

# ორსულობის უსაფრთხო შეწყვეტა

კლინიკური მდგომარეობის მართვის სახელმწიფო  
სტანდარტი  
(პროტოკოლი)

## შინაარსი

1. პროტოკოლის დასახელება: ორსულობის უსაფრთხო შეწყვეტა	4
2. პროტოკოლით მოცული კლინიკური მდგომარეობები და ჩარევები	4
3. პროტოკოლის შემუშავების მეთოდოლოგია	4
4. პროტოკოლის მიზანი	5
5. სამიზნე ჯგუფი	5
6. ვისთვის არის პროტოკოლი განკუთვნილი	5
7. სამედიცინო დაწესებულებაში პროტოკოლის გამოყენების პირობები	5
8. რეკომენდაციები	6
8.1. აბორტისწინა კონსულტირება	7
8.1.1. ინფორმირება და კონსულტირება	7
8.1.2. ფიზიკალური გამოკვლევა	8
8.1.3. ლაბორატორიული და სხვა გამოკვლევები	9
8.2. მეორე ტრიმესტრში ორსულობის ხელოვნური შეწყვეტის ჩვენებები	9
8.3. გაუტკივარება	9
8.4. მედიკამენტური აბორტი	10
8.4.1. პირველი ტრიმესტრის მედიკამენტური აბორტი	12
8.4.2. მეორე ტრიმესტრის მედიკამენტური აბორტი	13
8.4.3. მედიკამენტური აბორტის გვერდითი მოვლენები, გართულებები და მკურნალობა	13
8.5. რეკომენდაციები ტელემედიცინის შესახებ	18
8.5.1. მედიკამენტური აბორტის სერვისის მიწოდება დისტანციური კონსულტაციის საშუალებით	18
8.6. ქირურგიული აბორტი	20
8.6.1. საშვილოსნოს ყელის მომზადება	20
8.6.2. პროფილაქტიკური ანტიბიოტიკოთერაპია	21
8.6.3. Rh ალოიმუნიზაცია < 12 კვირის გესტაციის ვადის ქირურგიულ აბორტებში	21
8.6.4. პირველი ტრიმესტრის ( $\leq 12$ კვირა) ქირურგიული აბორტი	21
8.6.5 მეორე ტრიმესტრის ( $>12$ კვირა) ქირურგიული აბორტი	24
8.6.6. ინფექციის პრევენცია და კონტროლი	26
8.6.7. ქირურგიული აბორტის გართულებები და მათი მკურნალობა	27
9.1. აბორტის შემდგომი მეთვალყურეობა	31

9.1.1. პაციენტის კონსულტირება სამედიცინო დაწესებულებიდან გაწერამდე.....	31
9.1.2. აბორტის შემდგომი კონტრაცეფცია .....	31
10. მოსალოდნელი შედეგები	35
11. აუდიტის კრიტერიუმები	35
12. პროტოკოლის გადახედვის ვადები	35
13. პროტოკოლის დანერგვისთვის საჭირო რესურსი	36
14. დანართები	37
დანართი N1 ადამიანური და მატერიალურ-ტექნიკური რესურსი	37
დანართი N2 აბორტის პროცედურა პაციენტის გზამკვლევი	41
დანართი N3 ინსტრუმენტების წინასასტერილიზაციო დამუშავება და სტერილიზაცია <b>Error! Bookmark not defined.</b>	
15. პროტოკოლის ადაპტირების ჯგუფი	48
16. გამოყენებული ლიტერატურა	49

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. პროტოკოლის დასახელება: ორსულობის უსაფრთხო შეწყვეტა

## 2. პროტოკოლით მოცული კლინიკური მდგომარეობები და ჩარევები

დასახელება	კოდი
<b>1 კლინიკური მდგომარეობის დასახელება</b>	<b>კოდი ICD 10</b>
სამედიცინო აბორტი	O04
არშემდგარი აბორტი	O07
აბორტის სხვა ფორმები	O05
აბორტი, დაუზუსტებელი	O06
აბორტის, საშვილოსნოს გარეშე ორსულობისა და ბუშტნამქერის გართულებები	O08
<b>2 ჩარევის დასახელება</b>	<b>NCSP</b>
საშვილოსნოდან ჩასახვის პროდუქტების ვაკუუმ-ასპირაცია	LCXH00
ჩასახვის პროდუქტების ევაკუაცია (საშვილოსნოს კიურეტაჟი რეკომენდებული არ არის)	LCXH03
სააბორტო (ორსულობის შეწყვეტის) საშუალების პერორალური მიღება	LCXH12
სამედიცინო აბორტის შემდგომი საშვილოსნოს ვაკუუმ-ასპირაცია	LCXH13
საშვილოსნოს განმეორებითი ევაკუაცია აბორტის საშიშროების შემდეგ	LWSW00
ორსულობის ულტრაბგერითი გამოკვლევა (გესტაციური ასაკის 12 კვირა ან შემდეგ) ნაყოფის ბაზისური გამოკვლევის ჩათვლით	MADE2A
ულტრაბგერითი გამოკვლევა ადრეული ორსულობისას (12 კვირამდე ბოლო მენსტრუაციის შემდეგ)	MADE1A

## 3. პროტოკოლის შემუშავების მეთოდოლოგია

წინამდებარე პროტოკოლი მომზადებულია მულტიდისციპლინური გუნდის მიერ, რომელმაც შეარჩია წყარო გაიდლაინები და იმსჯელა იქ წარმოდგენილი რეკომენდაციების საქართველოს პირობებში დანერგვის შესაძლებლობებზე, რისი გათვალისწინებითაც განხორციელდა რიგი რეკომენდაციების ადაპტირება.

#### 4. პროტოკოლის მიზანი

პროტოკოლის მიზანია ჯანდაცვის პროფესიონალებისათვის მტკიცებულებებზე დაფუძნებული ინფორმაციის მიწოდება მედიკამენტური და ქირურგიული აბორტის, ასევე, აბორტის შემდგომი გართულებების მართვის შესახებ.

პროტოკოლში განსაკუთრებული ყურადღება ეთმობა პაციენტის ინფორმირებასა და კონსულტირებას აბორტის მოსალოდნელ გართულებებზე, აბორტისა და ოჯახის დაგეგმვის მეთოდების არჩევანზე.

#### 5. სამიზნე ჯგუფი

პროტოკოლის რეკომენდაციები შეეხება რეპროდუქციული ასაკის ქალებს (ორსულ ქალებს), რომლებიც სამედიცინო დაწესებულებას მიმართავენ პირველი ტრიმესტრის არასასურველი ორსულობის თავიდან აცილების მიზნით ან მეორე ტრიმესტრის აბორტის ერთ-ერთი ჩვენებით.

#### 6. ვისთვის არის პროტოკოლი განკუთვნილი

პროტოკოლი განკუთვნილია მეან-გინეკოლოგებისთვის, სამეანო-გინეკოლოგიურ დაწესებულებათა მენეჯერებისთვის, რეზიდენტებისა და ექთნებისთვის, ასევე, რეპროდუქტოლოგებისა და ოჯახის ექიმებისთვის.

#### 7. სამედიცინო დაწესებულებაში პროტოკოლის გამოყენების პირობები

პროტოკოლი გამოიყენება სამეანო-გინეკოლოგიურ დაწესებულებებში ამბულატორიულ და ჰოსპიტალურ დონეზე; პროტოკოლის გამოყენება იწყება აბორტის წინა კონსულტირების პერიოდში პაციენტის სამედიცინო დაწესებულებაში მომართვისთანავე და გრძელდება როგორც აბორტის წარმოების, ასევე, პაციენტის შემდგომი მეთვალყურეობის პერიოდში. მედიკამენტური აბორტის განხორციელება დაშვებულია 10 კვირის (ამენორეა 70 დღე) ვადის ორსულობისას.

7 კვირამდე (ამენორეა  $\leq$  49 დღე) ვადის ორსულობისას მედიკამენტური აბორტის განხორციელება შესაძლებელია ყველა სამეანო-გინეკოლოგიური საქმიანობის განხორციელების უფლების მქონე ამბულატორიულ სამედიცინო დაწესებულებაში ექიმი მეან-გინეკოლოგის მიერ, გართულებების არსებობის შემთხვევაში, ვაკუუმ ასპირაციის წარმოება შესაძლებელია იგივე კლინიკაში და არ საჭიროებს რეფერალს.

10 კვირამდე (ამენორეა 64-70 დღე) ვადის ორსულობისას მედიკამენტური აბორტის განხორციელება შესაძლებელია ყველა სამეანო-გინეკოლოგიური საქმიანობის განხორციელების უფლების მქონე კომბინირებულ სტაციონარულ და ამბულატორიულ კლინიკებში.

12 კვირაზე (84 დღე) მეტი ვადის ორსულობისას მედიკამენტური აბორტის განხორციელება შესაძლებელია მხოლოდ სამედიცინო ჩვენებით, სტაციონარული

ტიპის სამედიცინო დაწესებულებაში, რომელსაც აქვს სამეანო-გინეკოლოგიური საქმიანობის განხორციელების უფლება, ექიმი მეან-გინეკოლოგის მიერ.

## 8. რეკომენდაციები

### განმარტებები

**ხელოვნური აბორტი** არის პროცედურა, რომელიც ტარდება ორსულობის ხელოვნური შეწყვეტის მიზნით, მედიკამენტური საშუალებების ან ქირურგიული ინსტრუმენტების გამოყენებით.

**მედიკამენტური აბორტის** დროს ორსულობის ხელოვნური შეწყვეტა ხდება მედიკამენტური საშუალებების გამოყენებით.

**მედიკამენტური აბორტი ტელემედიცინის საშუალებით** წარმოადგენს ტელეკომუნიკაციების გამოყენებას (ტელეფონი, ტექსტური შეტყობინებები, ელექტრონული ფოსტა, ვიდეო კონფერენცია) აბორტის სერვისში ერთი ან მეტი ელემენტის უზრუნველსაყოფად

**ქირურგიული აბორტის** დროს ორსულობის ხელოვნური შეწყვეტა ხდება ქირურგიული ჩარევის გზით.

**ვაკუუმ-ასპირაცია** არის ქირურგიული აბორტის მეთოდი, რომლის დროს საშვილოსნოს ღრუს შიგთავსის ევაკუაცია ხდება პლასტიკური ან მეტალის ასპირაციული კანულით<sup>2</sup>, რომელიც დაკავშირებულია ვაკუუმის წყაროსთან; არსებობს ვაკუუმ-ასპირაციის ელექტრო და მანუალური მეთოდები:

- **მანუალური ვაკუუმ ასპირაციის (MVA) დროს** ვაკუუმი იქმნება ხელით მოქმედებაში მოყვანილი პლასტიკური ასპირატორით ან შპრიცით, რომლის მოცულობა არის 60 მლ. არსებული ასპირატორები გათვლილია სხვადასხვა ზომის (4-12 მმ დიამეტრის) კანულის გამოყენებაზე<sup>1</sup>;
- **ელექტრო ვაკუუმ-ასპირაციის (EVA) დროს** გამოიყენება ელექტრო ვაკუუმის ტუმბო/ელექტრო შემწოვი, რომელიც გათვლილია სხვადასხვა ზომის პლასტიკურ კანულაზე, 12-16 მმ დიამეტრის დიაპაზონით.

**დილატაცია და კიურეტაჟი (D&C)** არის მექანიკური გამაფართოებლების ან ფარმაკოლოგიური საშუალებებით საშვილოსნოს ყელის გაფართოებისა და ბასრი მეტალის კიურეტის გამოყენებით საშვილოსნოს კედლების გამოფხეკის პროცედურა. მსოფლიო ჯანდაცვის ორგანიზაცია რეკომენდაციას არ უწევს დილატაციასა და კიურეტაჟს.

**დილატაცია და ევაკუაცია (D&E)** არის საშვილოსნოს ყელის გაფართოება და ჩასახვის პროდუქტის ევაკუაცია ელექტრო ვაკუუმ-ასპირაციითა და აბორტცანგის მეშვეობით.

---

<sup>1</sup> პროცედურისთვის კანულას სწორად შესარჩევად საჭიროა გესტაციური ვადის და საშვილოსნოს ყელის დილატაციის ხარისხის გათვალისწინება.

## 8.1. აბორტისწინა კონსულტირება

აბორტისწინა კონსულტირება მოიცავს შემდეგ ძირითად ასპექტებს:

- ინფორმირება, კონსულტირება და გადაწყვეტილების მიღება;
- ფიზიკალური გამოკვლევა, საჭიროების მიხედვით;
- ლაბორატორიული და სხვა სახის გამოკვლევები (საჭიროების გათვალისწინებით);
- ოჯახის დაგეგმვა;
- წერილობითი ინფორმირებული თანხმობა.

### 8.1.1. ინფორმირება და კონსულტირება

#### ინფორმირება

1. მიაწოდეთ ქალს ინფორმაცია აბორტის მეთოდების შესახებ გესტაციური ვადების მიხედვით და მასთან ერთად განიხილეთ აბორტის სიმპტომები, მოსალოდნელი გართულებები, რისკები და გვერდითი მოვლენები; რეგულაციების შესაბამისად, ქალს გადაეცით საინფორმაციო ფურცელი და მიეცით 5-დღიანი მოსაფიქრებელი ვადა. გასაუბრების დროს უპირატესობა ენიჭება ნაყოფის სიცოცხლის დაცვას. აბორტის შესახებ გადაწყვეტილების მიღება ქალის პრეროგატივაა.
2. პირველ კონსულტაციაზე მტკიცებულებებზე დაფუძნებული ინფორმაცია ქალს მიაწოდეთ წერილობითი ფორმითაც <sup>2</sup>.

#### კონსულტირება

- აბორტისწინა კონსულტირება ტარდება კონფიდენციალურ პირობებში, ექიმის საკონსულტაციო ოთახში, ექიმი მეან-გინეკოლოგის მიერ. აბორტისწინა კონსულტირების ვადები და მოთხოვნები განისაზღვრება საქართველოს კანონმდებლობით.
1. თუ სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებელი აბორტის წინააღმდეგია ეთიკური/რელიგიური მოსაზრებების გამო, პაციენტი დაუყოვნებლივ უნდა გადაამისამართოს აბორტის სერვისის სხვა მიმწოდებელთან.

კონსულტირების ძირითადი ელემენტებია:

- ურთიერთობა (კომუნიკაცია);
- პაციენტის სურვილების დადგენა;
- ემოციების მართვა;
- თანამონაწილეობა;
- კონფიდენციალობა;
- ინფორმირებულობა.

---

<sup>2</sup> პაციენტის გზამკვლევი და ინფორმირებული თანხმობის ფორმა.

2. კონსულტირების დროს დაიცავით კონფიდენციალობა და პრივატულობა, პატივი ეცით ქალის ღირსებასა და არჩევანს (GPP)
  - გამოჰკითხეთ ქალს აბორტის გადაწყვეტილების მიზეზებზე (სოციალური ფაქტორები, პარტნიორის, ოჯახის წევრის ან სხვა პირის ზეწოლის შედეგად მიღებული გადაწყვეტილება და სხვა);
3. აუხსენით ქალს, რომ აბორტი უსაფრთხო პროცედურაა, თუმცა, იშვიათად შესაძლებელია, განვითარდეს ძლიერი გართულებები და ლეტალური გამოსავალიც.
4. მიაწოდეთ ქალს ინფორმაცია ისეთი იშვიათი და მძიმე გართულების შესახებ, როგორცაა, საშვილოსნოს გახევა (რუბტურა), რომელიც გვიან გესტაციურ ვადაზე ასოცირდება მედიკამენტურ აბორტთან (B - IIa, IIb, III).
5. ქალს მიაწოდეთ ინფორმაცია აბორტის სხვა იშვიათი გართულებების შესახებ, როგორცაა, ძლიერი სისხლდენა (სისხლის ტრანსფუზიის საჭიროებით), საშვილოსნოს პერფორაცია (მხოლოდ ქირურგიული აბორტის დროს) და საშვილოსნოს ყელის ტრავმა (მხოლოდ ქირურგიული აბორტის დროს), რომელთა შემთხვევაში შესაძლოა საჭირო გახდეს სისხლის გადასხმა, ლაპარასკოპიის ან ლაპარატომიის წარმოება (B - IIa, IIb, III).
6. ქალს მიაწოდეთ ინფორმაცია, რომ წარუმატებელი ქირურგიული და მედიკამენტური აბორტის რისკი მცირეა (B - IIa, IIb, III); ასევე მიაწოდეთ ინფორმაცია, რომ შესაძლებელია, იშვიათად საჭირო გახდეს წარუმატებელი მედიკამენტური აბორტის შემდეგ - ქირურგიული აბორტის ჩატარება, ხოლო წარუმატებელი ქირურგიული აბორტის შემთხვევაში - რეევაკუაცია (C –IV).
7. ქალს მიაწოდეთ ინფორმაცია, რომ აბორტის შემდგომ პერიოდში შესაძლებელია, განვითარდეს სხვადასხვა სიმძიმის ინფექციური გართულებები, რომლებიც ჩვეულებრივ გამოწვეულია მანამდე არსებული ინფექციებით. ინფექციური გართულებების რისკს ამცირებს ანტიბიოტიკების პროფილაქტიკური გამოყენება.
8. გადაუდებელი აბორტი ჩაატარეთ პაციენტის სამედიცინო დაწესებულებაში მომართვიდან, რაც შეიძლება დროულად.

