

მიღებულია „კლინიკური პრაქტიკის ეროვნული  
რეკომენდაციების (გაიდლაინები) და  
დაავადებათა მართვის სახელმწიფო  
სტანდარტების (პროტოკოლები) შემუშავების,  
შეფასებისა და დანერგვის ეროვნული საბჭოს“  
2012 წლის 6 ივლისის №1 სხდომის  
გადაწყვეტილების შესაბამისად

დამტკიცებულია საქართველოს შრომის,  
ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის  
მინისტრის 2012 წლის 22 აგვისტოს

№ 01-249/ო ბრძანებით

---

# ნაადრევი მშობიარობის პრევენცია და მართვა

კლინიკური მდგომარეობის მართვის სახელმწიფო  
სტანდარტი (პროტოკოლი)

# შინაარსი

---

შინაარსი.....	2
შესავალი .....	4
შეჯამება .....	4
1. დაავადების დეფინიცია .....	6
2. კლასიფიკაცია .....	7
3. სკრინინგი.....	8
4. ნაადრევი მშობიარობის პრევენცია მაღალი რისკის ასიმპტომურ პაციენტებში .....	9
5. ნაადრევი მშობიარობის მართვა და მკურნალობა სიმპტომურ პაციენტებში..	9
6. რეკომენდაციები პრაქტიკაში ადაპტაციისთვის.....	134
7. აუდიტის კრიტერიუმები.....	14
8. პროტოკოლის გადასინჯვის და განახლების ვადები .....	145
9. პროტოკოლის მიღების ხერხები/წყაროები.....	145
10. ალტერნატიული პროტოკოლი .....	15
ფასილიტატორი/ავტორები.....	15
გამოყენებული ლიტერატურა .....	19

წინამდებარე პროტოკოლი მომზადდა პროექტის “პერინატალური სისტემის გაუმჯობესება საქართველოში” ფარგლებში UNICEF, USAID მიერ დაფინანსებული და JSI მიერ განხორციელებული პროგრამა “შენარჩუნების” ფინანსური მხარდაჭერით.

პროტოკოლში გამოთქმული მოსაზრებები ეკუთვნის ავტორებს და თავისუფალია ყოველგვარი გარეშე ზეგავლენისაგან.

## შესავალი

---

მოცემული კლინიკური პრაქტიკის ეროვნული პროტოკოლის “ნაადრევი მშობიარობის პრევენცია და მართვა” მიზანს წარმოადგენს უახლეს სამეცნიერო მტკიცებულებებზე დაფუძნებული ინფორმაციის მიწოდება მეან-გინეკოლოგების, ნეონატოლოგების, ექიმ-პედიატრების, ოჯახის ექიმების, გადაუდებელი დახმარების ექიმების, ჯანდაცვის მენეჯერების, მეან-გინეკოლოგიის და ნეონატოლოგიის რეზიდენტებისა და ექთნებისათვის.

წინამდებარე პროტოკოლი მიზნად ისახავს ნაადრევი მშობიარობის პროფილაქტიკისა და მართვის ღონისძიებების სტანდარტიზაციას ნაადრევი მშობიარობის სიხშირის შემცირებისა და ნეონატალური გამოსავლის გაუმჯობესების მიზნით.

## შეჯამება

---

1. ნაადრევი მშობიარობა წარმოადგენს ახალშობილთა სიკვდილობისა და ავადობის ძირითად მიზეზს. მიუხედავად პერინატალური მეთვალყურეობის გაუმჯობესებისა, ნაადრევი მშობიარობის სიხშირე მატულობს, ძირითადად, მრავალნაყოფიანი ორსულობის სიხშირის მატების ხარჯზე;
2. ნაადრევი მშობიარობის პროგნოზირება ღირებულია იმ შემთხვევაში, თუ ხელმისაწვდომია ისეთი ინტერვენცია, რომელიც გააუმჯობესებს გამოსავალს;
3. ულტრასონოგრაფიული ტექნიკების გამოყენებით შესაძლებელია ნაადრევი მშობიარობის რისკის განსაზღვრა და, ზოგიერთ შემთხვევაში, ინტერვენციის განხორციელება, რამაც შესაძლებელია შეამციროს ნაადრევი მშობიარობის სიხშირე;
4. ორსულობის პირველი ორი ტრიმესტრის განმავლობაში საშვილოსნოს ყელის სიგრძე შედარებით მუდმივი რჩება. ამიტომ საშვილოსნოს ყელის სიგრძის ცვლილების დინამიკაზე დაკვირვებით შესაძლებელია გამოვავლინოთ ქალები მოსალოდნელი ნაადრევი მშობიარობის მაღალი რისკით;

