

ანტენატალური მეთვალყურეობა
ფიზიოლოგიურად მიმდინარე ორსულობის
დროს

კლინიკური რეკომენდაციები

თბილისი 2006 წ

- **ავტორთა ჯგუფი:**
 - ⇒ **ზაზა ბოხუა** - მეან გინეკოლოგი, საქართველოს მეან გინეკოლოგთა ასოციაციის გენერალური მდივანი, საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის ჯანდაცვის დეპარტამენტის უფროსის მოადგილე
 - ⇒ **ბარბარე ბროლაძე** ქ. თბილისის 4 სამშობიარო სახლის მეან გინეკოლოგი, საქართველოს მეან გინეკოლოგთა ასოციაციის წევრი
 - ⇒ **იზა კურდღელაძე** - მ.შარაშიძის სამედიცინო ცენტრის ქალთა კონსულტაციის მეან გინეკოლოგი, საქართველოს მეან გინეკოლოგთა ასოციაციის წევრი
 - ⇒ **ჯგუფის ხელმძღვანელი – თენგიზ ასათიანი**, მეან გინეკოლოგი, თსსუ პოსტდიპლომური სამედიცინო განათლების და უწყვეტი პროფესიონალური განვითარების ინსტიტუტის რეპროდუქციული ჯანმრთელობის დეპარტამენტის ხელმძღვანელი, ასოცირებული პროფესორი, საქართველოს მეან გინეკოლოგთა ასოციაციის პრეზიდენტი.
- **საექსპერტო შეფასება:**
 - ⇒ **ეკატერინე შეშაბერიძე** - კასპის რაიონის ქვემო გომის ს/ამბულატორიის ექიმი – თერაპევტი, საოჯახო მედიცინის მოკლევადიანი რეზიდენტურის რეზიდენტი
 - ⇒ **ვერიკო ბაზიარი**- საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის ჯანდაცვის დეპარტამენტის დედათა და ბავშთა სამართველოს უფროსი, საქართველოს მეან გინეკოლოგთა ასოციაციის წევრი
 - ⇒ **თამარ ზუბადალაშვილი** – ქ.თბილისის შ.პ.ს. 5 საავადმყოფო-პოლიკლინიკური გაერთიანების ქალთა კონსულტაციის გამგე, საქართველოს მეან გინეკოლოგთა ასოციაციის წევრი
 - ⇒ **ლალი რუხაია** – ქ.თბილისის № 5 სამშობიარო სახლის ამბულატორიული პროფილაქტიკის განყოფილების გამგე
 - ⇒ **მაგდა ომიადე** – ქ.თბილისის საოჯახო მედიცინის ეროვნული სასწავლო ცენტრის № 5 ქალთა კონსულტაციის დირექტორი, საქართველოს მეან გინეკოლოგთა ასოციაციის წევრი
 - ⇒ **მარინა ტურძელაძე** - № 1 სამკურნალო პროფილაქტიკური ცენტრის ქალთა კონსულტაციის უფროსი

კლინიკური რეკომენდაციების ზოგადი მიზანი

კლინიკური რეკომენდაციების მიზანს წარმოადგენს:

- ანტენატალური მეთვალყურეობის შესახებ მეანების, ბებიაქალების, ოჯახის ექიმების, მენეჯერებისა და სხვა დაინტერესებული პირებისათვის უახლესი სამეცნიერო ინფორმაციის მიწოდება ფიზიოლოგიურად მიმდინარე ორსულობის დროს;
- ანტენატალური მეთვალყურეობის მქონე ორსულთა რიცხვის გაზრდა;
- ორსულებისა და მათი ოჯახის წევრების სანიტარული განათლების გაუმჯობესება.

განხილული კლინიკური საკითხები

მოცემული კლინიკური რეკომენდაციები არ განიხილავენ იმ გართულებებს, რომლებიც შეიძლება წარმოიშვას ორსულობის დროს, ასევე მშობიარობისა და მშობიარობის შემდგომი პერიოდის მართვის თავისებურებებს. იმ პაციენტთა შესარჩევად, რომელთათვისაც შესაძლებელია მოცემული რეკომენდაციების გამოყენება, შემოთავაზებულია შეფასებითი ცხრილის გამოყენება. (ცხრილი 1).

ვისთვის არის განკუთვნილი მოცემული კლინიკური რეკომენდაცია

მოცემული რეკომენდაცია შეიძლება გამოყენებული იყოს იმ სამედიცინო პერსონალის მიერ, რომელთაც ეხებათ ორსულთა მშობიარობამდელი მეთვალყურეობის საკითხები. ის აგრეთვე შეიძლება გამოყენებული იყოს როგორც დიპლომამდელი ისე დიპლომის შემგომი სამედიცინო განათლებისათვის.

ძიების, მტკიცებულებათა შეფასებისა და რეკომენდაციების ფორმულირების აღწერა

- ანტენატალური მეთვალყურეობის აქტუალობასთან დაკავშირებით არსებობს მეთოდოლოგიათა საკმარისი რაოდენობა, რომლებიც შეიცავენ მკაცრი სამეცნიერო მტკიცებულების საფუძველზე დამტკიცებულ რეკომენდაციებს. ამიტომ მოცემული მეთოდოლოგიის შემქმნელთა სამუშაო ჯგუფის მიერ გადაწყვეტილი იყო უკვე არსებული პრაქტიკული რეკომენდაციების მოძიება და შეფასება და რეკომენდაციების ადაპტირებული ფორმის შექმნა, რომელიც ერთის მხრივ უპასუხებდა საერთაშორისო მოთხოვნებს, ხოლო მეორე მხრივ მისაღები იქნებოდა საქართველოს ჯანდაცვის პირველი რგოლის პირობებში გამოსაყენებლად.

სამუშაო ჯგუფის მიერ დაშვებული იყო ის შესაძლებლობა, რომ არსებულ რეკომენდაციებში არ იქნებოდა განხილული ყველა კლინიკური შეკითხვა, და ამ შემთხვევაში წარმოიშვებოდა აუცილებლობა კონკრეტულ კლინიკურ შეკითხვებთან დაკავშირებით მტკიცებულებათა დამოუკიდებლად მოძიებაში.

კლინიკური რეკომენდაციების და მტკიცებულებების მოძიების დამატებითი წყაროები და მეთოდები

- კლინიკური რეკომენდაციების, ეპიდემიოლოგიურ მონაცემებისა და ანტენატალური მეთვალყურეობის მტკიცებულებების შემდგომი მოძიება, ხორციელდებოდა ინგლისურენოვანი (*Yahoo, AltaVista, Google, DoctorGuide* და რუსულენოვანი (*Yandex, Rambler*) საძიებო ოპერატორების მეშვეობით, ასევე ინგლისურენოვანი სამედიცინო მონაცემების ელექტრონული ბიბლიოგრაფიული მონაცემთა ბაზის, „მედლაინის,, (*MEDLINE*) მეშვეობით, საძიებო სიტყვების გამოყენებით. პირველ რიგში მოძიებული იყო (*National Guidelines Clearinhouse, TRIP, SumSearch*) ანტენატალური მეთვალყურეობის ანალოგიური რეკომენდაციები, რომლებიც შემუშავებულია შესაბამისი პროფესიონალური ჯგუფების მიერ
- ცალკეული კლინიკური საკითხების შესახებ მტკიცებულებათა მოძიება და იმ სალითხების მოძიება, რომლებიც არასრულად არის განხილული, წარმოებული იყო კოჭრეინის მონაცემთა ბაზაში *The Cochrane Library 2006, Issue 3*, და ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის რეპროდუქციული ჯანმრთელობის ბიბლიოთეკაში ¹⁹. არ იყო ჩატარებული რუხი ლიტერატურის მოძიება (კონფერენციები, თეზისები, გამოუქვეყნებელი მასალები)

მოძიებული კლინიკური რეკომენდაციებისა და მტკიცებულებების ანალიზი

ჩატარებული ძიების შედეგად მიღებული იყო რამოდენიმე კლინიკური მეთოდური რეკომენდაცია ანტენატალური მეთვალყურეობის საკითხზე ¹⁻⁴, რომლებიც შეიცავდა ჯგუფის მიზნის შესაფერის საჭირო ინფორმაციას. ამ რეკომენდაციების საბოლოო შეფასებისას გამოყენებული იყო ფორმალური შეფასების მეთოდი AGREE (Appraisal of Guidlines for Research and Evaluation) ⁵ მეშვეობით. შეფასების შედეგად ამორჩეული იყო რამოდენიმე რეკომენდაცია, რომლებიც საფუძვლად დაედო შემდგომ ანალიზსა და ადაპტაციას. ამ რეკომენდაციაში მოცემული დებულებები შეჯამებული იყო ცხრილებში და წარმოდგენილი იყო სამუშაო ჯგუფის წევრების მიერ შეფასების მიზნით. ცხრილში შედიოდა დებულების ორიგინალური ვერსია და მტკიცებულების დონე წყაროს მიხედვით. სამუშაო ჯგუფს უნდა შეეფასა რეკომენდაციების ვარგისიანობა საქართველოს ჯანდაცვის პირველადი რგოლის პირობებში. რეკომენდაცია მიღებული ითვლებოდა, თუ მის სასარგებლოდ ხმას აძლევდა შემქმნელთა სამუშაო ჯგუფის უმრავლესობა.

რეკომენდაციის შემუშავებისას ჩვენ გამოვიყენეთ მოდიფიცირებული სქემა, რომელიც მოწოდებულია *SIGN (Scottish Intercollegiate Guideline Network)* მიერ ⁶.