### 8.1.2. ფიზიკალური გამოკვლევა

#### ცხრილი N1: ფიზიკალური გამოკვლევის მეთოდები

<p>ჯანმრთელობის მდგომარეობის შეფასება</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• პაციენტის ზოგადი მდგომარეობის შეფასება;</li> <li>• ფიზიკალური გამოკვლევა;</li> <li>• მენსტრუალური ციკლის შეფასება</li> <li>• ორსულობის ვადის დადგენა (იხ. ცხრილი N2).</li> </ul>
<p>მცირე მენჯის დრუს გამოკვლევა საჭიროების შემთხვევაში (ბიძანუალური და სარკეებით გასინჯვა)</p>	<p>ბიძანუალური გასინჯვა</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• შეაფასეთ საშვილოსნოს ზომა, ფორმა, მდებარეობა და მოძრაობა;</li> <li>• შეაფასეთ დანამატების მდგომარეობა;</li> </ul>



	<ul style="list-style-type: none"> <li>• პალპაციით ან საშვილოსნოს ყელის მოძრაობით შეაფასეთ საშვილოსნოს, ასევე რექტოვაგინალური სივრცის დაჭიმულობა, რაც შესაძლოა ინფექციის არსებობაზე მიუთითებდეს;</li> <li>• დაადასტურეთ ორსულობა და განსაზღვრეთ გესტაციური ვადა.</li> </ul> <p><b>სარკეებით გასინჯვა</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• გამოიკვლიეთ საშვილოსნოს ყელი და საშო;</li> <li>• გამოიკვლიეთ, ხომ არ არის რაიმე სახის პათოლოგია ან უცხო სხეული;</li> <li>• დაათვალიერეთ ინფექციის ნიშნები, როგორცაა, ჩირქი ან გამონადენი საშვილოსნოს ყელიდან. ჩირქოვანი ან სხვა სახის გამონადენის შემთხვევაში საჭიროა მასალის ლაბორატორიული გამოკვლევა და ასპირაციამდე ანტიბიოტიკოთერაპიის ჩატარება;</li> <li>• ჩვენების და ხელმისაწვდომობის მიხედვით, ჩაატარეთ საშვილოსნოს ყელის ციტოლოგიური გამოკვლევა.</li> </ul>
--	--

### 8.1.3. ლაბორატორიული და სხვა გამოკვლევები

ინდივიდუალური რისკ-ფაქტორების შეფასების, ფიზიკური გამოკვლევის შედეგებისა და რესურსების ხელმისაწვდომობის გათვალისწინებით, აბორტის წინ საჭიროა შემდეგი გამოკვლევების ჩატარება:

- ულტრაბგერითი დიაგნოსტიკა (ორსულობის დადასტურებისა და გესტაციური ვადის განსაზღვრის მიზნით);
- ჰემოგლობინის ან ჰემატოკრიტის განსაზღვრა (ანემიის ნიშნების არსებობისას).

### 8.2. მეორე ტრიმესტრში ორსულობის ხელოვნური შეწყვეტის ჩვენებები

ორსულობის ხელოვნური შეწყვეტა 12 კვირაზე მეტი ვადის ორსულობისას შესაძლებელია მხოლოდ სამედიცინო და სოციალური ჩვენებების საფუძველზე, რომელიც განისაზღვრება საქართველოს კანონმდებლობით.

სამედიცინო ჩვენებების შემთხვევაში, 12 კვირაზე მეტი ვადის ორსულობის ხელოვნური შეწყვეტის საკითხი განიხილება კომისიურად, პაციენტისადმი ინდივიდუალური მიდგომით. კომისია იქმნება სამედიცინო დაწესებულების ხელმძღვანელის ბრძანებით, რომლის შემადგენლობაში ამავე დაწესებულების მთავარი ექიმისა (კლინიკური დირექტორი ან მენეჯერი) და იურისტის გარდა, აუცილებელი წესით მონაწილეობს 2 მეან-გინეკოლოგი და ექიმი-სპეციალისტი (რომლის კომპეტენციასაც განეკუთვნება ორსულის ავადმყოფობა). კომისიის სხდომა ფორმდება ოქმის სახით.

### 8.3. გაუტკივარება

აბორტის დროს ტკივილის ინტენსივობა იცვლება სუსტიდან ძლიერამდე და დაკავშირებულია ქალის ასაკთან, ხელოვნური აბორტის მეთოდთან, ორსულობის ვადებთან, საშვილოსნოს ყელის დილატაციის ხარისხთან და შიშის/შფოთვის ხასიათთან. გაუტკივარების მეთოდის შერჩევისას გაითვალისწინეთ პაციენტის ანამნეზური მონაცემები და ალერგიული ფონი, ასევე, ანალგეტიკებსა ან სხვა დანიშნულ მედიკამენტებს შორის შესაძლო ურთიერთქმედება.

1. როგორც ქირურგიული, ისე მედიკამენტური აბორტის დროს ნებისმიერ გესტაციურ ვადაზე ქალებს რუტინულად შესთავაზეთ ტკივილგამაყუჩებელი მედიკამენტები (მაგ: არასტეროიდული ანთების საწინააღმდეგო მედიკამენტები) (რეკომენდაციის სიძლიერე: ძლიერი).

ქირურგიული აბორტის დროს ვერბალურ ანესთეზიასთან ერთად ანალგეტიკების, ადგილობრივი ანესთეზიისა და/ან მსუბუქი სედაციის გამოყენება, როგორც წესი, სრულიად საკმარისია. ტკივილის მართვისთვის გამოიყენება შემდეგი ჯგუფის მედიკამენტები (ცალკე ან კომბინაციაში):

- ანალგეტიკები - ძირითადად გამოიყენება არასტეროიდული ანთების საწინააღმდეგო პრეპარატები (მაგ: იბუპროფენი 400–800 მგ);
- ტრანქვილიზატორები - აქვეითებენ შიშს და ხელს უწყობენ რელაქსაციას, როგორცაა, დიაზეპამი 5-10 მგ დოზით;
- ანესთეტიკები - ადგილობრივი ანესთეზია ტარდება პარაცერვიკალური ბლოკადის სახით. ჩვეულებრივ, 0.5-1.0 % 10–20 მლ ლიდოკაინი კეთდება საშვილოსნოს ყელის ირგვლივ, ლორწოვანი გარსის ქვეშ ე.წ. „ოთხი კვადრანტის“ არეში.
- რეკომენდებულია არასტეროიდული ანთების საწინააღმდეგო პრეპარატებთან ერთად პარაცერვიკალური ბლოკი.
- ქირურგიული და მედიკამენტური აბორტის დროს ტკივილის შესამცირებლად არ გამოიყენოთ პარაცეტამოლი.
- პერორალური მედიკამენტები დაუნიშნეთ პროცედურამდე 30-45 წუთით ადრე.

2. ვაკუუმ-ასპირაციისა და დილატაცია&ევაკუაციის (D&E) დროს ზოგადი ანესთეზია რუტინულად არ არის რეკომენდებული, ვინაიდან ზრდის კლინიკურ რისკს (რეკომენდაციის სიძლიერე: ძლიერი).

3.  $\geq 12$  კვირის ვადაზე აბორტისას შესთავაზეთ დამატებითი ტკივილის კონტროლის საშუალებები, რადგან დიდი გესტაციური ვადა ასოცირებულია მეტ ტკივილთან როგორებიცაა: ანტიემეტიკები და ეპიდურული ანესთეზია.

ზოგადი ანესთეზიით აბორტის წარმოების შემთხვევაში დაწესებულება აღჭურვილი უნდა იყოს რეანიმაციული მოწყობილობებით, ამასთან, სამედიცინო პერსონალი უნდა ფლობდეს მოსალოდნელი გართულებების მართვისა და აპარატურის გამოყენების პრაქტიკულ უნარ-ჩვევებს.

#### 8.4. მედიკამენტური აბორტი

1. მედიკამენტური აბორტის რეკომენდებული მეთოდია მიფეპრისტონის შემდგომ მიზოპროსტოლის გამოყენება. მიზოპროსტოლის რეკომენდებული დოზაა 800 მიკროგრამი, როგორც ვაგინალურად, აგრეთვე ბუკალურად და სუბლინგუალურად.
2. მიფეპრისტონი ყოველთვის დანიშნეთ ორალურად. მისი რეკომენდებული დოზაა 200მგ (რეკომენდაციის სიძლიერე: ძლიერი).

3. მიზოპროსტოლის მიღება რეკომენდებულია მიფეპრისტონის მიღებიდან 1-2 დღის (24-48 სთ) შემდეგ. რეკომენდებული მინიმალური ინტერვალია 24 საათი. მიზოპროსტოლის დოზაა 800 მიკროგრამი, ნებისმიერი გზით: ბუკალურად, ვაგინალურად ან სუბლინგუალურად.

**მედიკამენტური აბორტის უკუჩვენებები**

- მიფეპრისტონისა და მიზოპროსტოლის, ან სხვა პროსტაგლანდინების მიმართ ალერგიული რეაქცია;
- თანდაყოლილი პორფირია;
- თირკმელზედა ჯირკვლის ქრონიკული უკმარისობა;
- საექვო ან დადასტურებული ექტოპიური (საშვილოსნოს გარე) ორსულობა;
- კორტიკოსტეროიდებით ხანგრძლივი მკურნალობა (მათ შორის მწვავე არაკონტროლირებადი ასთმის დროს);
- ჰემორაგიული დაავადებები.

**ფაქტორები, რომლებიც არ წარმოადგენს მედიკამენტური აბორტის უკუჩვენებას, მაგრამ გათვალისწინებული უნდა იქნას მის გამოყენებამდე:**

- თუ ქალს აღენიშნება ანემია, მედიკამენტური აბორტის გამოყენებამდე დაუნიშნეთ ანტიანემიური მკურნალობა.
- ქალს უნდა ჰქონდეს ადეკვატური ხელმისაწვდომობა გადაუდებელი დახმარების სამედიცინო დაწესებულებასთან, რომელიც აუცილებლობის შემთხვევაში უზრუნველყოფს პროცედურის ქირურგიულ დასრულებას.
- ძუძუთი კვება არ წარმოადგენს მედიკამენტური აბორტის უკუჩვენებას, ამიტომ ის შეიძლება შეუწყვეტლად გაგრძელდეს. მიუხედავად იმისა, რომ მცირე რაოდენობით მიფეპრისტონი და მიზოპროსტოლი შეიძლება გადავიდეს დედის რძეში, გვერდითი კლინიკური ეფექტი ახალშობილებში აღწერილი არ არის. ძუძუთი კვების დაწყება რეკომენდირებულია მიზოპროსტოლის მიღებიდან 4 საათის შემდეგ.
- საშვილოსნოს განვითარების პათოლოგიები არ წარმოადგენს მედიკამენტური აბორტის უკუჩვენებას. რიგ შემთხვევებში (მაგ. ორრქიანი საშვილოსნო), ქირურგიული ჩარევა რთულია და მედიკამენტური აბორტი წარმოადგენს ორსულობის ხელოვნური შეწყვეტის ოპტიმალურ მეთოდს.
- ტყუპი ნაყოფით ორსულობა არ არის მედიკამენტური აბორტის უკუჩვენება.
- ნაწიბური საშვილოსნოზე არ წარმოადგენს მედიკამენტური აბორტის უკუჩვენებას. ამასთან, გართულებების რისკი ქირურგიული ჩარევისას გაცილებით უფრო მაღალია, ვიდრე მედიკამენტური აბორტის დროს. თუმცა, მეორე ტრიმესტრის აბორტის დროს ძალიან მცირე პროცენტში შესაძლებელია განვითარდეს საშვილოსნოს გახევა, რომლის რისკები წინასწარ უნდა შეაფასოს ექიმმა.

### 8.4.1. პირველი ტრიმესტრის მედიკამენტური აბორტი

#### კონსულტირება

კონსულტირება წარმოადგენს მედიკამენტური აბორტის ერთ-ერთ მთავარ კომპონენტს, რომლის დროს პაციენტი ინფორმირებული უნდა იყოს მედიკამენტური აბორტის შემდეგი საკითხების შესახებ:

**მოქმედების მექანიზმი:** ქალს აუხსენით მიფეპრისტონისა და მიზოპროსტოლის მოქმედების მექანიზმი.

**გამოყენების წესი:** ქალს დეტალურად აუხსენით მიფეპრისტონისა და მიზოპროსტოლის მიღების წესი (მიფეპრისტონი პერორალურად კლინიკაში ან სახლში, მიზოპროსტოლი სახლში ვაგინალურად, ბუკალურად, სუბლინგვალურად).

**ეფექტურობის მაჩვენებელი:** აუხსენით ქალს, რომ მედიკამენტური აბორტის შემდეგ ქირურგიული (ვაკუუმასპირაცია) ჩარევა შეიძლება საჭირო გახდეს 2-8 %. ქალი მზად უნდა იყოს მედიკამენტური აბორტის წარუმატებლობის შემთხვევაში ქირურგიული ჩარევისათვის.

**გვერდითი მოვლენები და გართულებები:** მიაწოდეთ ქალს ინფორმაცია მოსალოდნელი გვერდითი მოვლენებისა და გართულებების შესახებ, აუხსენით თუ როდის უნდა მიმართოს კლინიკას დაუგეგმავი ვიზიტით.

**საჭიროების შემთხვევაში განმეორებითი ვიზიტი:** მიაწოდეთ პაციენტს ინფორმაცია, თუ როდის უნდა გამოცხადდეს განმეორებით ვიზიტზე, მედიკამენტური აბორტის სტატუსის შესაფასებლად და შემდგომი გართულებების გამორიცხვის მიზნით.

#### ცხრილი N2: პირველი ტრიმესტრის მედიკამენტური აბორტის გამოყენების წესი

ორსულობის ვადა	მიფეპრისტონი (პერორალური)	მიზოპროსტოლი	მიღების გზა
≤63 დღე	200 მგ	მიფეპრისტონის მიღებიდან 24-48 სთ-ის შემდეგ 800 მკგ. მიზოპროსტოლი.	*ბუკალური სუბლინგვალური ვაგინალური
64-70 დღე	200 მგ	მიფეპრისტონის მიღებიდან 24-48 სთ-ის შემდეგ 800 მკგ. მიზოპროსტოლი. საჭიროების შემთხვევაში განიხილიეთ მიზოპროსტოლის განმეორებითი დოზის მიწოდება 4 საათში.	*ბუკალური სუბლინგვალური ვაგინალური

### 8.4.2. მეორე ტრიმესტრის მედიკამენტური აბორტი

**კონსულტირება:** კონსულტირების დროს პაციენტს მიაწოდეთ ინფორმაცია მედიკამენტური აბორტის შემდეგი საკითხების შესახებ:

<p><b>მოქმედების მექანიზმი:</b> აუხსენით ქალს მიფეპრისტონისა და მიზოპროსტოლის მოქმედების მექანიზმი.</p> <p><b>პროცედურის ჩატარების ადგილი:</b> მხოლოდ კლინიკაში (სტაციონარში).</p> <p><b>გამოყენების წესი:</b> აუხსენით ქალს დეტალურად მიფეპრისტონისა და მიზოპროსტოლის მიღების წესი (მიფეპრისტონი, მიზოპროსტოლი ბუკალურად ან სუბლინგვალურად, განმეორებითი დოზები ყოველ 3 საათში).</p> <p><b>ეფექტურობის მაჩვენებელი:</b> აუხსენით ქალს, რომ მედიკამენტური აბორტის შემდეგ, დაახლოებით 8 %-ში, შეიძლება საჭირო გახდეს ქირურგიული ჩარევა. ქალი მზად უნდა იყოს მედიკამენტური აბორტის წარუმატებლობის შემთხვევაში ქირურგიული ჩარევისათვის.</p> <p><b>გვერდითი მოვლენები და გართულებები:</b> მიაწოდეთ ქალს ინფორმაცია მოსალოდნელი გვერდითი მოვლენებისა და გართულებების შესახებ.</p> <p><b>მეთვალყურეობა და განმეორებითი ვიზიტი:</b> მიაწოდეთ პაციენტს ინფორმაცია, რომ მეორე ტრიმესტრის აბორტის პროცედურის მსვლელობისას იგი იქნება სამედიცინო პერსონალის მეთვალყურეობის ქვეშ. ასევე, საჭიროების შემთხვევაში, მიაწოდეთ ინფორმაცია, თუ როდის უნდა გამოცხადდეს განმეორებით ვიზიტზე შემდგომი გართულებების გამორიცხვის მიზნით.</p>
---

### ცხრილი N3: მეორე ტრიმესტრის მედიკამენტური აბორტის გამოყენების წესი

ორსულობის ვადა	მიფეპრისტონი (პერორალური)	მიზოპროსტოლი	მიღების გზა
13 – 22 კვირა	200 მგ	მიფეპრისტონის მიღებიდან 24-48 სთ-ის შემდეგ 400 მკგ. მიზოპროსტოლი 3 სთ-იანი ინტერვალით ნაყოფისა და პლაცენტის სრულ გამოძევებამდე.	*ბუკალური სუბლინგვალური ვაგინალური

### 8.4.3. მედიკამენტური აბორტის გვერდითი მოვლენები, გართულებები და მკურნალობა

პირველი და მეორე ტრიმესტრის მედიკამენტური აბორტის გვერდითი მოვლენები, გართულებები და მკურნალობის ტაქტიკა აღწერილია ცხრილში N5 – მედიკამენტური აბორტის გვერდითი მოვლენები, გართულებები და მკურნალობა.