5. მოსალოდნელი ნაადრევი მშობიარობის რისკის შეფასების ერთ–ერთი ყველაზე უფრო მარტივი, სანდო და ხელმისაწვდომი მეთოდია ტრანსვაგინალური ულტრასონოგრაფიით საშვილოსნოს ყელის სიგრძის განსაზღვრა;
6. ნაადრევი მშობიარობის პროგნოზირებისათვის ტრანსაბდომინალური ექოსკენირება საშვილოსნოს ყელის სიგრძის განსაზღვრის მიზნით არ უნდა იქნას გამოყენებული;
7. ნაადრევი მშობიარობის რისკის პროგნოზირების მიზნით საშვილოსნოს ყელის სიგრძე უნდა განისაზღვროს 24 კვირაზე ნაკლები ვადის იმ ორსულებში, რომლებსაც აღენიშნებათ ნაადრევი მშობიარობის სხვა რისკ-ფაქტორები: საშვილოსნოს ყელზე ოპერაციული ჩარევა დისპლაზიის გამო (კონიზაციის შემდგომი), საშვილოსნოს განვითარების ანომალია, საშვილოსნოს ყელის გაგანიერებისა და ღრუს გამოფხეკის მრავლობითი პროცედურები ორსულობის 13 კვირამდე, ანამნეზში ნაადრევი მშობიარობა;
8. დაბალი რისკის ორსულებში ტრანსვაგინალურად საშვილოსნო ყელის სიგრძის რუტინული განსაზღვრა არ არის რეკომენდებული დაბალი პროგნოსტული ღირებულების გამო;
9. მკურნალობის ტაქტიკა განსხვავებულია იმის მიხედვით, თუ გესტაციის რა ვადაზე ვითარდება მოსალოდნელი ნაადრევი მშობიარობა და რამდენ მილიმეტრს შეადგენს საშვილოსნოს ყელის სიგრძე;
10. ანამნეზში ნაადრევი მშობიარობის მქონე ასიმპტომურ ორსულებში, რომელთაც ორსულობის 24 კვირის ვადამდე ულტრასონოგრაფიული სკრინინგით დაუდგინდათ საშვილოსნოს ყელის სიგრძის შემცირება (<25მმ), ნაადრევი მშობიარობის პრევენციის მიზნით განიხილეთ საშვილოსნოს ყელზე ცირკულარული ნაკერის დადების შესაძლებლობა;
11. მაღალი რისკის ასიმპტომურ ორსულებში 24 კვირის და მეტ ვადაზე, რომელთაც აღენიშნებათ საშვილოსნოს ყელის დამოკლება, არ არის რეკომენდებული საშვილოსნოს ყელზე ცირკულარული ნაკერის დადება;
12. ნაადრევი მშობიარობის მართვისას, სხვა ტოკოლიზურ პრეპარატებთან შედარებით ნიფედიპინი უფრო ეფექტურია და ნაკლები გვერდითი მოვლენები გააჩნია, როგორც დედის, ასევე ნაყოფის მხრივ;
13. ნაადრევი მშობიარობის მართვისას ტოკოლიზური პრეპარატებით შემანარჩუნებელი, ან განმეორებითი მკურნალობა არაეფექტურია და მსგავსი მიდგომა არ უნდა იქნას გამოყენებული სამედიცინო პრაქტიკაში;
14. ტოკოლიზურ პრეპარატებს შეუძლია ორსულობის გახანგრძლივება 2–7 დღით, რაც საშუალებას იძლევა ჩატარდეს მკურნალობა კორტიკოსტეროიდებით (ორსულობის 35 კვირის ვადამდე) ნაყოფის

ფილტვების მომწიფების გაუმჯობესების მიზნით და დედა გადაყვანილ იქნას მესამე დონის სამედიცინო დაწესებულებაში;

15. კორტიკოსტეროიდების მშობიარობამდელი დანიშვნა მნიშვნელოვნად ამცირებს რღვს განვითარების, დღენაკლულ ახალშობილთა სიკვდილისა და პარკუჭშიდა ჰემორაგიის რისკს. ანტენატალურად კორტიკოსტეროიდების დანიშვნა მიზანშეწონილია ორსულობის 24-35 კვირის ვადაზე. მკურნალობა უნდა მოიცავდეს დექსამეტაზონის ოთხ (6მგ-იან) დოზას 48სთ-ის განმავლობაში (ჯამური დოზა 24მგ). პრეპარატის შეყვანის გზა - ინტრამუსკულარული;
16. მოსალოდნელი ნაადრევი მშობიარობის დროს ანტიბიოტიკების დანიშვნა არ უწყობს ხელს ორსულობის გახანგრძლივებას. ანტიბიოტიკები ინიშნება მხოლოდ ნაადრევი მშობიარობის დროს B ჯგუფის სტრეპტოკოკული ინფექციის პროფილაქტიკისათვის;
17. წოლითი რეჟიმი, ორგანიზმის ი/ვ ჰიდრატაცია არ ამცირებს ნაადრევი მშობიარობის სიხშირეს და არ უნდა იქნას რეკომენდებული რუტინული წესით გამოყენებისათვის;
18. ნაადრევი მშობიარობის პრევენციის მიზნით რეკომენდებულია ვაგინალური პროგესტერონის გამოყენება;

## 1. დაავადების დეფინიცია

---

ნაადრევი ეწოდება მშობიარობას ორსულობის 22 0/7 კვირიდან – 36 6/7 კვირის ვადამდე.

გესტაციური ვადიდან გამომდინარე, არსებობს ნაადრევი მშობიარობის ორი კატეგორია:

- I. ნაადრევი მშობიარობა გესტაციის ადრეულ ვადაზე (22 0/7 კვირა - 33 6/7 კვირა);
- II. ნაადრევი მშობიარობა გესტაციის მოგვიანებით ვადაზე (34 0/7 კვირა - 36 6/7 კვირა);

ნაადრევი მშობიარობისათვის დამახასიათებელია: საშვილონოს რეგულარული შეკუმშვები (4 შეკუმშვა - ყოველ 20 წთ-ში, ან 8 - ყოველ 1სთ-ში)  $\geq$  4სთ-ის

განმავლობაში და საშვილოსნოს ყელის დამოკლება(>80%) და/ან გახსნა > 2 სმ, და/ან საშოდან სისხლიანი გამონადენი, და/ან სანაყოფო სითხის დაღვრა.

