

მიღებულია „კლინიკური პრაქტიკის ეროვნული რეკომენდაციების (გაიდლაინები) და დაავადებათა მართვის სახელმწიფო სტანდარტების (პროტოკოლები) შემუშავების, შეფასების და დანერგვის ეროვნული საბჭოს“ 2014 წლის 20 მაისის N3 სხდომის გადაწყვეტილების შესაბამისად

დამტკიცებულია საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2014 წლის 28 ივლისის N 01-182/ო ბრძანებით

# ორსულობის უსაფრთხო შეწყვეტა

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 .....	6
5.	სამიზნე ჯგუფი .....	6
6.	ვისთვის არის პროტოკოლი განკუთვნილი.....	6
7.	სამედიცინო დაწესებულებაში პროტოკოლის გამოყენების პირობები.....	6
8.	რეკომენდაციები .....	7
8.1.	აბორტისწინა კონსულტირება.....	8
8.2.	მეორე ტრიმესტრში ორსულობის ხელოვნური შეწყვეტის ჩვენებები .....	11
8.3.	გაუტკივარება .....	11
8.4.	მედიკამენტური აბორტი.....	12
8.5.	ქირურგიული აბორტი.....	19
8.6.	აბორტის შემდგომი მეთვალყურეობა.....	29
9.	მოსალოდნელი შედეგები .....	33
10.	აუდიტის კრიტერიუმები .....	33
11.	პროტოკოლის გადახედვის ვადები.....	33
12.	პროტოკოლის დანერგვისთვის საჭირო რესურსი.....	33
13.	დანართები .....	34
14.	პროტოკოლის ადაპტირების ჯგუფი .....	44
15.	გამოყენებული ლიტერატურა .....	45

## დანართები და ცხრილები

დანართი #1: ადამიანური და მატერიალურ-ტექნიკური რესურსი.....	34
დანართი #2: აბორტის მეთოდები.....	35
დანართი #3: სკრინინგული კითხვარი მედიკამენტური აბორტისთვის (მიფეპრისტონი და მიზოპროსტოლი).....	38
დანართი #4: ინსტრუმენტების წინასასტერილიზაციო დამუშავება და სტერილიზაცია.....	39
დანართი #5: მტკიცებულებების და რეკომენდაციების განმარტება.....	41
დანართი #6: შემოკლებები.....	43
ცხრილი #1: ფიზიკალური გამოკვლევის მეთოდები.....	10
ცხრილი #2: ორსულობის ვადის განსაზღვრა.....	10
ცხრილი #3: პირველი ტრიმესტრის მედიკამენტური აბორტის გამოყენების წესი.....	14
ცხრილი #4: მეორე ტრიმესტრის მედიკამენტური აბორტის გამოყენების წესი.....	15
ცხრილი #5: მედიკამენტური აბორტის გვერდითი მოვლენები, გართულებები და მკურნალობა...16	
ცხრილი #6: საშვილოსნოს ყელის დამუშავება ქირურგიული აბორტის წინ.....	19
ცხრილი #7: ასპირაციის დროს კანულას ზომის შერჩევა.....	22
ცხრილი #8: ქირურგიული აბორტის გართულებები და მათი მკურნალობა.....	27
ცხრილი #9: აბორტის შემდგომი კონტრაცეფციის სამედიცინო ჩვენებები.....	31
ცხრილი #10: მედიკამენტური აბორტის შემდგომი კონტრაცეფცია.....	32
ცხრილი #11: ქირურგიული სტერილიზაციის სამედიცინო ჩვენებები აბორტის შემდგომ პერიოდში.....	32
ცხრილი #12: ადამიანური და მატერიალურ-ტექნიკური რესურსი.....	34
ცხრილი #13: სამედიცინო დანიშნულების საგნები, აპარატურა და ინსტრუმენტები.....	35
ცხრილი #14: აბორტის მეთოდები.....	35
ცხრილი #15: აბორტის პროცედურის მახასიათებლები.....	36
ცხრილი #16: სკრინინგული კითხვარი პირველი ტრიმესტრის მედიკამენტური აბორტისთვის (მიფეპრისტონი და მიზოპროსტოლი).....	38
ცხრილი #17: სკრინინგული კითხვარი მეორე ტრიმესტრის მედიკამენტური აბორტისთვის (მიფეპრისტონი და მიზოპროსტოლი).....	38
ცხრილი #18: ქირურგიული ინსტრუმენტების დამუშავება.....	40
ცხრილი 19: ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის გაიდლაინში გამოყენებული GRADE სისტემა.....	41
ცხრილი #20: მტკიცებულებების დონეების განმარტება RCOG-ის გაიდლაინის მიხედვით.....	42
ცხრილი #21: რეკომენდაციების ხარისხების განმარტება RCOG-ის გაიდლაინის მიხედვით.....	42
ცხრილი #22: პროტოკოლში გამოყენებული შემოკლებები.....	43

## 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 და საშვილოსნოს კიურეტაჟი	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

ა) 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.

### ძირითადი წყაროები:

1. World Health Organization. (2012). *Safe abortion: technical and policy guidance for health systems* – 2nd ed;
2. World Health Organization. (2014). *Clinical practice handbook for safe abortion*;
3. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. (2011). *The Care of Women Requesting Induced Abortion: Evidence-based Clinical Guideline Number N7*. (pp. 6-16).

### დამატებითი წყაროები:

1. Erica Chong, Tamar Tsereteli, Nhu Ngoc thi Nguen, Beverly Winikoff. A randomized controlled trial of different buccal misoprostol doses in mifepristone medical abortion Contraception. 2012;86(3):251-6
2. Beverly Winikoff, Ilana G. Dzuba, Erica Chong et al. Extending Outpatient Medical Abortion Services Through 70 Days of Gestational Age. Obstetrics and Gynecology. 2012; 120 (5): 1070-76

3. Hillary Bracken, Rasha Dabash, George Tsertsvadze et al. A two-pill sublingual misoprostol outpatient regimen following mifepristone for medical abortion through 70 days: a prospective comparative open-label trial. *Contraception*. 2013.
4. Raghavan S, Comendant R, Digol I, Ungureanu S, Friptu V, Bracken H, Winikoff B. Two-pill regimens of misoprostol after mifepristone medical abortion through 63 days' gestational age: a randomized controlled trial of sublingual and oral misoprostol. *Contraception*. 2009;79(2):84-90.
5. Raghavan S, Comendant R, Digol I, Ungureanu S, Dondiu I, Turcanu S, Winikoff B. Comparison of 400 mcg buccal and 400 mcg sublingual misoprostol after mifepristone medical abortion through 63 days' LMP: a randomized controlled trial. *Contraception*. 2010;82(6):513-9.
6. Raghavan S, Tsereteli T, Kamilov A, Kurbanbekova D, Yusupov D, Kasimova F, Jymagylova D, Winikoff B. Acceptability and feasibility of the use of 400 µg of sublingual misoprostol after mifepristone for medical abortion up to 63 days since the last menstrual period: evidence from Uzbekistan. *European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*. 2013;18(2):104-11.
7. Nguen Thi Ngoc, Tara Shochet, Sheila Raghavan, Jennifer Blum, Nguen Thi Bach Nga, Nguen Thi Hong Minh, Van Quy Phan and Beverly Winikoff. Mifepristone and misoprostol compared with misoprostol alone for second trimester abortion. A randomized controlled trial. *American College of Obstetricians and Gynecology*. 2011; 118 (3): 601-608.
8. Kristina Gemzell-Danielsson, Sujata Lalitkumar. Second trimester medical abortion with mifepristone-misoprostol and misoprostol alone: a review of methods and management. *Reproductive Health Matters*. 2008; 16 (31 supplement):162-172.
9. Gynuity Health Projects. Mifepristone plus misoprostol or misoprostol alone for abortion induction in pregnancies 12-24 weeks" LMP. February 2014.
10. International Federation of Gynecology&Obstetrics (FIGO). Consensus Statement on Uterine Evacuation.
11. საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2007 წლის 21 დეკემბრის # 366/ო ბრძანებით დამტკიცებული გაიდლაინი "ოჯახის დაგეგმვა".

ბ) ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის წყარო რეკომენდაციები<sup>1</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 სავალდებულოდ ჩასატარებელ 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.

