

დანართი

მიღებულია „კლინიკური პრაქტიკის ეროვნული  
რეკომენდაციების (გაიდლაინები) და კლინიკური  
მდგომარეობის მართვის სახელმწიფო სტანდარტების  
(პროტოკოლები) შემუშავების, შეფასების და დანერგვის  
ეროვნული საბჭოს“ 2017 წლის 21 სექტემბრის №3  
სხდომის გადაწყვეტილების შესაბამისად

დამტკიცებულია საქართველოს შრომის,  
ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის  
მინისტრის 2017 წლის 9 ნოემბრის  
№01-244/ო ბრძანებით

# ანტენატალური მეთვალყურეობა

ფიზიოლოგიურად მიმდინარე ორსულობის  
დროს

კლინიკური მდგომარეობის მართვის სახელმწიფო სტანდარტი  
(პროტოკოლი)

## სარჩევი

შესავალი .....	4
მიზანი .....	4
I. ძირითადი რეკომენდაციები .....	5
1.1 ორსულის ინფორმირება ანტენატალური ვიზიტების დროს.....	5
1.2 ნუტრიციული (კვებითი) რეკომენდაციები.....	5
1.3 ცხოვრების წესი და ზოგადი რეკომენდაციები .....	6
1.4 ორსულობით გამოწვეული დისკომფორტული მდგომარეობების მართვის რეკომენდაციები.....	7
II. კლინიკური კვლევები ანტენატალური ვიზიტების დროს .....	9
2.1 კვლევები/ჩარევები, რომლებიც რეკომენდებულია განხორციელდეს ანტენატალური ვიზიტების დროს .....	9
2.2 კვლევები/ჩარევები, რომელთა რუტინული განხორციელება არ არის რეკომენდებული ..	11
2.3 კვლევები/ჩარევები, რომლებიც უნდა განხორციელდეს ნაყოფის მდგომარეობის შესაფასებლად ანტენატალური ვიზიტების დროს.....	12
2.4 კვლევები/ჩარევები, რომლებიც არ უნდა განხორციელდეს რუტინულად ნაყოფის მდგომარეობის შესაფასებლად ანტენატალური ვიზიტების დროს .....	13
2.5 სპეციფიური კლინიკური მდგომარეობების შეფასება ანტენატალური ვიზიტების დროს	13
III. ანტენატალური მეთვალყურეობის სტრუქტურა.....	14
3.1 ჩასახვამდელი მეთვალყურეობა .....	14
3.1.1 კონსულტირება .....	14
3.1.2 რისკების შეფასება.....	15
3.2 მშობიარობამდელი მეთვალყურეობა .....	15
3.2.1 I ანტენატალური ვიზიტი ორსულობის 12 6/7 კვირამდე.....	15
3.2.2 II ანტენატალური ვიზიტი ორსულობის 18 0/7-20 6/7 კვირის ვადაზე.....	16
3.2.3 III ანტენატალური ვიზიტი ორსულობის 26 6/7 კვირის ვადაზე.....	17

3.2.4 IV ანტენატალური ვიზიტი ორსულობის 30 კვირის ვადაზე .....	18
3.2.5 V ანტენატალური ვიზიტი ორსულობის 34 კვირის ვადაზე.....	18
3.2.6 VI ანტენატალური ვიზიტი ორსულობის 36 კვირის ვადაზე .....	18
3.2.7 VII ანტენატალური ვიზიტი ორსულობის 38 კვირის ვადაზე.....	19
3.2.8 VIII ანტენატალური ვიზიტი ორსულობის 40 კვირის ვადაზე: .....	19
3.3 მშობიარობის შემდგომი მეთვალყურეობა.....	20
IV. როდის არ გამოიყენება მოცემული პროტოკოლი.....	21
V. რეკომენდაციები პრაქტიკაში ადაპტაციისთვის .....	22
VI. აუდიტის კრიტერიუმები .....	22
VII. პროტოკოლის გადასინჯვისა და განახლების ვადები .....	23
VIII. პროტოკოლის მიღების ხერხები/წყაროები.....	23
IX. პროტოკოლის ავტორები .....	24
X. გამოყენებული ლიტერატურა.....	27

წინამდებარე პროტოკოლის განახლება და ადაპტირება განხორციელდა საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს ინიციატივით, მისი ექსპერტებისა და დარგობრივი პროფესიული ასოციაციების მხარდაჭერით.

## შესავალი

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

## მიზანი

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

# I. ძირითადი რეკომენდაციები

## 1.1 ორსულის ინფორმირება ანტენატალური ვიზიტების დროს

ორსული ქალის ადეკვატური ინფორმირება წარმატებული ანტენატალური მეთვალყურეობის განუყოფელ ნაწილს წარმოადგენს.

- მიაწოდეთ ორსულს უახლეს მტკიცებულებებზე დაფუძნებული ინფორმაცია მისთვის გასაგებ და მისაწვდომ ენაზე და მაქსიმალურად შეუწყვეთ ხელი, რომ მან ინფორმირებული გადაწყვეტილება მიიღოს მეთვალყურეობის შესახებ;
- დარწმუნდით, რომ მიღებული ინფორმაცია გასაგებია ორსულისთვის და მას ჰქონდა საკმარისი დრო ინფორმირებული გადაწყვეტილების მისაღებად;
- ორსული ქალი აუცილებლად უნდა იყოს ინფორმირებული ნებისმიერი დიაგნოსტიკური და სკრინინგული ტესტის საჭიროების შესახებ მის ჩატარებამდე.

