

მიღებულია „კლინიკური პრაქტიკის ეროვნული
რეკომენდაციების (გაიდლაინები) და
დაავადებათა მართვის სახელმწიფო
სტანდარტების (პროტოკოლები) შემუშავების,
შეფასების და დანერგვის ეროვნული საბჭოს“
2013 წლის 30 აპრილის N1 სხდომის
გადაწყვეტილების შესაბამისად

დამტკიცებულია საქართველოს შრომის,
ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის
მინისტრის 2014 წლის 14 თებერვლის
N 01-40 / ო ბრძანებით

კარდიოვასკულურ დაავადებათა მართვა ორსულობის დროს

პროტოკოლი

კარდიოვასკულურ დაავადებათა მართვა ორსულობის დროს

კლინიკური მდგომარეობები და ჩარევები

პროტოკოლი მოიცავს გულის თანდაყოლილი და შეძენილი დაავადებების მართვას რეპროდუქციული ასაკის ქალებში ორსულობის წინა პერიოდში, ორსულობისას, მშობიარობისა და ლოგინობის პერიოდებში, მათი რისკის შეფასებას, გამოვლენას, დიაგნოსტიკისა და მკურნალობის ალგორითმებს.

ICD10-სისტემაში აღნიშნული პათოლოგიები და მდგომარეობები გაერთიანებულია შემდეგ კლასებში: კლასი 9, კლასი 15 და კლასი 17.

კლასი 9–სისხლის მიმოქცევის სისტემის დაავადებები

- I20–I25 გულის იშემიური ავადმყოფობა
- I26–I28 ფილტვისმიერი გული და ფილტვის სისხლძარღვოვანი ავადმყოფობები
- I30–I52 გულის სხვა ავადმყოფობები
- I60–I69 ცერებროვასკულური ავადმყოფობები
- I70–I79 არტერიების, არტერიოლებისა და კაპილარების ავადმყოფობები
- I80–I89 ვენების, ლიმფური სადინარების და ლიმფური კვანძების ავადმყოფობები, რომლებიც არ არის შეტანილი სხვა რუბრიკებში.

კლასი 15–ორსულობა, მშობიარობა და ლოგინობის ხანა

- O10–O16 ორსულობის, მშობიარობისა და ლოგინობის ხანის პერიოდში გავითარებული შემუშება, პროტეინურია და ჰიპერტენზია

კლასი 17- თანდაყოლილი მანკები, დეფორმაციები და ქრომოსომული დარღვევები

- Q 20–28 სისხლის მიმოქცევის სისტემის თანდაყოლილი ანომალიები

NCSP-სისტემაში აღნიშნული ჩარევები თავმოყრილია რამოდენიმე კატეგორიაში:

- F-გული და გულ-მკერდის მთავარი სისხლძარღვები
- L-ქალის სასქესო ორგანოები
- P-პერიფერიული სისხლძარღვები და ლიმფური სისტემა
- M-სამეანო პროცედურები
- W-ანესთეზია და საციცოხლო ფუნქციის მხარდაჭერა

ლაბორატორიული მომსახურების დასახელება

- თავი1 – სისხლი BL
- თავი2 – სისხლის კოაგულაციური უნარის გამოკვლევა CG
- თავი4 – შარდი UR
- თავი15 – ჰორმონალური გამოკვლევები HR
- თავი18 – გენეტიკური გამოკვლევები GE

პროტოკოლის შემუშავების მეთოდოლოგია

პროტოკოლი ძირითადად შემუშავებულია ევროპის კარდიოლოგთა საზოგადოების 2011 წლის გაიდლაინის “კარდიო–ვასკულურ დაავადებათა მართვა ორსულობის დროს“ მიხედვით: *ESC Guidelines on the management of cardiovascular diseases during pregnancy, The Task Force on the Management of Cardiovascular Diseases during Pregnancy of the European Society of Cardiology (ESC)*, European Heart Journal. (August 26, 2011). ორსულობისას ჰიპერტენზიული დარღვევების კლასიფიკაციური სტრუქტურის ადაპტირებისას, გამოყენებულია შემდეგი წყარო: NHS. National Institute for Health and Clinical Excellence. *Hypertension in pregnancy. The management of hypertensive disorders during pregnancy*. Issued: August 2010, last modified January 2011. NICE Clinical Guideline.

პროტოკოლის ავტორთა ჯგუფის მიერ ორიგინალური გაიდლაინის რეკომენდაციებში შეტანილია რამდენიმე დამატება. კერძოდ, რისკის შეფასების ფრაგმენტში, II –III კლასის რისკისას, რისკის ამ კატეგორიის სპეციფიკურობის გამო, ორსულობის მონიტორინგის მიზნით, დაემატა რეკომენდაცია:

- ორსულის მეთვალყურეობა ყოველ ტრიმესტრში, დამატებითი ვიზიტი პაციენტის მდგომარეობის მიხედვით (რისკის კლასი II-III);

ორსულობა იძლევა ქალის სიცოცხლის მანძილზე მოსალოდნელი რისკების დროულად გამოთვლის საშუალებას და ორსულობის, მშობიარობის და ლოგინობის პერიოდში პრედიქტორული მდგომარეობების არსებობისას (როგორცაა გესტაციური დიაბეტი, ჰიპერტენზიული დარღვევები ორსულობისას, გესტაციურ ასაკთან შედარებით მცირე წონის ნაყოფი, სისხლდენა პირველ ტრიმესტრში და ა.შ.) აღნიშნული რისკების ეფექტური მართვის შესაძლებლობას.

რეკომენდაცია:

- მშობიარობის შემდეგ მეანის მიერ შესაბამისი რეფერალი პირველად ჯანდაცვაში, ორსულობისას გამოვლენილი რისკ-ფაქტორების მონიტორინგისა და კონტროლის მიზნით.

საქართველოში განხორციელებული სარწმუნო სტანდარტული კვლევებით მოპოვებული მტკიცებულებების საფუძველზე, ჰიპერტენზიული დარღვევები ორსულობის დროს არის წამყვანი მიზეზი დედათა სიკვდილობის სტრუქტურაში, ასევე, აღნიშნული კვლევების მნიშვნელოვანი გამოსავალი არის რეპროდუქციული ასაკის ქალთა სიკვდილობის კარდიო-ვასკულურ მიზეზებში, ანამნეზში არსებული არტერიული ჰიპერტენზიის ფონზე, ჰემორაგიული ინსულტის პრიორიტეტულობა. აქედან გამომდინარე, არტერიული ჰიპერტენზია მოიაზრება ძირითად კარდიო-ვასკულურ ინტერვენციათა სამიზნედ ქართულ პოპულაციაში.

რეკომენდაცია:

- ქალებში, ორსულობამდე არსებული ჰიპერტენზიით, ჩასახვამდე კონსულტაციის და ანტენატალური მეთვალყურეობის რაც შეიძლება ადრეული სტარტის აუცილებლობის შესახებ, მათი ინფორმირება – ორსულობისას რეკომენდებული ანტიჰიპერტენზიული პრეპარატების შერჩევისა და მკურნალობის ახალ რეჟიმში, წნევის სისტემატიური მონიტორირების მიზნით;

პროტოკოლის მიზანი

პროტოკოლის მიზანია კარდიოვასკულურ დაავადებათა მართვის ხარისხის გაუმჯობესება ორსულობის, მშობიარობისა და ლოგინობის ხანაში.

სამიზნე ჯგუფი

- რეპროდუქციული ასაკის ქალები
- ორსულები
- მშობიარეები
- მელოგინები

ვისთვის არის პროტოკოლი განკუთვნილი

პროტოკოლი განკუთვნილია ნებისმიერი დონის სამედიცინო დაწესებულებისათვის, რომელიც ჩართულია რეპროდუქციული ასაკის ქალთა ორსულობისა და მასთან დაკავშირებული მდგომარეობების მართვაში შემდეგი სამედიცინო სპეციალობებისათვის:

- კარდიოლოგი;
- მეან-გინეკოლოგი;
- ოჯახის ექიმი;
- სხვა სპეციალისტები.

