

მიღებულია „კლინიკური პრაქტიკის ეროვნული რეკომენდაციებისა (გაიდლაინები) და დაავადებათა მართვის სახელმწიფო სტანდარტების (პროტოკოლები) შემუშავების, შეფასების და დანერგვის ეროვნული საბჭოს“ 2014 წლის 24 აპრილის N2 სხდომის გადაწყვეტილების შესაბამისად

დამტკიცებულია საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2015 წლის 25 ივნისის N01-186/ო ბრძანებით

მკვდრაღშობადობის მართვა ერთნაყოფიანი ორსულობის დროს

პროტოკოლი

სარჩევი

1. პროტოკოლის დასახელება: მკვდრადშობადობის მართვა ერთნაყოფიანი ორსულობის დროს.	3
2. პროტოკოლით მოცული კლინიკური მდგომარეობები და ჩარევები	3
3. პროტოკოლის შემუშავების მეთოდოლოგია	3
4. პროტოკოლის მიზანი.....	3
5. სამიზნე ჯგუფი.....	3
6. ვისთვის არის პროტოკოლი განკუთვნილი	3
7. სამედიცინო დაწესებულებაში პროტოკოლის გამოყენების პირობები	4
8. რეკომენდაციები.....	4
9. მოსალოდნელი შედეგები.....	7
10. აუდიტის კრიტერიუმები	7
11. პროტოკოლის გადახედვის ვადები	7
12. პროტოკოლის დანერგვისთვის საჭირო რესურსი	7
13. დანართები.....	7
დანართი N1. ადამიანური და მატერიალურ-ტექნიკური რესურსი.....	7
დანართი N2. პერინატალური და ოჯახური ანამნეზი.....	8
14. პროტოკოლის ავტორები	9
15. ცხრილი N1. ნაყოფისა და პლაცენტის გამოკვლევის სქემა სამშობიარო ბლოკში.....	5

1. პროტოკოლის დასახელება: მკვდრადშობადობის მართვა ერთნაყოფიანი ორსულობის დროს

2. პროტოკოლით მოცული კლინიკური მდგომარეობები და ჩარევები

დასახელება	კოდი
1. კლინიკური მდგომარეობების დასახელება	ICD 10
დედის სამედიცინო პატრონაჟი ნაყოფის საშვილოსნოსშიდა სიკვდილის დროს	O36.4
ერთი მკვრადშობილი	Z37.1
ტყუპები, ორივე მკვდრადშობილი	Z37.4
ტყუპები, ერთი ცოცხლადშობილი, მეორე მკვდრადშობილი	Z37.3
სხვა მრავალნაყოფიანი მშობიარობა, ყველა მკვდრადშობილი	Z37.7
2. ჩარევის დასახელება	NCSP
ნაყოფის დამშლელი ოპერაცია მშობიარობის ხელშესაწყობად	MASH30
საკეისრო კვეთა საშვილოსნოს ქვედა სეგმენტში	MCSA10
მშობიარობის აღძვრა ქირურგიული მეთოდით	MASC
მშობიარობის აღძვრა სხვა ქირურგიული მეთოდით	MASC96
მშობიარობის პროსტოგლანდინებით აღძვრა	MAXC02
მშობიარობის აღძვრა ვიბრატორით	MAXC04
მშობიარობის სხვა ხერხებით აღძვრა	MAXC09
3. ლაბორატორიული მომსახურების დასახელება	
კოაგულორგამა	CG.7

3. პროტოკოლის შემუშავების მეთოდოლოგია

ა) პროტოკოლი შემუშავებულია შემდეგი გაიდლაინების საფუძველზე:

- AGOG practice bulletin „Management of stillbirth“ N102, 2009;
- RCOG Green-top Guideline No. 55 „Late Intrauterine Fetal Death and Stillbirth October“, 2010.

ბ) წყარო გაიდლაინების ძირითადი რეკომენდაციები აღებულია უცვლელად.

4. პროტოკოლის მიზანი

პროტოკოლის მიზანია მკვდრადშობადობის შეფასებისა და მართვის შესახებ მტკიცებულებებზე დაფუძნებული ინფორმაციის მიწოდება სამედიცინო პერსონალისთვის, რომლის შედეგადაც მოსალოდნელია სამედიცინო მომსახურების ხარისხის გაუმჯობესება.

