

ანტენატალური მეთვალყურეობა ფიზიოლოგიურად მიმდინარე ორსულობის დროს

კლინიკური მდგომარეობის მართვის სახელმწიფო
სტანდარტი (პროტოკოლი)

სარჩევი

1. შესავალი	4
2. მიზანი	4
3. ძირითადი რეკომენდაციები	5
3.1. ორსულის ინფორმირება ანტენატალური ვიზიტების დროს	5
3.2. კვებითი რეკომენდაციები	5
3.3. ცხოვრების წესი და ზოგადი რეკომენდაციები.....	6
3.4. დედის იმუნიზაცია.....	7
3.4.1. ჩასახვამდელი პერიოდის იმუნიზაცია.....	7
3.4.2. ანტენატალური პერიოდის იმუნიზაცია	8
3.5. ორსულობით გამოწვეული დისკომფორტული მდგომარეობების მართვის რეკომენდაციები	8
4. კლინიკური კვლევები ანტენატალური ვიზიტების დროს	10
4.1. კვლევები/ჩარევები, რომლებიც რეკომენდებულია განხორციელდეს ანტენატალური ვიზიტების (კონტაქტის) დროს	10
4.2. კვლევები/ჩარევები, რომელთა რუტინული განხორციელება არ არის რეკომენდებული.....	13
4.3. კვლევები/ჩარევები, რომლებიც უნდა განხორციელდეს ნაყოფის მდგომარეობის შესაფასებლად ანტენატალური ვიზიტების დროს	13
4.4. კვლევები/ჩარევები, რომლებიც არ უნდა განხორციელდეს რუტინულად ნაყოფის მდგომარეობის შესაფასებლად ანტენატალური ვიზიტების დროს.....	14
4.5. სპეციფიური კლინიკური მდგომარეობების შეფასება ანტენატალური ვიზიტების დროს.....	14
5. ანტენატალური მეთვალყურეობის სტრუქტურა	15
5.1. ჩასახვამდელი მეთვალყურეობა	15
5.1.1. კონსულტირება	15
5.1.2. რისკების შეფასება	15
5.2. ანტენატალური ვიზიტები	15
5.2.1. I ანტენატალური ვიზიტი ორსულობის 12 +6 კვირამდე	15
5.2.2. II ანტენატალური ვიზიტი ორსულობის 18 +0 -20 +6 კვირის ვადაზე ..	16
5.2.3. III ანტენატალური ვიზიტი ორსულობის 26 +0-26+6 კვირის ვადაზე ...	17
5.2.4. IV ანტენატალური ვიზიტი ორსულობის 30 +0-30+6კვირის ვადაზე ..	17

5.2.5. V ანტენატალური ვიზიტი ორსულობის 34 +0 - 34+6 კვირის ვადაზე...	18
5.2.6. VI ანტენატალური ვიზიტი ორსულობის 36 +0-36+6კვირის ვადაზე	19
5.2.7. VII ანტენატალური ვიზიტი ორსულობის 38 +0-38+6კვირის ვადაზე...	20
5.2.8. VIII ანტენატალური ვიზიტი ორსულობის 40 +0-40+6კვირის ვადაზე .	21
5.3. მშობიარობის შემდგომი მეთვალყურეობა	21
6. როდის არ გამოიყენება მოცემული პროტოკოლი	22
7. რეკომენდაციები პრაქტიკაში ადაპტაციისთვის	23
8. აუდიტის კრიტერიუმები	23
9. პროტოკოლის გადასინჯვისა და განახლების ვადები	24
10. პროტოკოლის მიღების ხერხები/წყაროები	24
11. პროტოკოლის ავტორები	25
12. გამოყენებული ლიტერატურა	26

წინამდებარე პროტოკოლის განახლება და ადაპტირება განხორციელდა საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს ინიციატივით, მისი ექსპერტებისა და დარგობრივი პროფესიული ასოციაციების მიერ, გაეროს მოსახლეობის ფონდის (UNFPA) მხარდაჭერით.

1. შესავალი

მოცემული კლინიკური მდგომარეობის მართვის სახელმწიფო სტანდარტი (პროტოკოლი) „ანტენატალური მეთვალყურეობა“ თავდაპირველად შემუშავდა 2007 წელს და გადაიხედა 2012 წელს. უკანასკნელ წლებში მსოფლიოში მიღებულ იქნა ახალი, მაღალი სანდოობის მქონე სამეცნიერო მტკიცებულებები და ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციამ (ჯანმო) შეიმუშავა მნიშვნელოვანი რეკომენდაციები, რის გამოც აუცილებელი გახდა პროტოკოლის ხელახლა გადახედვა და ადაპტირება 2017 წელს. წინამდებარე პროტოკოლის ქვაკუთხედს წარმოადგენს ფაქტი, რომ ორსულობა არის ნორმალური ფიზიოლოგიური პროცესი და ჯანდაცვის პერსონალის მიერ შეთავაზებული ნებისმიერი ჩარევა უნდა იყოს უსაფრთხო, ეფექტური და მისაღები ორსულისთვის.

2022 წელს გეგმის მიხედვით მოხდა პროტოკოლის გადახედვა და მასში დისტანციურ რეჟიმში ანტენატალური მეთვალყურეობის კომპონენტის ჩართვა. უკანასკნელი წლებია ტელე-მედიცინა წარმატებით დაინერგა მსოფლიოს სხვადასხვა ქვეყანაში, ხოლო მისი გამოყენების საჭიროება განსაკუთრებით გამოიკვეთა კოვიდ 19-ის პანდემიის ფონზე, როდესაც კარანტინის პერიოდში შეზღუდული იყო პაციენტების მიმართვიანობა კლინიკებში. ტელე-მედიცინა საშუალებას გვაძლევს პერინატალურ პერიოდში სხვადასხვა სახის სამედიცინო სერვისები შევთავაზოთ პაციენტებს. ეს მოიცავს ინტერნეტის საშუალებით ვიდეო კონფერენციებს, რათა შევცვალოთ ექიმთან პერსონალური ვიზიტები (კონტაქტები) დისტანციური კონსულტირებით პაციენტის საჭიროების მიხედვით.

დისტანციურ რეჟიმში პერინატალური მეთვალყურეობის ჩატარებას პაციენტისთვის გარკვეული დადებითი მხარეები გააჩნია, ესენია:

- ამცირებს პაციენტისთვის ტრანსპორტირების ხარჯებს და დროს;
- შესაძლებელს ხდის კონსულტაციას შორ მანძილზე;
- ზრდის პაციენტის კმაყოფილებას.

2. მიზანი

წინამდებარე პროტოკოლის მიზანს წარმოადგენს მეან-გინეკოლოგების, ოჯახის ექიმების, სამედიცინო დაწესებულებების კლინიკური მენეჯერებისა და ორსულობის მართვაში მონაწილე ჯანდაცვის სხვა პერსონალისთვის უახლეს მტკიცებულებებზე დამყარებული კლინიკური რეკომენდაციების მიწოდება ფიზიოლოგიური ორსულობის ანტენატალური მეთვალყურეობის შესახებ. პროტოკოლი, ასევე, მიზნად ისახავს, ხელი შეუწყოს დედისა და ნაყოფის გართულებული მდგომარეობების დროულ გამოვლენას და ამ გზით ანტენატალური მეთვალყურეობის ხარისხის გაუმჯობესებას, რაც ხელს შეუწყობს იმ ორსულთა რიცხვის მატებას, რომელთაც მიიღეს ხარისხიანი მომსახურება. ამასთანავე, ორსულებისა და მათი ოჯახის წევრების ინფორმირებულობის ხარისხის გაუმჯობესება განაპირობებს მათ სრულყოფილ ჩართულობას გადაწყვეტილების მიღების პროცესში და თავისუფალი, ინფორმირებული არჩევანის გაკეთებას.

3. ძირითადი რეკომენდაციები

3.1. ორსულის ინფორმირება ანტენატალური ვიზიტების დროს

ორსული ქალის ადეკვატური ინფორმირება წარმატებული ანტენატალური მეთვალყურეობის განუყოფელ ნაწილს წარმოადგენს.

- მიაწოდეთ ორსულს უახლეს მტკიცებულებებზე დაფუძნებული ინფორმაცია მისთვის გასაგებ და მისაწვდომ ენაზე და მაქსიმალურად შეუწყვეთ ხელი, რომ მან ინფორმირებული გადაწყვეტილება მიიღოს მეთვალყურეობის შესახებ;
- ანტენატალური ვიზიტი უნდა განხორციელდეს კერძო, პრივატულ გარემოში, რათა პაციენტთან შეძლოთ ისეთი სენსიტიური თემების განხილვა, როგორც არის ოჯახური ძალადობა, ფსიქიატრიული დაავადებები და ნარკოტიკული ნივთიერებების რეკრეაციული მიღება;
- ორსული ქალი აუცილებლად უნდა იყოს ინფორმირებული ნებისმიერი დიაგნოსტიკური და სკრინინგული ტესტის საჭიროების შესახებ მის ჩატარებამდე;
- განიხილეთ მენტალური ჯანმრთელობის საკითხები;
- ორსულს მიაწოდეთ ინფორმაცია მშობელთა სკოლის შესახებ, აუხსენით მისი მნიშვნელობა და პარტნიორთან ერთად დასწრების უპირატესობები;
- წაახალისეთ პარტნიორის დასწრება ანტენატალურ ვიზიტებზე (იხ. დანართი 1);
- დარწმუნდით, რომ მიღებული ინფორმაცია გასაგებია ორსულისთვის და მას ჰქონდა საკმარისი დრო ინფორმირებული გადაწყვეტილების მისაღებად.

3.2. კვებითი რეკომენდაციები

- აუცილებელია, ორსულს მიეწოდოს სრულყოფილი ინფორმაცია ჯანსაღი და სრულფასოვანი კვებისა და ფიზიკური აქტივობის შესახებ (იხ. დანართი 2);
- ფოლიუმის მჟავის მიღება ყველა დაბალი რისკის მქონე ქალმა უნდა დაიწყოს ორსულობამდე, სულ ცოტა, 1 თვით ადრე 0,4მგ/დღეში (400 მკგ) და განაგრძოს ორსულობის 12+6 კვირის ჩათვლით; ფოლიუმის მჟავის შემდგომი მიღება გადაწყდეს ინდივიდუალურად, პაციენტის საჭიროებებიდან გამომდინარე. ოჯახურ ანამნეზში ნერვული მილის დეფექტების, ან სხვა ტიპის განვითარების მანკების არსებობის შემთხვევაში დოზა უნდა შეადგენდეს 4მგ/დღეში (4000მკგ). მაღალი სანდოობის კვლევებით დადასტურებულია, რომ ფოლიუმის მჟავის

მიღება აღნიშნულ ვადებში ამცირებს ნაყოფის ნერვული მილის დეფექტის (ანენცეფალია, ზურგის ტვინის თიაქარი) განვითარების რისკს;

- ყველა ორსულისთვის რუტინულად რეკომენდებულია ანემიის საპროფილაქტიკო რკინის შემცველი პრეპარატის შეთავაზება დღიური დოზით 30 მგ, თუ ქალს არ აღნიშნება ანემია (ჰემოგლობინის მაჩვენებელი არის ≥ 110 გ/ლ პირველ და მესამე ტრიმესტრში ან ≥ 105 გ/ლ მეორე ტრიმესტრში და ფერიტინის მაჩვენებელი > 30 მკგ/ლ). თუ ქალს აღნიშნება ანემია, რკინა ეძლევა სამკურნალო დოზით - 120 მგ, სანამ ჰემოგლობინის მაჩვენებელი ნორმას არ დაუბრუნდება. პრეპარატი რეკომენდებულია მიღებულ იქნეს ცარიელ კუჭზე წყლის ან ფორთოხლის წვენის მიყოლებით. კუჭ-ნაწლავის სისტემის გაღიზიანების შემთხვევაში შესაძლებელია მიღებულ იქნეს საკვებთან ერთად. გასათვალისწინებელია რომ კვერცხი, რძე, ჩაი, ყავა და ბოჭკოვანი საკვები ამცირებს რკინის შეწოვას;
- Vit A-ს დანამატები (>700 მიკროგრამზე) შესაძლებელია იყოს ტერატოგენული და ამიტომ ასეთი პრეპარატების მიღება არ არის რეკომენდებული. არ არის რეკომენდებული ორსულებში ღვიძლის და ღვიძლის პროდუქტების მიღება, რომლებიც დიდი რაოდენობით შეიცავს Vit A;
- ორსული ქალის მიერ თუთიის, B6, D, E, C ვიტამინების და მულტივიტამინების შემცველი დანამატების რუტინული მიღება, ასევე, არ არის რეკომენდებული;
- ორსული ქალის მიერ იოდის შემცველი დანამატების რუტინული მიღება, ასევე, არ არის რეკომენდებული.