პროტოკოლის გამოყენების პირობები

პროტოკოლის გამოყენება შესაძლებელია ნებისმიერი დონის სამედიცინო დაწესებულების შესაბამის ერთეულში ორსულ და მელოგინე ქალთა შორის კარდიო-ვასკულური დაავადებების მართვის მიმართულებით.

რისკის შეფასება

დედათა რისკის შეფასებისათვის გამოყენებულია ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის რისკის შეფასების მოდიფიცირებული კლასიფიკატორი.

I კლასი-დაბალი რისკი

- გაურთულებელი, პარკუჭთაშუა ძგიდის მცირე ან ზომიერი დეფექტი, ფილტვის არტერიის სტენოზი, მიტრალური ხვრელის სტენოზი;
- ეფექტურად კორეგირებული მარტივი დეფექტები (წინაგულთაშუა ან პარკუჭთაშუა ძგიდის დეფექტი, ანომალური პულმონური დრენაჟი);

- ერთეული წინაგულოვანი ან პარკუჭოვანი ექსტრისიტოლები.

რეკომენდაცია:

- კარდიოლოგის მეთვალყურეობა ორსულობისას, ორი-სამი ვიზიტი.

II კლასი-დაბალი ან საშუალო რისკი

- არაოპერირებული წინაგულთაშუა ან პარკუჭთაშუა ძგიდის დეფექტი;
- კორეგირებული ფალოს ტეტრადა;
- არითმიების უმრავლესობა.

რეკომენდაცია:

- ორსულის მეთვალყურეობა ყოველ ტრიმესტრში.

II-III კლასი-ინდივიდუალური მიდგომა

- მარცხენა პარკუჭის მსუბუქი დისფუნქცია;
- ჰიპერტროფიული კარდიომიოპათია;
- გულის თანდაყოლილი და ქსოვილოვანი სარქველოვანი დაავადებები, რომლებიც არ არის განხილული I და IV კლასში;
- მარფანის სინდრომი, აორტის დილატაციის გარეშე;
- აორტის დაავადებები, ასოცირებული აორტის ბიკუსპიდურ სარქველთან, აორტის ზომით < 45 სმ;
- კორეგირებული კოარქტაცია.

რეკომენდაცია:

- ორსულის მეთვალყურეობა ყოველ ტრიმესტრში და დამატებითი ვიზიტი პაციენტის მდგომარეობის მიხედვით.

III კლასი- მაღალი რისკი

- მექანიკური სარქველი;
- ფონტანის სისხლის მიმოქცევა;
- გულის ციანოზური დაავადებები (არაკორეგირებული);
- გულის სხვა კომპლექსური თანდაყოლილი დაავადებები;
- აორტის დილატაცია 40–45 მმ, მარფანის სინდრომის დროს;
- აორტის დილატაცია 45–50 მმ, ბიკუსპიდურ სარქველთან ასოცირებული აორტის დაავადებების დროს;

რეკომენდაცია:

- მეანისა და კარდიოლოგის მონიტორინგი ორსულობისას თვეში ან ორ თვეში ერთხელ.

რეკომენდაცია:

- მეანისაგან შესაბამისი რეფერალი პირველად ჯანდაცვაში, ორსულობისას გამოვლენილი რისკის–ფაქტორების მონიტორინგისა და კონტროლის მიზნით.

IV კლასი - ორსულობასთან შეუთავსებელი

- ფილტვის არტერიის ჰიპერტენზია;
- მძიმე სისტემური პარკუქოვანი დისფუნქცია (განდევნის ფრაქცია<30, NYHA III-IV);
- პერიპარტული კარდიომიოპათია ანამნეზში, მარცხენა პარკუქის გაუარესებული რეზიდუალური ფუნქციით;
- მძიმე მიტრალური სტენოზი, მძიმე სიმპტომური სტენოზი;
- მარფანის სინდრომი, აორტის დილატაციით > 45მმ;
- აორტის დილატაცია >50მმ, ასოცირებული აორტის ბიკუსპიდურ სარქველთან;
- თანდაყოლილი მძიმე კოარქტაცია.

რეკომენდაცია:

- ორსულობისაგან თავის შეკავება, თუ ორსულობა დამდგარია და ქალმა გადაწყვიტა ორსულობის გაგრძელება, რეკომენდებულია მონიტორინგი თვეში ან ორ თვეში ერთხელ.

ორსულობისწინა კონსულტირება

- რისკის შეფასება უნდა განხორციელდეს ორსულობამდე;
- ორსულობისწინა რისკის შეფასება და კონსულტირება, ნაჩვენებია ყველა ქალში გულის თანდაყოლილი და შეძენილი, ცნობილი და საექვო პათოლოგიით;
- სამკურნალო პრეპარატები, რომლებიც უკუნაჩვენებია ორსულობისას, უნდა მოიხსნას ან ჩანაცვლდეს ალტერნატიული სამკურნალო საშუალებებით;
- სამოქმედო გეგმა უნდა განხილვოდეს პაციენტთან და, თუ ეს შესაძლებელია, მის პარტნიორთან ერთად;
- ორსული ქალი, გულის პათოლოგიით, უნდა იმართოს ერთობლივად, მეან-გინეკოლოგის და შესაბამისი გამოცდილების მქონე კარდიოლოგის მიერ;
- მაღალი რისკის პაციენტების მართვა არის სამიზნე მულტიდისციპლინური გუნდისთვის, სპეციალიზირებულ ცენტრებში;
- გულის პათოლოგიის მქონე ყველა ქალის ჯანმრთელობის მდგომარეობა უნდა შეფასდეს მინიმუმ ერთხელ, ორსულობის დადგომამდე;

რეკომენდაცია:

- ანამნეზში ჰიპერტენზიის მქონე ქალების ინფორმირება ორსულობამდე კონსულტაციისა და ანტენატალური მეთვალყურეობის რაც შეიძლება ადრეული სტარტის აუცილებლობის შესახებ, ორსულობისას რეკომენდებული ანტიჰიპერტენზიული პრეპარატების შერჩევისა და მკურნალობის ახალ რეჟიმში წნევის სისტემატიური მონიტორირების მიზნით.

კარდიო-ვასკულარული დაავადებების დიაგნოსტიკის მეთოდები ორსულობისას

- მნიშვნელოვანია ქალის ოჯახური (გულის თანდაყოლილი პათოლოგიებისა და უეცარი სიკვდილის შესახებ) და რეპროდუქციული ანამნეზის შეფასება; I; C
- კარდიული პათოლოგიის მქონე რეპროდუქციული ასაკის ყველა ქალში, მიზანშეწონილია რისკის შეფასება ჩასახვამდე და ჩასახვის შემდეგ; I; C
- გენეტიკური კონსულტაცია უნდა განხორციელდეს ქალებში გულის თანდაყოლილი დაავადებებით, თანდაყოლილი არითმიებით, კარდიომიოპათიებით, აორტული დაავადებით და კარდიო-ვასკულურ დაავადებებთან ასოცირებული თანდაყოლილი ანომალიებით; I; C
- ქოშინის სიმპტომი უნდა შეფასდეს საფუძვლიანი ფიზიკური გასინჯვის მეშვეობით, ორსულობისას არსებული ფიზიოლოგიური ცვლილებების გათვალისწინებით;
- აუსკულტაციური ფენომენი უნდა შეფასდეს, ახალი შუილის ან დინამიკაში შუილის ცვლილების შემთხვევაში;
- ექოკარდიოგრაფია უნდა ჩატარდეს ნებისმიერ ორსულს, გაურკვეველი ან ახალი კარდიო-ვასკულური ნიშნითა და სიმპტომით; I; C
- არტერიული წნევისა და პროტეინურიის მონიტორინგი აუცილებელია, განსაკუთრებით ჰიპერტენზიისა და ეკლამფსიის ოჯახური ანამნეზის არსებობისას;
- ელექტროკარდიოგრაფიული მონაცემების ანალიზი უნდა განხორციელდეს ორსულობით განპირობებული გულის პოზიციური ცვლილებებისა და პათოლოგიის დიფერენცირებისათვის;
- გულის ფრიალის სიმპტომისა და ანამნეზში არითმიის მუდმივი ან პაროქსიზმული ფორმის არსებობისას რეკომენდებულია ჰოლტერის 24 საათიანი ეკგ მონიტორირება;

