

ცნობიერი
რეპროდუქციისათვის

ცნობარი
ბაზიკალუბისათვის

თბილისი
2011 წელი

ცნობარი განკუთვნილია ბებიაცალებისათვის. მასში ძირითადად მოცემულია ის მეთოდები და წესები, რომელთა შესრულება უხდებათ/ევალებათ მათ, აგრეთვე მტკიცებითი მედიცინის პრინციპებზე დაფუძნებული მიდგომები და სიახლეები, რომელიც უკანასკნელ წლებში იქნა მოწოდებული და დანერგილი სამედიცინო პრაქტიკაში. ვიმედოვნებთ, რომ ჩვენი მოკრძალებული მცდელობა ცნობარში მოკლედ აგვესახა ორსულობის და ფიზიოლოგიური მშობიარობის მიმდინარეობის და წარმართვის ძირითადი პრინციპები, დაეხმარება ბებიაცალების ახალ თაობას ამ რთული, მაგრამ საინტერესო სპეციალობის დაუფლებასა და ცოდნის გაღრმავებაში.

შესავალი

მოკლე ისტორიული ცნობები - მეცნიერების დარგად ჩამოყალიბებამდე მეანობამ საკმაოდ ხანგრძლივი და რთული გზა გაიარა. ამჟამად იგი განიხილება როგორც ორსულობასთან, მშობიარობასა და ლოგინობის ხანასთან დაკავშირებული ფიზიოლოგიური და პათოლოგიური პროცესების შემსწავლელი მეცნიერება, ხოლო მის განუყოფელ ნაწილს შეადგენს სწავლება ახალშობილის განვითარების შეფასებისა და მოვლის თაობაზე.

საუკუნეების განმავლობაში მშობიარობის მიმდებნი იყვნენ „ბებიაქალები“ ამ პროცესში მამაკაცების მონაწილეობა სირცხვილად ითვლებოდა. მე-17 საუკუნიდან ეს დამოკიდებულება შეიცვალა. რევოლუციური მნიშვნელობის ფაქტადაა მიჩნეული ჩემბერლენის მიერ (ინგლისი) სამეანო მაშის შექმნა და პრაქტიკული გამოყენება. უფრო მოგვიანებით ფილიპ გაუსტმა „ნაყოფის გულისცემა“ აღწერა. სამეანო საქმის განვითარებაში მნიშვნელოვანი წვლილი შეიტანა შოტლანდიელმა ექიმმა უილიამ სმელლიმ, რომელმაც სცადა მშობიარობის ბიომექანიზმის ახსნა წიგნში „ტრაქტატი მეანობის თეორიისა და პრაქტიკის შესახებ“ (1752 წ.). მე-20 საუკუნიდან დაიწყო ინსტრუმენტული გამოკვლევების მეთოდების გამოყენება. 1958 წ. იან დონალდსის მიერ ულტრაბგერის ჩართვამ ნაყოფის მდგომარეობის შეფასებაში, სრულიად ახალ ეტაპზე გადაიყვანა ორსულობაზე დაკვირვების პროცესი. რუსეთში, უკვე მე-18 საუკუნის მეორე ნახევარში შეიქმნა პირველი საგანმანათლებლო დაწესებულება ბებიაქალების მომზადებისათვის (პავლე კონდოიდის ხელმძღვანელობით და ძალისხმევით). უფრო მოგვიანებით პეტერბურგში დაფუძნდა პირველი სამეანო სტაციონარი და დაიწყო მეანი-ექიმების სწავლება. ექიმის მზარდი როლის გამოკვეთა მეანობაში მე-20 საუკუნიდან დაიწყო. მშობიარობამ სამშობიარო სახლებში გადაინაცვლა. მაგრამ ზოგადი პრაქტიკის ექიმის - გრენლი დიკ-რიდის წიგნმა „ბუნებრივი მშობიარობა“ საფუძველი დაუდო სრულიად ახალ დამოკიდებულებას, მოძრაობას, რომელიც ზემოთ აღნიშნული მიდგომის გადახედვას ითვალისწინებდა. 1993 წელს ექსპერტთა ერთმა ჯგუფმა მოხსენებაში „ცვლილებები სამეანო დახმარებაში“

აღნიშნა, რომ „გართულებულ შემთხვევათა მართვაში საჭიროა გაიზარდოს ექიმი მეან-გინეკოლოგების როლი, ხოლო ნორმალურად მიმდინარე ორსულობის და მშობიარობის მართვაში ექიმის ჩარევა არაა აუცილებელი“. მოხსენება ეფუძნებოდა შემდეგ პრინციპებს:

- ბებია ქალის და ოჯახის ექიმის როლის გაზრდა;
- ქალის უფლება იმშობიაროს თავის სახლში;
- სამეანო დახმარების ხელმისაწვდომობა;
- მაღალი რისკის ჯგუფის ქალთა იდენტიფიცირება;
- ქალის უფლების - აირჩიოს მშობიარობის მეთოდი და ადამიანი, რომელიც უნდა რომ გვერდით ჰყავდეს მშობიარობის დროს - პატივისცემა.

უკანასკნელ წლებში მტკიცებულებებზე დაფუძნებული მედიცინის მიმართულების განვითარებამ საშუალება მისცა სამეანო დარგის სპეციალისტებს, კვლევით მიღებული საუკეთესო მტკიცებულებები/ფაქტები გონივრულად და კეთილსინდისიერად გამოიყენონ სამეანო პრაქტიკაში. მსოფლიოს მრავალ ქვეყანაში დაიწყო პერინატალური მეთვალყურეობის 10 ევროპული პრინციპის დანერგვა, რომელიც გულისხმობს:

1. ფიზიოლოგიური ორსულობის ნარმართვას მედიკამენტების გარეშე;
2. ორსულობის, როგორც ფიზიოლოგიური მოვლენის და არა როგორც დაავადების განხილვას;
3. სათანადო ტექნოლოგიებზე დაყრდნობას (იგულისხმება მეცნიერულად დასაბუთებული და ლოკალურ საჭიროებასთან ადაპტირებული მეთოდები, პროცედურები, ტექნიკა, აღჭურვილობა);
4. რეგიონალიზაციას - დახმარების ტერიტორიულ ხელმისაწვდომობას;
5. მტკიცებებზე დაყრდნობას (შენიშვნა: მტკიცებებზე დაფუძნებული მედიცინა Sackett et all – 2000 მიერ მოწოდებული განმარტებით არის კვლევით მიღებული საუკეთესო მტკიცებულებათა ინტეგრირება კლინიკურ გამოცდილებასა და პაციენტის ღირებულებებთან);

6. მულტიდისციპლინარულ მიდგომას;
7. ინტეგრირებულ მართვას - მიმართულს ერთობლივად: დედის, ახალშობილის და ოჯახის საჭიროებათა დაკმაყოფილებისაკენ;
8. ოჯახზე ორიენტაციას - ოჯახის ინფორმირება და ჩართვა პროცესში;
9. კულტურულ მემკვიდრეობასთან შესაბამისობას - პატივის მიგებას ტრადიციული პრაქტიკის ყველა მისაღები ელემენტისადმი (მათი უსაფრთხოების და ეფექტურობის დამტკიცების პირობებში);
10. კონფიდენციალურობას - ქალის მონაწილეობას და თანხმობას ზრუნვის შესახებ ყოველი გადან-ყვეტილების მიღებისას.

1 თავი

ორსულობა

ორსულობის ნიშნები

ორსულობა განაყოფიერების მომენტიდან იწყება. განაყოფიერებული, იმპლანტირებული კვერცხუჭრედიდან მომნიშვნებამდე ნაყოფი გადის განვითარების სხვადასხვა ეტაპს, რომელიც ნორმაში გრძელდება 280 დღე, 9 კალენდარული თვე, 10 სამეანო თვე (სამეანო თვის ხანგრძლივობაა 28 დღე).

ორსულობის ნიშნები:

1. „საეჭვო“ ნიშნები:

- დისპეპსიური მოშლილობა (ჭამის მადის და გემოს შეცვლა, გულისრევა, პირღებინება);
- ემოციური ლაბილობა (აგზნებადობა/დეპრესია, ტირილის დაუძლეველი სურვილი, სისუსტე);
- პიგმენტაცია/სტრიები (სახის, სარძევე ჭირკვლების არეოლების და გარეთა სასქესო ორგანოების კანის პიგმენტაცია).

2. „სარწმუნო“ ნიშნები:

- მენსტრუაციის შეწყვეტა (ამენორეა);
- სარძევე ჭირკვლის ცვლილება (ზომაში გადიდება, გაჭირვება, არეოლების/კერტების პიგმენტაცია);
- საშვილოსნოს ფორმის და კონსისტენციის შეცვლა, ზომაში გაზრდა;
- პიგმენტაცია სახეზე, ყვრიმალების, საფეთქლის არეში;
- გახშირებული შარდვა;
- დაღლილობის შეგრძნება;
- დადებითი ბიოლოგიური სინტეზი.

3. „უტყუარი“ ნიშნები:

- ნაყოფის ნაწილების გასინჯვა;
- ნაყოფის მოძრაობის შეგრძნება (პალპაციით);
- ნაყოფის გულისცემის მოსმენა (აუსკულტაციით, კარდიო/ფეტომონიტორით).

ორსულობის კლინიკური გამოვლინება

1. მუცლის გადიდება - საშვილოსნო სიმფიზის ზემოთ შეიძლება გაისინჯოს 12 კვირიდან, მე-20 კვირაზე მისი ფუძე ჭიპს უახლოვდება.

2. საშვილოსნოს ყელის/ტანის ცვლილება - საშვილოსნოს ყელი 6-8 კვირიდან ციანობურია (ჩედვეიკის ნიშანი), გეყელის არეში დარბილებულია (ჰორვიგ-ჰეგარის ნიშანი); საშვილოსნო გაზრდილია ზომაში, მისი ერთ-ერთი კუთხე გამობურცულია (პისკაჩეკის ნიშანი), წინა ზედაპირის შუა ხაზზე შეინიშნება ბიბილოსებრი შემალღება (გენტერის ნიშანი).

ცხრილი 1. საშვილოსნოს ფუძის სიმაღლე (ბოქვენიდან) ორსულობის ვადის მიხედვით

ვადა (სამეანო თვე)	მე-4	მე-5	მე-6	მე-7	მე-8	მე-9	მე-10
ფუძის სიმაღლე (სმ)	6-7	12-13	20-24	24-28	28-30	32-34	28-32

3. ჰორმონალური სინჯები - დიაგნოსტიკა დაფუძნებულია ქალის შარდისა და სისხლის პლაზმაში ქორიონალური გონადოტროპინის განსაზღვრაზე. არსებობს სხვადასხვა სახის იმუნოლოგიური და ბიოლოგიური მეთოდი. ორსულობის ტესტმა, რომელიც ამავე პრინციპს ეფუძნება, შეიძლება პოზიციური პასუხი მოგვცეს განაყოფიერებიდან უკვე 8-10 დღეში. (შენიშვნა: სისხლის შრატის იმუნოფერმენტული მეთოდით გამოკვლევისას ისაზღვრება ქორიონული გონადოტროპინის β -სუბერთეული და შარდის ანალიზთან შედარებით ეს ტესტი უფრო მგრძობიარეა).

ცხრილი 2. ქორიონალური გონადოტროპინის გამოყოფა შარდით, ორსულობის სხვადასხვა ვადაზე (1 ტრიმესტრში).

ორსულობის ვადა (კვირა)	5	6	7	8	9	10	11	12
ქ/გ (ME/ლ)	2500	10000	15000	20000	66000	80000	75000	28000

ორსულობის დადასტურება

1. ნაყოფის მოძრაობის შეგრძნება - 16-20 კვირის ვადაზე ქალი შეიგრძნობს ნაყოფის მოძრაობას.
2. ნაყოფის გულის ტონების მოსმენა - 12-14 კვირიდან ინსტრუმენტული მეთოდების (ფეტომონიტორი, ფონოკარდიოგრაფი) გამოყენებით, ხოლო 17-19 კვირიდან სტეტოსკოპით შეიძლება ნაყოფის გულისცემის მოსმენა, რომელიც ვარირებს 120-140 დარტყმა/წთ-ში.
3. ულტრაბგერა - ვაგინალური ულტრასონოგრაფიით უკვე მე-3-5 კვირიდან, ხოლო აბდომინალურით - მე-6 კვირიდან შეინიშნება მცირე, თეთრი გესტაციური რგოლი; გესტაციური რგოლის შიგნით ემბრიონის ვიზუალიზაცია შესაძლებელია მე-7-8 კვირიდან. ნაყოფის გულისცემა ასევე მე-7-8 კვირიდან მოისმინება.

ორსულობის ვადის განსაზღვრა

ორსულობის ხანგრძლივობა, როგორც უკვე აღინიშნა, შეადგენს 280 დღეს, ვადის განსაზღვრა ემყარება იმ ფაქტს, რომ ქალს აქვს 28-დღიანი მენსტრუალური ციკლი, ოვულაციით მე-14-15 დღეზე. თუ ციკლი არაა 28-დღიანი, ორსულობის ხანგრძლივობა იზრდება (ან მცირდება) დაახლოებით ერთი დღით მენსტრუალური ციკლის ყოველ დღეზე), რომელიც 28 დღეზე მეტია ან ნაკლები. მაგ: 35-დღიანი ციკლის დროს (21-ე დღეზე ოვულაციით) მშობიარობის დრო 1 კვირით გვიან გადაინევს. არსებობს ორსულობის ვადის დადგენის რამოდენიმე წესი:

- ნაგელეს ფორმულა - უკანასკნელი მენსტრუაციის პირველ დღეს +280 დღე (10 სამეანო ან 9 კალენდარული თვე და 7 დღე).
- ჟორდანიას ფორმულა - $X=L+C$ (X - არის საძიებელი ვადა, L - მენჯსაბოძით გაზომილი ნაყოფის სიგრძე, C - კეფა-შუბლის ზომა)
- ნაყოფის პირველი მოძრაობის დღეს + 5 სამეანო თვე (პირველმშობიარეში) და 5,5 თვე - განმეორებით მშობიარეში).
- უკანასკნელი მენსტრუაციის დღეს ვაკლებთ 3 კალენდარულ თვეს და ვამატებთ 7 დღეს.
- ვადის დადგენა ულტრაბგერით.

ორსულობის ტრიმესტრები

პრაქტიკაში მიღებულია ორსულობის პერიოდის დაყოფა ტრიმესტრებად:

- პირველი ტრიმესტრი - გრძელდება 12-13 კვირამდე;
- მეორე ტრიმესტრი - 14-27 კვირამდე;
- მესამე ტრიმესტრი - 28-40 კვირამდე.

პირველი ტრიმესტრი

1. დამახასიათებელი ნიშნები და სიმპტომებია:

- გულისრევა/პირღებინება;
- დაღლილობა, საერთო სისუსტე;
- სარძევე ჯირკვლების გაჭირვება;
- ხშირი შარდვა;
- მუცლის გაზრდა (მცირედ).

2. სისხლდენა:

- სისხლდენა I ტრიმესტრში აღენიშნებათ ქალების 20-25%-ს, მათგან ნახევარს შეიძლება განუვითარდეთ სპონტანური აბორტი;
- სისხლდენის შერწყმა მიომეტრიუმის შეკუმშვებთან საშიში ნიშანია.

მეორე ტრიმესტრი

1. დამახასიათებელი ნიშნები და სიმპტომებია:

- საერთო მდგომარეობის და თვითგრძნობის გაუმჯობესება;
- ტკივილი, რომელიც საშვილოსნოს ზრდით არის განპირობებული და იოგების/მენჯის სხვა სტრუქტურების დაჭიმვას უკავშირდება. იგი გაივლის 22 კვირის შემდეგ;
- შეკუმშვები - მეორე ტრიმესტრში შეიძლება წარმოიშვას არარეგულარული, უმტკივნეულო შეკუმშვები მუცლის პალპაციის დროს.

2. **სისხლდენა** - შეიძლება გამოწვეული იყოს პლაცენტის დაბალი მიმაგრებით.

3. **ნაყოფი** - 28 კვირისათვის ნაყოფის მასა 1000,0 მდეა. 20 კვირიდან პირველი, ხოლო 18 კვირიდან განმეორებითი ორსული შეიგრძნობს ნაყოფის მოძრაობას.

4. გართულებები მეორე ტრიმესტრში:

- ისთმიკო-ცერვიკალური უკმარისობა, რამაც შეიძლება ნაადრევი მშობიარობა გამოიწვიოს;
- სანაყოფე წყლების ნაადრევი დაღვრა, რომელიც შესაძლოა დედის/ნაყოფის ინფიცირების მიზეზი გახდეს.
- ნაადრევი სამშობიარო მოქმედების დაწყება. მეორე ტრიმესტრის ბოლოს ნაყოფის სიცოცხლის შანსი 70-80%-ია. სიკვდილის ძირითადი მიზეზი სუნთქვის უკმარისობაა ფილტვების უმ-ნიფრობის გამო.

მესამე ტრიმესტრი

1. დამახასიათებელი სიმპტომები და ნიშნები:

- ე.წ. „ბრექსტონ ჰიქსის“ შეკუმშვები;
- ტკივილი წელის არეში და ქვედა კიდურებში (საშვილოსნო ავსებს მენჯის ღრუს და აწვება ნერვებს და კუნთებს);
- თვითგრძნობის გაუმჯობესება - ნაყოფის თავი დაემშვება მენჯის ღრუში, დიაფრაგმის დაწვევის გამო უმჯობესდება სუნთქვა.

2. **ნაყოფი** - მასა ტრიმესტრის დასასრულისათვის აღწევს საშუალოდ 3300,0-მდე (კვირაში მასის მატება დაახლოებით 224 გ). ამ პერიოდში ნაყოფის აქტივობა შემცირებულია ზომის გაზრდის და საშვილოსნოში თავისუფალი გადაადგილების შეზღუდვის გამო.

3. სისხლდენა:

- ლორწოვანი საცობის გამოდევნა - მოსალოდნელი მშობიარობის წინამორბედი ნიშანია;
- ძლიერი სისხლდენა - სერიოზული პათოლოგიაა (პლაცენტის წინამდებარეობის ან აცლის შემთხვევა).