## 1.2 ნუტრიციული (კვებითი) რეკომენდაციები

- აუცილებელია, ორსულს მიეწოდოს სრულყოფილი ინფორმაცია ჯანსაღი და სრულფასოვანი კვების და ფიზიკური აქტივობის შესახებ;
- ფოლიუმის მჟავის მიღება ყველა დაბალი რისკის მქონე ქალმა უნდა დაიწყოს ორსულობამდე სულ ცოტა 6 კვირით ადრე 400 მკგ ოდენობით დღეში და განაგრძოს ორსულობის 12 კვირის ჩათვლით; ოჯახურ ანამნეზში ნერვული მილის დეფექტების, ან სხვა ტიპის განვითარების მანკების არსებობის შემთხვევაში დოზა უნდა შეადგენდეს 5მგ/დღეში (5000მკგ). მაღალი სარწმუნოების კვლევებით დადასტურებულია, რომ ფოლიუმის მჟავის მიღება აღნიშნულ ვადებში ამცირებს ნაყოფის ნერვული მილის დეფექტის (ანენცეფალია, ზურგის ტვინის თიაქარი) განვითარების რისკს;
- ყველა ორსულისთვის რუტინულად რეკომენდებულია ანემიის საპროფილაქტიკო რკინის შემცველი პრეპარატის შეთავაზება დღიური დოზით 30 მგ, თუ ქალს არ აღენიშნება ანემია (ჰემოგლობინის მაჩვენებელი

არის  $\geq 110$  გ/ლ პირველ და მესამე ტრიმესტრში ან  $\geq 105$  გ/ლ მეორე ტრიმესტრში და ფერიტინის მაჩვენებელი  $> 30$  მკგ/ლ).

თუ ქალს აღენიშნება ანემია, რკინა ეძლევა სამკურნალო დოზით - 120 მგ, სანამ ჰემოგლობინის მაჩვენებელი ნორმას არ დაუბრუნდება.

- Vit A-ს დანამატები ( $>700$  მიკროგრამზე) შესაძლებელია იყოს ტერატოგენული და ამიტომ ასეთი პრეპარატების მიღება არ არის რეკომენდებული. არ არის რეკომენდებული ორსულებში ღვიძლის და ღვიძლის პროდუქტების მიღება, რომლებიც დიდი რაოდენობით შეიცავს Vit A და, ასევე, თუთიის, B6, D, E და C ვიტამინების დანამატების მიღება;
- ორსული ქალის მიერ იოდის შემცველი დანამატების რუტინული მიღება, ასევე, არ არის რეკომენდებული.

### 1.3 ცხოვრების წესი და ზოგადი რეკომენდაციები

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

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

#### 1.4 ორსულობით გამოწვეული დისკომფორტული მდგომარეობების მართვის რეკომენდაციები

- უმეტეს შემთხვევაში გულისრევა და პირღებინება სპონტანურად გაივლის ორსულობის 16-20 კვირის ვადაზე და ეს არ არის ასოცირებული ორსულობის უარყოფით გამოსავალთან. გულისრევისა და პირღებინების შესამსუბუქებლად მიზანშეწონილია არაფარმაკოლოგიური მეთოდების გამოყენება, როგორცაა მაპროვოცირებელი ფაქტორის („ტრიგერის“) მოხსნა, კვებითი რეჟიმის კორექტირება, კოჭა (სიროფის, აბების ან ფხვნილის სახით 4 გ/დღ), გვირილის ნაყენი, აკუპუნქტურა.  
თუმცა, თუ არაფარმაკოლოგიური მეთოდები შვებას არ აძლევს ორსულს, შესაძლებელია, გამოიყენოს ვიტ B6 (25მგ/3Xდღეში) და ანტიჰისტამინები;
- ყაზობა ტიპიური პრობლემაა ორსულობის დროს, რომლის მოგვარებაც შესაძლებელია დიეტური რეკომენდაციებით (მაგ. წყლით და უჯრედისით მდიდარი საკვები და სხვა);

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



## II. კლინიკური კვლევები ანტენატალური ვიზიტების დროს

### 2.1 კვლევები/ჩარევები, რომლებიც რეკომენდებულია განხორციელდეს ანტენატალური ვიზიტების დროს

- პირველი ანტენატალური ვიზიტის დროს ორსული უნდა აიწონოს, გაიზომოს და გამოთვლილ იქნას მისი სხეულის მასის ინდექსი ( $BMI = \frac{\text{წონა(კგ)}}{\text{სიმაღლე(მ)}^2}$ );
- პირველ, მე-3 და მე-6 ანტენატალურ ვიზიტზე ორსულს უნდა ჩაუტარდეს სკრინინგი ანემიის გამოსავლენად. ანემიის გამოვლენის შემთხვევაში უნდა დაინიშნოს რკინის პრეპარატების სამკურნალო დოზა (იხ.ნუტრიციული (კვებითი) რეკომენდაციები);
- პირველ ანტენატალურ ვიზიტზე ქალს უნდა ჩაუტარდეს პირველადი სკრინინგი აქტიურ ტუბერკულოზზე, რაც მოიცავს აქტიურ ტუბერკულოზისთვის დამახასიათებელი სიმპტომების გამოვლენას (ხველა, რომელიც გრძელდება 2 კვირა და მეტი, ნახველში სისხლი, წონის კლება, სუბფერულიტეტი, ჭარბი ოფლიანობა და ა.შ) საექვო სიმპტომების გამოვლენის შემთხვევაში, ორსული უნდა გადამისამართდეს შესაბამის სპეციალისტთან დამატებითი გამოკვლევებისთვის.
- საჭიროა სისხლის ჯგუფის, რეზუს კუთვნილების და ანტისხეულების დადგენა ორსულობის რაც შეიძლება ადრეულ ვადაზე;
- თუ ორსული Rh-უარყოფითი სისხლის კუთვნილებისაა, მიზანშეწონილია პარტნიორის რეზუს კუთვნილების დადგენა ანტი D იმუნოგლობულინით პროფილაქტიკის ჩატარებამდე;
- რისკის ჯგუფის ორსულებში, დაუნის სინდრომის გამოვლენის მიზნით, უნდა შეთავაზებულ იქნეს ე.წ. „კომბინირებული ტესტი“: ულტრაბგერითი გამოკვლევით კისრის ნაოჭის სისქის, ბეტა ქორიონული გონადოტროპინისა (hCG) და ორსულობასთან ასოცირებული პლაზმის პროტეინ „PAPP-A“

განსაზღვრა, რომელიც რეკომენდებულია, ჩატარდეს ორსულობის 11 0/7 - 13 6/7 კვირის ვადაზე;