- დატვირთვის ტესტი ნაჩვენებია საექვო კარდიული პათოლოგიის მქონე ასიმპტომურ ქალებში სუბოპტიმალური რეჟიმით, მაქსიმალური გულისცემის სიხშირის 80%-ით მიღწევის მიზნით;
- დატვირთვის ტესტი ასევე ნაჩვენებია იშემიური კრიტერიუმების გამოსავლენად კორონარული დაავადების მაღალი რისკის ქალებში, ასევე მიოკარდიუმის რეზერვის შესაფასებლად პაციენტებში, რომლებსაც ანამნეზში აღენიშნებათ კარდიომიოპათია, გულის სარქლოვანი და სხვა თანდაყოლილი პათოლოგია განდევნის ფრაქციის შემცირებული მაჩვენებლით;
- ბირთვულ-მაგნიტური რეზონანსული კვლევა (გადოლინიუმის გარეშე), მიზანშეწონილია, როდესაც დიაგნოზის დაზუსტებისათვის არ არის საკმარისი ექოკარდიოგრაფიული კვლევა;

II A; C

- ბირთვული სცინტიგრაფია არ არის ნაჩვენები, რადიაციული გამოსხივების გამო;
- გულმკერდის რენტგენოგრაფია ნაყოფის სათანადო დაცვით, შესაძლებელია განიხილებოდეს, იმ შემთხვევაში, როდესაც კვლევის სხვა მეთოდები წარუმატებელია დისპნოეს მიზეზის ვერიფიცირებისათვის;

II B;C

- გულის კათეტერიზაცია შესაძლებელია განიხილებოდეს მკაცრი ჩვენებებით, დროის შერჩევისა და ნაყოფის დაცვის პირობით;

II B;C

- კომპიუტერული ტომოგრაფია და ელექტროფიზიოლოგიური კვლევა შესაძლებელია იყოს განხილული, გარკვეული ჯგუფის პაციენტებში, საციცოცხლო ჩვენებით;

II B; C

ჰიპერტენზიის მართვა

ორსულობისას ჰიპერტენზიული დარღვევები არ არის ერთგვაროვანი და მოიცავს:

- ქრონიკულ არტერიულ ჰიპერტენზიას;
- გესტაციურ არტერიულ ჰიპერტენზიას;
- პრეეკლამფსია/ეკლამფსიას;
- პრეეკლამფსია/ეკლამფსიას ქრონიკული ჰიპერტენზიის ფონზე.

მნიშვნელოვანია ამ დიაგნოზების ადაპტირება ICD10 საერთაშორისო კლასიფიკატორის კოდების სისტემისადმი. ამ მიმართულებით რეკომენდაცია ასეთია:

1. ქრონიკული არტერიული ჰიპერტენზია – კოდი O10;
2. გესტაციური არტერიული ჰიპერტენზია – კოდი O13;
3. პრეეკლამფსია/ეკლამფსია – კოდი O14-O15;
4. პრეეკლამფსია/ეკლამფსია ქრონიკული ჰიპერტენზიის ფონზე – კოდი O11.

ICD10-ში O16 კოდი შეესაბამება დედის დაუზუსტებელ ჰიპერტენზიას, რისი ანალოგიც 2011 წლის ESC-ის გაიდლაინში არის –ანტენატალურად არაკლასიფიცირებული ჰიპერტენზია.

რეკომენდაციები¹

- ჰიპერტენზიის შემთხვევაში რეკომენდებულია მედიკამენტური მკურნალობის დაწყება, თუ არტერიული წნევა (აწ) არის 160/100 მმ ვ.წ.სვ და მეტი. გამონაკლისს წარმოადგენს მდგომარეობები, როცა პაციენტს აქვს მძიმე პრეეკლამფსიის სხვა ნიშნები. ამ დროს ანტიჰიპერტენზიული მკურნალობა უნდა დაიწყოს აწ-ს უფრო დაბალ ნიშნულებზე; I; C
- ორსულებში საწ 170მმ ვ.წ.ს. და მეტი ან დაწ 110მმ ვ.წ.ს. და მეტი მოიაზრება, როგორც გადაუდებელი შემთხვევა და რეკომენდებულია ჰოსპიტალიზაცია; I; C
- გესტაციური ჰიპერტენზიისას, პროტეინურიით, თანდართული გართულებებით, როგორცაა მხედველობის დარღვევები, კოაგულაციის დარღვევები და ნაყოფის დისტრესი, რეკომენდებულია მშობიარობის ინდუცირება; I; C

¹რეკომენდაციები პრეეკლამფსია/ეკლამფსიის მართვის შესახებ იხ. პროტოკოლში, რომელიც დამტკიცებულია საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის მინისტრის 2012 წლის 22 აგვისტოს N1-249/ო ბრძანებით (www.moh.gov.ge)

- ქალებში, ორსულობამდე არსებული ჰიპერტენზიით, უნდა განიხილებოდეს მკურნალობის გაგრძელება ორსულობისას ანტიჰიპერტენზიული პრეპარატებით, ანგიოტენზინ გარდამქნელი ფერმენტის (აგფ) ინჰიბიტორების, ანგიოტენზინ რეცეპტორების ბლოკატორების, გარდა რენინის პირდაპირი ინჰიბიტორებისა, ა/წ მონიტორირებით; I; C
- მძიმე ჰიპერტენზიის მქონე პაციენტებში, უნდა იქნას განხილული ვაგინალური მშობიარობა, ეპიდურული ანალგეზიით და ამორჩევითად ინსტრუმენტული მშობიარობით. II A; C

ქალებს, გესტაციური ჰიპერტენზიით ან პრეეკლამფსიით ანამნეზში, მომავალში აქვთ ჰიპერტენზიის, ინსულტის და გულის იშემიური დაავადების განვითარების მომატებული რისკი.

ართიმების მართვის რეკომენდაციები

- პაროქსიზმული სუპრავენტრიკულური არითმიის მწვავე შეტევას უნდა მოჰყვეს ვაგუსური მანევრი, შემდეგ რეკომენდებულია ინტრავენურად ადენოზინი; I; C
- ჰემოდინამიკურად არასტაბილური ნებისმიერი მწვავე ტაქიკარდიის სამკურნალოდ რეკომენდებულია დაუყოვნებლივი კარდიოვერსია; I; C
- სუპრავენტრიკულური ტაქიკარდიის გრძელვადიანი მართვისათვის რეკომენდებულია პერორალური დიგოქსინი ან მეტოპროლოლი/პროპრანოლოლი; I; C
- პაროქსიზმული სუპრავენტრიკულური ტაქიკარდიისას ასევე განიხილება მეტოპროლოლი ან პროპრანოლოლი; I; C
- პაროქსიზმული სუპრავენტრიკულური ტაქიკარდიის მწვავე შეტევის კუპირებისათვის უნდა განიხილებოდეს ვერაპამილის გამოყენების შესაძლებლობა; I; C

- სუპრავენტრიკულური ტაქიკარდიის გრძელვადიანი მართვის მიზნით, ბოლო ვარიანტად შესაძლებელია განიხილებოდეს პერორალური პროპაფენონი ან პროკაინამიდი, თუ სხვა მედიკამენტები უეფექტოა და ადრე გამოიყენებოდა ამიოდარონი;