## 2. კლასიფიკაცია

---

მოსალოდნელი ნაადრევი მშობიარობის რისკის მქონე ორსულები იყოფა ორ ჯგუფად:

2.1 ასიმპტომური მაღალი რისკის პაციენტები:

- სპონტანური ნაადრევი მშობიარობა ანამნეზში;
- სპონტანური აბორტი მესამე ტრიმესტერში ანამნეზში;
- საშვილოსნოს ყელის დისპლაზიის გამო საშვილოსნოს ყელზე ჩატარებული ოპერაციული ჩარევა;
- საშვილოსნოს ყელის გაგანიერებისა და გამოფხეკის მრავალჯერადი პროცედურა ორსულობის 13 კვირის ვადამდე;
- ანამნეზში 2, ან მეტი ხელოვნური აბორტი (12 კვირის ზევით);
- ანამნეზში საშვილოსნოს ყელის კონიზაცია;
- საშვილოსნოს განვითარების ანომალიები;
- საშვილოსნოს მიომა;
- თამბაქოს/ნარკოტიკების მოხმარება;
- დედის წონა ორსულობამდე < 50კგ;
- დაბალი BMI - < 18,5კგ/მ<sup>2</sup>;
- არადამაკმაყოფილებელი ნაკვებობა;
- დედის ასაკი <19 წელი და >35 წელი;
- თანმხლები დაავადება (მაგ. შაქრიანი დიაბეტი, ჰიპერტენზია);
- დაბალი სოციალურ-ეკონომიკური სტატუსი;
- არასრულყოფილი ანტენატალური მეთვალყურეობა;
- სისხლიანი გამონადენი საშოდან (მეორე ტრიმესტრის განმავლობაში);
- ტრანსვაგინალური ექოსკენირებით საშვილოსნოს ყელის სიგრძე <25მმ-ზე (განსაკუთრებით 30 კვირაზე ნაკლებ ორსულობის ვადაზე);
- ფეტალური ფიბრონექტინის (FFN) ტესტის დადებითი მაჩვენებელი (>50ნგ/მლ);

## 2.2. სიმპტომური პაციენტები:

სახეზეა რეგულარული შეკუმშვები (4 შეკუმშვა - ყოველ 20წთ-ში, ან 8 - ყოველ 1სთ-ში) და ქვემოთ ჩამოთვლილი ერთი, ან მეტი ცვლილება:

- ✓ საშვილოსნოს ყელის დილატაცია >2სმ-ზე;
- ✓ საშვილოსნოს ყელის გადასწორება > 80%;
- ✓ საშოდან სისხლიანი გამონადენი, ან სანაყოფო სითხის დაღვრა;

## 3. სკრინინგი

---

- ✓ ნაადრევი მშობიარობის პროგნოზირების მიზნით სკრინინგის ჩატარება ღირებულა იმ შემთხვევაში, თუ ხელმისაწვდომია ისეთი ინტერვენცია, რომელიც გააუმჯობესებს გამოსავალს;
- ✓ ტრანსვაგინალურად საშვილოსნოს ყელის სიგრძის რუტინული სკრინინგი დაბალი რისკის ორსულებში არ არის რეკომენდებული დაბალი პროგნოზული ღირებულების გამო;
- ✓ ასიმპტომურ ორსულებში, რომლებსაც აღენიშნებათ ნაადრევი მშობიარობის რისკ-ფაქტორები, ნაჩვენებია სელექტიური სკრინინგი ტრანსვაგინალური ულტრასონოგრაფიით საშვილოსნოს ყელის სიგრძის განსაზღვრა - კვირაში 1X 17-24 კვირის ვადამდე;
- ✓ ასიმპტომურ მაღალი რისკის ორსულებში ორსულობის 20 კვირამდე ჩატარებულმა ბაქტერიული ვაგინოზის სკრინინგმა და მკურნალობამ შესაძლოა შეამციროს ნაადრევი მშობიარობის განვითარების რისკი 37%-ით;
- ✓ არ არის რეკომენდებული ბაქტერიული ვაგინოზის უნივერსალური სკრინინგი, რადგან ეს არ ამცირებს ნაადრევი მშობიარობის და/ან სანაყოფო წყლების ნაადრევი დაღვრის რისკს;
- ✓ ასიმპტომურ მაღალი რისკის ორსულებში მოსალოდნელი ნაადრევი მშობიარობის პროგნოზირება შესაძლებელი ნაყოფის ფიბრონექტინის დონის განსაზღვრით. დადგენილია, რომ ფიბრონექტინის დონე 50ნგ/მლ 14-22 კვირის ვადაზე ასოცირდება ორსულობის 28 კვირამდე ნაადრევი მშობიარობის გაზრდილ რისკთან;



## 4. ნაადრევი მშობიარობის პრევენცია მაღალი რისკის ასიმპტომურ პაციენტებში

---

4.1 საშვილოსნოს ყელზე ცირკულარული ნაკერის დადება;

4.1.1 საშვილოსნოს ყელზე ცირკულარული ნაკერის (მაკ'დონალდის, ან შიროდკარის მეთოდით) დადების ჩვენებებია:

- I. ანამნეზური მონაცემების მიხედვით: საშვილოსნოს ყელის უკმარისობით გამოწვეული 2-ზე მეტი თვითნებით აბორტი ცოცხალი ნაყოფით – ნაკერი ედება ორსულობის 12-13 კვირაზე;
- II. ტრანსვაგინალურად განსაზღვრული საშვილოსნოს ყელის სიგრძის მიხედვით: საშვილოსნოს ყელის სიგრძე < 25მმ - ნაკერი ედება ორსულობის 24 კვირის ვადამდე;
- III. ვაგინალური კვლევის მიხედვით: თუ ასიმპტომურ პაციენტებში (ორსულობის 24 კვირამდე) საშვილოსნოს ყელი გახსნილია >2სმ-ზე - ნაკერი ედება 24 კვირის ორსულობის ვადამდე;

4.1.2 საშვილოსნოს ყელზე ცირკულარული ნაკერის დადების უკუჩვენებებია:

- ✓ მრავალნაყოფიანი ორსულობა;
- ✓ სანაყოფო სითხის დაღვრა;
- ✓ მტკივნეული შეკუმშვები;
- ✓ საშვილოსნოსშიდა ინფექცია;
- ✓ ორსულობის ვადა >24 კვირაზე;

4.2 ჰორმონალური თერაპია ვაგინალური პროგესტერონით;

4.2.1 პროგესტერონით მკურნალობის ჩვენებებია:

- I. ანამნეზური მონაცემების მიხედვით: ანამნეზში ნაადრევი მშობიარობა;
  - ✓ ინექციური 17-ჰიდროქსი პროგესტერონ კაპროატი 250მგ კვირაში 1X, ორსულობის 16-დან 35 კვირამდე;

- ✓ ყოველდღიურად ვაგინალური პროგესტერონი 24-34 კვირის ვადაზე;
- II. ტრანსვაგინალურად განსაზღვრული საშვილოსნოს ყელის სიგრძის მიხედვით: ორსულობის 16 - 24 კვირის ვადაზე საშვილოსნოს ყელის სიგრძე <20მმ – რეკომენდებულია ყოველდღიურად პროგესტერონის 200მგ-ის ვაგინალური ფორმა, ან ინექციური პროგესტერონი 250მგ. კვირაში 1X ორსულობის 35 კვირის ვადამდე;

## 5. ნაადრევი მშობიარობის მართვა და მკურნალობა სიმპტომურ პაციენტებში

---

### 5.1 პირველადი შეფასება:

- ✓ დოკუმენტირებული ისტორია და ანამნეზური მონაცემები რისკ-ფაქტორების შესახებ;
- ✓ ტრანსვაგინალურად განსაზღვრული საშვილოსნოს ყელის სიგრძე და საშვილოსნოს ყელის მდგომარეობის შეფასება საშოსმხრივი გასინჯვით (პლაცენტის წინმდებარეობის გამორიცხვა საშოსმხრივი გასინჯვის წინ);
- ✓ საშვილოსნოს შეკუმშვათა სიხშირის განსაზღვრა (პალპაციით, ან კარდიოტოკოგრაფიით);
- ✓ საშოდან გამონადენის შეფასება;
- ✓ ნაყოფის მდგომარეობის შეფასება;

### 5.2 ნაადრევი შეკუმშვები

- ✓ რეგულარული, ან არარეგულარული ხასიათის მტკივნეული შეკუმშვები;
- ✓ საშვილოსნოს ყელის სიგრძე >30მმ რეგულარული შეკუმშვებით საშოდან სისხლიანი გამონადენის გარეშე;
- ✓ ვაგინალური გასინჯვით საშვილოსნოს ყელის გახსნა < 1სმ-ზე;

#### 5.2.1 ნაადრევი შეკუმშვების მკურნალობა:

- ✓ პერორალურად ნიფედიპინის ერთჯერადი დოზა (20 - 40მგ);
- ✓ მდგომარეობის განმეორებით შეფასება 2-4სთ-ში;

- ✓ თუ საშვილოსნოს ყელის სიგრძე 30მმ-ია, შესაძლებელია პაციენტის ბინაზე გაწერა;

### 5.3 ნაადრევი მშობიარობა

#### 5.3.1 თუ საშვილოსნოს ყელის სიგრძე 20-30მმ:

##### 1. ორსულობის ვადა 22-26 კვირა:

- ✓ ნიფედიპინი 20-40მგ 3-ჯერ 48სთ-ის განმავლობაში (არაეფექტურობის შემთხვევაში შემდეგი დოზა შეიძლება იყოს 40მგ), ან ინდომეტაცინი 100მგ/დღეში 48სთ-ის განმავლობაში;
- ✓ თუ ვაგინალური გასინჯვით საშვილოსნოს ყელი გახსნილია >1სმ, შეთავაზეთ ჰოსპიტალიზაცია;
- ✓ ორსულობის 24 კვირის ვადიდან განიხილეთ ნაყოფის ფილტვების მომწიფების მიზნით დექსამეტაზონის გამოყენების საკითხი;