დიდი ბრიტანეთის სამეფო კოლეჯის გაიდლაინიდან ძირითადად აღებულია რეკომენდაციები აბორტისწინა კონსულტირების შესახებ (იხ. ქვეთავი 8.1.1 - ინფორმირება, კონსულტირება და გადაწყვეტილების მიღება)<sup>2</sup>.

რეკომენდაციები მედიკამენტური აბორტის შესახებ შემუშავებულია ძირითადი წყარო გაიდლაინებისა და უახლეს კვლევათა შედეგების (იხ. დამატებითი წყაროები #1-9). საფუძველზე. კერძოდ, რეკომენდაციები 400 მკგ მიზოპროსტოლის პერორალური გზით მიღების შესახებ მენსტრუაციიდან 49 დღემდე და 800 მკგ მიზოპროსტოლის ვაგინალური, ბუკალური და

<sup>1</sup> World Health Organization. (2012). *Safe abortion: technical and policy guidance for health systems*. წყაროში გამოყენებული მტკიცებულებებისა და რეკომენდაციების კლასიფიკაციის სისტემა იხილეთ დანართი 5-ის #19 ცხრილში;

<sup>2</sup> Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. (2011). *The Care of Women Requesting Induced Abortion: წყაროში გამოყენებული მტკიცებულებებისა და რეკომენდაციების კლასიფიკაციის სისტემა იხილეთ დანართი 5-ის ცხრილებში #20 და #21.*

სუბლინგვალური გზით მიღების შესახებ ბოლო მენსტრუაციიდან 63 დღემდე ეფუძნება საერთაშორისო გაიდლაინებს (იხ. ძირითადი წყაროები #1, #2, #3); სხვა რეკომენდაციები მედიკამენტური აბორტის გამოყენების წესის შესახებ (იხ. ცხრილი #4 და #5) ეფუძნება უახლესი კვლევების შედეგებს: ა) რეკომენდაციები 400 მკგ მიზოპროსტოლის ბუკალური ან სუბლინგვალური გზით მიღების შესახებ ბოლო მენსტრუაციიდან 63 დღემდე მოცემულია შემდეგ დამატებით წყაროებში #1, #4, #5, #6; ბ) რეკომენდაციები მედიკამენტური აბორტის გამოყენებისთვის ბოლო მენსტრუაციიდან 64-70 დღემდე ეყრდნობა შემდეგ დამატებით წყაროებს #2, #3; გ) რეკომენდაციები მეორე ტრიმესტრის მედიკამენტური აბორტის გამოყენების შესახებ ეფუძნება შემდეგ დამატებით წყაროებს #7, #9.

#### 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 დაწესებულებებთან 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.

10 კვირამდე (70 დღე) ვადის ორსულობისას მედიკამენტური აბორტის განხორციელება შესაძლებელია ყველა სამეანო-გინეკოლოგიური საქმიანობის განხორციელების უფლების მქონე ამბულატორიული და სტაციონარული ტიპის სამედიცინო დაწესებულებაში ექიმი მეან-გინეკოლოგის მიერ, საჭიროების შემთხვევაში, ადექვატური და დროული რეფერალის უზრუნველყოფის პირობით (ხელშეკრულება სამეანო-გინეკოლოგიური საქმიანობის განმახორციელებელ სტაციონართან რეფერალის სქემის/გეგმის სათანადო გაწერით).

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.

7 კვირის (ჩათვლით) (49 დღე) ორსულობის ხელოვნური შეწყვეტა ქირურგიული მეთოდით (ვაკუუმ-ასპირაცია) შესაძლებელია განხორციელდეს, როგორც ამბულატორიული, ისე სტაციონარული ტიპის სამეანო-გინეკოლოგიური საქმიანობის განხორციელების უფლების მქონე სამედიცინო დაწესებულებაში ექიმ მეან-გინეკოლოგის მიერ, საჭიროების შემთხვევაში, ადექვატური და დროული რეფერალის უზრუნველყოფის პირობით.

7 კვირაზე (49 დღე) მეტი ორსულობის ხელოვნური შეწყვეტა ქირურგიული მეთოდით შესაძლებელია განხორციელდეს 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.

**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, 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>3</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 გამოფხვკის პროცედურა.

<sup>3</sup> პროცედურისთვის კანულას სწორად შესარჩევად საჭიროა გესტაციური ვადის და საშვილოსნოს ყელის დილატაციის ხარისხის გათვალისწინება.



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

## 8.1. აბორტისწინა კონსულტირება

აბორტისწინა კონსულტირება მოიცავს შემდეგ ძირითად ასპექტებს:

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

### 8.1.1 ინფორმირება, კონსულტირება და გადაწყვეტილების მიღება

#### ინფორმირება

1. მიაწოდეთ ქალს ინფორმაცია აბორტის მეთოდების შესახებ გესტაციური ვადების მიხედვით და მასთან ერთად განიხილეთ აბორტის სიმპტომები, მოსალოდნელი გართულებები, რისკები და გვერდითი მოვლენები. (GPP)
2. მტკიცებულებებზე დაფუძნებული ინფორმაცია, პირველ კონსულტაციაზე, ქალს მიაწოდეთ წერილობითი ფორმით<sup>4</sup>. (RCOG, 2011). (C – IV)

#### კონსულტირება

- აბორტისწინა კონსულტირება ტარდება კონფიდენციალურ პირობებში, ექიმის საკონსულტაციო ოთახში, ექიმი მეან-გინეკოლოგის მიერ. აბორტისწინა სავალდებულო კონსულტირების ვადები და მოთხოვნები განისაზღვრება საქართველოს კანონმდებლობით;
- 3. თუ სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებელი აბორტის წინააღმდეგია ეთიკური/რელიგიური მოსაზრებების გამო, პაციენტი დაუყოვნებლივ უნდა გადაამისამართოს აბორტის სერვისის სხვა მიმწოდებელთან. (RCOG, 2011). (C – IV)
- კონსულტირების ძირითადი ელემენტებია:
  - ურთიერთობა (კომუნიკაცია);
  - პაციენტის სურვილების დადგენა;
  - ემოციების მართვა;
  - თანამონაწილეობა;
  - კონფიდენციალობა;
  - ინფორმირებულობა.
- იმისათვის, რომ კონსულტირების პროცესი წარმატებულად წარიმართოს და კონსულტანტმა უკეთ დაიმსახუროს პროცესის ეტაპები, შემუშავებულია მარტივი მეთოდი, სახელწოდებით "გამიგე"<sup>5</sup>:

<sup>4</sup> პაციენტის ვერსია და ინფორმირებული თანხმობის ფორმა.

<sup>5</sup> საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2007 წლის 21 დეკემბრის #366/ო ბრძანებით დამტკიცებული გაიდლაინი "ოჯახის დაგეგმვა".



- გ - გულისხმიერად შეხვდი პაციენტს;
- ა - ანამნეზი მიზანდასახულად გამოკითხე;
- მ - მიაწოდე ინფორმაცია პრობლემის შესახებ;
- ი - ინფორმირებულ არჩევანში დაეხმარე;
- გ - გაარკვეე არჩევანის დეტალებში;
- ე - ერთად შეთანხმდით მომდევნო ვიზიტზე.