4. **სანაყოფე წყლების ნაადრევი დაღვრა** (უეცარი ან თანდათან/წელა) - იგი შეიძლება დაიდვაროს: სამშობიარო მოქმედების დაწყებამდე, დროულად (გახსნის პერიოდის ბოლოს), ან დაგვიანებით (გამოძევების პერიოდის დასრულებისას, როდესაც ნაყოფი იბადება ე.წ. „პერანგით“).

5. სამშობიარო მოქმედების დაწყება - მოვლითი ხასიათის, მზარდი სამშობიარო ტკივილები, რომლის შედეგად საშვილოსნოს ყელი გადასწორდება და იხსნება.

ცხრილი 3. განსხვავებები სამშობიარო და „ბრექსტონ-ჰიქსის“ შეკუმშვებს შორის

№	პარამეტრები	სამშობიარო შეკუმშვები	ბრექსტონ-ჰიქსის კონტრაქცია
1	ინტერვალები	რეგულარული	არარეგულარული
2	სიხშირე	თანდათან მზარდი	ცვალებადი, არათანმიმდევრული
3	ინტენსივობა	თანდათან მზარდი	ვარიანტული
4	ლოკალიზაცია	პირველად ზურგის არეში	მუცლის არეში
5	დამამძიმებელი ან შემამსუბუქებელი ფაქტორები	ინტენსიური ხდება სიარულის დროს	სიარულის დროს ზოგჯერ გაივლის
6	სისხლიანი ჩამონაშალი	ჩვეულებრივ, წინ უსწრებს	არ აღინიშნება შეკუმშვის დაწყების წინ
7	მემბრანების გახვევა	ზოგჯერ წინ უსწრებს	არ სდევს თან

ანტენატალური მეთვალყურეობა და მოვლა

ანტენატალური მეთვალყურეობა გულისხმობს დედისა და ნაყოფის მდგომარეობის კლინიკურ შეფასებას, მათი ინდივიდუალური მოთხოვნილებების შეცნობას და გათვალისწინებას. იგი პირობითად სამ ძირითად კომპონენტად შეიძლება დაყვით:

- ქალის და ნაყოფის მდგომარეობის შეფასება;
- ჯანმრთელობის ხელშეწყობა;
- მომსახურებით უზრუნველყოფა.

მდგომარეობის შეფასება ხდება ერთობლივად: ანამნეზის, ფიზიკური გასინჯვის და ლაბორატორიული გამოკვლევის შედეგების ანალიზით.

ჯანმრთელობის ხელშეწყობა გულისხმობს სოციალურ მხარდაჭერას, რეკომენდაციებს, საინფორმაციო მასალით უზრუნველყოფას, ცხოვრების ჯანსაღი წესის პროპაგანდას არა მარტო ორსული ქალის, არამედ მისი ოჯახის წევრების ჩართვით ე.წ. მშობელთა სკოლაში.

მომსახურებით უზრუნველყოფა - თითოეული ანტენატალური ვიზიტის ფარგლებში განეული სამედიცინო დახმარების მინიმალური მოცულობის განსაზღვრას, მშობიარობის ინდივიდუალური გეგმის შედგენას ქალის სურვილის გათვალისწინებით, დახმარების ხელმისაწვდომობას, საჭიროებისამებრ ტრანსპორტირების/რეფერალის შესაძლებლობას, ფსიქოლოგიურ და სოციალურ მხარდაჭერას და ა.შ.

ანტენატალური მეთვალყურეობა საქართველოში 4 სავალდებულო ვიზიტით შემოიფარგლება:

- პირველი ვიზიტი სრულდება 12-13 კვირამდე;
- მეორე ვიზიტი - მე-20-22 კვირაზე;
- მესამე ვიზიტი - 30-32-ე კვირაზე;
- მეოთხე ვიზიტი - 36-38 კვირაზე.

კომუნიკაცია და კონსულტირება

უდიდესი მნიშვნელობა ენიჭება ორსულთან კომუნიკაციას, რათა მივიღოთ საჭირო ინფორმაცია (ანამნების სახით) მისი ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესაფასებლად და ინფორმირებისათვის.

1. კომუნიკაციის სქემა/პროცესი:

- მიმწოდებელი;
- ინფორმაცია;
- მიწოდების არხი;
- მიმღები;
- უკუკავშირი.

2. კომუნიკაციის გზები:

- სიტყვიერი (ვერბალური);
- არავერბალური (ჟესტები);
- აუდიოვიზუალური (რადიო, ტელევიზია, ვიდეო);

- წერიტი (ჟურნალი, წიგნი);
- სურათებით (პლაკატებით, ბუკლეტები).

შენიშვნა: მათი გამოყენება (ანტენატალური მეთვალყურეობის პროცესში) შეიძლება როგორც ცალკე, ისე კომბინირებულად.

ვერბალური კომუნიკაციის დროს მეტყველება უნდა იყოს გასაგები (შეესაბამებოდეს ინფორმაციის შინაარსს), რითმული, ცოცხალი, პაუზებით - რათა პაციენტმა შეძლოს ინფორმაციის აღქმა.

3. კომუნიკაციის ჩვევებია:

- აქტიური მოსმენა;
- შეჯამება და პერეფრაზირება;
- თანაგრძნობის, თანამონაწილეობის, კონფიდენციალობის ატმოსფეროს შექმნა;
- იმ კითხვების შერჩევა, რომელზედაც პაციენტი პასუხის გაცემას შეძლებს.

4. ანავერბალური კომუნიკაციის ძირითადი ნიშნები:

- პოზა – თავისუფალი;
- დისტანცია -მეტი 50 სმ-ზე და ნაკლები 2 მ-ზე;
- მიმიკა - ყურადღებიანი, მომღიმარი;
- ფესტი - ზომიერი ფესტიკულაცია, ხელები თავისუფალი.
- მზერა - ვიზუალური პირდაპირი კონტაქტი და არა დაჟინებული მზერა.

5. კონსულტირება - არის ინტერპერსონალური საკომუნიკაციო მეთოდი, რომელშიც ორი პიროვნება მონაწილეობს: ერთი - დგას პრობლემის წინაშე და სურს დახმარება, მეორეს - შეუძლია მისი დახმარება და მხარდაჭერა.

კონსულტირების ელემენტებია:

- კომუნიკაცია/ურთიერთობის დამყარება, ნდობის მოპოვება;
- პაციენტის სურვილების დადგენა;
- ინფორმაციის გაცემა ქალის/პარტნიორისგან და მათი დახმარება გადანყვეტილების მიღებაში;
- შეჯამება/დასკვნა.

კონსულტირების სახეობა:

- ინდივიდუალური კონსულტირება;
- წყვილის კონსულტირება;
- ჯგუფური კონსულტირება (მსგავსი მოთხოვნების ჯგუფებთან ერთობლივი მუშაობა).

კონსულტირების ნაბიჯებია:

- მიღება;
- გამოკითხვა;
- გადანყვეტილება;
- ქმედება.

კონსულტირება შეიძლება იყოს ორიენტირებული ოჯახის მოთხოვნებზე ან ქალის მოთხოვნებზე.

ცხრილი 4.

ოჯახის მოთხოვნებზე ორიენტირებული კონსულტირება	ქალის მოთხოვნებზე ორიენტირებული კონსულტირება
- პრიორიტეტებს განსაზღვრავს წყვილი და არა მემუშაკი	- მედ. მუშაკი არ განსჯის და არ უარყოფს ქალის სიტყვებს
- მედ. მუშაკი აწოდებს შესაძლო ვარიანტებს და არა მზა გადანყვეტილებებს	- გამოიყენება მარტივი, გასაგები ენა
- ადგილი აქვს დიალოგს და არა ცალმხრივ ლექციას	- მედ. მუშაკი იმსახურებს ნდობას იცავს რა კონფიდენციალობას
- ხდება პატივისცემის დემონსტრირება და არა ქმედების შეფასება	- იგი ქალს ეხმარება მოქმედების გეგმის შემუშავებაში ინდივიდუალური სიტუაციიდან გამომდინარე
- გამოიყენება მარტივი, გასაგები ენა	

კონსულტირების მეთოდი „გამიგე“:

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

ქალის ჯანმრთელობის მდგომარეობის შეფასება

შეფასება ხდება:

- ანამნეზის გულდასმით შეგროვებით;
- ფიზიკური გასინჯვით;
- ლაბორატორიული გამოკვლევით.

1. ანამნეზი

სტანდარტული გამოკითხვა შემდეგი თანმიმდევრობით მიმდინარეობს:

- დემოგრაფიული ინფორმაცია (გვარი, სახელი, ასაკი, პროფესია);
- მშობიარობათა რაოდენობა, ინფორმაცია წინა ორსულობისა და მშობიარობების შესახებ;
- გინეკოლოგიური ანამნეზი (მენსტრუაციის რეგულარობა/თავისებურებები, გადატანილი გინეკოლოგიური დაავადებები/ჩარევები, კონტრაცეპციის მეთოდი, რომელსაც ქალი ორსულობამდე იყენებდა);
- უკანასკნელი მენსტრუაციის თარიღი, ორსულობის სიმპტომები/ჩივილები;
- ექსტრაგენიტალური პათოლოგია/ჩატარებული მკურნალობა, გადატანილი ოპერაციები და ანესთეზია (სახეები);
- სამკურნალო საშუალებები, რომელსაც ქალი იყენებდა პროფილაქტიკისათვის (ფოლის მჟავა, ვიტამინები, იოდი, რკინა, კალციუმი და ა.შ.);
- ალერგიული ანამნეზი (გარემო, მედიკამენტები);
- ოჯახური ანამნეზი (მემკვიდრეობაში დიაბეტის, ტუბერკულოზის, ჰიპერტონიის, სარძევე ჯირკვლისა და საკვერცხეების კიბო, ფსიქიკური და ნერვული პათოლოგიები);
- სოციალური ანამნეზი (ოჯახური მდგომარეობა, თამბაქოს, ალკოჰოლის, ნარკოტიკების მოხმარება და სხვ.);
- ორსულობის „სასურველობა“.

2. ტიპური გასინჯვის სქემა:

- სიმალის, წონის, სასიცოცხლო ნიშნების (PI, AD, t°) შეფასება;
- კანის, პირის ღრუს, კბილების/ღრძილების დათვალიერება;

- ფარისებრი ჭირკვლის პალპაცია;
- გულის ტონების და ფილტვების აუსკულტაცია;
- სარძევე ჭირკვლების დათვალიერება/პალპაცია;
- მუცლის პალპაცია;
- შეშუპებების გამოვლენა (თითები, წვივი, ტერფი);
- საშვილოსნოს ფუძის სიმაღლის გაზომვა;
- ნაყოფის მდებარეობის დადგენა (პოზიცია, სახე);
- ნაყოფის წინამდებარეობის და მისი მენტთან დამოკიდებულების დადგენა;
- მენტის გაზომვა;
- ნაყოფის გულისცემის მოსმენა;
- ვაგინალური გასინჯვა;
- რისკის ფაქტორების გამოვლენა;
- ორსულობის მიმდინარეობასა და მშობიარობაში მნიშვნელოვანი როლი ენიჭება ქალის სიმაღლეს და სხეულის მასას. ანტენატალურ პერიოდში ქალის წონის კონტროლისათვის საჭიროა ორსულობამდე სხეულის მასის ინდექსის (სმი) გათვალისწინება:

$$\text{მასის ინდექსი} = \frac{\text{წონა (კგ)}}{\text{სიმაღლე მ}^2}$$

ცხრილი 5. რეკომენდებული მასის ნამატი ორსულობის დროს (ორსულობამდე სხეულის მასის ინდექსს+)

№	დედა	მასის ნამატი	
		სულ	ტემპი (კგ/4კვირაში)
1	ნორმალური მასა (სმი 19,8-26,0)	11,4-15,9	1,8
2	მასის დეფიციტი (სმი < 19,8)	12,7-18,2	2,3
3	ზედმეტი მასა (სმი=26,1-29,0)	6,8-11,4	1,2
4	სიმსუქნე (>29,0)	6,8	0,9
5	ტყუპით ორსულობა	15,9-20,4	2,7

- ფარისებრი და სარძევე ჭირკვლების შეფასება ასევე მნიშვნელოვანი შემადგენელი ნაწილია პირველადი გასინჯვის, ვინაიდან ფარისებრი ჭირკვლის ფუნქციის დარღვევა სერიოზულ ზეგავლენას ახდენს დედისა და ნაყოფის მდგომარეობაზე. სარძევე ჭირკვლების გამოკვლევის არსი მდგომარეობს მათში გამკვრივებების გამოვლენაში. მართალია სარძევე ჭირკვლის კიბო ორსულობაში იშვიათია, მაგრამ პროგნოზულად - უფრო ცუდი;
- პულსის აჩქარება და T° -ის მომატება შეიძლება იყოს ინფექციის ნიშანი, ამიტომ დინამიკაში დაკვირვებას და დამატებით გამოკვლევებს საჭიროებს. მიღებულია ორსულებში წნევის გაზომვა ნახევრადმწოლარე (45⁰) მდგომარეობაში. ჰიპერტენზია ხშირად პრეეკლამპსიის ნიშანია;
- გულის ტონების მოსმენისას: მკერდის მარცხენა კიდესთან სისტოლური შუილი განიხილება როგორც ნორმის ერთ-ერთი ვარიანტი;
- შეშუპება: დღის განმავლობაში ტერფის და კოჭის შეშუპება (განსაკუთრებით საღამოს) შეიძლება ნორმად ჩაითვალოს. პათოლოგიაა სახის, მტევნების, მუცლის და კოჭ-წვივის სახსრების გენერალიზებული შეშუპება;
- მუცლის პალპაციით ხდება ნაყოფის მდებარეობის, ნაწევართგანლაგების, პოზიციის, სახის, წინამდებარე ნაწილის დადგენა, იქმნება წარმოდგენა ნაყოფის ზომაზე, წინამდებარე ნაწილის დამოკიდებულებაზე მენჯის შესავალთან და ა.შ. ნორმაში ნაყოფის სხეული საშვილოსნოს ღრუში მოხრილია, თავი დახრილია გულმკერდისაკენ, ხოლო ფეხები მოხრილია მენჯ-ბარძაყის და მუხლის სახსრებში და მიბჯენილია მუცელზე. ხელები გულმკერდზეა გადაჯვარედინებული. ასეთ შემთხვევაში ამბობენ, რომ ნაყოფის მდებარეობა არის **სიგნდივი** (ნაყოფის და საშვილოსნოს სიგნდივი ღერძები ემთხვევა ერთმანეთს). თუ ეს ღერძები მართი კუთხით გადაკვეთენ ერთმანეთს, **გარდიგარდმო** მდებარეობაა, ხოლო თუ გადაკვეთისას იქმნება მახვილი კუთხე - **ინიზი**.

ნაყოფის ბურგის დამოკიდებულებით საშვილოსნოს გვერდებისადმი ისაზღვრება **პოზიცია**. ნაყოფის სიგრძივი მდებარეობის შემთხვევაში I პოზიცია არის, როდესაც ბურგი მიქცეულია მარცხნივ, ხოლო II პოზიციის დროს ბურგი მიქცეულია მარჯვნივ. გარდიგარდმო მდებარეობისას პოზიცია ისაზღვრება თავის მდებარეობის მიხედვით.

ნაყოფის **სახე** ისაზღვრება მისი ბურგის დამოკიდებულებით საშვილოსნოს წინა ან უკანა კედლისადმი. თუ ბურგი იმყოფება წინ - წინა სახეა, თუ უკან - უკანა სახე.

ნაყოფის **წინამდებარეობა** არის მსხვილი ნაწილის (თავი ან ჯდომი) მდებარეობა მენჯის შესავალთან. ნორმაში წინამდებარეა ნაყოფის თავი.

ნაყოფის თავის ჩაღვმა - ნიშნავს ისრისებრი ნაკერის (თხემის ძვლების ერთმანეთთან შეერთების ხაზი) დამოკიდებულებას სიმფიზის ან კონცხის (გავის ძვლის მე-5 და კუდუსუნის I მალის შეერთების ადგილზე მენჯის შიგნით წარმოქმნილი ძვლოვანი მორჩი) მიმართ.

ნაყოფის მდებარეობის შესაფასებლად გარეგანი გასინჯვისას გამოიყენება 4 წესი (ე.წ. ლეოპოლდის წესები):

I წესი: ორივე ხელისგული თავსდება საშვილოსნოს ფუძესთან (ისაზღვრება საშვილოსნოს ფუძის სიმაღლე და ნაყოფის ის ნაწილი, რომელიც ფუძეშია);

II წესი: ორივე ხელი საშვილოსნოს ფუძიდან გადააქვთ საშვილოსნოს გვერდებზე (ისაზღვრება ნაყოფის პოზიცია და სახე);

III წესი: მარჯვენა ხელი თავსდება სიმფიზის ზემოთ ისე, რომ დიდი თითი მოთავსდეს მარჯვნივ, ხოლო დანარჩენი 4 თითი - მარცხნივ (ხდება ნაყოფის წინამდებარე ნაწილის და მენჯის შესავალთან მისი დამოკიდებულების დადგენა);

IV წესი: მესამე წესის დამატებაა. გამომკვლევნი დგას მარჯვნივ, ორსულის ფეხებისაკენ პირისახით, ორივე ხელისგული მოთავსებულია მუცლის ქვედა ნაწილში მარჯვნივ და მარცხნივ ისე, რომ თითების ბოლოები უახლოვდებო

სიმფიზს (ხდება წინამდებარე ნაწილის მდებარეობის დაზუსტება აგრეთვე ნაყოფის თავის ქალას ძვლების სიმკვრივის და საორიენტაციო ზომების განსაზღვრა);

- საშვილოსნოს ფუძის სიმაღლის გაზომვის შედეგები/პარამეტრები ორსულობის ვადის მიხედვით მოცემულია ცხრილში (იხ. ცხრილი 1);
- მენჯის შეფასება ხდება მისი ზომებით.