##### 2. ორსულობის ვადა 26-34 კვირა:

- ✓ ნიფედიპინი 20-40მგ. 3-ჯერ 48სთ-ის განმავლობაში (თუ შეკუმშვები არ იკლებს, შემდეგი დოზა შეიძლება იყოს 40მგ), ან ინდომეტაცინი 100მგ/დღეში 48სთ-ის განმავლობაში - 32 კვირის ვადამდე;
- ✓ დექსამეტაზონი - 6მგ ყოველ 12სთ-ში, 48სთ-ის განმავლობაში (მაქსიმალური დოზა 24მგ);
- ✓ ჰოსპიტალიზაცია - განიხილეთ დედის განთავსება კლინიკაში, სადაც ადგილზეა ახალშობილთა გადაუდებელი დახმარებისათვის საჭირო აღჭურვილობა;

##### 3. ორსულობის ვადა 34-37 კვირა:

- ✓ ნიფედიპინი 20-40მგ 3-ჯერ 48სთ-ის განმავლობაში;
- ✓ ბინაზე გაწერა შემდგომი გაძლიერებული ანტენატალური მეთვალყურეობის ქვეშ (კვირაში 1X);

#### 5.3.2 თუ საშვილოსნოს ყელის სიგრძე < 20მმ და/ან გახსნა > 2სმ:

##### 1. ორსულობის ვადა 22-24 კვირა:

- ✓ ნიფედიპინი 20-40მგ 3-ჯერ, 48სთ-ის განმავლობაში, ან ინდომეტაცინი 100მგ/დღეში, 48სთ-ის განმავლობაში;
- ✓ ჰოსპიტალიზაცია;
- ✓ საშოსმხრივი პროგესტერონი 200მგ დღეში 1X 35 კვირის ვადამდე;
- ✓ ორსულობის 24 კვირის ვადიდან განიხილეთ დექსამეტაზონის გამოყენების საკითხი;

2. ორსულობის ვადა 26-34 კვირა:

- ✓ ნიფედიპინი 20-40მგ 3-ჯერ (არაეფექტობის შემთხვევაში შემდგომი დოზა შესაძლებელია გაიზარდოს 40მგ-მდე) და/ან ინდომეტაცინი 100მგ/დღეში 48სთ-ის განმავლობაში ორსულობის 32 კვირის ვადამდე;
- ✓ მეორე რიგის ტოკოლიზური პრეპარატები მ-მიმეტიკები, მხოლოდ ინტრავენური გამოყენებისათვის;
- ✓ დექსამეტაზონი – 6მგ ყოველ 12სთ-ში, 48სთ-ის განმავლობაში (მაქსიმალური დოზა 24მგ);
- ✓ მიზანშეწონილია მაგნიუმის სულფატის გამოყენება 32 კვირამდე ნეიროპროტექტორული მიზნით (საწყისი დოზა 5გ და შემანარჩუნებელი დოზა 2გ/სთ პირველი 12-24სთ-ის განმავლობაში, მშობიარობაში მყოფი პაციენტისათვის);
- ✓ სკრინინგი B ჯგუფის სტრეპტოკოკზე და ანტიბიოტიკოპროფილაქტიკის დაწყება (2გ ამპიცილინის საწყისი დოზა და შემდეგ 1გ ყოველ 4სთ-ში ერთხელ);
- ✓ თუ სკრინინგის შედეგები დადებითია, ანტიბიოტიკოთერაპია გრძელდება მშობიარობამდე;
- ✓ ჰოსპიტალიზაცია 34 კვირამდე: განიხილეთ საკითხი ორსულის ახალშობილთა რენიმაციის განყოფილების მქონე სამედიცინო დაწესებულებაში გადაყვანის შესახებ;
- ✓ ნაადრევი მშობიარობის შესახებ შეატყობინეთ ნეონატოლოგს და უზრუნველყავით მისი მშობიარობაზე დასწრება;
- ✓ საკეისრო კვეთა რეკომენდებულია, თუ სახეზეა ნაყოფის არასწორი მდებარეობა და ყელის გახსნა > 5სმ;
- ✓ კორტიკოსტეროიდების განმეორებით გამოყენება რეკომენდებულია იმ შემთხვევაში, თუ პირველად მისი ანტენატალური გამოყენება განხორციელდა ორსულობის 28 კვირის ვადამდე;
- ✓ შემანარჩუნებელი, ან განმეორებითი ტოკოლიზური თერაპიის ჩატარება არ არის რეკომენდებული;

- ✓ პაპავერინის სანთლების, გინიპრალის ტაბლეტების, ინტრავენური ჰიდრატაციის, ჟანგბადის წვეთებისა და სხვათა დანიშვნა უსაფუძვლო და არაეფექტურია, რის გამოც მათი გამოყენება არ არის რეკომენდებული;

3. ორსულობის ვადა 34-37 კვირა:

- ✓ მზადყოფნა შესაძლო მშობიარობისათვის, საჭიროების შემთხვევაში სასურველია ორსულის გადაყვანა შესაბამისი რესურსის მქონე სამედიცინო დაწესებულებაში;
- ✓ თუ პაციენტის მდგომარეობა სტაბილურია 24სთ-ის განმავლობაში, შესაძლებელია ბინაზე გაწერა;

## 6. რეკომენდაციები პრაქტიკაში ადაპტაციისთვის

---

წარმოდგენილი კლინიკური რეკომენდაციების პრაქტიკაში ადაპტაციისათვის აუცილებელია სამედიცინო პერსონალს ჩაუტარდეს სპეციალური სწავლება მოსალოდნელი ნაადრევი მშობიარობის დიაგნოსტიკისა და შემდგომ, მისი მართვის თაობაზე. განსაკუთრებული ყურადღება უნდა მიექცეს რისკის ჯგუფის ორსულების გამოყოფას და მოსალოდნელი ნაადრევი მშობიარობის ადრეულ ვადაზე პროგნოზირებას. აღნიშნული სწავლება უნდა ჩატარდეს პერიოდულად. პერიოდულობის სიხშირე უნდა განისაზღვროს მოთხოვნილების შესაბამისად.