რისკის ჯგუფის ორსულებს, რომელთა ანტენატალური ვიზიტი განხორციელდა ორსულობის უფრო გვიან ვადაზე, დაუნის სინდრომის სკრინინგის მიზნით, უნდა შესთავაზონ სამმაგი, ან ოთხმაგი სკრინინგ-ტესტის ჩატარება ორსულობის 15 0/7 და 20 0/7 კვირის ვადაზე;

- სკრინინგი, ასიმპტომური ბაქტერიურიის გამოვლენის მიზნით, უნდა ჩატარდეს ორსულობის ადრეულ ვადაზე (პირველ ტრიმესტრში), ასიმპტომური ბაქტერიურიის გამოვლენა და მკურნალობა ამცირებს პიელონეფრიტის განვითარების რისკს;
- თუ არ არის შესაძლებელი რუტინული სკრინინგი B ჯგუფის სტრეპტოკოკის (GBS) გამოსავლენად ორსულობის 35-37 კვირის ვადაზე, უნდა გამოყენებულ იქნეს რისკზე დაფუძნებული მიდგომა, რაც გულისხმობს GBS-ით ახალშობილის ინფიცირების რისკის შესამცირებლად რისკის ჯგუფის ქალებში ანტიბიოტიკოპროფილაქტიკის წარმოებას მშობიარობის დაწყებისთანავე (ინტრანატალურად).  
რისკის ჯგუფის ქალებს მიეკუთვნება:
  - ცხელება მშობიარობაში  $\geq 38^{\circ}\text{C}$ ;
  - ნაადრევი მშობიარობა;
  - უწყლო პერიოდი  $\geq 18$  სთ;
  - ანამნეზში GBS ინფიცირებული ახალშობილი;
  - GBS ბაქტერიურია ( $10^4$ ) მიმდინარე ორსულობისას.
- ნაჩვენებია უნივერსალური სკრინინგი B ჰეპატიტზე, რადგანაც მშობიარობის შემდგომი ინტერვენცია ამცირებს დედიდან ბავშვზე ინფექციის ტრანსმისიის რისკს;
- რეკომენდებულია რუტინული სკრინინგი C ჰეპატიტზე საქართველოში ინფექციის მაღალი პრევალენტობიდან გამომდინარე;
- თუ არ გვაქვს ინფორმაცია გადატანილი წითურას შესახებ და ქალს აღენიშნებოდა წითურიან ავადმყოფთან კონტაქტი, მას უნდა მიეცეს რჩევა, ჩაიტაროს შესაბამისი ლაბორატორიული კვლევა და

ანტისხეულების არარსებობის შემთხვევაში ჩაიტაროს ვაქცინაცია პოსტნატალურ პერიოდში;

- რეკომენდებულია უნივერსალური სკრინინგი აივ ინფექცია/შიდსის გამოსავლენად პირველივე ანტენატალური ვიზიტის დროს, რადგან სათანადო ანტენატალური ინტერვენციების განხორციელებით შესაძლებელია დედიდან ნაყოფზე აივ ინფექცია/შიდსის ტრანსმისიის პრევენცია;
- რეკომენდებულია უნივერსალური სკრინინგი სიფილისზე პირველი ანტენატალური ვიზიტის დროს, რადგანაც სიფილისის მკურნალობა ეფექტური და უსაფრთხოა დედისა და ნაყოფისათვის;
- რეკომენდებულია შაქრიან დიაბეტზე უნივერსალური სკრინინგი ორსულობის 24-28 კვირის ვადაზე 50გ გლუკოზის მცირე ტესტით;
- პრეეკლამსიის ადრეული გამოვლენის მიზნით რეკომენდებულია არტერიული წნევისა და პროტეინურიის ხარისხის რეგულარული მონიტორინგი; არტერიული ჰიპერტენზიის და/ან პროტეინურიის გამოვლენის შემთხვევაში, რეკომენდებულია გაძლიერებული მონიტორინგი და შესაბამისი პროტოკოლის გამოყენება;

## 2.2 კვლევები/ჩარევები, რომელთა რუტინული განხორციელება არ არის რეკომენდებული

- ძუძუთი კვების ხელშეწყობისთვის მკერდის რუტინული გასინჯვა, ძუძუს თავების დამუშავების მიზნით, არ არის რეკომენდებული;
- არ არის რეკომენდებული რუტინულად მენჯის გამოკვლევა. ის არ აფასებს ზუსტ გესტაციურ ვადას და არ გააჩნია ღირებულება მოსალოდნელი ნაადრევი მშობიარობის, ან მენჯ-თავის დისპროპორციის პროგნოზირების კუთხით;

- რუტინულად ბაქტერიული ვაგინოზის სკრინინგი არ არის რეკომენდებული, რადგან არ ამცირებს ნაადრევი მშობიარობისა და სხვა უარყოფითი რეპროდუქციული გამოსავლის რისკს;
- არ არის რეკომენდებული ორსულებში ქლამიდიოზის რუტინული სკრინინგი, რადგან არ არსებობს მტკიცებულება მისი ეფექტურობის შესახებ;
- რუტინული სკრინინგი ციტომეგალოვირუსზე არ არის რეკომენდებული, რადგან არ არსებობს მტკიცებულება მისი ეფექტურობის შესახებ;
- ტოქსოპლაზმოზის რუტინული ანტენატალური სკრინინგი არ არის რეკომენდებული;
- დაბალი რისკის ორსულებში არ არის რეკომენდებული ნაადრევი მშობიარობის რუტინული სკრინინგი ტრანსვაგინალური ექოსკოპიით.