4. 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); სურვილის შემთხვევაში, აჩვენეთ მას ნაყოფის ექოგრაფია ან მოასმენინეთ ნაყოფის გულისცემა;
  - საჭიროების მიხედვით, ქალს აღმოუჩინეთ ემოციური მხარდაჭერა, გადაამისამართეთ ფსიქოლოგთან ან ფსიქიატრთან კონსულტირების მიზნით;
5. აუხსენით ქალს, რომ აბორტი უსაფრთხო პროცედურაა, თუმცა, იშვიათად შესაძლებელია განვითარდეს ძლიერი გართულებები და ლეტალური გამოსავალიც; (B - IIa, IIb, III)
6. მიაწოდეთ ქალს ინფორმაცია ისეთი იშვიათი და მძიმე გართულების შესახებ, როგორცაა, საშვილოსნოს გახევა (რუპტურა), რომელიც გვიან გესტაციურ ვადაზე ასოცირდება მედიკამენტურ აბორტთან ;(B - IIa, IIb, III)
7. 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)
8. 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 - რევეაკუაცია; (C –IV)
9. 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; (B - IIa, IIb, III)
10. გადაუდებელი აბორტი ჩატარეთ პაციენტის სამედიცინო დაწესებულებაში მომართვიდან რაც შეიძლება დროულად. (RCOG, 2011. pp). (C –IV)

#### გადაწყვეტილების მიღება

- ქალის უმეტესობა სამედიცინო დაწესებულებას მიმართავს ორსულობის ხელოვნური შეწყვეტის შესახებ გადაწყვეტილების მიღების შემდეგ. მიუხედავად ამისა, აბორტისა და კონკრეტული მეთოდის შერჩევის შესახებ, საბოლოო გაცნობიერებული გადაწყვეტილების მისაღებად ქალები გარკვეულ დროს საჭიროებენ;

11. მიაწოდეთ ქალს ინფორმაცია, რომ სურვილის შემთხვევაში, შეუძლია მიიღოს ექიმთან ვიზიტის და/ან აბორტის პროცედურის გადავადებისა და გაუქმების გადაწყვეტილება; (GPP)
  12. თუ აბორტისწინა კონსულტაციის შემდეგ ქალი მიიღებს გადაწყვეტილებას აბორტის ჩატარების შესახებ, დაეხმარეთ, რომ ისარგებლოს მისთვის მისაღები და ხელმისაწვდომი მეთოდით; (GPP)
  13. თუ ქალი მიიღებს ორსულობის შენარჩუნების გადაწყვეტილებას, დაუყოვნებლივ გადაამისამართეთ ანტენატალური მოვლის დაწესებულებაში; (RCOG, 2011). (C – IV)
- ორსულობის შენარჩუნების ან შეწყვეტის, აბორტის მეთოდისა და კონტრაცეფციის შერჩევის შესახებ საბოლოო გადაწყვეტილება ქალის პრეროგატივაა.

### 8.1.2 ფიზიკალური გამოკვლევა

#### ცხრილი #1: 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 #2).</li> </ul>
<p>მცირე მენჯის ღრუს გამოკვლევა (ბიმანუალური და სარკეებით გასინჯვა)</p>	<p><b>ბიმანუალური გასინჯვა</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• შეაფასეთ საშვილოსნოს ზომა, ფორმა, მდებარეობა და მოძრაობა;</li> <li>• შეაფასეთ დანამატების მდგომარეობა;</li> <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, როგორცა, 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, ჩატარეთ საშვილოსნოს ყელის ციტოლოგიური გამოკვლევა.</li> </ul>

#### ცხრილი #2: ორსულობის ვადის განსაზღვრა

კვირების რაოდენობა უკანასკნელი მენსტრუალური ციკლის პირველი დღიდან	დღეების რაოდენობა უკანასკნელი მენსტრუალური ციკლის პირველი დღიდან
<1	0-6
1	7-13
2	14-20
3	21-27
4	28-34
5	35-41
6	42-48
7	49-55

8	56-62
9	63-69
10	70-76
11	77-83
12	84-90
13	91-97
14	98-104

### 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 შერჩევასა და გაითვალისწინეთ პაციენტის ანამნეზური მონაცემები და ალერგიული ფონი, ასევე ანალგეტიკებსა ან სხვა დანიშნულ მედიკამენტებს შორის შესაძლო ურთიერთქმედება.

1. როგორც ქირურგიული, ისე მედიკამენტური აბორტის დროს 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.
- 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)**

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

#### 8.4. მედიკამენტური აბორტი

- 3. მედიკამენტური აბორტის რეკომენდებული მეთოდია მიფეპრისტონის შემდგომ მიზოპროსტოლის გამოყენება. (რეკომენდაციის სიძლიერე: ძლიერი).**
- 4. მიფეპრისტონი ყოველთვის დანიშნეთ ორალურად. მისი რეკომენდებული დოზაა 200მგ. (რეკომენდაციის სიძლიერე: ძლიერი).**

მიზოპროსტოლის მიღება რეკომენდებულია მიფეპრისტონის მიღებიდან 1-2 დღის (24-48 სთ) შემდეგ. მიზოპროსტოლის დოზა დამოკიდებულია გამოყენების გზაზე: ვაგინალური, ბუკალური, სუბლინგვალური და პერორალური.

##### 8.4.1. 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 (იხ. დანართი #3: სკრინინგული კითხვარი მედიკამენტური აბორტისთვის (მიფეპრისტონი და მიზოპროსტოლი))

**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 გახევვა, რომლის რისკები წინასწარ უნდა შეაფასოს ექიმმა.

#### 8.4.2. 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 ან პერორალურად).

**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.

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

### ცხრილი #3: პირველი ტრიმესტრის მედიკამენტური აბორტის გამოყენების წესი

ამენორეა	მიფეპრისტონი (პერორალური)	მიზოპროსტოლი (დოზა და მიღების გზა) მიფეპრისტონის მიღებიდან 24-48 სთ-ის შემდეგ
ბმპ ≤ 49 დღე	200 მგ	400 მკგ ან *პერორალური ან **ბუკალური ან ***სუბლინგვალური
ბპმ ≤ 63 დღე	200 მგ	400 მკგ ან ბუკალური ან სუბლინგვალური
ბპმ ≤ 63 დღე	200 მგ	800 მკგ ან ბუკალური ან სუბლინგვალური ან ვაგინალური
64 - 70 დღე	200 მგ	800 მკგ ბუკალური

\* პერორალური მიღებისას მიზოპროსტოლის აბების დაუყოვნებლივ მიღება.

\*\* მიზოპროსტოლის ბუკალური მიღებისას მიზოპროსტოლის აბები თავსდება ღრძილსა და ლოყას შორის. ქალი აბებს აქტიურად წუწნის 30 წუთის განმავლობაში, ხოლო შემდეგ სვამს წყალს და ყლაპავს აბების დარჩენილ ნაწილს.

\*\*\*სუბლინგვალური მიღებისას მიზოპროსტოლის აბები თავსდება ენის ქვეშ. ქალი აბებს აქტიურად წუწნის 30 წუთის განმავლობაში, ხოლო შემდეგ სვამს წყალს და ყლაპავს აბების დარჩენილ ნაწილს.

#### 8.4.3. მეორე ტრიმესტრის მედიკამენტური აბორტი

##### კონსულტირება

კონსულტირების დროს პაციენტს მიაწოდეთ ინფორმაცია მედიკამენტური აბორტის შემდეგი საკითხების შესახებ:

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

**პროცედურის ჩატარების ადგილი:** მხოლოდ კლინიკაში (სტაციონარში).

**გამოყენების წესი:** აუხსენით ქალს დეტალურად მიფეპრისტონისა და მიზოპროსტოლის მიღების წესი (მიფეპრისტონი პერორალურად, მიზოპროსტოლი ბუკალურად ან სუბლინგვალურად, განმეორებითი დოზები ყოველ 3 საათში).

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

**გვერდითი მოვლენები და გართულებები:** მიაწოდეთ ქალს ინფორმაცია მოსალოდნელი გვერდითი მოვლენებისა და გართულებების შესახებ.

**მეთვალყურეობა და განმეორებითი ვიზიტი:** მიაწოდეთ პაციენტს ინფორმაცია, რომ მეორე ტრიმესტრის აბორტის პროცედურის მსვლელობისას იგი იქნება სამედიცინო პერსონალის მეთვალყურეობის ქვეშ. ასევე, მიაწოდეთ ინფორმაცია, თუ როდის უნდა გამოცხადდეს განმეორებით ვიზიტზე შემდგომი გართულებების გამორიცხვის მიზნით.



## ცხრილი #4: მეორე ტრიმესტრის მედიკამენტური აბორტის გამოყენების წესი

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

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

პირველი და მეორე ტრიმესტრის მედიკამენტური აბორტის გვერდითი მოვლენები, გართულებები და მკურნალობის ტაქტიკა აღწერილია ცხრილში #5 – მედიკამენტური აბორტის გვერდითი მოვლენები, გართულებები და მკურნალობა.