3.3. ცხოვრების წესი და ზოგადი რეკომენდაციები

- დადასტურებულია, რომ ორსულობის დროს მისაღები უსაფრთხო მედიკამენტების რიცხვი ძალზედ მცირეა. პრეპარატები უნდა დაინიშნოს მკაცრი ჩვენებით და მათი სარგებელი ყოველთვის უნდა აღემატებოდეს რისკებს;
- ორსულისთვის ვარჯიში (ზომიერი) დასაშვებია მთელი ორსულობის განმავლობაში და არ ასოცირდება არასასურველ გამოსავალთან;
- უცნობია გაურთულებელი ორსულობის დროს სექსუალური აქტივობის კავშირი არაკეთილსაიმედო გამოსავალთან;
- ორსულობის დროს თამბაქოს გამოყენება დაკავშირებულია სპეციფიკურ რისკებთან (ნაყოფის საშვილოსნოსშიდა ზრდის შეფერხება, ნაადრევი მშობიარობა);
- ქალმა, რომელსაც სურს დაორსულება და, ასევე, ორსულმა უნდა შეწყვიტოს ალკოჰოლის და ნარკოტიკული საშუალებების გამოყენება, ვინაიდან ის

მნიშვნელოვნად ზრდის თვითნებითი აბორტისა და ნაყოფის განვითარების ანომალიის რისკს;

- ორსულმა ქალმა, რომელიც ჭარბი რაოდენობით იღებს კოფეინის შემცველ სასმელებს (> 300 მგ/დღეში), მიზანშეწონილია, შეზღუდოს კოფეინის დღიური მიღება, რათა შეამციროს ორსულობის შეწყვეტისა და მცირე წონის ახალშობილის გაჩენის რისკი. კოფეინი ძირითადად შედის ყავის და ნაწილობრივ ჩაის, უალკოჰოლო სასმელებისა და შოკოლადის შემადგენლობაში: 1 ფინჯანი ხსნადი ყავა შეიცავს ≈ 60 მგ. კოფეინს, თუმცა ზოგიერთი ყავის ბრენდის 1 ფინჯანი შეიცავს 150 მგ. კოფეინს. 250 მლ. ჩაი ან სხვა უალკოჰოლო სასმელები შეიცავს <50 მგ. კოფეინს.
- საჭიერო მოგზაურობა ორსულობაში ასოცირდება ვენური თრომბოემბოლიზმის რისკის ზრდასთან. ზოგადად კომპრესიული წინდების სწორი გამოყენება ეფექტური საშუალებაა თრომბოემბოლიზმის რისკის შესამცირებლად;
- ავტომატურად მგზავრობის დროს ორსულისთვის რეკომენდებულია სამი საფიქსაციო წერტილის მქონე ღვედის გამოყენება.

3.4. დედის იმუნიზაცია

3.4.1. ჩასახვამდელი პერიოდის იმუნიზაცია

- წითურას ვირუსის მიმართ იმუნიტეტის არქონის შემთხვევაში (IgG ანტისხეულები უარყოფითი) რეკომენდებულია ვაქცინაცია ორსულობის დაგეგმვამდე და ამასთან, დაორსულება არ შეიძლება აცრიდან 1 თვის განმავლობაში;
- ვარიცელა-ზოსტერის საწინააღმდეგო ვირუსის მიმართ იმუნიტეტის არქონის შემთხვევაში რეკომენდებულია ვაქცინაცია ორ დოზად 4-6 კვირის დაშორებით, ამასთან, დაორსულება არ შეიძლება უკანასკნელი დოზის გამოყენებიდან 3 თვის განმავლობაში.
- ვარიცელა-ზოსტერის ვირუსის მიმართ იმუნიტეტის მქონე პოპულაციას ვაქცინაცია არ ესაჭიროება, ესენია:
 - ჩატარებული აქვს ვარიცელა-ზოსტერის საწინააღმდეგო ვაქცინაცია;
 - გადატანილი ჩუტყვავილას ვირუსული ინფექცია;
 - ჰერპეს ზოსტერი ანამნეზში;
 - ვარიცელა-ზოსტერის საწინააღმდეგო ანტისხეულები დადასტურებული ლაბორატორიულად.

- COVID-19-ის საწინააღმდეგო ვაქცინაცია რეკომენდებულია ყველა არავაქცინირებული ქალისთვის ორსულობამდე, ორსულობის და მშობიარობის შემდეგ პერიოდში (იხ. შესაბამისი პროტოკოლი).

3.4.2. ანტენატალური პერიოდის იმუნიზაცია

- სეზონური გრიპის საწინააღმდეგო აცრა მიზანშეწონილია ჩატარდეს სეზონის მიხედვით ორსულობამდე ან ორსულობის პერიოდში ნებისმიერ ვადაზე;
- ორსულებს, რომელთაც ჩატარებული აქვთ ვაქცინაციის სრული 3 დოზა დიფტერიის და ტეტანუსის (Td) საწინააღმდეგოდ, უნდა ჩაუტარდეთ 1 დოზა დიფტერია-ტეტანუსი-ყივანახველას (Tdap) საწინააღმდეგო ვაქცინაცია მიმდინარე ორსულობის 27-36 კვირის პერიოდის ადრეულ ვადაზე ნაყოფის პასიური იმუნიზაციის მიზნით, იგი უსაფრთხოა ორსულობის პერიოდში და ამცირებს ახალშობილების ავადობას დაბადებიდან პირველი სამი თვის განმავლობაში;
- ორსულებს, რომელთაც ჩატარებული არა აქვთ ვაქცინაციის სრული 3-დოზიანი კურსი დიფტერიის და ტეტანუსის (Td) საწინააღმდეგოდ ან არ ფლობენ ინფორმაციას იმუნიზაციის შესახებ, უნდა ჩაუტარდეთ ვაქცინაციის სრული კურსი დიფტერია-ტეტანუსის საწინააღმდეგოდ 0, 1 და 6-12 თვის შემდეგ პირველი აცრიდან. ახალშობილის ყივანახველას ინფექციისგან დასაცავად, რეკომენდებულია ამ სამი დოზიდან ერთ-ერთი იყოს დიფტერია-ტეტანუსი-ყივანახველა (Tdap), რომელიც ჩატარდება ორსულობის 27-36 კვირის პერიოდის ადრეულ ვადაზე;
- თუ ქალებს ორსულობის პერიოდში არ ჩატარებიათ დიფტერია-ტეტანუსი-ყივანახველას (Tdap) საწინააღმდეგო ვაქცინაცია, რეკომენდებულია მისი დანიშვნა მშობიარობის დასრულებისთანავე;
- თუ არ გვაქვს ინფორმაცია გადატანილი წითურას შესახებ და ქალს აღენიშნებოდა წითურას მქონე ავადმყოფთან კონტაქტი, მას უნდა მიეცეს რჩევა, ჩაიტაროს შესაბამისი ლაბორატორიული კვლევა და ანტისხეულების არარსებობის შემთხვევაში, ჩაიტაროს ვაქცინაცია პოსტნატალურ პერიოდში.

3.5. ორსულობით გამოწვეული დისკომფორტული მდგომარეობების მართვის რეკომენდაციები

- უმეტეს შემთხვევაში გულისრევა და პირღებინება სპონტანურად გაივლის ორსულობის 16-20 კვირის ვადაზე და ეს არ არის ასოცირებული ორსულობის უარყოფით გამოსავალთან. გულისრევისა და პირღებინების შესამსუბუქებლად მიზანშეწონილია არაფარმაკოლოგიური მეთოდების გამოყენება, როგორცაა მაპროვოცირებელი ფაქტორის („ტრიგერის“) მოხსნა, კვებითი რეჟიმის კორექტირება, კოჭა (სიროფის, აბების ან ფხვნილის სახით 1 გ/დღ), გვირილის

ნაყენი, აკუპუნქტურა. თუმცა, თუ არაფარმაკოლოგიური მეთოდები შვებას არ აძლევს ორსულს, შესაძლებელია, გამოიყენოს დოქსილამინ-პირიდოქსინი (10მგ/10მგ);

- ყაზხოზა ტიპური პრობლემაა ორსულობის დროს, რომლის მოგვარებაც შესაძლებელია დიეტური რეკომენდაციებით (მაგ. წყლით და უჯრედისით მდიდარი საკვები და სხვა);
- ორსულებში ჰემოროიდული ვენების ვარიკოზული გაგანიერება ხშირია და საჭიროებს დიეტური რეკომენდაციების დაცვას. იმ შემთხვევაში, თუ კლინიკური სიმპტომატიკა რჩება უსიამოვნო, შესაძლებელია, სტანდარტული ჰემოროიდული მალამოების შეთავაზება;
- ქვედა კიდურების ვენების ვარიკოზული გაგანიერება ორსულობის ტიპიურ პრობლემას წარმოადგენს. კომპრესიული წინდების გამოყენებამ, ფეხების მაღლა აწევამ შესაძლებელია, გამოასწოროს სიმპტომატიკა, მაგრამ ვერ მოახდენს ვარიკოზის განვითარების პრევენციას;
- გულმმარვა, ასევე, ხშირი დისკომფორტია ორსულობის დროს, რომლის კორექციაც შესაძლებელია კვებითი რეკომენდაციების დაცვით (ნაკლებციხიმიანი, მცირე ულუფის საკვების მიღება), ალკოჰოლის მიღების და თამბაქოს მოწევისგან თავის შეკავება, თავის მაღლა დგომა ძილის დროს. ანტაციდების გამოყენება მიზანშეწონილია მხოლოდ ინტენსიური, შემაწუხებელი გულმმარვის დროს, რომელიც არ გვარდება არაფარმაკოლოგიური მეთოდებით;
- წელის ტკივილი ორსულობისას ტიპური დისკომფორტია და მისი შემცირება შესაძლებელია წყალში ვარჯიშით, დამჭერი ქამრის გამოყენებით და მსუბუქი მასაჟით;
- ფეხის კუნთების დაჭიმვა, ასევე, ჩვეული პრობლემაა ორსულობისას და, შესაძლებელია, შემსუბუქდეს მაგნეზიური თერაპიით (დღიური 300-360 მგ მაგნეზია დაყოფილი 2-3 მიღებად) და კალციუმის მიღებით (დღიური 2 გრ დაყოფილი 2 მიღებად);
- ზომიერი გამონადენი საშოდან, ასევე, ახლავს ორსულობას და არ საჭიროებს რუტინულ მკურნალობას. თუ გამონადენი ჭარბი და ორსულისთვის შემაწუხებელია, ვაგინალური კანდიდოზის სამკურნალოდ რეკომენდებულია 1 კვირის განმავლობაში იმიდაზოლის ადგილობრივად გამოყენება, ორსულობის 20 კვირის ვადის შემდეგ; ვაგინალური კანდიდოზის პერორალური მკურნალობის ეფექტურობა და უსაფრთხოება ორსულობის დროს არ არის ცნობილი, ამიტომ მკურნალობის ეს მეთოდი არ არის რეკომენდებული.