## 7. აუდიტის კრიტერიუმები:

---

- ✓ რამდენ დაწესებულებას (%) აქვს აღნიშნული პროტოკოლი?
- ✓ საავადმყოფოს რამდენმა ექიმმა (%) გაიარა სწავლება მოცემული პროტოკოლის პრაქტიკაში დანერგვის თვალსაზრისით?

- ✓ რამდენ ორსულთან (%) იქნა დიაგნოსტირებული მოსალოდნელი ნაადრევი მშობიარობა და თუ იქნა გათვალისწინებულ რისკ-ფაქტორები?
- ✓ დიაგნოსტირების რა მეთოდს მიენიჭა უპირატესობა?
- ✓ რამდენ ორსულს დაენიშნა კორტიკოსტეროიდი შესაბამისი დოზირებით?
- ✓ შემთხვევათა რა პროცენტში იქნა გამოყენებული ტოკოლიზური თერაპია ნიფედიპინით?
- ✓ შემთხვევათა რა პროცენტში დაისვა საკითხი ორსულის ახალშობილთა რენიმაციის განყოფილების მქონე სამედიცინო ცენტრში გადაყვანის შესახებ?
- ✓ შემთხვევათა რა პროცენტში ესწრებოდა ნეონატოლოგი მშობიარობას?

## 8. პროტოკოლის გადასინჯვის და განახლების ვადები

---

სასურველი კლინიკური პროტოკოლი გადასინჯოს და შეივსოს ახალი ინფორმაციით მოცემული დაავადების შესახებ 5 წლის შემდეგ. პროტოკოლის განახლება მოხდება საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს შესაბამისი რეკომენდაციების მიხედვით (2011 წლის გაიდლაინების სახელმძღვანელოს შესაბამისად).

## 9. პროტოკოლის მიღების ხერხები/წყაროები

---

სამუშაო ჯგუფის მიერ მოძიებულ და კრიტიკულად განხილულ იქნა ნაადრევი მშობიარობის ირგვლივ არსებული ლიტერატურა: კლინიკური კვლევები, მეტანალიზი და სისტემური მიმოხილვები თანდართული მტკიცებულების ხარისხის ცხრილებით.

პროტოკოლის დიდი ნაწილი ემყარება ამერიკის მეან-გინეკოლოგთა ასოციაციის (American College of Obstetricians and Gynecologists) და მეან-გინეკოლოგთა სამეფო კოლეჯის (Royal College of Obstetricians and Gynecologists) მიერ გამოქვეყნებულ პრაქტიკული გაიდლაინებს.

## 10. ალტერნატიული პროტოკოლი

---

ალტერნატიული პროტოკოლი არ არსებობს.

### ფასილიტატორი

---

ისრაელ ჰენდლერი – ისრაელის სამედიცინო კვლევის ინფრასტრუქტურის განვითარებისა და ჯანდაცვის სამსახურების ფონდის წარმომადგენელი სამედიცინო ცენტრი „შება“-ს სამეანო-გინეკოლოგიური დეპარტამენტის, გინეკოლოგიური ტრიაჟის ხელმძღვანელი, სამშობიარო განყოფილების დირექტორის მოადგილე; ისრაელის მეან-გინეკოლოგთა ასოციაციის წევრი; დედათა და ახალშობილთა მედიცინის საზოგადოების წევრი; აშშ მეან-გინეკოლოგთა ასოციაციის წევრი;

### ავტორები

---

აკაკი ბაქრაძე – მედიცინის მეცნიერებათა დოქტორი; საქართველოს საპატრიარქოს წმინდა იოაკიმესა და ანას სახელობის სამშობიარო სახლის დირექტორი სამკურნალო დარგში; საქართველოს მეან-გინეკოლოგთა ასოციაციის წევრი; მეან-გინეკოლოგთა და პერინატოლოგთა ასოციაციის გამგეობის წევრი;

ალა გრიდასოვა – სს ზუგდიდის მრავალპროფილიანი კლინიკური საავადმყოფო "რესპუბლიკა"-ს სამეანო/ნეონატოლოგიური დეპარტამენტის ხელმძღვანელი; საქართველოს მეან-გინეკოლოგთა ასოციაციის წევრი;

გიორგი თევდორაშვილი – თსსუ მეან-გინეკოლოგიის დეპარტამენტის ასოცირებული პროფესორი; კლინიკა „მედის“ გინეკოლოგიური დეპარტამენტის ხელმძღვანელი; სამშობიარო სახლი „ემბრიო“-ს დირექტორის მოადგილე

სამეცნიერო დარგში; საქართველოს მეან-გინეკოლოგთა ასოციაციის წევრი; პერინატოლოგთა და მეან-გინეკოლოგთა ასოციაციის წევრი; ევროპის მეან-გინეკოლოგთა ასოციაციის წევრი;

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

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

ევგენია თავაძე – მედიცინის მეცნიერებათა დოქტორი; საერთაშორისო ჯანდაცვის მენეჯმენტის, ეკონომიკის და პოლიტიკის მაგისტრი; საქართველოს რეპროდუქციული ჯანმრთელობის ეროვნული საბჭოს ტექნიკური კონსულტანტი;