ცხრილი 6. მენჯის ზომები (ნორმა)

№	მანძილი	ზომა (სმ)
1	Dsp - თედოს ზედა წვეტებს შორის	25-26
2	Dcr - თედოს ფრთების ყველაზე დაშორებულ წერტილებს შორის	28-29
3	Dtr - ბარძაყის ძვლების დიდ ციბრუტებს შორის	30-31
4	Cex - გარეთა კონიუგატა (სიმფიზის ზედა კიდის შუა წერტილიდან გავა-კუდუსუნის ჩაღრმავებამდე)	20-21
5	Cd - დიაგონალური კონიუგატა (სიმფიზის ქვედა კიდიდან კონცხის ყველაზე გამოწეულ წერტილამდე (ისაზღვრება p.v.)	12,5-13

- მცირე მენჯის შესავლის პირდაპირი ზომა ანუ ნამდვილი კონიუგატა ისაზღვრება შემდეგნაირად: გარეგან კონიუგატას აკლდება 9 სმ ან დიაგონალურ კონიუგატას გამოაკლდება 2-1,5 სმ (სოლოვიოვის ინდექსის გათვალისწინებით);
- სოლოვიოვის ინდექსი (S) - არის სხივ-მაჯის გარშემოწერილობა (N=14 სმ);
- ნაყოფის გულისცემის მოსმენა (აუსკულტაცია - სტეტოსკოპით შესაძლოა ორსულობის მეორე ნახევრიდან, ინსტრუმენტული გამოკვლევის მე-თოდებით (ფეტომონიტორი, ულტრაბგერა) მისი აღწერა უფრო ადრე არის შესაძლებელი. ნორმაში ნაყოფის გულისცემა არის რითმული, 130-140 დარტყმა/წუთში;
- ვაგინალური (შინაგანი) გასინჯვა - ხდება მხოლოდ სპეციალური ჩვენებით. გასინჯვისას: ქალი წევს

გინეკოლოგიურ მაგიდაზე, გადაშლილი ფეხებით, მარცხენა ხელით გამომკვლევი პირი გადაშლის სასქესო ბაგეებს, ხოლო მარჯვენა ხელის II და III თითები შეაქვს საშოში მანამ, ვიდრე არ მოახდენს საშვილოსნოს ყელის გასინჯვას. ორსულობის ბოლოს ამ გამოკვლევით შესაძლებელია საშვილოსნოს ყელის სიგრძის და კონსისტენციის შესახებ ინფორმაციის მიღება.

ცხრილი 7. საშვილოსნოს ყელის სიმწიფის შეფასების კრიტერიუმები (ბიშოპის შკალა)

ნიშანი	მანძილი ზომა (სმ)			
	0	1	2	3
საშვილოსნოს ყელის კონსისტენცია	მკვრივი	დაქვეითებული სიმკვრივის	რბილი	-
არხის სიგრძე (სმ)	>2	2-1	1-0,5	<0,5
საშვილოსნოს ყელის მდებარეობა (საშვილოსნოს ღერძის მიმართ)	უკან	შუაში	წინ	-
საშვილოსნოს ყელის გახსნა (სმ)	0	1-2	3-4	5 და მეტი
ნაყოფის წინამდებარე ნაწილის მდებარეობა (სმ-ში ინტერსპინალური ხაზის ზემოთ)	3	2	1 ან 0	ქვემოთ

ვაგინალური გასინჯვა **სარკეებში** (ე.წ. კუსკოს სარკე) ხდება შესაბამისი ზომის შემთბარი, საცხით დაფარული სარკით შემდეგი წესით:

- მარცხენა ხელით გადასწვევენ სასქესო ბაგეებს, სარკე შეაქვთ მარჯვენა ხელით, ვერტიკალურ მდგომარეობაში, რომელიც შემდგომ ნაზად გადააქვთ ჰორიზონტალურ სიბრტყეში;
- სარკის სრული შეტანის შემდეგ მის ტოტებს შლიან, ხოლო ხრახნს უჭერენ;

- პირდაპირი განათებით ხდება გაშიშვლებული საშვილოსნოს ყელის დათვალეერება/ნაცხის აღება;
- ფრთხილად იხურება სარკე და კვლავ ვერტიკალურ მდგომარეობაში გამოიტანება საშოდან;

რისკის შეფასება - ანამნებით და გასინჯვით შესაძლებელია მივიღოთ ინფორმაცია და გამოვყოთ რისკ-ფაქტორები, რომელიც განსაკუთრებულ მდგომას მოითხოვს. ეს ფაქტორებია:

- დამძიმებული სამეანო ანამნები;
- დამძიმებული მემკვიდრული და სომატური ანამნები;
- განსაკუთრებით მძიმე სოციალურ-ეკონომიკური პირობები;
- პირველი მშობიარობა ან პირიქით, მრავალი მშობიარობა ანამნებში;
- ძალიან ახალგაზრდა ასაკი (<15 წელზე);
- ხანშიშესული პირველი მშობიარე (35 წ. >);
- ძალიან დაბალი სიმაღლე;
- მრავალნაყოფიანი ორსულობა;
- არასასურველი ორსულობა;
- ნაყოფის ზომის და გესტაციური ასაკის შეუსაბამობა;
- ნაყოფის არასწორი მდებარეობა/წინამდებარეობა;
- სიმსუქნე, მავნე ჩვევები;

3. ლაბორატორიული გამოკვლევები

ძირითადი გამოკვლევების სქემა ანტენატალურ პერიოდში:

- სისხლის ჭკუფი და რეზუს-ფაქტორი;
- ჰემოგლობინის და ჰემატოკრიტის განსაზღვრა;
- სიფილისის და გონორეის სკრინინგი;
- შარდის ანალიზი;
- აივ-ტესტი;
- ულტრასონოგრაფია (ნაყოფის ანომალიების დასადგენად გესტაციის 18-20 კვირაზე და ამნიონური სითხის მოცულობის შესაფასებლად 30-36 კვირაზე);
- დამატებითი გამოკვლევები (საჭიროებისამებრ: ერთსაათიანი ცდა გლუკოზის ტოლერანტობაზე შესაბამისი ჩვენებით, შარდის და ნაცხის ბაქტერიოლოგიური შესწავლა, α -ფეტოპროტეინი, ანტირეზუს ანტისხეულები, ჰაპ-ტესტი და ა.შ.).

ნაყოფის ანტენეტალური შეფასება

ნაყოფის ანტენეტალური შეფასება აუსკულტაციის გარდა მოიცავს შემდეგს:

- ნაყოფის სავარაუდო მასის დადგენა;
- სანაყოფე წყლების მოცულობის განსაზღვრა;
- ნაყოფის მოძრაობითი აქტივობის შეფასება;
- ნაყოფის განვითარება და წინამდებარე ნაწილის მდებარეობა (ორსულობის უკანასკნელ თვეში);
- ნაყოფის ბიოფიზიკური პროფილი.

1. ნაყოფის სავარაუდო მასის დადგენა - ამ მიზნით სხვადასხვა ფორმულა გამოიყენება, თუმცა პრაქტიკული თვალსაზრისით - მუცლის გარშემოწერილობას (ჭიპის დონეზე) ამრავლებენ საშვილოსნოს ფუძის სიმაღლეზე.

ცხრილი 8. ნაყოფის ზომები ორსულობის სხვადასხვა ვადაზე.

ვადა (კვირა)	12	16	20	24	28	32	36	40
სიმაღლე (სმ)	8-9	16	25-26	30	35	40	45	50
წონა (გ)	20-25	120	280-300	600-680	1000-1200	1500-1600	2400-2500	3500

2. ნაყოფის მოძრაობათა დათვლა - დათვლის ჩატარება შეიძლება სხვადასხვა წესით. ჩვეულებრივ, პაციენტს თხოვენ საკვების მიღებიდან 30 წთ-ის შემდეგ მარცხენა გვერდზე დაწვეს, მოდუნდეს და ყურადღება ნაყოფის მოძრაობაზე გადაიტანოს. მან უნდა დაინიშნოს ტესტირების დაწყების დრო და ჩაინიშნოს ნაყოფის მოძრაობის თუ ფეხის დარტყმის თითოეული მომენტი. ასეთ პირობებში ჯანმრთელი ნაყოფი უნდა გაინძრეს 3-5-ჯერ/სთ-ში. თუ 12 სთ-იანი დროის შუალედში დედამ ვერ შენიშნა ნაყოფის მინიმუმ 10 მოძრაობა მაინც - ეს საშიშ სიგნალს წარმოადგენს.

3. ბიოფიზიკური პროფილი - ისაზღვრება 5 პარამეტრის მიხედვით:

- სუნთქვითი მოძრაობის სიხშირე;
- ნაყოფის მოძრაობა;
- კუნთთა ტონუსი;
- გულისცემის სიხშირე (ნონ-სტრეს ტესტი);
- სანაყოფე წყლის მოცულობა.

ცხრილი 9. ბიოფიზიკური პროფილის შეფასება

№	პარამეტრები	დაკვირვების ხანგრძლივობა	ნორმა (2 ბალი)	პათოლოგია (0 ბალი)
1	სუნთქვითი მოძრაობის სიხშირე	30 წთ	1 მოძრაობაზე მეტი 30 წამის ხანგრძლივობით	არ არსებობა ან 30 წმ-ზე ნაკლები ხანგრძლივობის
2	ნაყოფის მოძრაობა	30 წთ	სხეულის ან კიდურების 3-ზე მეტი მოძრაობა	3 მოძრაობაზე ნაკლები
3	კუნთთა ტონუსი	30 წთ	სხეულის ან კიდურების და თითების 1-ზე მეტი განზიდვა/ მოხრა	სხეულის ნელი გაშლა/ მოხრა
4	გულისცემის რეაქტიულობა	30 წთ	2 აქცელერაციაზე მეტი – მოძრაობის პასუხად	2 აქცელერაციაზე ნაკლები, ან 1 აქცელერაცია + დეცელერაცია
5	სანაყოფო წყლების მოცულობა	-	1 "ჭიბზე" მეტი ზომით 1*1სმ	ან არაა "ჭიბე" ან არის – ნაკლები 1*1 სმ-ზე ზომის

თითოეული კომპონენტი ფასდება მაქსიმუმ 2 ქულით. შეფასების ჯამური მაჩვენებელია - 8-10 ქულა, რაც ნიშნავს „დამაკმაყოფილებელ“ მდგომარეობას. 8 ქულაზე ნაკლები ნიშნავს დამატებითი გამოკვლევების ჩატარების და მშობიარობის დაჩქარების თაობაზე გადაწყვეტილების მიღების საკითხის განხილვას.

მეთოდის შრომატევადობისა და ქულების ინტერპრეტირების სირთულის გამო ალტერნატივის სახით გამოიყენება ე.წ. „შემოკლებული/მოდულიზირებული“ ბიოფიზიკური პროფილი, რომელიც წარმოადგენს ნონ-სტრესის ტესტისა და მხოლოდ ამნიონური სითხის შეფასების კომბინაციას (ნონ-სტრეს ტესტი ემყარება ნაყოფის გულისცემის აქცელერაციის გამოვლენას ნაყოფის მოძრაობის შეგრძნების დროს).

4. სანაყოფე წყლების მოცულობა საშვილოსნოში - ასახავს ნაყოფის მდგომარეობას.

ულტრაბგერითი გამოკვლევებისას სანაყოფე სითხის დაგროვება ე.წ. „წყლის ჭიბეებში“ ჩანს ნაყოფის ირგვლივ როგორც ექონეგატიური სივრცე. თუმცა მისი მოცულობის ზუსტად განსაზღვრა შეუძლებელია. სანაყოფე წყლების რაოდენობის შესაფასებლად იყენებენ ორ მეთოდს:

- ზომავენ ყველაზე დიდი „წყლის ჭიბის“ ვერტიკალურ ზომას. თუ იგი 2 სმ-ზე ნაკლებია ლაპარაკობენ „მცირეწყლიანობაზე“ თუ 7 სმ-ზე მეტი - „მრავალწყლიანობაზე“.
- საზღვრავენ სანაყოფე წყლების მოცულობის ინდექსს - იგი წარმოადგენს ყველაზე დიდი ვერტიკალური ზომების ჯამს საშვილოსნოს ოთხივე კვადრანტში. მესამე ტრიმესტრში იგი უნდა იყოს 10-25 სმ-ის ფარგლებში. 5 სმ-ზე ნაკლები - „მცირეწყლიანობა“, ხოლო 25 სმ-ზე მეტი - მრავალწყლიანობა.

5. ნაყოფის წინამდებარე ნაწილის მდებარეობის, ასევე განვითარების ანომალიის შეფასებისათვის ულტრაბგერის გარდა გამოიყენება სხვა ინსტრუმენტული მეთოდები: კარდიოტოკოგრაფია, მაგნიტურ-რეზონანსული ტომოგრაფია, კომპიუტერული კარდიოტოკოგრაფია, დოპლერი და ა.შ.

სამედიცინო დახმარებით უზრუნველყოფა ანტენატალურ პერიოდში მოიცავს ვიზიტების დროს არა მარტო ანამნეზის შეკრებას, ქალის/ნაყოფის მდგომარეობის შეფასებას და ლაბორატორიულ გამოკვლევებს, არამედ მშობლების კონსულტირებას, მათში საჭირო უნარ-ჩვევების გამომუშავების მიზნით, მათ განათლებას. საკითხები, რომელიც განიხილება ე.წ. მშობელთა სკოლაში, შეიძლება სქემატურად განაწილდეს შემდეგი თემების მიხედვით:

- ორსულთა ვიზიტების მნიშვნელობა, რაოდენობა, ვადები;
- ორსულობით გამოწვეული მსუბუქი დარღვევები და მათი კორექციის გზები;
- კვება ორსულობის დროს. კვებითი დანამატები;
- ანტენატალური ვარჯიშები;
- საშიში სიმპტომები ორსულობის დროს;

- სქესობრივი გზით გადამდები დაავადებები და სხვა ინფექციები;
- მშობიარობის რისკ-ფაქტორები;
- ფსიქოლოგიური დახმარება ორსულობის მიმდინარეობისას. ოჯახის და მამის როლი;
- ძუძუთი კვებისათვის მომზადება;
- სამშობიარო მოქმედება და მშობიარობის პერიოდები;
- ტკივილის გაყუჩება მშობიარობაში;
- ოჯახის წევრების თანადგომა;
- პოზის შერჩევა მშობიარობის დროს;
- მშობიარობის დროს გამოყენებული ჩარევები და საკეისრო კვეთა;
- ნაყოფის დაბადების პირველი სთ, კანი-კანთან კონტაქტი;
- მშობიარობის შემდგომი პერიოდი (გართულებები, ახალშობილის იმუნიზაცია, განვითარების ძირითადი მომენტები);
- ძუძუთი კვება, მეძუძური ქალის კვება;
- მშობიარობის შემდგომი ვარჯიშები;
- მშობიარობის შემდგომი კონტრაქცია;
- ორსული და მეძუძური დედის უფლებები საქართველოს კანონმდებლობით.

ნორმალურად მიმდინარე ორსულობის თანამდევნი სიმპტომები

ქალის ორგანიზმში ორსულობით გამოწვეულმა ცვლილებებმა შეიძლება წარმოშვას ე.წ. „მცირე“, უსიამოვნო შეგრძნები/დისკომფორტი, რომლებიც მართალია სიმპტომების ფართე სპექტრს მოიცავენ, მაგრამ როგორც წესი, მნიშვნელოვან ზიანს არ აყენებენ დედა/ნაყოფის ჯანმრთელობას. მათ მიეკუთვნება: თავის და ზურგის ტკივილი, დაღლილობა, ვარიკოზი და ა.შ. მათგან ყველაზე ხშირია დისპეპსიური მოვლენები.

ცხრილი 10. ორსულობით გამოწვეული მსუბუქი დარღვევები და მათი კორექციის გზები

№	სიმპტომები	რეკომენდაციები/რჩევები - ზეზია-ქალისგან
1	გულძმარვა	- მოერიდეთ ცხიმოვან, მჟავე, ცხარე საკვებს, შოკოლადს, ალკოჰოლს - განსაკუთრებით დაწოლის წინ
2	გულისრევა/პირის ლებინება	-საწოლიდან ადგომამდე მიირთვიეთ ბურლულეული, გახუხული პური - გრილი საკვები მიიღეთ ულუფების ხშირად, მცირე ოდენობით - სითხე მიიღეთ ჭამის შემდეგ და არა ჭამის დროს - მოერიდეთ ცხიმოვან, ცხარე, მძაფრი არომატის მქონე საკვებს
3	ყაბზობა	- დალიეთ მეტი სითხე, შეასრულეთ მსუბუქი ვარჯიშები, იარეთ ფეხით - მიიღეთ უჭრედისით მდიდარი საკვები: ხილი და ბოსტნეული
4	ბუსილი	- ყაბზობის პრევენცია. დღის განმავლობაში ხშირი დასვენება - თბილი აბაზანა
5	მკერდის დაჭიმულობა	ატარეთ კარგად მორგებული ნატურალური ქსოვილის ბუსპალტერი
6	თეთრად შლა	- შორისი ხშირად ჩამოიბანეთ თბილი წყლით, გამოიყენეთ ბამბის ქსოვილის შესაფენი
7	ვარიკოზი	- დასვენების დროს ფეხების მაღლა აწევა, ვარჯიში, მოერიდეთ მოჭერილ წინდების დამჭერ რეზინებს, ატარეთ დაბალქუსლიანი ფეხსაცმელი, ელასტიური წინდა

საყურადღებო სიმპტომები ორსულობის დროს

- წონაში უეცარი, სწრაფი მატება (1 კგ-ზე მეტი დღე-ღამეში);
- ქვედა კიდურების შეშუპება;
- 2-3 სთ-ზე მეტი ხანგრძლივობის მწვავე და ყრუ ხასიათის ტკივილი მუცლის არეში;
- გულის წასვლა;
- მხედველობის დაბინდვა, თვალეში მბრწყინავი წერტილები;
- გაძლიერებული წყურვილის შეგრძნება შემცირებულ შარდის ფონზე;
- მოშარდვის დროს ტკივილის ან წვის შეგრძნება;
- უჩვეულო სუნიანი ან სისხლნარევი გამონადენი საშოდან.