4. კლინიკური კვლევები ანტენატალური ვიზიტების დროს

4.1. კვლევები/ჩარევები, რომლებიც რეკომენდებულია განხორციელდეს ანტენატალური ვიზიტების (კონტაქტის) დროს

- პირველი ანტენატალური კონტაქტის დროს ორსული უნდა აიწონოს, გაიზომოს და გამოთვლილ იქნეს მისი სხეულის მასის ინდექსი ($BMI = \frac{\text{წონა(კგ)}}{\text{სიმაღლე(მ)}^2}$); რათა დადგინდეს ქალის ნაკვებობის ხარისხი და წონის დასაშვები ნამატი;
- რეკომენდებულია პაციენტის შეფასება ოჯახური ძალადობის გამოვლენის მიზნით პაციენტის გამოკითხვისა და გასინჯვის საშუალებით;
- მენტალური ჯანმრთელობის პრობლემების მქონე ორსული შეაფასეთ შესაბამისად და შესთავაზეთ საჭირო დახმარება. იხილეთ კლინიკური პრაქტიკის ეროვნული რეკომენდაცია „პერინატალური პერიოდის მართვა ფსიქიკური აშლილობების დროს“;
- მე-5 და მე-7 ანტენატალური ვიზიტი შესაძლებელია ჩატარდეს დისტანციურ რეჟიმში. დისტანციური ვიზიტის ჩატარებაზე გადაწყვეტილებას იღებს ექიმი პაციენტის ჯანმრთელობის მდგომარეობიდან, საცხოვრებელი და ოჯახური პირობებიდან გამომდინარე, ქვეყანაში არსებული ეპიდემიოლოგიური სიტუაციის გათვალისწინებით (ეპიდემია, პანდემია) და ა.შ.;
- პირველ, მე-3, მე-4 და მე-6 ანტენატალურ ვიზიტზე ორსულს უნდა ჩაუტარდეს სკრინინგი ანემიის გამოსავლენად. ანემიის გამოვლენის შემთხვევაში უნდა დაინიშნოს რკინის პრეპარატების სამკურნალო დოზა (იხ. კვებითი რეკომენდაციები);
- პირველ ანტენატალურ ვიზიტზე ქალს უნდა ჩაუტარდეს პირველადი სკრინინგი აქტიურ ტუბერკულოზზე, რაც მოიცავს აქტიური ტუბერკულოზისთვის დამახასიათებელი სიმპტომების გამოვლენას (ხველა, რომელიც გრძელდება 2 კვირა და მეტი, ნახველში სისხლი, წონის კლება, სუბფერულიტეტი, ჭარბი ოფლიანობა და ა.შ) საექვო სიმპტომების გამოვლენის შემთხვევაში, ორსული უნდა გადამისამართდეს შესაბამის სპეციალისტთან დამატებითი გამოკვლევებისთვის;
- საჭიროა სისხლის ჯგუფისა და რეზუს კუთვნილების დადგენა ორსულობის რაც შეიძლება ადრეულ ვადაზე;
- თუ ორსული Rh-უარყოფითი სისხლის კუთვნილებისაა, მიზანშეწონილია რეზუს-ანტისხეულებისა და პარტნიორის რეზუს კუთვნილების განსაზღვრა;
- რეკომენდებულია უნივერსალური სკრინინგი აივ ინფექცია/შიდსის გამოსავლენად პირველივე ანტენატალური ვიზიტის დროს, რადგან სათანადო

ანტენატალური ინტერვენციების განხორციელებით შესაძლებელია დედიდან ნაყოფზე აივ ინფექცია/შიდსის ტრანსმისიის პრევენცია;

- რეკომენდებულია უნივერსალური სკრინინგი სიფილისზე პირველი ანტენატალური ვიზიტის დროს, რადგანაც სიფილისის მკურნალობა ეფექტური და უსაფრთხოა დედისა და ნაყოფისათვის;
- ნაჩვენებია უნივერსალური სკრინინგი B ჰეპატიტზე, დედიდან ბავშვზე ინფექციის გადაცემის რისკის შემცირების მიზნით;
- რეკომენდებულია რუტინული სკრინინგი C ჰეპატიტზე;
- ურო-გენიტალური ქლამიდიოზის გამოსავლენად რუტინული ტესტირება მიზანშეწონილია ერჩიოს 25 წლამდე ორსულებს, ახალგაზრდა ასაკში ქლამიდიოზის მაღალი გავრცელების გამო. დიაგნოსტიკის ოქროს სტანდარტს პოლიმერაზული-ჯაჭვური რეაქციის (პჯრ) მეთოდი წარმოადგენს, რომლის დროსაც ხდება საშოს ან საშვილოსნოს ყელიდან აღებულ ნაცხში *C. trachomatis* ბირთვული მჟავების (RNA და DNA) აღმოჩენა;
- პირველი ანტენატალური ვიზიტის დროს რეკომენდებულია შარდში პროტეინურიის განსაზღვრა, რათა გვქონდეს საწყისი მაჩვენებელი ორსულობის მოგვიანებით ვადაზე შესაძარებლად;
- სკრინინგი, ასიმპტომური ბაქტერიურიის გამოვლენის მიზნით, უნდა ჩატარდეს ორსულობის ადრეულ ვადაზე (პირველ ტრიმესტრში), ასიმპტომური ბაქტერიურიის გამოვლენა და მკურნალობა ამცირებს პიელონეფრიტის განვითარების რისკს;
- დაუნის სინდრომის სკრინინგის მიზნით, ყველა ორსულს უნდა შევთავაზოთ ე.წ. „კომბინირებული ტესტი“: ულტრაბერითი გამოკვლევით კისრის ნაოჭის სისქის, ბეტა ქორიონული გონადოტროპინისა (hCG) და ორსულობასთან ასოცირებული პლაზმის პროტეინ „PAPP-A“ განსაზღვრა, რომელიც რეკომენდებულია, ჩატარდეს ორსულობის 11 0/7 - 13 6/7 კვირის ვადაზე; ორსულებს, რომელთა ანტენატალური კონტაქტი შედგა ორსულობის უფრო გვიან ვადაზე, დაუნის სინდრომის სკრინინგის მიზნით, უნდა შევთავაზოთ სამმაგი, ან ოთხმაგი სკრინინგ-ტესტის ჩატარება რისკის კალკულაციით ორსულობის 15 0/7 -20 0/7 კვირის ვადაზე; რისკის გამოვლენის შემთხვევაში რეკომენდებულია გენეტიკოსის კონსულტაცია;
- რექტოვაგინალური ნაცხის კულტურალური კვლევა უნდა ჩატარდეს ყველა ორსულ ქალს B ჯგუფის სტრეპტოკოკის გამოსავლენად 36+0 - 37+6 კვირაზე;
- თუ არ არის შესაძლებელი რუტინული სკრინინგი B ჯგუფის სტრეპტოკოკის (GBS) გამოსავლენად ორსულობის 36+0 - 37 +6 კვირის ვადაზე, უნდა გამოყენებულ იქნეს რისკზე დაფუძნებული მიდგომა, რაც გულისხმობს GBS-ით ახალშობილის ინფიცირების რისკის შესამცირებლად რისკის ჯგუფის ქალებში

ანტიბიოტიკოპროფილაქტიკის წარმოებას მშობიარობის დაწყებისთანავე (ინტრანატალურად).

რისკის ჯგუფის ქალებს მიეკუთვნება:

- ცხელება მშობიარობაში $\geq 38^{\circ}\text{C}$;
- ნაადრევი მშობიარობა $<37+0$ კვირა;
- უწყლო პერიოდი ≥ 18 სთ;
- ანამნეზში GBS ინფიცირებული ახალშობილი;
- მიმდინარე ორსულობისას ნებისმიერი ხარისხის GBS ბაქტერიურია.

□ პირველი ანტენატალური კონტაქტისას რეკომენდებულია შევაფასოთ პაციენტის რისკ-ფაქტორები და გამოვავლინოთ შაქრიანი დიაბეტის, ნაადრევი მშობიარობის, ნაყოფის ზრდის შეფერხების და პრეეკლამფსიის განვითარების საფრთხე.

□ შაქრიანი დიაბეტის მომატებული რისკის მქონე პაციენტებს მიეკუთვნება: BMI ≥ 25 კგ/მ² და რომელიმე ჩამოთვლილთაგანი:

- გესტაციური დიაბეტი წინა ორსულობის დროს;
- ანამნეზში: გლიკოზირებული ჰემოგლობინი ≥ 5.7 , გლუკოზის ტოლერანტობის დარღვევა ან მომატებული გლუკოზა უზმოზე;
- დიაბეტის ოჯახური ანამნეზი პირველი რიგის ნათესავებში;
- დედის მომატებული ასაკი >40 ;
- არტერიული ჰიპერტენზია;
- მრავალნაყოფიანი ორსულობა;
- პოლიცისტური საკვერცხის სინდრომი;
- მეტაბოლური სინდრომი.

□ შაქრიანი დიაბეტის განვითარების რისკის გამოვლენის შემთხვევაში რეკომენდებულია ორსულობის ადრეულ ვადაზე გლიკოზირებული ჰემოგლობინის განსაზღვრა;

□ რეკომენდებულია შაქრიან დიაბეტზე უნივერსალური სკრინინგი ორსულობის 24-28 კვირის ვადაზე 50გ გლუკოზის მცირე ტესტით; (იხ. პროტოკოლი "გესტაციური დიაბეტის მართვა");

□ პრეეკლამფსიის განვითარების რისკის გამოვლენის შემთხვევაში შევთავაზოთ დაბალი დოზის ასპირინის მიღება ორსულობის 12 კვირიდან;

- ორსულობის მეორე ნახევარში, პრეეკლამფსიის დროული გამოვლენის მიზნით, რეკომენდებულია არტერიული წნევისა და პროტეინურიის ხარისხის რეგულარული მონიტორინგი; არტერიული ჰიპერტენზიის და/ან პროტეინურიის გამოვლენის შემთხვევაში, რეკომენდებულია გაძლიერებული მონიტორინგი და შესაბამისი პროტოკოლის გამოყენება.

4.2. კვლევები/ჩარევები, რომელთა რუტინული განხორციელება არ არის რეკომენდებული

- ძუძუთი კვების ხელშეწყობისთვის მკერდის რუტინული გასინჯვა, კერტების დამუშავების მიზნით, არ არის რეკომენდებული;
- არ არის რეკომენდებული რუტინულად მენჯის გამოკვლევა (საშოსმხრივი გასინჯვა და პელვიომეტრია). ის არ აფასებს ზუსტ გესტაციურ ვადას და არ გააჩნია მოსალოდნელი ნაადრევი მშობიარობის ან მენჯ-თავის დისპროპორციის პროგნოსტული ღირებულება;
- რუტინულად ბაქტერიული ვაგინოზის სკრინინგი არ არის რეკომენდებული, რადგან არ ამცირებს ნაადრევი მშობიარობისა და სხვა უარყოფითი რეპროდუქციული გამოსავლის რისკს;
- რუტინული სკრინინგი ციტომეგალოვირუსზე არ არის რეკომენდებული, რადგან არ არსებობს მტკიცებულება მისი ეფექტურობის შესახებ;
- ტოქსოპლაზმოზის რუტინული ანტენატალური სკრინინგი არ არის რეკომენდებული;
- დაბალი რისკის ორსულებში არ არის რეკომენდებული ნაადრევი მშობიარობის რუტინული სკრინინგი ტრანსვაგინალური ექოსკოპიით.

4.3. კვლევები/ჩარევები, რომლებიც უნდა განხორციელდეს ნაყოფის მდგომარეობის შესაფასებლად ანტენატალური ვიზიტების დროს

- ულტრასონოგრაფიული კვლევა ტარდება ორსულობის 10 +0 -13+ 6 კვირის ვადაზე, რათა დადგინდეს გესტაციური ასაკი, კისრის ნაოჭის სისქე (დაუნის სინდრომზე სკრინინგი) და მრავალნაყოფიანი ორსულობა;
- ნაყოფის განვითარების ანომალიის სკრინინგის მიზნით ყველა ორსულს რუტინულად უტარდება ექოსკოპიური კვლევა ორსულობის 18+0-20+6 კვირის ვადაზე;
- ნაყოფის არასწორი მდებარეობა უნდა დაზუსტდეს ექოსკოპიური კვლევით ორსულობის >36 კვირაზე;
- საშვილოსნოს ფუძის სიმაღლე ორსულობის 24 კვირის შემდეგ ემთხვევა ორსულობის ვადას (+/- 3სმ) და ამ პერიოდიდან უნდა გაიზომოს ყოველ ანტენატალურ ვიზიტზე (მინიმუმ 2 კვირიანი ინტერვალით) და აღინიშნოს გრავიდოგრამაზე, თუ ფუძის სიმაღლე 4 სმ-ით ნაკლებია გამორიცხეთ ნაყოფის ზრდის შეფერხება ულტრაბგერითი კვლევით;

- მუცლის პალპაციით ნაყოფის მდებარეობის დადგენა უნდა განხორციელდეს ორსულობის >36 კვირაზე. ორსულობის უფრო ადრეულ ვადაზე მისი ჩატარება არ არის რეკომენდებული;
- ექსპერტთა კონსენსუსის საფუძველზე ულტრასონოგრაფიული კვლევით ფეტომეტრია და სანაყოფო სითხის მოცულობის შეფასება მცირე ზომის ნაყოფის დროული იდენტიფიცირების მიზნით უნდა ჩატარდეს ორსულობის 30-32 კვირის ვადიდან 3-4 კვირიანი ინტერვალით.