II B; C

- პარკუჭოვანი ტაქიკარდიის დროს, ჩვენების შემთხვევაში, ორსულობის დადგომამდე რეკომენდებულია კარდიოვერტერ–დეფიბრილატორის იმპლანტაცია, აღნიშნული რეკომენდებულია ორსულობის დროსაც, ჩვენების შესაბამისად;

I; C

- მუდმივი პეისმეკერისა ან იმპლანტირებადი კარდიოვერტერ–დეფიბრილატორის იმპლანტაცია უნდა განიხილებოდეს ექოკარდიოგრაფიული მეთვალყურეობით, განსაკუთრებით ორსულობის 8 კვირის ვადიდან;

II A; C

- მდგრადი, სტაბილური და არასტაბილური პარკუჭოვანი ტაქიკარდიის დროს, რეკომენდებულია სასწრაფო ელექტროკარდიოვერსია;

I; C

- ჰემოდინამიკურად სტაბილური მონომორფული პარკუჭოვანი ტაქიკარდიის მწვავე შეტევის კუპირებისათვის, რეკომენდებულია სოტალოლი ან პროკაინამიდი;

II A; C

- მდგრადი მონომორფული, ჰემოდინამიკურად არასტაბილური, მედიკამენტებისა და ელექტრული კარდიოვერსიისადმი რეფრაქტერული პარკუჭოვანი ტაქიკარდიის მწვავე კონვერსიისათვის განიხილება ამიოდარონი;

I; C

- თანდაყოლილი გახანგრძლივებული QT სინდრომის გრძელვადიანი მართვისათვის ორსულობის დროს და ასევე მშობიარობის შემდეგ, უპირატესობა ენიჭებათ ბეტა ბლოკერებს;

I; C

- იდიოპათიური, მდგრადი პარკუჭოვანი ტაქიკარდიის გრძელვადიანი მართვისათვის, სხვა მედიკამენტების უეფექტობის შემთხვევაში, განიხილება პერორალურად სოტალოლი, ფლეკაინამიდი, პროპაფენონი;

II A; C

- კათეტერული აბლაცია შესაძლებელია განხილვოდეს, მედიკამენტებისადმი რეფრაქტერული და ნაკლებად ტოლერანტული ტაქიკარდიების დროს.

II A; C

ვენური თრომბოემბოლიის მკურნალობისა და პროფილაქტიკის რეკომენდაციები, ორსულობისა და მშობიარობის შემდგომ პერიოდში

რისკის ჯგუფები

- **მაღალი რისკი** — პაციენტები, განმეორებითი ვენური თრომბოემბოლიით (>1), არაპროვოცირებული ესტროგენდამოკიდებული ვენური თრომბოემბოლიით, ერთჯერადი წინამორბედი ვენური თრომბოემბოლიით და თრომბოფილით ან მისი ოჯახური ანამნეზით;
 - **საშუალო რისკი**— პაციენტები, 3 ან მეტი რისკ-ფაქტორით;
 - **დაბალი რისკი**—პაციენტები, 3-ზე ნაკლები რისკ- ფაქტორით;
 - ვენურ-თრომბული ემბოლიის (ვთე) განვითარების რისკის შეფასება რეკომენდებულია, თუკი ქალი აპირებს შვილის გაჩენას ან უკვე ორსულადაა;
 - ქალები უნდა იყვნენ ინფორმირებულნი ორსულობისას ვთე-ის ნიშნებისა და სიმპტომების შესახებ და აუცილებლობის შემთხვევაში, მიმართონ ექიმს;
 - მაღალი რისკის პაციენტებში რეკომენდებულია ანტენატალური და 6 კვირის მანძილზე მშობიარობის შემდგომი პროფილაქტიკა დაბალი მოლეკულური წონის ჰეპარინით (დმწჰ);

I; C

I; C

I; C

¹ მენ-გინეკოლოგთა სამეფო კოლეჯი, ინგლისი

² დეტალური ინფორმაცია რისკ-ფაქტორების შესახებ იხ. პროტოკოლში „თრომბოემბოლიზმის პრევენცია ანტენატალურად და მშობიარობის შემდგომ პერიოდებში“, რომელიც დამტკიცებულია საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის მინისტრის 2012 წლის 22 აგვისტოს N1-249/ო ბრძანებით (www.moh.gov.ge)

- საშუალო რისკის პაციენტებში, მშობიარობის შემდგომი პროფილაქტიკა დმწჰ-ით უნდა ჩატარდეს მინიმუმ 7 დღის განმავლობაში ან უფრო ხანგრძლივად, თუ სახეზეა 3-ზე მეტი რისკ-ფაქტორი; I; C
- მაღალი რისკის მქონე ქალებში – მშობიარობამდე და მშობიარობის შემდგომ, რეკომენდებულია კომპრესიული წინდები; I; C
- ორსულობისას ვთე-ზე ეჭვის შემთხვევაში, რეკომენდებულია დ-დიმერის ტესტი და კომპრესიული ულტრასონოგრაფია I; C
- მაღალი რისკის ორსულებში, მწვავე ვთე-ის სამკურნალოდ რეკომენდებულია არაფრაქცირებული ჰეპარინი და არა დმწჰ; I; C
- საშუალო რისკის მქონე ქალებმა, ორსულობისას და მშობიარობის შემდგომ პეროდში უნდა გამოყენონ კომპრესიული წინდები; II A; C
- მშობიარობის წინ, საშუალო რისკის პაციენტებში, უნდა განიხილებოდეს დმწჰ-ით პროფილაქტიკა. II A; C

გულის თანდაყოლილი პათოლოგიების მართვის რეკომენდაციები

- სტენოზის კორექცია ორსულობამდე (ჩვეულებრივ ბალონური ვალვულოტომიით) უნდა ჩატარდეს ფილტვის არტერიის მძიმე სტენოზის დროს (პიკური დოპლერ გრადიენტი > 64 მმ ვ.წ.ს); I; B
- აუცილებელია შემუშავდეს მეთვალყურეობის ინდივიდუალური გრაფიკი, შემოწმებათა სიხშირის ვარირებით ორსულობის განმავლობაში ორი გასინჯვიდან, ყოველთვიურ გასინჯვამდე; I; C
- ებშტეინის ანომალიის მქონე სიმპტომურ პაციენტებს ციანოზითა და/ან გულის უკმარისობით, უნდა ჩატარდეთ მკურნალობა ორსულობამდე ან მიეცეთ რეკომენდაცია ორსულობისაგან თავის შეკავების შესახებ; I; C

- ქალებს მარჯვენა პარკუჭის გამოხატული დილატაციის სიმპტომოკომპლექსით ,რომელიც განპირობებულია მძიმე პულმონური რეგურგიტაციით, უნდა ჩაუტარდეთ ფილტვის არტერიის სარქვლის პროთეზირება (ბიოპროთეზით);

I; C

- ასიმტომურ ქალებს, მარჯვენა პარკუჭის გამოხატული დილატაციით განპირობებული მძიმე პულმონური რეგურგიტაციით, უნდა ჩაუტარდეთ ფილტვის არტერიის სარქვლის პროთეზირება (ბიოპროთეზით);

II A; C

- ქალებს აორტული ბიკუსპიდური სარქვლით, უნდა ჩაუტარდეთ აღმავალი აორტის გამოსახულებითი კვლევა ორსულობის დადგომამდე და აორტის 50მმ მეტი დიამეტრის მქონე პაციენტებში უნდა დაიგეგმოს ქირურგიული კორექცია;

II A; C

- პაციენტებს, ფონტანის ცირკულაციით, ორსულობის პერიოდში უნდა ჩაუტარდეთ ანტიკოაგულაციური თერაპია;

II A; C

- პაციენტებს, ფილტვის არტერიის ჰიპერტენზიით, როდესაც ეს უკანასკნელი სრულად ან ნაწილობრივ განპირობებულია ფილტვის არტერიის ემბოლიზაციით, უნდა ჩაუტარდეთ ანტიკოაგულაციური თერაპია;

II A; C

- პაციენტებში, რომლებიც ორსულობამდე იტარებდნენ მკურნალობას ფილტვის არტერიის ჰიპერტენზიის გამო, მკურნალობა უნდა გაგრძელდეს ორსულობისას მხოლოდ ტერატოგენური ეფექტების შესახებ ინფორმაციის მიწოდების შემდგომ.