კონფლიქტთა ინტერესების დეკლარაცია

მუშაობის დაწყებამდე მოცემული კლინიკური რეკომენდაციის პროექტში, სამუშაო ჯგუფის ყველა წევრმა თანხმობა განაცხადა, წერილობით ფორმაში განეცხადათ ფარმაცევტულ კომპანიებთან ფინანსური კავშირების შესახებ. საავტორო კოლექტივის არც ერთ წევრს არ ჰქონდა ფინანსური დაინტერესება ან სხვა ინტერესთა კონფლიქტი ფარმაცევტულ კომპანიებთან ან სხვა ორგანიზაციებთან შესამუშავებელ რეკომენდაციასთან დაკავშირებით.

კლინიკური რეკომენდაციების შიდა რეცენზირება

ჩატარებული იყო კლინიკური რეკომენდაციების შიდა რეცენზირება (სია თან ერთვის) რეკომენდაციების მოწოდების სიზუსტის გამოსავლენად, მათი ეფექტურობის და უსაფრთხოების შესაფასებლად და პრაქტიკული გამოყენებისათვის მასალის არსებობის დასადგენად. რეცენზირების მიღების შემდეგ განხილული იყო შედეგები და სამუშაო ჯგუფის მიერ შეტანილი იყო ცვლილებები კლინიკური რეკომენდაციების შინაარსში.

კლინიკური რეკომენდაციის გადახედვის ვადა -2009 წ

მტკიცებულებათა დონეებისა და რეკომენდაციების გრადაციის სქემა

მოცემულ რეკომენდაციებში გამოყენებულია *Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN)* მიერ მოწოდებული რეკომენდაციების მტკიცებულებათა დონეების მოდიფიცირებული სქემა.

ყველა ძირითად რეკომენდაციას გააჩნია გრადაცია, რომელიც აღინიშნება ლათინური ასოებით **A** დან **D** მდე. ამავე დროს ყოველ გრადაციას შეესაბამება მონაცემთა მტკიცებულების გარკვეული დონე. რაც უფრო მაღალია რეკომენდაციის გრადაცია, მით უფრო მაღალია კვლევების სიზუსტე, რომლებზეც ის არის დაფუძნებული

მტკიცებულების დონე	კვლევების დახასიათება, რომლებიც საფუძვლად დაედო რეკომენდაციას
A	მაღალი ხარისხის მეტა-ანალიზი, რანდომიზირებული საკონტროლო კვლევის მეტა-ანალიზი, რკვ სისტემური მიმოხილვა ან დიდი რკვ სისტემატური შეცდომის ძალიან დაბალი ალბათობით (+++), რომლის შედეგებიც შესაძლებელია გავრცელდეს შესაბამის პოპულაციაზე;
B	კოჰორტული ან შემთხვევა-კონტროლის ტიპის კვლევების მაღალი ხარისხის სისტემური მიმოხილვა ან მაღალი ხარისხის (++) კოჰორტული ან შემთხვევა-კონტროლის ტიპის კვლევა სისტემატური შეცდომის ძალიან დაბალი ალბათობით. ან რკვ (+) სისტემური შეცდომის დაბალი ალბათობით, რომლის შედეგებიც შეიძლება გავრცელდეს შესაბამის პოპულაციაზე;
C	კოჰორტული ან შემთხვევა-კონტროლის ტიპის კვლევა ან კონტროლირებადი კვლევა რანდომიზაციის გარეშე სისტემატური შეცდომის დაბალი ალბათობით (+), რომლის შედეგებიც შეიძლება გავრცელდეს შესაბამის პოპულაციაზე ან რკვ ძალიან დაბალი (++) ან დაბალი (+) სისტემატური შეცდომის ალბათობით, რომლის შედეგებიც არ შეიძლება გავრცელდეს შესაბამის პოპულაციაზე;
D	შემთხვევათა სერიების აღწერა ან არაკონტროლირებადი კვლევა ან ექსპერტთა აზრი.
სპ	საუკეთესო პრაქტიკა, რომელიც დაფუძნებულია რეკომენდაციის შემქმნელთა გამოცდილებაზე.

შესავალი

ანტენატალური მეთვალყურეობის თანამედროვე მოდელს საფუძველი ჩაეყარა მე-20 საუკუნის დასაწყისში და ამ დროიდან ფართოდ გამოიყენება მსოფლიოში. დღევანდელ დღემდე ანტენატალური ვიზიტების კომპონენტები და შინაარსი არ იყო მეცნიერულად დასაბუთებული. 1972 წელს არჩი კოჰრანი წერდა:⁷ “სამწუხაროდ, ანტენატალური მეთვალყურეობა არ მოიცავს კრიტიკულ შეფასებას, თუ რომელი სკრინინგული პროცედურებია დასაბუთებული.”

1998 წელს ჯანმო/ევროპის პერინატალური დახმარების სამუშაო ჯგუფის მეორე შეხვედრაზე⁸ ჩამოყალიბდა პერინატალური დახმარების პრინციპები, სადაც გამოცხადდა, რომ ორსულობის დროს ყველა ჩარევას უნდა ჰქონდეს მკაცრი ჩვენება და რაც მთავარია, დამტკიცებული დადებითი ზეგავლენა ორსულობის გამოსავალზე.

სამწუხაროდ, დღევანდელ დღემდე ორსულობის მეთვალყურეობის დროს ხშირად გამოიყენება ჩარევები, რომლებიც დაფუძნებულია კერძო გამოცდილებაზე და შთაბეჭდილებებზე, არ ეფუძნება სამეცნიერო მტკიცებულებებს და ამრიგად, არ ახდენს დადებით ზეგავლენას დედისა და ბავშვის ჯანმრთელობაზე.

მოცემულ კლინიკურ რეკომენდაციებში შეჯამებულია უკანასკნელი მტკიცებულებები, რომელთა მიხედვითაც უნდა მიმდინარეობდეს ანტენატალური დაკვირვება ფიზიოლოგიურად მიმდინარე ორსულობის დროს.

ანტენატალური მეთვალყურეობის მიზნები

მიუხედავად იმისა, რომ თანამედროვე მტკიცებულებების მიხედვით ანტენატალური მეთვალყურეობა არ აუმჯობესებს მშობიარობის გამოსავალს⁹, ის ეხმარება ქალს და ნაყოფს ჯანმრთელობის შენარჩუნებაში. ანტენატალური მომზადება გულისხმობს ასევე ორსული ქალის, მისი პარტნიორისა ან ოჯახის დახმარებასა და მხარდაჭერას. ეს ნიშნავს იმას, რომ პერსონალი აწარმოებს არა მარტო სამედიცინო მეთვალყურეობას ორსულზე, არამედ ახორციელებს მათ განათლებასაც.

სამედიცინო პერსონალის როლი მდგომარეობს შემდეგში:

- ორსულის ჯანმრთელობის გაუმჯობესებისაკენ მიმართული საქმიანობის დახვეწა;
- დაავადებების პროფილაქტიკური ღონისძიებების გატარება;
- სამკურნალო ღონისძიებების გაწევა;
- კავშირის უზრუნველყოფა ისეთ სამსახურებთან, როგორებიც არის ორსულთა სპეციალიზირებული დახმარება, მშობელთა მომზადება და სხვა;
- ორსულთა სწავლების უზრუნველყოფა, მათი საკუთარი ჯანმრთელობის მოვლასთან დაკავშირებული ცოდნისა და უნარ-ჩვევების გაღრმავება;
- ქალის მხარდაჭერა, მზადყოფნა ორსულობის, მშობიარობისა და მშობიარობის შემდგომ პერიოდთან დაკავშირებულ ნებისმიერ საკითხზე მისი აზრის მოსასმენად;
- ორსული ქალებისათვის სოციალურ-სამართლებლივი დახმარების აღმოჩენა საქართველოს კანონმდებლობის შესაბამისად.

არსებობს ანტენატალურ მეთვალყურეობასთან დაკავშირებული რიგი მნიშვნელოვანი საკითხებისა, მათ შორის საკითხი იმის შესახებ, თუ რა სახის მეთვალყურეობა უნდა გაეწიოთ ქალებს ფიზიოლოგიური ორსულობითა და მეორეს მხრივ, ქალებს გართულებული ორსულობითა და მშობიარობით. სხვა საკითხები შეეხება ვიზიტების სიხშირეს, მომსახურეობის სახეს, რომელიც შეიძლება შევთავაზოთ ქალებს ყოველი ვიზიტის დროს და იმას, თუ რა ტესტებისა და ანალიზების ჩატარებაა აუცილებელი. ძალზედ მნიშვნელოვანია ანტენატალური მეთვალყურეობის ხარისხი, ამიტომ აუცილებელია ვიცოდეთ და გავითვინოთ ქალის აზრი მათი მოვლის შესახებ ორსულობის ნებისმიერ ვადაზე.¹⁰

ორსულთა აყვანა აღრიცხვაზე

2005 წელს საქართველოში ჩატარებული მიმოხილვის მონაცემებით¹¹ 4 და მეტი ვიზიტი შეასრულა ორსულთა 75%-მა. 4 ან მეტი ვიზიტის შესრულება უფრო ხშირად მოხდა თბილისში (90%) და იმერეთში (83%), სხვა რეგიონებთან შედარებით. ყველაზე დაბალი მაჩვენებლები დაფიქსირდა ქვემო ქართლისა და კახეთის რეგიონებში (56% და 59% შესაბამისად). ანტენატალური ვიზიტების რაოდენობა ყველაზე მაღალი იყო ქართველ ქალებში, რომელთა 80%-ს ჰქონდა 4 პრენატალური ვიზიტი. მიმოხილვის შედეგებიდან გამომდინარე, მშობიარეთა მხოლოდ 5%-ს არ ჩაუტარდა პრენატალური მეთვალყურეობა. ეს მაჩვენებელი უფრო დაბალი იყო ქალაქის პირობებში და შეადგენდა 2%-ს, თბილისში კი ამ მაჩვენებელმა შეადგინა მხოლოდ 1%.