**ცხრილი N4: მედიკამენტური აბორტის გვერდითი მოვლენები, გართულებები და მკურნალობა**

გვერდითი მოვლენები და გართულებები	აღწერა	ტაქტიკა
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>სისხლდენა</b></li> </ul>	<p>ქალები, რომლებსაც უტარდებათ მედიკამენტური აბორტი სისხლდენა უგრძელდებათ 7-14 დღის განმავლობაში, მაგრამ არ ხდება ჰემოგლობინის დონის ცვლილება. სისხლის დანაკარგი დაკავშირებულია ორსულობის ვადასთან.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• აუხსენით პაციენტს, თუ როგორ უნდა შეაფასოს სისხლის დანაკარგი კლინიკიდან გაწერის შემდეგ.</li> <li>• თუ პაციენტი 1 სთ-ის განმავლობაში იცვლის ორ დიდ საფენს და ეს გრძელდება 2 საათი (4 ან 5 საფენს), მან აუცილებლად უნდა მიმართოს სამედიცინო დაწესებულებას.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>ძლიერი სისხლდენა</b></li> </ul>	<p>ჭარბი ან ძალიან გახანგრძლივებული სისხლდენა, რომელიც იწვევს ჰემოგლობინის სერიოზულ ცვლილებებს, იშვიათია.</p> <p>მწვავე ვაგინალური სისხლდენის ნიშნები:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ძლიერი ვაგინალური სისხლდენა ალისფერი სისხლით, კოლტებით ან მის გარეშე.</li> <li>2. სისუსტე, თავბრუსხვევა.</li> <li>3. სისხლით გაჟღენთილი ტამპონები, საფენები ან პირსახოცები.</li> <li>4. იქტერიულობა, სიფერმკრთალე (კონიუქტივა, ტუჩების ირგვლივ ან ხელის თითებზე)</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• შეამოწმეთ სასიცოცხლო ნიშნები</li> <li>• აწარმოეთ სისხლის დანაკარგის მონიტორინგი</li> <li>• გულისცემა, სისხლის წნევა</li> <li>• ჰემოგლობინი და ჰემატოკრიტი</li> <li>• სისხლის დანაკარგი (საფენების, ტამპონების რაოდენობა)</li> <li>• თუ არსებობს ჰემოდინამიკის დარღვევის ნიშნები, საჭიროა ინტრავენურად სითხეების გადასხმა</li> <li>• ჭარბი და გახანგრძლივებული სისხლდენის დროს საჭიროა ქირურგიული ჩარევა. დაახლოებით შემთხვევათა 1%-ში შეიძლება საჭირო გახდეს ქირურგიული აბორტი (ვაკუუმასპირაცია) და უფრო იშვიათად (0.1-0.2%) სისხლის გადასხმა.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>ტკივილი</b></li> </ul>	<p>ტკივილის ინტენსივობა:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• სუსტიდან ძლიერამდე</li> <li>• პირველი ტრიმესტრის აბორტის დროს პიკს აღწევს მიზოპროსტოლის</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ვერბალური ანესთეზია</li> <li>• სათბური</li> <li>• კომფორტული წოლა ან ჯდომა</li> </ul>

	<p>ადმინისტრირებიდან 1-3 საათში და ინტენსივობა ძლიერდება სანაყოფე პარკის გამოძევებისას და სწრაფად იკლებს მისი გამოძევების შემდეგ.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• მეორე ტრიმესტრის აბორტის დროს ტკივილის ინტენსივობა ძლიერდება სანაყოფე გარსების მთლიანობის დარღვევის და ნაყოფის გამოძევებისას. ინტენსივობა იკლებს ნაყოფისა და პლაცენტის გამოძევების შემდეგ.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• დამამშვიდებელი მუსიკა</li> <li>• ძლიერი ტკივილის შემთხვევაში: <ul style="list-style-type: none"> <li>• მიზოპროსტოლის პირველი დოზის მიღების შემდეგ არასტეროიდული ანთების საწინააღმდეგო პრეპარატები, დოზის გამეორება შესაძლებელია ყოველ 8 საათში.</li> <li>• უფრო ძლიერი ანალგეტიკები ტკივილის ინტენსივობის მიხედვით.</li> </ul> </li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>ტემპერატურის მომატება</b></li> </ul>	<p>მიზოპროსტოლი ხანდახან იწვევს ტემპერატურის მომატებას. მაღალი ტემპერატურა გრძელდება 1-3 საათის განმავლობაში. თუ ტემპერატურა გრძელდება 4 სთ-ზე მეტი ან რამდენიმე დღის განმავლობაში შესაძლებელია, ინფექციის არსებობა.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• მიეცით სიცხის დამწვევი საშუალებები</li> <li>• გააფრთხილეთ ქალი, რომ მან აუცილებლად უნდა მიმართოს სამედიცინო დაწესებულებას თუ მაღალი ტემპერატურა გრძელდება 4 სთ-ზე მეტი ან ტემპერატურა მატულობს მიზოპროსტოლის მიღებიდან 1 დღის შემდეგ.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>გულისრევა</b></li> <li>• <b>პირღებინება</b></li> </ul>	<p>გულისრევა და პირღებინება, ზოგადად, დაკავშირებულია ორსულობასა და აბორტის გამომწვევი პრეპარატების მიღებასთან. ეს მოვლენები შეიძლება განვითარდეს ან გაძლიერდეს მიფეპრისტონის მიღების შემდეგ და როგორც წესი, მიზოპროსტოლის მიღებიდან რამდენიმე საათში ქრება.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• პაციენტი დააწყნარეთ და აუხსენით რომ ეს მოვლენები ორსულობასთან არის დაკავშირებული.</li> <li>• მკვეთრად გამოხატული სიმპტომების შემთხვევაში გამოიყენეთ ღებინების საწინააღმდეგო საშუალებები</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>ფაღარათი</b></li> </ul>	<p>ფაღარათი აღენიშნება მიზოპროსტოლის გამოყენების შემდეგ ქალების 1/4-ს.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• დაამშვიდეთ პაციენტი, აუხსენით რომ ფაღარათი გამოწვეულია მიზოპროსტოლის მოქმედებით და მალე გაივლის.</li> </ul>

<ul style="list-style-type: none"> <li>• თავის ტკივილი</li> <li>• საერთო სისუსტე</li> <li>• თავბრუსხვევა</li> </ul>	<p>სიმპტომები ძალიან იშვიათია და ხშირად არ საჭიროებენ ჩარევას.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• დააწყნარეთ პაციენტი</li> <li>• მიეცით ანალგეტიკები</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• ინფექცია</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• მედიკამენტური აბორტის დროს მცირე მენჯის ღრუს ორგანოების ანთებითი დაავადებები ძალიან იშვიათია და შემთხვევათა 0.016 % შეადგენს. ინფექციის ნიშნებია: <ul style="list-style-type: none"> <li>• ციება, ტემპერატურა, საერთო დისკომფორტი</li> <li>• სუნიანი ვაგინალური გამონადენი</li> <li>• მუცლის ქვედა ნაწილში ტკივილი/დაჭიმულობა</li> <li>• საშვილოსნოს ყელიდან ძლიერი ლორწოვანი გამონადენი</li> <li>• შებერილი მუცელი</li> <li>• გახანგრძლივებული სისხლდენა (8 დღეზე მეტი)</li> <li>• ძლიერი ტკივილი ან მგრძობელობა საშვილოსნოს ყელის ტრაქციის დროს ბიმანუალური გასინჯვისას</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• მნიშვნელოვანია შეაფასოთ სეპტიური შოკის რისკი: <ul style="list-style-type: none"> <li><u>დაბალი რისკი:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ დაბალი ტემპერატურა,</li> <li>○ სასიცოცხლო ნიშნები სტაბილურია.</li> </ul> </li> <li><u>მაღალი რისკი:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ მაღალი ტემპერატურა</li> </ul> </li> </ul> </li> <li>• <u>შოკის ნიშნები:</u> სისხლის წნევის დაქვეითებისკენ ტენდენცია, პულსის მზარდი სიხშირე.</li> </ul> <p>თუ ინფექცია ლოკალიზებულია ან სეპტიური შოკის რისკი დაბალია გამოიყენეთ ფართო სპექტრის ანტიბიოტიკები (ინტრავენურად ან ინტრამუსკულარულად), რომელიც იმოქმედებს როგორც გრამდადებით, ისევე გრამუარყოფით ფლორაზე, ქლამიდიასა და ანაერობულ მიკროორგანიზმებზე.</p> <p>თუ ინფექცია გენერალიზებულია ან სეპტიური შოკის რისკი მაღალია:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• შეამოწმეთ სასიცოცხლო ნიშნები;</li> <li>• მიეცით ჟანგბადი 6-8 ლ/წუთში ზონდის ან ნიღბის საშუალებით;</li> <li>• დაიწყეთ ფართო სპექტრის ანტიბიოტიკების გამოყენება ინტრავენურად;</li> <li>• დაიწყეთ ინტრავენური გადასხმა 1ლ ფიზიოლოგიური ხსნარი 15-20 წუთში ან უფრო სწრაფად;</li> <li>• თუ ქალმა დაკარგა დიდი რაოდენობით სისხლი, განსაზღვრეთ ჰემოგლობინი და ჰემატოკრიტი და საჭიროების შემთხვევაში,</li> </ul>



		თუ HB<50 გ/ლ, ხოლო ჰემატოკრიტი $\leq 15$ , პაციენტს გადაუსხით სისხლი.
<ul style="list-style-type: none"> <li>დაუმთავრებელი აბორტი &lt;12 კვირა</li> </ul>	საშვილოსნოს ღრუში დარჩენილია არც თუ ისე უმნიშვნელო ნაწილები, რომელთა თავისთავად გამოძევება ექიმს საეჭვოდ მიაჩნია. მედიკამენტური აბორტი არაეფექტურია შემთხვევათა 2-8%.	<p>პირველი ტრიმესტრის აბორტის შემთხვევაში, პაციენტის მდგომარეობის შეფასების შემდეგ:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>გამოიყენეთ მოცდის მენჯემენტი და პაციენტი დაიბარეთ 7 დღის შემდეგ.</li> <li>ან მიეცით მიზოპროსტოლის განმეორებითი დოზა 400 მკგ სუბლინგვალურად ან 600 მკგ პერორალურად -ერთჯერადად,</li> <li>ან ჩაუტარეთ ვაკუუმასპირაცია.</li> </ul> <p>მეორე ტრიმესტრის აბორტის შემთხვევაში</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>განმეორებითი გამოიყენეთ მიზოპროსტოლი 400 მკგ ყოველ 3 საათში (სუბლინგვალურად, ბუკალურად, ვაგინალურად) ნაყოფის გამოძევებამდე</li> <li>ან ქირურგიული ჩარევა : დილატაცია და ევაკუაცია</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>არშემდგარი ორსულობა &lt;12 კვირა</li> </ul>	აბორტისათვის დამახასიათებელი კლინიკური ნიშნები არ აღინიშნება	<p>პირველი ტრიმესტრის აბორტის შემთხვევაში:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>მიეცით განმეორებითი მიზოპროსტოლის დოზა 400 მკგ სუბლინგვალურად ან 600 მკგ პერორალურად -ერთჯერადად და დაიბარეთ პაციენტი 7 დღის შემდეგ.</li> <li>ან ჩაუტარეთ ვაკუუმასპირაცია.</li> </ul> <p>მეორე ტრიმესტრის აბორტის შემთხვევაში</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>განმეორებითი გამოიყენეთ მიზოპროსტოლი 400 მკგ ყოველ 3 საათში (სუბლინგვალურად, ბუკალურად, ვაგინალურად) ნაყოფის გამოძევებამდე</li> </ul> <p>ან ქირურგიული ჩარევა : დილატაცია და ევაკუაცია</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>პროგრესირებადი ორსულობა</li> </ul>		ქირურგიული ჩარევა

## 8.5. რეკომენდაციები ტელემედიცინის შესახებ

რეკომენდირებულია პაციენტის პირისპირ კონსულტაციის ალტერნატივად ტელემედიცინის გამოყენება, რაც მოიცავს:

1. პაციენტის პირველად შეფასებას (უკუჩვენებების არარსებობის დადასტურება).
2. მედიკამენტის მიღებას სამედიცინო დაწესებულების გარეთ.
3. აბორტის შემდგომ კონსულტაციას (გართულებების შეფასება და შემდგომი კონტრაცეფცია).

### რეკომენდაციები მომსახურების მიწოდების საუკეთესო პრაქტიკის შესახებ

რეკომენდაცია არ ეწევა სერვისის მიწოდების ერთ რომელიმე პრაქტიკას. არჩევანი სერვისის მიწოდებლისა, ლოკაციისა და სერვისის ხასიათის შესახებ, უნდა გაკეთდეს ორსული ქალის მიერ. შესაძლებელია ტელემედიცინის სერვისის მიწოდების სხვადასხვა ვარიანტები ან მათი კომბინაცია.

რადგან შესაძლებელია, არსებობდეს სერვისის მიწოდების სხვადასხვა მიდგომა, მნიშვნელოვანია დაცული იქნას შემდეგი:

- მეცნიერულად ზუსტი, გასაგები ინფორმაციის ხელმისაწვდომობა ყველა ეტაპზე;
- მედიკამენტებზე ხელმისაწვდომობა (მათ შორის ტკივილის მართვის მედიკამენტები);
- სარეზერვო რეფერალური მხარდაჭერა სურვილის შემთხვევაში ან საჭიროების შემთხვევაში;
- წვდომა კონტრაცეპტივების შესაბამის არჩევანთან მათთვის, ვისაც სურს აბორტის შემდგომი კონტრაცეფცია.

### მედიკამენტური აბორტის მიწოდება ტელემედიცინის საშუალებით < 10 კვირაზე

რეკომენდაციები მედიკამენტური აბორტისთვის <10 კვირაზე (მიფეპრისტონის და მიზოპროსტოლის კომბინაციის გამოყენებით):

რეკომენდებულია სამედიცინო აბორტის პროცესის მთლიანად ან რომელიმე ჩამოთვლილი სამი კომპონენტიდან ტელემედიცინის საშუალებით განხორციელება.

პროცესის კომპონენტებია:

- მეთოდის გამოყენების შეფასება (ორსულობის ხანგრძლივობის განსაზღვრა; უკუჩვენებების გამორიცხვა);
- მედიკამენტების მიღება სამედიცინო დაწესებულების გარეთ და უშუალო მეთვალყურეობის გარეშე;
- აბორტის გამოსავლის შეფასება.

#### 8.5.1. მედიკამენტური აბორტის სერვისის მიწოდება დისტანციური კონსულტაციის საშუალებით

მედიკამენტური აბორტი დისტანციური კონსულტაციის საშუალებით წარმოადგენს ტელეკომუნიკაციების გამოყენებას (ტელეფონი, ტექსტური შეტყობინებები, ელექტრონული ფოსტა, ვიდეო კონფერენცია) აბორტის სერვისში ერთი ან მეტი ელემენტის უზრუნველსაყოფად, როგორცაა აბორტის წინა კონსულტაცია, შეფასება მისაღებია თუ

არა მეთოდი ორსული ქალისთვის, მედიკამენტების მიწოდება, პროცესის ინსტრუქციები, პროცედურის შედეგების შემდგომი შეფასება.

**შესაძლებელია სერვისის სამი მოდელის გამოყენება პაციენტის არჩევანის გათვალისწინებით:**

- 1) პაციენტი ტელეფონით უკავშირდება კლინიკას/ექიმს მედიკამენტური აბორტის სერვისის შესახებ ინფორმაციის მისაღებად. პაციენტს მიაწოდეთ სრული ინფორმაცია არსებული სერვისების შესახებ და ჩაუტარეთ აბორტისწინა სატელეფონო კონსულტაცია. პაციენტს მიაწოდეთ ინფორმაცია არსებული აპლიკაციის შესახებ, სთხოვეთ დაარეგისტრირდეს დღევანდელი სატელეფონო კონსულტაცია და ჩანიშნოს მომდევნო ვიზიტი რეგულაციების შესაბამისად. აპლიკაციის საშუალებით შერჩეული პირადი ვიზიტის დროს, მას ჩაუტარდება საჭიროების მიხედვით 8.3.1 ქვეთავში მოცემული კვლევები და გადაეცემა მიფეპრისტონის და მიზოპროსტოლის აბები, აგრეთვე ჩაუტარდება დამატებითი კონსულტაცია მედიკამენტური აბორტის შესახებ პროტოკოლის მიხედვით. აბორტის გამოსავლის შეფასება დისტანციურად. საჭიროების შემთხვევაში შესაძლებელია ვიზიტის განხორციელება (ექიმის გადაწყვეტილებით).
- 2) პაციენტი პირადად მიმართავს კლინიკას არასასურველი ორსულობის შეწყვეტის მიზნით. პაციენტს მიაწოდეთ ინფორმაცია დისტანციური კონსულტაციის შესახებ და განუმარტეთ, რომ მას შეუძლია შემდგომი ვიზიტი/ები განახორციელოს დისტანციურად. თუ ქალი თანახმაა, ჩაუტარეთ კონსულტირება მედიკამენტური აბორტის შესახებ, ჩაუტარეთ საჭიროების მიხედვით 8.3.1 ქვეთავში მოცემული კვლევები, მოაწესრიგეთ ყველა აუცილებელი დოკუმენტაცია და მიაწოდეთ ინფორმაცია არსებული აპლიკაციის შესახებ. აპლიკაციის საშუალებით მას შეუძლია ჩანიშნოს დისტანციური ვიზიტი კლინიკაში რეგულაციების შესაბამისად. სატელეფონო ან ვიდეო კონსულტაციის შემდეგ ქალს შესაძლებელია მიეწოდოს აბები ფოსტის ან კურიერის საშუალებით, აბების შეძენა აგრეთვე შესაძლებელია ავთიაქში ელექტრონული რეცეპტის საფუძველზე. აბორტის გამოსავლის შეფასება დისტანციურად. საჭიროების შემთხვევაში შესაძლებელია ვიზიტის განხორციელება (ექიმის გადაწყვეტილებით).
- 3) პაციენტი უკავშირდება კლინიკას/ექიმს ვიზიტის ჩასანიშნად მედიკამენტური აბორტის სერვისის მისაღებად. პაციენტს მიაწოდეთ სრული ინფორმაცია არსებული სერვისების შესახებ და ჩაუტარეთ აბორტისწინა სატელეფონო კონსულტაცია. პაციენტს მიაწოდეთ ინფორმაცია არსებული აპლიკაციის შესახებ და სთხოვეთ დაარეგისტრირდეს დღევანდელი სატელეფონო კონსულტაცია და ჩანიშნოს მომდევნო დისტანციური/ სატელეფონო ვიზიტი რეგულაციების შესაბამისად. ორსულობის დამადასტურებელი ტესტის/გამოკვლევის (8.3.1 ქვეთავში მოცემული კვლევები) შედეგები შესაძლებელია გაგზავნილ იქნეს ექიმთან ელექტრონული ფოსტის ან სატელეფონო აპლიკაციების საშუალებით (WhatsApp, Viber, Telegram ა.შ). სატელეფონო ან ვიდეო კონსულტაციის შემდეგ ქალს შესაძლებელია მიეწოდოს აბები ფოსტის ან კურიერის საშუალებით, აბების შეძენა აგრეთვე შესაძლებელია ავთიაქში ელექტრონული რეცეპტის საფუძველზე. აბორტის გამოსავლის შეფასება დისტანციურად. საჭიროების შემთხვევაში შესაძლებელია ვიზიტის განხორციელება (ექიმის გადაწყვეტილებით).

## 8.6. ქირურგიული აბორტი

### 8.6.1. საშვილოსნოს ყელის მომზადება

- ქირურგიული აბორტის წინ საშვილოსნოს ყელის მომზადება რეკომენდებულია ყველა ქალისთვის 12 კვირაზე მეტ გესტაციურ ვადაზე. თუმცა, შესაძლებელია, ეს პროცედურა ჩაატაროთ ორსულობის ნებისმიერ ვადაზე (რეკომენდაციის სიძლიერე: ძლიერი).
  - საშვილოსნოს ყელის ადექვატური დამუშავება ამცირებს მეორე ტრიმესტრის ქირურგიულ აბორტთან დაკავშირებულ ავადობას, მათ შორის, საშვილოსნოს ყელის დაზიანების, საშვილოსნოს პერფორაციისა და არასრული აბორტის რისკებს.
  - საშვილოსნოს ყელის მომზადების დროს საჭიროების მიხედვით გამოიყენება ანალგეტიკები (როგორცაა, იბუპროფენი) და/ან ნარკოტიკები, ასევე პერორალური ანქსიოლიტიკები. მაქსიმალური ეფექტის მისაღებად, უმჯობესია, ეს მედიკამენტები პაციენტს დაენიშნოს პროცედურამდე.