საშიში სიმპტომები ორსულობის დროს

- ძლიერი სისხლდენა საშოდან;
- მუდმივი ან შეტევითი ტკივილი მუცლის ქვედა ნაწილში;
- მხედველობის დაქვეითება ან დაბინდვა 2-3 სთ განმავლობაში;
- თავბრუსხვევა და მხედველობის გაორება;
- ძლიერი ან განმეორებადი ღებინება;
- შემცივნება და/ან t° -ის მომატება (38°C და მეტი);
- წვის შეგრძნება მოშარდვისას t° -ის ფონზე;
- სახის, კიდურების უეცარი მწვავე შეშუპება, განსაკუთრებით თუ მას თავის ტკივილი და მხედველობის გაორება სდევს თან;
- ნაყოფის უმოძრაობა 8 სთ და მეტი;
- ნაადრევი მშობიარობის დაწყება (ხშირი შეტევები 10 სთ. 1-ჯერ);
- მენჯის ღრუში ბენოლის შეგრძნება, საშოდან წყლის მსგავსი სითხის გადმოღვრა, ე.წ. „სანაყოფე წყლების დაღვრა“ ნაადრევად.

პათოლოგიები, რომლებიც ყველაზე ხშირად გვხვდება ორსულობის დროს

ორსულობის გართულებებიდან ყველაზე ხშირად გვხვდება:

1. ანემია - ორსულობის დროს წარმოშობილი ანემია უფრო ხშირად არის - რკინადეფიციტური

ცხრილი 11. ანემიის ხარისხის დეფინიცია ჯანმო-ს მიხედვით.

№	ხარისხი	ჰემოგლობინი (გ/ლ)	ჰმატოკრიტი (%)
1	ზომიერი	70-109	24-37
2	მძიმე	40-69	13-23
3	ძალიან მძიმე	40-ზე <	13-ზე <

კლინიკური ნიშნები:

- კანის, ფრჩხილის, კონიუქტივის სიფერმკთალე;
- საერთო სისუსტე, დაღლილობის შეგრძნება, ჰაერის უკმარისობა;
- ლაბორატორიულად რკინის ნეგატიური ბალანსის შემთხვევაში უნდა დაინიშნოს რკინის შემცველი პრეპარატები და ფოლიუმმჟავა ხანგრძლივად. მნიშვნელოვანია შესაბამისი მიკროელემენტების შემცველი და ცილოვანი დიეტა.

2. **ასიმპტომური ბაქტერიურია**, რომლის დიაგნოსტიკა შესაძლებელია შარდის ბაქტერიოლოგიური გამოკვლევით. გამომწვევია *E.coli*, გრამ უარყოფითი ბაქტერიები და *B* ჯგუფის სტრეპტოკოკები. მკურნალობის გარეშე მოსალოდნელია ცისტიტის ან პიელონეფრიტის განვითარება.

ცხრილი 12. ცისტიტის და პიელონეფრიტის კლინიკური ნიშნები.

ცისტიტის დროს	პიელონეფრიტის შემთხვევაში
ღიბურია	უეცარი დაწყება ცხელებით და შემცივნებით
მოშარდვის დაუოკებელი სურვილი	ტკივილი წელის არეში (შესაბამის ან ორივე მხარეს)
შარდვის გახშირება	

მკურნალობა: ანტიბიოტიკოთერაპია, სპაზმოლიტიკები, ვიტამინოთერაპია.

3. **შაქრიანი დიაბეტი** - გესტაციური დიაბეტის განვითარების ალბათობის მქონე ორსულთა გამოვლენისათვის მნიშვნელოვანია რისკ-ფაქტორების შეფასება:

- ანამნეზში უცნობი ეტიოლოგიის პერინატალური სიკვდილი;
- მრავალწყლიანობა, ნაყოფის სიმახინჯე;
- სხეულის ჭარბი წონა, მაკროსომია;
- ჩვეული აბორტი;
- გესტაციური დიაბეტი წინა ორსულობის დროს;
- მემკვიდრული განწყობა (დიაბეტი ახლო ნათესავებში).

გესტაციური დიაბეტის სკრინინგი წარმოებს ორალურად, პაციენტის 50 გ გლუკოზით დატვირთვით და 1 სთ-ის შემ-

დეგ პლაზმაში მისი შემცველობის განსაზღვრით. სკრინინგი უნდა ჩატარდეს ორსულობის, 24-დან 28 კვირამდე პერიოდში. მაშინ, როდესაც პლაზმაში გლუკოზის დონე 140 მგ/ლ-ს გაუტოლდება ან აჭარბებს მას, საჭიროა გლუკოზის ტოლერანტობაზე 3 სთ-იანი ტესტის ჩატარება.

ცხრილი 13. გესტაციური დიაბეტის გამოვლენა

ტესტი	გლუკოზის დონე პლაზმაში (მგ/ლ)
1 საათიანი სინჯი ტოლერანტობაზე (50 გ 250,0 წყალში)	13-140
3 საათიანი სინჯი ტოლერანტობაზე (100 გ 400 გ წყალში): უბმობე	105
1 სთ-ში	190
1 სთ-ში	165
3 სთ-ში	155

გლუკოზის დონის გაკონტროლება შესაძლებელია დღის განმავლობაში ინსულინის მრავალჯერადი ინექციითა და საკვების მიღების რეგულირებით. დაუშვებელია ორსულობის პერიოდში ორალური პრეპარატების მიღება, ვინაიდან მრავალი მათგანი გაივლის პლაცენტარულ ბარიერში და შეუძლია ნაყოფის ჰიპერინსულინიზმის გამოწვევა.

4. სისხლდენა ორსულობის ადრეულ ვადაზე.

ორსულობის I ტრიმესტრში სისხლდენის მიზეზი შეიძლება იყოს:

- აბორტი;
- ექტოპიური ორსულობა;
- ტროფობლასტური დაავადება;
- „არასამეანო გართულებები“ (საშვილოსნოს ყელის პოლიპი, ტრავმა, კიბო).

აბორტის მიზეზი მრავალმხრივია: საშვილოსნოს ყელის უკმარისობა, ლუთეინურ ფაზაში პროგესტერონის

დეფიციტი, იმუნოლოგიური და გარემო ფაქტორები (თამბაქო, ნარკოტიკები, რადიაცია), ინფექცია და ა.შ.

ექტოპიური ორსულობის რისკ-ფაქტორებია: დანამატების ანთება, ან მილებზე ჩატარებული ოპერაციები, კონტრაცეპცია პროგესტინებით, სპირალით, ადრე გადატანილი საშვილოსნოს გარეშე ორსულობა.

ტროფობლასტური დაავადების რისკ-ფაქტორებია: ორსულობა 45 წ ბევით, ადრე გადატანილი ბუშტნამქერი.

ცხრილი 14. კლინიკური ნიშნები:

აბორტი	ექტოპიური ორსულობა	ბუშტნამქერი
გარეგანი სისხლდენა	სისხლდენა ამენორეის შემდეგ, ძლიერი, პროფუზული ინტრაპერიტანეალური	გარეგანი სისხლდენა მუქი ფერის სისხლით
ტკივილები წელის და მუცლის ქვემოთ	დადებითი ორსულობის ტესტი	შეუწყვეტელი პირღებინება, ჰიპერტენზია
ულტრაბგერით შეწყვეტილი ორსულობა	ტკივილი მუცელში მხრების არეში	სისხლთან ერთად მტევნის მსგავსი ბუშტუკების გამოდევნა
	შოკი	

დიაგნოსტიკა: ულტრაბგერა, კულდოცენტები, ლაპარასკოპია, p.v. გასინჯვა.

მკურნალობა: აბორტის დროს ვაკუუმკიურეტაჟი, ექტოპიური ორსულობის დროს კონსერვატიული (მეტოტრექსატი) შესაბამისი ჩვენებით, ან ქირურგიული (რადიკალური - სალპინგექტომია, ან კონსერვატიული - სალპინგოსტომია), ბუშტნამქერის შემთხვევაში - ვაკუუმკიურეტაჟი, მეტოტრექსატი. შემდგომში: 6 თვის მანძილზე ქორიონალური გონადოტროპინის კონტროლით და 1 წელი კონტრაცეპციით.

5. სისხლდენა ორსულობის მოგვიანებით ვადაზე

ორსულობის მეორე ნახევარში სისხლდენის ხშირ მიზეზს წარმოადგენს პლაცენტის წინამდებარეობა და ნორმალურად მიმაგრებული პლაცენტის ნაადრევი აცლა.

პლაცენტის წინამდებარეობა - ნიშნავს პლაცენტის იმპლანტაციას საშვილოსნოს ქვედა სეგმენტში, როდესაც იგი მთლიანად ან ნაწილობრივ ფარავს საშვილოსნოს ყელის შიგნითა პირს. კლასიფიკაცია:

- სრული წინამდებარეობა - სრულად ფარავს ყელის შიგნითა პირს;
- კიდითი (არასრული) ნაწილობრივ გადადის ყელის შიგნითა პირზე;
- პლაცენტის დაბალი მიმაგრება _ როდესაც პლაცენტა ახლოა საშვილოსნოს ყელის შიგნითა პირთან, მაგრამ არ გადადის მასზე.

პლაცენტის აცლა - ნიშნავს საშვილოსნოს კედლიდან პლაცენტის აშრევებას. კლასიფიკაცია:

- პლაცენტის ნაწილობრივი აცლა შინაგანი სისხლდენით;
- პლაცენტის სრული აცლა შინაგანი სისხლდენით;
- პლაცენტის სრული აცლა გარეგანი სისხლდენით.

ცხრილი 15. განსხვავება პლაცენტის წინამდებარეობასა და აცლას შორის

	Pl. Previa	Abruptio Pl.
ნიშნები და სიმპტომები	ტკივილი, ღია წითელი ფერის სისხლდენა, თან სდევს ნაადრევი მშობიარობა ყელზე ზეწოლის გამო	ხშირი სამშობიარო შეტევები, საშვილოსნო დაჭიმული, მტკივნეული გარეგანი სისხლდენის დროს სისხლი მუქი წითელი ფერის
დედა/ნაყოფის გართულებები	სისხლდენის I ეპიზოდი არ არის მრისხანე. მისი კონტროლი შეიძლება მოსვენებით, ტოკოლიტიკებით. ჰემორაგია შოკით შეიძლება განვითარდეს როგორც I, ისე მომდევნო სისხლდენის დროს. საკეისრო კვეთის დროს შესაძლებელია იდენტიფიკაცია სრული და არასრული პლაცენტის წინამდებარეობის	შეიძლება სიმწვავე მცირედ იყოს გამოხატული ნაწილობრივი აცლის დროს და დიაგნოსტირება მოხდეს, როცა შინაგანი სისხლდენა ჰიპოვოლემიას გამოიწვევს, ან განვითარდეს სრული აცლით გამოწვეული ჰემორაგიული შოკი და ნაყოფის სიკვდილი. უფრო ხშირად საჭირო ხდება საკეისრო კვეთა

გეზიქალის აქტივობა სისხლდენის დროს

- დედის სტაბილური მდგომარეობის განმავლობაში საჭიროა ვიტალური ნიშნების (PI, AD, სუნთქვა) შეფასება 15 წთ-ში (ან უფრო ხშირად);
- უწყვეტი ელექტროფეტომონიტორინგი;
- პულსის ოქსიმეტრის გაკეთება;
- ვენის კათეტერიზაცია;
- ყანგბადის (8-12 ლ/წთ-ში) მიწოდება;
- სისხლის დანაკარგის აღრიცხვა;
- ლაბორატორიული კვლევისათვის სისხლის (Hgb, Hct, შედეგების ფაქტორები) აღება;
- სისხლის შემცვლელების გადასხმის დაწყება;
- ფოლის კათეტერის შეყვანა შ/ბუშუტში;
- საჭიროებისამებრ, ტოკოლიტიკების (გინიპრალი, პარტუსისტენი) გაკეთება;
- მომზადება საკეისრო კვეთისათვის ან სწრაფი მშობიარობისათვის;

6. ჰიპერტენზია - ორსულობით ინდუცირებული ჰიპერტენზია ვლინდება პრეეკლამპსიის და ეკლამპსიის ფორმით. **პრეეკლამპსიის** დამახასიათებელი ნიშნებია: შეშუპება, პროტეინურია, ჰიპერტენზია.

ეკლამპსიის წინამორბედი ნიშნებია: ძლიერი თავის ტკივილი, მხედველობის დარღვევა, ტკივილი ეპიგასტრიუმში, გულისრევა/პირღებინება, ავთვისებიანი ჰიპერტენზია ($>160/110$ მმ ვერცხ. წყ. სვ), პროტეინურია (5 გ/24 სთ-ში), ოლიგურია (500 მლ/24 სთ-ში და ნაკლები), ფილტვების შეშუპება, ციანოზი, ჰეპატოციტების დისფუნქცია; პროგრესირებადი ჰიპერრეფლექსია, რასაც თან ახლავს ჰემატოლოგიური დარღვევები, პლაცენტის აცლა, ნაყოფის ინტრანატალური სიკვდილი.

ეკლამპსიის ნიშნებია: მოკლე პროდრომული პერიოდი, რომელიც გამოიხატება სახის პასტოზობით, კუნთთა გერელე ფიბრილაციით, პირიდან ქაფით, რასაც თან მოსდევს ცნობიერების დაკარგვა და ღრმა კუნთების ტონური შეკუმშვა, რომელიც სწრაფად გადადის რითმულ ტონოკლონურ კრუნჩხვებში. შეტევა 1-1,5 წთ გრძელდება, რომლის დროსაც ორსული არ სუნთქავს, ცნობიერება დაბინდული აქვს. აღნიშნული მდგომარეობიდან გამოსვლის პერიოდში:

- ორსულს უნდა შევურჩიოთ ისეთი მდებარეობა, რომ არ დაზიანდეს;
- შევამციროთ ასპირაციის რისკი (პირის გაღება, ენის დაჭერა, ზედა სასუნთქი გზების გათავისუფლება);
- პარალელურად ვენაში დიაზეპამის შეყვანა (დიაზეპამი უნდა გაკეთდეს არა კრუნჩხვის, არამედ პაუზის დროს! რომ არ გამოვიწვიოთ ხელოვნურად სუნთქვის დამბლა);
- ჟანგბადის მიწოდება;
- მომზადება ოპერაციისათვის.

სამკურნალო საშუალებები, რომელიც გამოიყენება პრეეკლამპსიის დროს:

- მაგნიუმის სულფატი - 25% ხსნარის გადასხმა (2-3 გ/სთ-ში);
- ნიფედინი (10 მგ პერ ოს 20 წთ-ში ერთხელ) ან ჰიდრალაზინი (5-10 მგ 20 წთ-ში 1-ჯერ);
- დიაზეპამი (5-10 მგ).

შენიშვნა: მაგნეზიის გადამეტება იწვევს ღრმა მყესოვანი რეფლექსების გაქრობას, რესპირატორულ დეპრესას და საბოლოოდ, სუნთქვის შეჩერებას. შესაძლოა მკურნალობის პროცესის უსაფრთხო მონიტორინგი კვირისტავის რეფლექსის პერიოდული შემოწმებით და სუნთქვის დათვლით. ანტაგონისტია კალციუმის გლუკონატი.

7. ნაადრევი მშობიარობა და ვადაგადაცილებული ორსულობა.

ნაადრევი მშობიარობა განისაზღვრება როგორც მშობიარობა ორსულობის 37 კვირის შესრულებამდე (24-27 კვირამდე)

კლინიკური ნიშნები:

- ტკივილი მუცლის და წელის არეში (მოვლითი);
- გულისრევა, პირღებინება;
- სისხლიანი ჩამონაშალი;
- ნაყოფის მოძრაობის აქტივობის შესუსტება.

დიაგნოზი: ვაგინალური გასინჯვით.

მკურნალობა: ტოკოლიტიკებით, ნიფედინით, ინდომეტაცინით, კორტიკოსტეროიდებით (ნაყოფის ფილტვების მომწიფებისათვის) უკუჩვენებების გათვალისწინებით ექიმის მეთვალყურეობის ქვეშ. ასევე ყველა იმ სომატური პათოლოგიის მკურნალობა, რომელიც აქვს ქალს და რომელიც შეიძლება გახდეს ნაადრევი მშობიარობის მიზეზი.

ვადაგადაცილებული ორსულობა - ნიშნავს, რომ ორსულობის ხანგრძლივობა არის 42 კვირა და მეტი. არჩევნად ნამდვილ (ბიოლოგიურ) ვადაგადაცილებას და გახანგრძლივებულ (პროლონგირებულ) ორსულობას.

კლინიკური ნიშნები:

- სამშობიარო მოქმედების დაწყების გადავადება, მუცლის გარშემონერილობის შემცირება სანაყოფე სითხის რეზორბციის შედეგად;
- ნაყოფის მოძრაობითი აქტივობის დაქვეითება;
- ვაგინალურად - ნაყოფის ქალას ძვლების გამკვრივება;
- ამნიოსკოპით: მწვანე, ბლანტი, შემცირებული სანაყოფო წყლები.

დიაგნოზი: ულტრაბგერითი გამოკვლევით, ნაცხის ციტოლოგიით ან ამნიონური სითხის ციტოლოგიური

გამოკვლევით დასტურდება. ჩარევა: სამშობიარო მოქმედების ხელოვნურად აღძვრისათვის ოპტიმალურ ვადად 42 კვირამდე (41-42 კვ) პერიოდი არის მიჩნეული.

8. მრავალნაყოფიანი ორსულობა - როდესაც ერთი განაყოფიერებული კვერცხიდან ვითარდება რამოდენიმე ემბრიონი ან განაყოფიერდება ორი და მეტი მომწიფებული კვერცხი. ორკვერცხიანი ტყუპის დროს თითოეული სანაყოფე კვერცხი საშვილოსნოს მოსავარდნ გარსში ჩანერგვის შემდეგ წარმოქმნის თავის წყლოვან და ბუსუსოვან გარსებს, რომელთაგან შემდგომ ვითარდება თითოეული ნაყოფისათვის თავისი პლაცენტა დამოუკიდებელი ფეტალური სისხლძარღვოვანი ქსელით. ორკვერცხიანი ტყუპები შეიძლება იყვნენ ერთსქესიანი და სხვადასხვა სქესიანი.