არსებობს მრავალი მიზეზი, რომელთა გამო ორსულები არ მიმართავენ პირველად-სამედიცინო დაწესებულებებს, რომელიც იცვლება რეგიონისა და კონკრეტული ქალის მიხედვით, მაგრამ უმეტეს წილად ძირითად მიზეზებად გვევლინება შემდეგი:

- ვიზიტის შესახებ გადაწყვეტილება მიღებულია არა თვითონ ქალის, არამედ მისი ოჯახის წევრების მიერ, რომლებიც არ ხედავენ ამის აუცილებლობას და ზოგჯერ არ ენდობიან სამედიცინო პერსონალის მომსახურებას, განსაკუთრებით სოფლის პირობებში;
- სამედიცინო მომსახურების გაწევისას ორსულთან ურთიერთობა ხშირად არ არის მეგობრული, არ არის დაცული კონფიდენციალურობა, კეთდება დაუსაბუთებელი ანალიზები, ჩარევები და გამოკვლევები;
- არსებობს სამედიცინო პროცედურების შიში ქალის არასრულფასოვანი ინფორმირების გამო;
- ხშირ მიზეზს წარმოადგენს შორი მანძილი და ტრანსპორტის პრობლემები, ზოგიერთი კულტურული თავისებურებები და ასევე სოციო-ეკონომიური პრობლემები.

ვინ უნდა უზრუნველყოს მეთვალყურეობა

სისტემატურმა მიმოხილვამ¹² შეაფასა ანტენატალური მეთვალყურეობის ეფექტურობა ბებიაქალისა და ოჯახის ექიმის მიერ გაწეული დახმარების შედარების გზით მეან-გინეკოლოგის მიერ გაწეულ დახმარებასთან. ჯგუფებს შორის არ გამოვლენილა განსხვავება ნაადრევი მშობიარობის, საკეისრო კვეთის, ანემიის, საშარდე გზების ინფექციების, მშობიარობამდელი სისხლდენებისა და პერინატალური სიკვდილიანობის განვითარების სიხშირის თვალსაზრისით. ამ მიმოხილვიდან გამომდინარე, ბებიაქალებისა და ოჯახის ექიმების მიერ აღმოჩენილი დახმარება დაკავშირებულია ორსულობასთან დაკავშირებული ჰიპერტენზიისა და პრეეკლამსიის განვითარების სტატისტიკურად უფრო დაბალ სიხშირესთან (OR 0.56, 95% CI 0.45 - 0.70), (OR 0.37, 95% CI 0.22 - 0.64) სტანდარტული მეთვალყურეობის ჯგუფთან შედარებით. 3 კვლევის მეტა-ანალიზზე დაყრდნობით, რომელშიც მონაწილეობდა 3 041 ქალი, ბებიაქალებისა და

ზოგადი პროფილის ექიმების მიერ გაწეული ანტენატალური მეთვალყურეობის პირობებში დაბალი რისკის მქონე ქალებისათვის არ იზრდებოდა დედისა და პერინატალური გამოსავალის რისკი.

მიუხედავად იმისა, რომ მიღებული მონაცემები სარწმუნოდ მოწმობენ

ბებიაქალებისა და ოჯახის ექიმების მიერ გაწეული ანტენატალური მეთვალყურეობის უპირატესობაზე ფიზიოლოგიურად მიმდინარე ორსულობის დროს, არსებული კანონმდებლობა და ოჯახის ექიმებისა და ბებიაქალების მომზადების დონე არ იძლევა საშუალებას მოცემული რეკომენდაციის დანერგვისათვის.

ფიზიოლოგიური ორსულობის დროს საკმარისია სათანადოთ მომზადებული ბებიაქალის ან ოჯახის ექიმის მიერ განხორციელებული მეთვალყურეობა. მეან-გინეკოლოგის რუტინული ჩართვა მეთვალყურეობის პროცესში ასეთ შემთხვევებში არ აუმჯობესებს პერინატალურ გამოსავალს, გარდა გართულებული ორსულობის შემთხვევებისა.

A

ანტენატალური მეთვალყურეობა

ანტენატალური მომზადების კლასები ხშირად გამოიყენება მომავალი მშობლებისათვის ინფორმაციის მისაწოდებლად ორსულობის და მშობიარობის შესახებ და აგრეთვე დედობისა და მამობის საკითხებზე. ანტენატალური მეთვალყურეობა ეყრდნობა ფართო საგანმანათლებლო და მხარდაჭერ კონცეფციას, რომელიც ეხმარება მომავალ მშობლებს გააცნობიერონ საკუთარი სოციალური, ემოციური, ფსიქოლოგიური და ფიზიკური მოთხოვნილებები ორსულობის, მშობიარობისა და მშობიარობის შემდგომი პერიოდის დროს და საშუალებას აძლევს მათ დარწმუნდნენ საკუთარ შესაძლებლობებში. კითხვარმა, რომლის მიზანი იყო ინფორმაციის მოპოვება იმის შესახებ, თუ რა სურს ქალს პირველ რიგში შეიტყოს ანტენატალურ კლასებზე, გამოავლინა, რომ ეს მოიცავს: ინფორმაციას ნაყოფის განვითარების, ორსულობის დროს ფიზიკური და ფსიქოლოგიური ცვლილებების, მშობიარობის დროს მოვლენების განვითარებისა და მათი მოქმედების, შესაძლო გართულებებისა და მშობიარობის შემდეგ ბავშვის მოვლის საკითხების შესახებ.

ორსულები უნდა დაესწრონ ანტენატალური მომზადების კურსებს და უნდა მიეწოდოთ წერილობითი ინფორმაცია ანტენატალური მეთვალყურეობის შესახებ. A

A

ორსულებს უნდა მივაწოდოთ სარწმუნო ინფორმაცია მათ მეთვალყურეობასთან დაკავშირებით (მკურნალობასთან, მკურნალ ექიმებთან და სხვ.). გადაწყვეტილებების მიღების დროს მხედველობაში აუცილებლად უნდა იყოს მიღებული ქალის წინადადებები და სურვილები.

C

უწყვეტი მეთვალყურეობა

ქალის მეთვალყურეობა ორსულობის, მშობიარობისა და მშობიარობის შემდგომ პერიოდში ხშირად ხორციელდება მრავალი ზედამხედველის მიერ. მოცემული კლინიკური რეკომენდაციის მიხედვით, უწყვეტი მეთვალყურეობა გულისხმობს მეთვალყურეობას ერთი და იმავე ზედამხედველის ან ზედამხედველთა ჯგუფის მიერ მთელი ორსულობის, მშობიარობისა და მშობიარობის შემდგომ პერიოდში.

ერთ სისტემატიურ მიმოხილვაში¹³ შეფასდა უწყვეტი მეთვალყურეობის კლინიკური ეფექტურობა ორსულობის, მშობიარობისა და პოსტნატალურ პერიოდში რუტინულ მეთვალყურეობასთან შედარებით, რომელსაც უზრუნველყოფდა რამოდენიმე ზედამხედველი. განხორციელდა 1815 ქალის რანდომიზაცია შემდეგ ჯგუფებში: ქალები ბებიაქალთა მცირე ჯგუფის უწყვეტი მეთვალყურეობით, მეანებისა და რუტინული (სხვადასხვა ზედამხედველი) მეთვალყურეობით, რომელსაც ახორციელებდნენ ექიმები და ბებიაქალები. ქალებს, რომელთა უწყვეტი მეთვალყურეობასაც ახორციელებდა ბებიაქალთა მცირე ჯგუფი, უფრო იშვიათად აღენიშნებოდათ შემდეგი მონაცემები:

- კლინიკაში 15 წთ-ზე მეტი ლოდინის დრო (OR 0.14. 95% CI 0.10 - 0.19);
- ანტენატალური ჰოსპიტალიზაცია (OR 0.79. 95% CI 0.64 - 0.97);
- ანტენატალური კლასების გაცდენა (OR 0.58, 95% CI 0.41 - 0.81);
- ორსულობასთან დაკავშირებული შეკითხვები (OR 0.72 95% CI 0.56 - 0.92);
- მშობიარობისათვის არადაამაკმაყოფილებელი მომზადება (OR 0.64. 95% CI 0.48 - 0.86).

არ გამოვლინდა მნიშვნელოვანი განსხვავება საკეისრო კვეთის, მშობიარობის აღძვრის, ნაადრევი მშობიარობისა და ნეონატალური სიკვდილიანობის, ასევე ახალშობილთა რენიმიაციულ განყოფილებაში გადაყვანისა და 2500 გრამზე მცირე წონის ახალშობილების სიხშირეებში.

ანტენატალური მეთვალყურეობა უნდა განხორციელდეს მეთვალყურეთა მცირე ჯგუფის მიერ, რომლებთანაც ორსული კომფორტულად გრძნობს თავს. მეთვალყურეობა უწყვეტი უნდა იყოს მთელი ანტენატალური პერიოდის განმავლობაში.