5. სამიზნე ჯგუფი

პროტოკოლის რეკომენდაციები შეეხება ორსულებს, მკვდარი ნაყოფით ორსულობის 22 კვირიდან.

6. ვისთვის არის პროტოკოლი განკუთვნილი

პროტოკოლი განკუთვნილია პერინატალური მომსახურების მიმწოდებელ დაწესებულებებსა (სამშობიარო სახლი, ქალთა კონსულტაცია) და პირველადი ჯანდაცვის რგოლში მომუშავე მეან-გინეკოლოგებისათვის, ასევე, ჯანდაცვის მენეჯერების, რეზიდენტების, ბებიაქალებისა და ექთნებისთვის.

7. სამედიცინო დაწესებულებაში პროტოკოლის გამოყენების პირობები

პროტოკოლის გამოყენება იწყება პაციენტის სამედიცინო დაწესებულებაში მიმართვის მომენტიდან, მკვდარი ნაყოფის აღმოჩენისთანავე და გრძელდება სამშობიარო ბლოკში. მშობიარობა სასურველია წარმართოს იზოლირებულ, ინდივიდუალურ სამშობიარო ბლოკში, მყუდრო გარემოში, სადაც ყურადღება მიექცევა ორსულის ფსიქოლოგიურ და ემოციურ თავისებურებებს, და მის ახლობლებს ან პარტნიორს ექნება მშობიარობაზე დასწრების შესაძლებლობა.

8. რეკომენდაციები

განმარტება

მკვდრადშობადობა არის მშობიარობა ნაყოფით, რომელსაც არ აქვს სიცოცხლის არანაირი ნიშანი: სუნთქვა, გულისცემა, ჭიპლარის პულსაცია ან მიმიკური კუნთების გამოხატული შეკუმშვა. მკვდრადშობადობად უნდა ჩაითვალოს ნაყოფი გესტაციის 22 კვირიდან და მეტი (თუ ცნობილია გესტაციის ვადა), ან წონა 500 გრ და მეტი, იმ შემთხვევაში, თუ გესტაციის ვადა ცნობილი არ არის.

რისკ-ფაქტორები

- თანდაყოლილი და კარიოტიპული ანომალიები;
- ნაყოფის ზრდაში ჩამორჩენა და პლაცენტის პათოლოგიები;
- დედის დაავადებები:
 - დიაბეტი, წითელი მგლურა, თირკმლის პათოლოგია, ფარისებრი ჯირკვლის პათოლოგია, ორსულთა ქოლესტაზი;
 - ჰიპერტენზია და პრეეკლამფსია;
 - ინფექციები - ადამიანის პარვოვირუსი B19, სიფილისი, სტრეპტოკოკული ინფექცია და ლისტერია;
 - კახექსია;
 - ნამგლისებრუჯრედოვანი ანემია.
- თამბაქოს მოხმარება;
- მრავალნაყოფიანი ორსულობა;
- ვადაგადაცილებული ორსულობა;
- გახანგრძლივებული მშობიარობა და მასთან დაკავშირებული ასფიქსია, ინფექცია ან სამშობიარო ტრავმა; დაბალი რისკის ქალებში, ანამნეზში აუხსნელი მკვდრადშობადობით, განმეორებითი მკვდრადშობადობის რისკი გესტაციის 20 კვირის შემდეგ შეადგენს 8-10/1000, რომელთა უმეტესობა ხდება გესტაციის 37 კვირამდე;
- მკვდრადშობადობასთან დაკავშირებული ძირითადი რისკ-ფაქტორებია: პირველი ორსულობა, დედის გაცხიმოვნება BMI-ის მიხედვით, ხანდაზმული ასაკი.

დიგნოსტიკა

მკვდრადშობადობის დიაგნოსტიკა ხდება ულტრაბგერითი კვლევით. სასურველია კონსილიუმის მოწვევა, თუ ეს შესაძლებელია.

შემდგომი ტაქტიკა

თუ ორსული მარტოა, დაეხმარეთ, რომ რაც შეიძლება მალე შეატყობინოს ახლობლებს.