### 2.3 კვლევები/ჩარევები, რომლებიც უნდა განხორციელდეს ნაყოფის მდგომარეობის შესაფასებლად ანტენატალური ვიზიტების დროს

- ულტრასონოგრაფიული კვლევა ტარდება ორსულობის 10 0/7 - 13 6/7 კვირის ვადაზე, რათა დადგინდეს გესტაციური ასაკი, კისრის ნაოჭის სისქე (დაუნის სინდრომზე სკრინინგი) და მრავალნაყოფიანი ორსულობა;
- ნაყოფის განვითარების ანომალიის სკრინინგის მიზნით ყველა ორსულს რუტინულად უტარდება ექოსკოპიური კვლევა ორსულობის 18 0/7-20 6/7 ვადაზე;
- ნაყოფის არასწორი მდებარეობა უნდა დაზუსტდეს ექოსკოპიური კვლევით ორსულობის >36 კვირაზე;

- საშვილოსნოს ფუძის სიმალლე უნდა გაიზომოს ანტენატალურ ვიზიტზე, ორსულობის 24 კვირის შემდეგ და აღინიშნოს გრავიდოგრამაზე;
- მუცლის პალპაციით ნაყოფის მდებარეობის დადგენა უნდა განხორციელდეს ორსულობის >36 კვირაზე. ორსულობის უფრო ადრეულ ვადაზე მისი ჩატარება არ არის რეკომენდებული;

#### 2.4 კვლევები/ჩარევები, რომლებიც არ უნდა განხორციელდეს რუტინულად ნაყოფის მდგომარეობის შესაფასებლად ანტენატალური ვიზიტების დროს

- ორსულობის 24 კვირის შემდეგ რუტინულად ულტრაბგერითი სკანირება არ უნდა იქნას შეთავაზებული;
- დაბალი რისკის ორსულებში არ არის რეკომენდებული რუტინულად დოპლერომეტრიის წარმოება;
- ნაყოფის მოძრაობითი აქტივობის ფორმალური დათვლა რუტინულად არ არის რეკომენდებული;
- ორსულობის დროს მდგომარეობის შეფასების მიზნით ნაყოფის გულისცემის რუტინული ელექტრონული მონიტორინგი არ არის რეკომენდებული.

#### 2.5 სპეციფიური კლინიკური მდგომარეობების შეფასება ანტენატალური ვიზიტების დროს

- ქალებს, გაურთულებლად მიმდინარე ორსულობის 41 კვირის შემდეგ, უნდა შეთავაზოთ სამშობიარო მოქმედების ინდუქცია სტაციონარში;
- სამშობიარო მოქმედების ინდუქციის ჩატარებამდე - ორსულობის 41 კვირის ვადაზე, ორსულს უნდა შეთავაზოთ საშოსმხრივი გასინჯვა

სანაყოფო გარსების თითებით აშრეების მიზნით. პროცედურა უნდა ჩატარდეს სტაციონარში (სამშობიარო სახლში/სამეანო განყოფილებაში);

- ყველა ქალს გაურთულებელი, ერთნაყოფიანი, ჯდომით წინმდებარეობით მიმდინარე ორსულობით, ორსულობის 36 კვირის ვადიდან უნდა შეთავაზოთ ნაყოფის თავზე გარეგანი მობრუნება სტაციონარში. გამონაკლისს წარმოადგენენ პაციენტები საშვილოსნოზე ნაწიბურით, დარღვეული სანაყოფო გარსებით, საშოსმხრივი სისხდენით, ნაყოფის არაკეთილსაიმედო მდგომარეობით;
- ყველა არასენსიბილიზირებულ RH-უარყოფითი სისხლის კუთვნილების ორსულს უნდა ჩატარდეს ანტი-D იმუნოგლობულინით პროფილაქტიკა შემდეგი წესით: ერთჯერადად 1500 IU 28-30 კვირაზე.

### III. ანტენატალური მეთვალყურეობის სტრუქტურა

#### 3.1 ჩასახვამდელი მეთვალყურეობა

##### 3.1.1 კონსულტირება

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

- ჯანმრთელი ცხოვრების წესი: ჯანსაღი კვება, ოპტიმალური წონა, რეგულარული ვარჯიშის მნიშვნელობა, თამბაქოს, ალკოჰოლის, ნარკოტიკებისა და პასიური მწვეველობის მავნე ზემოქმედება<sup>1</sup>;
- ფოლიუმის მჟავის მიღების აუცილებლობა;
- ანემიის დიაგნოსტიკისა და მკურნალობის აუცილებლობაზე;
- ორსულობის სიმპტომები;
- სკრინინგული ტესტები, მათი მნიშვნელობა და რისკები;

### 3.1.2 რისკების შეფასება

- გენეტიკური სკრინინგული ტესტები: მუკოვისციდოზი, თალასემია<sup>2,3</sup>;
- Pap – ტესტირება<sup>4</sup> 25 წლის ასაკიდან;
- HBsAg, RPR, Rubella, CMV, HIV, ტესტირება. წითურას ვირუსის მიმართ იმუნიტეტის არქონის შემთხვევაში რეკომენდებულია ვაქცინაცია (ამასთან, დაორსულება არ შეიძლება აცრიდან 3 თვის განმავლობაში);
- ტეტანუსის უკანასკნელი ვაქცინაციიდან  $\geq 10$  წლის გასვლის შემთხვევაში, რეკომენდებულია ვაქცინაცია (ვაქცინაციის შემდეგ დაორსულებაში შეზღუდვა არ არის).

## 3.2 მშობიარობამდელი მეთვალყურეობა

მშობიარობამდელ მეთვალყურეობას ახორციელებს მეან-გინეკოლოგი.