A

დოკუმენტაცია

ანტენატალურ ჩანაწერებში ინფორმაცია 2 ძირითადი მიზნით გროვდება:

- ადმინისტრაციისათვის;
- დედისა და ნაყოფის რისკის შეფასებისა და შემდგომი მართვის დაგეგმვის მიზნით.

ანტენატალური მეთვალყურეობის ჩანაწერები ასევე უზრუნველყოფენ მართვის ხარისხის შეფასებას, იურიდიულ დოკუმენტაციას, კომუნიკაციასა და მასალას შემდგომი ეპიდემიოლოგიური კვლევებისათვის. ანტენატალური ისტორიის შედგენის სამი მეთოდის შესადარებლად ჩატარდა რკვ, სადაც შედარდა არასტრუქტურირებული ისტორიები, რომელთაც ქალაქში წერდნენ ბებიაქალები,

სტრუქტურირებული ისტორიები (ქალაქში კითხვარის ჩართვით) და ინტერაქტიული კომპიუტერიზირებული კითხვარები ინგლისის ანტენატალურ კლინიკებში.¹⁴ სტრუქტურირებულ ისტორიებში შეგროვდა უფრო მეტი და სრულფასოვანი ინფორმაცია არასტრუქტურირებულ ისტორიებთან შედარებით. არ გამოვლენილა ინტერაქტიული კომპიუტერიზირებული სისტემების უპირატესობა სტრუქტურირებულ ისტორიებთან შედარებით.

ორსულების საშინაო ბარათები

მრავალ ქვეყანაში ორსულებს ეძლევათ საკუთარი ბარათები ორსულობის დროს ჩანაწერების გასაკეთებლად, რაც ზრდის მათი პასუხისმგებლობის გრძნობას და ამალეებს კმაყოფილებას ზედამხედველობით. ჩატარდა 3 კვლევა (n =675 ქალი)¹⁵. ქალები, რომლებსაც ჰქონდათ საკუთარი ბარათები, თავს უფრო კარგად აკონტროლებდნენ ((RR) 1.56, 95% CI 1.18 - 2.06). ერთმა კვლევამ გამოავლინა, რომ ქალების უმეტესობა (66/95) უფრო კმაყოფილი იყო გაწეული მეთვალყურეობით ბარათებით სარგებლობის ჯგუფში, საკონტროლო ჯგუფთან შედარებით (58/102) (RR 1.22, 95% CI 0.99 - 1.52); ორმა კვლევამ არ გამოავლინა განსხვავება ქალების კმაყოფილებაში (ერთმა კვლევამ არ წარმოადგინა შედეგები და ერთში გამოყენებული იყო 17 პუნქტიანი კმაყოფილების სქემა). ბარათით სარგებლობის ჯგუფში ქალთა დიდმა რაოდენობამ მოისურვა იგივეს განმეორება მომავალი ორსულობის დროსაც (RR 1.79, 95% CI 1.43 to 2.24). არ გამოვლენილა განსხვავება მშობიარობის დროს ანალგეზიის აუცილებლობის, ჩვეული აბორტების, ნაადრევი მშობიარობისა და ნეონატალური სიკვდილიანობის სიხშირეებში.

ორსულებისათვის ინფორმაციის მიწოდება

ანტენატალური მეთვალყურეობის ერთ-ერთ პრიორიტეტულ საკითხს წარმოადგენს ორსულისათვის საკუთარ მეთვალყურეობასთან დაკავშირებით ინფორმირებული გადაწყვეტილებების შესაძლებლობის მიცემა: თუ ვინ უნდა განახორციელოს მისი მეთვალყურეობა, რა სკრინინგული ტესტები უნდა ჩაუტარდეს და სად უნდა დაიგეგმოს მისი მშობიარობა. ამ მიზნით ქალისათვის ხელმისაწვდომი უნდა იყოს მტკიცებულებებზე დაფუძნებული ინფორმაცია, რათა მან მონაწილეობა მიიღოს ზედამხედველებთან გამართულ დისკუსიაში. სინამდვილეში ქალთა გარკვეულ რაოდენობას არ ფლობს საკმარის ინფორმაციას. ქალთა შეფასებამ ანტენატალური მეთვალყურეობის დროს ინფორმაციის მიღებისა და კომუნიკაციის თვალსაზრისით გამოავლინა, რომ ორსულთა 32-40%-მა მიიღო არასაკმარისი ზეპირი და წერილობითი ინფორმაცია ორსულობის დროს სხვადასხვა სკრინინგული ტესტების ჩატარების სარგებლიანობისა და რისკის შესახებ.¹⁶ ერთ მიმოხილვაში,¹⁷ სადაც გამოიკითხა 1188 ორსული, გამოვლინდა, რომ ისინი ისურვებდნენ დამატებით ინფორმაციის მიღებას პირველი ვიზიტის დროს. მაღალი შეფასება მიეცა წერილობითი სახით ინფორმაციის მიწოდებას. ჩატარდა რკვ მტკიცებულებებზე დაფუძნებული ბუკლეტების გამოყენების ეფექტურობის შესახებ ორსულ ქალებში ინფორმირებული გადაწყვეტილების მიღებაზე¹⁸. ბუკლეტები შემუშავებული იყო ორსულისათვის გასაგები ენით. არ გამოვლენილა მნიშვნელოვანი განსხვავება ჯგუფებს შორის გადაწყვეტილების

მიღების თვალსაზრისით, მაგრამ კმაყოფილება ინფორმაციით უფრო მაღალი იყო იმ ჯგუფში, რომელსაც დაურიგდა საინფორმაციო ბუკლეტები.

უნდა შემუშავდეს მკაცრად განსაზღვრული რეფერალური პროგრამები, რათა საჭიროების შემთხვევაში ორსულს დროულად აღმოუჩინოთ სხვა სპეციალობის ექიმის კონსულტაცია.

D

გარემო პირობები, რომელშიც ტარდება ანტენატალური ვიზიტები, უნდა განაწყოდეს ორსულს გულახდილი საუბრისათვის (მაგ: ოჯახური პრობლემები და სექსუალური ძალადობა, ფსიქიური დაავადებები და სხვ.)

სპ

ყოველი ანტენატალური ვიზიტის დროს ექიმებმა და ბებიაქალებმა ორსულს უნდა მიაწოდონ ამომწურავი ინფორმაცია მისთვის საინტერესო საკითხებზე. ინფორმაციის მიწოდება უნდა ხდებოდეს ორსულისათვის გასაგები ენით, ფიზიკური და ფსიქიკური ნაკლოვანებების არსებობის შემთხვევაში მათი გათვალისწინებით.

სპ

ანტენატალური ვიზიტების სიხშირე

1996 წლიდან საქართველოში სახელმწიფოს მიერ ფინანსირდება 4 ატენატალური ვიზიტი. მიღებული გადაწყვეტილება განპირობებული იყო დედისა და ბავშვის პროგრამების არასაკმარისი დაფინანსებით. შემდგომში გამოქვეყნდა რამოდენიმე რანდომიზირებული კვლევა¹⁹⁻²² და სისტემატური მიმოხილვა³, რომლებიც მიუთითებდნენ, რომ ფიზიოლოგიურად მიმდინარე ორსულობის დროს ანტენატალური ვიზიტების რაოდენობა შეიძლება შემცირდეს 4-მდე დედისა და ნაყოფის ჯანმრთელობის მდგომარეობისათვის ზიანის მიყენების გარეშე. კერძოდ, გამოვლინდა, რომ 4 ვიზიტის ჩატარებისას არ იზრდებოდა დედისა და პერინატალური სიკვდილიანობა, პრეეკლამფსიის, შარდ-სასქესო ტრაქტის ინფექციების სიხშირე და სხეულის დაბალი წონით დაბადებულ ბავშვთა რაოდენობა (>2500 გ) მტკიცებულებები ადასტურებენ იმ შეხედულებას, რომ განვითარებულ ქვეყნებში, სადაც კარგად არის ორგანიზებული სამედიცინო სერვისი, პრენატალური ვიზიტების შემცირება დაკავშირებულია ისეთივე კარგ პერინატალურ გამოსავალთან, როგორც სტანდარტული მოდელის გამოყენებისას. მოსალოდნელი იყო, რომ ვიზიტების რაოდენობის შემცირებას მოყვებოდა უკმაყოფილება ქალთა მხრიდან. განვითარებად ქვეყნებში ჩატარებულმა ორმა კვლევამ დაამტკიცა იგივე მოსაზრება ამ საკითხზე.

არსებული მტკიცებულებების თანახმად 4 ანტენატალური ვიზიტის სქემა წარმოადგენს იმ მინიმუმს, რომელიც უნდა შევთავაზოთ დაბალი რისკის ჯგუფის ორსულებს.²³

დღესდღეობით, არის მცდელობა არ შეიზღუდოს ვიზიტების რაოდენობა სახელმწიფოებრივი დაფინანსების ფარგლებში, სამედიცინო პერსონალს მიეცეს საშუალება, საორიენტაციო სქემაზე დაყრდნობით თვითონ გადაწყვიტოს

ვიზიტების სიხშირე, მათ შორის მშობიარობის შემდეგაც. სხვა სიტყვებით რომ ვთქვათ, უპირატესობა ენიჭება გამოსავალზე ორიენტირებულ ანტენატალური მეთვალყურეობის მოდელს.