გამოკვლევის ძირითადი პრინციპები

მკვდრადშობადობის შეფასებისას ყველაზე მნიშვნელოვანი კვლევებია: ნაყოფის აუტოფსია, პლაცენტის, ჭიპლარისა და სანაყოფე გარსების გამოკვლევა და კარიოტიპირება.

ნაყოფის სიკვდილის დადგენის შემდეგ რეკომენდებულია კლინიკური და ლაბორატორიული კვლევების ჩატარება, სრული პერინატალური და ოჯახური ანამნეზი (იხილეთ დანართი N2. პერინატალური და ოჯახური ანამნეზი), რომლის მიზანია დედის ჯანმრთელობის უზრუნველყოფა და სიკვდილის მიზეზის დადგენა, ორსულობის შემდგომი გართულებების თავიდან აცილება, განმეორებითი მკვდრადშობადობის შესაძლებლობისა და სავარაუდო მიზეზის გამოვლენა. ყველაზე ხშირად ახლობლებს აინტერესებთ მკვდრადშობადობის მიზეზი, ამიტომ აუცილებელად უნდა აუხსნათ, რომ მიუხედავად ჩატარებული გამოკვლევებისა, დაახლოებით შემთხვევათა 50%-ში მკვდრადშობადობის მიზეზი უცნობი რჩება.

პათომორფოლოგიური გამოკვლევა

სამშობიარო ბლოკში პლაცენტის, ჭიპლარისა და სანაყოფე გარსების შესწავლა აუცილებელია იმ შემთხვევაში, თუ ახლობლები უარს აცხადებენ ახალშობილის გვამის პათომორფოლოგიურ გამოკვლევაზე (იხ. ცხრილი N1).

ცხრილი N1. ნაყოფისა და პლაცენტის გამოკვლევის სქემა სამშობიარო ბლოკში

დაათვალიერეთ ახალშობილის გვამი და პლაცენტა:

- წონა, თავის გარშემოწერილობა და ნაყოფის სიგრძე;
- პლაცენტის წონა;
- ნაყოფისა და პლაცენტის სურათები;
- სხეულის, სახის, კიდურების, მტევნებისა და არსებული პათოლოგიების სურათები ფრონტალურ და გვერდით ჭრილში;
- არსებული მონაცემების დოკუმენტირება.

მშობიარობის მართვა

უმეტეს შემთხვევაში მოწოდებულია ბუნებრივი გზით მშობიარობა. ნაყოფის დამშლელი ოპერაციები თანამედროვე პრაქტიკაში გამოიყენება იშვიათად, მხოლოდ იმ შემთხვევაში, თუ მკვდარი ნაყოფით მშობიარობა დაკავშირებულია რისკებთან.

- ორსულობის 28 კვირის ვადამდე რეკომენდებულია შემდეგი სქემის გამოყენება: მიზოპროსტოლი 25–50 მკგ 4 საათიანი ინტერვალით, შესაძლებელია, მიზოპროსტოლის როგორც სამოსმხრივი, ისე პერორალური გზით დანიშვნა;

- 28 კვირის შემდეგ მშობიარობის აღმვრა უნდა ჩატარდეს სამედიცინო დაწესებულებაში მიღებული შესაბამისი პროტოკოლის საფუძველზე;
- საკეისრო კვეთის წარმოება დასაშვებია მხოლოდ განსაკუთრებულ შემთხვევებში, ვინაიდან მკვეთრად ზრდის დედის ავადობის რისკს.

მკვდრადშობადობა და ნაწიბური საშვილოსნოზე

რეკომენდებული სქემა: 200 მკგ 3-ჯერ დღეში 2 დღის განმავლობაში ან 600 მკგ დღეში 1-ჯერ 2 დღის განმავლობაში; მიფეპრისტონი ზრდის ბუნებრივი გზით მშობიარობის შესაძლებლობას უახლოეს 72 საათში. ვადამიტანილ ორსულებში მიზოპროსტოლის გამოყენება დაკავშირებულია მაღალ რისკთან და ამიტომ, არ არის რეკომენდებული მესამე ტრიმესტრში.

მკვდრადშობადობა და Rh (-)

RhD (-) უარყოფით ორსულებში რეკომენდებულია Kleihauer-ის ტესტის ჩატარება, თუ ხელმისაწვდომია და შესაბამისი ოდენობის Anti-RhD გამაგლობულინის ინექცია.