ერთკვერცხიანი ტყუპი შეიძლება იყოს ბიამნიონური და მონოამნიონური (საერთო ღრუ ორივე ჩანასახისათვის). დიაგნოზი - ძირითადად ულტრაბგერითი გამოკვლევით დგინდება, თუმცა შესაძლოა გარეგანი გასინჯვით და განსხვავებული გულის ტონების მოსმენითაც დაისვას.

მოსალოდნელი გართულებებია: ნაადრევი მშობიარობა, სანაყოფე წყლების ნაადრევი დაღვრა, პლაცენტის ნაადრევი აცლა, სისხლდენა, უფრო იშვიათად ნაყოფების შეზრდა და სხვ. ანტენატალური მეთვალყურეობა და მკურნალობის ტაქტიკა განისაზღვრება სამეანო სიტუაციის მიხედვით. საჭიროებისამებრ, რეფერალის უზრუნველყოფით.

II თავი მშობიარობა

მშობიარობა უნდა განვიხილოთ როგორც ფიზიოლოგიური პროცესი, რომელიც ვითარდება ორსული ქალის ორგანიზმში მიმდინარე რთული ნეიროენდოკრინული ცვლილებების შედეგად და რომლის დროსაც ხდება როგორც ნაყოფის, ისე მისი დამატებითი ემბრიონალური წარმონაქმნების (პლაცენტა, გარსები, სანაყოფო წყალი) გამოძევება საშვილოსნოდან.

მშობიარობის წინამორბედი ნიშნები:

- ორსული ქალის სხეულის სიმძიმის ცენტრის წინ გადანაცვლება;
- საშვილოსნოს ფუძის დაწევა და სუნთქვის გაადვილება;
- სქელი ლორწოვანი გამონადენი („ლორწოვანი საცობი“) საშოდან;
- ჭიპის ამობურცვა;
- მუცლის ქვემოთ და გავა-წელის არეში არა-რეგულარული ტკივილის დაწყება, რომელიც თანდათან მოვლითი ხასიათის რითმულ ტკივილებში გადადის;
- საშვილოსნოს ყელის „სიმწიფე“ ვაგინალური გასინჯვით (ყელი ცენტრირებული, ოდნავ დამოკლებული და დარბილებული).

მშობიარობის აქტი განიხილება, როგორც 3 კომპონენტის (3P) ურთიერთქმედება:

- Power - გამომძევებელი ძალები;
- Pelvis - სამშობიარო არხი;
- Passenger - მშობიარობის ობიექტი (ნაყოფი).

1. გამომძევებელ ძალებია:

- შეტევები.
- ჭინთვები.

სამშობიარო შეტევები ვითარდება საშვილოსნოს შეკუმშვის შედეგად მშობიარობის დაწყებისთანავე. იგი არის ნებითი, ხშირად მტკივნეული და ატარებს პერიოდულ ხასიათს. შეტევებს შორის შუალედს პაუზა ეწოდება.

ჭინთვები - არის არა მარტო საშვილოსნოს მუსკულატურის, არამედ მუცლის პრესის და დიაფრაგმის კუნთების რითმული შეკუმშვის შედეგი. ყოველ შეტევას ახასიათებს განვითარების 3 სტადია:

- საშვილოსნოს შეკუმშვათა ინტენსივობის თანდათანობითი გაზრდა;
- მაქსიმალური დაჭიმულობა;
- თანდათანობითი მოდუნება.

თუ დასაწყისში შეტევათა ხანგრძლივობა 6-10 წმ-ს შეადგენს, შემდგომში იგი 50-55 წმ-მდე იზრდება, ხოლო შეტევებს შორის პაუზა მცირდება. ამ ვითარებაში საშვილოსნოს კუნთში 2 პროცესი მიმდინარეობს:

- ყოველი კუნთოვანი ბოჭკოს და პლასტის შეკუმშვა (კონტრაქცია);
- კუნთოვანი პლასტების ადგილის გადანაცვლება ერთმანეთის მიმართ (რეტრაქცია).

აღნიშნული პროცესები საბოლოოდ ინვევენ ქვედა სემენტის გადაჭიმვას, საშვილოსნოს ყელის გადასწორებას და გახსნას.

2. სამშობიარო არხი

სამშობიარო არხს წარმოადგენს:

- ქალის მენჯი.
- მენჯის ფუძე.

მენჯი იყოფა დიდ და მცირე მენჯად, რომლებიც ერთმანეთისაგან გამოყოფილია მენჯის შესავლის სიბრტყით. მეანობაში მნიშვნელოვანი როლი მცირე მენჯს ენიჭება, რომელშიც არჩევენ:

- შესავლის სიბრტყეს;
- გამოსავლის სიბრტყეს;
- მენჯის ღრუს (ფართო და ვიწრო ნაწილის სიბრტყეებით).

ცხრილი 16. მენჯის ზომები სიბრტყეების მიხედვით

მენჯის სიბრტყეები	ზომები (სმ)		
	პირდაპირი	გარდიგარდმო	ირიბი
შესავალი	11	13	12/12
ფართო ნაწილი	12,5	13,5	-
ვიწრო ნაწილი	11	10,5	-
გამოსავალი	9,5-11,5	11	-

ამერიკული სკოლა გამოჰყოფს დონეებს მცირე მენჯში:

- სიბრტყე, რომელიც საჯდომ წვეტებზე გაივლის არის 0-ვანი დონე;
- სიბრტყეებს, რომლებიც გადის 1, 2, 3 სმ-ით მაღლა 0-ვანი დონიდან, აღნიშნავენ როგორც -1, -2, -3 დონეებს (შესაბამისად);
- სიბრტყეებს, რომლებიც გადის 1, 2, 3 სმ-ით ქვევით 0-ვანი დონიდან, აღნიშნავენ როგორც +1, +2, +3 დონეებს (შესაბამისად). +3 დონე ნიშნავს, რომ ნაყოფის წინამდებარე ნაწილი მოთავსებულია შორისზე.

მენჯის ფუძე შედგება კუნთების 3 შრისაგან, რომელიც ფასციებით არის შემოსაზღვრული:

- გარეთა შრე;
- შუა შრე (შარდ-სასქესო დიაფრაგმა);
- შიგნითა შრე (მენჯის დიაფრაგმა) - შედგება ყითას ამწევი წყვილი კუნთებისაგან (ლევატორები).

3. მშობიარობის ობიექტი - ნაყოფი მშობიარობის მომენტისათვის აღწევს საშუალოდ 3-3,5 კგ-ს, სიგრძე 50-52 სმ, თავის დიამეტრი 12 სმ, მხრების განივი ზომა 11-12 სმ, მანძილი მენჯ-ბარძაყის სახსრებს შორის 10 სმ. ნაყოფის თავის ქალას ძვლები (შუბლის, თხემის, საფეთქლის, კეფის) ერთმანეთთან შეერთებულია ყიფლიბანდებით (დიდი და მცირე) და ნაკერებით, რომელთაც საორიენტაციო მნიშვნელობა აქვს პრაქტიკაში (მათგან განსა-

კუთრებით უნდა გამოიყოს ისრისებური/საგიტალური ნაკერი, რომელიც თხემის ძვლებს აერთებს).

ნაყოფის თავის დამოკიდებულება მენჯის სიბრტყისადმი ისაზღვრება ვაგინალური გასინჯვით:

ნაყოფის თავი მენჯის შესავალთან - ნიშნავს, რომ თავი მენჯის შესავალთანაა, მოძრავი; ისრისებრი ნაკერი გარდღიგარდმო ზომაშია, დაახლოებით თანაბრადაა დაშორებული სიმფიზისა და კონცხისაგან. დიდი და მცირე ყიფლიბანდები განლაგებულია ერთ დონეზე.

ნაყოფის თავი მცირე სეგმენტით მენჯის შესავალში

თავი ფიქსირებულია, მისი მცირე სეგმენტი განთავსებულია მენჯის შესავლის სიბრტყის ქვემოთ. ვაგინალური გასინჯვისას შეიძლება ბოქვენის სიმფიზის შიგნითა ზედაპირის და კონცხის პალპირება. ისრისებრი ნაკერი გარდღიგარდმო (ან ოდნავ ირიბ) ზომაშია. დიდი ყიფლიბანდი მცირე ყიფლიბანდზე მაღლაა (თავის მოხრის ხარჯზე).

ნაყოფის თავი დიდი სეგმენტით მენჯის შესავალში

ნაყოფის თავის დიდი ნაწილი განთავსებულია მენჯის შესავლის სიბრტყის ქვემოთ. ადვილად მიღწევადია საჯდომი წვეტები. საგიტალური ნაკერი ირიბ ზომაშია.

ნაყოფის თავი მცირე მენჯის ფართო ნაწილში

ვაგინალური გასინჯვისას შეიძლება სიმფიზის ქვედა მესამედი, გავის IV და V მალეების და საჯდომი წვეტების პალპირება. ისრისებრი ნაკერი ირიბ ზომაშია.

ნაყოფის თავი მენჯის ვიწრო ნაწილში

ვაგინალური გასინჯვით აღარ შეიძლება სიმფიზის შიგნითა ზედაპირის გასინჯვა. ისრისებრი ნაკერი ირიბ ზომაშია.

ნაყოფის თავი მენჯის გამოსავალში

შეუძლებელია საჯდომი წვეტების გასინჯვა. საგიტალური ნაკერი მენჯის გამოსავლის პირდაპირ ზომაშია.

ცხრილი 17. დროული ნაყოფის თავის ზომები

ზომების დასახელება	მანძილი (განმარტება)	ზომა (სმ)
პირდაპირი	წარბსაყარიდან კეფის ბორცვამდე	12
ვერტიკალური	ენის ქვეშა ძვლიდან დიდი ყიფლიბანდის შუა წერტილამდე	9,5
დიდი ირიბი	ნიკაპიდან კეფის ყველაზე დაშორებულ წერტილამდე	13,5
მცირე ირიბი	დიდი ყიფლიბანდის წინა კიდიდან კეფქვეშა ფოსომდე	9,5
საშუალო ირიბი	შუბლის თმიანი ნაწილის საზღვრიდან კეფქვეშა ფოსომდე	9,5-10,5
დიდი გარდი-გარდმო	თხემის ბორცვებს შორის	9,5
მცირე გარდი-გარდმო	გვირგვინოვანი ნაკერის ყველაზე დაშორებულ წერტილებს შორის	8

მშობიარობის პროცესი

მშობიარობის პროცესი იყოფა 3 პერიოდად:

- **გახსნის პერიოდი**, რომლის დროსაც ცერვიკალური არხი იმდენად ფართოვდება, რომ ნაყოფს საშუალებას აძლევს მასში გაიაროს.
- **გამოძევების პერიოდი** - როდესაც ნაყოფი გამოიღვენება სამშობიარო გზებიდან.
- **მომყოლის პერიოდი** - როდესაც ხდება საშვილოსნოს კედლებიდან პლაცენტის მოცილება და გარეთ გამოსვლა.

ცხრილი 18. თითოეული პერიოდის ხანგრძლივობა

პერიოდები	პირველი მშობიარობა	განმეორებითი მშობიარობა
გახსნის	12-14 სთ	6-10 სთ
გამოძევების	60 წთ	30 წთ >
მომყოლის	20-30 წთ ან 5-15 წთ (აქტიური მართვის დროს)	20-30 წთ ან 5-15 წთ (აქტიური მართვის დროს)

1. გახსნის, ანუ პირველი პერიოდი - არის დრო რეგულარული სამშობიარო მოქმედების დაწყებიდან საშვილოსნოს ყელის სრულ გახსნამდე. მას ჰყოფენ ორ ფაზად:

ლატენტური ფაზა - პერიოდი რეგულარული ტკივილების დაწყებიდან საშვილოსნოს ყელში სტრუქტურული ცვლილებების გამოვლენამდე (3-4 სმ-დე გახსნა). პირველმშობიარეში საშუალო ხანგრძლივობა უდრის 6,4 სთ-ს, ხოლო განმეორებითში 4,8 სთ-ს.

აქტიური ფაზა - პერიოდი, რომელიც საშვილოსნოს შეკუმშვების სიხშირის, ინტენსივობის ზრდით (ხანმოკლე ინტერვალები) მიმდინარეობს და მთავრდება საშვილოსნოს ყელის 4 სმ-დან 10 სმ-მდე გახსნით. ნორმაში გახსნის სიჩქარე პირველმშობიარეში არის 1-1,5 სმ/სთ-ში, განმეორებითში 2-2,5 სმ/სთ-ში.

2. გამოძევების (ანუ მეორე) პერიოდი - იწყება საშვილოსნოს ყელის სრული გახსნის მომენტიდან და მთავრდება ნაყოფის დაბადებით. მეორე პერიოდში ნაყოფის წინამდებარე ნაწილი (თავი) გაივლის სამშობიარო არხს, ასრულებს რა შემდეგ მოძრაობებს:

- მოხრა;
- შინაგანი ბრუნვა (სწორი როტაცია კეფით სიმფიზისაკენ);
- გაშლა;
- გარეგანი ბრუნვა (I პოზიციის დროს ნაყოფი პირისახით ბრუნდება დედის მარჯვენა ბარძაყისაკენ, II პოზიციის დროს მარცხნივ).

შენიშვნა: აღნიშნულ ბიომექანიზმს ეწოდება წინა სახე, რომელიც ყალიბდება 98%-ში, 2%-ში კი ნაყოფის თავი მენჯის ღრუში აწარმოებს არასწორ როტაციას ანუ მცირე ყიფილიბანდი ბრუნდება გავის ძვლისაკენ (უკანა სახე). ნორმალური ბიომექანიზმის აღნიშნული ვარიანტის შემთხვევაში ნაყოფის თავი მცირე მენჯში გავლის დროს ასრულებს შემდეგ მოძრაობებს:

- მოხრა;
- შინაგანი ბრუნვა (არასწორი როტაცია);
- დამატებითი (მაქსიმალური) მოხრა;
- გაშლა;
- გარეგანი ბრუნვა;

მეორე პერიოდში არჩევენ ორ ფაზას:

- ტრანზიტორული;
- ექსპულსიური.

ტრანზიტორული ფაზის დროს სამშობიარო მოქმედება აღწევს პიკს. შეტევები მეორდება 2-3 წთ-ში და გრძელდება - 60-90 წმ-ის ხანგრძლივობით. ფაზის დასასრულისათვის ნაყოფის თავის ისრისებრი ნაკერი ირიბი ზომიდან გადადის გამოსავლის სიბრტყის პირდაპირ ზომაში.

ექსპულსიურ ფაზაში - მშობიარეს ეწყება ჭინთვები. წინამდებარე თავი შეტევის დროს ჩნდება სასქესო ნაპრალში, ხოლო შეტევათა შორის შუალედში - იმალება (ე.წ. „შეტრა), რასაც მოსდევს „გამოჭრა“, როდესაც პაუზის დროს ნაყოფის თავი აღარ იმალება სასქესო ნაპრალში. შორისი ამ დროს მაქსიმალურად არის გადაჭიმული. კეფით წინამდებარეობის წინა სახის დროს ნაყოფის თავი გამოიჭრება მცირე ირიბი ზომით (32 სმ), უკანა სახის შემთხვევაში - საშუალო ირიბი ზომით (33 სმ). შეტრისა

და გამოჭრის ფაზებს მოსდევს თავის დაბადება/გარეგანი ბრუნვა პოზიციების მიხედვით და მხრების შინაგანი ბრუნვა. მხარები დგება მცირე მენჯის გამოსავლის სიბრტყის პირდაპირ ზომაში. წინა მხარი მიეზინება ბოქვენის სიმფიზის ქვედა კიდეს, რის შემდეგაც შორისს ამოსცდება უკანა მხარი. შემდგომ ნაყოფი იბადება ყოველგვარი ბრუნვის გარეშე.

3. მომყოლის (ანუ მესამე) პერიოდი - ეს არის დრო პლაცენტის დაბადებამდე. ნაყოფის გამოძევების შემდეგ საშვილოსნოს შეკუმშვები განახლდება და იწყება პლაცენტის აშრეების ნიშნების გამოვლენა:

- საშვილოსნოს ფუძე აიწვეს ჭიპამდე;
- საშოდან იწყება სისხლდენა;
- ჭიპლარის გარეთა (ხილული) ნაწილი დაგრძელდება.

მესამე პერიოდს ყოფენ 3 ფაზად:

- ლატენტური;
- გამოყოფის;
- გამოდენის (ექსპულსიური).

ლატენტური ფაზა - არის პერიოდი ნაყოფის გამოძევებიდან პლაცენტის აშრეებამდე (ხანგრძლივობა საშუალოდ 141 წმ) აშრეება შეიძლება 2 გზით მოხდეს:

- ცენტრალური ანუ შულცის წესით (წარმოიქმნება რეტროპლაცენტარული ჰემატომა. მზარდი ჰემატომა შემდგომ აშრეებას განაპირობებს);
- პერიფერიული ანუ დუნკანის წესი (აშრეება იწყება კიდიდან, სისხლი პირდაპირ გამოდის გარეთა სასქესო ორგანოებიდან და რეტროპლაცენტარული ჰემატომა არ წამოიქმნება). ამასთან, სისხლდენა იწყება მომყოლის მოცილების დანყებისთანავე.

გამოყოფის ფაზა - არის პერიოდი აშრეებიდან პლაცენტის გამოდენამდე (საშუალოდ 50 წმ-დან 2 სთ-მდე).

ექსპულსიური ფაზა - როდესაც პლაცენტა სრულიად გამოიდევენება საშვილოსნოდან (საშუალო ხანგრძლივობა 8,5 წმ). ცენტრალური აშრევენების დროს პლაცენტა გამოძვედება ნაყოფისმხრივი, ხოლო კიდიითი აშრევენებისას დედისმხრივი ზედაპირით.

მომყოლის მოცილების შემდეგ საშვილოსნო ძლიერად იკუმშება, რაც წარმოადგენს პლაცენტარული მოედნიდან სისხლდენის შეჩერების ძირითად მექანიზმს. საშვილოსნოს კუნთოვანი ბოჭკოების შეკუმშვით ხდება სისხლძარღვთა სანათურების მიტყლეტა, რაც აადვილებს მათში ფიბრინის კოლტების წარმოქმნას.