### 3.2.1 I ანტენატალური ვიზიტი ორსულობის 12 6/7 კვირამდე:

- პირადი და ოჯახური ანამნეზის შეკრება მაღალი რისკის ორსულობის გამოსავლენად;
- არტერიული სისხლის წნევისა და სხვა სასიცოცხლო ფუნქციების შეფასება (პულსი, სუნთქვის სიხშირე, რიტმი, არტერიული წნევა);
- ორსულის აწონვა, გაზომვა და სხეულის მასის ინდექსის გამოთვლა;
- ორსულების სასქესო ორგანოების განვითარების ანომალიების გამოვლენა და სარძევე ჯირკვლების გასინჯვა;
- ფოლიუმის მჟავის მიღების დაწყება/გაგრძელებაზე რეკომენდაციის მიცემა (400 მკგ/დღეში ორსულობის პირველი 12 კვირის განმავლობაში);
- სისხლის ჯგუფისა და რეზუს-კუთვნილების განსაზღვრა, ანტისხეულებზე ტესტირება რეზუს უარყოფითი სისხლის კუთვნილების შემთხვევაში;
- სისხლის საერთო ანალიზი, ფერიტინის განსაზღვრა, თუ Hb-ის მაჩვენებელი არის  $< 110$  გ/ლ .  
თუ Hb-ის მაჩვენებელი არის  $< 110$  გ/ლ და ფერიტინის მაჩვენებელი  $< 30$  მკგ/ლ, რეკომენდებულია რკინის დანამატის დანიშვნა სამკურნალო

- დღიური დოზით - 120 მგ, სანამ ჰემოგლობინის მაჩვენებელი ნორმას არ დაუბრუნდება, შემდეგ ორსული გადადის საპროფილაქტიკო დოზაზე;
- შარდის კულტურალური გამოკვლევა ასიმპტომური ბაქტერიურიის დადგენის მიზნით. თუ კოლონიზაციის ხარისხი  $>10^5$ , რეკომენდებულია ანტიბიოტიკოთერაპია;
  - სკრინინგული ტესტები: B ჰეპატიტის ვირუსის, C-ჰეპატიტის ვირუსის, აივ ინფექცია/შიდსის და სიფილისის გამოსავლენად;
  - ულტრაბგერითი გამოკვლევა ორსულობის გესტაციური ასაკის (თხემ-კუდუსუნის ზომის მიხედვით), მრავალნაყოფიანი ორსულობის დადგენის, კისრის ნაოჭის სისქის განსაზღვრის მიზნით (რეკომენდებულია ორსულობის 10 0/7-13 6/7). თუ თხემ-კუდუსუნის ზომა  $>84$ მმ, გესტაციური ასაკი დგინდება გარშემოწერილობების მიხედვით;
  - რისკის-ჯგუფის ორსულებში, დაუნის სინდრომის გამოვლენის მიზნით, სკრინინგის შეთავაზება კომბინირებული ტესტით, ორსულობის 11 0/7-13 6/7 კვირის ვადაზე და შრატის სამმაგი, ან ოთხმაგი ტესტით, ორსულობის 15 0/7-20 0/7 კვირის ვადაზე;
  - ფარისებრი ჯირკვლის ფუნქციის TSH-ით შეფასების შეთავაზება;
  - სრულყოფილი ინფორმაციის მიწოდება შემდეგ საკითხებზე: ორსულობის მიმდინარეობა, ტიპური პრობლემები და საშიშროების ნიშნები, ნაყოფის განვითარება, რისკის ჯგუფები და რისკის შესაბამისი მოვლის პრინციპი (პერინატალური სერვისის დონეები), კვებითი რეკომენდაციები, ფიზიკური აქტივობა, ცხოვრების ჯანსაღი წესი, ანტენატალური სკრინინგული ტესტები - მათი რისკები და მნიშვნელობა, ძუძუთი კვების მნიშვნელობა.

### 3.2.2 II ანტენატალური ვიზიტი ორსულობის 18 0/7-20 6/7 კვირის ვადაზე:

- სკრინინგული ტესტების შეფასების საფუძველზე, საჭიროების შემთხვევაში ამნიოცენტუზის ჩატარების აუცილებლობის განხილვა;
- ულტრასონოგრაფიული სკრინინგი ორსულობის 18 0/7-20 6/7 კვირის ვადაზე, ნაყოფის განვითარების მანკების გამოვლენის მიზნით;
- არტერიული წნევის და სასიცოცხლო ფუნქციების შეფასება;



- სრულყოფილი ინფორმაციის მიწოდება (გაგრძელება) შემდეგ საკითხებზე: ორსულობის მიმდინარეობა, ტიპური პრობლემები და საშიშროების ნიშნები, ნაყოფის განვითარება და მისი მდგომარეობის შეფასების მეთოდები, კვებითი რეკომენდაციები, ფიზიკური აქტივობა, ცხოვრების ჯანსაღი წესი, რისკის ჯგუფები და რისკის შესაბამისი მოვლის პრინციპი (პერინატალური სერვისის დონეები), ძუძუთი კვების მნიშვნელობა.

### 3.2.3 III ანტენატალური ვიზიტი ორსულობის 26 6/7 კვირის ვადაზე:

- არტერიული წნევის განსაზღვრა და სასიცოცხლო ფუნქციების შეფასება;
- შარდში პროტეინურიის ხარისხის დადგენა;
- საშვილოსნოს ფუძის სიმაღლის განსაზღვრა დინამიკაში და აღნიშვნა გრავიდოგრაფიაზე;
- განმეორებითი სკრინინგი ანემიისა (ჰემოგლობინის განსაზღვრა, ფერიტინის განსაზღვრა ხდება, თუ Hb-ის მაჩვენებელი არის <110 გ/ლ) და რეზუს ანტისხეულების (რეზუს უარყოფითი სისხლის კუთვნილების შემთხვევაში) გამოვლენის მიზნით;
- სენსიბილიზაციის არარსებობის შემთხვევაში, რეზუს უარყოფითი ქალისა და რეზუს დადებითი პარტნიორის წყვილს შეთავაზეთ ორსულის ანტი D პროფილაქტიკა შემდეგი წესით: ან ორჯერადი შეყვანა 28 და 34 გესტაციური კვირის ვადაზე, დოზით 500 IU, ან ერთჯერადად 1500 IU 28-30 კვირაზე;
- სკრინინგი გესტაციური დიაბეტის გამოვლენის მიზნით (მცირე ტესტი-50გ. გლუკოზის მიღებიდან 1 საათის შემდეგ გლიკემიის ხარისხის დადგენა N=130მგ/დლ);
- სრულყოფილი ინფორმაციის მიწოდება (გაგრძელება) შემდეგ საკითხებზე: ორსულობის მიმდინარეობა, ტიპური პრობლემები და საშიშროების ნიშნები, ნაყოფის განვითარება და მისი მდგომარეობის შეფასების მეთოდები, კვებითი რეკომენდაციები, ფიზიკური აქტივობა, ცხოვრების ჯანსაღი წესი, რისკის ჯგუფები და რისკის შესაბამისი მოვლის პრინციპი (პერინატალური სერვისის დონეები), ძუძუთი კვების მნიშვნელობა.