II A; C

აორტის დაავადებათა მართვის რეკომენდაციები

- ქალები, მარფანის სინდრომით, ინფორმირებულები უნდა იყვნენ ორსულობის განმავლობაში აორტის დისექციისა და ნაყოფის რისკების შესახებ;

I; C

- პაციენტებს მარფანის სინდრომითა და აორტის სხვა დაავადებებით, აორტის გამოსახულებითი კვლევები უნდა ჩაუტარდეთ ორსულობამდე;

I; C

- ქალებს, მარფანის სინდრომითა და აღმავალი აორტით >45მმ, უნდა ჩაუტარდეთ ქირურგიული მკურნალობა, ორსულობამდე; I; C
- ორსულ ქალებში, ცნობილი აორტის დილატაციით, B ტიპის დისექციით ანამნეზში ან დისექციის მიმართ გენეტიკური განწყობით, რეკომენდებულია არტერიული წნევის მკაცრი კონტროლი; I; C
- პაციენტებში, აღმავალი აორტის დილატაციით, განმეორებითი ექოკარდიოგრაფიული კვლევა რეკომენდებულია ყოველ 4–8 კვირაში, ორსულობის განმავლობაში; I; C
- ორსული ქალებისათვის, აღმავალი აორტის, აორტის რკალისა ან დაღმავალი აორტის დილატაციით, რეკომენდებულია მაგნიტურ-რეზონანსული ტომოგრაფია (გადოლინიუმის გარეშე); I; C
- ქალებში, აორტის ბიკუსპიდური სარქველით, რეკომენდებულია აღმავალი აორტის გამოსახულებითი კვლევა; I; C
- პაციენტებში, აღმავალი აორტით >40მმ, რეკომენდებულია ფიზიოლოგიური მშობიარობა; I; C
- ქალები, აორტის დილატაციითა და ანამნეზში აორტის დისექციით, უნდა მოთავსდნენ კარდიოქირურგიული სერვისების მქონე ცენტრებში; I; C
- პაციენტებში, აღმავალი აორტით > 45მმ, რეკომენდებულია საკეისრო კვეთა; I; C
- საკეისრო კვეთა განიხილება სამეანო ჩვენებებით ან პაციენტებში აღმავალი აორტის დილატაციით > 45მმ, მძიმე აორტული სტენოზით ვადამდე მშობიარობისას ორალური ანტიკოაგულანტებით მკურნალობის გამო ეიზენმენგერის სინდრომისა და გულის უკმარისობისას; II A; C
- ქალებში, ბიკუსპიდურ სარქველთან ასოცირებული აორტის დაავადებით, როდესაც აორტის დიამეტრი >50მმ, რეკომენდებულია ქირურგიული მკურნალობა ორსულობამდე; II A; C

- უნდა დაიგეგმოს პროფილაქტიკური ჩარევა ორსულობის დროს, როდესაც აორტის დიამეტრი >50მმ და ის სწრაფად იზრდება;

II A; C

- პაციენტებში მარფანის სინდრომითა და სხვა პათოლოგიით, როდესაც აორტის დიამეტრი 40–45მმ–ია, რეკომენდებულია ფიზიოლოგიური მშობიარობა ეპიდურალური ანესთეზიით და დაჩქარებული მეორე ფაზით;

II A; C

- პაციენტებში, მარფანის სინდრომითა და სხვა პათოლოგიით, როდესაც აორტის დიამეტრი 40–45მმ–ია, განიხილება საკეისრო კვეთა;

II B; C

გულის სარქვლოვანი დაავადებების მართვის რეკომენდაციები

მიტრალური სტენოზი

- პაციენტებში, სიმპტომებით ან პულმონური ჰიპერტენზიით, რეკომენდებულია აქტივობების შეზღუდვა და სელექტიური ბეტა-1ბლოკერები;

I; B

- დიურეზული საშუალებები რეკომენდებულია ბეტა-ბლოკერებით მკურნალობის მიუხედავად, შეგუბებითი მოვლენების არსებობის შემთხვევაში;

I; B

- მძიმე მიტრალური სტენოზის მქონე პაციენტებს, უნდა ჩაუტარდეთ ინტერვენცია ორსულობის დადგომამდე;

I; C

- ანტიკოაგულაციური თერაპია ნაჩვენებია წინაგულთა ფიბრილაციის, მარცხენა წინაგულის თრომბოზის ან წარსულში ემბოლიის შემთხვევაში;

I; C

- კანგავლითი მიტრალური კომისუროტომია უნდა ჩატარდეს ორსულებში, როდესაც მძიმე სიმპტომატიკა ან ფილტვის არტერიის სისტოლური წნევა >50 მმვ.წ.ს., რჩება მედიკამენტური თერაპიის მიუხედავად.

II A; C

აორტული სტენოზი

პაციენტები, მძიმე აორტული სტენოზით, საჭიროებენ ინტერვენციას, თუ:

- აღენიშნებათ სიმპტომები ან გამოხატულია მარცხენა პარკუჭის დისფუნქცია (განდევნის ფრაქცია < 50%); I; C
- ასიმპტომურ შემთხვევაში, მძიმე აორტული სტენოზის დროს, ინტერვენცია ორსულობამდე რეკომენდირებულია სიმპტომების გამოვლენისას – დატვირთვის პროგნოზი სინჯით I; C
- ასიმპტომურ პაციენტებში, მძიმე აორტული სტენოზით, რეკომენდირებულია ორსულობამდე ინტერვენცია, როდესაც მათ აღენიშნებათ ინციტური არტერიული წნევის მაჩვენებლის დაქვეითება დატვირთვის ტესტისას. II A; C

რეგურგიტაციული დაავადებები

- პაციენტები, მძიმე აორტული ან მიტრალური რეგურგიტაციით ან მარცხენა პარკუჭის დისფუნქციით ან დილატაციით, საჭიროებენ ქირურგიულ მკურნალობას ორსულობამდე; I; C
- ორსული ქალები, რეგურგიტაციული დაზიანებებით, საჭიროებენ მედიკამენტურ მკურნალობას სიმპტომების არსებობის შემთხვევაში. I; C

მექანიკური სარქველები

- ორალური ანტიკოაგულანტებით მკურნალობა რეკომენდებულია ორსულობის მეორე და მესამე ტრიმეტრში, 36 კვირამდე; I; C
- ანტიკოაგულაციური მკურნალობის რეჟიმის შეცვლა ორსულობისას უნდა განხორციელდეს სტაციონარში; I; C
- როდესაც მშობიარობა იწყება ორალური ანტიკოაგულანტებით მკურნალობის ფონზე, ნაჩვენებია საკეისრო კვეთა; I; C

- ორალური ანტიკოაგულანტებით მკურნალობა უნდა შეწყდეს და არაფრაქცირებული ჰეპარინის შერჩეული დოზით (აქტივირებული პარციალური თრომბოპლასტინის დრო - aPTT \geq 2 კონტროლი) ან შერჩეული დაბალი მოლეკულური წონის ჰეპარინით (სამიზნე ანტი-Xa-ს დონე 0,8–1,2ერთ/მლ, ბოლო დოზიდან 4–6 საათის შემდეგ), მკურნალობა უნდა დაიწყოს ორსულობის 36 კვირიდან;