მშობიარობის მართვა

მშობიარობის მართვის პროცესში აუცილებელია ქალის უფლებების გათვალისწინება;

მშობიარე ქალს უფლება აქვს:

- აირჩიოს ექიმი და ადგილი მშობიარობისათვის;
- ჰქონდეს განსხვავებული შეხედულებები და მოიძიოს მეორე აზრი;
- აირჩიოს მშობიარობის მეთოდი;
- აირჩიოს პოზიცია მშობიარობის დროს;
- აირჩიოს გაუტკივარების მეთოდი/ან უარი თქვას ტკივილგამაყუჩებლების რუტინულ გამოყენებაზე;
- მოითხოვოს ოჯახის წევრების დასწრება მშობიარობაზე;
- მოითხოვოს პრივატულობის და კონფიდენციალობის დაცვა;
- მიიღოს შესაბამისი ინფორმაცია მედ. პერსონალისაგან და მის საფუძველზე მიიღოს გააზრებული გადაწყვეტილებები.

მშობიარე ქალის ინფორმირება

- თითოეული ქალი ინფორმირებული უნდა იყოს ყველა შეთავაზებული პროცედურის ნაკლისა და უპირატესობის თაობაზე;

- მოვლის დონე, რომელიც შესაძლოა დასჭირდეს ქალს, წინასწარ უნდა იქნას პროგნოზირებული;
- ქალმა უნდა იცოდეს მშობიარობის წარმართვის სხვადასხვა შესაძლო გზის შესახებ;
- ქალს უფლება აქვს მიიღოს მისთვისა და ბავშვისათვის უსაფრთხო ინფორმირებული გადაწყვეტილება;
- ინფორმაციის მიღების შემდეგ ქალს აქვს მკურნალობაზე უარის თქმის უფლება;
- ქალი ჩართული უნდა იყოს მშობიარობის მართვასთან დაკავშირებული გადაწყვეტილების მიღების პროცესში.

მშობიარობის მართვის რეკომენდაციები (ჯანმო-ს მიხედვით)

- მშობიარობის პროცესში ნათესავების დასწრების შესაძლებლობა ქალის არჩევანის შესაბამისად და მშობიარობის შემდგომ პერიოდში მნახველთა თავისუფალი დაშვება;
- ბოქვენის რუტინული გაპარსვა, გამწმენდი ოცნის რუტინული გამოყენება მშობიარობის წინ - საფუძველს მოკლებულია;
- ლითოტომური პოზიცია როგორც ერთადერთი შესაძლო - ქალს არ უნდა შეეთავაზოს;
- უარი უნდა ითქვას რუტინულ ეპიზოტომიაზე;
- უარი უნდა ითქვას ტკივილგამაყუჩებლების რუტინულ გამოყენებაზე;
- ქალმა უნდა იმშობიაროს უსაფრთხოდ;
- ჯანმრთელი ახალშობილი უნდა იმყოფებოდეს დედასთან ერთად.

ჯანმოს განმარტებით უსაფრთხო მშობიარობა ნიშნავს:

- სუფთა მშობიარობას;
- ჩატარებულს შესაბამისად მომზადებული პირის მიერ;
- კვალიფიციური/სპეციალიზირებული სამედიცინო დახმარების ხელმისაწვდომობას (გართულების მაღალი რისკის, ან პათოლოგიის განვითარების შემთხვევაში განგრძობად დახმარებას).

მშობიარობის მართვის სტილი - არსებობს ტრადიციული და ოჯახზე ორიენტირებული მოდელები.

ცხრილი 19. პერინატალური დახმარების 2 მოდელი.

ტრადიციული	ოჯახზე ორიენტირებული
დედა/ბავშვი განიხილება, როგორც პაციენტი	დედა/ბავშვი/მედპერსონალი - ერთი გუნდის წევრებია
მშობიარობის სხვადასხვა ეტაპი სხვადასხვა ოთახში მიმდინარეობს	მშობიარობა ერთ ოთახში მიმდინარეობს
დედა/ბავშვი ცალ-ცალკე პალატებში თავსდება	დედა/ბავშვი ერთ პალატაში არიან განთავსებული
ნათესავებთან შეხვედრა იკრძალება	ნათესავები ჩართულნი არიან და ეცნობიან დედა/ბავშვის მდგომარეობას
ხდება მამის ინფორმირება მშობიარობის მიმდინარეობის შესახებ	მამა მონაწილეობს მშობიარობაში

1. მშობიარობის პირველი პერიოდის მართვა

მშობიარობის I პერიოდში მედ. პერსონალის წინაშე დგას შემდეგი **ამოცანები**:

- მუდმივი დაკვირვება და მშობიარესათვის ფსიქოლოგიური მხარდაჭერის აღმოჩენა;
- მშობიარობის პროგრესის შეფასება, ფიზიოლოგიური მშობიარობის ნიშნების იდენტიფიცირება;
- ნორმიდან გადახრის დროული გამოცნობა - ჩარევის მიზნით;
- ნაყოფის მდგომარეობაზე დაკვირვება;
- ადექვატური და დროული გაუტკივარება ქალის სურვილის გათვალისწინებით;
- მშობიარესა და მისი პარტნიორისათვის საჭირო ინფორმაციის მიწოდება კონკრეტული სიტუაციის მიხედვით;

- საკმარისი ოდენობით სითხეების მიწოდება/გადასხმა კეტოაციდოზის თავიდან ასაცილებლად.

ფიზიოლოგიურად მიმდინარე მშობიარობის ნიშნებია:

- სპონტანური (თვითნებური) დაწყება;
- ერთი ნაყოფი - თავით წინამდებარეობით;
- გესტაციის ვადა 37-42 კვირა;
- ანამნეზში ბუნებრივი მშობიარობა და რაიმე ჩარევის არ არსებობა;
- დედის და ნაყოფის დამაკმაყოფილებელი მდგომარეობა.

ხანგრძლივობა 12 სთ (პირველი მშობიარობა) და 8 სთ - განმეორებითი მშობიარობის დროს.

მშობიარობის I პერიოდის მართვის ძირითადი პრინციპებია:

- ოყნის და გაპარსვის რუტინული დანიშვნის გარეშე;
- ინდივიდუალურ სამშობიარო ოთახში მშობიარობა;
- მოვლა „ერთი ქალი - ერთი მეანი“;
- პარტნიორის მონაწილეობა მშობიარობაში;
- მსუბუქი კვების და წყლის მიღების ნების დართვა იმ შემთხვევაში, თუ არაა მოსალოდნელი ზოგადი ანესთეზია (მენდელსონის სინდრომის საპროფილაქტიკოდ);
- ვერტიკალური პოზიცია და მოძრაობა - დასაშვებია ყველა ის პოზიცია, რომელშიც ქალი თავს კომფორტულად გრძნობას: სიარული, ჯდომა, გვერდზე წოლა და ა.შ;
- დემედიკალიზაცია;
- გაუტკივარების არამედიკამენტოზური მეთოდები;
- პრინციპი: „დააკვირდი და დაიცადე“;
- ქალის ჩართვა გადაწყვეტილების მიღებაში.

შენიშვნა: კვლევით იქნა დადგენილი, რომ:

- **გაპარსვა:** არ ამცირებს ინფექციის რისკს, იწვევს კანის მთლიანობის დარღვევას და გაღიზიანებას, არის დამამცირებელი პროცედურა;
- **ოყნა** ასევე არ იცავს ფეკალური დაბინძურებისა და ინფექციისაგან. არაა დასაბუთებული მისი რუტინულად გამოყენების აუცილებლობა;

- **პოზიციები** პირველ პერიოდში - ვერტიკალური მდგომარეობა/სიარული: განაპირობებს ტკივილების ხანგრძლივობის შემცირებას, ანალგეტიკების და ოქსიტოცინის ნაკლებად გამოყენებას, ნაყოფის გულისცემის რითმის დარღვევის გაცილებით მცირე შემთხვევებს;
- **პარტნიორის** მონაწილეობა მშობიარობის I პერიოდში მნიშვნელოვნად აუმჯობესებს მშობიარე ქალის თვით-გრძნობას, ამცირებს ჰიპოქსიაში დაბადებულ ბავშვთა ხვედრით წილსა და ანალგეზიაზე მოთხოვნილებას;
- ქალებს, რომელთაც ჰქონდათ მუდმივი მხარდაჭერა „ერთი ქალი - ერთი მეანი“, სპონტანური დაწყება მშობიარობისა უფრო ხშირად აღენიშნებოდათ და ნაკლებად სჭირდებოდათ მედიკამენტოზური გაუტკივარება.

გარემო მშობიარობისათვის:

- ინდივიდუალური სამშობიარო ოთახი;
- სუფთა, თუმცა არა სტერილური;
- თბილი ($t^{\circ} - 25^{\circ}C$), ორპირი ქარის გარეშე (ვადამდელო მშობიარობის შემთხვევაში ტემპერატურა უნდა იყოს არანაკლებ $28^{\circ}C$ -ისა);
- კარგად განათებული;
- აღჭურვილი თავისუფალი პოზიციების არჩევისათვის;
- სარეანიმაციო აღჭურვილობით დედისა და ბავშვისათვის (სამკურნალო პრეპარატების საბაზისო ნაკრებით);
- გარემო მაქსიმალურად მიახლოებული „ოჯახურ-თან“;
- მომზადებული მედ. პერსონალი.

პირველ პერიოდში მშობიარობის მიმდინარეობის ასახვა - ხდება პარტოგრამაზე (გრაფიკულად, რომელიც საშუალებას იძლევა სწრაფად, ვიზუალურად შეფასდეს საშვილოსნოს ყელის გახსნის სიჩქარე ნორმასთან შედარებით, შეკუმშვების სიხშირე და ძალა, თავის წინმსვლელობა, სანაყოფე წყლების მოცულობა და ფერი. ქა-

ლის მდგომარეობის ვიტალური მაჩვენებლები (AD, PI, t°) და ა.შ. პარტოგრამაზე მონაცემთა დატანა ხდება შემდეგი წესით:

1. შემოსვლის დრო ჩაიწერება გრაფაში „შემოსვლის დრო“;
2. გრაფა „დრო“ ივსება პირველად და კიდით ხაზზე იწერება ის დრო, როდესაც დაიწყო მშობიარობის I პერიოდი (ლატენტური ფაზა) ანუ საშვილოსნოს ყელის გახსნა 0-3 სმ-ზე;
3. გრაფაში „სანაყოფო წყლები“ იწერება:
 - C თუ წყლები გამჭვირვალეა;
 - B თუ წყლებში სისხლია შერეული;
 - M თუ წყლები მეკონიუმ ნარევია;
 - I როცა ბუშტი მთელია;
4. გრაფაში „თავის კონფიგურაცია“ - იწერება:
 - 0 - ე.ი. კონფიგურაცია არაა;
 - (+) - თუ თხემის ძვლები ერთმანეთთან არის მიახლოვებული;
 - (++) - თუ თხემის ძვლები გადადის მცირედ ერთმანეთზე;
 - (+++)
5. გრაფა „საშვილოსნოს ყელის გახსნა“ - აღინიშნება (X) ნიშნით შესაბამისი საათის და ხაზის გადაკვეთაზე (იმ ფაზის მიხედვით, რომელშიც არის მშობიარე). ლატენტური ფაზიდან თუ აქტიურ ფაზაში გადადის მშობიარობა იგივე პუნქტირით გადავა მეორე ხაზზე - ე.წ. „სიფხიბლის ხაზზე“.
6. გრაფა „ნაყოფის თავის წინმსვლელობა“ - აღინიშნება 5/5-ით შემოხაზული წრე შესაბამისი საათის გადაკვეთის ადგილზე:
თუ თავი მოძრავია შესავალთან იქნება 5/5 და წრე შემოიხაზება შესაბამისი საათის და რიცხვი „5“-ის გადაკვეთაზე;

- თუ თავი მცირე სეგმენტითაა. იქნება 4/5 და წრე შემოიხაზება შესაბამისი საათის და რიცხვი „4“-ის გადაკვეთაზე;
 - თუ თავი დიდი სეგმენტითაა. იქნება 3/5 და წრე შემოიხაზება შესაბამისი საათის და რიცხვი „3“-ის გადაკვეთაზე;
 - თუ თავი ღრუშია იქნება 2/5 და შემოიხაზება „2“;
 - თუ თავი გამოსავალშია იქნება 1/5 და შემოიხაზება „1“.
7. გრაფა „საშვილოსნოს შეკუმშვები 10 წთ-ში ერთხელ“ რამდენია. თუ არის 20-25“ აღინიშნება შტრიხით (/), თუ 40-50“ მაშინ მთლიანად გაფერადდება იმდენი უჯრა, რამდენი შეკუმშვაც მოხდა 10 წთ-ში (ვერტიკალურად);
 8. „ოქსიტოცინი“ თუ შეგვყავს შესაბამის საათზე ავლნიშნავთ და გავაფერადებთ ჰორიზონტალურად რამდენი საათიც მიმდინარეობს გადასხმა;
 9. თუ სხვა რაიმე წამალი გაუკეთდა, უნდა ჩაიწეროს დასახელება და რაოდენობა გრაფაში „მიღებული წამლები“;
 10. გრაფაში (პულსი და AD) - პულსი აღინიშნება შესაბამისი საათის გადაკვეთაზე წერტილით, ხოლო AD I-ხაზით, რომლის ზედა ბოლო აღნიშნავს სისტოლურ წნევას, ქვედა ბოლო კი დიასტოლურს;
 11. „ტემპერატურა“ - იწერება პირდაპირ რიცხვი;
 12. შარდი - შესაბამის საათზე იწერება ცილა და რაოდენობა (თუ ნეფროპათიაა), თუ არა მხოლოდ რაოდენობა.

შენიშვნა:

ლატენტურ ფაზაში იგულისხმება: საშვილოსნოს ყელის გახსნა 0-3 სმ-მდე და არარეგულარული ან სუსტი ინტენსივობის სამშობიარო მოქმედება.

P.V. გასინჯვა ნორმალური მიმდინარეობის დროს 4 სთ-ში 1-ჯერ.

გაუტკივარების არაფარმაკოლოგიური მეთოდები მშობიარობის | პერიოდში

- რელაქსაცია, მშობიარეს მდგომარეობის ცვლა;
- შეხება/მასაჟი, აკუპუნქტურა ან აკუპრესურა;
- ზენოლა გავის არეში (კონტრდანოლა);
- წყლის პროცედურები (აბაზანა, შხაპი);
- ცივი და ცხელი წყლის კომპრესი (კანის გაცივება/შეთბობა);
- ჰიპნოზი. ყურადღების კონცენტრირება/გადატანა ხმოვან გამღიზიანებლებზე (მუსიკა).

2 მშობიარობის მეორე პერიოდის მართვა

მეორე პერიოდის მართვის ძირითადი პრინციპებია:

- მშობიარობა სუფთა, მაგრამ არა სტერილური;
- თავისუფალი პოზიცია;
- არ ვუხელმძღვანელოთ ჭინთვებს - არ შევზღუდოთ თვითნებურად II პერიოდის ხანგრძლივობა;
- ვაკონტროლოთ ნაყოფის გულისცემა ყოველი ჭინთვის შემდეგ;
- არ ვანარმოთ ეპიზოტომია რუტინულად;
- მეორე პერიოდი წარვმართოთ მშობიარესთან მუდმივი კონტაქტით.

შენიშვნა: 1. სუფთა მშობიარობა ნიშნავს:

- სუფთა ხელეებს;
- სუფთა ზედაპირებს;
- ჭიპლარის სუფთად გადაჭრას.

2. რეკომენდებულია თითოეული კონკრეტული მშობიარობის დროს შეირჩეს შორისის დაცვის საუკეთესო მეთოდი. იმ შემთხვევაში, თუ შორისის მოსალოდნელი ჩახვევის ნიშნები გამოჩნდა, საჭიროა ნაწარმოებ იქნას პერინეო - ან ეპიზოტომია ადგილობრივი ანალგეზიის ქვეშ (თუ მშობიარობა არ მიმდინარეობს ეპიდურალური გაუტკივარების ფონზე).

ეპიზიოტომია - ეს არის შორისის ჩაჭრა მშობიარობის დროს, სამშობიარო გზების გაფართოების მიზნით. ეპიზიოტომიის აბსოლუტური ჩვენებაა ანამნეზში შორისის დაზიანების აღდგენა და ოპერაციები მენჯის ფუძის არეში. შეფარდებითი ჩვენებებია: რიგიდული შორისი, ნაყოფის ჰიპოქსია და მხრების დისტოცია, მენჯით წინამდებარეობა/ოპერაციული მშობიარობა (სამეანო მამა). შორისის ჩაჭრა შეიძლება გაკეთდეს შუა ხაზზე (პერინეოტომია) და მედიოლატერალურად (ეპიზიოტომია). მშობიარობის შემდგომ ჭრილობა აღდგება ტიპურად, კვანძოვანი ნაკერებით

ზეზიუქალის როლი მშობიარობის II პერიოდში

- ჰიგიენის და კომფორტის ზომების მიღება;
- დახმარება ჭინთვების დანყების წინ - ემოციური და ფსიქოლოგიური მხარდაჭერა;
- დახმარება ექსპულსიური ფაზის დროს
 - ადრეული (როცა ყელი ჯერ კიდევ არაა სრულად გახსნილი) ჭინთვის მცდელობის აღკვეთა;
 - ჭინთვის ტექნიკა (სწორი სუნთქვა, ბავშვისათვის რისკის შემთხვევაში ჭინთვების მართვის ორგანიზება);
 - პერინეალური პრაქტიკა (შორისის დაცვა საჭიროებისამებრ - ტრავმის მინიმუმაციისათვის);
 - ეპიზიოტომიის საჭიროების შეფასება.
- ჭიპლარის გადაჭრა/დამუშავება;
- ახალშობილის პირველადი მოვლა;

ჭიპლარის გადაჭრის ყველაზე ოპტიმალურ დროდ ითვლება დაბადებიდან პირველი წუთი. ნაადრევი გადაჭრა ხდება მხოლოდ გადაუდებელ შემთხვევაში):

- გადაჭრა წარმოებს ორ მომჭერს შორის, სტერილური მაკრატლით;
- გადაჭრის ადგილი წინასწარ მუშავდება 96⁰-იანი სპირტით, მასზე დაეფარება სტერილური მარლა, რათა გადაჭრის მომენტში არ გაიფანტოს სისხლის წვეთები;
- ბავშვის დაზიანების თავიდან აცილების მიზნით ბები-

აქალის ხელი თავსდება ახალშობილსა და მჭრელ ინსტრუმენტს შორის;

- ჭიპლარის გადასაკვანძად უმჯობესია ელასტიური მასალის (რეზინის ან პლასტიკური მომჭერი) გამოყენება;
- ჭიპლარის ტაკვის შემდგომი მოვლა ხდება ღია წესით.