ანტენატალური ვიზიტების შინაარსი პირველი ვიზიტი

პირველი ვიზიტი უნდა განხორციელდეს ორსულობის ადრეულ ვადაზე (13 კვირამდე). დიდი რაოდენობის ინფორმაციის მიწოდების აუცილებლობის გამო შესაძლებელია პირველი ვიზიტის გაყოფა ორ ნაწილად:

- ორსულს მიეწოდოს ინფორმაცია და მიეცეს შესაძლებლობა დასვას შეკითხვები და მონაწილეობა მიიღოს დისკუსიაში. ინფორმაცია დიეტის, ცხოვრების წესის, გამოკვლევის მეთოდების, ორსულობის დროს არსებული მომსახურეობისა და სხვა ასპექტების შესახებ უნდა იყოს როგორც ზეპირი, ასევე წერილობითი ფორმით
- უნდა გამოვლინდეს ქალთა ის კატეგორია, რომელიც საჭიროებს დამატებით მეთვალყურეობას და დაიგეგმოს მეთვალყურეობა შემდეგი კატეგორიის ორსულებისათვის: (ცხრილი 1)

ცხრილი 1

სამეანო ანამნეზი

- ჰქონდა თუ არა ორსულს ნაადრევი მშობიარობა ან მკვდრადშობადობა ანამნეზში?
- ჰქონდა თუ არა 3 ჩვეული აბორტი თანმიმდევრობით?
- ხომ არ აღინიშნებოდა უკანასკნელი მშობიარობისას ახალშობილის სხეულის მასა <2500გრამზე?
- ხომ არ იყო უკანასკნელი მშობიარობისას ახალშობილის სხეულის მასა >4500გრამზე?
- ჰქონდა თუ არა ადგილი უკანასკნელი ორსულობის დროს კლინიკაში ჰოსპიტალიზაციას ჰიპერტენზიის, პრეეკლამფსიის ან ეკლამფსიის გამო?
- იყო თუ არა ჩატარებული რაიმე ოპერაცია რეპროდუქციული ორგანოებზე? (მიომექტომია, ტიხრის მოცილება, ბიოფსია, კლასიკური საკეისრო კვეთა, საშვილოსნოს ყელის სერკლაჟი)

მიმდინარე ორსულობა

- ხომ არ იყო დიაგნოსტირებული ან ეჭვის ქვეშ მრავალნაყოფიანი ორსულობა?
- ხომ არ არის ასაკი 16 წელზე ნაკლები?
- ხომ არ არის ასაკი 40 წელზე მეტი?
- ხომ არ აღინიშნებოდა რეზუს-იზოიმუნიზაცია წინა ან მიმდინარე

ორსულობის დროს?

- ხომ არ აღინიშნებოდა სისხლდენა საშოდან?
- ხომ არ არის რაიმე სიმსივნე მენჯის ღრუში?
- ხომ არ არის არტერიული დიასტოლური წნევა 90 მმ/ვწყ/სვ-ზე მეტი?

ზოგადი სამედიცინო პრობლემები

- ხომ არ აღინიშნება ინსულინ-დამოკიდებული შაქრიანი დიაბეტი?
- ხომ არ აღინიშნება თირკმელების დაავადება?
- ხომ არ აღინიშნება გულის დაავადებები?
- ხომ არა აქვს ადგილი მავნე ნივთიერებების მოხმარებას? (მათ შორის ალკოჰოლის დიდი რაოდენობით მიღებას?)
- ხომ არ აღინიშნება რაიმე სხვა დაავადება?

დადებითი პასუხი რომელიმე ზემოთ აღნიშნულ შეკითხვაზე მიუთითებს, რომ მოცემული კლინიკური რეკომენდაციები ამ ორსულთან მიმართებაში არ უნდა იყოს გამოყენებული.

ანტენატალური ვიზიტების შინაარსი

I ანტენატალური ვიზიტის დროს:

- უნდა განისაზღვროს სისხლის ჯგუფი და რეზუს ფაქტორი;
- ჩატარდეს სისხლის საერთო ანალიზი;
- ჩატარდეს ანემიის, აივ/შიდსის, B-ჰეპატიტის, წითურისა და სიფილისის სკრინინგი სწრაფი მარტივი მეთოდით;
- წითელას სკრინინგი განსაზღვრულია ორსულის იმუნური სტატუსის დასადგენად და ორსულობის შემდეგ საჭიროებისას აცრის ჩასატარებლად; კვლევა არ არის მოწოდებული ორსულობის დროს ნაყოფის მდგომარეობის შესაფასებლად;
- განისაზღვროს სხეულის მასის ინდექსი;
- გაიზომოს არტერიული წნევა;
- ჩატარდეს შარდის საერთო ანალიზი (პროტეინურიისა და ასიმპტომური ბაქტერიურიის გამოსავლენად) ტესტ-ხაზების მეშვეობით, შარდის ნალექის ბაქტერიოსკოპიით ან შარდის დათესვით;
- ჩატარდეს საშოს ნაცხის ბაქტერიოსკოპიული კვლევა – სარკეებში დათვალიერება
- რაც შეიძლება ადრე ჩატარდეს ულტრაბგერითი კვლევა გესტაციური ვადის განსაზღვრის მიზნით შემდეგი პარამეტრების გამოყენებით:
 - 10-13 კვირამდე თხემ-კუდუსუნის სიგრძე;
 - 14 კვირის ზემოთ თავის გარშემოწრილობა და ბიპარიეტალური ზომა.
- პირველი ვიზიტის დროს სასურველია ჩატარდეს თერაპევტის და სტომატოლოგის კონსულტაცია

შემდგომი ვიზიტი, რომელიც განიხლება, როგორც პირველი ვიზიტის გაგრძელება, ანალიზების მიღების შემდეგ უნდა დაიგეგმოს შემდეგი მიზნით:

- განიხილოს და ჩაიწეროს ყველა ჩატარებული სკრინინგული ტესტის შედეგი, მოხდეს ანტენატალური მეთვალყურეობის შემუშავებული გეგმის გადახედვა ქალთა იმ კატეგორიის გამოსავლენად, რომლებიც საჭიროებენ დამატებით მეთვალყურეობას;
- ორსულს მიეწოდოს როგორც ზეპირი, ისე წერილობითი ინფორმაცია, რომელიც გაღრმავდება ანტენატალური მეცადინეობების ჩატარებისას. ასევე ორსულს უნდა მიეცეს შესაძლებლობა, აქტიური მონაწილეობა მიიღოს დისკუსიაში.

18-20 კვირა

- 18-20 კვირაზე, ქალის თანხმობის შემთხვევაში უნდა ჩატარდეს ულტრაბგერითი კვლევა ნაყოფის სტრუქტურული ანომალიების გამოსავლენად. იმ ქალებს, რომელთაც ორსულობის ამ ვადაზე დაუდგინდებათ პლაცენტის კიდითი მიმაგრება, უნდა ჩაუტარდეთ განმეორებითი ულტრაბგერითი კვლევა 36 კვირის ვადაზე
- უნდა გაიზომოს საშვილოსნოს ფუძის სიმაღლე;
- გაიზომოს არტერიული წნევა და ჩატარდეს ტესტი პროტეინურიის გამოსავლენად;
- წონის განსაზღვრა (მხოლოდ დაბალი სხეულის მასის ინდექსის მქონე ორსულებში);
- მეორე ვიზიტის დროს უნდა ჩატარდეს სკრინინგული კვლევა თანდაყოლილ სიმახინჯეებზე. (დაუნის სინდრომი)

30-32 კვირა

ამ ვიზიტის დროს უნდა:

- განისაზღვროს ჰემოგლობინის დონე და 10,5 გ/ლ ნაკლები მაჩვენებლის შემთხვევაში დაინიშნოს რკინის შემცველი პრეპარატები;
- გაიზომოს არტერიული წნევა;
- გაკეთდეს შარდის ანალიზი პროტეინურიის გამოსავლენად;
- განისაზღვროს საშვილოსნოს ფუძის სიმაღლე;
- ორსულს მიეცეს ლაქტაციის/ კონტრაცეფციის რეკომენდაციები

- ორსულს მიეწოდოს როგორც ზეპირი, ასევე წერილობითი ინფორმაცია, რომელიც გაღრმავდება ანტენატალური მეცადინეობების ჩატარებისას, მიეცეს შესაძლებლობა აქტიური მონაწილეობა მიიღოს დისკუსიაში

36-38 კვირა

34 კვირაზე ანტენატალური ვიზიტი უნდა ჩატარდეს შემდეგის მიზნით:

- გაიზომოს არტერიული წნევა და ჩატარდეს ტესტი პროტეინურიის გამოსავლენად;
- განისაზღვროს ჰემოგლობინი სისხლში;
- ჩატარდეს სიფილისის დიაგნოსტიკა სწრაფი მარტივი მეთოდით;
- განისაზღვროს საშვილოსნოს ფუძის სიმაღლე;
- განისაზღვროს ნაყოფის პოზიცია;
- მენჯით წინამდებარეობის შემთხვევაში განხორციელდეს თავით გარეგანი მობრუნება ორსულის თანხმობის შემთხვევაში (სტაციონარის პირობებში);
- დადასტურდეს პლაცენტის მიგრაცია წინა ულტრაბერით კვლევებთან შედარებით;
- მოხდეს ჩატარებული შედეგების განხილვა და დოკუმენტირება, საჭიროების შემთხვევაში შეიცვალოს ორსულობის მართვის გეგმა და გამოვლინდეს ქალთა ის კატეგორია, რომელიც საჭიროებს დამატებით მეთვალყურეობას;
- ორსულს მიეცეს ლაქტაციის/ კონტრაცეფციის რეკომენდაციები
- ორსულს მიეწოდოს როგორც ზეპირი, ასევე წერილობითი ინფორმაცია, რომელიც გაღრმავდება ანტენატალური მეცადინეობების ჩატარებისას, მივცეთ მას შესაძლებლობა, აქტიური მონაწილეობა მიიღოს დისკუსიაში

მშობიარობის შემდგომი ვიზიტი

ჯამო რეკომენდაციით მშობიარობის შემდგომი ვიზიტი უნდა ჩატარდეს მშობიარობის შემდგომ ერთი კვირის განმავლობაში²². მიუხედავად იმისა, რომ ეს ვიზიტი არ ფინანსირდება სახელმწიფოს მიერ, კვლევის ფარგლებში საქართველოში ჩატარებულმა გამოკითხვამ²⁴ გამოავლინა, რომ 38% მელოგინე გასინჯული იყო სამედიცინო პერსონალის მიერ პირველი 6 დღის განმავლობაში, ხოლო 45% ორი კვირის შემდეგ.