### 3.2.4 IV ანტენატალური ვიზიტი ორსულობის 30 კვირის ვადაზე:

- არტერიული წნევის განსაზღვრა და სასიცოცხლო ფუნქციების შეფასება;
- შარდში პროტეინურიის ხარისხის დადგენა;
- საშვილოსნოს ფუძის სიმაღლის განსაზღვრა დინამიკაში და აღნიშვნა გრავიდოგრამაზე;
- სრულყოფილი ინფორმაციის მიწოდება (გაგრძელება) შემდეგ საკითხებზე: ორსულობის მიმდინარეობა, საშიშროების ნიშნები, ცხოვრების ჯანსაღი წესი, რისკის ჯგუფები და რისკის შესაბამისი მოვლის პრინციპი (პერინატალური სერვისის დონეები), მშობიარობის დაწყების ნიშნები, მშობიარობის ეტაპები, სამშობიარო ტკივილის მართვის მეთოდები, ძუძუთი კვების მნიშვნელობა.

### 3.2.5 V ანტენატალური ვიზიტი ორსულობის 34 კვირის ვადაზე:

- არტერიული წნევის განსაზღვრა და სასიცოცხლო ფუნქციების შეფასება;
- შარდში პროტეინურიის ხარისხის დადგენა;
- საშვილოსნოს ფუძის სიმაღლის განსაზღვრა დინამიკაში და აღნიშვნა გრავიდოგრამაზე;
- სრულყოფილი ინფორმაციის მიწოდება (გაგრძელება) შემდეგ საკითხებზე: ორსულობის მიმდინარეობა, საშიშროების ნიშნები, ცხოვრების ჯანსაღი წესი, რისკის ჯგუფები და რისკის შესაბამისი მოვლის პრინციპი (პერინატალური სერვისის დონეები), მშობიარობის დაწყების ნიშნები, მშობიარობის ეტაპები, სამშობიარო ტკივილის მართვის მეთოდები, ძუძუთი კვების მნიშვნელობა.

### 3.2.6 VI ანტენატალური ვიზიტი ორსულობის 36 კვირის ვადაზე:

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

- სრულყოფილი ინფორმაციის მიწოდება (გაგრძელება) შემდეგ საკითხებზე: რისკის ჯგუფები და რისკის შესაბამისი მოვლის პრინციპი (პერინატალური სერვისის დონეები), მშობიარობის დაწყების ნიშნები, მშობიარობის ეტაპები, სამშობიარო ტკივილის მართვის მეთოდები, ძუძუთი კვების მნიშვნელობა.

### 3.2.7 VII ანტენატალური ვიზიტი ორსულობის 38 კვირის ვადაზე:

- არტერიული წნევის განსაზღვრა და სასიცოცხლო ფუნქციების შეფასება;
- შარდში პროტეინურიის ხარისხის დადგენა;
- სრულყოფილი ინფორმაციის მიწოდება (გაგრძელება) შემდეგ საკითხებზე: რისკის ჯგუფები და რისკის შესაბამისი მოვლის პრინციპი (პერინატალური სერვისის დონეები), მშობიარობის დაწყების ნიშნები, მშობიარობის ეტაპები, სამშობიარო ტკივილის მართვის მეთოდები, ძუძუთი კვების მნიშვნელობა.

### 3.2.8 VIII ანტენატალური ვიზიტი ორსულობის 40 კვირის ვადაზე:

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

### 3.3 მშობიარობის შემდგომი მეთვალყურეობა

მშობიარობის შემდგომ ვიზიტს (გაწერიდან 1 კვირის განმავლობაში), ახორციელებს მეან-გინეკოლოგი ან ოჯახის ექიმი:

- არტერიული სისხლის წნევისა და სხვა სასიცოცხლო ფუნქციების შეფასება;
- შორისისა და ოპერაციის შემდგომი ნაწიბურის შეფასება;
- საშოსმხრივი გასინჯვა (ახორციელებს მეან-გინეკოლოგი);
- სარძევე ჯირკვლების გასინჯვა;
- ქალებს, რკინადეფიციტური ანემიით ორსულობის პერიოდში, ან მშობიარობის შემდგომი პოსტჰემორაგიული ანემიით, უნდა ჩაუტარდეთ ტესტირება ჰემოგლობინის შემცველობაზე და მიეცეთ რეკომენდაცია რკინის პრეპარატების გამოყენების შესახებ;
- ქალისა და ოჯახის წევრების კონსულტირება შემდეგ საკითხებზე: მშობიარობის შემდგომი პერიოდის მიმდინარეობა, ტიპური პრობლემები და საშიშროების ნიშნები; რაციონალური კვება, ქალის ჰიგიენა და ცხოვრების რეჟიმი, მშობიარობის შემდგომი ფსიქოფიზიოლოგიური ცვლილებები (მშობიარობის შემდგომი დეპრესია, ემოციური ლაბილობა), ახალშობილის მოვლის პრინციპები, ახალშობილის საშიშროების ნიშნები, ძუძუთი კვების პრინციპები და მნიშვნელობა, ოჯახის დაგეგმვის მეთოდები;
- ცხელების, საშოდან დიდი რაოდენობით სისხლიანი, ან სუნიანი გამონადენის შემთხვევაში ნაჩვენებია მელოგინის რეჰოსპიტალიზაცია.