I; C

- ორსულ ქალებში, რომელთაც უტარდებათ მკურნალობა დაბალი მოლეკულური წონის ჰეპარინით (დმწჰ), ანტიXa დონე უნდა შეფასდეს ყოველკვირეულად;

I; C

- დმწჰ უნდა ჩანაცვლდეს ინტრავენური არაფრაქცირებული ჰეპარინით არაუგვიანეს 36 საათით ადრე გეგმიურ მშობიარობამდე. არაფრაქცირებული ჰეპარინი უნდა შეწყდეს გეგმიური მშობიარობის დაწყებიდან 4–6 საათით ადრე და განახლდეს მშობიარობიდან 4–6 საათში, სისხლდენით გართულების არარსებობის შემთხვევაში;

I; C

- მექანიკური სარქველის მქონე ორსულ ქალებში, სუნთქვის უკმარისობა და/ან ემბოლიის შემთხვევა წარმოადგენს დაუყოვნებლივ, ექოკარდიოგრაფიული კვლევის ჩვენებას;

I; C

- ორალური ანტიკოაგულანტებით მკურნალობა უნდა გაგრძელდეს ორსულობის პირველ ტრიმესტრში, თუ ვარფარინის თერაპიული დღიური დოზა შეადგენს 5 მგ-ს(ან ფენპროკომონის –3მგ-ს ან აცენოკუმაროლის 2 მგ-ს), პაციენტების ინფორმირებული თანხმობის შემდგომ;

II A; C

- ორალური ანტიკოაგულანტებით მკურნალობის შეწყვეტა ორსულობის 6–12 კვირაში და მათი ჩანაცვლება არაფრაქცირებული ან დაბალი მოლეკულური წონის ჰეპარინით მკაცრი კონტროლის ქვეშ (როგორც არის ზემოთ აღწერილი), შესაძლებელია განხილულ იქნას ინდივიდუალური მონაცემების საფუძველზე, პაციენტებში ვარფარინის საჭირო დღიური თერაპიული დოზით-5 მგ (ან ფენპროკომონი 2 მგ ან აცენოკოუმაროლი 3 მგ).

II B; C

კორონარული დაავადების მართვის რეკომენდაციები

- ელექტროკარდიოგრაფიული კვლევა და ტროპონინის ტესტი, რეკომენდებულია ორსულ ქალებში, რომელთაც აღენიშნებათ ტკივილი გულმკერდში; I; C
- ორსულობის დროს, რეპერფუზიული თერაპიის ყველაზე რაციონალური გზაა კორონარული ანგიოპლასტიკა - პაციენტებში მწვავე კორონარული სინდრომით და ST სეგმენტის ელევაციით; I; C
- კონსერვატული თერაპია არის მიზანშეწონილი ორსულებში მწვავე კორონარული სინდრომისას, ST სეგმენტის ელევაციის გარეშე, რისკის კრიტერიუმების არ არსებობის შემთხვევაში; II A; C
- ინვაზიური მართვა მიზანშეწონილია ორსულებში, მწვავე კორონარული სინდრომით, ST სეგმენტის ელევაციის გარეშე, პერსონალური რისკის კრიტერიუმებით; II A; C
- აორტო-კორონარული შუნტირება და სარქვლის ქირურგია შესაძლებელია განხილულ იქნას, როდესაც კონსერვატული მედიკამენტური მკურნალობა უეფექტოა, მდგომარეობა სახიფათოა დედისათვის და ის არ ექვემდებარება კანგავლით მკურნალობას. II B; C

კარდიომიოპათიებისა და გულის უკმარისობის მართვის რეკომენდაციები

- ანტიკოაგულაციური თერაპია რეკომენდებულია პაციენტებში, ექოკარდიოგრაფიულად დადასტურებული ინტრაკარდიალური თრომბით ან სისტემური ემბოლიზაციის მტკიცებულებებით; I; A

- ქალები გულის უკმარისობით, ორსულობისას საჭიროებენ იგივე მკურნალობას, რასაც არაორსულები, ორსულობისას ზოგიერთი პრეპარატის უკუჩვენების გათვალისწინებით;

I; B

- ქალები დილატაციური კარდიომიოპათიით, უნდა იყვნენ გაფრთხილებულნი ორსულობის და ლოგინობის პერიოდში მდგომარეობის გაუარესების რისკის შესახებ;

I; C

- პაციენტებში, უეცარი სიკვდილის ოჯახური ისტორიით, რეკომენდებულია რეგულარული მეთვალყურეობა და ოპერატიული გამოკვლევა სიმპტომების გამოვლინებისთანავე ან პრესინკოპეს განვითარებისას;

I; C

- თერაპიული ანტიკოაგულაცია დმწკ–ით ან K ვიტამინის ანტაგონისტებით, რეკომენდებულია პაციენტებში წინაგულთა ფიბრილაციით, ორსულობის სტადიის გათვალისწინებით;

I; C

- ქალებში ჰიპერტროფიული კარდიომიოპათიით, მშობიარობა უნდა წარიმართოს ბეტა–ბლოკერების ფონზე;

I; C

- ბეტა–ბლოკერი უნდა დაინიშნოს ჰიპერტროფიული კარდიომიოპათიით ყველა პაციენტში, რომელთაც აღენიშნებათ გამომტანი ტრაქტის საშუალოზე მაღალი ხარისხის ობსტრუქცია ან კედლის მაქსიმალური სისქე>15მმ, ფილტვის მწვავე შეშუპების პრევენციისთვის;

II A; C

- ჰიპერტროფიული კარდიომიოპათიისას, პერსისტიული მოციმციმე არითმიის შემთხვევაში, რეკომენდებულია კარდიოვერსიის გამოყენება;

II A; C

- პერიპარტული კარდიომიოპათიისას, შესაძლებელია განიხილებოდეს ძუძუთი კვებისაგან თავის შეკავება, ლაქტაციისა და ძუძუთი კვებით განპირობებული მაღალი მეტაბოლური მოთხოვნების გამო.

II B; C

კონტრაცეფციის მეთოდების გამოყენებას, ორსულობის შეწყვეტასა და ხელოვნურ განაყოფიერებასთან დაკავშირებული რეკომენდაციები

- ყოველთვიური ინექციური, მედროქსიპროგესტერონ აცეტატის შემცველი ინექციური კონტრაცეპტივების გამოყენება არ არის რეკომენდებული გულის უკმარისობის დროს.
- დაბალდოზიანი (20მგ ეთინილესტრადიოლის შემცველობით) ორალური კონტრაცეპტივები არის უსაფრთხო დაბალი თრომბოგენული პოტენციალის მქონე ქალებში, არაკომპლექსური სარქვლოვანი დაავადებით;
- ბარიერულ მეთოდებში, საუკეთესოდ მოიაზრება ლევონორგესტრელის შემცველი საშვილოსნოსშიდა საშუალებები, გულის თანდაყოლილი და ფილტვის სისხლძარღვოვანი დაავადებების არსებობისას;
- გულის რთული დაავადებების არსებობის შემთხვევაში (ფონტანი, ეიზენმეგერი) საშვილოსნოსშიდა საშუალებების გამოყენება ნაჩვენებია მხოლოდ აბებისა და კანქვეშა იმპლანტის გამოყენებლობის შემთხვევაში; საშვილოსნოსშიდა საშუალება უკუნაჩვენებია ციანოზურ ქალებში, 55% ნაკლები ჰემატოკრიტის მაჩვენებლით;
- კოპერის საშვილოსნოსშიდა საშუალება მისაღებია არაციანოზური და საშუალოდ ციანოზური ქალებისათვის;
- საშვილოსნოსშიდა საშუალების ამოღებისას შესაძლებელია სისხლდენის მომატება მენსტრუალური ციკლის დროს ამასთან, ანტიბიოტიკებით პროფილაქტიკური თერაპია არ არის რეკომენდებული საშვილოსნოსშიდა საშუალების არც ჩადგმის და არც ამოღების შემთხვევაში;
- მიღების ლიგირება (მაღალი რისკის ქალებისთვისაც–კი), პაციენტებში პულმონური ჰიპერტენზიით, ციანოზითა და ფონტანის ცირკულაციით, სასურველია ჩატარდეს მინიმალური რისკის ინვაზიური ჰისტეროსკოპიული ტექნიკით; მეთოდის შეზღუდვად ჩაითვლება 3 თვიანი პერიოდი, მიღების ოკლუზიის რენტგენოლოგიურ დადასტურებამდე;²

² გულის დაავადებების შემთხვევაში, ინფორმაცია კონტრაცეპტივების გამოყენების შესახებ ნაკლებადაა მტკიცებულებებზე დაფუძნებული, აქედან გამომდინარე–გადაწყვეტილება უნდა იქნას მიღებული შესაბამისი გამოცდილების ქირურგის ან გინეკოლოგის მიერ.