ანტენატალური ვიზიტების გრაფიკი განპირობებული უნდა იყოს ვიზიტების შინაარსით. ქალისათვის პირველი ფიზიოლოგიურად მიმდინარე ორსულობის დროს საკმარისია 4 ვიზიტი.

A

პირველი ვიზიტის დროს ორსულს უნდა მივაწოდოთ შემდეგი ინფორმაცია: ორსულობის მეთვალყურეობის, ცხოვრების სტილის, დიეტისა და გამოკვლევის მეთოდების შესახებ.

C

ორსულობის ადრეულ ვადებზე ყველა ქალს უნდა მიეწოდოს ინფორმაცია ანტენატალური ვიზიტების რაოდენობის, დროისა და შინაარსის შესახებ;

D

ყოველი ანტენატალური ვიზიტი უნდა იყოს დაგეგმილი და გააჩნდეს გარკვეული შინაარსი. ვიზიტები უფრო ხანგრძლივი უნდა იყოს ორსულობის ადრეულ ვადებზე, რათა უზრუნველყოფილი იყოს ამომწურავი ინფორმაცია. ანტენატალური ვიზიტის დროს უნდა ჩატარდეს სტანდარტით გათვალისწინებული ტესტები და გამოკვლევები, რათა შემცირდეს ორსულთა განმეორებით ვიზიტთან დაკავშირებული დისკომფორტი.

D

ორსულის კლინიკური გამოკვლევა

მშობიარობის ვადის განსაზღვრა

ორსულობისათვის დამახასიათებელია შემდეგი ნიშნები:

- შეშუპება;
- თავის ტკივილი;
- გულისრევა და ღებინება;
- სისხლდენა ან სისხლიანი გამონადენი საშოდან;
- სარძევე ჯირკვლების მომატებული მგრძობელობა;
- მუცლის შებერილობა და შეკრულობა;
- საშოდან გამონადენის რაოდენობის გაზრდა;
- ისეთი ფუნქციური ჩივილები, როგორებიცაა უძილობა და გაღიზიანებადობა.

ზოგიერთი ნიშნები, რომლებიც მიიღება ფიზიკალური გამოკვლევის შედეგად, ასევე ადასტურებენ ორსულობის დიაგნოზს. ამ ნიშანთა უმრავლესობა ვლინდება ჩასახვიდან მე-6-8 კვირას.

- სარძევე ჯირკვლების ზომაში მომატება არეოლის ჰიპერპიგმენტაციით;
- საშოს კედლებისა და საშვილოსნოს ყელის ციანოზი და შეშუპება;
- საშვილოსნოს და საშვილოსნოს ყელის ისთმური ნაწილის დარბილება;
- საშვილოსნოს კონსისტენციისა და ფორმის ცვლილებები;

- იმუნოლოგიური ტესტები იძლევა სარწმუნო შედეგებს ორსულობის 6 კვირის შემდეგ;

ორსულობის ვადის განსაზღვრა ბოლო მენსტრუაციის თარიღის მიხედვით დამოკიდებულია იმაზე, თუ რამდენად ზუსტად ახსოვს ქალს თარიღი, ასევე მენსტრუალური ციკლის ხანგრძლივობაზე და რეგულარობაზე. გესტაციური ვადის განსაზღვრა ბოლო მენსტრუაციის მიხედვით არ არის ზუსტი 11-42%-ში. არსებობს შეცდომის ალბათობა გესტაციური ვადის დადგენისას ულტრაბგერითი კვლევით მეორე და მესამე ტრიმესტრებში თუმცა შეცდომების ალბათობა ნაკლებია, ბოლო მენსტრუაციის მიხედვით ორსულობის ვადით განსაზღვრასთან შედარებით. ულტრაბგერითი გამოკვლევისას 10-13 კვირაზე გესტაციური ვადის განსაზღვრა ხდება თხემ-კუდუსუნის ზომის მიხედვით. ვადის განსაზღვრა ულტრაბგერით რუტინულად უნდა ჩატარდეს 24 კვირამდე. თუ ულტრაბგერითი კვლევითა და ბოლო მენსტრუაციით განსაზღვრული ორსულობის ვადები არ ემთხვევა, უპირატესობა ენიჭება ულტრაბგერით კვლევის მაჩვენებლებს.²⁵⁻²⁷ სისტემატურმა მიმოხილვამ, რომელშიც ჩართული იყო 9 კვლევა, გამოავლინა, რომ რუტინული ულტრაბგერითი კვლევის დროს უფრო ადრე ვლინდებოდა მრავალნაყოფიანი ორსულობა (26 კვირამდე არადიაგნოსტირებული ტყუპები OR 0.08 CI 0.04-0.16) ასევე რუტინული კვლევისას მცირდებოდა ვადაგადაცილებული ორსულობის გამო სამშობიარო მოქმედების აღმგრის სიხშირე (OR 0.61, 95% CI 0.52 - 0.72). კვლევაში არ გამოვლინდა განსხვავება პერინატალური სიკვდილიანობის მაჩვენებლებს შორის (OR 0.86, 95% CI 0.67 - 1.12). რუტინული ულტრაბგერითი გამოკვლევა ორსულობის ადრეულ ვადებზე გვაძლევს საშუალებას, უფრო ზუსტად დავადგინოთ ორსულობის ვადა, ადრეულად გამოვავლინოთ მრავალნაყოფიანი ორსულობა და ნაყოფის ანომალიები. არ გამოვლინდა ანტენატალურ პერიოდში ჩატარებული ულტასონოგრაფიის არანაირი უარყოფითი ზეგავლენა სწავლისა და ნეირო-ქცევით ფუნქციებზე შემდგომში.²⁸

ულტრაბგერითი კვლევა ორსულობის ვადის დადგენის მიზნით უნდა ჩატარდეს ორსულობის ადრეულ ვადაზე (ბოლო მენსტრუაციის თარიღის განსაზღვრის მაგივრად). ეს უზრუნველყოფს ორსულობის ვადის ზუსტ განსაზღვრას და ამცირებს მშობიარობის ინდუქციის აუცილებლობას 41 კვირის ზევით.

A

ულტრაბგერითი კვლევა გესტაციური ვადის განსაზღვრის მიზნით უნდა ჩატარდეს 10-13 კვირის ორსულობის ვადაზე თხემ-კუდუსუნის ზომის დადგენით. 14 კვირის ორსულობის ვადის შემდეგ გესტაციური ვადა ისაზღვრება თავის გარშემოწერილობის ან ბიპარიეტალური ზომის დადგენით

სპ

საშოსმხრივი გასინჯვა ანტენატალურ პერიოდში არ არის რეკომენდებული, რადგანაც ის არ იძლევა ზუსტ ინფორმაციას გესტაციური ვადისა ან ნაადრევი მშობიარობის რისკის შესახებ.

B

ორსულის გამოკვლევა ნაყოფის ანომალიების გამოსავლენად

ნაყოფის სტრუქტურული და ქრომოსომული ანომალიების გამოსავლენად (ნერვული ღეროს ღია დეფექტები და დაუნის სინდრომი) საჭიროა ულტრაბგერითი კვლევა და ორსულის შრატის გამოკვლევა. კვლევის მიზანს წარმოადგენს შემდეგის დადგენა:

- ანომალიები, რომლებიც იწვევენ ინვალიდობას ან შეუთავსებადია სიცოცხლესთან;
- ანომალიები, რომელთა მკურნალობაც შესაძლებელია ორსულობის დროს ან მშობიარობის შემდგომ პერიოდში;

ექიმმა ზუსტად უნდა აუხსნას ორსულს ყოველი კვლევითი ტესტის მიზანი, მისი ჩატარების დეტალები, კვლევის დადებითი ან უარყოფითი შედეგების მნიშვნელობა და მკურნალობის შესაძლო ვარიანტები. საჭიროა ორსულის ინფორმირებული თანხმობა ტესტების ჩატარებაზე.

ულტრაბგერითი გამოკვლევა სტრუქტურული ანომალიების გამოსავლენად

ჩატარდა სისტემური მიმოხილვა, რომელიც დაფუძნებული იყო 11 კვლევაზე (ერთი რკკ, 6 რეტროსპექტული კოჰორტული და ოთხი პროსპექტული კოჰორტული კვლევა), რომელიც მიზნად ისახავდა რუტინული ულტრაბგერითი გამოკვლევის მნიშვნელობის შესწავლას ნაყოფის ანომალიების დადგენის მიზნით.²⁹ კვლევები, რომლებიც მოიცავდა 96 633 ბავშვს, ჩატარდა ევროპაში, აშშ-ში და კორეაში 1988-1996 წწ-ში. ნაყოფის ანომალიების საერთო გავრცელებამ შეადგინა 2,09% და ვარირებდა 0,76%-დან 2,45%-მდე და მოიცავდა როგორც მცირე, ისე დიდ ანომალიებს.