4.4. კვლევები/ჩარევები, რომლებიც არ უნდა განხორციელდეს რუტინულად ნაყოფის მდგომარეობის შესაფასებლად ანტენატალური ვიზიტების დროს

- დაბალი რისკის ორსულებში არ არის რეკომენდებული რუტინულად დოპლერომეტრიის წარმოება;
- ნაყოფის მოძრაობითი აქტივობის ფორმალური დათვლა რუტინულად არ არის რეკომენდებული;
- ორსულობის დროს მდგომარეობის შეფასების მიზნით ნაყოფის გულისცემის რუტინული ელექტრონული მონიტორინგი არ არის რეკომენდებული.

4.5. სპეციფიური კლინიკური მდგომარეობების შეფასება ანტენატალური ვიზიტების დროს

- ქალებს, გაურთულებლად მიმდინარე ორსულობის 41 კვირის შემდეგ, უნდა შეთავაზოთ სამშობიარო მოქმედების ინდუქცია სტაციონარში;
- სამშობიარო მოქმედების ინდუქციის ჩატარებამდე - ორსულობის 41 კვირის ვადაზე, ორსულს უნდა შეთავაზოთ სამოსმხრივი გასინჯვა სანაყოფო გარსების თითებით ამრევეების მიზნით. პროცედურა უნდა ჩატარდეს სტაციონარში (სამშობიარო სახლში/სამეანო განყოფილებაში);
- ყველა ქალს გაურთულებელი, ერთნაყოფიანი, ჯდომით წინმდებარეობით მიმდინარე ორსულობით, ორსულობის 36 კვირის ვადიდან უნდა შეთავაზოთ ნაყოფის თავზე გარეგანი მობრუნება სტაციონარში. გამონაკლისს წარმოადგენენ პაციენტები საშვილოსნოზე ნაწიბურით, დარღვეული სანაყოფო გარსებით, სამოსმხრივი სისხლდენით, ნაყოფის არაკეთილსაიმედო მდგომარეობით;
- ყველა არასენსიბილიზირებულ RH-უარყოფითი სისხლის კუთვნილების ორსულს უნდა ჩაუტარდეს ანტი-D იმუნოგლობულინით პროფილაქტიკა შემდეგი წესით: ერთჯერადად 1500 IU (300მკგ) 28-30 კვირაზე ან ორჯერადად 28 და 34 კვირაზე 500-1500IU (100-300მკგ).

5. ანტენატალური მეთვალყურეობის სტრუქტურა

5.1. ჩასახვამდელი მეთვალყურეობა

პაციენტის ანამნეზის შეკრება და პირველადი კონსულტირება შესაძლებელია ჩატარდეს ონლაინ რეჟიმში, რომლის დროსაც მას მიეცემა შესაბამისი რეკომენდაციები. კონსულტაციის შემდეგ პაციენტს შესაძლებლობა ექნება ოპტიმალურად დაგეგმოს მისთვის რეკომენდებული კლინიკური გამოკვლევები და ვაქცინაციები.

5.1.1. კონსულტირება

კონსულტირებას ახორციელებს მეან-გინეკოლოგი; იგი აგროვებს პირად და ოჯახურ ანამნეზს და აწვდის ქალს ინფორმაციას შემდეგ საკითხებზე:

ჯანმრთელი ცხოვრების წესი: ჯანსაღი კვება, ოპტიმალური წონა, რეგულარული ვარჯიშის მნიშვნელობა, თამბაქოს, ალკოჰოლის, ნარკოტიკებისა და პასიური მწვევლობის მავნე ზემოქმედება¹;

- ფოლიუმის მჟავის მიღების აუცილებლობა;
- ანემიის დიაგნოსტიკა და მკურნალობის აუცილებლობა;
- ორსულობის სიმპტომები;
- სკრინინგული ტესტები, მათი მნიშვნელობა და რისკები;
- სავალდებულო ვაქცინაცია.

5.1.2. რისკების შეფასება

- გენეტიკური სკრინინგული ტესტები: მუკოვისციდოზი, თალასემია^{2,3};
- Pap-ტესტირება⁴ 25 წლის ასაკიდან;
- Rubella IgG, ჩუტყვავილას სპეციფიური IgG (საჭიროების შემთხვევაში), HBsAg, RPR, CMV, HIV ტესტირება;
- ფარისებრი ჯირკვლის ფუნქციის TSH-ით შეფასება.

5.2. ანტენატალური ვიზიტები

ანტენატალურ მეთვალყურეობას ახორციელებს მეან-გინეკოლოგი.

5.2.1. I ანტენატალური ვიზიტი ორსულობის 12 +6 კვირამდე

- პირადი და ოჯახური ანამნეზის შეკრება მაღალი რისკის ორსულობის გამოსავლენად;
- არტერიული სისხლის წნევისა და სხვა სასიცოცხლო ფუნქციების შეფასება (პულსი, სუნთქვის სიხშირე, არტერიული წნევა);
- ორსულის აწონვა, გაზომვა და სხეულის მასის ინდექსის გამოთვლა;
- ორსულების სასქესო ორგანოების განვითარების ანომალიების გამოვლენა და სარძევე ჯირკვლების გასინჯვა;

- ფოლიუმის მჟავის მიღების დაწყება/გაგრძელებაზე რეკომენდაციის მიცემა (400 მკგ/დღეში ორსულობის პირველი 12 კვირის განმავლობაში);
- სისხლის ჯგუფისა და რეზუს-კუთვნილების განსაზღვრა, ანტისხეულებზე ტესტირება რეზუს უარყოფითი სისხლის კუთვნილების შემთხვევაში;
- სისხლის საერთო ანალიზი, ფერიტინის განსაზღვრა, თუ Hb-ის მაჩვენებელი არის <110 გ/ლ. თუ Hb-ის მაჩვენებელი არის <110 გ/ლ და ფერიტინის მაჩვენებელი < 30 მკგ/ლ, რეკომენდებულია რკინის დანამატის დანიშვნა სამკურნალო დღიური დოზით - 120 მგ, სანამ ჰემოგლობინის მაჩვენებელი ნორმას არ დაუბრუნდება, შემდეგ ორსული გადადის საპროფილაქტიკო დოზაზე;
- დაბალი ჰემოგლობინის და ფერიტინის ნორმალური მაჩვენებლის შემთხვევაში პაციენტის რეფერირება უნდა მოხდეს ჰემატოლოგთან;
- შარდის კულტურალური გამოკვლევა ასიმპტომური ბაქტერიურიის დადგენის მიზნით. თუ კოლონიზაციის ხარისხი $\geq 10^5$, რეკომენდებულია ანტიბიოტიკოთერაპია;
- შარდში პროტეინურიის განსაზღვრა, რათა გვექონდეს საწყისი მაჩვენებელი ორსულობის მოგვიანებით ვადაზე შესადარებლად;
- სკრინინგული ტესტები: B ჰეპატიტის ვირუსის, C ჰეპატიტის ვირუსის, აივ ინფექცია/შიდსის და სიფილისის გამოსავლენად;
- ულტრაბგერითი გამოკვლევა ორსულობის ვადის (თხემ-კუდუსუნის ზომის მიხედვით), მრავალნაყოფიანი ორსულობის დადგენის, კისრის ნაოჭის სისქის განსაზღვრის მიზნით რეკომენდებულია ორსულობის 10 +0-13 +6 კვირის ვადაზე. თუ თხემ-კუდუსუნის ზომა >84მმ, გესტაციური ვადა დგინდება ფეტომეტრიული მონაცემების მიხედვით;
- რისკის-ჯგუფის ორსულებში, დაუნის სინდრომის სკრინინგის მიზნით, ორსულობის 11 +0- 13 +6 კვირის ვადაზე კომბინირებული ტესტის, და ორსულობის 15 +0-20 +0 კვირის ვადაზე შრატის სამმაგი, ან ოთხმაგი ტესტის შეთავაზება რისკის კალკულაციით;
- ფარისებრი ჯირკვლის ფუნქციის TSH-ით შეფასება;
- სრულყოფილი ინფორმაციის მიწოდება შემდეგ საკითხებზე: ორსულობის მიმდინარეობა, ტიპური პრობლემები და საშიშროების ნიშნები, ნაყოფის განვითარება, რისკის ჯგუფები და რისკის შესაბამისი მოვლის პრინციპი (პერინატალური სერვისის დონეები), კვებითი რეკომენდაციები, ფიზიკური აქტივობა, ცხოვრების ჯანსაღი წესი, ანტენატალური სკრინინგული ტესტები - მათი რისკები და მნიშვნელობა, მუძუთი კვების მნიშვნელობა.

5.2.2. II ანტენატალური ვიზიტი ორსულობის 18 +0 -20 +6 კვირის ვადაზე

- სკრინინგული ტესტების შეფასების საფუძველზე, საჭიროების შემთხვევაში ამნიოცენტეზის ჩატარების აუცილებლობის განხილვა;

- ულტრასონოგრაფიული სკრინინგი ორსულობის 18+0 -20+6 კვირის ვადაზე, ნაყოფის განვითარების მანკების გამოვლენის მიზნით;
- არტერიული წნევის და სასიცოცხლო ფუნქციების შეფასება;
- სრულყოფილი ინფორმაციის მიწოდება (გაგრძელება) შემდეგ საკითხებზე: ორსულობის მიმდინარეობა, ტიპური პრობლემები და საშიში ნიშნები (იხ. დანართი 3), ნაყოფის განვითარება და მისი მდგომარეობის შეფასების მეთოდები, კვებითი რეკომენდაციები, ფიზიკური აქტივობა, ცხოვრების ჯანსაღი წესი, რისკის ჯგუფები და რისკის შესაბამისი მოვლის პრინციპი (პერინატალური სერვისის დონეები), ძუძუთი კვების მნიშვნელობა.

5.2.3. III ანტენატალური ვიზიტი ორსულობის 26 +0-26+6 კვირის ვადაზე

- არტერიული წნევის განსაზღვრა და სასიცოცხლო ფუნქციების შეფასება;
- შარდში პროტეინურიის ხარისხის დადგენა;
- საშვილოსნოს ფუძის სიმაღლის განსაზღვრა დინამიკაში და აღნიშვნა გრავიდოგრამაზე;
- განმეორებითი სკრინინგი ანემიისა (ჰემოგლობინის განსაზღვრა, ფერიტინის განსაზღვრა ხდება, თუ Hb-ის მაჩვენებელი არის <110 გ/ლ) და რეზუს ანტისხეულების (რეზუს უარყოფითი სისხლის კუთვნილების შემთხვევაში) გამოვლენის მიზნით;
- სენსიბილიზაციის არარსებობის შემთხვევაში, რეზუს უარყოფითი ქალისა და რეზუს დადებითი პარტნიორის წყვილს შესთავაზეთ ორსულის ანტი D პროფილაქტიკა შემდეგი წესით: ერთჯერადად 1500 IU (300მკგ) 28-30 კვირაზე ან ორჯერადად 28 და 34 კვირაზე 500-1500 IU (100-300მკგ);
- სკრინინგი გესტაციური დიაბეტის გამოვლენის მიზნით (მცირე ტესტი-50გ. გლუკოზის მიღებიდან 1 საათის შემდეგ გლიკემიის ხარისხის დადგენა), თუ მაჩვენებელი ≥ 135 მგ/დლ (7.5 მმოლ/ლ) ან ≥ 140 მგ/დლ (7.8 მმოლ/ლ) ჩაატარეთ 100-გრამიანი გლუკოზის ტოლერანტობის ტესტი;
- სრულყოფილი ინფორმაციის მიწოდება (გაგრძელება) შემდეგ საკითხებზე: ორსულობის მიმდინარეობა, ტიპური პრობლემები და საშიში ნიშნები, ნაყოფის განვითარება და მისი მდგომარეობის შეფასების მეთოდები, კვებითი რეკომენდაციები, ფიზიკური აქტივობა, ცხოვრების ჯანსაღი წესი, რისკის ჯგუფები და რისკის შესაბამისი მოვლის პრინციპი (პერინატალური სერვისის დონეები), ძუძუთი კვების მნიშვნელობა.