ცხრილი #5: მედიკამენტური აბორტის გვერდითი მოვლენები, გართულებები და მკურნალობა

გვერდითი მოვლენები და გართულებები	აღწერა	ტაქტიკა
<ul style="list-style-type: none"> <li>• სისხლდენა</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>• ძლიერი სისხლდენა</li> </ul>	<p>ჭარბი ან ძალიან გახანგრძლივებული სისხლდენა, რომელიც იწვევს ჰემოგლობინის სერიოზულ ცვლილებებს, იშვიათია. მწვავე ვაგინალური სისხლდენის ნიშნები: 1. ძლიერი ვაგინალური სისხლდენა ალისფერი სისხლით, კოლტებით ან მის გარეშე. 2. სისუსტე, თავბრუსხვევა. 3. სისხლით გაჟღენთილი ტამპონები, საფენები ან პირსახოცები. 4. ექტერიულობა, სიფერმკრთაღე (კონიუქტივა, ტუჩების ირგვლივ ან ხელის თითებზე)</p>	<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>• ტკივილი</li> </ul>	<p>ტკივილის ინტენსივობა:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• სუსტიდან ძლიერამდე</li> <li>• პირველი ტრიმესტრის აბორტის დროს პიკს აღწევს მიზოპროსტოლის ადმინისტრირებიდან 1-3 საათში და ინტენსივობა ძლიერდება სანაყოფე პარკის გამოძევებისას და სწრაფად იკლებს მისი გამოძევების შემდეგ.</li> <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>• ვერბალური ანესთეზია</li> <li>• სათბური</li> <li>• კომფორტული წოლა ან ჯდომა</li> <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>• ტემპერატურის</li> </ul>	<p>მიზოპროსტოლი ხანდახან იწვევს ტემპერატურის</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• მიეცით სიცხის დამწვევი საშუალებები</li> </ul>

<p>მომატება</p>	<p>მომატებას. მაღალი ტემპერატურა გრძელდება 1-3 საათის განმავლობაში. თუ ტემპერატურა გრძელდება 4 სთ-ზე მეტი ან რამოდენიმე დღის განმავლობაში შესაძლებელია ინფექციის არსებობა.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <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>გულისრევა</li> <li>პირღებინება</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>ფაღარათი</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 დრუს ორგანოების ანთებითი დაავადებები ძალიან იშვიათია და შემთხვევათა 0.016 % შეადგენს. ინფექციის ნიშნებია:</li> <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>	<ul style="list-style-type: none"> <li>მნიშვნელოვანია შეაფასოთ სეპტიური შოკის რისკი: <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> <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 ნილბის 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</li> </ul>

		ჰემოგლობინი და ჰემატოკრიტი და საჭიროების შემთხვევაში, თუ HB<50 გ/ლ, ხოლო ჰემატოკრიტი $\leq 15$ , პაციენტს გადაუსხით სისხლი.
<ul style="list-style-type: none"> <li>დაუმთავრებელი აბორტი</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 მენეჯმენტი და პაციენტი დაიბარეთ 7 დღის შემდეგ.</li> <li>ან მიეცით მიზოპროსტოლის განმეორებითი 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 ჩაუტარეთ ქირურგიული ჩარევა</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>არშემდგარი ორსულობა</li> </ul>	აბორტისათვის დამახასიათებელი კლნიკური 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 პრორალურად -ერთჯერადად და დაიბარეთ პაციენტი 7 დღის შემდეგ.</li> <li>ან ჩაუტარეთ ვაკუუმასპირაცია.</li> </ul> <p>მეორე ტრიმესტრის აბორტის შემთხვევაში ჩაუტარეთ ქირურგიული ჩარევა</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>პროგრესირებადი ორსულობა</li> </ul>		ქირურგიული ჩარევა

## 8.5. ქირურგიული აბორტი

### 8.5.1. საშვილოსნოს ყელის მომზადება

5. 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.

6. პირველ ტრიმესტრში ქირურგიული აბორტის წინ რეკომენდებულია საშვილოსნოს ყელის მომზადების ერთ-ერთი შემდეგი მეთოდის გამოყენება:

- მიზოპროსტოლი 400 მკგ, სუბლინგვალურად, პროცედურამდე 2-3 საათით ადრე ან
- მიზოპროსტოლი 400 მკგ, ვაგინალურად, პროცედურამდე 3 საათით ადრე; (რეკომენდაციის სიძლიერე: ძლიერი).

7. ყველა ქალს, 12 კვირაზე მეტი გესტაციის ვადით, დილატაცია/ევაკუაციის (D&E) დროს ჩაუტარეთ საშვილოსნოს ყელის მომზადების პროცედურა. (რეკომენდაციის სიძლიერე: ძლიერი).

8. 12 კვირაზე მეტ გესტაციის ვადაზე დილატაცია/ევაკუაციის (D&E) წინ საშვილოსნოს ყელის მომზადების რეკომენდებული მეთოდია მიზოპროსტოლი. (რეკომენდაციის სიძლიერე: ძლიერი).

### ცხრილი #6: საშვილოსნოს ყელის დამუშავება ქირურგიული აბორტის წინ

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

### 8.5.2. პროფილაქტიკური ანტიბიოტიკოთერაპია

9. 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;

### 8.5.3. პირველი ტრიმესტრის ( $\leq 12$ კვირა) ქირურგიული აბორტი

#### კლინიკური ასპექტები

10. ვაკუუმ-ასპირაცია (მანუალური ან ელექტრო) არის ქირურგიული აბორტის მეთოდი, რომელიც რეკომენდებულია ორსულობის პირველ ტრიმესტრში ( $\leq 12$  კვირა). პროცედურა რუტინულად არ დაასრულოთ ბასრი კიურეტაჟით. დილატაცია და კიურეტაჟი (D&C) თუ ისევე რჩება პრაქტიკაში, ჩაანაცვლეთ ვაკუუმ-ასპირაციით. (რეკომენდაციის სიძლიერე: ძლიერი).
- დილატაცია და კიურეტაჟი (D&C) კეთდება მხოლოდ მაშინ, როცა არ არის ვაკუუმ-ასპირაციის ან მედიკამენტური აბორტის ჩატარების შესაძლებლობა. ვაკუუმ-ასპირაციით D&C-ის ჩაანაცვლება აუმჯობესებს პროცედურის უსაფრთხოებასა და მომსახურების ხარისხს, ვინაიდან D&C ნაკლებად უსაფრთხოა, უფრო მეტად მტკივნეულია ქალისათვის და დაკავშირებულია გართულებათა 2-3-ჯერ უფრო მაღალ მაჩვენებლებთან;
  - ვაკუუმ-ასპირაციის ელექტრო და მანუალური მეთოდები თანაბრად ეფექტურია. თუმცა, მანუალური ვაკუუმ ასპირაციის გამოყენება ასოცირებულია ნაკლებ ტკივილთან 9 კვირამდე გესტაციურ ვადაზე, ხოლო 9 კვირის გესტაციური ვადის შემდეგ - გართულებულ პროცედურასთან. 12 კვირამდე გესტაციური ვადაზე ვაკუუმ-ასპირაცია უფრო ეფექტურია, ვიდრე მედიკამენტური აბორტი და როგორც წესი, დაკავშირებულია უმნიშვნელო გართულებებთან.

**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 დაამუშავება დაიწყეთ საშვილოსნო ყელის პირის არედან სპირალური მოძრაობით და გააგრძელოთ საშვილოსნოს ყელის ბოლომდე. ანტისეპტიკური ხსნარით სრულად დაამუშავეთ 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 მამუბით (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, კანულას 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 #7: 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 მარბები და მეორე ხელში კანულასთან მიერთებული ასპირატორი.

- ასპირაცია დაიწყეთ მას შემდეგ, რაც კანულას თავი მოთავსდება საშვილოსნოს ღრუში;
- საშვილოსნოს შიგთავსის ევაკუაცია ხორციელდება ყველა მხარეს კანულას 180<sup>0</sup>-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 დრუდან 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 გადაიტანეთ 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 არადამაჯერებელია, მასალა გააგზავნეთ ჰისტოპათოლოგიური გამოკვლევისთვის პათოლოგანატომიურ ლაბორატორიაში.

### 10. ჩაატარეთ სხვა თანმხლები პროცედურები;

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

### 11. ინსტრუმენტების დამუშავება;

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

## 8.5.4. მეორე ტრიმესტრის (>12 კვირა) ქირურგიული აბორტი

### კლინიკური ასპექტები

12 კვირაზე მეტი გესტაციური ვადის ქირურგიული აბორტის დროს გამოიყენება დილატაცია და ევაკუაცია (D&E);

11. 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);
12. ორსულობის მეორე ტრიმესტრში (>12 კვირა) დილატაცია და ევაკუაციის (D&E) წინ ყველა ქალს ჩაუტარეთ საშვილოსნოს ყელის მოზზადების პროცედურა, რომლის რეკომენდებული მეთოდია 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 ბიმანუალური გამოკვლევა და გასინჯეთ გინეკოლოგიური სარკეების გამოყენებით;

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

### 4. დაამუშავეთ საშვილოსნოს ყელი ანტისეპტიკური საშუალებებით;

საშვილოსნოს ყელის არაალკოჰოლური ანტისეპტიკური ხსნარით დაამუშავება 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 აბორტცანგი. 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 აბორტცანგი.