თუ საშვილოსნოს ყელის დამუშავების დროს დაიწყო მძიმე ვაგინალური სისხლდენა, დაუყოვნებლივ ჩაატარეთ ევაკუაციის პროცედურა.

- პირველ ტრიმესტრში ქირურგიული აბორტის წინ რეკომენდებულია საშვილოსნოს ყელის მომზადების ერთ-ერთი შემდეგი მეთოდის გამოყენება:
  - მიფეპრისტონი 200 მგ ორალურად, პროცედურამდე 24-48 საათით ადრე
  - მიზოპროსტოლი 400 მკგ, სუბლინგვალურად, პროცედურამდე 1-2 საათით ადრე (მეტად ეფექტურია) ან
  - მიზოპროსტოლი 400 მკგ, ვაგინალურად ან ბუკალურად პროცედურამდე 2-3 საათით ადრე; (რეკომენდაციის სიძლიერე: ძლიერი).
  - ოსმოლარული დილატატორების გამოყენება საშვილოსნოს ყელის მომწიფების მიზნით რეკომენდებული არ არის.
- ყველა ქალს, 12 კვირაზე მეტი გესტაციის ვადით, დილატაცია&ევაკუაციის (D&E) დროს შესთავაზეთ საშვილოსნოს ყელის მომზადების პროცედურა.
- 12-21+6 კვირამდე ქირურგიული აბორტის შემთხვევაში შესთავაზეთ ან მხოლოდ მედიკამენტური მომზადება (უპირატესად მიფეპრისტონისა და მიზოპროსტოლის კომბინაცია) და ასევე ოსმოლარული დილატატორის გამოყენება.
- 12 დან 21+6კვირამდე ქირურგიული აბორტისას ყელის მომზადების მიზნით ოსმოლარული დილატატორის მოთავსებისას შემდგომი პროცედურა უნდა დაიგეგმოს არაუგვიანეს 2 დღისა.

ცხრილი N5: საშვილოსნოს ყელის დამუშავება ქირურგიული აბორტის წინ

მიზოპროსტოლი	ორსულობის ვადა	
	≤ 12 კვირა	>12 კვირა
დოზა	400 მკგ	400 მკგ
მიღების გზა	ვაგინალური ან	ვაგინალური

	სუბლინგვალური	
მიღების დრო	პროცედურამდე 3-4 საათით ადრე	პროცედურამდე 3-4 საათით ადრე

საშვილოსნოს ყელის მომზადების პროცედურის დროს მიზოპროსტოლის გამოყენებისას გაითვალისწინეთ:

- მიზოპროსტოლის გამოყენების შემდეგ შესაძლებელია აღინიშნოს მცირე სისხლდენა ან სპაზმი;
- მიზოპროსტოლის მიღების შემდეგ ქალი იმყოფება მისთვის კომფორტულ გარემოში;
- თუ მიზოპროსტოლის ერთჯერადი დოზის მიღების შემდეგ საშვილოსნოს ყელის დილატაცია არასაკმარისია, გამოიყენეთ მიზოპროსტოლის განმეორებითი დოზა.

12 კვირაზე ნაკლები გესტაციური ვადის დროს საშვილოსნოს ყელის მომზადება რუტინულად არ არის რეკომენდებული, თუმცა, ამ პროცედურას გამოიყენებთ ორსულობის ნებისმიერ ვადაზე განსაკუთრებით შემდეგი კატეგორიის ქალებში.

- საშვილოსნოს ყელის ანომალიის დროს;
- ანამნეზში ქირურგიული ჩარევის ეპიზოდის არსებობისას;
- მოზარდებისა და დიდი გესტაციური ვადის მქონე ქალებისთვის.

#### 8.6.2. პროფილაქტიკური ანტიბიოტიკოთერაპია

6. ყველა ქალს, ქირურგიული აბორტის დროს, პრე- ან პერიოპერაციულად დაუნიშნეთ ანტიბიოტიკი, მიუხედავად მათი რისკისა მცირე მენჯის ღრუს ინფექციების განვითარების მიმართ. (რეკომენდაციის სიძლიერე: ძლიერი).

- ანტიბიოტიკების ნაკლებობამ არ უნდა შეუშალოს ხელი აბორტზე ხელმისაწვდომობას;
- ეფექტურია ნიტროიმიდაზოლის, ტეტრაციკლინის ან პენიცილინის ერთჯერადი დოზის გამოყენება.

#### 8.6.3. Rh ალოიმუნიზაცია < 12 კვირის გესტაციის ვადის ქირურგიულ აბორტებში

<12 კვირის გესტაციის ვადაზე ქირურგიული აბორტებისას Anti D იმუნოგლობულინის გამოყენება რეკომენდებული არ არის.

#### 8.6.4. პირველი ტრიმესტრის (≤ 12 კვირა) ქირურგიული აბორტი

##### კლინიკური ასპექტები

8. ვაკუუმ-ასპირაცია (მანუალური ან ელექტრო) არის ქირურგიული აბორტის მეთოდი, რომელიც რეკომენდებულია ორსულობის პირველ ტრიმესტრში (≤ 12 კვირა). პროცედურა რუტინულად არ დაასრულოთ ბასრი კიურეტაჟით. დილატაცია და კიურეტაჟი (D&C) თუ ისევ რჩება პრაქტიკაში, ჩაანაცვლეთ ვაკუუმ-ასპირაციით. (რეკომენდაციის სიძლიერე: ძლიერი).

##### ქირურგიული აბორტის პროცედურა

1. მოამზადეთ პაციენტი.

პროცედურის დაწყებამდე სთხოვეთ ქალს დაცალოს შარდის ბუშტი და დაეხმარეთ, რომ მოთავსდეს გინეკოლოგიურ მაგიდაზე ზურგზე;

**2. დაიბანეთ ხელები, გაიკეთეთ დამცავი ბარიერები, სტერილური ხელთათმანების ჩათვლით.**

**3. აწარმოეთ ბიძანუალური გამოკვლევა და გასინჯეთ გინეკოლოგიური სარკეების გამოყენებით;**

- საშვილოსნოს ზომისა და მდებარეობის შესაფასებლად ჩაატარეთ ბიძანუალური გამოკვლევა,
- გინეკოლოგიური სარკეების გამოყენებით დაათვალიერეთ საშვილოსნოს ყელი ვიზუალურად.

**4. დაამუშავეთ საშვილოსნოს ყელი ანტისეპტიკური საშუალებებით:**

საშვილოსნოს ყელის არაალკოჰოლური ანტისეპტიკური ხსნარით დამუშავება დაიწყეთ საშვილოსნო ყელის პირის არედან სპირალური მოძრაობით და გააგრძელოთ საშვილოსნოს ყელის ბოლომდე. ანტისეპტიკური ხსნარით სრულად დამუშავეთ საშვილოსნოს ყელი. ამასთან, ყოველი განმეორებითი სპირალური მოძრაობის დაწყების დროს გამოიყენეთ ახლი ღრუბელი.

**5. განახორციელეთ პარაცერვიკალური ბლოკადა (იხ. თავი 8.3. გაუტკივარება):**

**6. გააფართოვეთ საშვილოსნოს ყელი:**

საშვილოსნოს ყელის მექანიკური გაფართოება საჭირო არ არის, იმ შემთხვევაში თუ საშვილოსნოს არხში თავისუფლად მოთავსდება შესაბამისი ზომის კანულა. თუ საშვილოსნოს ყელი დახურულია ან არასაკმარისადა გახსნილი, ჩაატარეთ დილატაცია მექანიკური დილატატორების საშუალებით. არასრული აბორტის დროს ხშირად საშვილოსნოს ყელი საკმარისად გაფართოებულია და ამიტომ ჩარევას არ საჭიროებს.

საშვილოსნოს ყელის გაფართოების ტექნიკა:

- ყურადღებით გამოიკვლიეთ საშვილოსნოსა და საშვილოსნოს ყელის მდებარეობა, საშვილოსნოს ღერძის მდებარეობის გასწორების მიზნით ტყვიის მამებით (ატრამვული დამჭერი) განახორციელეთ ტრაქცია და ამის შემდეგ, დაიწყეთ საშვილოსნოს ყელის დილატაცია შესაბამისი ზომის დილატატორით (თავდაპირველად, საშვილოსნოს ყელის დილატაციისთვის გამოიყენეთ ყველაზე პატარა დილატატორი).

**7. მოათავსეთ კანულა საშვილოსნოს ღრუში:**

საშვილოსნოს ტრაქციის დროს, საშვილოსნოს ყელის ადექვატური დილატაციის შემდეგ, კანულა მოათავსეთ საშვილოსნოს ღრუში. დაუშვებელია საშვილოსნოს არხში კანულას ძალდატანებით მოთავსება, საშვილოსნოსა და საშვილოსნოს ყელის ტრამვული დაზიანების თავიდან აცილების მიზნით.

- საშვილოსნოს პერფორაციის ნიშნების შემთხვევაში შეწყვიტეთ პროცედურა.

კანულას ზომა უნდა შეირჩეს საშვილოსნოს ზომისა და საშვილოსნოს ყელის დილატაციის ხარისხის გათვალისწინებით. ძალიან პატარა კანულას გამოყენება არაეფექტურია, რის

შედეგადაც შესაძლებელია განვითარდეს არასრული აბორტი, საშვილოსნოს შიგთავსის არასრული ასპირაცია ან ორსულობის გაგრძელება.

**ცხრილი N6: ასპირაციის დროს კანულას ზომის შერჩევა**

საშვილოსნოს ზომა (უკანასკნელი მენსტრუალური ციკლის შემდეგ კვირების რაოდენობა)	კანულას რეკომენდებული ზომა (მმ)
4-6	4-7
7-9	5-10
9-12	8-12
12-14	10-14

**ხელშეუხებლობის (“no-touch”) ტექნიკა**

ასპირაციის პროცედურის დროს სამედიცინო პერსონალმა უნდა დაიცვას ხელშეუხებლობის ტექნიკა, რომლის თანახმად პროცედურის დროს დაუშვებელია ინსტრუმენტებით არასტერილური ზედაპირისა და საგნების შეხება, ვაგინალური კედლების ჩათვლით (კანულას მოთავსებამდე), კერძოდ:

- ინსტრუმენტების ხელით შეხება დაშვებულია მხოლოდ მათ შუა ნაწილამდე (დაუშვებელია ინსტრუმენტის წვერის ხელით შეხება);
- კანულას ვაკუუმის წყაროსთან მიერთების დროს დაუშვებელია კანულას წვერის ხელით შეხება;
- გამოყენებული ინსტრუმენტები მოათავსეთ სტერილური ინსტრუმენტებისგან განცალკევებულ ადგილას.

**8. მოახდინეთ საშვილოსნოს შიგთავსის ასპირაცია:**

ვაკუუმ ასპირატორი მიუერთეთ კანულას. ერთ ხელში გეჭიროთ ტყვიის მამები და მეორე ხელში კანულასთან მიერთებული ასპირატორი.

- ასპირაცია დაიწყეთ მას შემდეგ, რაც კანულას თავი მოთავსდება საშვილოსნოს ღრუში;
- საშვილოსნოს შიგთავსის ევაკუაცია ხორციელდება ყველა მხარეს კანულას 1800-იანი ბრუნვით. მიუხედავად იმისა, რომ კანულაში შეინიშნება სისხლი და ქსოვილები, დაუშვებელია კანულას გამოტანა საშვილოსნოს ყელიდან, რათა თავიდან ავიცილოთ შიგთავსის არასრული ევაკუაცია;
- იმ შემთხვევაში, თუ მანუალური ვაკუუმ-ასპირატორი (MVA) ასპირირებული შიგთავსით გადაივსება, მოაშორეთ ასპირატორი კანულას ისე, რომ კანულა დარჩეს საშვილოსნოს ღრუში, დაცალეთ ასპირატორი სპეციალურ კონტეინერში და აღადგინეთ ვაკუუმი. პროცედურა გაიმეორეთ საშვილოსნოს სრულ ევაკუაციამდე.

საშვილოსნოს სრულ ევაკუაციაზე მიუთითებს შემდეგი ნიშნები:

- კანულაში შესამჩნევია მხოლოდ წითელი ან ვარდისფერი ქაფი, ასპირირებული ქსოვილების გარეშე;
- საშვილოსნოს ღრუში კანულას მოძრაობის დროს არის ხორკლიან ზედაპირზე მოძრაობის (ქვიშის) შეგრძნება.
- ქალი გრძნობს ინტენსიური ხასიათის ტკივილს ან სპაზმს, რაც საშვილოსნოს შეკუმშვაზე მიუთითებს.

პროცედურის დასრულების შემდეგ, საშვილოსნოს ღრუდან გამოიღეთ კანულა და ტყვიის მაშები, საშვილოსნოს ყელი გაწმინდეთ სტერილური ბამბით და შეაფასეთ სისხლდენა.

#### **9. დაათვალიერეთ/შეაფასეთ ასპირირებული მასალა/ქსოვილები;**

ქირურგიული აბორტის დროს, დასრულებული აბორტის დასადასტურებლად, დაუყოვნებლივ დაათვალიერეთ-შეაფასეთ ასპირირებული მასალა, შეაფასეთ ჩანასახოვანი პროდუქტების რაოდენობა და გესტაციურ ვადებთან მისი შესაბამისობა. ასპირირებული მასალა გარეცხეთ გამდინარე წყლით (საცერზე), შემდეგ გადაიტანოთ პეტრის ფინჯანზე და სინათლის წყაროზე ზემოდან ყურადღებით დაათვალიერეთ;

- 6 კვირის გესტაციური ვადის ორსულობის შემდეგ შესაძლებელია ჩანასახოვანი პროდუქტების შეფასება ქორიონის ბუსუსებით;
- 9 კვირის გესტაციური ვადის ორსულობის შემდეგ ხილულია ჩანასახის ნაწილები;
- თუ ასპირირებულ მასალაში არ აღინიშნება სავარაუდო ჩანასახოვანი პროდუქტები, ეჭვი მიიტანეთ საშვილოსნოსგარე ორსულობაზე;
- თუ ასპირირებული ქსოვილები მცირეა და არ შეესაბამება ორსულობის გამოთვლილ ვადას, ეჭვი მიიტანეთ დაუმთავრებელ აბორტზე, პროცედურამდე განვითარებულ სპონტანურ აბორტზე ან ანატომიურ ანომალიაზე;
- თუ ვიზუალური შეფასების შედეგები არადადამაჯერებელია, მასალა გააგზავნეთ ჰისტოპათოლოგიური გამოკვლევისთვის პათოლოგანატომიურ ლაბორატორიაში.

#### **10. ჩაატარეთ სხვა თანმხლები პროცედურები;**

ასპირაციის დასრულების შემდეგ ჩაატარეთ სხვა პროცედურები საჭიროების მიხედვით, როგორცაა, სმგ მოთავსება და სხვ.

პროცედურის შემდგომ მახვილი კიურეტით საშვილოსნოს ღრუს „შემოწმება“ რეკომენდებული არ არის.

#### **11. ინსტრუმენტების დამუშავება;**

ვაკუუმ-ასპირაციის შემდეგ მოახდინეთ გამოყენებული ინსტრუმენტების დამუშავება დადგენილი წესის შესაბამისად (იხ. თავი 8.5.5. ინფექციის პრევენცია და კონტროლი).

### **8.6.5 მეორე ტრიმესტრის (>12 კვირა) ქირურგიული აბორტი**

#### **კლინიკური ასპექტები**

9. 12 კვირაზე მეტი გესტაციური ვადის ქირურგიული აბორტის დროს გამოიყენება დილატაცია და ევაკუაცია (D&E).
10. 12 კვირაზე მეტი გესტაციური ვადის აბორტის დროს რეკომენდებულია როგორც დილატაცია/ევაკუაცია (D&E), ასევე მედიკამენტური მეთოდები (მიფეპრისტონი და მიზოპროსტოლი). სამეანო-გინეკოლოგიურმა დაწესებულებებმა, პერსონალის გამოცდილებისა და ტრენინგების ხელმისაწვდომობის გათვალისწინებით, უნდა შესთავაზონ ორივე ან სულ მცირე ერთი ზემოხსენებული მეთოდი. (რეკომენდაციის სიძლიერე: ძლიერი).
11. ორსულობის (>12კვირა) დილატაცია და ევაკუაციის (D&E) წინ ყველა ქალს ჩატარეთ საშვილოსნოს ყელის მომზადების პროცედურა, რომლის რეკომენდებული მეთოდია მიფეპრისტონი მიზოპროსტოლის გამოყენება (რეკომენდაციის სიძლიერე: ძლიერი)



## ქირურგიული აბორტის პროცედურა

### 1. მოამზადეთ პაციენტი

პროცედურის დაწყებამდე სთხოვეთ ქალს დაცალოს შარდის ბუშტი და დაეხმარეთ, რომ მოთავსდეს გინეკოლოგიურ მაგიდაზე ზურგზე.

### 2. დაიბანეთ ხელები, გაიკეთეთ დამცავი ბარიერები, სტერილური ხელთათმანების ჩათვლით.

### 3. აწარმოეთ ბიძანუალური გამოკვლევა და გასინჯეთ გინეკოლოგიური სარკეების გამოყენებით:

- საშვილოსნოს ზომისა და მდებარეობის შესაფასებლად ჩაატარეთ ბიძანუალური გამოკვლევა,
- გინეკოლოგიური სარკეების გამოყენებით დაათვალიერეთ საშვილოსნოს ყელი ვიზუალურად.

### 4. დაამუშავეთ საშვილოსნოს ყელი ანტისეპტიკური საშუალებებით;

საშვილოსნოს ყელის არაალკოჰოლური ანტისეპტიკური ხსნარით დამუშავება დაიწყეთ საშვილოსნო ყელის პირის არედან სპირალური მოძრაობით და გააგრძელეთ საშვილოსნოს ყელის ბოლომდე. ანტისეპტიკური ხსნარით სრულად დაამუშავეთ საშვილოსნოს ყელი. ამასთან, ყოველი განმეორებითი სპირალური მოძრაობის დაწყების დროს გამოიყენეთ ახლი ღრუბელი.