## IV. როდის არ გამოიყენება მოცემული პროტოკოლი

პათოლოგიური ორსულობისა და სხვადასხვა ქვემოთ მოყვანილი ექსტრაგენიტალური პათოლოგიის შემთხვევაში:

ორსულის მონაცემები	ანამნეზი	სამეანო ანამნეზი
BMI >30	გულ-სისხლძარღვთა სისტემის პათოლოგია;	ჩვეული აბორტები
BMI <18	თირკმლის დაავადებები;	ნაადრევი მშობიარობა
მწვეელი	ღვიძლის დაავადებები;	მძიმე პრეეკლამფსია, ეკლამფსია
ასაკი >40	ენდოკრინული დარღვევები	მშობიარობის შემდგომი სისხლდენა
ასაკი <16	ჰემატოლოგიური დარღვევები (ჰემოგლობინოპათია, თალასემია, თრომბოემბოლიზმი, ანტიფოსფოლიპიდური სინდრომი)	≥5 მშობიარობა
	ეპილეფსია (პაციენტს უტარდება ანტიკონვულსიური თერაპია)	მკვდრადშობადობა
	სიმსივნური დაავადებები	ახალშობილის/ნაყოფის წონა <2500 / >4,500
	ბრონქული ასთმის მძიმე ფორმა	მახინჯი ნაყოფი
	ნარკომანია	
	აივ/შიდსი და ჰეპატიტი B	
	მუკოვისციდოზი	
	აუტოიმუნური დაავადებები	

## V. რეკომენდაციები პრაქტიკაში ადაპტაციისთვის

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

## VI. აუდიტის კრიტერიუმები

- ორსულთა %, რომელსაც ჩაუტარდა ყველა პროტოკოლით გათვალისწინებული ვიზიტი;
- ორსულთა %, რომელსაც ჩაუტარდა ერთი ანტენატალური ვიზიტი მაინც;
- ორსულთა %, რომლებსაც პირველი ანტენატალური ვიზიტი განხორციელებული აქვთ გესტაციის 12 კვირამდე;
- ორსულთა %, რომლებიც იღებენ რკინის/ფოლიუმის მჟავის დანამატს რეკომენდებული დოზით;
- ორსულთა %, რომლებსაც ჩაუტარდათ სკრინინგი ასიმპტომურ ბაქტერიურიაზე პირველ ტრიმესტრში;
- ორსულთა %, რომლებსაც ჩაუტარდათ სკრინინგი აივ ინფექცია/შიდსის გამოსავლენად;
- ორსულთა %, რომლებსაც ჩაუტარდათ სკრინინგი სიფილისის გამოსავლენად;
- ორსულთა %, სადაც 24 კვირის გესტაციის შემდეგ სწორად მოხდა გრავიდოგრამის შევსება;
- ორსულთა %, რომლებსაც ჩაუტარდათ სკრინინგი ანემიაზე 1, 3 და 6 ვიზიტზე;
- ორსულთა %, რომლებსაც პირველი ულტარსონოგრაფიული კვლევა ჩაუტარდათ 10 0/7 – 13 6/7 კვირის ვადაზე.

## VII. პროტოკოლის გადასინჯვისა და განახლების ვადები

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

## VIII. პროტოკოლის მიღების ხერხები/წყაროები

პროტოკოლის რეკომენდაციების დიდი ნაწილი ემყარება შემდეგ კლინიკური პრაქტიკის გაიდლაინებს:

- WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience, 2016;
- VA/DoD clinical practice guideline for management of pregnancy;
- Bibliographic Source(s), Department of Veteran Affairs, Department of Defense. VA/DoD clinical practice guideline for management of pregnancy. Washington (DC): Department of Veteran Affairs, Department of Defense; 2009. 163 p;
- Antenatal Care Guideline, 2008 NICE.

სამუშაო ჯგუფმა განიხილა და კრიტიკულად შეაფასა ზემოთ აღნიშნული გაიდლაინები, მათ საფუძველზე შეიმუშავა რეკომენდაციები, რომლებიც ემყარება არსებულ საუკეთესო მტკიცებულებებს და შესაბამისია საქართველოს ჯანდაცვის სისტემისთვის.



## IX. პროტოკოლის ავტორები

**აკაკი ბაქრაძე** – მედიცინის აკადემიური დოქტორი, კლინიკის პროფესორი, საქართველოს საპატრიარქოს წმინდა იოაკიმესა და ანას სახელობის სამედიცინო ცენტრის სასწავლო-სამეცნიერო მიმართულების ხელმძღვანელი;

**ალა გრიდასოვა** – სს ზუგდიდის მრავალპროფილიანი კლინიკური საავადმყოფო „რესპუბლიკა“-ს სამედიცინო/ნეონატოლოგიური დეპარტამენტის ხელმძღვანელი; საქართველოს მეან-გინეკოლოგთა ასოციაციის წევრი;

**აპოლონ მესხი** - მედიცინის მეცნიერებათა დოქტორი, საქართველოს მეან-გინეკოლოგთა ასოციაციის წევრი; დიდი ბრიტანეთის სამეფო კოლეჯის წევრი, FRCOG;

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

**დავით დავარაშვილი** – აკადემიური დოქტორი მედიცინაში; მეან-გინეკოლოგიური კლინიკა „ბიბიდა“-ს სამედიცინო-გინეკოლოგიური დეპარტამენტის ხელმძღვანელი; საქართველოს მეანთა და გინეკოლოგთა ასოციაციის საბჭოს წევრი; პერინატოლოგთა და მეან-გინეკოლოგთა ასოციაციის საბჭოს წევრი;

**ეკა ფესტვენიძე** - საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის მოადგილის მრჩეველი;

**ეკატერინე ადამია** - საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს ჯანმრთელობის დაცვის დეპარტამენტის საზოგადოებრივი ჯანმრთელობისა და პროგრამების სამმართველოს უფროსი;

**ვერა ბაზიარი** – აკადემიური დოქტორი მედიცინაში; საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო, ექსპერტი დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის საკითხებში; საქართველოს მეან-გინეკოლოგთა ასოციაციის წევრი;

**ზაზა ბოხუა** - თსუ დიპლომის შემდგომი განათლებისა და უწყვეტი პროფესიული განვითარების ინსტიტუტის დირექტორი, პროფესორი, მეან-გინეკოლოგთა ასოციაციის გენერალური მდივანი, მედიცინის აკადემიური დოქტორი;