5.2.4. IV ანტენატალური ვიზიტი ორსულობის 30 +0-30+6 კვირის ვადაზე

- არტერიული წნევის განსაზღვრა და სასიცოცხლო ფუნქციების შეფასება;
- შარდში პროტეინურიის ხარისხის დადგენა;

- ფეტომეტრია და სანაყოფო სითხის მოცულობის ულტრასონოგრაფიული შეფასება;
- ანემიის განმეორებითი სკრინინგი (ჰემოგლობინის განსაზღვრა, ფერიტინის განსაზღვრა ხდება, თუ Hb-ის მაჩვენებელი არის <110 გ/ლ) საშვილოსნოს ფუძის სიმაღლის განსაზღვრა დინამიკაში და აღნიშვნა გრავიდოგრამაზე;
- სრულყოფილი ინფორმაციის მიწოდება (გაგრძელება) შემდეგ საკითხებზე: ორსულობის მიმდინარეობა, საშიში ნიშნები, ცხოვრების ჯანსაღი წესი, რისკის ჯგუფები და რისკის შესაბამისი მოვლის პრინციპი (პერინატალური სერვისის დონეები), მშობიარობის დაწყების ნიშნები, მშობიარობის ეტაპები, სამშობიარო ტკივილის მართვის მეთოდები, ძუძუთი კვების მნიშვნელობა;
- ამ ვიზიტზე ხდება მზადება დისტანციური კონსულტირებისთვის, რაც მოიცავს ორსულის სრულ ინფორმირებას დისტანციური ვიზიტის თეორიული და ტექნიკური მხარეების შესახებ. აუხსენით ორსულს რას გულისხმობს დისტანციური ვიზიტი, რა დადებითი მხარეები გააჩნია მას და როგორ არის შესაძლებელი მისი პრაქტიკაში გამოყენება. მიაწოდეთ პაციენტს ინფორმაცია და მასთან ერთად პრაქტიკულად განახორციელეთ შარდში პროტეინურიის განსაზღვრა, არტერიული წნევისა და საშვილოსნოს ფუძის სიმაღლის გაზომვა;
- დისტანციური კონსულტირების ჩატარება შესაძლებელია, თუ:
 - პაციენტს ამის განხორციელებისთვის აქვს შესაბამისი ტექნიკური რესურსი;
 - ხელმისაწვდომობა ინტერნეტზე და საკომუნიკაციო საშუალებები (მობილური ტელეფონი, კომპიუტერი და ა.შ.);
 - პაციენტი იმსახურებს ნდობას (აქვს უნარი მიჰყვეს ექიმის ინსტრუქტაჟს);
 - ბინაზე აქვს არტერიული წნევის გაზომვის საშუალება;
 - შეუძლია სწორედ გაიზომოს საშვილოსნოს ფუძის სიმაღლე;
 - შეუძლია სწორედ ჩაიტაროს პროტეინურიის ტესტი;
 - დარწმუნდით, რომ ორსულს შეუძლია განახორციელოს დისტანციური კავშირი ბინაზე, განსაზღვროს ტესტ-ჩხირით შარდში პროტეინურია, გაიზომოს არტერიული წნევა, პულსი, საშვილოსნოს ფუძის სიმაღლე და აიწონოს;
 - უზრუნველყავით პაციენტისთვის ტესტ-ჩხირების მიწოდება.

5.2.5. V ანტენატალური ვიზიტი ორსულობის 34 +0 - 34+6 კვირის ვადაზე

- არტერიული წნევის განსაზღვრა და სასიცოცხლო ფუნქციების შეფასება;
- შარდში პროტეინურიის ხარისხის დადგენა;
- საშვილოსნოს ფუძის სიმაღლის განსაზღვრა დინამიკაში და აღნიშვნა გრავიდოგრამაზე;

- სრულყოფილი ინფორმაციის მიწოდება (გაგრძელება) შემდეგ საკითხებზე: ორსულობის მიმდინარეობა, საშიშროების ნიშნები, ცხოვრების ჯანსაღი წესი, რისკის ჯგუფები და რისკის შესაბამისი მოვლის პრინციპი (პერინატალური სერვისის დონეები), მშობიარობის დაწყების ნიშნები, მშობიარობის ეტაპები, სამშობიარო ტკივილის მართვის მეთოდები, ძუძუთი კვების მნიშვნელობა;
- აღნიშნული ვიზიტი შესაძლებელია განხორციელდეს ონლაინ რეჟიმში!
- ვიზიტის ონლაინ რეჟიმში განხორციელებამდე დარწმუნდით რომ პაციენტს აქვს ბინაზე არტერიული წნევის სწორად გაზომვის საშუალება;
- ჰკითხეთ პაციენტს მისი ზოგადი მდგომარეობის, შარდვისა და დეფეკაციის ხასიათის შესახებ. დააკონკრეტეთ აქვს თუ არა თავის ტკივილი, ტკივილი მუცლის არეში, დაჭიმულობა და მოვლითი ტკივილი წელისა და მუცლის ქვედა არეში, შეშუპება კიდურების არეში, მხედველობის შეცვლა, ხომ არ გადაუტანია უკანასკნელ პერიოდში რაიმე ტიპის ინფექციური დაავადება, ხომ არ შეუნიშნავს გამონაყარი სხეულზე, და, ასევე, დაუსვით ნებისმიერი კითხვა, რომელსაც დაუსვამდით პაციენტს პირადი ვიზიტის შემთხვევაში. გახსოვდეთ, რომ დისტანციური და პერსონალური ვიზიტის ვერბალური მხარე არ უნდა განსხვავდებოდეს ერთმანეთისგან;
- სთხოვეთ პაციენტს აიწონოს, გაიზომოს არტერიული წნევა, პულსი და მიღებული მონაცემები დააფიქსირეთ პაციენტის ბარათში;
- სთხოვეთ პაციენტს გაიზომოს საშვილოსნოს ფუძის სიმაღლე და დაიტანეთ მონაცემი გრაფიდოგრამაზე;
- პაციენტს წინასწარ განსაზღვრული წესით სთხოვეთ ჩაიტაროს პროტეინურიის ტესტი - შეაფასეთ და მიღებული მონაცემი ჩაწერეთ შესაბამის დოკუმენტში;
- სრულყოფილი ინფორმაციის მიწოდება (გაგრძელება) შემდეგ საკითხებზე: ორსულობის მიმდინარეობა, საშიშროების ნიშნები, ცხოვრების ჯანსაღი წესი, რისკის ჯგუფები და რისკის შესაბამისი მოვლის პრინციპი (პერინატალური სერვისის დონეები), მშობიარობის დაწყების ნიშნები, მშობიარობის ეტაპები, სამშობიარო ტკივილის მართვის მეთოდები, ძუძუთი კვების მნიშვნელობა;
- თუ რაიმე მიზეზის გამო ვერ შედგა სრულყოფილი დისტანციური ვიზიტი, აუცილებელია დაიგეგმოს პირადი კონსულტაცია მკურნალ ექიმთან.

5.2.6. VI ანტენატალური ვიზიტი ორსულობის 36 +0-36+6 კვირის ვადაზე

- არტერიული წნევის განსაზღვრა და სასიცოცხლო ფუნქციების შეფასება;
- სისხლში ჰემოგლობინის განსაზღვრა (ფერიტინის განსაზღვრა ხდება, თუ Hb-ის მაჩვენებელი არის <110 გ/ლ);
- შარდში პროტეინურიის ხარისხის დადგენა;
- საშვილოსნოს ფუძის სიმაღლის განსაზღვრა დინამიკაში და აღნიშვნა გრაფიდოგრამაზე;

- რექტოვაგინალური ნაცხის კულტურალური კვლევა B ჯგუფის სტრუქტოკოკის გამოსავლენად;
- ულტრასონოგრაფიული კვლევა ნაყოფის ფეტომეტრიით და სანაყოფო სითხის მოცულობის შეფასებით;
- სრულყოფილი ინფორმაციის მიწოდება (გაგრძელება) შემდეგ საკითხებზე: რისკის ჯგუფები და რისკის შესაბამისი მოვლის პრინციპი (პერინატალური სერვისის დონეები), მშობიარობის დაწყების ნიშნები, მშობიარობის ეტაპები, სამშობიარო ტკივილის მართვის მეთოდები, ძუძუთი კვების მნიშვნელობა.

5.2.7. VII ანტენატალური ვიზიტი ორსულობის 38 +0-38+6 კვირის ვადაზე

- არტერიული წნევის განსაზღვრა და სასიცოცხლო ფუნქციების შეფასება; შარდში პროტეინურიის ხარისხის დადგენა;
- სრულყოფილი ინფორმაციის მიწოდება (გაგრძელება) შემდეგ საკითხებზე: რისკის ჯგუფები და რისკის შესაბამისი მოვლის პრინციპი (პერინატალური სერვისის დონეები), მშობიარობის დაწყების ნიშნები, მშობიარობის ეტაპები, სამშობიარო ტკივილის მართვის მეთოდები, ძუძუთი კვების მნიშვნელობა.
- აღნიშნული ვიზიტი შესაძლებელია განხორციელდეს ონლაინ რეჟიმში!
- ვიზიტის ონლაინ რეჟიმში განხორციელებამდე დარწმუნდით რომ პაციენტს აქვს ბინაზე არტერიული წნევის სწორად გაზომვის საშუალება;
- ჰკითხეთ პაციენტს მისი ზოგადი მდგომარეობის, შარდვისა და დეფეკაციის ხასიათის შესახებ, დააკონკრეტეთ აქვს თუ არა თავის ტკივილი, ტკივილი მუცლის არეში, დაჭიმულობა და მოვლითი ტკივილი წელისა და მუცლის ქვედა არეში, შეშუპება კიდურების არეში, მხედველობის შეცვლა, ხომ არ გადაუტანია უკანასკნელ პერიოდში რაიმე ტიპის ინფექციური დაავადება, ხომ არ შეუნიშნავს გამონაყარი სხეულზე, და ასევე დაუსვით ნებისმიერი კითხვა, რომელსაც დაუსვამდით პაციენტს პირადი ვიზიტის შემთხვევაში. გახსოვდეთ, რომ დისტანციური და პერსონალური ვიზიტის ვერბალური მხარე არ უნდა განსხვავდებოდეს ერთმანეთისგან.
- სთხოვეთ პაციენტს აიწონოს, გაიზომოს არტერიული წნევა, პულსი და მიღებული მონაცემები დააფიქსირეთ პაციენტის ბარათში;
- სთხოვეთ პაციენტს გაიზომოს საშვილოსნოს ფუძის სიმაღლე და დაიტანეთ მონაცემი გრაფიდოგრამაზე;
- პაციენტს წინასწარ განსაზღვრული წესით სთხოვეთ ჩაიტაროს პროტეინურიის ტესტი - შეაფასეთ და მიღებული მონაცემი ჩაწერეთ შესაბამის დოკუმენტში;
- სრულყოფილი ინფორმაციის მიწოდება (გაგრძელება) შემდეგ საკითხებზე: რისკის ჯგუფები და რისკის შესაბამისი მოვლის პრინციპი (პერინატალური სერვისის დონეები), მშობიარობის დაწყების ნიშნები, მშობიარობის ეტაპები, სამშობიარო ტკივილის მართვის მეთოდები, ძუძუთი კვების მნიშვნელობა;

- თუ რაიმე მიზეზის გამო ვერ შედგა სრულყოფილი დისტანციური ვიზიტი, აუცილებელია დაიგეგმოს პირადი კონსულტაცია მკურნალ ექიმთან.