### 5. განახორციელეთ პარაცერვიკალური ბლოკადა (ან გადადით მე-6 საფეხურზე) (იხ. თავი 8.3. გაუტკივარება);

### 6. შეაფასეთ საშვილოსნოს ყელის დილატაცია:

მოახდინეთ საშვილოსნოს ყელის გაფართოება დილატატორებით, ჩამოიტანეთ საშვილოსნოს ყელი საშოში და იმისათვის, რომ შეაფასოთ დილატაციის ადექვატურობა, საშვილოსნოს ყელში მოათავსეთ დიდი ზომის დილატატორი ან აბორტკანგი. თუ ვერ მოხერხდა ინტრუმენტების საშვილოსნოს ყელში მოთავსება, ჩაატარეთ განმეორებითი დილატაცია საშვილოსნოს ყელის მომზადების ან მექანიკური დილატაციის გზით.

### 7. ჩაატარეთ ამნიოტომია და ამნიონური სითხის ასპირაცია:

კანულა (14 მმ დიამეტრის კანულა - მანუალური ვაკუუმ-ასპირაციის დროს, 14 -16 მმ დიამეტრის კანულა - ელექტრო ვაკუუმ-ასპირაციის დროს), რომელიც მიერთებულია ასპირატორზე, მოათავსეთ საშვილოსნოს ყელის გავლით საშვილოსნოს ღრუში და დაიწყეთ ამნიონური სითხის ასპირაცია. თუ კანულა ნაკლები ზომისაა, მაშინ ასპირაციის შემდეგ დამატებით გამოიყენეთ აბორტკანგი.

- როგორც წესი, კანულას ზომა გესტაციური ვადის ექვივალენტურია ან 1-2 მმ-ით ნაკლებია შესაბამის გესტაციურ ვადაზე.
- ამნიონური სითხის ასპირაცია ტარდება იმავე ტექნიკით, როგორც პირველი ტრიმესტრის ქირურგიული აბორტის დროს. ამნიონური სითხის ასპირაცია განახორციელეთ კანულას 1800-იანი ბრუნვით ყველა მხარეს. როდესაც საშვილოსნოს შიგთავსის ევაკუაცია დასრულდება, ასპირაციის დაწყებიდან დაახლოებით 1-2 წთ-ის შემდეგ, გამოიღეთ კანულა საშვილოსნოს ღრუდან;

## **8. განახორციელეთ საშვილოსნოს ევაკუაცია:**

- თუ შესაძლებელია, საშვილოსნოს ევაკუაცია დაასრულეთ საშვილოსნოს ღრუს ყველაზე ქვედა ნაწილში;
- თავი აარიდეთ საშვილოსნოს ღრუში ღრმად მანიპულირებას, განსაკუთრებით, ქირურგიული ინსტრუმენტებით ჰორიზონტალურ პოზიციაში;
- განახორციელეთ საშვილოსნოს ევაკუაცია აბორტცანგით; საშვილოსნოს ღრუში ღრმად მანიპულაცია დაკავშირებულია პერფორაციის მაღალ რისკთან;
- საშვილოსნოს პერფორაციის ნიშნების შემთხვევაში შეწყვიტეთ პროცედურის წარმოება;
- როცა გართულებულია ჩანასახის ნაწილების იდენტიფიკაცია, მათი მდებარეობის დაზუსტების მიზნით ჩაატარეთ ულტრასონოგრაფიული გამოკვლევა; თუ შეუძლებელია საშვილოსნოს ღრუდან ნაყოფის ნაწილების გამოდევნა, გამოიყენეთ ერთ-ერთი შემდეგი უტეროტონული საშუალება:
  - 400-600 მკგ მიზოპროსტოლი სუბლინგვალურად, პერორალურად ან ბუკალურად;
  - ოქსიტოცინი მაღალი დოზით, 20 ერთეული 500მგ ფიზიოლოგიურში ან რინგერის ხსნარში განზავებული, 30 წვეთი წუთში;
  - შეაფასეთ 3-4 საათის შემდეგ და გაიმეორეთ საშვილოსნოს ევაკუაციის პროცედურა.

## **9. დაათვალიერეთ/შეაფასეთ ქირურგიული აბორტის მასალა/ქსოვილები:**

საშვილოსნოს ევაკუაციის შემდეგ შეაფასეთ აბორტის შედეგად მიღებული მასალა, რათა დარწმუნდეთ, რომ აბორტი დასრულებულია, კერძოდ: კიდურები, პლაცენტა, გულმკერდი, ხერხემალი, თავის ქალა.

თუ აბორტის მასალის გამოკვლევა მიუთითებს დაუსრულებელ აბორტზე, განახორციელეთ საშვილოსნოს ევაკუაცია, ან აბორტის დასრულების დადასტურების მიზნით ჩაატარეთ ულტრასონოგრაფიული კვლევა.

## **10. ჩაატარეთ სხვა თანმხლები პროცედურები:**

ასპირაციის დასრულების შემდეგ, საჭიროების მიხედვით, ჩაატარეთ სხვა პროცედურები როგორცაა, სშგ მოთავსება, მილების ლიგირება და სხვ.

პროცედურის შემდგომ მახვილი კიურეტით საშვილოსნოს ღრუს „შემოწმება“ რეკომენდებული არ არის.

## **11. ინსტრუმენტების დამუშავება**

ქირურგიული ჩარევის შემდეგ მოახდინეთ გამოყენებული ინსტრუმენტების დამუშავება დადგენილი წესების დაცვით (იხ. თავი 8.5.5. ინფექციის პრევენცია და კონტროლი).

### **8.6.6. ინფექციის პრევენცია და კონტროლი**

ქირურგიული აბორტის შემდგომი ინფექციის შემცირება შესაძლებელია პროფილაქტიკური ანტიბიოტიკოთერაპიით, ხელშეუხებლობის ტექნიკის დაცვით, ინსტრუმენტების სათანადო დეზინფექციით ან სტერილიზაციით.

აბორტის პროცედურების დროს აუცილებელია ინფექციის პრევენციისა და კონტროლის სტანდარტული ზომების დაცვა, როგორცაა:

- ხელების დაბანა (ხელების ქირურგიული დეზინფექცია);
- დამცავი ბარიერების გამოყენება (ხელთათმანები, სამედიცინო ფორმები, ნიღბები, დამცავი სათვალე და ბახილები);
- ადეკვატური დეზინფექციისა და სტერილიზაციის უზრუნველყოფა (იხ. დანართი N3: ინსტრუმენტების წინასასტერილიზაციო დამუშავება და სტერილიზაცია);
- ასეპტიური ტექნიკა (პროცედურამდე საშვილოსნოს ყელის დამუშავება ანტისეპტიკური საშუალებებით, მაგ: ბეტადინით);
- ბასრი და მჭრელი საგნებისადმი უსაფრთხო მოპყრობა და შეგროვება (შპრიცი ნემსიანად დაუყოვნებლივ ჩააგდეთ ერთჯერად, გახვრეტისადმი მედეგ უსაფრთხო ყუთში, რომელიც გამოიყენება ნახმარი საინექციო აღჭურვილობის უსაფრთხო შეგროვებისათვის. აკრძალულია, გამოყენებული შპრიცების და ნემსების გადაყრა ღია, ადვილად მისაწვდომ ადგილას, სადაც შესაძლებელია მათზე ფეხის დადგმა და/ან აღება, ასევე, გადაყრა საყოფაცხოვრებო ნარჩენებთან ერთად).
- გამოყენების შემდეგ ინსტრუმენტებისა და მასალების უსაფრთხო დამუშავება/სტერილიზაცია. ბასრი იარაღების რეცხვა და წინასასტერილიზაციო დამუშავება განახორციელეთ დამცავი ხელთათმანების გამოყენებით.
- სამედიცინო დაწესებულებაში ინფექციური კონტროლის ღონისძიებების შესახებ დეტალური ინფორმაციისთვის იხილეთ გაიდლაინი ”ინფექციური კონტროლი სამედიცინო დაწესებულებებში”<sup>3</sup>.

#### 8.6.7. ქირურგიული აბორტის გართულებები და მათი მკურნალობა

უსაფრთხო ქირურგიული აბორტის შემდგომ სიცოცხლისათვის საშიში გართულებებისა და ლეტალური გამოსავლის განვითარების რისკი უკიდურესად მცირეა. იშვიათად, ქალს შესაძლებელია დასჭირდეს დაუყოვნებელი სამედიცინო დახმარების აღმოჩენა, რისთვისაც მისთვის 24 საათის განმავლობაში ხელმისაწვდომი უნდა იყოს გადაუდებელი სამედიცინო მომსახურება ან აღნიშნული დაუყოვნებლივ უნდა განხორციელდეს სხვა რეფერალურ დაწესებულებაში. მნიშვნელოვანია პაციენტს განემარტოს, რომ პროცედურის შემდგომ განმეორებით ვიზიტი აუცილებლობას არ წარმოადგენს თუმცა მნიშვნელოვანია ავუხსნათ, პროგრესირებადი ორსულობის ნიშნები (წარუმატებელი პროცედურის აღმოსაჩენად), აგრეთვე სიცოცხლისთვის საშიში გართულებების კლინიკური ნიშნები როგორცაა: ძლიერი სისხლდენა, ტკივილი რომელიც არ ყუჩდება მედიკამენტებით და ცხელება.

<sup>3</sup> <http://www.moh.gov.ge/files/gaidline/protokoli/59.1.pdf>

ცხრილი N7: ქირურგიული აბორტის გართულებები და მათი მკურნალობა

გართულება	აღწერა	ტაქტიკა
<ul style="list-style-type: none"> <li><b>სისხლდენა</b></li> </ul>	<p>ქირურგიულ აბორტთან შედარებით მედიკამენტური აბორტის შემდეგ მოსალოდნელია უფრო გახანგრძლივებული სისხლდენა. სისხლდენა შესაძლოა გამოწვეული იყოს ჩანასახოვანი პროდუქტების ჩარჩენით, საშვილოსნოს ყელის ტრამვით ან დაზიანებით, კოაგულოპათიით, იშვიათად, საშვილოსნოს პერფორაციით ან გახევით.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• სისხლდენის მკურნალობისთვის გამოყენეთ საშვილოსნოს განმეორებითი ევაკუაცია და უტეროტონული საშუალებები;</li> <li>• ჰემოდინამიკური დარღვევების შემთხვევაში დაიწყეთ სითხეების ინტრავენურად გადასხმა:             <ul style="list-style-type: none"> <li>➢ ჭარბი და გახანგრძლივებული სისხლდენისას დაიწყეთ</li> <li>➢ სისხლის გადასხმა ან შედეგების ფაქტორების შევსება;</li> <li>➢ ლაპაროსკოპია ან დიაგნოსტიკური ლაპაროტომია.</li> </ul> </li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li><b>ინფექცია</b></li> </ul>	<p>ინფექციური გართულებები ძალიან იშვიათია, თუმცა, საშვილოსნოს ყელის დილატაციის გამო მცირე მენჯის ღრუს ორგანოები აბორტის ან მშობიარობის შემდგომ პერიოდში მიდრეკილია აღმავალი ინფექციების განვითარებისკენ.</p> <p>ინფექციური გართულებების ძირითადი ნიშნები და სიმპტომებია:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ციება, სიცხე, საერთო დისკომფორტი;</li> <li>• სუნიანი ვაგინალური ან საშვილოსნოს ყელიდან ძლიერი ლორწოვანი გამონადენი;</li> <li>• მუცლის ქვედა ნაწილში ტკივილი/დაჭიმულობა;</li> <li>• გახანგრძლივებული სისხლდენა და კოლტები;</li> <li>• შებერილი მუცელი;</li> <li>• საშვილოსნოს არეში ძლიერი ტკივილი ან დაჭიმულობა;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• თუ ინფექცია ლოკალიზებულია ან სეპტიური შოკის რისკი დაბალია გამოიყენეთ ფართო სპექტრის ანტიბიოტიკები (ინტრავენურად ან ინტრა-მუსკულარულად);</li> <li>• თუ ინფექცია გენერალიზირებულია ან სეპტიური შოკის რისკი მაღალია: შეამოწმეთ სასიცოცხლო ნიშნები, მიეცით ჟანგბადი 6-8ლ/წუთში ზონდის ან ნიღბის საშუალებით, დაიწყეთ ფართო სპექტრის ანტიბიოტიკების გამოყენება ინტრავენურად, დაიწყეთ ინტრავენური გადასხმა 1ლ ფიზიოლოგიური ხსნარი 15-20 წუთში ან უფრო სწრაფად;</li> <li>• თუ ქალმა დაკარგა დიდი რაოდენობით სისხლი, განსაზღვრეთ ჰემოგლობინი და ჰემატოკრიტი, საჭიროების შემთხვევაში პაციენტს გადაუსხით სისხლი;</li> <li>• ინფექციური გართულების დროს დაიწყეთ ანტიბიოტიკოთერაპია;</li> <li>• თუ ინფექცია გამოწვეულია ჩანასახოვანი ნაწილების ჩარჩენით, მათი გამოძევების მიზნით აწარმოეთ საშვილოსნოს განმეორებითი ევაკუაცია;</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ლეიკოციტების რაოდენობის მომატება.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• მძიმე ინფექციური გართულებების შემთხვევაში განახორციელეთ ჰოსპიტალიზაცია.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• დაუმთავრებელი აბორტი</li> </ul>	<p>არასრული აბორტის დამახასიათებელი სიმპტომებია: ვაგინალური სისხლდენა და აბდომინალური ტკივილი, თუმცა, შესაძლებელია აღინიშნოს ინფექციის ნიშნებიც. არასრული აბორტი საეჭვოა იმ შემთხვევაშიც, როცა ქირურგიული აბორტის დროს ასპირაციის შედეგად გამოძევებული ქსოვილები, ვიზუალური შემოწმებით არ შეესაბამება ორსულობის გამოთვლილ ვადებს.</p>	<p>პაციენტის კლინიკური მდგომარეობის შეფასებისა და პრიორიტეტების გათვალისწინების შემდეგ გამოიყენეთ ერთ-ერთი შემდეგი მეთოდი:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• სტაბილური კლინიკური მდგომარეობის დროს, როცა ქალს არ სურს მედიკამენტური ან ქირურგიული მკურნალობა, გამოიყენეთ მოცდის მენეჯმენტი და პაციენტი დაიბარეთ 7 დღის შემდეგ ან</li> <li>• 12 კვირის გესტაციურ ვადაზე აწარმოეთ ვაკუუმ ასპირაცია, რომელსაც უპირატესობა ენიჭება დილატაციისა და კურეტაჟის (D&amp;C) მეთოდთან შედარებით, რადგან ასოცირდება სისხლის მინიმალურ დანაკარგებთან, ნაკლები ინტენსივობის ტკივილსა და ხანმოკლე პროცედურებთან (FIGO). Consensus Statement on Uterine Evacuation)</li> </ul> <p>ან</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 13 კვირამდე გესტაციური ასაკის ორსულობის დროს გამოიყენეთ მიზოპროსტოლი. მიზოპროსტოლის რეკომენდებული რეჟიმი არის ერთჯერადად: 400 მკგ მიზოპროსტოლი სუბლინგვალურად ან 600 მკგ პერორალურად. (რეკომენდაციის სიძლიერე: ძლიერი)</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• არშემდგარი აბორტი და პროგრესირებადი ორსულობა</li> </ul>	<p>მედიკამენტური აბორტის მსგავსად ქირურგიული აბორტიც შესაძლებელია იყოს წარუმატებელი და გაგრძელდეს ორსულობის პროგრესირება.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• რეკომენდებულია დროული ქირურგიული ჩარევა (ვაკუუმ-ასპირაცია).</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• საშვილოსნოს პერფორაცია</li> </ul>	<p>საშვილოსნოს პერფორაცია, ჩვეულებრივ, შეუმჩნევლად მიმდინარეობს და ჩარევის გარეშე აღდგება;</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• საჭიროების შემთხვევაში არჩევს დიაგნოსტიკურ მეთოდს წარმოადგენს ლაპაროსკოპია, თუ ის ხელმისაწვდომია;</li> <li>• თუ პაციენტის მდგომარეობის ან ლაპაროსკოპიული კვლევის მონაცემების საფუძველზე საეჭვოა ნაწლავის, სისხლძარღვის ან სხვა ორგანოების დაზიანება, ჩაატარეთ ლაპაროტომია.</li> </ul>

<ul style="list-style-type: none"> <li>• ანალგეზიასა და ანესთეზიასთან დაკავშირებული გართულებები</li> </ul>	<p>ადგილობრივი ანესთეზია უფრო უსაფრთხოა ზოგად ანესთეზიასთან შედარებით, თუმცა, სამედიცინო დაწესებულებაში აბორტის დროს შესაძლებელია გამოიყენებოდეს ზოგადი ანესთეზია</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• თუ ანესთეზია ტარდება ნარკოტიკული საშუალებების გამოყენებით, დაწესებულებაში მაღპერსონალისათვის ხელმისაწვდომი უნდა იყოს მათი ანტიდოტები.</li> <li>• ნარკოტიკული ანალგეტიკების გამოყენების დროს მაღალია გართულებების ალბათობა (მაგ: სუნთქვის ფუნქციის დათრგუნვა), ამიტომ ამ შემთხვევაშიც მედპერსონალისათვის ხელმისაწვდომი უნდა იყოს ნარკოტიკების ანტიდოტური საშუალებები.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• აბორტის სხვა გართულებები</li> </ul>	<p>აბორტის შედეგად შესაძლებელია განვითარდეს ანაფილაქსია და ასთმური მოვლენები, თუმცა, ზოგადად, ისინი აბორტისთვის დამახასიათებელი არ არის.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• მსგავსი გართულებების მართვა ხორციელდება იგივე პრინციპებით, როგორც სხვა პროცედურებთან დაკავშირებული გართულებების დროს.</li> </ul>

## 9.1. აბორტის შემდგომი მეთვალყურეობა

### 9.1.1. პაციენტის კონსულტირება სამედიცინო დაწესებულებიდან გაწერამდე

გაურთულებელი ქირურგიული აბორტისა და მედიკამენტური აბორტის შემდეგ სამედიცინო დაწესებულებაში რუტინული ვიზიტების განხორციელება საჭირო არ არის, მაგრამ ქალებს მიაწოდეთ ინფორმაცია, რომ დამატებითი სერვისები დაწესებულებაში ხელმისაწვდომია მათი საჭიროებებისა და სურვილების გათვალისწინებით. (რეკომენდაციის სიძლიერე: ძლიერი).