ანომალიების დადგენის სიხშირე 24 კვირის ქვემოთ შეადგენდა 41,3%, ხოლო 24 კვირის ზემოთ 18,6%. საერთო ჯამში, ნაყოფის ანომალიის დადგენა შეადგენდა 44,7%, და ვარირებდა 15,0%-დან 85,3%-მდე. ეს იყო შედეგი იმისა, რომ ზოგიერთი ანომალიის დიაგნოსტიკის სიზუსტე მაღალი იყო. მაგალითად, ანენცეფალიის დიაგნოსტიკა 14-22 კვირაზე შეადგენს შემთხვევათა 100%-ს³⁰

რეკომენდირებული მინიმალური სტანდარტი 20 კვირაზე ანომალიის დადგენისათვის მოცემულია ინგლისის მეან-გინეკოლოგთა სამეფო კოლეჯის მიერ³¹ (ცხრილი 2).

ცხრილი 2

მინიმალური სტანდარტები 20 კვირაზე ანომალიის დასადგენად (ინგლისის მეან-გინეკოლოგთა სამეფო კოლეჯის მონაცემები **RCOG**³¹)

ნორმალური ნაყოფი:

- თავის ფორმა და ზომა, ასევე შიდა სტრუქტურები (ნათხემი, პარკუჭების ზომა წინაგულის ზომაზე < 10 მმ)
- ხერხემალი: გასწვრივი და განივი სკანირება
- მუცლის ფორმა და შემაღენლობა კუჭის დონეზე
- მუცლის ფორმა და შემაღენლობა თირკმელების და ჭიპის დონეზე
- თირკმელების მენჯი < 5 მმ წინა-უკანა გაზომვისას;
- მუცელ-მკერდის გასწვრივი მდგომარეობა (დიაფრაგმა და შარდის ბუშტი);
- გულმკერდი ოთხკამერიანი გულის ვიზუალიზაციისას;
- მკლავები: სამი ძვალი და ხელის მტევანი (არ არის საჭირო თითების დათვლა)
- ფეხები: სამი ძვალი და ტერფები (არ არის საჭირო თითების დათვლა)
- ოპტიმალური სტანდარტი 20 კვირაზე ანომალიის დასადგენად:
- გულის სისხლის მიმოქცევა;
- სახე და ტუჩები;

გესტაციის 18-20 კვირაზე ნაყოფის ანომალიების დადგენის მიზნით უნდა ჩატარდეს ულტრაგერითი კვლევა შესაბამისად მომზადებული სპეციალისტის მიერ და მოწოდებული სტანდარტებით. A

A

დაუნის სინდრომის სკრინინგი

დაუნის სინდრომი (21 ტრისომია) წარმოადგენს თანდაყოლილ ანომალიას, რომლისათვისაც დამახასიათებელია დამატებითი 21 ქრომოსომის არსებობა. დაუნის სინდრომის სიხშირე ევროპის ქვეყნებში შეადგენს 6,2/10,000 ცოცხლად- და მკვდრადშობილზე. (საქართველოში მონაცემები არ არსებობს). სინდრომი ძირითადად ხასიათდება ბავშვის გონებრივი ჩამორჩენილობით -დაავადებულ ბავშვთა 80%-ს აღენიშნება მძიმე ხარისხის გონებრივი ჩამორჩენილობა. დაუნის სინდრომისათვის დაახასიათებელია თანდაყოლილი სიმახინჯეები, რომლებიც შესაძლოა სიკვდილის მიზეზი გახდეს (ლეიკემია, ფარისებრი ჯირკვლის დაავადებები, ეპილეფსია, ალკჰეიმერის დაავადება). დაუნის სინდრომით დაავადებულ ბავშვთა დაახლოებით 46%-ს აღენიშნება გულის თანდაყოლილი ანომალიები, რომლებიც საჭიროებს ქირურგიულ ჩარევას.

დაუნის სინდრომის თანამედროვე კვლევა

არსებობს მრავალი კვლევა, რომლებშიც შედარებულია დაუნის სინდრომის სკრინინგული ტესტების შემდეგი კომბინაციების ეფექტურობა:

- კომბინირებული ტესტი – ორსულობის პირველ ტრიმესტრში ულტრასონოგრაფიული კვლევით კისრის ნაოჭის სისქის, შრატში PAPP-A-სა და ქორიონული გონადოტროპინის განსაზღვრა.
- „ორმაგი ტესტი“-ორსულობის 14-20 კვირაზე ქორიონული გონადოტროპინისა და ალფა-ფეტოპროტეინის განსაზღვრა.

- „სამმაგი ტესტი“- ქორიონული გონადოტროპინის, ალფა-ფეტოპროტეინის და uE3 –ის განსაზღვრა.
- “ოთხმაგი ტესტი“- ქორიონული გონადოტროპინის, ალფა-ფეტოპროტეინის, uE3 –ისა და ინჰიბინი-A-ს განსაზღვრა.
- ინტეგრირებული ტესტი- ორსულობის 10-12 კვირაზე კისრის ნაოჭის სისქისა და PAPP-A განსაზღვრა, შემდგომში 14-20 კვირაზე ქორიონული გონადოტროპინის, ალფა-ფეტოპროტეინის, uE3 –ისა და ინჰიბინი A განსაზღვრით.
- შრატის ინტეგრირებული ტესტი- ინტეგრირებული ტესტი, კისრის ნაოჭის სისქის განსაზღვრის გარეშე.

დაუნის სინდრომის კვლევის დროს მარკერების სხვადასხვა კომბინაციის გამოყენებისას მიღებული ცრუ-დადებითი შედეგები და დადგენის სიხშირე შეჯამებულია შემდეგ ცხრილში:

მარკერები	ცრუ-დადებითი პასუხების სიხშირე(%)	დადგენის სიხშირე
კისრის ნაოჭის სისქე	4,7	77
ულტრაბგერითი კვლევისას 9-14 კვირაზე* (13 კოჰორტული კვლევა, რ=170,343)		
კომბინირებული ტესტი: კისრის ნაოჭის სისქე და შრატის კვლევა (10 კვლევა)	5	85-89
“ორმაგი ტესტი” (6 კოჰორტული კვლევა, რ=110,254)	მონაცემები არ არის**	66
“სამმაგი ტესტი” (20 კოჰორტული კვლევა, რ=194,326) რისკის შეფარდება 1:200	4	67
“ოთხმაგი ტესტი” (1 კოჰორტული კვლევა, რ=46,193)	5	85
შრატის ინტეგრირებული ტესტი: (1 შემთხვევა-კონტროლის კვლევა, რ=28,434)	2,7	
ინტეგრირებული ტესტი: (1 შემთხვევა-კონტროლის კვლევა, რ=28,434)	1,3	85

*ეს მონაცემები მიღებულია გამოქვეყნებული კოჰორტული კვლევებიდან. SURUSS მონაცემები არ არის ჩართული იმის გამო, რომ ეს იყო შემთხვევა-კონტროლის კვლევა და არსებობდა უფრო მაღალი დონის მტკიცებულებები.

**პრაქტიკაში სხვადასხვა სკრინინგული პროგრამების გამოყენების გამო.

დაუნის სინდრომის საბოლოო დიაგნოზის დასმა ანტენატალურ პერიოდში ხდება ინვაზიური მეთოდებით ნაყოფის უჯრედების კულტივირების შემდეგ. ამისათვის გამოიყენება ქორიონის ბუსუსების ბიოფსია და ამნიოცენტეზი. ზემოაღნიშნული

მეთოდები დაკავშირებულია გარკვეულ რისკთან, მაგალითად ამნიოცენტეზის შემდეგ სპონტანური აბორტის სიხშირე შეადგენს დაახლოებით 1%-ს..

ქორიონის ბუსუსების ბიოფსია კეთდება ორსულობის 11-13 კვირაზე, ხოლო ამნიოცენტეზი -15 კვირის ზევით. ქორიონული ბუსუსების ბიოფსია პირველ ტრიმესტრში ხასიათდება უშედეგობის და სპონტანური აბორტის უფრო მაღალ სიხშირესთან მეორე ტრიმესტრში ჩატარებულ ამნიოცენტეზთან შედარებით (OR 2,86, 95%, CI 1,93 4,24); (OR 1,33,95%, CI 1,17 1,52). ამნიოცენტეზის გაკეთება პირველ ტრიმესტრში არ შეიძლება. ქორიონის ბუსუსების ბიოფსიასთან შედარებისას ორსულობის პირველ ტრიმესტრში ამნიოცენტეზი დაკავშირებულია უშედეგობის უფრო მაღალ სიხშირესთან (0,4% 2%-თან შედარებით; RR 0,23, 95%, CI 0,08 0,65). აქედან გამომდინარე, რისკი ყველაზე დაბალია 15 კვირის შემდეგ ამნიოცენტეზის ჩატარებისას და ყველაზე მაღალია ქორიონის ბუსუსების ბიოფსიის ჩატარებისას ორსულობის ნებისმიერ ვადაზე.

საქართველოში დაუნის სინდრომის სკრინინგის დაწყება პირველად მოსალოდნელია 2007 წელს თანამედროვე ლაბორატორიის აღჭურვისთანავე. მაღალი მგრძობელობის მქონე ტესტ-სისტემებით სავარაუდოა “ორმაგი ტესტის” ჩატარება (ალფა-ფეტოპროტეინი და ადამიანის ქორიონული გონადოტროპინი). ტესტის დადებითი შედეგის მიღებისას ორსული გაიგზავნება სისხლის იმუნოფერმენტულ ანალიზზე და ინფორმირებული თანხმობის შემდეგ მას ჩატარდება ინვაზიური მეთოდები ნაყოფის უჯრედების კულტივირებაზე.