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

თამარ ანთელავა – აკადემიური დოქტორი მედიცინაში; თსსუ მეან-გინეკოლოგიის დეპარტამენტის ასისტირებული პროფესორი; აკად. კ. ჩაჩავას კლინიკის მეან-გინეკოლოგი, ბრიგადის ხელმძღვანელი; მეან-გინეკოლოგთა და პერინატოლოგთა ასოციაციის წევრი;

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



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

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

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

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

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

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

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

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

## გამოყენებული ლიტერატურა

---

1. Ultrasonographic Cervical Length Assessment in Predicting Preterm Birth in Singleton Pregnancies, SOGC CLINICAL PRACTICE GUIDELINE No. 257, May 2011
2. American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). Management of preterm labor. Washington (DC): 2011 May
3. American Journal of Obstetrics and Gynecology AJOG, Cost-effective standardization of preterm labor evaluation, 2010
4. To MS, et al (2004). Cervical cerclage for the prevention of preterm delivery in women with short cervix: randomised controlled trial. Lancet 363: 1849-53. Some of questions raised by the trial are addressed by a subsequent meta-analysis done by Jorgensen et al in 2007.
5. WILLIAMS, 25edition
6. Prevention of Perinatal Group B Streptococcal Disease Revised Guidelines from CDC, 2010
7. Ramachandrappa A and Jain L Pediatr Clin N Am 56 (2009) 565–577
8. J. Iams et al The New England journal of m Medicien2002
9. Berghella V, Ness A, Bega G, Berghella M. Cervical sonography in women with symptoms of preterm labor. Obstet Gynecol Clin North Am 2005;32:383-96.
10. Premature rupture of membranes ACOG Practice Bulletin No 80 April 2007
11. Bloom SL, Yost NP, McIntire DD, Leveno KJ. Recurrence of preterm birth in singleton and twin pregnancies. Obstet Gynecol 2001; 98:379.
12. Esplin MS, O'Brien E, Fraser A, et al. Estimating recurrence of spontaneous preterm delivery. Obstet Gynecol 2008; 112:516.
13. Bhattacharya S, Raja EA, Mirazo ER, et al. Inherited predisposition to spontaneous preterm delivery. Obstet Gynecol 2010; 115:1125.
14. Shah PS, Zao J, Knowledge Synthesis Group of Determinants of preterm/LBW births Induced termination of pregnancy and low birthweight and preterm birth: a systematic review and meta-analyses. SO BJOG. 2009;116(11):1425.
15. Iams JD, Goldenberg RL, Meis PJ, Mercer BM, Moawad A, Das A, et al. The length of the cervix and the risk of spontaneous premature delivery. N Engl J Med 1996;334:567–72.
16. Berghella V, Daly SF, Tolosa JE, DiVito MM, Chalmers R, Garg N, et al. Prediction of preterm delivery with transvaginal ultrasonography of the cervix in patients with high-risk pregnancies: does cerclage prevent prematurity? Am J ObstetGynecol 1999;181:809–15.
17. American College of Obstetricians and Gynecologists Committee on Practice Bulletins-Obstetrics, Society for Maternal-Fetal Medicine, ACOG Joint Editorial

- Committee. ACOG Practice Bulletin #56: Multiple gestation: complicated twin, triplet, and high-order multifetal pregnancy. *Obstet Gynecol* 2004; 104:869
18. Meta-analysis of cerclage for preterm birth at less than 35 weeks: singleton gestations in women with a prior preterm birth at 16–36 weeks
  19. Berghella. Cerclage for Short Cervix: A Meta-Analysis. *Obstet Gynecol* 2005
  20. MRC/RCOG Working Party on Cervical Cerclage. Final report of the Medical Research Council/Royal College of Obstetricians and Gynaecologists multicentre randomized trial of cervical cerclage. *Br J Obstet Gynaecol* 1993;100:516
  21. Owen et al *AJOG* 2009
  22. Newman RB, Krombach RS, Myers MC, CNM, McGee DL. Effect of cerclage on obstetrical outcome in twin gestations with a shortened cervical length. *Am J Obstet Gynecol* 2002; 186:634–40.
  23. Vincenzo Berghella, MD, Anthony O. Odibo, et al Meta-Analysis of Trials Using Individual Patient-Level Data Cerclage for Short Cervix on Ultrasonography *Lancet* 2004
  24. Meis et al the *New Englan Journal of Medicine* 2003
  25. Fonseca EB, Celik E, Parra M, Singh M, Nicolaides KH, Fetal Medicine Foundation Second Trimester Screening Group. Progesterone and the risk of preterm birth among women with a short cervix. *N Engl J Med* 2007;357:462-9.
  26. Farine D, Dodd J, Basso M, Delisle MF, Farine D, et al A, Maternal Fetal Medicine Committee, Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada. The use of progesterone for prevention of preterm birth. *J Obstet Gynaecol Can* 2008 Jan;30(1):67-71
  27. King JF, Flenady VJ, Papatsonis DN, Dekker GA, Carbonne B. Calcium channel blockers for inhibiting preterm labour. *Cochrane Database Syst Rev* 2003;1: CD002255.
  28. Tsatsaris V, Papatsonis D, Goffinet F, Dekker G, Carbonne B Tocolysis with nifedipine or beta-adrenergic agonists: a meta-analysis. *Obstet Gynecol.* 2001;97(5 Pt 2):840
  29. King J, Flenady V, Cole S, Thornton S Cyclo-oxygenase (COX) inhibitors for treating preterm labour.
  30. *Cochrane Database Syst Rev.* 2005;
  31. Haas DM, Imperiale TF, Kirkpatrick PR, Klein RW, Zollinger TW, Golichowski AM Tocolytic therapy: a meta-analysis and decision analysis *Obstet Gynecol.* 2009;113(3):585
  32. Carr, Lyell et al *AJOG, OB-GYN* Dec1999
  33. Macones *AJOG* 2001
  34. ACOG Practice Bulletin , 2001
  35. Consensus Statement 2000;17(2):1-1 Sinclair JC. *AJOG* 1995;173:335-44
  36. Crowther CA, et al, *Cochrane database* 2004