სამედიცინო დაწესებულებაში დაყოვნების დრო განისაზღვრება პაციენტის კლინიკური მდგომარეობის მიხედვით. მეორე ტრიმესტრის ქირურგიული აბორტის შემთხვევაში პაციენტის სტაციონარიდან გაწერა შესაძლებელია კლინიკური მდგომარეობის მიხედვით. სამედიცინო დაწესებულებიდან გაწერამდე ქალს მიაწოდეთ ზეპირსიტყვიერი და წერილობითი ინფორმაცია შემდეგ საკითხებზე:

- ბინაზე თავის მოვლის პრინციპები;
- ქირურგიული და მედიკამენტური აბორტის შემდეგ ვაგინალური სისხლდენა შესაძლებელია გაგრძელდეს 9 დღის მანძილზე, თუმცა, ჩვეულებრივ, სისხლდენის ხანგრძლივობა 2 კვირას შეადგენს. იშვიათად, ვაგინალური სისხლდენა შესაძლოა გახანგრძლივდეს 45 დღემდე. როგორც წესი, ქირურგიული აბორტის შემდეგ ქალს აღენიშნება მსუბუქი ხასიათის სისხლდენა ან სისხლიანი გამონადენი; მედიკამენტური აბორტის შემდეგ მოსალოდნელია უფრო ძლიერი სისხლდენა.
- სამედიცინო დაწესებულებას ქალმა უნდა მიმართოს შემდეგი ჩივილების დროს:
  - სპაზმი ან აბდომინალური ტკივილი, რომელიც თანდათან ძლიერდება,
  - ძლიერი ვაგინალური სისხლდენა,
  - ცხელება.

### 9.1.2. აბორტის შემდგომი კონტრაცეფცია

- აბორტის შემდგომი კონტრაცეფცია ქალს იცავს არასასურველი ორსულობისგან.
- ქალს მიაწოდეთ ინფორმაცია, რომ აბორტიდან 2 კვირის განმავლობაში შესაძლებელია აღდგეს ოვულაცია, ამიტომ დაორსულების რისკის გამო საჭიროა კონტრაცეფციული საშუალებებით სარგებლობა.
- თუ ქალი დაინტერესებულია კონტრაცეფციის მეთოდებით, მიაწოდეთ ამომწურავი ინფორმაცია მისთვის ყველაზე მეტად მისაღები და საჭირო კონტრაცეფციის მეთოდის შერჩევის მიზნით.
- საბოლოო გადაწყვეტილებას კონტრაცეფციით სარგებლობისა და ასევე, კონტრაცეფციის კონკრეტული მეთოდის შერჩევის შესახებ იღებს ქალი (კონტრაცეფციის შესახებ დეტალური ინფორმაციისთვის იხილეთ გაიდლაინი "ოჯახის დაგეგმვა"<sup>4</sup>).
- თუ კონტრაცეფციის რომელიმე მეთოდით სარგებლობა ქალს არ ჰქონდა დაწყებული სამედიცინო დაწესებულებიდან გაწერამდე, მიაწოდეთ ქალს ოჯახის დაგეგმვასთან

<sup>4</sup> [http://www.moh.gov.ge/index.php?lang\\_id=GEO&sec\\_id=68&info\\_id=93](http://www.moh.gov.ge/index.php?lang_id=GEO&sec_id=68&info_id=93)

დაკავშირებული ინფორმაცია და სურვილისამებრ, შესთავაზეთ კონსულტირება მისთვის ყველაზე მეტად მისაღები და საჭირო კონტრაცეფციის მეთოდებზე;

- თუ კონტრაცეფციის მეთოდით სარგებლობა დაწყებულია, შეაფასეთ რამდენად სწორად არის შერჩეული კონტრაცეფციის მეთოდი და ასევე, ქალის კმაყოფილება და ჩივილები:
  - თუ ქალი კმაყოფილია კონტრაცეფციის მეთოდით, გააგრძელებთ მისი გამოყენება საჭიროებისამებრ;
  - თუ ქალი არ არის კმაყოფილი კონტრაცეფციის მეთოდით, დაეხმარეთ მისთვის უფრო მისაღები მეთოდის შერჩევაში.

ქალებს ჰორმონული კონტრაცეპტივებით სარგებლობა შეუძლიათ დაიწყონ ქირურგიული აბორტის დროს ან მედიკამენტური აბორტის შემთხვევაში ისეთ ადრეულ ეტაპზე, როგორცაა, მედიკამენტური აბორტის საშუალებების პირველი ტაბლეტის მიღება. (რეკომენდაციის სიძლიერე: ძლიერი).



**ცხრილი N8: აბორტის შემდგომი კონტრაცეფციის სამედიცინო ჩვენებები**

რეკომენდაციები აბორტის შემდგომ პერიოდში ჰორმონული კონტრაცეპტივების, საშვილოსნოსშიგა საშუალებების და ბარიერული მეთოდების სამედიცინო ჩვენების განსაზღვრის შესახებ											
აბორტის შემდგომი მდგომარეობა	კოკ	კსკ	საშვილოსნოს ყელის ჩაჩი	პა	პროგესტინული საინექციო კონტრაცეპტივები	ლნგ/ეთგ იმპლანტები	სპილენძის შემცველი სშგ	ლნგ სშგ	შემცველი კონდომი	სპერმიციდები	დიაფრაგმა
პირველი ტრიმესტრი	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
მეორე ტრიმესტრი	1	1	1 <sup>TM</sup>	1	1	1	2	2	1	1	1 <sup>TM</sup>
სასწრაფო პოსტ-სეფტიური აბორტი	1	1	1	1	1	1	4	4	1	1	1

(კსკ) CIC - კომბინირებული საინექციო კონტრაცეპტივები; კოკ (COC) - კომბინირებული ორალური კონტრაცეპტივები; პროგესტინული საინექციო კონტრაცეპტივები (DMPA/NET-EN) - დეპო-პროვერა (დეპო-მედროქსიპროგესტერონ აცეტატი)/ნეთ-ენ (ნორეთისტერონი-ენანტატი); ლნგ/ეთგ (LNG/ETG - ლევენორგესტრელი/ეთონორგესტრელი) იმპლანტები - პროგესტინული იმპლანტები; სპილენძის შემცველი სშგ (IUD) - სპილენძის შემცველი საშვილოსნოსშიგა საშუალებები; ლნგ შემცველი სშგ - ლევენორგესტრელის შემცველი საშვილოსნოსშიგა საშუალებები; პა (POP) - პროგესტინული აბები.

<sup>TM</sup>დიაფრაგმა და ჩაჩის გამოყენება ნაჩვენებია მეორე ტრიმესტრის აბორტიდან 6 კვირის შემდეგ.

**კატეგორიების განმარტება**

- 1: მდგომარეობა, როდესაც კონტრაცეფციის მეთოდს უკუჩვენება არ გააჩნია.
- 2: მდგომარეობა, როდესაც კონტრაცეფციის მეთოდის უპირატესობები სჭარბობს თეორიულ ან არსებულ რისკებს.
- 3: მდგომარეობა, როდესაც თეორიული ან არსებული რისკები სჭარბობს კონტრაცეფციის მეთოდის უპირატესობებს.
- 4: მდგომარეობა, როდესაც კონტრაცეფციის მეთოდი ჯანმრთელობის მაღალ რისკს უკავშირდება.

**ცხრილი N9: მედიკამენტური აბორტის შემდგომი კონტრაცეფცია**

მეთოდი	გამოყენების დაწყება
<ul style="list-style-type: none"> <li>• კომბინირებული ორალური კონტრაცეპტივები (კოკი)</li> <li>• პროგესტაგენული აბები ("მინიპილი", სპა)</li> <li>• პროგესტაგენული საინექციო კონტრაცეპტივები (პსკ)</li> <li>• პროგესტაგენული იმპლანტები</li> </ul>	<p>პირველი ტრიმესტრის მედიკამენტური აბორტის შემთხვევაში მიზოპროსტოლის ან მიფეპრისტონის მიღების დღეს;</p> <p>მეორე ტრიმესტრის მედიკამენტური აბორტის შემთხვევაში მიზოპროსტოლის მიღების დღეს (ჯანმო)</p>
საშვილოსნოსშიგა საშუალებები (სშს)	განმეორებითი ვიზიტის დროს თუ ღრუ თავისუფალია (ულტრაბგერით) ან შემდეგ მენსტრუაციულ ციკლში
კონდომი, სპერმაციდები	პირველი სქესობრივი კონტაქტიდან
შეწყვეტილი სქესობრივი აქტი	პირველი სქესობრივი აქტიდან
კალენდარული	არ არის რეკომენდებული 3 თვე
სტანდარტული დღეების მეთოდი	შემდგომი მენსტრუაციული ციკლიდან

**ცხრილი N10: ქირურგიული სტერილიზაციის სამედიცინო ჩვენებები აბორტის შემდგომ პერიოდში**

აბორტის შემდგომი მდგომარეობა	ქალების ქირურგიული სტერილიზაცია
გაურთულებელი	A
აბორტის შემდგომი სეფსისი ან ცხელება	D
აბორტის შემდგომი ძლიერი სისხლდენა	D
ქალის სასქესო ორგანოების მძიმე ტრავმა; აბორტის დროს საშვილოსნოს ყელის ან საშოს დაზიანება	D
საშვილოსნოს პერფორაცია	S
მწვავე ჰემატომეტრა	D

**კატეგორიების განმარტება**

- *A = (accept)*: სტერილიზაციის უკუჩვენება არ არსებობს.
- *C = (caution)*: პროცედურა ტარდება რუტინულად, პაციენტის წინასწარი მომზადებითა და უსაფრთხოების ზომების დაცვით.
- *D = (delay)*: საჭიროა პროცედურის გადავადება ქალის მდგომარეობის შეფასების მიზნით და/ან მდგომარეობის გაუმჯობესებამდე; გამოიყენება კონტრაცეფციის ალტერნატიული დროებითი მეთოდები.
- *S = (special)*: პროცედურა ტარდება ზოგადი ანესთეზიისთვის საჭირო აღჭურვილობის პირობებში, გამოცდილი ქირურგისა და სხვა სამედიცინო პერსონალის მიერ, რომელთაც გააჩნიათ ადექვატური პროცედურისა და ანესთეზიის რეჟიმის შერჩევის კომპეტენცია. რეფერალის ან სხვა მიზეზით დაყოვნების

შემთხვევაში საჭიროა კონტრაცეფციის ალტერნატიული დროებითი მეთოდების გამოყენება.

## 10. მოსალოდნელი შედეგები

პროტოკოლის გამოყენების საფუძველზე მოსალოდნელია აბორტის შემდგომი გართულებების პრევენცია, ქირურგიული და მედიკამენტური აბორტის პროცედურების ხარისხის გაუმჯობესება, აბორტით გამოწვეული ავადობისა და სიკვდილობის შემცირება რეპროდუქციული ასაკის ქალებში, ასევე, ოჯახის დაგეგმვის სერვისების გაუმჯობესება, პაციენტის ინფორმირებულობის ამაღლება აბორტის მოსალოდნელი გართულებებისა და არასასურველი ორსულობების თავიდან აცილების ალტერნატიულ მეთოდებზე.

## 11. აუდიტის კრიტერიუმები

- რამდენმა ქალმა მიმართა სამედიცინო დაწესებულებას ორსულობის ხელოვნური შეწყვეტის მიზნით?
- რამდენ ქალს ჩაუტარდა ხელოვნური აბორტი (მედიკამენტური აბორტი, ქირურგიული აბორტი)?
- რამდენ პაციენტს (%) აღენიშნა წარმატებული პროცედურა (მედიკამენტური, ქირურგიული)?
- რამდენ პაციენტს (%) დასჭირდა ქირურგიული ჩარევა მედიკამენტური აბორტის შემდგომ?
- რამდენ პაციენტს (%) დასჭირდა განმეორებითი ქირურგიული ჩარევა (ქირურგიული აბორტის შემდგომ)?
- რამდენ პაციენტს (%) ჩაუტარდა ადექვატური ანტიბიოტიკოპროფილაქტიკა ქირურგიული აბორტის დროს?
- რამდენ პაციენტს (%) აღენიშნა აბორტის შემდგომი სისხლდენა (მედიკამენტური აბორტი, ქირურგიული აბორტი)?
- რამდენ პაციენტს (%) აღენიშნა აბორტის შემდგომი ინფექციური გართულება (მედიკამენტური აბორტი, ქირურგიული აბორტი)?
- რამდენ პაციენტს (%) აღენიშნა დაუმთავრებელი აბორტი (მედიკამენტური აბორტი, ქირურგიული აბორტი)?
- რამდენ პაციენტს (%) აღენიშნა არშემდგარი აბორტი (მედიკამენტური აბორტი, ქირურგიული აბორტი)?
- რამდენ პაციენტს (%) აღენიშნა აბორტის შემდგომი პროგრესირებადი ორსულობა (მედიკამენტური აბორტი, ქირურგიული აბორტი)?
- რამდენ პაციენტს (%) აღენიშნა საშვილოსნოს პერფორაცია ქირურგიული აბორტის შემდგომ?

## 12. პროტოკოლის გადახედვის ვადები

პროტოკოლის გადახედვა და განახლება რეკომენდებულია 2-3 წლის ვადაში.

### 13. პროტოკოლის დანერგვისთვის საჭირო რესურსი

პროტოკოლის დანერგვისთვის აუცილებელი ადამიანური და მატერიალურ-ტექნიკური რესურსი მოცემულია N1 დანართში „ადამიანური და მატერიალურ-ტექნიკური რესურსი“.

## 14. დანართები

### დანართი N1

ცხრილი N11: ადამიანური და მატერიალურ-ტექნიკური რესურსი

რესურსი	ფუნქციები/მნიშვნელობა	შენიშვნა
ადამიანური	ადამიანური რესურსების ფუნქციები	რამდენად სავალდებულოა რესურსის არსებობა
მეან-გინეკოლოგი რეპროდუქტოლოგი	პაციენტის კონსულტირება; კლინიკური შეფასება ორსულობის დადასტურება; კონტრაცეფციული მეთოდების შერჩევა; მედიკამენტური და/ან ქირურგიული აბორტის შესახებ გადაწყვეტილების მიღება მიმდინარე მეთვალყურეობა.	ამ
ექთანი	რისკის პროფილის შეფასება პაციენტის კონსულტირება რისკ-ფაქტორების, არამედიკამენტური მკურნალობის, პრევენციისა და მედიკამენტების გვერდითი ეფექტების შესახებ.	
რეგისტრატორი	პაციენტის ჩაწერა ექიმთან პროცედურაზე; მიმდინარე მეთვალყურეობისთვის პაციენტების გამოძახების უზრუნველყოფა.	
მენეჯერი/ ადმინისტრატორი	პროტოკოლის დანერგვის ხელშეწყობა დანერგვაზე მეთვალყურეობა აუდიტის ჩატარება და შედეგების ანალიზი.	
მატერიალურ-ტექნიკური	მატერიალურ-ტექნიკური რესურსების გამოყენების მიზანი	
რისკის შეფასების სქემა	რისკის პროფილის შეფასება	სავალდებულო
ლაბორატორია	ჰემოგლობინის, ჰემატოკრიტის და სხვა ანალიზების ჩასატარებლად, საჭიროების მიხედვით	სავალდებულო სასურველი
სადიაგნოსტიკო აღჭურვილობა	ულტრაბგერითი დიაგნოსტიკა ორსულობის დადასტურების მიზნით, რისკის შეფასება,	სავალდებულო

ულტრაბგერის აპარატი	მიმართვის თაობაზე გადაწყვეტილების მიღება.
პაციენტის საგანმანათლებლო მასალები და ინფორმირებული თანხმობის ფორმა.	პაციენტის ინფორმირება წერილობითი ინფორმირებული თანხმობის მიღება
	სავალდებულო

**ცხრილი N12: სამედიცინო დანიშნულების საგნები, აპარატურა და ინსტრუმენტები**

პროცედურები	სამედიცინო დანიშნულების საგნები, აპარატურა და ინსტრუმენტები
<b>ქირურგიული აბორტი</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>წნევის აპარატი</li> <li>სტეტოსკოპი/ფონენდოსკოპი</li> <li>გინეკოლოგიური სარკეები</li> <li>ტყავის მაშები (ატრამფული დამჭერი)</li> <li>სხვადასხვა ზომის დილატატორების ნაკრები 37 მმ-მდე (ან 51- მდე)</li> <li>ელექტო ვაკუუმ-ასპირატორი (14 ან 16 მმ-იანი კანულათი (შპრიცი)) ან მანუალური ვაკუუმ-ასპირატორი 12 მმ იანი კანულათი</li> <li>აბორცანგი საშვილოსნოს ღრუს შიგთავსის ევაკუაციისათვის (დიდი და პატარა)</li> <li>დიდი ზომის მოქნილი კიურეტი</li> <li>კელის მომჭერი</li> <li>უჟანგავი ლითონის თასი ხსნარების დასამზადებლად</li> <li>მაგიდა ინსტრუმენტებისთვის</li> <li>გამჭვირვალე მინის ჭურჭელი (პეტრის ფინჯანი) ასპირირებული მასალის დასათვალიერებლად</li> <li>ბადე, საცერი (მეტალის, მინის ან დოლბანდის)</li> </ul>
<b>მედიკამენტური აბორტი</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>წნევის აპარატი</li> <li>სტეტოსკოპი/ფონენდოსკოპი</li> <li>გინეკოლოგიური სარკეები</li> <li>მიფეპრისტოლი</li> <li>მიზოპროსტოლი</li> </ul>
<b>გართულებების მართვა</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>ჯანგბადი და ამბუს პარკი</li> <li>გასაკერი მასალა</li> <li>მაკრატელი</li> <li>საშვილოსნოს ტამპონადისთვის საჭირო მასალა</li> </ul>

**ცხრილი N13: აბორტის პროცედურის მახასიათებლები**

პირველი ტრიმესტრი (≤12 კვირა)	
მედიკამენტური აბორტი	ქირურგიული აბორტი (ვაკუუმ-ასპირაცია)
<ul style="list-style-type: none"> <li>• თავიდან აგვაცილებს ოპერაციულ ჩარევას.</li> <li>• წააგავს სპონტანურ აბორტს.</li> <li>• აბორტის დასრულებისთვის მოითხოვს დროს, რომლის წინასწარ განსაზღვრა შეუძლებელია.</li> <li>• თან ახლავს სისხლდენა და ტკივილი, აგრეთვე სხვა შესაძლო გვერდითი მოვლენები, როგორცაა, გულისრევა და ლებინება.</li> <li>• შესაძლებელია საჭირო გახდეს სამედიცინო დაწესებულებაში უფრო მეტი ვიზიტი ვიდრე ვაკუუმ ასპირაციის დროს.</li> </ul> <p><b>უპირატესობა შესაძლებელია მიენიჭოს შემდეგ შემთხვევებში:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• მძიმე ჭარბწონიან ქალებში.</li> <li>• საშვილოსნოს ავთვისებიანი და კეთილთვისებიანი წარმონაქმნების არსებობისას, ან წარსულში საშვილოსნოს ყელზე ჩატარებული ოპერაციის შემთხვევებში.</li> <li>• თუ ქალს არ სურს ქირურგიული ჩარევა.</li> <li>• თუ მცირე მენჯის ღრუს ორგანოების გამოკვლევა არ არის მიზანშეწონილი ან სასურველი.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• სწრაფი პროცედურა.</li> <li>• სრული აბორტის დადასტურება მარტივია ასპირირებული ჩასანასახოვანი მასალის შეფასებით.</li> <li>• პროცედურა ხორციელდება სამედიცინო დაწესებულებაში.</li> <li>• სტერილიზაცია ან (სშგ) მოთავსება შეიძლება განხორციელდეს პროცედურის დროს.</li> <li>• მოითხოვს საშვილოსნოსშიდა ინსტრუმენტული ჩარევა.</li> <li>• არსებობს საშვილოსნოს ან საშვილსონოს ყელის დაზიანების რისკი.</li> <li>• აბორტის ხანგრძლივობა კონტროლდება სამედიცინო დაწესებულებისა და პერსონალის მიერ.</li> </ul> <p><b>უპირატესობა შესაძლებელია მიენიჭოს შემდეგ შემთხვევებში:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• თუ არსებობს მედიკამენტური აბორტის უკუჩვენება.</li> <li>• თუ აბორტის ჩატარების დრო შეზღუდულია.</li> </ul>
უკუჩვენებები	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• გამოყენებული მედიკამენტების მიმართ წარსულში არსებული ალერგიული რეაქცია.</li> <li>• თანდაყოლილი პორფირია.</li> <li>• თირკმელზედა ჯირკვლის ქრონიკული უკმარისობა.</li> </ul>	<p>არ არის ცნობილი რაიმე აბსოლუტური უკუჩვენება.</p>

- არსებული ან საექვო ექტოპიური (საშვილოსნოს გარე) ორსულობა (მიზოპროსტოლი და მიფეპრისტონი არ გამოიყენება ექტოპიური ორსულობის სამკურნალოდ).
- კორტიკოსტეროიდებით ხანგრძლივი მკურნალობა (მათ შორის მწვავე არაკონტროლირებადი ასთმის დროს).
- ჰემორაგიული დაავადებები.