ახალშობილის პირველადი მოვლის პრინციპები:

1. ნაყოფის მიღებისათვის გარემოს მომზადება;
2. ბავშვის გამშრალება - თბილი საფენით, თბილი წინდების ჩაცმა, ქუდის დახურვა;
3. ახალშობილის მდგომარეობის შეფასება;
4. კლასიფიცირება (დროული/არადროული) და მზადყოფნა რეანიმაციისათვის;
5. ბავშვის დედასთან მიყვანა - „კანი-კანთან“ კონტაქტი;
6. საჭიროებისამებრ, სასუნთქი გზების ამოწმება;
7. ჭიპლარის გადაკვანძვა;
8. ძუძუზე მიყვანა (დანვენა დედაზე) და თბილი გადასაფარებლით დაფარვა;
9. პრევენციული ღონისძიებების დაწყება (მაგ., თვალის დამუშავება ტეტრაციკლინის მალამოთი, K ვიტამინის შეყვანა და სხვ.);

შენიშვნა: მე-2-7 პუნქტები ერთდროულად სრულდება პირველივე ნუთებში დაბადებიდან.

ახალშობილის მდგომარეობის შეფასებისათვის გამოიყენება ე.წ. აპგარის შკალა. შეფასება ხდება პირველ, მეხუთე და 30-ე წთ-ზე. შეფასების კრიტერიუმებია:

- გულისცემის სიხშირე;
- სუნთქვა;
- კანის შეფერილობა;
- კუნთთა ტონუსი;
- რეფლექსები.

ყოველი ნიშანი 3-ბალიანი სისტემით ფასდება: 0; 1; 2. მიღებული ბალების ჯამით კი საბოლოოდ კეთდება დასკვ-

ნა, რომელიც ახალშობილის მდგომარეობას ასახავს. სახელდობრ, 10-7 ქულა - ჭანმრთელი ახალშობილია. 6-5 ქულა ნიშნავს, რომ ახალშობილი მსუბუქ ასფიქსიაში დაიბადა. 5-4 ბალი - არის საშუალო სიმძიმის ასფიქსია. 4 ბალზე ნაკლები - მძიმე ასფიქსია. 0 ქულა - კლინიკურ სიკვდილს აღნიშნავს.

ცხრილი 20. ახალშობილის აპგარის შკალით შეფასების სქემა

ნიშნები	ბალები		
	0	1	2
გულისცემა	არ აქვს	<100 /წთ	100-140 /წთ-ში
სუნთქვა	არ აქვს	ერთეული	კარგი, ყვირის
კანის ფერი	თეთრიან ციანოზური	ვარ-დისფერი კიდურების ციანოზი	ვარდისფერი
კუნთთა ტონუსი	არ აქვს	დაქვეითებულია	აქტიურად მოძრაობს მონაწილეობს მშობიარობაში
რეფლექსები	არ აქვს რეაქცია ფეხისგულის გაღიზიანებაზე	გამოიხატება გრიმასა	მოძრაობს, ხმა-მალლა ტირის

ბევრი კლინიცისტი თვლის, რომ აპგარის შკალა არაა ინდიკატორი რეანიმაციისათვის, იგი უფრო რეანიმაციის ეფექტურობის შეფასების თვალსაზრისით არის მნიშვნელოვანი. უკანასკნელ წლებში უპირატესობა ენიჭება ე.წ. „სწრაფ შეფასებას“ - მიდგომას, რომელიც შეფასებასთან ერთად შესაბამის სისტემურ დახმარებას გულისხმობს. იგი 5 ნაბიჯს მოიცავს:

I ნაბიჯი - თერმალური სტრესის თავიდან აცილება - ყველა მანიპულაციის შესრულება მშრალი სითბოს პირობებში, ახალშობილის მოთავსება შემთბარ მაგიდაზე/თბილი საფენით შემშრალება, ქუდი თავზე, დედის სხეულზე მოთავსება;

II ნაბიჯი - სასუნთქი გზების გამტარობის აღდგენის მიზნით ლორწოს ამოწოვა (ღრმა ამოწოვა არაა რეკომენდებული პირველი 5 წთ-ის განმავლობაში, რომ არ მოხდეს ბრადიკარდიის გაძლიერება, გარდა იმ შემთხვევისა, როდესაც მეკონიუმის ამოწოვა ხდება);

III ნაბიჯი - სუნთქვის რითმის შეფასება - თუ არ სუნთქავს ეფექტურად, საჭიროა ნილბით ვენტილაცია - ჟანგბადის მიწოდება სველი წესით, დადებითი წნევით;

IV ნაბიჯი - გულისცემის შეფასება: თუ ახალშობილის გულისცემა წთ-ში 100-ზე ნაკლებია, სჭირდება ვენტილაცია 30 წამის განმავლობაში, თუ 60 დარტყმაზე ნაკლებია/წთ-ში ვენტილაცია გრძელდება. ინტუბაციის სიღრმის დასადგენად მოწოდებულია შემდეგი ფორმულა:

სხეულის მასა (კგ) + 6 სმ = საინტუბაციო მილის შეტანის სიღრმე;

V ნაბიჯი - მეკონიუმის ასპირაციის შემთხვევაში საჭიროა ელექტროამომწოვით სასუნთქი გზების განთავისუფლება და სასწრაფო ინტუბაცია.

შენიშვნა: ითვლება, რომ ჯანმრთელი ბავშვების დიდი ნაწილი საერთოდ არ საჭიროებს სასუნთქი გზების განთავისუფლებას, განსაკუთრებულ შემთხვევებში მაგ., მეკონიუმ/სისხლნარევი სანაყოფე წყლები) ტარდება ზედა სასუნთქი გზების სანაცია.

ზედა სასუნთქი გზების სანაციის ჩატარების წესი:

- გამოიყენება რეზინის ბალონი ან კათეტერი;
- თუ სანაყოფე სითხე არაა მეკონიუმნარევი, სანაციის ხანგრძლივობაა - 5 წმ;
- იგი კეთდება არა უღრმეს 5 სმ-ისა ტუჩის კიდიდან ან 30 სმ-ისა ნესტოდან (დროულ ახალშობილებში).

კლასიფიკაცია და მოვლა

ახალშობილის სწრაფი შეფასების შემდეგ ხდება მისი კლასიფიცირება. გამოიყოფა 4 ჯგუფი:

I - ახალშობილი ადექვატური სუნთქვით, გესტაციური ვადა 37 კვ და მეტი, წონა 2500,0-ზე მეტი, განვითარების მანკის/ტრავმის არ არსებობა - შეუდექით ჯანმრთელი ბავშვის მოვლას შესაბამისი სტანდარტით;

II - არაადექვატური სუნთქვა ან სუნთქვის არ არსებობა _ დაიწყეთ რეანიმაცია (ექიმის კომპეტენცია);

III - ადექვატური სუნთქვა, გესტაციური ვადა 37 კვირაზე ნაკლები, წონა <2500,0-ზე, მანკების არ არსებობა _ მცირემასიანი ახალშობილის სპეციალური მოვლა ინტენსიურ პალატაში (ექიმის კომპეტენცია);

IV - ადექვატური სუნთქვა, თანდაყოლილი მანკი _ მანკის ხასიათის შესაბამისი სტრატეგიის არჩევა/საჭიროებისამებრ რეფერალი სპეციალიზირებულ დაწესებულებაში.

მშობიარობის გაუტკივარების მედიკამენტოზური მეთოდები II პერიოდში

გაუტკივარების მედიკამენტოზური მეთოდები, რომელიც გამოიყენება ზოგადად მშობიარობის პროცესში და კონკრეტულად, II პერიოდში, შეიძლება 3 ჯგუფად დავყოთ:

1) რეგიონალური ანესთეზია:

- ეპიდურალური;
- სპინალური;
- კომბინირებული.

2) ნარკოტიკული, სედატიური საშუალებების და ტრანკვილიზატორების (ოპიოიდები, ბარბიტურატები, დიაზეპამი) შეყვანა;

3) ინჰალაციური ანალგეზია (აზოტის ქვეჟანგი); მათგან ყველაზე გავრცელებულია ეპიდურალური ანესთეზია.

II პერიოდის დაწყებისას მისი გაკეთება იწვევს კარგ რელაქსაციას და ნაყოფის თავიკ სწრაფად ეშვება სამშობიარო არხში. გასათვალისწინებელია ის გართულებები, რომელიც თან ახლავს რეგიონალურ ანესთეზიას:

- ჰიპოტონია (სუნთქვის უკმარისობა→გონების დაკარგვა→სიკვდილი);
- ძლიერი თავის ტკივილი;
- ტკივილი ხერხემლის არეში;
- შარდის ბუშტის დისფუნქცია;
- ალერგია/ანაფილაქსია;
- წამლით ინტოქსიკაცია კათეტერის სისხლძარღვში მოხვედრის გამო;
- მშობიარობის ხანგრძლივობის გაზრდა.

ბებიქალის მოვალეობაა დინამიური მეთვალყურეობა მშობიარეს სუბიექტურ ჩივილებზე, ვიტალურ მაჩვენებლებზე, გართულების პირველი სიმპტომების გამოჩენისთანავე - ანესთეზიოლოგის საქმის კურსში ჩაყენება.

3. მშობიარობის III პერიოდის მართვა

მშობიარობის III პერიოდის მართვის მიზნით ძირითადად 2 მიდგომა გამოიყენება:

- ტრადიციული (მოცდითი ტაქტიკა);
- აქტიური მართვა.

ტრადიციული/მოცდითი ტექნიკა გულისხმობს:

- დინამიურ მეთვალყურეობას (მუდმივად);
- მართვას უტეროტონიკების (ოქსიტოცინი, მეთილერგომეტრინი და სხვ.) გარეშე;
- ჭიპლარის მოქაჩვის/საშვილოსნოზე დაწოლის გარეშე;
- პლაცენტის დაბადების დალოდებას, ან დამატებითი სიმძიმის გამოყენებას, ან ძუძუს თავების სტიმულაციას.

აქტიური მართვა გულისხმობს:

- ბავშვის დაბადებიდან 1 წთ-ში ოქსიტოცინის (10 ME კუნთში) ან სხვა უტეროტონიკების შეყვანას;
- პლაცენტის დაბადებას კონტროლირებადი ტრაქციის წესით;

- პლაცენტის დაბადების შემდეგ საშვილოსნოს მასაჟს.

კონტროლირებადი ტრაქციის წარმოების წესი:

- დაადეთ მომჭერი ჭიპლარს შორისთან ახლოს და იგი ერთი ხელი დაიჭირეთ;
- მეორე ხელით ბოქვენის გემოდან დააფიქსირეთ საშვილოსნო მასზე კონტრდანოლით;
- გაჭერით ჭიპლარი მსუბუქად დაჭიმულ მდგომარეობაში და დაელოდეთ საშვილოსნოს შეკუმშვას (2-3 წთ);
- საშვილოსნოს შეკუმშვისას ქალს თხოვეთ, რომ გაიჭინოს, პლაცენტის დასაბადებლად ფრთხილად დაქაჩეთ ჭიპლარი ქვემოთ, ერთდროულად მოახდინეთ კონტრდანოლა საშვილოსნოზე;
- თუ კონტროლირებადი ტრაქციის შემდეგ 30-40 წმ-ში არ ხდება პლაცენტის დაბადება, ტრაქცია უნდა შეწყდეს. იგი გეჭიროთ დაჭიმულ მდგომარეობაში და დაელოდეთ შემდეგ შეტევას. საშვილოსნოს შეკუმშვისას გაიმეორეთ იგივე პროცედურა (ჭიპლარის დაქაჩვა ქვემოთ საშვილოსნოზე კონტრდანოლით).

III. პერიოდის მართვის ძირითადი პრინციპები:

- აქტიური მართვა;
- ქალის ინფორმირებული თანხმობა აქტიურ მართვაზე;
- პლაცენტის და სანაყოფე გარსების დათვალიერება.

მომყოლის დათვალიერება:

- პლაცენტას ასწვევენ ჭიპლარის მეშვეობით;
- პლაცენტის ქსოვილს გადააფარებენ გარსებს პლაცენტის ნაყოფისმხრივი ზედაპირის დათვალიერების მიზნით;
- ყურადღება ექცევა სისხლძარღვებს: თუ ს.დ. სცილდება პლაცენტარულ ქსოვილს, უნდა ვიფიქროთ პლაცენტის დამატებითი ლეზნის არსებობაზე, რომელიც დარჩა საშვილოსნო ღრუში;
- ყურადღებით ვათვალიერებთ გარსების მთლიანობას, გახევის ადგილს;

- დედისმხრივი ზედაპირის დათვალიერების მიზნით პლაცენტას გადააბრუნებენ, მოაშორებენ სისხლის კოლტებს და აკვირდებიან პლაცენტის ქსოვილს დეფექტის აღმოჩენისათვის.

უსაფრთხოების უნივერსალური ზომები მშობიარობის დროს

1. დაიცავით ხელების დაბანის წესი;
2. უსაფრთხოების მიზნით:
 - გამოიყენეთ ხელთათმანები როცა მოსალოდნელია ბიოლოგიურ სითხეებთან კონტაქტი;
 - თავიდან აიცილეთ ბიოლოგიურ სითხეებთან (სისხლი, შარდი, სანაყოფე წყლები) შეხება. ამისათვის გამოიყენეთ: წინსაფარი, სათვალე, ნიღაბი, ბახილები;
 - დაიცავით სამედიცინო ნარჩენების განადგურების ნორმები (პლაცენტა, სისხლი, წვეტიანი საგნები და ა.შ.);
3. გამოიყენეთ სტერილური ინსტრუმენტები.

ხელების დაბანის 6 წესი:

- I - წესი - ერთი ხელისგული მეორეზე;
- II - მარჯვენა ხელისგული მარცხენა ხელის ზურგზე და პირიქით;
- III - გაუსვით ხელისგულები ერთმანეთს ისე, რომ თითები ერთმანეთს გადაეჭდოს;
- IV - ერთი ხელის შეკრული თითები მოხარეთ ფალანგებში და გაუსვით მეორე ხელისგულზე და პირიქით;
- V - აწარმოეთ ცერა თითის ხრახნირებული მოძრაობა მუშტად შეკრული მეორე ხელის ხელისგულზე;
- VI - ერთად შეკრული ხელის თითები წინა-უკანა მიმართულებით ამოძრავეთ მეორე ხელისგულზე და პირიქით.

სადეზინფექციო ხსნარი, რომელიც გამოიყენება ხელების დამუშავებისათვის არის სხვადასხვა.

ლოგინობის ხანა

ლოგინობის ხანა - ანუ პუერპერალური პერიოდი მომყოლის დაბადების მომენტიდან იწყება და ქალის ორგანიზმში ორსულობით გამოწვეულ ცვლილებათა სრული უკუგანვითარებით მთავრდება. ხშირად მას მე-4 პერიოდსაც უწოდებენ. გამოყოფენ ადრეულ ლოგინობის ხანას, რომელიც მომყოლის დაბადებიდან 2 სთ-ის განმავლობაში გრძელდება. სულ აღნიშნული პერიოდის ხანგრძლივობა 6 კვირას შეადგენს.

ცვლილებები ლოგინობის ხანაში

1. სასქესო ორგანოებში მიმდინარე ცვლილებები:

საშვილოსნო იწყებს ძლიერ შეკუმშვას, ზომებში მცირდება და 4-5 კვირაში არაორსული ქალის საშვილოსნოს ზომებს უახლოვდება. მასა 1000,0-დან 100,0-მდე მცირდება. საშვილოსნოს ღრუს კედლების ეპითელიზაცია 7-10 დღეში მთავრდება, პლაცენტარული მოედნისა კი მე-6 კვირაზე.

საშვილოსნო ყელი - მშობიარობიდან 2-3 დღის შემდეგ საშვილოსნოს ყელის ტონუსი აღდგება. გარეთა პირი კი 2-3 სმ-ზე გახსნილი რჩება. მეორე კვირის ბოლოს ყელი ფორმულია.

საშო - მშობიარობის შემდეგ 3 კვირის განმავლობაში საშოს კედლები შეშუპებულია, არხი გაფართოებული. მე-6 კვირაზე შეშუპება საბოლოოდ ქრება.

ლოქიები - პირველ დღეებში სისხლიანია, 3-4 დღის შემდეგ სეროზულ-სისხლიანი, ხოლო მე-10 დღიდან მე-5-6 კვირამდე - თეთრი ფერისაა.

საკვერცხეები - ბუნებრივი კვების შემთხვევაში ბევრ მელოგინეს მენსტრუაცია არ აქვს; თუ არ აწოვებს ბავშვს, ოვულაციას შეიძლება ადგილი ექნეს მშობიარობიდან მე-10 კვირაზე.

სარძევე ჯირკვლები - მშობიარობის შემდეგ პროლაქტინის მაღალი კონცენტრაციის ფონზე იწყება ლაქტაცია. პირველად სარძევე ჯირკვლები ხსენს, ხოლო შემდეგ რძეს გამოიმუშავენ.

2. ცვლილებები სხვა ორგანოებში:

საშარდე გზები - მშობიარობის დროს არცთუ იშვიათად ტრავმირდება შარდის ბუშტი, რის გამოც ადრეული ლოგინობის ხანაში შესაძლოა მოხდეს მისი გადაჭიმვა და შარდის შეკავება. შარდის ბუშტის ატონიის ალბათობა მეტია ეპიდურალური ანესთეზიის შემდეგ. დიურეზი ნორმალიზდება მე-2-5 დღეზე.