37. Doyle L, et al, Cochrane database 2007
38. Dwight j et al A randomized control trial of Magnesium Sulfate for the prevention of cerebral palsy, the New England Journal of Medicine vol 359 No.9 2008
39. Garite TJ, Kurtzman J, Maurel K, Clark R, Obstetrix Collaborative Research Network Impact of 'rescue course' of antenatal corticosteroids: a multicenter randomized placebo-controlled trial. *Obstet Gynecol.* 2009;200(3):248.
40. Yost NP, Bloom SL, McIntire DD, Leveno KJ Hospitalization for women with arrested preterm labor: a randomized trial. *SO Obstet Gynecol.* 2005;106(1):14.
41. Anotayanonth S, et al, Cochrane data base 2004
42. Sosa C, Althabe F, Belizán J, Bergel E. Bed rest in singleton pregnancies for preventing preterm birth. *Cochrane Database Syst Rev.* 2004;(1)
43. Stan C, Boulvain M, Hirsbrunner-Amagbaly P, Pfister R Hydration for treatment of preterm labour. *Cochrane Database Syst Rev.* 2002;(2):
44. Gyetvai K, Hannah ME, Hodnett ED, Ohlsson A Tocolytics for preterm labor: a systematic review. *Obstet Gynecol.* 1999;94(5 Pt 2):869
45. Ferguson JE, Dyson DC, Holbrook RH Jr, Schutz T, Stevenson DK. Cardiovascular and metabolic effects associated with nifedipine and ritodrine tocolysis. *Am J Obstet Gynecol* 1989;161:788
46. Hyagriv N. Simhan, M.D., M.S.C.R., and Steve N. Caritis, M.D. Drug Therapy Prevention of Preterm Delivery *N Engl J Med* 2007;357:477-87.
47. Twickler DM, McIntire DD, Alexander JM, Leveno KJ Effects of magnesium sulfate on preterm fetal cerebral blood flow using Doppler analysis: a randomized controlled trial *Obstet Gynecol.* 2010;115(1):21.
48. Impey L. Severe hypotension and fetal distress following sublingual administration of nifedipine to a patient with severe pregnancy induced hypertension at 33 weeks. *Br J Obstet Gynaecol* 1993; 100:959.
49. Kurtzman JL, Thorp JM Jr, Spielman et al Do nifedipine and verapamil potentiate the cardiac toxicity of magnesium sulfate? *Am J Perinatol* 1993;10:450-2.
50. Thorp JM Jr, Spielman FJ, Valea FA, et al . Nifedipine enhances the cardiac toxicity of magnesium sulfate in the isolated perfused Sprague-Dawley rat heart. *Am J Obstet Gynecol* 1990;163:655-6.
51. Snyder SW, Cardwell MS. Neuromuscular blockade with magnesium sulfate and nifedipine. *Am J Obstet Gynecol* 1989;161:35-6.
52. Niebyl JR, Blake DA, White RD, et al. The inhibition of premature labor with indomethacin. *Am J Obstet Gynecol* 1980;136:1014-9.
53. Zuckerman H, Shalev E, Gilad G, Katzuni E. Further study of the inhibition of premature labor by indomethacin: part II double-blind study. *J Perinat Med* 1984;12:25-9..
54. Gordon MC, Samuels P. Indomethacin. *Clin Obstet Gynecol* 1995;38:697-705.

55. Moise KJ Jr Effect of advancing gestational age on the frequency of fetal ductal constriction in association with maternal indomethacin use. *Am J Obstet Gynecol.* 1993;168(5):1350.
56. Clive DM, Stoff JS. Renal syndromes associated with nonsteroidal antiinflammatory drugs. *N Engl J Med* 1984; 310:563.
57. Norton ME, Merrill J, Cooper BA, Kuller JA, Clyman RI Neonatal complications after the administration of indomethacin for preterm labor *N Engl J Med.* 1993;329(22):1602.
58. Souter D, Harding J, McCowan L, O'Donnell C, McLeay E, Baxendale H Antenatal indomethacin--adverse fetal effects confirmed. *Aust N Z J Obstet Gynaecol.* 1998;38(1):11.
59. Doyle NM, Gardner MO, Wells L, Qualls C, Papile LA Outcome of very low birth weight infants exposed to antenatal indomethacin for tocolysis. *J Perinatol.* 2005;25(5):336.
60. ACOG Committee on Practice Bulletins. American College of Obstetricians and Gynecologist. *ACOG Practice Bulletin. Clinical management guidelines for obstetrician-gynecologist.* Number 43, May 2003. Management of preterm labor. *Obstet Gynecol* 2003; 101:1039.