5.2.8. VIII ანტენატალური ვიზიტი ორსულობის 40 +0-40+6 კვირის ვადაზე

- არტერიული წნევის განსაზღვრა და სასიცოცხლო ფუნქციების შეფასება;
- შარდში პროტეინურიის ხარისხის დადგენა;
- საშოსმხრივი გასინჯვა და სანაყოფო გარსების თითოთ აშრევა საშვილოსნოს ყელის სიმწიფის გათვალისწინებით;
- ორსულობის 41 0/7 კვირის ვადაზე ბიოფიზიკური პროფილი (BPP) განსაზღვრა და მშობიარობის აღძვრის შეთავაზება სამშობიარო სახლში.

5.3. მშობიარობის შემდგომი მეთვალყურეობა

- მშობიარობის შემდგომ ვიზიტს (გაწერიდან 1 კვირის განმავლობაში), ახორციელებს მეან-გინეკოლოგი ან ოჯახის ექიმი:
 - არტერიული წნევის განსაზღვრა და სასიცოცხლო ფუნქციების შეფასება;
 - შორისისა და ოპერაციის შემდგომი ნაწიბურის შეფასება;
 - საშოსმხრივი გასინჯვა (ახორციელებს მეან-გინეკოლოგი);
 - სარძევე ჯირკვლების გასინჯვა;
 - პაციენტის საჭიროების მიხედვით მშობიარობის შემდგომი ვაქცინაციის შეთავაზება;
 - ქალებს, რკინადეფიციტური ანემიით ორსულობის პერიოდში, ან მშობიარობის შემდგომი პოსტჰემორაგიული ანემიით, უნდა ჩაუტარდეთ ტესტირება ჰემოგლობინის შემცველობაზე და მიეცეთ რეკომენდაცია რკინის პრეპარატების გამოყენების შესახებ;
 - ქალისა და ოჯახის წევრების კონსულტირება შემდეგ საკითხებზე: მშობიარობის შემდგომი პერიოდის მიმდინარეობა, ტიპური პრობლემები და საშიში ნიშნები; რაციონალური კვება, ქალის ჰიგიენა და ცხოვრების რეჟიმი, მშობიარობის შემდგომი ფსიქო-ფიზიოლოგიური ცვლილებები (მშობიარობის შემდგომი დეპრესია, ემოციური ლაბილობა), ახალშობილის მოვლის პრინციპები, ახალშობილის საშიში ნიშნები, ძუძუთი კვების პრინციპები და მნიშვნელობა, ოჯახის დაგეგმვის მეთოდები;
 - ცხელების, საშოდან დიდი რაოდენობით სისხლიანი, ან სუნიანი გამონადენის შემთხვევაში ნაჩვენებია მელოგინის რეჰოსპიტალიზაცია;
- აღნიშნული ვიზიტი შესაძლებელია განხორციელდეს დისტანციურ რეჟიმში ოჯახის ექიმის მიერ იმ პაციენტებისთვის, რომელთაც არ აღენიშნებათ მშობიარობასთან დაკავშირებული გართულებები და გავლილი აქვთ შესაბამისი

ინსტრუქტაჟი სამშობიარო სახლიდან გაწერის წინ. ვიზიტი ხორციელდება გაწერიდან ერთი კვირის განმავლობაში;

- ჰკითხეთ პაციენტს მისი ზოგადი მდგომარეობის, შარდვისა და დეფეკაციის ხასიათის შესახებ და დაუსვით ნებისმიერი კითხვა, რომელსაც დაუსვამდით პაციენტს პირადი ვიზიტის შემთხვევაში. გახსოვდეთ რომ დისტანციური და პერსონალური ვიზიტის ვერბალური მხარე არ უნდა განსხვავდებოდეს ერთმანეთისგან;
- სთხოვეთ პაციენტს აიწონოს, გაიზომოს არტერიული წნევა, პულსი და მიღებული მონაცემები დააფიქსირეთ პაციენტის ბარათში;
- ჩაატარეთ ქალისა და ოჯახის წევრების კონსულტირება შემდეგ საკითხებზე: მშობიარობის შემდგომი პერიოდის მიმდინარეობა, ტიპური პრობლემები და საშიში ნიშნები; რაციონალური კვება, ქალის ჰიგიენა და ცხოვრების რეჟიმი, მშობიარობის შემდგომი ფსიქო-ფიზიოლოგიური ცვლილებები (მშობიარობის შემდგომი დეპრესია, ემოციური ლაბილობა), ახალშობილის მოვლის პრინციპები, ახალშობილის საშიში ნიშნები, ძუძუთი კვების პრინციპები და მნიშვნელობა, ოჯახის დაგეგმვის მეთოდები;
- თუ დისტანციური კონსულტირების დროს პაციენტის საჭიროებებიდან გამომდინარე გამოიკვეთა მეან-გინეკოლოგის პოსტნატალურ მოვლაში ჩართვის აუცილებლობა, საჭიროა დაიგეგმოს ვიზიტი კლინიკაში.

6. როდის არ გამოიყენება მოცემული პროტოკოლი

პათოლოგიური ორსულობისა და სხვადასხვა ქვემოთ მოყვანილი ექსტრა-გენიტალური პათოლოგიის შემთხვევაში:

ორსულის მონაცემები	ანამნეზი	სამეანო ანამნეზი
BMI >30	გულ-სისხლძარღვთა სისტემის პათოლოგია	ჩვეული აბორტები
BMI <18	თირკმლის დაავადებები;	ნაადრევი მშობიარობა
მწეველი	ღვიძლის დაავადებები;	მძიმე პრეეკლამფსია, ეკლამფსია
ასაკი >40	ენდოკრინული დარღვევები	მშობიარობის შემდგომი სისხლდენა

ორსულის მონაცემები	ანამნეზი	სამეანო ანამნეზი
ასაკი <16	ჰემატოლოგიური დარღვევები (ჰემოგლობინოპათია, თალასემია, თრომბოციტოპენია, ანტიფოსფოლიპიდური სინდრომი)	≥5 მშობიარობა
	ეპილეფსია (პაციენტს უტარდება ანტიკონვულსიური თერაპია)	მკვდრადშობადობა
	სიმსივნური დაავადებები	ახალშობილის/ნაყოფის წონა <2500 / >4,500
	ბრონქული ასთმის მძიმე ფორმა	მახინჯი ნაყოფი
	ნარკომანია	
	აივ/შიდსი და ჰეპატიტი B	
	მუკოვისციდოზი	
	აუტო-იმუნური დაავადებები	

7. რეკომენდაციები პრაქტიკაში ადაპტაციისთვის

წარმოდგენილი პროტოკოლის პრაქტიკაში ადაპტაციისთვის აუცილებელია, ჯანდაცვის პერსონალს ჩაუტარდეს სპეციალური სწავლება ანტენატალური მეთვალყურეობის საკითხებზე. ამბულატორიულ დაწესებულებებში, რომლებიც აწარმოებენ სამეანო-გინეკოლოგიურ (მ.შ. ანტენატალურ მეთვალყურეობას) სერვისებს, სამშობიარო სახლებში, ჯანდაცვის პირველადი რგოლის დაწესებულებებში აუცილებელია, ჩამოყალიბდეს ანტენატალური მეთვალყურეობის ერთიანი სტრატეგია. აღნიშნულ საკითხზე სწავლება უნდა ჩატარდეს პერიოდულად. პერიოდულობის სიხშირე უნდა განისაზღვროს მოთხოვნილების შესაბამისად.

8. აუდიტის კრიტერიუმები

- ორსულთა %, რომელსაც ჩაუტარდა პროტოკოლით გათვალისწინებული ყველა ვიზიტი;
- ორსულთა %, რომელსაც ჩაუტარდა ერთი ანტენატალური ვიზიტი მაინც;

- ორსულთა %, რომლებსაც პირველი ანტენატალური ვიზიტი განხორციელებული აქვთ გესტაციის 12 კვირამდე;
- ორსულთა %, რომლებიც იღებენ რკინის/ფოლიუმის მჟავის დანამატს რეკომენდებული დოზით;
- ორსულთა %, რომლებსაც ჩაუტარდათ სკრინინგი ასიმპტომურ ბაქტერიურიაზე პირველ ტრიმესტრში;
- ორსულთა %, რომლებსაც ჩაუტარდათ სკრინინგი აივ ინფექცია/შიდსის გამოსავლენად;
- ორსულთა %, რომლებსაც ჩაუტარდათ სკრინინგი სიფილისის გამოსავლენად;
- ორსულთა %, სადაც 24 კვირის გესტაციის შემდეგ სწორად მოხდა გრავიდოგრამის შევსება;
- ორსულთა %, რომლებსაც ჩაუტარდათ სკრინინგი ანემიაზე პირველ, მე-3, მე-4 და მე-6 ვიზიტზე;
- ორსულთა %, რომლებსაც პირველი ულტრასონოგრაფიული კვლევა ჩაუტარდათ 10 0/7 – 13 6/7 კვირის ვადაზე;
- ორსულთა %, რომელთაც დისტანციურად ჩაუტარდათ ანტენატალური კონსულტაცია მე-5 და მე-7 ვიზიტზე;
- ორსულთა %, რომელთაც დისტანციურად ჩაუტარდათ მშობიარობის შემდგომი კონსულტაცია მეან-გინეკოლოგის ან ოჯახის ექიმის მიერ.

9. პროტოკოლის გადასინჯვისა და განახლების ვადები

პროტოკოლი, სასურველია, გადაიხედოს 5 წლის შემდეგ, თუ რაიმე გარემოებით (მაგ., მნიშვნელოვანი ცვლილება ანტენატალურ მეთვალყურეობაში) არ გახდა საჭირო მისი უფრო ადრე გადახედვა. გადახედვისას მოხდება წყარო გაიდლაინების განახლებული ვერსიების ადაპტირება ანტენატალური მეთვალყურეობის ახალი მტკიცებულებების გამოსავლენად, რომლებიც გათვალისწინებული იქნება პროტოკოლის განახლებულ ვერსიაში.

10. პროტოკოლის მიღების ხერხები/წყაროები

პროტოკოლის რეკომენდაციების დიდი ნაწილი ემყარება შემდეგ კლინიკური პრაქტიკის გაიდლაინებს:

WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience, 2016;

VA/DoD clinical practice guideline for management of pregnancy;

Bibliographic Source(s), Department of Veteran Affairs, Department of Defense. VA/DoD clinical practice guideline for management of pregnancy. Washington (DC): Department of Veteran Affairs, Department of Defense; 2009. 163 p;

Antenatal care for uncomplicated pregnancies overview 2020, NICE.

სამუშაო ჯგუფმა განიხილა და კრიტიკულად შეაფასა ზემოთ აღნიშნული გაიდლაინები, მათ საფუძველზე შეიმუშავა რეკომენდაციები, რომლებიც ემყარება

არსებულ საუკეთესო მტკიცებულებებს და შესაბამისია საქართველოს ჯანდაცვის სისტემისთვის.

