ის ტოქსიურობის რესპირატორული ნიშნების ამოცნობა ვერ მოხერხდება. ტოქსიურობის პირველი ნიშანი შეიძლება გამოიხატოს არითმიით და გულის გაჩერებით.

10. COVID-19 ინფიცირებული ორსულების ვენური თრომბოემბოლიის პრევენცია სტაციონარში^{2,3,4,6}.

- სტაციონარში მოთავსებულ ყველა ორსულს ენიშნება პროფილაქტიკა დაბალ მოლეკულური ჰეპარინით, თუ მშობიარობა არ არის მოსალოდნელი 12 საათის განმავლობაში.
- კრიტიკულად მძიმე პაციენტების შემთხვევაში განიხილება შესაბამისი დოზირება მულტიდისციპლინარულ გუნდთან ერთად.
- სტაციონარში მოთავსებული ორსულის თრომბო-პროფილაქტიკა გრძელდება გაწერიდან 10 დღის განმავლობაში, ხანგრძლივი დროით ენიშნება დამატებითი რისკების არსებობის შემთხვევაში.
- ფერიტინი და C-რეაქტიული პროტეინი ძირითად მონიტორინგულია COVID-19 ინფიცირებულ პაციენტებში. D-დიმერი ასევე მონიტორინგულია, ამიტომ არ წარმოადგენს ვენური თრომბოემბოლიზმის შეფასების საშუალებას.

11. COVID -19 და მშობიარობის შემდგომი სისხლდენა¹⁰

- ამ ეტაპზე არსებული მონაცემების მიხედვით, COVID-19 ინფიცირებულ ქალებს არ აქვთ მშობიარობის შემდგომ სისხლდენის მონიტორინგული რისკი.
- მშობიარობის შემდგომი სისხლდენის მართვა რეკომენდებული ეროვნული გაიდლაინის მიხედვით. სიფრთხილეს საჭიროებს გზამკვლევაში შესული პრეპარატი ტრანექსამის მჟავა. რადგან COVID 19-ის ინფექცია ასოცირებულია თრომბოზების გაზრდილ რისკთან, ამიტომ ამ მედიკამენტის გამოყენება COVID-ინფიცირებულ პაციენტებში სისხლდენის შემთხვევაში რეკომენდებულია სიფრთხილით, რისკ სარგებელის გათვალისწინებით.

12. პოსტნატალური მართვა^{2,3, 14,16}

- ჯერჯერობით უცნობია, არიან თუ არა COVID-19-ით ინფიცირებული ახალშობილები მწვავე გართულებების რისკის ქვეშ. დროებითი განცალკევების რისკები და სარგებელი განიხილეთ დედასთან ერთად.
- ამჟამად, ინფიცირებული დედისა და ახალშობილის განცალკევება მოითხოვს ინდივიდუალურ მიდგომას.
- ინფიცირებული ქალისა და მისი ახალშობილის ერთობლივი ყოფნა მოითხოვს სამედიცინო დაწესებულებების და პერსონალის სპეციალიზებულ პირობებს, რათა დაცული იყოს ინფექციური უსაფრთხოება.
- დედისა და ბავშვის ერთობლივი, ან ცალკე ყოფნის საკითხზე გადაწყვეტილებას იღებს ექიმი დედის ინფორმირებული თანხმობის

საფუძველზე. ქალს დეტალურად უნდა მიეწოდოს ინფორმაცია არსებული შესაძლებლობის, რისკებისა და უპირატესობის შესახებ ახალშობილისთვის.

გასათვალისწინებელია შემდეგი ფაქტორები:

- რამდენად არსებობს სამედიცინო პირობები, რომ დედასა და ახალშობილს გაეწიოს სპეციალიზებული სამედიცინო დახმარება.
- რამდენად იძლევა დედის ჯანმრთელობის მდგომარეობა საშუალებას იზრუნოს საკუთარს შვილზე.
- იმ შემთხვევაში, თუ არც მელოგინე და არც ახალშობილი არ საჭიროებს ინტენსიურ მოვლას, დედა რამდენად ასრულებს შემდეგ მოთხოვნებს:
 - a) სამედიცინო ნიღბის პალატაში ტარება და რეგულარული გამოცვლა;
 - b) ხელების ჰიგიენური დამუშავება ბავშვთან და სარძევე ჯირკვლებთან ყოველი კონტაქტის წინ, ძუძუთი კვების, ან დედის რძის გამოწვევის წინ.
- იმ შემთხვევაში თუ საჭიროა ახალშობილის იზოლაცია, მისი გადაყვანა ხდება იზოლირებულ გამოყოფილ პალატაში. ტრანსპორტირება ხორციელდება სატრანსპორტო კუვეზით. კუვეზი ექვემდებარება დეზინფექციას განსაკუთრებით საშიში ინფექციებით მუშაობის წესების შესაბამისად.
- ოთახიდან გაყვანის შემდეგ ახალშობილის ტესტირება PCR ტესტით, რომელიც მეორდება 2-3 დღის შემდეგ. თუ ორივე ტესტის შედეგი უარყოფითია, მაშინ ბავშვი განიხილება SARS-CoV-2-ით არა-ინფიცირებულად.
- თუ SARS-CoV-2 RNA-ს ტესტის ერთერთი შედეგი დადებითია, მაშინ ახალშობილი ითვლება ვირუსით ინფიცირებულად და შემდგომი საკონტროლო კვლევები ტარდება COVID-19 დაავადებული პაციენტების მართვის სახელმძღვანელოს შესაბამისად.
- ქალის კლინიკური მდგომარეობიდან გამომდინარე, შესაძლებელია ლაქტაციის შენარჩუნება ბავშვის შემდგომი ძუძუთი კვებისათვის დედის გამოჯანმრთელების შემდეგ.
- თუ დედა თვითონ ახდენს ახალშობილზე ზრუნვას, მან უნდა გამოიყენოს ნიღაბი და ახალშობილთან ყოველი შეხების წინ დაიმუშაოს ხელები. ამ ზომების გამოყენება აუცილებელია, სანამ არსებობს დედის მხრიდან ახალშობილის ინფიცირების საშიშროება.

13. ძუძუთი კვება ^{2,14,16}

- ძუძუთი კვება არ წარმოადგენს COVID-19 ინფიცირებული პაციენტებისთვის წინააღმდეგ ჩვენებას.
- თუ ძუძუთი კვება წარმოადგენს დედის არჩევანს, რეკომენდებულია რძის გამოწველა, რათა არ შეწყდეს დედის რძის ბუნებრივი გამოყოფა.

- სასურველია დედას ჰქონდეს ინდივიდუალური საწველი აპარატი, რომელის დეზინფექციაც მოხდება მწარმოებლის ინსტრუქციის მიხედვით ყოველი გამოყენების შემდეგ.
- დედის გამოწვევლილი რძე ახალშობილს ჯანმრთელმა მომვლელმა უნდა მიაწოდოს.

14. COVID -19-ით ინფიცირებული მელოგინის გაწერა ^{2,3, 14, 15}

- COVID-19 ინფიცირებული მელოგინის გაწერა კლინიკიდან უნდა მოხდეს COVID-19 ინფიცირებული პაციენტის გაწერის პროტოკოლის მიხედვით. PCR ტესტი უნდა იყოს უარყოფითი, დედისა და ახალშობილის მდგომარეობა კი დამაკმაყოფილებელი.
- ორსული და მშობიარობის შემდგომ ქალების საავადმყოფოდან გაწერის კლინიკური კრიტერიუმებია:
 - ნორმალური სხეულის ტემპერატურა 3 დღის განმავლობაში;
 - სასუნთქი გზების დაზიანების სიმპტომების არარსებობა;
 - დარღვეული ლაბორატორიული პარამეტრების აღდგენა;
 - სამეანო გართულებების არარსებობა (ორსულობა, მშობიარობის შემდგომი პერიოდი).
- მელოგინეს უნდა მიეწოდოს ინფორმაცია, თუ ვის შეიძლება დაუკავშირდეს გართულების ან კითხვების შემთხვევაში. მიეთითოს ცხელი ხაზის ნომერი.

სქემა N1. COVID -19 ინფექციაზე საექვო პაციენტის დიაგნოსტიკა და მართვა

ორსულს რომელსაც ჰქონდა კოვიდ-19 ექსპოზიცია.
ახლო კონტაქტი <1 მ < 15 წთ განმავლობაში, ერთად ცხოვრება

კლინიკური გასინჯვა და PCR ტესტი ღრმა ნაზოფარინგალურ და ფარენგელური არედან მიღებულ მასალაში

ასიმპტომური: მონიტორინგი ბინაზე t, რესპირატორული სიმპტომები

სიმპტომური: t >38 და რესპირატორული სიმპტომები იზოლირებული ოთახი. შეზღუდული მნახველების რაოდენობა, სამედიცინო პერსონალი სპეციალური ეკიპირებით. ადგილზე სამეანო და ნეონატალური განყოფილება

SARS-Cov 2 უარყოფითი

SARS- Cov 2 დადებითი

SARS- Cov 2 უარყოფითი

SARS- Cov 2 დადებითი

მონიტორინგის შეწყვეტა

იზოლაცია 14 დღე მშობიარობის შემთხვევაში: მუშეთი კვება გაიდლაინის მიხედვით

იზოლაცია ბინაზე, სიმპტომების მონიტორინგი. თუ პერსისტირებს რეტესტირება, შესაძლოა ცრუ უარყოფითი

ნაყოფის ზრდის შეფასება+დოპლერი /2კვირა

გამოჯანმრთელება

ჰოსპიტალიზაცია:
დედის მონიტორინგი: t, სუნთქვის სიხშირე, პულსი, წნევა -3-4 ჯერ დღეში
კომპიუტერული ტომოგრაფია
ნაყოფის მონიტორინგი: გულისცემა 1 ჯერ დღეში, ნაყოფის ფილტვის მომწიფება-დექსამეტაზონით ანტიბიოტიკოთერპია არსებული პროტოკოლის მიხედვით.