ანტიბიოტიკოთერაპია

- ანტიბიოტიკოთერაპია უნდა დაინიშნოს ჩვენების მიხედვით;
- რუტინული პროფილაქტიკური ანტიბიოტიკოთერაპია არ არის რეკომენდებული;
- B ჯგუფის სტრეპტოკოკის პროფილაქტიკური ანტიბიოტიკოთერაპია არ არის მიზანშეწონილი.

გაუტკივარება

გამოიყენება როგორც მედიკამენტური, ასევე რეგიონალური გაუტკივარება; გაუტკივარების ჩატარებამდე ლაბორატორიულად უნდა გამოირიცხოს დისემინირებული სისხლძარღვში და შედეგების სინდრომი (დსშ) და სეფსისი.

თრომბოპროფილაქტიკა

თრომბოპროფილაქტიკის აუცილებლობა უნდა შეფასდეს მშობიარის ანამნეზური და ობიექტური მონაცემებით, თავად მკვდრადშობადობა თრომბოპროფილაქტიკის ჩვენებას არ წარმოადგენს.

ლაქტაციის დათრგუნვა

სასურველია დოფამინის აგონისტების დანიშვნა, მათი გამოყენების უკუჩვენებაა ჰიპერტენზია და პრეეკლამფსია. არ არის რეკომენდებული ესტროგენების გამოყენება.

ფსიქოლოგიური და სოციალური ასპექტები

რეკომენდებულია წყვილის კონსულტირება და ემოციური მხარდაჭერა, რომელიც მოიცავს თანადგომას, გამოკვლევების შედეგების მათთვის გასაგებ ენაზე განმარტებას და საჭიროების შემთხვევაში, რეფერალს ფსიქოლოგთან დეპრესიის დამლევის მიზნით.

დოკუმენტაცია

1. სამედიცინო ცნობა დაბადების შესახებ 103/ს-84.
2. თანხმობა/უარი გაკვეთაზე, დამტკიცებული იურიდიული ფორმით.
3. შემთხვევის მართვის დოკუმენტირებული ანალიზი შესაძლო ხარვეზების აღმოსაფხვრელად.

9. მოსალოდნელი შედეგები

პროტოკოლის რეკომენდაციების პრაქტიკაში დანერგვის შედეგად მოსალოდნელია მკვედრად მოზადობის სწორად შეფასება, დიაგნოსტიკა და მართვის გაუმჯობესება.

10. აუდიტის კრიტერიუმები

შესაძლო აუდიტის საკითხები:

- პათომორფოლოგიური გამოკვლევის სიხშირე;
- შემთხვევათა დოკუმენტირებული ანალიზის რიცხვი;
- ქალთა რაოდენობა, რომელთაც ჩაუტარდათ ლაქტაციის დათრგუნვა.

11. პროტოკოლის გადახედვის ვადები

პროტოკოლის გადახედვა მიზანშეწონილია 4 წლის ვადაში.

12. პროტოკოლის დანერგვისთვის საჭირო რესურსი

ადამიანური და მატერიალურ-ტექნიკური რესურსების შესახებ ინფორმაცია მოცემულია დანართში N1.

13. დანართები

დანართი N1. ადამიანური და მატერიალურ-ტექნიკური რესურსი

რესურსი	ფუნქციები/მნიშვნელობა	შენიშვნა
ადამიანური რესურსი	რესურსების გამოყენების მიზანი	
მეან-გინეკოლოგი	კლინიკური შეფასება, დიაგნოზის დადასტურება, მედიკამენტური და არამედიკამენტური მკურნალობის თაობაზე გადაწყვეტილება, მიმდინარე მეთვალყურეობა	სავალდებულო
ექთანი	რისკის პროფილის შეფასება, რისკ-ფაქტორების, არამედიკამენტური მკურნალობის, მედიკამენტების გვერდითი ეფექტების თაობაზე პაციენტის კონსულტირება	სავალდებულო
მენეჯერი/ ადმინისტრატორი	პროტოკოლის დანერგვის ხელშეწყობა, დანერგვაზე მეთვალყურეობა, აუდიტის ჩატარება და შედეგების ანალიზი	სასურველი
მატერიალურ-ტექნიკური რესურსი		
რისკის შეფასების სკემა	რისკის პროფილის შეფასება	სავალდებულო
ლაბორატორია სისხლის საერთო, შარდის საერთო ანალიზის და ა.შ. ჩასატარებლად	სისხლის ჯგუფის, Rh ფაქტორი, კოაგულოგრამა	სავალდებულო
სადიაგნოსტიკო აღჭურვილობა (ულტრაბგერა, ეკგ და სხვ)	დიაგნოზის დადასტურება, რისკის შეფასება, მიმართვის თაობაზე გადაწყვეტილების მიღება	სავალდებულო
პაციენტის საგანმანათლებლო მასალები	პაციენტის ინფორმირება	სასურველი