11. პროტოკოლის ავტორები

აკაკი ბაქრაძე – მედიცინის აკადემიური დოქტორი, კლინიკის პროფესორი, საქართველოს საპატრიარქოს წმინდა იოაკიმესა და ანას სახელობის სამედიცინო ცენტრის სამედიცინო მომსახურების ხარისხის მართვის კონტროლის კომისიის ხელმძღვანელი;

აპოლონ მესხი - მედიცინის მეცნიერებათა დოქტორი; ბრიტანეთის მედიცინის პედაგოგიკის აკადემიის აკადემიკოსი, FRCOG; ჟორდანას კლინიკა, გინეკოლოგიური მიმართულების ხელმძღვანელი. საქართველოს მეან-გინეკოლოგთა ასოციაციის წევრი;

დავით გაგუა – მედიცინის მეცნიერებათა დოქტორი. დ. ტვილდიანის სახელობის სამედიცინო უნივერსიტეტის აიეტის მეან-გინეკოლოგიის დეპარტამენტის ხელმძღვანელი, სრული პროფესორი; შპს „დავით გაგუას კლინიკის“ დირექტორი; პერინატოლოგთა და მეან-გინეკოლოგთა ასოციაციის წევრი; მეან-გინეკოლოგთა ასოციაციის წევრი; მედიკოსთა ასოციაციის წევრი; ნეონატოლოგთა ასოციაციის წევრი;

დავით დავარაშვილი – აკადემიური დოქტორი მედიცინაში; მეან-გინეკოლოგიური კლინიკა „დავით დავარაშვილი კლინიკის“ ხელმძღვანელი; საქართველოს მეანთა და გინეკოლოგთა ასოციაციის საბჭოს წევრი; პერინატოლოგთა და მეან-გინეკოლოგთა ასოციაციის საბჭოს წევრი;

ვერა ბაზიარი – მედიცინის მეცნიერებათა დოქტორი; საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო, დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის საკოორდინაციო საბჭოს სამდივნოს ხელმძღვანელი;

ზაზა ბოხუა - პროფესორი. თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტის მეანობა-გინეკოლოგიის და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის დეპარტამენტის ხელმძღვანელი. თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტის დიპლომისშემდგომი სამედიცინო განათლების და უწყვეტი პროფესიული განვითარების ინსტიტუტის დირექტორი. საქართველოს მეან-გინეკოლოგთა ასოციაციის გენერალური მდივანი.

ზაზა სინაურიძე - მედიცინის მეცნიერებათა დოქტორი, მეან-გინეკოლოგი, პინეო სამედიცინო ეკოსისტემის პერინატალური ცენტრის ხელმძღვანელი.

თამარ ანთელავა – აკადემიური დოქტორი მედიცინაში; ადსუ მეან-გინეკოლოგიის დეპარტამენტის ასოცირებული პროფესორი; მეან-გინეკოლოგთა და პერინატოლოგთა ასოციაციის პრეზიდენტის წევრი; EVEX-კლინიკების დედათა და ბავშვთა მიმართულების კოორდინატორი, ჯანდაცვის სამინისტროს ექსპერტი მეანობა-გინეკოლოგიაში.

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

თინათინ გაგუა - მედიცინის დოქტორი, დ.ტვილდიანის სახელობის სამედიცინო უნივერსიტეტის ასოცირებული პროფესორი, დავით გაგუას კლინიკა, რეზიდენტურის სამსახურის უფროსი.

კოტე ბოჭორიშვილი -ზესტაფონის კლინიკა ფერომედის სამეანო-გინეკოლოგიური დეპარტამენტის ხელმძღვანელი, მედიცინის აკადემიური დოქტორი.

ლევან ბეჟანიძე – აკადემიური დოქტორი მედიცინაში; ქ. ბათუმის იოსებ ჩარკვიანის სახელობის სამშობიარო სახლის მთავარი ექიმი, საქართველოს მეან-გინეკოლოგთა ასოციაციის წევრი.

მაკა ჩიქოვანი – კენ-ვოკერის საერთაშორისო უნივერსიტეტის კლინიკური პროფესორი, ჟორდანიას კლინიკა, მეან-გინეკოლოგი, საქართველოს მეან-გინეკოლოგთა ასოციაციის წევრი.

მამუკა ნემსაძე – მეან-გინეკოლოგი, სამეანო-გინეკოლოგიური დეპარტამენტის უფროსი, მე-5 კლინიკური საავადმყოფო "ღია გული" საქართველოს მეან-გინეკოლოგთა და პერინატოლოგთა ასოციაციის ვიცე-პრეზიდენტი, კავკასიის საერთაშორისო უნივერსიტეტი, ასოცირებული პროფესორი; კავკასიის უნივერსიტეტი, პროფესორი.

მარიამ კვიციანი -მეან-გინეკოლოგი, საქართველოს მეან-გინეკოლოგთა ასოციაციის წევრი.

ნანა კალმახელიძე - საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს ჯანმრთელობის დაცვის პოლიტიკის დეპარტამენტი.

ნიკოლოზ კინტრია – მედიცინის მეცნიერებათა დოქტორი, სრული პროფესორი; თსსუ მეანობა-გინეკოლოგიის დეპარტამენტის ხელმძღვანელი; თსსუ მეან-გინეკოლოგიის რეზიდენტურის პროგრამის დირექტორი; აკად. კ. ჩაჩავას კლინიკის გინეკოლოგიური სექტორის ხელმძღვანელი; საქართველოს მეან-გინეკოლოგთა და პერინატოლოგთა ასოციაციის პრეზიდენტი; საქართველოს ლაპაროსკოპისტ გინეკოლოგთა ასოციაციის ვიცე-პრეზიდენტი; ევროპის ლაპაროსკოპისტ- გინეკოლოგთა ასოციაციის წევრი.

პლატონ მაჭავარიანი – თსსუ მეანობა-გინეკოლოგიის დეპარტამენტის ასოცირებული პროფესორი; თსსუ-ის პირველი საუნივერსიტეტო კლინიკა, პერინატოლოგიის მიმართულების ხელმძღვანელი. საქართველოს მეან-გინეკოლოგთა და პერინატოლოგთა ასოციაციის ვიცე-პრეზიდენტი.

12. გამოყენებული ლიტერატურა

¹Lumley J, Oliver SS, Chamberlain C, Oakley L. Interventions for promoting smoking cessation during pregnancy. Cochrane Database Syst Rev 2004;(4):CD001055. [165 references] PubMed

- ² Davies SC, Cronin E, Gill M, Greengross P, Hickman M, Normand C. Screening for sickle cell disease and thalassaemia: a systematic review with supplementary research. *Health Technol Assess* 2000;4(3):i-v, 1-99. [148 references]
- ³ Fries MH, Bashford M, Nunes M. Implementing prenatal screening for cystic fibrosis in routine obstetric practice. *Am J Obstet Gynecol* 2005 Feb;192(2):527-34. PubMed
- ⁴ Wright TC Jr, Massad LS, Dunton CJ, Spitzer M, Wilkinson EJ, Solomon D, 2006 American Society for Colposcopy and Cervical Pathology-sponsored Consensus. 2006 consensus guidelines for the management of women with abnormal cervical cancer screening tests. *Am J Obstet Gynecol* 2007 Oct;197(4):346-55. [81 references] PubMed
- ⁵ Centers for Disease Control and Prevention. 1998 Guidelines for treatment of sexually transmitted diseases. *MMWR Recomm Rep* 1998 Jan 23;47(RR-1):1-116. [29 references] PubMed
- ⁶ de Cueto M, Sanchez MJ, Sampedro A, Miranda JA, Herruzo AJ, Rosa-Fraile M. Timing of intrapartum ampicillin and prevention of vertical transmission of group B streptococcus. *Obstet Gynecol* 1998 Jan;91(1):112-4. PubMed
- ⁷ Lin FY, Brenner RA, Johnson YR, Azimi PH, Philips JB 3rd, Regan JA, Clark P, Weisman LE, Rhoads GG, Kong F, Clemens JD. The effectiveness of risk-based intrapartum chemoprophylaxis for the prevention of early-onset neonatal group B streptococcal disease. *Am J Obstet Gynecol* 2001 May;184(6):1204-10. PubMed
- ⁸WHO antenatal care recommendations for a positive pregnancy experience. Nutritional interventions update: Vitamin D supplements during pregnancy
- ⁹WHO antenatal care recommendations for a positive pregnancy experience. Maternal and fetal assessment update: imaging ultrasound before 24 weeks of pregnancy 2022

დანართი 1. კაცების ჩართვა პრენატალურ მოვლაში დედათა და ბავშვთა მოვლის გასაუმჯობესებლად

ჯანდაცვის სექტორი მნიშვნელოვანი როლია ოჯახზე მზრუნველობაში მამების ადრეულ ეტაპზე ჩართვის ხელშესაწყობად. თუმცა, როგორც წესი, დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის სერვისების მიმწოდებლები, უმთავრესად, დედებსა და ბავშვებზე არიან ორიენტირებულნი და არც თუ ისე ხშირად ამახვილებენ ყურადღებას პროცესებში კაცის - როგორც მშობლის, ქალის პარტნიორისა და დედასა და ბავშვზე ზრუნვაზე პასუხისმგებელი პირის - ჩართვაზე.

წამყვან ქვეყნებში თანდათან მეტად ხდება კაცის, როგორც მნიშვნელოვანი ემოციური მხარდამჭერისა და მზრუნველის როლის აღიარება და, ასევე, მამებსა და შვილებს შორის ადრეული კავშირის, მათ შორის, ბავშვის დაბადებამდე კავშირის, მნიშვნელობის გააზრება. იმისთვის, რომ კაცები სათანადოდ მოემზადონ მშობლის მოვალეობის შესრულების სირთულეებთან გასამკლავებლად, საჭიროა ორსულობის ადრეულ ეტაპზე მათი ჩართულობის მაქსიმალურად უზრუნველყოფა.

პრენატალურ მოვლაში კაცების ჩართულობის გაზრდა ხელს შეუწყობს არა მხოლოდ ქალებისა და ბავშვების ჯანმრთელობისა და კეთილდღეობის, არამედ თავად კაცების ჯანმრთელობისა და კეთილდღეობის გაუმჯობესებას. ამავდროულად, კაცები უფრო მეტ სიახლოვეს იგრძნობენ თავიანთ პარტნიორებთან და ბავშვებთან, და გამყარდება ურთიერთ მიკუთვნებულობის განცდა.

პრენატალური კონსულტაციები იძლევა იმის შესაძლებლობას, რომ ჯანდაცვის მომსახურების მიმწოდებლებმა იმუშაონ კაცების ჩართულობის გაუმჯობესებაზე. იმისთვის, რომ პრენატალური ვიზიტის დროს უკეთ მოხდეს კაცების ჩართვა კონსულტაციის პროცესში, სამედიცინო პერსონალი უნდა ხელმძღვანელობდეს შემდეგი რეკომენდაციებით:

- დაამყარეთ კომუნიკაცია კონსულტაციაზე მოსულ კაცებთან თვალით-თვალთან კონტაქტისა და კითხვების დასმის გზით.
- სასურველია გულისხმიერებით მოეკიდოთ პრენატალური კონსულტაციის დროს კაცების მიერ გაკეთებულ კომენტარებს, არ გამოგრჩეთ მათ მიერ დასმული კითხვები. ამავე დროს, აუცილებელია, გამოიჩინოთ სიფრთხილე, რათა არ შეილახოს ქალის თავისუფლება და უფლება, თავად მიიღოს გადაწყვეტილება ისეთ საკითხებზე, რომელიც მას და მის სხეულს ეხება.
- შეუქმენით ისეთი გარემო რომელიც კაცებს ამ სივრცის ნაწილად მოიაზრებს და ხელს შეუწყობს მზრუნველი მამის ფუნქციის შესრულებაში.
- მნიშვნელოვანია უსაფრთხო და დაცული სივრცის შექმნა, სადაც წყვილი თავისუფლად შეძლებს ისაუბროს მოლოდინებზე თუ შიშებზე, და აუცილებელია ამისათვის საკმარისი დროის გამოყოფა.