ინტენსიურში გადაყვანის კრიტერიუმი 1
>შემდეგი:
არტ, წნევა <100 mmHg
სუნთქვის სიხშირე>22
გლაზგოს ქულა <15

საკეისრო კვება
სეპტიური შოკი
მწვავე ორგანული უკმარისობა
ნაყოფის დისტრესი

მშობიარობის აღძვრა + ინსტრუმენტული მშობიარობა (გარდა მძიმე შემთხვევებისა)
ნაყოფის კვლევა 555 20

სქემა N2 ორგანოების დისფუნქციის შეფასების შკალა SOFA

ფუნქცია	მაჩვენებელი	0 ქულა	1 ქულა	2 ქულა	3 ქულა	4 ქულა
ცნს	შეფასების ქულა	15	13-14	10-12	6-9	<6
ოქსიგენაცია	PaO ₂ /FiO ₂	≥400	<400	<300	<200	<100
ჰემოდინამიკა	საშუალო არტერიული წნევა კატექოლამინების დოზირება მკგ/კგ წთ ში	≥70	<70	დოფ<5დ ობ (ნებისმიე რი დოზა)	დოფ<5.1- 15 ან ეპი ≤0.1 ან	დოფ>15ა ნ ეპი 0.1
ჰემოსტაზი	თრომბოციტი x10 ⁹ მკლ	≥150	<150	<100	<50	<20
ღვიძლი	ბილირუბინი მკმოლ/ლ	<20	20-32	33-101	102-204	>204
თირკმელი	კრეატინინი მოლ/ლ დიურეზი მლ/24 სთ	<100	110-170	171-299	300-440 <500	>440 <200

*დოფ- დოფამინი

*ეპი - ეპინეფრინი

გამოყენებული ლიტერატურა

1. Guidance for healthcare professionals on coronavirus (COVID-19) infection in pregnancy, including guidance on vaccination in pregnancy, published by the RCOG, Version 14: Wednesday 25 August 2021.
2. COVID-19 FAQs for Obstetrician-Gynecologists, Obstetrics, practice advisory. ACOG, 2021.
3. Guidance for healthcare professionals on coronavirus (COVID-19) infection in pregnancy, including guidance on vaccination in pregnancy, published by the RCOG updated on 19 July 2021.
4. Pregnancy and childbirth during COVID-19 Clinical guidance, published by WHO 2 September 2020.
5. Clinical management of severe acute respiratory infection when novel coronavirus (nCoV) infection is suspected. Interim guidance. WHO 12 January 2020.
6. Vincenzo Berghella, MDBrenna L Hughes, MD, et al MD, FACOG COVID-19: Labor, birth, and postpartum issues and care. UpToDate last updated: Aug 19, 2021.
7. COVID-19 Vaccines While Pregnant or Breastfeeding. CDC. Updated Aug. 11, 2021.
8. COVID-19 Vaccination Safe for Pregnant People. Media Statement. For Immediate Release: New CDC Data: Wednesday, August 11, 2021.
9. Guidance for Management of Pregnant Women in COVID-19 Pandemic ICMR National Institute for Research in Reproductive Health 2021.
10. Pregnancy hypertension diagnosis and care in COVID-19 era and beyond L. Clinical guidance. Clinical Sciences Research Institute, St George's University of London, London, UK.2021.
11. Wang MJ, Schapero M, Iverson R, Yarrington CD. Obstetric Hemorrhage Risk Associated with Novel COVID-19 Diagnosis from a Single-Institution Cohort in the United States. *Am J Perinatol.* ;37(14):1411-1416 Dec. 2020.
12. Papageorghiou AT, Deruelle P, Gunier RB, Rauch S, García-May PK, et al. Preeclampsia and COVID-19: results from the INTERCOVID prospective longitudinal study. *Am J Obstet Gynecol.* S0002-9378(21)00561-5 Jun 26: 2021.
13. Coronado-Arroyo JC, Concepción-Zavaleta MJ, Zavaleta-Gutiérrez FE, Concepción-Urteaga LA. Is COVID-19 a risk factor for severe preeclampsia? Hospital experience in a developing country. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* Jan; 2021.
14. COVID-19 Technical Brief for Maternity Services UNFPA July 2020.
15. How will COVID-19 impact fertility? Technical Brief UNFPA July 2021.
16. Breastfeeding safely during the COVID-19 pandemic .How to nourish your child following the latest expert guidance. UNICEF. 29 July 2021.