**ზაზა სინაურიძე** - მედიცინის მეცნიერებათა დოქტორი, პერინატალური ასოციაციის თავმჯდომარე, კლინიკის - „პინეო სამედიცინო ეკოსისტემა“ სამედიცინო დირექტორი;

**თამარ ანთელავა** – აკადემიური დოქტორი მედიცინაში; თსსუ მეან-გინეკოლოგიის დეპარტამენტის პროფესორი; მეან-გინეკოლოგთა და პერინატოლოგთა ასოციაციის წევრი; სამედიცინო კორპორაცია EVEX-ის სამეანო-გინეკოლოგიური სამსახურის უფროსი;

**თენგიზ ასათიანი** – პროფესორი; FRCOG; თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტის რეპროდუქციული ჯანმრთელობის დეპარტამენტის ხელმძღვანელი; საქართველოს მეან-გინეკოლოგთა ასოციაციის პრეზიდენტი;

**თინათინ გაგუა** - მედიცინის დოქტორი, დ.ტვილდიანის სახელობის სამედიცინო უნივერსიტეტის ასისტენტ- პროფესორი;

**ირაკლი მერკვილაძე** – ქ. ქუთაისის მე-3 სამშობიარო სახლის სამეანო სამსახურის უფროსი; საქართველოს ახალგაზრდა ექიმთა ასოციაციის წევრი; საქართველოს მეან-გინეკოლოგთა ასოციაციის წევრი;

**ირინა ქაროსანიძე** - შპს „საოჯახო მედიცინის ეროვნული სასწავლო ცენტრის“ გენერალური დირექტორი, საქართველოს საოჯახო მედიცინის პროფესიონალთა კავშირის თავმჯდომარე;

**კოტე ბოჭორიშვილი** – აკადემიური დოქტორი მედიცინაში; შპს ჯეოჰოსპიტალს, ზესტაფონის სამედიცინო ცენტრის სამეანო და გინეკოლოგიური მიმართულების ხელმძღვანელი; მეან-გინეკოლოგთა და პერინატოლოგთა ასოციაციის წევრი;

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

**მაგდა ვაჭრიძე** - მეან-გინეკოლოგთა და პერინატოლოგთა ასოციაციის წევრი;

**მაკა ჩიქოვანი** – აკად. კ. ჩაჩავას კლინიკის მეან-გინეკოლოგი; საქართველოს მეან-გინეკოლოგთა და პერინატოლოგთა ასოციაციის წევრი;

**მამუკა ნემსაძე** – აკად. ო. ლუდუშაურის სახ. ეროვნული სამედიცინო ცენტრის პერინატალური დეპარტამენტის სამეანო განყოფილების უფროსი; საქართველოს მეან-გინეკოლოგთა ასოციაციის საბჭოს წევრი;

**მარინა დარახველიძე** - საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს ჯანმრთელობის დაცვის დეპარტამენტის უფროსი;

**მარიამ კბილაძე** - საქართველოს მეან-გინეკოლოგთა ასოციაციის წევრი;

**ნანა კალმახელიძე** - საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს ჯანმრთელობის დაცვის დეპარტამენტის რეგულირების სამმართველოს უფროსი სპეციალისტი;

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

**ნინო ბერძული** - საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის მოადგილე;

**ოლიგო მურღულია** - მეან-გინეკოლოგთა და პერინატოლოგთა ასოციაციის წევრი;

**ოლეგ სინაურიძე** – შპს „ბომონდის“ სამეანო სამსახურის უფროსი; საქართველოს მეან-გინეკოლოგთა და პერინატოლოგთა ასოციაციის წევრი;

**პლატონ მაჭავარიანი** – თსუ მეანობა-გინეკოლოგიის დეპარტამენტის ასოცირებული პროფესორი; წმ. იოაკიმესა და ანას სახ. სამშობიარო სახლის ოპერაციული გინეკოლოგიის განყოფილების გამგე; საქართველოს მეან-გინეკოლოგთა და პერინატოლოგთა ასოციაციის ვიცეპრეზიდენტი.

## X. გამოყენებული ლიტერატურა

---

- <sup>1</sup> Lumley J, Oliver SS, Chamberlain C, Oakley L. Interventions for promoting smoking cessation during pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev* 2004;(4):CD001055. [165 references] PubMed
- <sup>2</sup> Davies SC, Cronin E, Gill M, Greengross P, Hickman M, Normand C. Screening for sickle cell disease and thalassaemia: a systematic review with supplementary research. *Health Technol Assess* 2000;4(3):i-v, 1-99. [148 references]
- <sup>3</sup> Fries MH, Bashford M, Nunes M. Implementing prenatal screening for cystic fibrosis in routine obstetric practice. *Am J Obstet Gynecol* 2005 Feb;192(2):527-34. PubMed
- <sup>4</sup> Wright TC Jr, Massad LS, Dunton CJ, Spitzer M, Wilkinson EJ, Solomon D, 2006 American Society for Colposcopy and Cervical Pathology-sponsored Consensus. 2006 consensus guidelines for the management of women with abnormal cervical cancer screening tests. *Am J Obstet Gynecol* 2007 Oct;197(4):346-55. [81 references] PubMed
- <sup>6</sup> Centers for Disease Control and Prevention. 1998 Guidelines for treatment of sexually transmitted diseases. *MMWR Recomm Rep* 1998 Jan 23;47(RR-1):1-116. [29 references] PubMed
- <sup>7</sup> de Cueto M, Sanchez MJ, Sampedro A, Miranda JA, Herruzo AJ, Rosa-Fraile M. Timing of intrapartum ampicillin and prevention of vertical transmission of group B streptococcus. *Obstet Gynecol* 1998 Jan;91(1):112-4. PubMed
- <sup>8</sup> Lin FY, Brenner RA, Johnson YR, Azimi PH, Philips JB 3rd, Regan JA, Clark P, Weisman LE, Rhoads GG, Kong F, Clemens JD. The effectiveness of risk-based intrapartum chemoprophylaxis for the prevention of early-onset neonatal group B streptococcal disease. *Am J Obstet Gynecol* 2001 May;184(6):1204-10. PubMed