- წახალისეთ კაცის შემდგომ კონსულტაციებზე და მშობიარობაზე დასწრება. და გახსოვდეთ რომ საბოლოო გადაწყვეტილებას იმის თაობაზე, თუ ვინ უნდა დაესწროს მშობიარობას, იღებს ქალი.
- არიან მამები, რომელთაც სურთ მონაწილეობა, მაგრამ რიგი გარემოებების გამო, არ აქვთ ამის საშუალება. ასეთ შემთხვევებში, სასურველია, მათ შესთავაზოთ ხელშემწყობი გრაფიკი: მორიგე ექიმთან კონსულტაცია, პროფილური აპლიკაციები, სადაც არის ინფორმაცია ორსულობის ვადების შესახებ, ონლაინ კონსულტაციები სხვადასხვა პლატფორმის გამოყენებით.
- იმ შემთხვევაში, თუ პრენატალური მეთვალყურეობით გათვალისწინებულ ვიზიტებს, სხვადასხვა მიზეზის გამო, ფიზიკურად ვერ ესწრება ორსული ქალის პარტნიორი, შეგვიძლია, ქალს ვკითხოთ, ხომ არ სურს სხვა ადამიანის დასწრება (დედის, დის, მეგობრის და სხვა).
- როდესაც ორსულის პარტნიორი ვერ ახერხებს ვიზიტებზე მოსვლას, საჭიროა, ქალს მიეცეს რეკომენდაცია, რომ მან მაქსიმალურად მიაწოდოს პარტნიორს ვიზიტის დროს მიღებული ინფორმაცია და უზრუნველყოს მისი ჩართულობა პროცესში.
- კონსულტირების დროს მნიშვნელოვანია ინფორმაციის მიწოდება შემდეგ საკითხებზე:
- ორსულობის სხვადასხვა პერიოდები და მასთან დაკავშირებული ცვლილებები.
- ორსულობასთან დაკავშირებული გართულებები, როგორცაა გესტაციური დიაბეტი, ორსულობით ინდუცირებული ჰიპერტენზია და სხვა. ამის ცოდნა დაეხმარება ორსულს და მის პარტნიორს, ჩამოაყალიბონ დღის რუტინა (მაგ. წნევის გაზომვა), ყურადღებით იყვნენ კვების ჰიგიენასთან დაკავშირებულ საკითხებში და გაითვალისწინონ ექიმის რეკომენდაციები ძილთან, ფიზიკურ აქტივობასთან და ორსულობის პერიოდის სხვა მნიშვნელოვან საკითხებთან დაკავშირებით.
- კაცების ფსიქიკური და ფიზიკური ჯანმრთელობა. ამ საკითხზე რჩევების მიცემა ხელს შეუწყობს ბავშვის განვითარებისათვის ჯანსაღი გარემოს შექმნას.
- არაჯანსაღი ჩვევები და ქცევები და მათთან დაკავშირებული რისკები, როგორცაა ალკოჰოლისა და ნარკოტიკული საშუალებების მოხმარება და ფიზიკური და ფსიქოლოგიური ძალადობა. საჭიროა კაცებთან გასაუბრება იმ საკითხებზე, რაც დედისა და ბავშვის ჯანმრთელობაზე უარყოფით ზეგავლენას ახდენს.
- მამის დეკრეტული შვებულების მარეგულირებელი კანონმდებლობის არსებობის შესახებ ინფორმირება და წახალისება, ამ უფლებით სარგებლობისათვის;
- კონტრაცეფციის გამოყენება სამომავლო ორსულობის, ორსულობებს შორის ინტერვალის დაგეგმვის ან ორსულობის პრევენციის მიზნით.

- ნიშნები და სიმპტომები, რომლებიც მიანიშნებს გადაუდებელი სამედიცინო ჩარევის აუცილებლობაზე. საჭიროა ორივე მშობლისათვის იმ ღონისძიებათა ჩამონათვალის მიწოდება, რომელთა შესრულება აუცილებელია, თუ თავს იჩენს საფრთხის შემცველი რომელიმე ნიშანი.

საჭიროა წყვილისთვის რჩევების მიცემა მშობიარობის შემდგომი პერიოდისათვის მოსამზადებლად.

ფიზიკური და ემოციური მხარდაჭერის გასაძლიერებლად, საჭიროა:

- კაცების წახალისება, რათა მათ პარტნიორებთან პასუხისმგებლობის თანაბრად განაწილება შეძლონ, შეიძინონ ზრუნვისთვის საჭირო უნარები და აქტიურად ჩაერთონ საოჯახო საქმეებში.
- წყვილს შორის ურთიერთდახმარების, თანამშრომლობისა და დიალოგის ხელშეწყობა, რაც მათ საშუალებას მისცემს, უკეთ გაუმკლავდნენ ორსულობის დროს წარმოქმნილ სირთულეებს, შიშსა და მღელვარებას.
- ქალის წახალისება და გამხნევება, რათა მან ღიად გაუზიაროს პარტნიორს ორსულობის პერიოდში საკუთარი განცდები როგორც თავისი ფიზიკური მდგომარეობის, ასევე ემოციების შესახებ.
- ყურადღების გამახვილება იმაზე, რომ კაცებს ქალებზე არანაკლები წარმატებით შეუძლიათ თავი გაართვან ბავშვზე ზრუნვასთან დაკავშირებულ ყველა ამოცანას. წყვილი თანაბრად უნდა ინაწილებდეს ბავშვზე ზრუნვის პასუხისმგებლობას.

მამობისთვის მომზადების ხელშეწყობა მოიცავს:

- პარტნიორის ორსულობის პერიოდში სამედიცინო დაწესებულებაში ვიზიტი, რომელიც ულტრაბგერით გამოკვლევას მოიცავს, უნიკალურ შესაძლებლობას აძლევს მამას, იხილოს მომავალი შვილი ეკრანზე და მოისმინოს მისი გულისცემა. საჭიროა ამ შესაძლებლობის გამოყენება.
- თუ კონსულტირება არ მოიცავს ულტრაბგერით კვლევას, მოასმენინეთ ნაყოფის გულისცემა მანუალური დოპლერით.
- ამავე დროს, სასურველია კაცის წაქეზება, რათა ეს კავშირი მუცლადმყოფ შვილთან შეინარჩუნოს მომავალშიც, დედის მუცელზე შეხებით ან მასაჟით. შეიძლება ხაზი გაესვას, რომ ნაყოფს ესმის ხმა და მასთან საუბრით მომავალი შვილი იცნობს მამის ხმას. კომუნიკაციის მრავალფეროვნებისთვის, ასევე, შესაძლებელია მუსიკის ჩართვა.

შეჯამება

ისეთი ინტერვენციების დაგეგმვისას, როგორცაა პრენატალური მეთვალყურეობის პროცესში კაცების ჩართულობის გაზრდა და სამედიცინო დაწესებულების პოლიტიკის ცვლილება, აუცილებელია გენდერულად მგრძობიარე მიდგომების გათვალისწინება. მაგალითად, როდესაც ქალის პარტნიორს სთავაზობენ ქალთან ერთად მივიდეს პრენატალური

მეთვალყურეობით გათვალისწინებულ ვიზიტზე, უაღრესად მნიშვნელოვანია ქალისგან წინასწარი თანხმობის მიღება და იმ ასპექტების დეტალურად განხილვა, რომლებშიც ქალს სურს პარტნიორის ჩართვა.

ძალიან მნიშვნელოვანია, მომსახურების მიწოდება წარმოებდეს ქალის საჭიროებებსა და ინტერესებზე ზედმიწევნით მორგებით. შესაძლებელია ქალმა გამოთქვას პარტნიორის ჩართვის სურვილი და ამ შემთხვევაში საჭიროა მისი მხარდაჭერა. ასევე, შესაძლებელია, ქალს არ სურდეს პარტნიორის ჩართვა და ამ შემთხვევაშიც საჭიროა პატივი ვცეთ ქალის გადაწყვეტილებას. კაცების ჩართვის სტრატეგიებში გათვალისწინებული უნდა იყოს ორსული ქალების პარტნიორებთან ურთიერთობისა და ოჯახების სტრუქტურათა მრავალფეროვნება, მათ შორის ისეთი სიტუაციების არსებობა, როდესაც ორსულ ქალს არ ჰყავს პარტნიორი.

დანართი 2. საინფორმაციო ბროშურა პაციენტებისთვის

- ორსულობის დროს მიზანშეწონილი არ არის:
- გაურკვეველი მცენარეული ნაყენების მიღება, რადგან მათი ზემოქმედება ორსულობაზე შესწავლილი არ არის;
- არაპასტერიზირებული რძის პროდუქტების მოხმარება;
- თამბაქოს მოხმარება;
- ალკოჰოლური სასმელების მოხმარება, რადგან არ არის დადგენილი ალკოჰოლის უსაფრთხო დოზა ორსულობის დროს;
- გაზიანი ტკბილი სასმელების გამოყენება;
- არ მიიღოთ ჭარბი ოდენობით კოფეინის შემცველი სასმელი;
- არ მიიღოთ კონსერვირებული უმი თევზი, უმი კვერცხი, უმი ან ნახევრად უმი ხორცი. გამოიყენეთ მხოლოდ თერმულად კარგად დამუშავებული ცხოველური პროდუქტები;
- ორსულობის დროს შეზღუდეთ ან საერთოდ არ მიიღოთ ღვიძლის პროდუქტები, მათი A ვიტამინის მაღალი შემცველობის გამო;
- თავი აარიდეთ ხელოვნურ დამატკბობლებს, რაც შედის სხვადასხვა ტკბილეულის შემადგენლობაში;
- თავი აარიდეთ ლეზვას და საღებავების სუნს, სახლში სხვადასხვა ქლორის შემცველი მათეთრებლებისა და საწმენდი საშუალებების გამოყენებას;
- თავი აარიდეთ ცხოველების კუთხის დასუფთავებას;
- არ მიიღოთ აბაზანა თუ წყლის ტემპერატურა აღემატება 38° C გრადუსს;
- ექიმის რჩევის გარეშე არ მიიღოთ მედიკამენტები.

დანართი 3. ორსულობის საშიში ნიშნების ჩამონათვალი

საინფორმაციო ბროშურა პაციენტისთვის;

რა დროს უნდა მიმართოთ ექიმს დაუყოვნებლივ!

- თუ შენიშნე სისხლიანი გამონადენი წვეთების სახით, რომელიც გრძელდება 1 დღეზე მეტი;
- სისხლიანი გამონადენი საშოდან საშუალო ან ჭარბი რაოდენობით;
- ნებისმიერი რაოდენობით სისხლიანი გამონადენი, რომელსაც თან ახლავს სიცხე, შემცივნება, ტკივილი;
- ძლიერი თავის ტკივილი, რომელსაც თან ახლავს გულისრევა, ღებინება, მხედველობის მოშლა;
- ძლიერად გამოხატული მტკივნეულობა მენჯის ღრუში;
- ნებისმიერი ხარისხის ტკივილი მენჯის არეში, რომელიც არ ყუჩდება 4 საათის განმავლობაში;
- 3-ზე მეტი ღებინება დღეში ან ღებინებებს შორის თუ ვერ იღებ სითხეებს და საკვებს;
- ღებინება რომელსაც თან ახლავს ტკივილი და სიცხე;
- შემცივნება ან ტემპერატურა 38 გრადუსზე მეტი;
- მტკივნეული შარდვა ან თუ ვერ შარდავ;
- შეკრულობა 3 დღეზე მეტი;
- ფეხის ტკივილი რომელსაც თან ახლავს სიწითლე და შეშუპება;
- საშოდან წყალივით თხევადი გამონადენი;
- სახის, ხელების და ფეხების უცაბედი შეშუპება;
- მხედველობის დარღვევები(გაორებული მხედველობა, მხედველობის დაბინდვა);
- თუ გაგიჩნდათ ფიქრები, რომ ზიანი მიაყენოთ თქვენს თავს ან სხვა პიროვნებას;
- გულის წასვლა;
- ხშირი შარდვა რომელსაც თან ახლავს ტემპერატურის მატება, წვა, წელის ტკივილი;
- ექვსზე მეტი საშვილოსნოს შეკუმშვა 1 საათში, რომელიც გრძელდება 2 საათი ან მეტი;
- ნაყოფის სრული უმოძრაობა;
- მომატებული არტერიული წნევა.

დანართი 4. შარდში პროტეინურიის განმსაზღვრავი ტესტ-ჩხირების გამოყენების ინსტრუქცია

მოაგროვეთ შარდის შუა პორცია პლასტიკურ კონტეინერში, გახსენით პაკეტი და ამოიღეთ ტესტ-ჩხირი. მოათავსეთ იგი შარდში 2-3 წამის განმავლობაში. ამოღების შემდეგ მოათავსეთ ჰორიზონტალურად ფილტრირებულ ქაღალდზე (სუფთა ხელსახოცი, ტუალეტის ქაღალდი) ისე რომ ფერადი შკალა დარჩეს ზემოთ.

შარდის კონტეინერში მოთავსებიდან 1 წუთის შემდეგ სენსორულ ნაწილზე მიღებული შეფერილობა უნდა შედარდეს ფერადობის შკალას და განისაზღვროს პროტეინურიის არსებობა-არარსებობა.