- 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 180<sup>0</sup>-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 აბორტკანგით; 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, სმგ მოთავსება, მილების ლიგირება და სხვ.

## 11. ინსტრუმენტების დამუშავება;

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

### 8.5.5. 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);

- ადექვატური დეზინფექციისა და სტერილიზაციის უზრუნველყოფა (იხ. დანართი #4: 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 დაუყონებლივ ჩააგდეთ ერთჯერად, გახვრეტისადმი მედეგ უსაფრთხო ყუთში, რომელიც გამოიყენება ნახმარი საინექციო აღჭურვილობის უსაფრთხო შეგროვებისათვის. აკრძალულია, გამოიყენებული შპრიცების და ნემსების გადაყრა ღია, ადვილად მისაწვდომ ადგილას, სადაც შესაძლებელია მათზე ფეხის დადგმა და/ან ალება, 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>6</sup>.

#### 8.5.6. 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.

<sup>6</sup> <http://www.moh.gov.ge/files/gaidline/protokoli/59.1.pdf>

ცხრილი #8: ქირურგიული აბორტის გართულებები და მათი მკურნალობა

გართულება	აღწერა	ტაქტიკა
<ul style="list-style-type: none"> <li>• სისხლდენა</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 გახვევით.</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>• ინფექცია</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> <li>• ლეიკოციტების რაოდენობის მომატება.</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> <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 გამომავალი 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,</li> </ul>

		<p>ნაკლები ინტენსივობის ტკივილსა და ხანმოკლე პროცედურებთან (FIGO). Consensus Statement on Uterine Evacuation)</p> <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 არჩევის 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 მადპერსონალისათვის ხელმისაწვდომი უნდა იყოს მათი ანტიდოტები.</li> <li>• ნარკოტიკული ანალგეტიკების გამოყენების დროს მაღალია გართულებების ალბათობა (მაგ: სუნთქვის ფუნქციის დათრგუნვა), ამიტომ ამ შემთხვევაშიც მადპერსონალისათვის 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>



## 8.6. აბორტის შემდგომი მეთვალყურეობა

### 8.6.1. პაციენტის კონსულტირება სამედიცინო დაწესებულებიდან გაწერამდე

13. 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 მხოლოდ პროცედურის ჩატარებიდან 24 საათის შემდეგ.

- ქირურგიული აბორტის შემდეგ დაარწმუნეთ ქალი, რომ პროცედურა დასრულებულია ორსულობის ხელოვნური შეწყვეტით და საჭიროების შესაბამისად, შესთავაზეთ ფსიქოლოგიური მხარდაჭერა;
- 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.
- შეაფასეთ დაორსულების რისკი მომდევნო მენსტრუაციამდე პერიოდში და ფერტილობის აღდგენის შესაძლებლობა აბორტის შემდგომ 2 კვირის მანძილზე;
- ყველა ქალს მიაწოდეთ ინფორმაცია კონტრაცეფციის მეთოდების შესახებ და სურვილის შემთხვევაში, გაუწიეთ კონსულტირება მისთვის ყველაზე მისაღები მეთოდის შერჩევის მიზნით;
- თუ საჭიროა, ანემიის დროს დაუნიშნეთ ანტიანემიური მკურნალობა;
- საჭიროებისას, შესთავაზეთ ტკივილგამაყუჩებელი მკურნალობა;
- საჭიროებისას, გაუწიეთ ფსიქოლოგიური მხარდაჭერა;
- საჭიროების მიხედვით, სქესობრივი და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის ან სხვა მომსახურების მისაღებად გადაამისამართეთ შესაბამის სამედიცინო დაწესებულებაში (როგორცაა, სქესობრივი გზით გადამდებ ინფექციებზე გამოკვლევა და კონსულტირება, მხარდამჭერი სერვისები ძალადობის შემთხვევაში, წარსულში ფსიქიკური პრობლემების არსებობის შემთხვევაში ფსიქოლოგის/ფსიქიატრის კონსულტაცია, სოციალური მომსახურება, სხვა ექიმ-სპეციალისტთა კონსულტაცია);



- შემდგომი ვიზიტის დაგეგმვა, შესთავაზეთ პროცედურიდან 7-14 დღის შემდეგ, რათა კიდევ ერთხელ გაუწიოთ კონსულტირება კონტრაცეფციის საკითხებზე ან საჭიროებისამებრ, აღმოუჩინოთ ფსიქოლოგიური მხარდაჭერა;
- აბორტის შემდგომი ვიზიტის დროს:
  - შეაფასეთ ქალის ჯანმრთელობის მდგომარეობა და დარწმუნდით, რომ აბორტი დასრულებულია;
  - გაეცანით ყველა ხელმისაწვდომ სამედიცინო ჩანაწერსა და რეფერალთან დაკავშირებულ დოკუმენტებს;
  - გამოკითხეთ ქალს ჩვილებისა და სიმპტომების შესახებ პროცედურის შემდგომ პერიოდში;
  - ჩაუტარეთ ფიზიკალური გამოკვლევა, რომელიც ფოკუსირებულია ქალის ჩვილებზე;
  - იმსჯელეთ ოჯახის დაგეგმვის საკითხებზე.

### 8.6.2. 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>7</sup>).
  - თუ კონტრაცეფციის რომელიმე მეთოდით სარგებლობა ქალს არ ჰქონდა დაწყებული სამედიცინო დაწესებულებიდან გაწერამდე, მიაწოდეთ ქალს ოჯახის დაგეგმვასთან 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 ჩვილები:
    - თუ ქალი კმაყოფილია კონტრაცეფციის მეთოდით, გააგრძელეთ მისი გამოყენება საჭიროებისამებრ;
    - თუ ქალი არ არის კმაყოფილი კონტრაცეფციის მეთოდით, დაეხმარეთ მისთვის უფრო მისაღები მეთოდის შერჩევაში.
14. 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).

<sup>7</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)

**ცხრილი #9: 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 შემცველი სშგ	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 #10: 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 (ნორპლანტი, ჯადელი, იმპლანონი)</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 #11: 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.

## 9. 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.

## 10. 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?

## 11. პროტოკოლის გადახედვის ვადები

პროტოკოლის გადახედვა და განახლება რეკომენდებულია 2-3 წლის ვადაში.

## 12. პროტოკოლის დანერგვისთვის საჭირო რესურსი

პროტოკოლის დანერგვისთვის აუცილებელი ადამიანური და მატერიალურ-ტექნიკური რესურსი მოცემულია დანართი 1-ში "ადამიანური და მატერიალურ-ტექნიკური რესურსი".

### 13. დანართები

დანართი #1: ადამიანური და მატერიალურ-ტექნიკური რესურსი

ცხრილი #12: ადამიანური და მატერიალურ-ტექნიკური რესურსი

რესურსი	ფუნქციები/მნიშვნელობა	შენიშვნა
ადამიანური	ადამიანური რესურსების ფუნქციები	რამდენად სავალდებულოა ამ რესურსის არსებობა
მეან-გინეკოლოგი რეპროდუქტოლოგი	პაციენტის კონსულტირება; კლინიკური შეფასება; ორსულობის დადასტურება; კონტრაცეფციული მეთოდების შერჩევა; მედიკამენტური და/ან ქირურგიული აბორტის შესახებ გადაწყვეტილების მიღება; მიმდინარე მეთვალყურეობა.	
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.	
<b>მატერიალურ-ტექნიკური</b>	მატერიალურ-ტექნიკური რესურსების გამოყენების მიზანი	
რისკის შეფასების სქემა	რისკის პროფილის შეფასება	სავალდებულო
ლაბორატორია	ჰემოგლობინის, ჰემატოკრიტის და სხვა ანალიზების ჩასატარებლად, საჭიროების მიხედვით	სავალდებულო ან სასურველი
სადიაგნოსტიკო აღჭურვილობა ულტრაბგერის აპარატი	ულტრაბგერითი დიაგნოსტიკა ორსულობის დადასტურების მიზნით, რისკის შეფასება, მიმართვის თაობაზე გადაწყვეტილების მიღება.	სავალდებულო
პაციენტის საგანმანათლებლო მასალები და ინფორმირებული თანხმობის ფორმა.	პაციენტის ინფორმირება; წერილობითი ინფორმირებული თანხმობის მიღება	სავალდებულო