- ორსულობის ფატალური გამოსავლის რისკის საკითხი ორსულობის შეწყვეტის შემთხვევაში, უნდა განვიხილოთ ქალთან ერთად;
- ორსულობის პირველი ტრიმესტრი წარმოადგენს ორსულობის შეწყვეტისათვის მეთოდის შერჩევის საუკეთესო პერიოდს;
- სასურველია ორსულობის შეწყვეტა განხორციელდეს კარდიო-ქირურგიული სერვისების მქონე ჰოსპიტალურ დაწესებულებაში;
- მეთოდი, მათ შორის ანესთეზიის სახეობა, უნდა გადაწყდეს ინდივიდუალურად, პაციენტის მდგომარეობიდან გამომდინარე;
- ხელოვნური განაყოფიერება საყურადღებოა რისკებით, რომლებიც დაკავშირებულია ჰორმონალურ სტიმულაციასთან და არა თავად ორსულობის მხრივ.

რეკომენდაციები ქალთა შემდგომი მეთვალყურეობის თვალსაზრისით

1. კარდიო-ვასკულურ დაავადებათა გრძელვადიანი რისკი

- ქალებს გესტაციური ჰიპერტენზიით და პირველადი ჯანდაცვის პროფესიონალებს უნდა განემარტოთ, რომ არსებული მდგომარეობები ასოცირებულია მოგვიანებით არტერიული ჰიპერტენზიისა და მისი გართულებების განვითარებასთან;

2. თირკმლის დაავადების ტერმინალური სტადიის გრძელვადიანი რისკი

- ქალებში პრეეკლამფსიით, რომელთაც პოსტნატალურ პერიოდში არ აღენიშნებათ პროტეინურია და ჰიპერტენზია (მშობიარობიდან 6–8 კვირის მანძილზე), მიუხედავად თირკმლის დაავადების ტერმინალური სტადიის გაზრდილი შედარებითი რისკისა, დაბალი აბსოლუტური რისკის გამო, არავითარი დამატებითი მეთვალყურეობის საჭიროება არ არსებობს;

3. ჰიპერტენზიული დარღვევების რეციდივების რისკი

- ქალებმა გესტაციური ჰიპერტენზიით უნდა იცოდნენ, რომ მომავალში გესტაციური ჰიპერტენზიის განვითარების მაჩვენებელი მერყეობს 16%–დან 47%–მდე, პრეეკლამფსიის განვითარების მაჩვენებელი - 2%–დან 7%–მდე ;

- ქალებმა პრეეკლამფსიით უნდა იცოდნენ, რომ მომავალში გესტაციური ჰიპერტენზიის განვითარების მაჩვენებელი მერყეობს 13%–დან 53%–მდე. პრეეკლამფსია ვითარდება 16%–ში.
- ქალებმა პრეეკლამფსიით უნდა იცოდნენ, რომ ორსულობებს შორის 10 წელზე მეტი ინტერვალის შემთხვევაში, მათ დამატებითი რისკი არ აქვთ.

4. სხეულის მასის ინდექსი და ჰიპერტენზიული დარღვევების რეციდივი ორსულობისას

- ქალებში პრეეკლამფსიით რეკომენდებულია შემდგომი ორსულობის წინ ჯანსაღი სხეულის მასის ინდექსის მაჩვენებლების (18,5–24,9 კგ/მ²) მიღწევა და შენარჩუნება.

მოსალოდნელი შედეგები

კარდიო–ვასკულური დაავადებები გვევლინება ნომერ პირველ მკვლელად ქალთა შორის. მსოფლიოში ყოველ წუთში ერთი ქალი კვდება ამ პათოლოგიებით. ქალთა შორის, კარდიოვასკულური რისკის შესახებ გათვითცნობიერების დეფიციტი, ზოგადად მისი მნიშვნელობის არასაკმარისი შეფასება როგორც პოპულაციის, ისე სამედიცინო პერსონალის მიერ, არის ძირითადი ბარიერი, ქალებში ამ პროფილის დაავადებათა მართვისა.

დასავლეთის განვითარებულ ქვეყნებში, ორსულობათა 0,2–4% რთულდება კარდიო–ვასკულური პათოლოგიებით და ამ ჯგუფის პაციენტების რაოდენობა იზრდება. მიუხედავად ამისა, მსგავსი პაციენტების სიმრავლე არ არის დამახსიათებელი თითოეული ექიმის კლინიკური პრაქტიკისათვის, რის გამოც ამ რისკების მართვის გამოცდილება მწირია. განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია, რომ რისკის მართვისას, ყველა ღონისძიება არ უკავშირდება მხოლოდ დედას, არამედ ეხება ნაყოფსაც.

გულის თანდაყოლილი პათოლოგიების არსებობისას, დაავადების პროგნოზის გაუმჯობესება შესაძლებელს ხდის გაიზარდოს რიცხვი იმ პაციენტებისა, რომლებიც აღწევენ რეპროდუქციულ ასაკს და ორსულდებიან.

გესტაციური ჰიპერტენზია ართულებს ორსულობათა 6–7%-ს. პრეეკლამფსია ართულებს ორსულობათა 5–7%-ს, მაგრამ ეს მაჩვენებელი იზრდება 25%-მდე ორსულობამდე არსებული ჰიპერტენზიის მქონე ქალებში.

დედათა ადრეული სიკვდილობის 5 წლიანი დინამიკის მიხედვით, საქართველოში (რეპროდუქციული ასაკის ქალთა სიკვდილობის კვლევა - GERAMOS-06, დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრის დედათა სიკვდილობის შემთხვევების 2011 წლის ეპიდკვლევა) - ,გესტაციური ჰიპერტენზიის, ეკლამფსიის, პრეეკლამფსიის პროცენტულმა მაჩვენებელმა 2-ჯერ მეტად მოიმატა (19%-44%).

ვითვალისწინებთ რა ასევე, ჰემორაგიული ინსულტის პრიორიტეტულობას რეპროდუქციული ასაკის ქალთა კარდიო-ვასკულური სიკვდილობის მიზეზებში, ანამნეზში არსებული ჰიპერტენზიის ფონზე, ნათელი ხდება ამ ასაკის ქალებში, აღნიშნული პათოლოგიების ეფექტური მართვის მნიშვნელობა.

პროტოკოლი, რომელიც გამიზნულია კარდიო-ვასკულური პრობლემების მოვლის გაუმჯობესებისათვის რეპროდუქციული ასაკის ქალებში, მათი ფიზიოლოგიური სტრესული მდგომარეობების (როგორცაა ორსულობა და მშობიარობა) უკეთესად სამართავად, პოზიტიურად შეცვლის ეპიდემიოლოგიური სიტუაციის ტენდენციებს ამ მიმართულებით.