დანართი N2. პერინატალური და ოჯახური ანამნეზი

ოჯახური ანამნეზი
<ul style="list-style-type: none"> • ჩვეული თვითნებითი აბორტი • ვენური და ფილტვის არტერიის თრომბოემბოლია • თანდაყოლილი ანომალია ან არანორმული კაროტიკი • თანდაყოლილი პათოლოგია ან სინდრომი • განვითარების შეფერხება • ნათესაური ქორწინება
დედის ანამნეზი
<ul style="list-style-type: none"> • ვენური და ფილტვის არტერიის თრომბოემბოლია ანამნეზში • შაქრიანი დიაბეტი • ქრონიკული ჰიპერტენზია • თრომბოფილია • სისტემური წითელი მგლურა • აუტოიმუნური დაავადება • ეპილეფსია • ანემია, მძიმე ფორმის • გულის დაავადებები • თამბაქოს ან ალკოჰოლის მოხმარება, მედიკამენტების მიღება
სამეანო ანამნეზი
<ul style="list-style-type: none"> • ჩვეული აბორტი • შვილი თანდაყოლილი პათოლოგიით, განვითარების ანომალიით ან ზრდაში ჩამორჩენის სინდრომით • გესტაციური ჰიპერტენზია ან პრეეკლამფსია ანამნეზში • გესტაციური დიაბეტი ანამნეზში • პლაცენტის აცლა ანამნეზში • ნაყოფის ანტენატალური სიკვდილი ანამნეზში
მიმდინარე ორსულობა
<ul style="list-style-type: none"> • დედის ასაკი • ნაყოფის სიკვდილის გესტაციური ვადა • ორსულობის გართულებები: <ul style="list-style-type: none"> ○ ჰიპერტენზია ○ გესტაციური დიაბეტი ○ სისტემური წითელი მგლურა ○ ქოლესტაზი • ორსულის წონის ნამატი და სხეულის მასის ინდექსი • მრავალნაყოფიანი ორსულობის გართულებები: <ul style="list-style-type: none"> ○ ტყუპიდან ტყუპზე ტრანსფუზიის სინდრომი ○ არაკოორდინირებული ზრდა ○ პლაცენტის აცლა ○ აბდომინური ტრავმა ○ ნადრევი მშობიარობა ან სანაყოფე წყლების ნადრევი დაღვრა ○ გესტაციური ასაკი პრენატალური მეთვალყურეობის დაწყებისას ○ ულტრაბგერითი კვლევით გამოვლენილი ანომალია ○ ინფექცია ან ქორიოამნიონიტი ○ ალოიმუნიზაცია
დედის კლინიკო-ლაბორატორიული მაჩვენებლები ნაყოფის ანტენატალური სიკვდილის დიაგნოსტიკისას
<ul style="list-style-type: none"> • სისხლის საერთო ანალიზი • ლუპუს ანტიკოაგულანტი • სიფილისი • ანტიკარდიოლიპინური ანტისხეულები

14. პროტოკოლის ავტორები

პროტოკოლი შემუშავებულია საქართველოს მეან-გინეკოლოგთა ასოციაციის მიერ.

თენგიზ ასათიანი - პროფესორი, საქართველოს მეან გინეკოლოგთა ასოციაციის პრეზიდენტი;

აკაკი ბაქრაძე - მედიცინის დოქტორი, საქართველოს ჯანდაცვის სამინისტროს ექსპერტი
მეანობა-გინეკოლოგიაში, საქართველოს მეან გინეკოლოგთა ასოციაციის გამგეობის წევრი.