**ცხრილი #13: სამედიცინო დანიშნულების საგნები, აპარატურა და ინსტრუმენტები**

პროცედურები	სამედიცინო დანიშნულების საგნები, აპარატურა და ინსტრუმენტები
ქირურგიული აბორტი	<ul style="list-style-type: none"> <li>• წნევის აპარატი</li> <li>• სტეტოსკოპი/ფონენდოსკოპი</li> <li>• გინეკოლოგიური სარკეები</li> <li>• ტყავის მამები (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 დასათვალისწინებლად</li> <li>• ბადე, საცერი (მეტალის, მინის ან დოლბანდის)</li> </ul>
მედიკამენტური აბორტი	<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>
გართულებების მართვა	<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>

**დანართი #2: აბორტის მეთოდები**

**ცხრილი #14: აბორტის მეთოდები**

კვირების რაოდენობა ბოლო მენსტრუალური პერიოდის პირველი დღიდან																				
4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22		
<b>რეკომენდებული მეთოდები</b>																				
	ვაკუუმ-ასპირაცია (ელექტრო და მანუალური)																			
										დილატაცია & ევაკუაცია										
								●●●●●●												
	მიფეპრისტონი მიზოპროსტოლთან ერთად						კვლევის სტადიაში			მიფეპრისტონი მიზოპროსტოლთან ერთად										



**ცხრილი #15: აბორტის პროცედურის მახასიათებლები**

<b>პირველი ტრიმესტრი (≤12 კვირა)</b>	
<b>მედიკამენტური აბორტი</b>	<b>ქირურგიული აბორტი (ვაკუუმ-ასპირაცია)</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• თავიდან აგვაცილებს ოპერაციულ ჩარევას.</li> <li>• წააგავს სპონტანურ აბორტს.</li> <li>• პროცედურა ქალის კონტროლის ქვეშაა და მისი ჩატარება შესაძლებელია სახლის პირობებში 10 კვირამდე ორსულობის ვადაზე.</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 ღებინება.</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>
<p><b>უკუჩვენებები</b></p> <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> <li>• არსებული ან საეჭვო ექტოპიური (საშვილოსნოს გარე) ორსულობა (მიზოპროსტოლი და მიფეპრისტონი არ გამოიყენება ექტოპიური ორსულობის სამკურნალოდ).</li> <li>• კორტიკოსტეროიდებით ხანგრძლივი მკურნალობა (მათ შორის მწვავე არაკონტროლირებადი ასთმის დროს).</li> <li>• ჰემორაგიული დაავადებები.</li> </ul> <p><b>განსაკუთრებული ყურადღება საჭიროა შემდეგ შემთხვევებში:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• მწვავე ანემია.</li> <li>• გულის დაავადებების ან კარდიო-ვასკულური რისკ-ფაქტორების არსებობა.</li> <li>• საშვილოსნოსშიდა საშუალებების გამოყენება (პროცედურის დაწყებამდე საჭიროა სშგ საშუალებების მოშორება).</li> </ul>	<p>არ არის ცნობილი რაიმე აბსოლუტური უკუჩვენება.</p> <p><b>განსაკუთრებული ყურადღება საჭიროა შემდეგ შემთხვევებში:</b></p> <p>სშგ საშუალებების გამოყენება (პროცედურის დაწყებამდე საჭიროა სშგ საშუალებების მოშორება).</p>



<b>მეორე ტრიმესტრი (&gt;12 კვირა)</b>	
<b>მედიკამენტური აბორტი</b>	<b>ქირურგიული აბორტი (დილატაცია და ევაკუაცია (D&amp;E))</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• თავიდან აგვაცილებს ოპერაციულ ჩარევას.</li> <li>• წააგავს სპონტანურ აბორტს.</li> <li>• პროცედურა ტარდება სამედიცინო დაწესებულებაში.</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 ღებინება.</li> <li>• ქალი რჩება სამედიცინო დაწესებულებაში ორსულობის სრულ შეწყვეტამდე.</li> <li>• საშვილოსნოს გახევის განვითარების რისკი (0.28%) დაბალია საშვილოსნოს ნაწიბურის მქონე ქალებში, როცა მედიკამენტური აბორტი ტარდება ორსულობის 12-22 კვირის ვადაზე.</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 დროს, ან წარსულში საშვილოსნოს ყელზე ჩატარებული ოპერაციის შემთხვევებში,</li> <li>• თუ ქალს არ სურს ქირურგიული ჩარევა,</li> <li>• თუ გამოცდილი სამედიცინო პერსონალი არ არის ხელმისაწვდომი, რათა ჩაატაროს დილატაცია და ევაკუაცია.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• სწრაფი პროცედურა.</li> <li>• სრული აბორტის დადასტურება მარტივია ასპირირებული ჩასანასახოვანი პარკის შეფასებით.</li> <li>• პროცედურა ტარდება სამედიცინო დაწესებულებაში.</li> <li>• სტერილიზაცია ან სშგ მოთავსება შეიძლება განხორციელდეს პროცედურის დროს.</li> <li>• მოითხოვს საშვილოსნოს მომზადებას პროცედურის დაწყებამდე.</li> <li>• მოითხოვს საშვილოსნოსშიდა ინსტრუმენტულ ჩარევას.</li> <li>• არსებობს საშვილოსნოს ან საშვილოსნოს 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> </ul> <p>თუ აბორტის ჩატარებისთვის საჭირო დრო შეზღუდულია</p>
<b>უკუჩვენებები:</b>	
<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> <li>• არსებული ან საეჭვო ექტოპიური (საშვილოსნონს გარე) ორსულობა (მიზოპროსტოლი და მიფეპრისტონი არ გამოიყენება ექტოპიური ორსულობის სამკურნალოდ).</li> <li>• კორტიკოსტეროიდებით ხანგრძლივი მკურნალობა (მათ შორის მწვავე არაკონტროლირებადი ასთმის დროს),</li> <li>• ჰემორაგიული დაავადებები.</li> </ul> <p><b>განსაკუთრებული ყურადღება საჭიროა შემდეგ შემთხვევებში:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• მწვავე ანემია.</li> <li>• გულის დაავადებების ან კარდიო-ვასკულური რისკ-ფაქტორების არსებობა.</li> <li>• საშვილოსნოსშიგა საშუალებების გამოყენება (პროცედურის დაწყებამდე საჭიროა სშგ მოშორება).</li> </ul>	<p>დილატაციისა და ევაკუაციის რაიმე აბსოლუტური უკუჩვენება არ არის ცნობილი</p> <p><b>განსაკუთრებული ყურადღება საჭიროა შემდეგ შემთხვევებში:</b> სშგ გამოყენება (პროცედურის დაწყებამდე საჭიროა სშგ-ის მოშორება).</p>

**დანართი #3: სკრინინგული კითხვარი მედიკამენტური აბორტისთვის (მიფეპრისტონი და მიზოპროსტოლი)**

**ცხრილი #16: სკრინინგული კითხვარი პირველი ტრიმესტრის მედიკამენტური აბორტისთვის (მიფეპრისტონი და მიზოპროსტოლი)**

სკრინინგული კითხვარის მიზანია მედიკამენტური აბორტის უკუჩვენებების გამოვლენა და მათი დადგენა მედიკამენტური აბორტის გამოყენებამდე.

არა	კითხვები	დიახ
	1. ხომ არ იყენებთ სუს?	
	2. ხომ არ გაქვთ თირკმელზედა ჯირკვლის ქრონიკული უკმარისობა?	
	3. ხომ არ იტარებთ კორტიკოსტეროიდებით მკურნალობას (პრედნიზოლონი, დექსამეტაზონი)	
	4. ხომ არ გაქვთ სისხლის შედედების სისტემაში დარღვევები? (ჰემოსტაზის) დარღვევები?	
	5. ხომ არ იტარებთ ანტიკოაგულანტებით მკურნალობას?	
	6. ხომ არა ხართ პორფირიით დაავადებული?	
	7. ხომ არ გქონიათ ალერგიული რეაქცია ანამნეზში მიფეპრისტონის, მიზოპროსტოლის ან სხვა პროსტაგლანდინების მიღებისას?	
	8. დადგენილი ან ეჭვი საშვილოსნოს გარე ორსულობაზე?	
	თუნდაც ერთ-ერთ კითხვაზე თუ არის პასუხი "დიახ", ეს ნიშნავს, რომ პაციენტს აქვს მედიკამენტური აბორტის უკუჩვენება და მისთვის მედიკამენტური აბორტის გამოყენება არ შეიძლება.	