აუდიტის კრიტერიუმები

კლინიკური აუდიტისათვის გამოყენებული იქნება შემდეგი კრიტერიუმები:

დაწესებულების ღონეზე შესაფასებელი ინდიკატორები

- ორსულთა სამედიცინო ბარათების პროცენტი, სადაც დოკუმენტირებულია კარდიო-ვასკულარულ დაავადებებთან ანამნეზი (პოზიტიური ან ნეგატიური);
- გულის სარქვლოვანი დაავადებების მქონე ორსულთა პროცენტი, რომელთაც ორსულობის დროს ჩაუტარდათ ექოსექტორული კარდიოგრაფია;
- კარდიო-ვასკულარულ დაავადებათა მქონე ორსულთა პროცენტი, რომლებიც გათვითცნობიერებულნი არიან ორსულობისას შესაძლო საშიში ნიშნებისა და მათზე რეაგირების ღონისძიებების თაობაზე;

- ორსულთა სამედიცინო ბარათების პროცენტი, სადაც გაზომილია და მითითებულია არტერიული წნევა ყველა ვიზიტზე;
- ორსულთა სამედიცინო ბარათების პროცენტი, სადაც 20 კვირის შემდეგ დოკუმენტირებულია 140/90 მმ. ვწყ. სვ არტ. წნევა და დასმულია გესტაციური ჰიპერტენზიის დიაგნოზი;
- ანტენატალური არაკლასიფიცირებული ჰიპერტენზიის ხვედრითი წილი გესტაციური ჰიპერტენზიის დიაგნოზის მქონე ორსულებში;
- კონსულტირებული ორსულების კმაყოფილება სამედიცინო მომსახურებით;
- კარდიოვასკულურ დაავადებათა მაღალი რისკის მქონე ორსულთა სამედიცინო ბარათების პროცენტი, სადაც დოკუმენტირებულია სამოქმედო გეგმა დანიშნულებითა და მშობიარობის მეთოდის მითითებით;
- კარდიოვასკულურ პათოლოგიების მქონე ორსულთა, მშობიარეთა და მელოგინეთა სიკვდილობის პროცენტული მაჩვენებელი.

ეროვნულ დონეზე შესაფასებელი ინდიკატორები

- კარდიო-ვასკულარული პათოლოგიის მქონე ორსულთა, მშობიარეთა და მელოგინეთა სიკვდილობის პროცენტი ქვეყნის მასშტაბით;
- ანტენატალური არაკლასიფიცირებული ჰიპერტენზიის (არტერიული წნევა გაისინჯა პირველად მე-20 კვირაზე და უფრო გვიან, და დაისვა ჰიპერტენზიის დიაგნოზი) პროცენტული წილი ორსულებში ჰიპერტენზიის დიაგნოზით;
- შემთხვევით შერჩეული, რისკის ორსულთა სამოქმედო გეგმის შეფასება (დანიშნულება, მშობიარობის მეთოდი და ა.შ.);
- ანტენატალურ მეთვალყურეობაში ჩართული სამედიცინო პერსონალის ხვედრითი წილი, რომელთაც სწორად უპასუხეს ორსულობისას კარდიოვასკულურ დაავადებათა მართვასთან დაკავშირებულ შეკითხვებს.

პროტოკოლის გადახედვის ვადები

პროტოკოლი რეკომენდებულია გადაიხედოს 2 წელში ერთხელ.

რეკომენდაციები პროტოკოლის ადაპტირებისათვის ადგილობრივ დონეზე

პროტოკოლის იმპლემენტაციის პროცესის სწორი დაგეგმვა, მასში ავტორთა ჯგუფის აქტიური მონაწილეობა, ადეკვატური ფორმატის შემუშავება და ბოლოს, ერთ-ერთი უმნიშვნელოვანესი საკითხი, კლინიკური პრაქტიკის შეფასება წინასწარ განსაზღვრული პერიოდულობით, სპეციფიური ინსტრუმენტებით (მაგ. Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation II, The Agree Next Steps Consortium, May 2009. www.agreetrust.org), არის კლინიკური ალგორითმების წარმატების საწინდარი.

განსაკუთრებით, აღნიშვნის ღირსია ამ პროცესში გამოცდილი კლინიციისტების ჩართულობა, ე.წ. აკადემიური ვიზიტების ადგილზე განსახორციელებლად. აღნიშნული პროცესი ფაქტიურად არის სამედიცინო მომსახურების ხარისხის უზრუნველყოფის ანალოგი და მის ეფექტურად განხორციელებლად დაინტერესებული უნდა იყოს როგორც პროვაიდერი, ასევე სახელმწიფო.

რაც შეეხება სამედიცინო დაწესებულებათა რესურსებსა და ტექნოლოგიებს, პროტოკოლში განხილული რეკომენდაციების შესრულებისათვის საჭირო სიმძლავრეების თვალსაზრისით, რეკომენდაციათა უმრავლესობა მორგებულია ანტენატალური მეთვალყურეობის სქემაზე (რა თქმა უნდა გარკვეული მოდიფიკაციით) და ის არ უნდა წარმოადგენდეს პრობლემას ამ პროცესში ჩართული პროვაიდერების უმრავლესობისათვის. მძიმე კარდიული პათოლოგიის შემთხვევების მართვის მიზნით, ალგორითმი გულისხმობს დროულ სწორ რეფერალს.

საქართველოს ჰიპერტონიის შემსწავლელი საზოგადოების ექსპერტთა ჯგუფი, რომელმაც განახორციელა პროტოკოლის წყაროს თარგმნა და ადაპტაცია:

- პროფესორი ბეჟან წინამძღვრიშვილი - საქართველოს ჰიპერტენზიის შემსწავლელი საზოგადოების პრეზიდენტი, წინამძღვრიშვილის სახ. გერმანულ-ქართული კარდიოლოგიური კლინიკის დირექტორი;
- დალი ტრაპაიძე - კარდიოლოგი, საქართველოს ჰიპერტონიის შემსწავლელი საზოგადოების კვლევების ჯგუფის ხელმძღვანელი, ლ. საყვარელიძის სახელობის დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის

ეროვნულ ცენტრის არაგადამდებ დაავადებათა დეპარტამენტის მთავარი სპეციალისტი;

- თამარ აბესაძე - კარდიოლოგი, საქართველოს ჰიპერტონიის შემსწავლელი საზოგადოების საგანმანათლებლო მიმართულების ხელმძღვანელი, წინამძღვრიშვილის სახ. გერმანულ – ქართული კარდიოლოგიური ცენტრის კლინიკური კვლევების ჯგუფის წევრი;
- ლელა შენგელია - მეან - გინეკოლოგი, საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის მაგისტრი, ლ. საყვარელიძის სახელობის დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნულ ცენტრის დედათა და ბავშვთა სამმართველოს უფროსი;
- ნინო შარაშიძე - კარდიოლოგი, მედიცინის დოქტორი, წინამძღვრიშვილის სახ. გერმანულ – ქართული კარდიოლოგიური ცენტრის განყოფილების ხელმძღვანელი.

პროტოკოლი რეცენზირებული და მხარდაჭერილია საქართველოს მეან-გინეკოლოგთა ასოციაციის (პრეზიდენტი პროფესორი თენგიზ ასათიანი), თბილისის კარდიოლოგთა საზოგადოების (თავმჯდომარე პროფესორი ზურაბ ფაღავა) და ნ. ბოხუას სახ. სისხლძარღვთა და გულის დაავადებათა ცენტრის (დირექტორი პროფესორი კონსტანტინე ყიფიანი) მიერ. საკონსულტაციო შეხვედრები ჩატარდა მეან-გინეკოლოგთა და პერინატოლოგთა ასოციაციის, ჯონ სნოუს ინსტიტუტისა და USAID ჯანდაცვის ხარისხის გაუმჯობესების პროექტის ექსპერტებთან.