**განსაკუთრებული ყურადღება საჭიროა შემდეგ შემთხვევებში:**

- მწვავე ანემია.
- გულის დაავადებების ან კარდიო-ვასკულური რისკ-ფაქტორების არსებობა.
- საშვილოსნოსშიგა საშუალებების გამოყენება (პროცედურის დაწყებამდე საჭიროა სშგ საშუალებების მოშორება).

**განსაკუთრებული ყურადღება საჭიროა შემდეგ შემთხვევებში:**  
 სშგ საშუალებების გამოყენება (პროცედურის დაწყებამდე საჭიროა სშგ საშუალებების მოშორება).



## დანართი N2: აბორტის პროცედურა

### პაციენტის გზამკვლევი

#### აბორტისწინა კონსულტირება

##### სად და როგორ ტარდება აბორტის წინა კონსულტირება?

აბორტისწინა კონსულტაციას ექიმი მეან-გინეკოლოგი ჩაგიტარებთ სამედიცინო დაწესებულებაში მიმართვისთანავე (პირველ დღეს), კონფიდენციალურ პირობებში, ექიმის საკონსულტაციო ოთახში.

კონსულტაციის დროს ექიმი მოგაწოდებთ ინფორმაციას აბორტის მეთოდებისა და მოსალოდნელი გართულებების შესახებ, ასევე დაგეხმარებათ გაცნობიერებული გადაწყვეტილების მიღებასა და საბოლოო არჩევანის გაკეთებაში.

**ორსულობის შეწყვეტის მიზნით, სამედიცინო მომსახურების მიღება შეგიძლიათ კანონმდებლობით დადგენილ ვადებში.**

##### რა არის აბორტი?

აბორტი არის სამედიცინო ჩარევა, რომელიც ტარდება ორსულობის შეწყვეტის მიზნით. კანონმდებლობით, აბორტის ჩატარება შესაძლებელია 12 კვირამდე ვადის ორსულობისას. 12 კვირაზე მეტი ვადის ორსულობის დროს აბორტი ნებადართულია მხოლოდ სამედიცინო და სოციალური ჩვენებების შემთხვევაში.

##### შემიძლია თუ არა გავაუქმო ექიმთან ვიზიტი ან შევცვალო ჩემი გადაწყვეტილება აბორტის შესახებ?

ნებისმიერ დროს შეგიძლიათ გააუქმოთ ექიმთან ვიზიტი და გადაავადოთ ან გააუქმოთ აბორტის პროცედურის ჩატარების დრო. სურვილის შემთხვევაში, აბორტის წინ შეგიძლიათ მოითხოვოთ ნაყოფის ექოგრამა (ექოსკოპიის სურათი) ან მოისმინოთ ნაყოფის გულისცემა.

თუ თქვენ მიიღეთ ორსულობის შენარჩუნების გადაწყვეტილება, ორსულობაზე მეთვალყურეობის მიზნით მიმართეთ ანტენატალური მოვლის დაწესებულებას.

##### აქვს თუ არა ექიმს უფლება, უარი მითხრას აბორტის ჩატარებაზე?

ექიმს უფლება აქვს უარი გითხრათ აბორტზე, თუ ის აბორტის წინააღმდეგია რელიგიური, ეთიკური ან სხვა მოსაზრების გამო. ამ შემთხვევაში იგი ვალდებულია გადაგამისამართოთ შესაბამისი სამედიცინო მომსახურების სხვა მიმწოდებელთან.

##### ვინ იღებს აბორტის შესახებ საბოლოო გადაწყვეტილებას?

აბორტის შესახებ ზეპირსიტყვიერი და წერილობითი ინფორმაციის მიღების შემდეგ საბოლოო გაცნობიერებული გადაწყვეტილების მიღება თქვენი პრეროგატივაა. თუმცა, კარგად დაფიქრდით:

- აბორტის გადაწყვეტილება ხომ არ გაქვთ მიღებული ოჯახის წევრის, პარტნიორის ან სხვა პირის ზეწოლის შედეგად?
- ორსულობა ხომ არ არის ძალადობის შედეგი?
- ხომ არ იკეთებთ აბორტს სქესის შერჩევის მიზნით?
- ხომ არ გესაჭიროებათ ფსიქოლოგის ან სოციალური მუშაკის დახმარება?

## **აბორტის მეთოდები**

### **აბორტის რა მეთოდები არსებობს?**

ორსულობის შეწყვეტის მიზნით გამოიყენება აბორტის ორი მეთოდი: მედიკამენტური და ქირურგიული.

- **მედიკამენტური მეთოდი** გულისხმობს ორსულობის შეწყვეტას მედიკამენტური საშუალებების გამოყენებით;
- **ქირურგიული მეთოდი** გულისხმობს ორსულობის შეწყვეტას ოპერაციის გზით, რომლის დროს ნაყოფის ქსოვილების გამოძევება ხდება საშვილოსნოს ყელის გახსნით. ქირურგიული აბორტი შესაძლებელია ჩატარდეს ადგილობრივი ანესთეზიით (ასევე, შესაძლებელია ნარკოზის გამოყენებაც).

ექიმი კონსულტაციის საფუძველზე შეგიჩვენებთ აბორტის მეთოდს ორსულობის ვადების, თქვენი ჯანმრთელობის მდგომარეობისა და შეხედულებების გათვალისწინებით.

### **როდის უნდა მოვიდე კლინიკაში პროცედურის ჩასატარებლად?**

სამედიცინო დაწესებულებას უნდა მიმართოთ მაშინ, როცა დანიშნულია აბორტის პროცედურის ჩატარების დღე.

### **რა გამოკვლევები ჩამიტარდება აბორტის წინ?**

აბორტის პროცედურამდე ექიმი მეან-გინეკოლოგი გაგსინჯავთ, შეაფასებს მენსტრუალურ ციკლს და ჩაგიტარდებათ შემდეგი გამოკვლევები:

- ექოსკოპია ორსულობის დადასტურებისა და ვადის განსაზღვრის მიზნით;
- სხვა გამოკვლევები საჭიროების მიხედვით.

### **რა მედიკამენტების მიღება შეიძლება დამჭირდეს?**

აბორტის დროს შეიძლება დაგჭირდეთ ანტიბიოტიკების, ტკივილგამაყუჩებლების, სიცხის დაშლელი წამლებისა და მედიკამენტური აბორტის საშუალებების მიღება, რომლებსაც შეგიჩვენებთ თქვენი ექიმი. თუ რომელიმე მედიკამენტის მიმართ გაქვთ ალერგია, აუცილებლად მიაწოდეთ ინფორმაცია ექიმს ამის შესახებ.

### **რა ხდება იმ შემთხვევაში, როცა ვერ ვახერხებ კლინიკაში მოსვლას?**

თუ სამედიცინო დაწესებულებაში მოსვლას ვერ ახერხებთ რაიმე მიზეზის გამო (მაგალითად, ოჯახის წევრების ინფექციური დაავადებები), აუცილებლად დაუკავშირდით სამედიცინო დაწესებულებას და დატოვეთ შეტყობინება.

### **რა ხდება პროცედურის შემდგომ?**

პროცედურიდან ერთ საათში შეძლებთ საკვებისა და სითხეების მიღებას. პროცედურიდან 24 საათის მანძილზე არ შეიძლება ალკოჰოლის მიღება, რადგან ალკოჰოლი რეაქციაში შედის ზოგიერთ მედიკამენტთან.

ქირურგიული ოპერაციის დღეს, თუ სახლში გაეწერეთ, ღამე თქვენთან უნდა დარჩეს მოზრდილი ადამიანი (18 წელზე მეტი ასაკის).

## **აბორტის გვერდითი მოვლენები და გართულებები**

### **რა გვერდითი მოვლენები და გართულებებია მოსალოდნელი მედიკამენტური აბორტის დროს?**

მედიკამენტური აბორტის დროს მოსალოდნელია შემდეგი გვერდითი მოვლენები და გართულებები: სისხლდენა (მცირე რაოდენობით ან ძლიერი სისხლდენა საშოდან), ტკივილი მუცლის არეში, ინფექციური გართულებები, გულისრევა, პირღებინება, ფაღარათი, ტემპერატურის მომატება, თავის ტკივილი, საერთო სისუსტე, თავბრუსხვევა და წარუმატებელი მედიკამენტური აბორტი, რის გამოც შესაძლოა საჭირო გახდეს ქირურგიული ჩარევა. დიდი ვადის ორსულობის შემთხვევაში შესაძლებელია განვითარდეს საშვილოსნოს გახევა.; იშვიათად, შესაძლებელია დადგეს სასიკვდილო გამოსავალი.

### **რა გვერდითი მოვლენები და გართულებებია მოსალოდნელი ქირურგიული აბორტის დროს?**

ქირურგიული აბორტის დროს მოსალოდნელია შემდეგი გვერდითი მოვლენები და გართულებები: ტკივილი მუცლის არეში, სპაზმი, სისხლდენა (ქირურგიული ოპერაციის შემდეგ მოსალოდნელია უფრო მსუბუქი ხასიათის სისხლდენა ან სისხლიანი გამონადენი, ვიდრე მედიკამენტური აბორტის დროს); იშვიათად შეიძლება, აღინიშნოს ძლიერი ვაგინალური სისხლდენა, საშვილოსნოს ყელის ტრავმა, საშვილოსნოს ტრავმა/პერფორაცია, ინფექციური გართულებები და წარუმატებელი ქირურგიული ოპერაცია, ასევე, ანესთეზიასთან დაკავშირებული გართულებები, მაგალითად, სუნთქვის ფუნქციის დათრგუნვა.

*გართულებების შემთხვევაში დროულად უნდა მიმართოთ ექიმს.*

### **რა შემთხვევაში უნდა მივმართო სამედიცინო დაწესებულებას აბორტის პროცედურის შემდგომ?**

სამედიცინო დაწესებულებას უნდა მიმართოთ შემდეგი ჩივილების შემთხვევაში:

- სპაზმი ან ძლიერი ტკივილი მუცლის არეში, რომელიც არ იხსნება ტკივილგამაყუჩებელი მედიკამენტების მიღებით ან გრძელდება რამდენიმე დღეს;
- ძლიერი სისხლდენა, რომელიც გრძელდება 2 საათის განმავლობაში (1 სთ-ის განმავლობაში იცვლით ორ დიდ ჰიგიენურ საფენს).
- გაქვთ 38°C-ზე მაღალი ტემპერატურა, რომელიც გრძელდება 4 სთ-ზე მეტხანს ან ტემპერატურა მატულობს მედიკამენტური აბორტის ჩატარებიდან 1 დღის შემდეგ;
- სუნიანი გამონადენი საშოდან;
- დაუსრულებელი აბორტის სიმპტომები:
  - სისხლდენა გრძელდება 2 კვირაზე მეტხანს,
  - მენსტრუალური ციკლი არ აღდგა პროცედურიდან 6 კვირის მანძილზე,
  - ორსულობის ნიშნები (მკერდის გაჯირჯევა, გულისრევა) გრძელდება პროცედურიდან 1 კვირის მანძილზე.

## **აბორტის შემდგომი პერიოდი**

### **როდის შევძლებ სამედიცინო დაწესებულებიდან გაწერას?**

სამედიცინო დაწესებულებაში დაყოვნების დრო დამოკიდებულია თქვენს ჯანმრთელობის მდგომარეობაზე, შესაბამისად, კლინიკიდან გაწერა შეგიძლიათ კლინიკური მდგომარეობის სტაბილიზაციის შემდეგ.

12 კვირაზე მეტი ვადის ქირურგიული აბორტის დროს სტაციონარში დაყოვნება ხდება არანაკლებ 24 საათის მანძილზე.

### **გაითვალისწინეთ!**

სქესობრივი აქტის დაწყება შეგიძლიათ პროცედურიდან 2 კვირის შემდეგ, როცა შეწყდება საშოდან სისხლდენა, რათა თავიდან აიცილოთ ინფექციური გართულებები. ასევე, არ გამოიყენოთ ტამპონები შემდეგი მენსტრუალური ციკლის დაწყებამდე.

აბორტის პროცედურის ჩატარების შემდეგ თქვენი ექიმი გაგიწევთ კონსულტაციას კონტრაცეფციის საკითხებზე და აღმოგიჩინთ სათანადო დახმარებას.

### **აბორტის შორეული შედეგები**

#### **რა ემოციურ გავლენას მოახდენს ჩემზე აბორტი?**

აბორტის შემდეგ მოსალოდნელია ემოციური და ფსიქოლოგიური ცვლილებები, გაღიზიანება, რაც დროთა განმავლობაში თავისით გაივლის. თუ წარსულში გაწუხებდათ ფსიქიკური პრობლემები, ისინი შესაძლებელია, აღინიშნოს როგორც დაუგეგმავი ორსულობის შეწყვეტის, ასევე მისი გაგრძელების შემთხვევაშიც.

### **კონტრაცეფცია**

აბორტის შემდეგ ორი კვირის მანძილზე აღდგება ოვულაცია და ჩნდება დაორსულების რისკი, ამიტომ ექიმის რეკომენდაციით დაიწყეთ ეფექტური კონტრაცეფციული საშუალებების გამოყენება.

#### **რას გულისხმობს აბორტის შემდგომი კონტრაცეფცია?**

კონტრაცეფცია წარმოადგენს არასასურველი ორსულობისგან დაცვის ყველაზე ეფექტურ საშუალებას. კონტრაცეფციული მეთოდების შესახებ ინფორმაცია უნდა მიიღოთ ექიმთან კონსულტაციის დროს, რომელიც ქვემოთ ჩამოთვლილი მეთოდებიდან შეგიჩვენებთ თქვენთვის ყველაზე მეტად მისაღებ და მოსახერხებელ კონტრაცეფციულ საშუალებას: ორალური კონტრაცეპტივები (აბები), საინექციო კონტრაცეპტივები; იმპლანტები, საშვილოსნოსშიგა საშუალებები (სპირალი), კონდომი, სპერმიციდები, შეწყვეტილი სქესობრივი აქტი, კალენდარული (სტანდარტული დღეების) მეთოდი, ქირურგიული სტერილიზაცია (მილების გადაკვანძვა).

- თუ კონტრაცეფციულ საშუალებას უკვე იყენებთ, ექიმი შეაფასებს, რამდენად სწორად არის შერჩეული კონტრაცეფციული მეთოდი, რამდენად კმაყოფილი ან უკმაყოფილო ხართ ამ მეთოდით;
- თუ არასასურველი ორსულობა განვითარდა კონტრაცეფციული საშუალებების გამოყენების ფონზე, ექიმი შეაფასებს რამდენად სწორად იყო შერჩეული კონტრაცეფციის მეთოდი და რამდენად სწორად იყენებდით მას, ამასთან შემოგთავაზებთ სხვა, უფრო ეფექტური მეთოდით სარგებლობას.

## დანართი N3 ინსტრუმენტების წინასასტერილიზაციო დამუშავება და სტერილიზაცია

### წინასასტერილიზაციო დამუშავება

1. წინასასტერილიზაციო დამუშავებას ექვემდებარება ყველა სამედიცინო დანიშნულების საგანი, რომელიც შეხებაშია ჭრილობის ზედაპირებთან, სისხლთან, სტერილურ ქსოვილებთან, რათა მოცილებული იქნას ცილოვანი, ცხიმოვანი და მექანიკური დაბინძურება. გასუფთავება განახორციელებს წყლით, დეტერგენტების (სარეცხი საშუალება) გამოყენებით და მექანიკური ზემოქმედებით.
2. სამედიცინო საგნების წინასასტერილიზაციო დამუშავების ძირითადი ეტაპებია: დახარისხება, გაწმენდა, დასველება, რეცხვა, დეზინფექცია და გაშრობა.
3. დასველების წინ სამედიცინო დანიშნულების საგნები დაახარისხეთ, მრავალნაწილიანი იარაღები დაშალეთ და გაიწმინდეთ ხელით მექანიკურად ან მექანიზირებული მოწყობილობის საშუალებით. გამდინარე წყლის ქვეშ გასუფთავებული იარაღები ჩაალაგეთ სარეცხ ხსნარში 15 წუთით და შემდეგ გაირეცხეთ გამდინარე წყლით. გარეცხილი საგნები ჩაალაგეთ სადეზინფექციო ხსნარში, გამოყენებული დეზინფექტანტის ინსტრუქციით გათვალისწინებული დროის ხანგრძლივობით და კვლავ გაირეცხეთ გამდინარე წყლით. გაშრობის შემდეგ მოახდინეთ მათი სტერილიზაცია.
4. წინასასტერილიზაციო დამუშავების ხარისხის მაჩვენებლად გამოიყენეთ ქიმიური ტესტები, მწარმოებლის ინსტრუქციის შესაბამისად.
5. ტესტების დადებითი შედეგის მიღების შემთხვევაში ხელმეორედ ჩაატარეთ სამედიცინო იარაღების წინასასტერილიზაციო დამუშავება.
6. წინასასტერილიზაციო დამუშავების განმახორციელებელი პერსონალი უზრუნველყავით ინდივიდუალური დაცვის საშუალებებით (ხელთათმანები, ნიღაბი, სათვალე, სახის ფარი და სითხეგაუმტარი წინსაფარი).