**ცხრილი #17: სკრინინგული კითხვარი მეორე ტრიმესტრის მედიკამენტური აბორტისათვის (მიფეპრისტონი და მიზოპროსტოლი)**

სკრინინგული კითხვარის მიზანია მედიკამენტური აბორტის უკუჩვენებების გამოვლენა და მათი დადგენა მედიკამენტური აბორტის გამოყენებამდე.

არა	კითხვები	დიახ
	1. ორსულობა ხომ არ მიმდინარეობს სუს ფონზე?	
	2. ხომ არ გაქვთ თირკმელზედა ჯირკვლის ქრონიკული უკმარისობა?	
	3. ხომ არ იტარებთ კორტიკოსტეროიდებით მკურნალობას (პრედნიზოლონი, დექსამეტაზონი)?	
	4. ხომ არ გაქვთ სისხლის შედედების სისტემაში (ჰემოსტაზის) დარღვევები?	
	5. ხომ არ იტარებთ ანტიკოაგულანტებით მკურნალობას?	
	6. ხომ არა ხართ პორფირიით დაავადებული?	
	7. ხომ არ გქონიათ ანამნეზში ალერგიული რეაქცია მიფეპრისტონის, მიზოპროსტოლის ან სხვა პროსტაგლანდინების მიღებისას?	
	8. ხომ არ გაქვთ მძიმე (9 გლ) ანემია?	
	თუნდაც ერთ-ერთ კითხვაზე თუ არის პასუხი "დიახ", ეს ნიშნავს, რომ პაციენტს აქვს მედიკამენტური აბორტის უკუჩვენება და მისთვის მედიკამენტური აბორტის გამოყენება არ შეიძლება.	

## დანართი #4: 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 განახორციელეთ 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 ჩატარეთ სამედიცინო იარაღების წინასასტერილიზაციო დამუშავება.
6. წინასასტერილიზაციო დამუშავების განმახორციელებელი პერსონალი უზრუნველყავით ინდივიდუალური დაცვის საშუალებებით (ხელთათმანები, ნიღაბი, სათვალე, სახის ფარი და სითხეგაუმტარი წინსაფარი).

### სტერილიზაცია

7. სტერილიზაცია ჩატარეთ გამოყენებული აპარატურისა და/ან მასტერილიზებული ნივთიერების თანმხლები ინსტრუქციის შესაბამისად, შესაბამისად განსწავლული პასუხისმგებელი პირის მიერ;
8. სტერილიზაციის პროცესი დაარეგისტრირეთ სპეციალურ ჟურნალში და/ან ელექტრონული აღრიცხვის სისტემით;
9. 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);

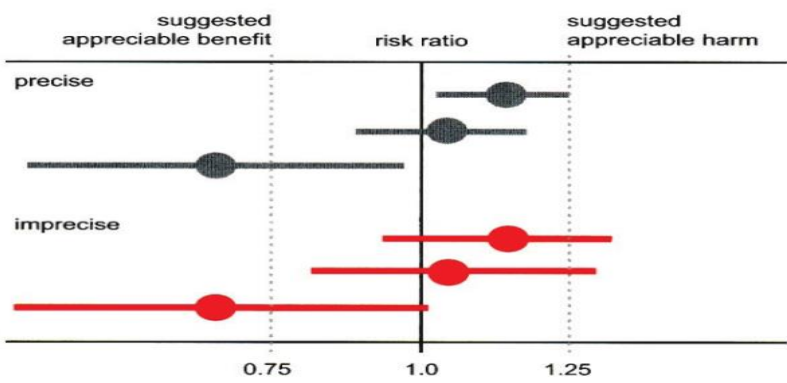
10. გამოყენებული ასპირატორების კანულებისა და ადაპტორების დამუშავება ხელთათმანების გარეშე დაუშვებელია!
11. ასპირატორების კანულების უმეტესობა მრავალჯერადი გამოყენებისაა, რომელთა სტერილიზაციისას გასათვალისწინებელია მათი მწარმოებლის ინსტრუქციები, რამდენადაც არსებობს მაღალხარისხიანი მასალისგან დამზადებული 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 #18: 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 გაუვნებელ-ყოფას დაქვემდებარებული ინსტრუმენტების ზედაპირებში. შეფუთული ინსტრუმენტების სტერილიზაციის დრო იზრდება 30 წთ-მდე
	გლუტარალდეჰიდის 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.
	გლუტარალდეჰიდის 2%-იანი ხსნარი	იარაღების ჩალაგება 30 წთ-ის განმავლობაში 20-25°C ტემპერატურის ტუტით გააქტივებულ (PH=7,5-9) 2 %-იან ხსნარში.	ზოგიერთი წყაროს/მწარმოებლის რეკომენდაციის შესაბამისად მდდ-სთვის გამოიყენება ჩალაგება 20 წთ-ის განმავლობაში.
	ადუღება/გამოხარშვა	20 წთ მდურარე ხსნარში	ჭურჭელი უნდა იყოს დახურული
<b>შენიშვნა:</b> სტერილიზაციისა და მაღალი დონის დეზინფექციის ყველა მეთოდის ეფექტურობა დამოკიდებულია სწორად წარმოებულ წინასასტერილიზაციო დამუშავებაზე.			

დანართი #5: მტკიცებულებების და რეკომენდაციების განმარტება

ცხრილი 19: ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის გაიდლაინში გამოყენებული GRADE სისტემა<sup>8</sup>

სფერო	ხარისხი	მახასიათებლები
კვლევის დიზაინი	0	ყველა რანდომული კონტროლირებადი კვლევა
კვლევის დიზაინის შეზღუდვები	-1	ყველა ობსერვაციული კვლევა
	0	კვლევების პულირებული ეფექტი უმეტესწილად მოიცავს შეცდომის დაბალ რისკს
	-1	კვლევების პულირებული ეფექტი უმეტესწილად მოიცავს შეცდომის საშუალო რისკს
	-2	კვლევების პულირებული ეფექტი უმეტესწილად მოიცავს შეცდომის მაღალ რისკს
	შენიშვნა:	შეცდომის დაბალი რისკი: შეზღუდვები არ არის ან მცირე შეზღუდვებია; შეცდომის საშუალო რისკი: ალოკაციის დაფარვის ან რანდომიზაციის მნიშვნელოვანი ან ძალიან მნიშვნელოვანი შეზღუდვები; შეცდომის მაღალი რისკი: რანდომიზაციის ან ალოკაციის დაფარვის შეზღუდვები, ან სხვა მნიშვნელოვანი, ფუნდამენტური მეთოდოლოგიური შეზღუდვები
შეუსაბამობა	0	ძლიერი ჰეტეროგენობა არ არის ( $I^2 < 60\%$ ან $\chi^2 \geq 0.05$ )
	-1	ძლიერი, აუხსნელი ჰეტეროგენობა ( $I^2 \geq 60\%$ or $\chi^2 < 0.05$ )
არაპირდაპირობა	0	არაპირდაპირობა არ შეინიშნება
	-1	სახეზე არაპირდაპირი შედარება, პოპულაცია, ინტერვენციები, კომპარატორი ან გამოსავლები
უზუსტობა	0	ქვემოთ მოცემული გამოსახულების მიხედვით, ნდობის ინტერვალი ზუსტია. 
	-1	საერთო კუმულაციური საკვლევი პოპულაცია არ არის ძალიან მცირე (მაგ: შერჩევის ზომა 300 მონაწილეზე მეტია) და შემთხვევათა საერთო რაოდენობა 30 ზე მეტია.
	-1	ერთერთი ზემოხსენებული პირობა არ არის შესრულებული
	-2	ორი ზემოხსენებული პირობა არ არის შესრულებული
შენიშვნა:	მტკიცებულების ხარისხის შემცირება არ უნდა იქნას გათვალისწინებული თუ შემთხვევათა საერთო რაოდენობა 30 ზე ნაკლებია, ხოლო საერთო კუმულაციური შერჩევის ზომა საკმარისად დიდია (მაგ: 3000 პაციენტზე მეტი). თუ ზემოხსენებული შემთხვევები არცერთ ჯგუფში (ინტერვენციებისა და საკონტროლო) არ არის გათვალისწინებული, მტკიცებულების ხარისხი განსაზღვრული გამოსავლისთვის იქნება ძალიან	

<sup>8</sup> დეტალური ინფორმაციისთვის იხილეთ გაიდლაინი - World Health Organization. (2012). *Safe abortion: technical and policy guidance for health systems* – 2nd ed, Anex #3, 4.