გულსისხლძარღვთა სისტემა - ბუნებრივი გზით მშობიარობისას სისხლის საერთო დანაკარგი 250-500 მლ-ს არ აღემატება. მიუხედავად ამისა, მშობიარობის შემდგომ იმატებს გულის წთ/მოცულობა, რაც დაკავშირებულია პლაცენტარული სისხლის მიმოქცევის შეწყვეტასთან. ორი კვირის შემდეგ ცვლილებები უბრუნდება ნორმას. ასევე მცირდება სისხლში ლეიკოციტების და ფიბრინოგენის შემცველობა.

საჭმლის მომწელებელი სისტემა - ესტროგენების გავლენით ორსული ქალის ღვიძლში მომატებულია ცილების სინთეზი, რაც თავის მხრივ, შრატის ცილების დონის მომატებაში ვლინდება. მშობიარობიდან 3 კვირაში ცილების კონცენტრაცია ნორმას უბრუნდება.

ლოგინობის ხანის წარმართვა

1. გეზიაქალის მოვალეობები ადრეულ ლოგინობის ხანაში:

- დედის ზოგადი მდგომარეობის შეფასება (to, PI, AD) ყოველ 15 წთ-ში ერთხელ (პირველი 2 სთ), ყოველ 30 წთ-ში (მე-3 სთ);
- საშვილოსნოს შეკუმშვის ხარისხის შეფასება (საშვილოსნოს ინვოლუციის და საშოსმხრივი გამონადენის უწყვეტი მონიტორინგი);
- რბილი სამშობიარო გზების მთლიანობის შეფასება;
- შარდის ბუშტის კათეტერიზაცია;
- დედისა და ბავშვის ერთად ყოფნის ორგანიზება, რომელიც ხელს უწყობს: წარმატებულ და ხანგრძლივ ძუძუთი კვებას, დედას საშუალებას აძლევს გამოხატოს დედობრივი გრძნობები და იყოს თავდაჯერებული, ასევე იცავს მათ ინფექციისაგან.

2. გეზიაქალის მოვალეობები ლოგინობის მოგვიანებით ხანაში:

- მელოგინეს საერთო მდგომარეობის შეფასება - ძირითადი ფიზიოლოგიური პარამეტრების (PI, t, Ad) ცვლილებები. დიურეზი;
- საშვილოსნოს ტონუსის (კონსისტენცია, მტკივნეულობა) შეფასება. საშვილოსნოს ფუძის სიმაღლის განსაზღვრა დინამიკაში;
- საშოდან გამონადენის (ლოქიების) შეფასება - ფერი, სუნი, რაოდენობა;
- სარძევე ჯირკვლების შეფასება;
- სტანდარტული ლაბორატორიული გამოკვლევების (სისხლი, შარდი) ორგანიზება;
- ქალისათვის ახსნა-გარმარტებები: გარეთა სასქესო ორგანოების, სარძევე ჯირკვლების მოვლის, ბუნებრივი კვების და ა.შ. შესახებ;
- დედის ფიზიკური აქტივობის წახალისება.

ცხრილი 21. საშვილოსნოს ზომები ლოგინობის ხანის პირველ დღეებში

დღეები	საშვილოსნოს ზომები
1-2	ჭიპის დონეზე
მე-3	ჭიპის ქვემოთ 1-2 თითით
მე-4	ჭიპის ქვემოთ 2-3 თითით
მე-5	შუაში ჭიპსა და ბოქვენს შორის
მე-7	ბოქვენის ზემოთ 3 თითით
მე-8	ბოქვენის ზემოთ 2 თითით
მე-10-12	ბოქვენის დონეზე

3. მშობიარობის შემდგომი პერიოდის გავრცელებული (ტიპური) პრობლემები:

- ტკივილი;
- ფსიქოლოგიური პრობლემები: „მესამე დღის მელანქოლია“ (80%-ში), დეპრესია (10-20%), ფსიქოზი (<1%).

4. მშობიარობის შემდგომი პერიოდის ძირითადი გართულებები და დაავადებები:

- მშობიარობის შემდგომი სისხლდენა (საშვილოსნოს ჰიპოტონია, მომყოლის ნაწილების ჩარჩენა, ყელის ჩახევა, საშვილოსნოს უკუგანვითარების დარღვევა და სხვ.);
- მშობიარობის შემდგომი ინფექციები;
- ეკლამპსია;
- საშარდე გზების დაავადებები;
- შორისის და საშოს ტკივილი.

5. საშიში ნიშნები (ქალისმხრივი) მშობიარობის შემდგომ პერიოდში:

- ვაგინალური სისხლდენა (2-3 ჰიგიენური პაკეტი 30 წთ-ში);
- ტემპერატურის მომატება;
- სუნთქვის გაძნელება;
- მუცლის ტკივილი;
- სარძევე ჯირკვლების და კერტების ტკივილი;
- შარდის შეუკავებლობა ან მტკივნეული/გაძნელებული შარდვა;
- საშოდან სუნიანი ჩირქოვანი გამონადენი.

6. საშიში ნიშნები (ნაყოფისმხრივი) მშობიარობის შემდგომ პერიოდში.

- მოღუნება, მოძრაობითი აქტივობის დაქვეითება;
- სირთულე კვების მხრივ;
- სუნთქვის გაძნელება ან გულმკერდის რბილი ნაწილების გამოხატული ჩადრევა;
- კვნესა, კრუნჩხვები;
- ტემპერატურა 38°C და მეტი;
- ტემპერატურა $35,5^{\circ}\text{C}$ და ნაკლები;

- ჭიპლარის ტაკვიდან სისხლიანი/ჩირქოვანი გამონადენი;
- მტევნების და ტერფების მოყვითალო შეფერილობა.

დედისა და ახალშობილის მშობიარობის შემდგომი (პირველი კვირა მშობიარობის შემდგომ) მოვლა

1. დედისა და ახალშობილის მშობიარობის შემდგომ პერიოდში მოვლის 4 ძირითადი პრინციპი:

- დედის და ბავშვის კარგი ფიზიკური თვითშეგრძნების უზრუნველყოფა;
- დახმარება ადრეული და ნარმატებული ძუძუთი კვების ჩამოყალიბებაში;
- ხელის შეწყობა დედის თავდაჯერებულობის შენარჩუნებასა და განმტკიცებაში;
- კონსულტირება ოჯახის დაგეგმვის შესახებ, ასევე სტაციონარიდან განერის შემდეგ ბავშვის მოვლის საკითხებზე.

2. მშობიარობის შემდგომ პერიოდში დედისა და ახალშობილის მოვლის არაეფექტური საშუალებებია:

- მედიკამენტების რუტინული გამოყენება (უტეროტონიკები, ანტიბიოტიკები, გამაყუჩებლები);
- ჩვენების გარეშე - რუტინული გამოკვლევები (ულტრაბგერა, გინეკოლოგიური გასინჯვა, ლაბორატორიული გამოკვლევა);
- ახლობლების და ნათესავების ნახვის შეზღუდვა;
- დედის და ბავშვის კონტაქტის შეზღუდვა;
- ძუძუს კერტების დასამუშავებლად სხვადასხვა მალამოების გამოყენება;
- ახალშობილის მჭიდრო შეხვევა;
- ახალშობილის საკონტროლო აწონვა კვებამდე და შემდეგ.

3. ინფექციის პროფილაქტიკა (დედა):

- სარძევე ჭირკვლების ინფიცირების პროფილაქტიკა: ადრეული და ექსკლუზიური ძუძუთი კვება, სწორი მოჭიდება, კვება მოთხოვნით;
- პირადი ჰიგიენა - ხელების დაბანა, შხაპი, შორისის ხშირი ჩაბანვა, შესაფენის ხშირი ცვლა (სუფთა შესაფენი).

4. ახალშობილის 4 ძირითადი მოთხოვნა:

- სიყვარული;
- სითბო;
- ძუძუთი კვება;
- ინფექციის პროფილაქტიკა.

5. **ძუძუთი კვება** - უნდა დაიწყოს დაბადებიდან რაც შეიძლება მალე, არაუგვიანეს 30 წთ - 1 სთ-ის განმავლობაში და ახალშობილი მუდმივად უნდა იყოს დედასთან.

- დედის რძე - უზრუნველყოფს სრულფასოვან კვებას, ადვილად შეითვისება, იცავს ინფექციისაგან;
- ძუძუთი კვება - უზრუნველყოფს ემოციურ კონტაქტს და განვითარებას, იცავს დედას ხელახალი დაორსულებისაგან;
- ახალშობილი რძეს იღებს საკმარისი რაოდენობით თუ: მას კუჭის მოქმედება აქვს ყოველდღიურად, შარდავს 6-8-ჯერ დღეში, კვების შემდეგ დაკმაყოფილებულია და წონაში ნამატი საშუალოდ 125-150,0/კვირაში;
- ძუძუთი კვება წარმატებულია, თუ ბავშვი სწორად ეჭიდება მას. სწორი მოჭიდების დამადასტურებელი ნიშნებია: ბავშვის შემოტრიალება მთელი სხეულით დედისაკენ (პირი ფართოდ აქვს გაღებული, ნიკაპი მიბჯენილია ძუძუმე), იგი წოვს ღრმა გამოქაჩვით, მშვიდია და კმაყოფილი, ხოლო დედა არ გრძნობს ტკივილს ძუძუს კერტების არეში.

6. ახალშობილის მოვლის ზოგადი პრინციპები:

- ადრეული და ექსკლუზიური ძუძუთი კვება;
- დედის და ახალშობილის ერთად ყოფნა;
- ოჯახის წევრთა თავისუფალი ვიზიტები პალატაში;
- მხარდაჭერა პერსონალის მხრიდან;
- სისუფთავე ჭიპლარის მოვლის დროს;
- მოვლის ინდივიდუალური საგნები;
- ადრეული განწერა.

მშობიარობის შემდგომი კონტრაქცია (რეკომენდაციები ჯანმრთელი დედებისთვის)

1. კონტრაცეპციის მეთოდის შერჩევა მექუხური დედებისათვის

ლოგინობის ხანაში კონტრაცეპციის მეთოდები მათი გამოყენების შესაძლებლობის თვალსაზრისით იყოფა:

ა) მეთოდებად, რომელთა გამოყენება შეიძლება **დაუყოვნებლივ**, მშობიარობის შემდეგ:

- ლაქტაციური ამენორეის მეთოდი - ლამ-ი;
- ქირურგიული სტერილიზაცია (მინილაპარატომია) მშობიარობიდან 48 სთ-ის განმავლობაში;
- სშს (მშობიარობიდან 48 სთ-ის განმავლობაში);
- კონდომები და სპერმიციდები.

ბ) მეთოდები - **მშობიარობიდან 6 კვირის** შემდეგ:

- სშს;
- დიაფრაგმა;
- ქირურგიული სტერილიზაცია (მინილაპარატომია/ლაპარასკოპია);
- პროგესტინული კონტრაცეპტივები (აბები, იმპლანტები, საინექციო);

გ) **მეთოდები - მშობიარობიდან 6 თვის** შემდეგ:

- კომბინირებული ორალური აბები (კოკ-ი);
- კომბინირებული საინექციო კონტრაცეპტივები.

2. **ლაქტაციური ამენორეის (ლამ) მეთოდი** - ფიზიოლოგიურია. მისი ეფექტურობისათვის საჭიროა შემდეგი პირობების დაცვა:

- ბავშვის ექსკლუზიურად ძუძუთი კვება;
- კვებათა შორის ინტერვალები არა უმეტეს 4 სთ-ისა დღისით და 6 სთ-ისა ღამით;
- ამენორეა;
- ბავშვის ასაკი 6 თვეზე ნაკლები.

3. **კონტრაცეპციის მეთოდის შერჩევა დედებისათვის, რომლებიც ძუძუთი არ კვებავენ:**

ა) **დაუყოვნებლივ:**

- კონდომები, სპერმიციდები;
- ქირურგიული სტერილიზაცია (ლაპარასკოპია - მშობიარობიდან 48 სთ განმავლობაში);
- სშს (მშობიარობიდან 48 სთ განმავლობაში);

- პროგნოსტიკული აბები, იმპლანტები, საინექციო საშუალებები.
- ბ) **სამი კვირის შემდეგ:**
 - კომბინირებული ჰორმონალური კონტრაცეპტივები (კოკ, კიკ-ი).
- გ) **მშობიარობიდან 6 კვირის შემდეგ:**
 - სშს;
 - დიაფრაგმა;
 - ნებაყოფლობითი ქირურგიული სტერილიზაცია (მინილაპარატომია/ლაპარასკოპია).

აივ/შიდსის დედიდან ბავშვზე გადაცემის პროფილაქტიკა და სიფრთხილის ზომები

დედიდან ბავშვზე აივ-ინფექციის გადაცემა შეიძლება მოხდეს საშვილოსნოში, მშობიარობის დროს ან პოსტ-ნატალურად, ძუძუთი კვების დროს.

- 1. აივ/შიდსის ვერტიკალური ტრანსმისიის რისკის ინტრანატალური ფაქტორებია:**
 - 70%-ში დედისაგან შიდსის გადაცემა ხდება მშობიარობის დროს;
 - მშობიარობის დროს გადაცემის რისკს ზრდიან შემდეგი ფაქტორები: უწყლო პერიოდი (4 სთ და მეტი), მცირე მენჯის ორგანოების ანთებითი დაავადებები, მაღალი ვირუსული დატვირთვა/დაავადების მიმდინარეობის სიმძიმე.
- 2. დედის ინფიცირების დადასტურების შემთხვევაში, ბავშვზე აივ-ინფექციის გადაცემის რისკის შემცირების/პრევენციის სტრატეგია შემდეგში მდგომარეობს:**
 - ანტირეტროვირუსული თერაპია (ზიდოვუდინის ხანგრძლივი კურსი);
 - გეგმიური საკეისრო კვეთა;
 - ახალშობილის ხელოვნური კვება;
 - უსაფრთხო და ლეგალური სერვისის ხელმისაწვდომობისას ორსულობის ხელოვნური შეწყვეტა;
 - სხვა ღონისძიებები (სგგდ-ს გამოვლენა და მკურნალობა, ძუძუთი კვების დროს ანტირეტროვირუსული მკურნალობა და სხვა), რომლებიც შემდგომ შესწავლას საჭიროებენ.

3. აივ-ინფიცირებული დედები მშობიარობის შემდგომ პერიოდში უფრო მიდრეკილნი არიან **ინფექციური გართულებებისადმი**. მათი პროფილაქტიკისა და მკურნალობის მიზნით საჭიროა:

- ვასნავლოთ ქალებს მშობიარობის შემდგომი ინფექციური გართულებების ნიშნები და სიმპტომები;
- მივანოდოთ ინფორმაცია სად და როდის შეიძლება სამედიცინო დახმარების მიღება;
- ვასნავლოთ შორისის და სარძევე ჭირკვლების მოვლის წესები;
- ვასნავლო სისხლიანი ნივთების და მასალების უსაფრთხო უტილიზაციის წესები;
- ანტიბიოტიკებით მკურნალობის ორგანიზება.

4. **ფსიქოლოგიური მხარდაჭერა და კონსულტირება ადრეულ ლოგინობის ხანაში:**

- სტიგმის შემცირება;
- ფსიქოსოციალური მოთხოვნების შეფასება;
- დედა/ბავშვის ერთად ყოფნა;
- კონფიდენციალობის და პაციენტის უფლებების დაცვა.

5. **ოჯახის დაგეგმვა დედის აივ-ინფექციის კონტექსტში:**

- დაუგეგმავი ორსულობის თავიდან აცილება ორმაგი კოტრაცეპციის გამოყენებით;
- ხაზგასმა პრეზერვატივის მუდმივი გამოყენების უპირატესობის და უსაფრთხო სექსის გამოყენების სტიმულირება;
- პარტნიორის ჩართვა კონსულტაციაში.

6. **სიფრთხილის აუცილებელი ზომები:**

- ნემსით ნაჩხვლეტი ჭრილობების მაქსიმალურად თავიდან აცილება, ნემსებისა და სხვა ბასრი იარაღების სპეციალურ კონტეინერებში მოთავსება;
- ყველა ოპერაციის დროს ორმაგი ხელთათმანების გამოყენება;
- ეპიზიოტომიის დროს ნემსდამჭერის გამოყენება;
- ეპიზიორაფიის ან საკეისრო კვეთის ჩატარებისას თვალის დამცავი საფარის გამოყენება;

- საკეისრო კვეთის ჩატარებისას ყველა ბასრი საგნის სინით მიწოდება, ნემსებთან მხოლოდ (!) ნემსდამჭერით ურთიერთობა;
- წყალგაუმტარი საფენის დადება ღია ჭრილობებზე;
- საპნითა და წყლით ხელების დაუყოვნებლივ დაბანა სისხლთან/სხეულის სხვა სითხეებთან კონტაქტის შემდეგ;
- ბიოლოგიურ სითხეებთან სავარაუდო კონტაქტის წინ სათანადო ზომის რეზინის ხელთათმანების ჩაცმა;
- პლაცენტის ხელით მოცილების დროს დიდმანუეტის ხელთათმანების გამოყენება;
- მყარი ნარჩენების (მაგ, სისხლით გაჟღენთილი მასალის/პლაცენტის უსაფრთხო მოცილება დადგენილი პროცედურების დაცვით.

ტექსტში გამოყენებული შემოკლებების განმარტებები:

ჯანმო - მსოფლიო ჯანდაცვის ორგანიზაცია

სგგლ - სქესობრივად გადამდები დაავადებები

სშს - საშვილოსნოს შიდა საშუალებები

კოკ - კომბინირებული ორალური კონტრაცეპტივები
(აბები)

კიკ - კომბინირებული საინექციო კონტრაცეპტივები

ლამ - ლაქტაციური ამენორეის მეთოდი

სარჩევი

შესავალი	3
I თავი - ორსულობა	6
II თავი - მშობიარობა	36
ტექსტში გამოყენებული შემოკლებების განმარტებები	70

შენიშვნები

www.midwives.ge
www.hera-youth.ge