### სტერილიზაცია

1. სტერილიზაცია ჩაატარეთ გამოყენებული აპარატურისა და/ან მასტერილიზებელი ნივთიერების თანმხლები ინსტრუქციის თანახმად, შესაბამისად განსწავლული პასუხისმგებელი პირის მიერ;
2. სტერილიზაციის პროცესი დაარეგისტრირეთ სპეციალურ ჟურნალში და/ან ელექტრონული აღრიცხვის სისტემით;
3. სტერილიზაციის ხარისხის კონტროლის ინდიკატორებია:
  - სტერილიზაციის შესახებ ჩანაწერების არსებობა;
  - მიკროორგანიზმების ზრდის არარსებობა საკვებ ნიადაგზე ბიოლოგიური ტესტის ნათესში;
  - ქიმიური ინდიკატორების პირველადი მდგომარეობის შეცვლა ინსტრუქციის შესაბამისად (ფერი აგრეგაციული მდგომარეობა);
  - მიკროორგანიზმების ზრდის არარსებობა გასტერილებული საგნების სინჯებში.
  - სტერილიზაციის მიმდინარეობაზე რეგულარულად უნდა განხორციელდეს მიმდინარე კონტროლი (მიმდინარე კონტროლი საშუალებას იძლევა გამოვლინდეს

სტერილიზაციის პროცესთან დაკავშირებული პრობლემები და უზრუნველყოფილ იქნას სტერილიზაციის პარამეტრების დაცვის ობიექტური დადასტურება):

4. გამოყენებული ასპირატორების კანულებისა და ადაპტორების დამუშავება ხელთათმანების გარეშე დაუშვებელია!
5. ასპირატორების კანულების უმეტესობა მრავალჯერადი გამოყენებისაა, რომელთა სტერილიზაციისას გასათვალისწინებელია მათი მწარმოებლის ინსტრუქციები, რამდენადაც არსებობს მაღალხარისხიანი მასალისგან დამზადებული კანულები, რომლებიც ექვემდებარება ავტოკლავირებას. თუმცა ძირითადად გამოიყენება ისეთი კანულები რომელთა დასამუშავებლად გამოყენებულ უნდა იქნეს მაღალი დეზინფექცია სადეზინფექციო ხსნარების გამოყენების ინსტრუქციებისა და თანდართული ცხრილის შესაბამისად.

**ცხრილი N14: ქირურგიული ინსტრუმენტების დამუშავება**

მეთოდები	მოქმედი ნივთიერება	ექსპოზიციის დრო	შენიშვნა
სტერილიზაცია	ავტოკლავირება	20 წთ 121°C ტემპერატურაზე, 103,5-140 კპა წნევის ქვეშ	ორთქლი შეღწევადი უნდა იყოს გაუვლებელ-ყოფას დაქვემდებარებული ინსტრუმენტების ზედაპირებში. შეფუთული ინსტრუმენტების სტერილიზაციის დრო იზრდება 30 წთ-მდე
	გლუტარალდეჰიდი 2%-იანი ხსნარი	იარაღების ჩალაგება 5 სთ-ის განმავლობაში 20-25°C ტემპერატურის 2 %-იან ხსნარში, რომელიც გააქტივებულია ტუტით (PH=7,5-9)	ზოგიერთი წყაროსა და მწარმოებლის ინსტრუქციის შესაბამისად ჩალაგება უნდა გაგრძელდეს 10 სთ-ის განმავლობაში
მაღალი დონის დეზინფექცია (მდდ)	ნატრიუმის ჰიპოქლორიტი	იარაღების ჩალაგება 5 წთ-ის განმავლობაში 20-25°C ტემპერატურის ნატრიუმის ჰიპოქლორიტის ბუფერულ ხსნარში (PH=7-8) აქტიური ქლორის კონცენტრაციისას 5000 მგ/ლ (მაგალითად, საყოფაცხოვრებო მათეთრებლის 10 %-იან ხსნარს შეუძლია მეტალების კოროზიის გამოწვევა)	ზოგიერთი წყაროს რეკომენდაციის შესაბამისად ჩალაგება უნდა მოხდეს 20 წთ-ის განმავლობაში 5 %-იან ხსნარში, ხოლო თუ ხსნარი დამზადებულია მდულარე წყალზე, მაშინ საკმარისია მისი 1 %-იანი კონცენტრაცია.
	გლუტარალდეჰიდი 2%-იანი ხსნარი	იარაღების ჩალაგება 30 წთ-ის განმავლობაში 20-25°C ტემპერატურის ტუტით გააქტივებულ	ზოგიერთი წყაროს/მწარმოებლის რეკომენდაციის შესაბამისად მდდ-სთვის გამოიყენება ჩალაგება 20 წთ-ის განმავლობაში.

		(PH=7,5-9) 2 %-იან ხსნარში.	
	ადუღება/გამოხარშვა	20 წთ მდურარე ხსნარში	ჭურჭელი უნდა იყოს დახურული

შენიშვნა: სტერილიზაციისა და მაღალი დონის დეზინფექციის ყველა მეთოდის ეფექტურობა დამოკიდებულია სწორად წარმოებულ წინასასტერილიზაციო დამუშავებაზე.

### ცხრილი N15: პროტოკოლში გამოყენებული შემოკლებები

CIC	კომბინირებული საინექციო კონტრაცეპტივები
COC	კომბინირებული ორალური კონტრაცეპტივები
D&C	დილატაცია და (ბასრი) კიურეტაჟი;
D&E	დილატაცია და ევაკუაცია;
DMPA	დეპო-მედროქსიპროგრესტერონ აცეტატი
EVA	ელექტრო ვაკუუმ-ასპირაცია;
ETG	ეთონორგესტრელი;
GRADE	რეკომენდაციების გაზომვის, შემუშავებისა და შეფასების კლასიფიკაციის სისტემა;
HIV	ადამიანის იმუნოდეფიციტის ვირუსი;
HLD	მაღალი ხარისხის დეზინფექცია;
IUD	საშვილოსნოს შოდა საშუალება;
I V	ინტრავენური;
LM P	უკანასკნელი/ბოლო მენსტრუაცია;
LNG	ლევენორგესტრელი;
MVA	მანუალური ვაკუუმ-ასპირაცია;
PG	პროსტაგლანდინი;
POP	პროგრესტინული აბები
Rh	რეზუს-ფაქტორი;
UNFPA	გაეროს მოსახლეობის ფონდი;
WHO	მსოფლიო ჯანდაცვის ორგანიზაცია.

## 15. პროტოკოლის ადაპტირების ჯგუფი

პროტოკოლი მომზადდა საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს ინიცირებითა და ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის მონაწილეობით, მულტიდისციპლინური გუნდის მიერ, რომელიც წარმოდგენილია საქართველოში მოღვაწე დარგის სპეციალისტებით:

**გიორგი ცერცვაძე** - მედიცინის აკადემიური დოქტორი, ექიმი მეან-გინეკოლოგი და რეპროდუქტოლოგი, კლინიკა „ლიდერმედი“, შპს „გაგუას კლინიკა“;

**თამარ წერეთელი** - რეპროდუქციული ჯანმრთელობის მაგისტრი, მედიცინის აკადემიური დოქტორი, Gynuity Health Projects, უფროსი კონსულტანტი;

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

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

**თემურ გაბაიძე** - მედიცინის აკადემიური დოქტორი. მ. იაშვილის სახელობის დედათა და ბავშვთა ცენტრალური ჰოსპიტალი. თსსუ კლინიკის პროფესორი;

**ირაკლი გაგუა** - ექიმი მეან-გინეკოლოგი, ბიზნეს ადმინისტრირების მაგისტრი ჯანდაცვის მენეჯმენტში, შპს „გაგუას კლინიკა“ - ოპერაციების დირექტორი.

**ალექსანდრა გვენეტაძე** - ექიმი მეან-გინეკოლოგი შპს „გაგუას კლინიკა“, დავით ტვილდიანის სახელობის სამედიცინო უნივერსიტეტის გინეკოლოგიის კათედრის მოწვეული პედაგოგი;

**მანანა გეგეჭკორი** - ექიმი რეპროდუქტოლოგი, თსსუ-ს პროფესორი. ზურაბ საბახტარაშვილის რეპროდუქციული კლინიკის სასწავლო-სამეცნიერო მიმართულების ხელმძღვანელი, საქართველოს გინეკოლოგ-ენდოკრინოლოგთა ასოციაციის ხელმძღვანელი;

**ნანი მარსაგიშვილი** - მედიცინის აკადემიური დოქტორი, ექიმი რეპროდუქტოლოგი, კლინიკა „ლიდერმედი“, პოლიკლინიკური განყოფილების ხელმძღვანელი;

**გიორგი თევდორაშვილი** - თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტის მეანობა-გინეკოლოგიის დეპარტამენტის ასოცირებული პროფესორი, მედიცინის აკადემიური დოქტორი, საქართველოს მეან-გინეკოლოგთა და პერინატოლოგთა ასოციაციის ვიცე პრეზიდენტი.

**რეცენზენტი:**

**თენგიზ ასათიანი** – პროფესორი; FRCOG; საქართველოს მეან-გინეკოლოგთა ასოციაციის პრეზიდენტი.



## 16. გამოყენებული ლიტერატურა

### ძირითადი წყაროები:

1. Abortion care guideline. Geneva: World Health Organization; 2022. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
2. Abortion care NICE guideline Published: 25 September 2019 [www.nice.org.uk/guidance/ng140](http://www.nice.org.uk/guidance/ng140)
3. Medication abortion up to 70 days of gestation. ACOG Practice Bulletin No. 225. American College of Obstetricians and Gynecologists. *Obstet Gynecol* 2020;136:e31–47

### დამატებითი წყაროები:

1. Dzuba, E. Chong, C. Hannum, E. Lichtenberg, E. Hernández, N. Ngoc, A. Patel, G. Rzaeva, P. Smith, G. Tsertsvadze, B. Winikoff, “A non-inferiority study of outpatient mifepristone-misoprostol medical abortion at 64–70 days and 71–77 days of gestation. *Contraception*, 101 (2020) 302–308. doi.org/10.1016/j.contraception.2020.01.009
2. S. C. M. Roberts, E. Belusa, D. K. Turok, S. Combellick, and L. Ralph, “Do 72-Hour Waiting Periods and Two-Visit Requirements for Abortion Affect Women’s Certainty? A Prospective Cohort Study,” *Women’s Health Issues*, vol. 27, no. 4, pp. 400–406, Jul. 2017, doi: 10.1016/j.whi.2017.02.009.
3. I. Jovel, A. F. Cartwright, L. Ralph, and U. D. Upadhyay, “Abortion Waiting Periods and Decision Certainty Among People Searching Online for Abortion Care,” *Obstetrics & Gynecology*, vol. 137, no. 4, pp. 597–605, Apr. 2021, doi: 10.1097/AOG.0000000000004313.
4. J. M. Lindo and M. Pineda-Torres, “New Evidence on the Effects of Mandatory Waiting Periods for Abortion,” *Journal of Health Economics*, vol. 80, p. 102533, Dec. 2021, doi: 10.1016/j.jhealeco.2021.102533.
5. N. Kapp, E. Eckersberger, A. Lavelanet, and M. I. Rodriguez, “Medical abortion in the late first trimester: a systematic review,” *Contraception*, vol. 99, no. 2, pp. 77–86, Feb. 2019, doi: 10.1016/j.contraception.2018.11.002.
6. K. Ehrenreich, S. Kaller, S. Raifman, and D. Grossman, “Women’s Experiences Using Telemedicine to Attend Abortion Information Visits in Utah: A Qualitative Study,” *Women’s Health Issues*, vol. 29, no. 5, pp. 407–413, Sep. 2019, doi: 10.1016/j.whi.2019.04.009.
7. S. Kaller, S. Daniel, S. Raifman, M. A. Biggs, and D. Grossman, “Pre-Abortion Informed Consent Through Telemedicine vs. in Person: Differences in Patient Demographics and Visit Satisfaction,” *Women’s Health Issues*, vol. 31, no. 3, pp. 227–235, May 2021, doi: 10.1016/j.whi.2021.02.007.
8. P. Hyland, E. G. Raymond, and E. Chong, “A direct-to-patient telemedicine abortion service in Australia: Retrospective analysis of the first 18 months,” *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology*, vol. 58, no. 3, pp. 335–340, 2018, doi: <https://doi.org/10.1111/ajog.12800>
9. E. Raymond et al., “TelAbortion: evaluation of a direct to patient telemedicine abortion service in the United States,” *Contraception*, vol. 100, no. 3, pp. 173–177, Sep. 2019, doi: 10.1016/j.contraception.2019.05.013.

10. M. Endler, A. Lavelanet, A. Cleeve, B. Ganatra, R. Gomperts, and K. Gemzell-Danielsson, "Telemedicine for medical abortion: a systematic review," *BJOG: Int J Obstet Gy*, vol. 126, no. 9, pp. 1094–1102, Aug. 2019, doi: 10.1111/1471-0528.15684.
11. D. Grossman, K. Grindlay, T. Buchacker, K. Lane, and K. Blanchard, "Effectiveness and acceptability of medical abortion provided through telemedicine," *Obstet Gynecol*, vol. 118, no. 2 Pt 1, pp. 296–303, Aug. 2011, doi: 10.1097/AOG.0b013e318224d110.
12. D. Grossman and K. Grindlay, "Safety of Medical Abortion Provided Through Telemedicine Compared With In Person," *Obstetrics & Gynecology*, vol. 130, no. 4, pp. 778–782, Oct. 2017, doi: 10.1097/AOG.0000000000002212
13. A. R. A. Aiken, P. A. Lohr, J. Lord, N. Ghosh, and J. Starling, "Effectiveness, safety and acceptability of no-test medical abortion (termination of pregnancy) provided via telemedicine: a national cohort study," *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, vol. n/a, no. n/a, doi: <https://doi.org/10.1111/1471-0528.16668>
14. R. Comendant, C. Cook, S. Hodoroagea, I. Sagaidac, C. Bubulici, I. Platais Medical abortion via telemedicine for women and adolescents: Experience from Moldova. *Reproductive, Female and Child Health*. 2022;1–8. DOI: 10.1002/rfc2.3
15. Raymond Elizabeth G, Grossman Daniel, Mark Alice, Upadhyay Ushma D, Dean Gillian, Creinin Mitchell D, Coplon Leah, Perritt Jamila, Atrio Jessica M, Taylor DeShawn, Gold Marji. Commentary: No-test medication abortion: A sample protocol for increasing access during a pandemic and beyond. *Contraception*. 2020;101(6):361–366. doi: 10.1016/j.contraception.2020.04.005.
16. N. Bojovic, J. Stanisljevic, and G. Giunti The impact of COVID-19 on abortion access: Insights from the European Union and the United Kingdom. *Health Policy*. 2021 Jul; 125(7): 841–858. Published online 2021 May 17. doi: 10.1016/j.healthpol.2021.05.005
17. N Boydell, JJ Reynolds-Wright, ST Cameron, and J Harden. Women's experiences of a telemedicine abortion service (up to 12 weeks) implemented during the coronavirus (COVID-19) pandemic: a qualitative evaluation. *BJOG*. 2021 Oct; 128(11): 1752–1761. Published online 2021 Jul 27. doi: 10.1111/1471-0528.16813
18. V. Berghe Noemiea, S. Rozenbergb, C. Gillesb, I. Bomboirb, A. Jorishb, C. Rousseaub and Y. Manigarta. Impact of Covid-lockdown on abortion management at a family planning in Brussels. *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*. doi.org/10.1080/13625187.2022.2085682
19. International Federation of Gynecology & Obstetrics (FIGO). Consensus Statement on Uterine Evacuation.
20. „ოჯახის დაგეგმვა“ - კლინიკური პრაქტიკის ეროვნული რეკომენდაციის (გაიდლაინის) დამტკიცების თაობაზე“ საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2017 წლის 21 აპრილის № 01-78/ო ბრძანება.
21. „ოჯახის დაგეგმვის სტანდარტული ოპერაციული პროცედურების (სოპი) დამტკიცების თაობაზე“ საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2020 წლის 21 თებერვლის N01-61/ო ბრძანება.

22. ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის წყარო რეკომენდაციები<sup>5</sup> აღებულია უცვლელად გარდა რეკომენდაციებისა, რომლებიც შეეხება აბორტის წინ სავალდებულოდ ჩასატარებელ გამოკვლევებსა და აბორტის მეთოდების გამოყენებას გესტაციური ვადების მიხედვით. კერძოდ, ადგილობრივი სპეციფიკის გათვალისწინებით, აბორტის წინ რეკომენდირებულ გამოკვლევებს შორის მიეთითა ულტრაბგერითი დიაგნოსტიკა და მხოლოდ ანემიის ნიშნების არსებობისას, ჰემოგლობინის ან ჰემატოკრიტის განსაზღვრა. რაც შეეხება აბორტის მეთოდებს გამოყენებას გესტაციური ვადების მიხედვით, ორსულობის პირველი ტრიმესტრის აბორტის ჩატარების ვადა პროტოკოლში განისაზღვრა 12 კვირის ჩათვლით, ხოლო ორსულობის მეორე ტრიმესტრის აბორტისთვის კი 12 კვირიდან 22 კვირამდე ვადით, რაც ასევე, შესაბამისობაშია საქართველოს კანონმდებლობასთან.