		დაბალი.
პუბლიკაციის შეცდომა	0	გაბნევის დიაგრამაზე (funnel plot) თვალსაჩინო ასიმეტრიულობა არ არის ან მოცემულია 5 კვლევაზე ნაკლები
	-1	გაბნევის დიაგრამაზე (funnel plot) თვალსაჩინო ასიმეტრიულობაა და მოცემულია სულ მცირე 5 კვლევა

### ცხრილი #20: მტკიცებულებების დონეების (EL) განმარტება RCOG-ის გაიდლაინის მიხედვით<sup>9</sup>

დონე	მტკიცებულება
Ia	მტკიცებულება მოძიებულია რანდომული კონტროლირებადი კვლევების (RCT) მეტა-ანალიზით
Ib	მტკიცებულება ეყრდნობა მინიმუმ ერთ რანდომულ კონტროლირებად კვლევას
IIa	მტკიცებულება ეყრდნობა მინიმუმ ერთ სწორი დიზაინის მქონე კონტროლირებად კვლევას, რანდომიზაციის გარეშე
IIb	მტკიცებულება ეყრდნობა მინიმუმ ერთ სწორი დიზაინის მქონე კვაზიექსპერიმენტული კვლევის რომელიმე ტიპს
III	მტკიცებულება ეყრდნობა სწორი დიზაინის მქონე არაექსპერიმენტულ აღწერილობით კვლევებს, კორელაციურ კვლევებსა და კლინიკური შემთხვევების აღწერას
IV	მტკიცებულება ეყრდნობა ექსპერტთა მოხსენებებს ან ავტორიტეტულ პროფესიონალთა მოსაზრებებსა და/ან კლინიკურ გამოცდილებას

### ცხრილი #21: რეკომენდაციების ხარისხების განმარტება RCOG-ის გაიდლაინის მიხედვით

ხარისხი	მტკიცებულების სიძლიერე
A	ეყრდნობა Ia და Ib დონის მტკიცებულებებს
B	ეყრდნობა IIa, IIb და III დონის მტკიცებულებებს
C	ეყრდნობა IV დონის მტკიცებულებებს
GPP	საუკეთესო პრაქტიკა, ეყრდნობა გაიდლაინის შემუშავების ჯგუფის გამოცდილებას/კონსენსუსს

<sup>9</sup> დეტალური ინფორმაციისთვის იხილეთ გაიდლაინი - Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. (2011). *The Care of Women Requesting Induced Abortion; Evidence-based Clinical Guideline Number N7.*



## დანართი #6: შემოკლებები

## ცხრილი #22: 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.

## 14. პროტოკოლის ადაპტირების ჯგუფი

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

გოგი ცერცვაძე - მედიცინის აკადემიური დოქტორი, ექიმი მეან-გინეკოლოგი და რეპროდუქტოლოგი, კლინიკა "IN VITRO", "დავით გაგუას კლინიკა";

ზაზა ბოხუა - თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტის რეპროდუქციული ჯანმრთელობის დეპარტამენტის ასოცირებული პროფესორი, საქართველოს მეან-გინეკოლოგთა ასოციაციის გენერალური მდივანი;

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

მანანა გეგეჭკორი - მედიცინის აკადემიური დოქტორი, ჟორდანიას სახელობის ადამიანის რეპროდუქციის სამეცნიერო კვლევითი ინსტიტუტი, ამბულატორიული სამსახურის ხელმძღვანელი;

ნანი მარსაგიშვილი - მედიცინის აკადემიური დოქტორი, ექიმი რეპროდუქტოლოგი, კლინიკა "IN VITRO", 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; სამშობიარო სახლის "ემბრიო" დირექტორის მოადგილე, კლინიკა "მედი"-ს გინეკოლოგიური დეპარტამენტის ხელმძღვანელი;

კოტე ბოჭორიშვილი - მედიცინის აკადემიური დოქტორი, საქართველოს მეან-გინეკოლოგთა და პერინატოლოგთა ასოციაციის წევრი, ესტონეთის მეან-გინეკოლოგთა ასოციაციის წევრი, კლინიკა „ელიტე“-ს დირექტორი, ქ. ზესტაფონი.

### რეცენზენტები

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

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

საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო განსაკუთრებულ მადლობას უხდის გაეროს მოსახლეობის ფონდს პროტოკოლის წყაროდ გამოყენებული ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის რესურსების თარგმნაში დახმარებისთვის.

## 15. გამოყენებული ლიტერატურა

1. World Health Organization. (2012). *Safe abortion: technical and policy guidance for health systems* – 2nd ed;
2. World Health Organization. (2014). *Clinical practice handbook for safe abortion*;
3. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. (2011). *The Care of Women Requesting Induced Abortion; Evidence-based Clinical Guideline Number N7*. (pp. 6-16).
4. Erica Chong, Tamar Tsereteli, Nhu Ngoc thi Nguen, Beverly Winikoff. A randomized controlled trial of different buccal misoprostol doses in mifepristone medical abortion *Contraception*. 2012;86(3):251-6
5. Beverly Winikoff, Ilana G. Dzuba, Erica Chong et al. Extending Outpatient Medical Abortion Services Through 70 Days of Gestational Age. *Obstetrics and Gynecology*. 2012; 120 (5): 1070-76
6. Hillary Bracken, Rasha Dabash, George Tsertsvadze et al. A two-pill sublingual misoprostol outpatient regimen following mifepristone for medical abortion through 70 days: a prospective comparative open-label trial. *Contraception*. 2013.
7. Raghavan S, Comendant R, Digol I, Ungureanu S, Friptu V, Bracken H, Winikoff B. Two-pill regimens of misoprostol after mifepristone medical abortion through 63 days' gestational age: a randomized controlled trial of sublingual and oral misoprostol. *Contraception*. 2009;79(2):84-90.
8. Raghavan S, Comendant R, Digol I, Ungureanu S, Donciuc I, Turcanu S, Winikoff B. Comparison of 400 mcg buccal and 400 mcg sublingual misoprostol after mifepristone medical abortion through 63 days' LMP: a randomized controlled trial. *Contraception*. 2010;82(6):513-9.
9. Raghavan S, Tsereteli T, Kamilov A, Kurbanbekova D, Yusupov D, Kasimova F, Jymagylova D, Winikoff B. Acceptability and feasibility of the use of 400 µg of sublingual misoprostol after mifepristone for medical abortion up to 63 days since the last menstrual period: evidence from Uzbekistan. *European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*. 2013;18(2):104-11.
10. Nguen Thi Ngoc, Tara Shochet, Sheila Raghavan, Jennifer Blum, Nguen Thi Bach Nga, Nguen Thi Hong Minh, Van Quy Phan and Beverly Winikoff. Mifepristone and misoprostol compared with misoprostol alone for second trimester abortion. A randomized controlled trial. *American Colleague of Obstetricians and Gynecology*. 2011; 118 (3): 601-608.
11. Kristina Gemzell-Danielsson, Sujata Lalitkumar. Second trimester medical abortion with mifepristone-misoprostol and misoprostol alone: a review of methods and management. *Reproductive Health Matters*. 2008; 16 (31 supplement):162-172.
12. Gynuity Health Projects. Mifepristone plus misoprostol or misoprostol alone for abortion induction in pregnancies 12-24 weeks" LMP. February 2014.
13. International Federation of Gynecology&Obstetrics (FIGO). Consensus Statement on Uterine Evacuation.
14. საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2007 წლის 21 დეკემბრის # 366/ო ბრძანებით დამტკიცებული გაიდლაინი "ოჯახის დაგეგმვა".