სხეულის მასის ინდექსის განსაზღვრა

სხეულის მასის ინდექსის განსაზღვრა ხდება ორსულის სხეულის მასის (კილოგრამებში) შეფარდებით სიმაღლის (მეტრებში) კვადრატზე. (კგ/მ²). თუ სხეულის მასის ინდექსი ნაკლებია 18-ზე ან მეტია 35-ზე, ორსულს უნდა მიეწოდოს შესაბამისი რეკომენდაციები დიეტასთან დაკავშირებით., რადგანაც 30-ზე მეტი სხეულის მასის ინდექსი დაკავშირებულია მომატებულ მკვრადშობადასთან (RR 3.1 95% CI 1.6 – 5.9) და ნეონატალურ სიკვდილობასთან RR 2.7 95% CI (1.2 – 6.1) ნორმალური სხეულის მასის ინდექსის მქონე ორსულებთან შედარებით.

ორსულობის დროს დედის სხეულის მასის ნორმალური ნამატი ინდივიდუალურად ვარიირებს. არსებობს კავშირი ორსულის სხეულის მასასა და ახალშობილის წონას შორის, თუმცა მცირე მასის ახალშობილების სკრინინგისათვის ამ კავშირის გამოყენება არაზუსტ ინფორმაციას იძლევა. დედის წონისა და სიმაღლის განსაზღვრა უნდა ხდებოდეს მინიმუმ ერთხელ, მაგალითად, პირველი ვიზიტის დროს. აქედან გამომდინარე, რუტინული აწონვა და სიმაღლის გაზომვა ორსულობის დროს მიზანშეწონილი არ არის დამატებითი დისკომფორტის თავიდან ასაცილებლად. გარდა ამისა, ამ პროცედურებს არ მოაქვთ არანაირი სარგებლობა. გამონაკლისი უნდა გაკეთდეს იმ ორსულებისათვის, რომლებიც არასრულფასოვნად იკვებებიან.

რეტროსპექტულ კვლევაში, რომელიც მოიცავდა 1092 ქალს, გამოვლინდა, რომ ორსულობის ვადა, დედის ასაკი, თამბაქოს მოწევა, ყოველკვირეული წონის ნამატი და დედის წონა წარმოადგენდნენ ფაქტორებს, რომლებიც ზეგავლენას ახდენენ ახალშობილის წონაზე.³² დედის სხეულის დაბალი წონა (<51 კგ-ზე) ყველაზე

ეფექტურ მარკერს წარმოადგენდა ანტენატალურ პერიოდში ორსულობის ვადასთან შედარებით მცირე მასის ახალშობილის გამოსავლენად (დადებითი პროგნოზული ღირებულება 20%). დედის მცირე ყოველკვირეული ნამატის (<0,20 კგ) პროგნოზული ღირებულება გესტაციის ვადასთან შედარებით მცირე მასის ახალშობილის გამოსავლენად შეადგენდა 13%-ს (უფრო დაბალი იყო, ვიდრე დედის თამბაქოს მოწევის პროგნოზული (16%) ღირებულება). წონის კლება ან ნამატის არ არსებობა მესამე ტრიმესტრში ორი კვირის განმავლობაში შეინიშნებოდა შესწავლილი ქალების 46%-ში.

პირველი ანტენატალური ვიზიტის დროს ორსული უნდა აიწონოს და გაიზომოს მისი სიმაღლე. მიღებული მონაცემებიდან გამომდინარე უნდა გამოითვალოს სხეულის მასის ინდექსი (კგ/მ²)

B

განმეორებითი აწონვა ნორმალურად მიმდინარე ორსულობის დროს არ არის აუცილებელი.

C

ანემიის სკრინინგი

დღემდე საკამათოა ჰემოგლობინის მაჩვენებლის ზღვარი, რომლითაც განისაზღვრება ანემია, მაგრამ კვლევებში გამოვლინდა, რომ ორსულობის დროს ჰემოგლობინის დონე მერყეობს 11გ/ლ-12გ/ლ. იმის გამო, რომ ჰემოგლობინის დონე მერყეობს ორსულობის სხვადასხვა ვადებზე, რეკომენდებულია ჰემოგლობინის დონის განსაზღვრა I, III და IV ვიზიტებზე.

12 კვირის ვადის შემდეგ ჰემოგლობინის დონე ორსულ ქალებში უნდა იყოს 11 გ/ლ-ზე მეტი, ხოლო 30 კვირის შემდეგ 10,5 გ/ლ-ზე მეტი.³³

ჰემოგლობინის დაბალი მაჩვენებლები (8,5-დან-10,5გ/ლ) შესაძლებელია დაკავშირებული იყოს დაბალი წონის ახალშობილისა და ნაადრევი მშობიარობის მომატებულ რისკთან³⁴. თუ არსებობს ეჭვი რკინის დეფიციტზე, უნდა ჩატარდეს შრატის ფერიტინის განსაზღვრა რკინის ჭეშმარიტი დონის გამოსავლენად. ტესტის მგრძობიანობა შეადგენს 90%-ს³⁵.

ანემიის გამოსავლენად ჰემოგლობინის განსაზღვრა უნდა განხორციელდეს I, III და IV ვიზიტების დროს.

B

ჰემოგლობინის ნორმალური დონე ორსულობის დროს არის 11 გ/ლ პირველი ვიზიტის დროს და 10,5 გ/ლ ორსულობის 30 კვირის შემდეგ. ამ მაჩვენებლების ცვლილებების დროს უნდა გადაწყდეს საკითხი რკინის შემცველი პრეპარატების დანიშვნის თაობაზე. A

A

არტერიული წნევის გაზომვა

ჩვეულებრივად, ნორმალური ორსულობის პირველ ნახევარში არტერიული წნევის მაჩვენებლები კლებულობს, ხოლო მშობიარობის მომენტისათვის უბრუნდება ორსულობამდე არსებულ მაჩვენებლებს.³⁶ ქრონიკული ჰიპერტენზიის შემთხვევაში გესტაციის 10-13 კვირაზე შეიძლება აღინიშნებოდეს არტერიული წნევის ნორმალური მაჩვენებლები.

ორსულობის დროს ჰიპერტენზიის მიღებული განსაზღვრება გულისხმობს არტერიულ წნევას 140/90 მმ/ვწყ/სვ-ს ორჯერადად, 4 საათის ინტერვალებით გაზომვისას. ასეთი მაჩვენებლების დროს მატულობს პერინატალური სიკვდილიანობა.³⁷ აღსანიშნავია, რომ ორსულთა 20%-ს ორსულობის 20 კვირის შემდეგ მინიმუმ ერთხელ მაინც აღენიშნება არტერიული წნევის მარალი მაჩვენებლები. ეს იწვევს ჩარევების განხორციელებას ორსულთა 10%-ში, თუმცა პრეეკლამფსია შეიძლება განვითარდეს ორსულთა მხოლოდ 2-4%-ში.³⁸

ჰიპერტენზიის დიაგნოსტიკა დამოკიდებულია არტერიული წნევის გაზომვის სიზუსტეზე. ქვემოთ მოყვანილი კლინიკური რეკომენდაციები მიწოდებულია ამერიკის გულის ასოციაციის მიერ³⁹, და ემთხვევა ექსპერტების ადრე არსებულ აზრს⁴⁰.

- წნევის გაზომვა ორსულის მჯდომარე ან ნახევრადმჯდომარე პოზიციაში ისე, რომ მკლავი მოთავსებული იყოს გულის დონეზე;
- შესაბამისი ზომის მანჟეტის გამოყენება (მინიმუმ 33X15 სმ ზომის). ნაკლები შეცდომები დაიშვება დიდი მანჟეტის გამოყენებისას მცირე მანჟეტთან შედარებით;
- ჰაერი უნდა იყოს გამოშვებული, დაახლოებით 2-3 მმ/წმ-ში, მთელი ჰაერის გამოშვებამ უნდა დაიკავოს დაახლოებით 30 წამი;
- არტერიული წნევა უნდა გაიზომოს 2მმ/ვწყ-მდე სიზუსტით;
- დიასტოლური წნევის გასაზომად გამოყენებული უნდა იყოს კოროტკოვის V ტონი (გულის ხმიანობის გაქრობა), რადგანაც ამ შემთხვევაში შეინიშნება ნაკლები უზუსტობები კოროტკოვის IV ტონის (გულის ტონების მოყრუება) გამოყენებასთან შედარებით.
- I ფაზა: პირველი სუსტი ტონების გამოჩენა, ინტენსიობის თანდათანობით მომატება- დააფიქსირეთ სისტოლური არტერიული წნევა;
- II ფაზა: ტონების ინტენსიობის შერბილების მოკლე ფაზა;
- III ფაზა: ტონების ინტენსიობის ხანმოკლე გაძლიერება;
- IV ფაზა: წყვეტილი მოყრუებული ტონები, რბილი და „მბერავი“;
- V ფაზა: ტონების სრული გაქრობა - აღნიშნეთ დიასტოლური არტერიული წნევა.
- თუ აღინიშნება არტერიული წნევის ნულამდე დაცემა (ორსულთა 15%-ში), უნდა ჩაიწეროს როგორც IV, ასევე V ფაზის მაჩვენებლები (მაგ.: 148/84/0 მმ/ვწყ).
- თუ საჭიროა განმეორებითი გაზომვა, გამოყენებული უნდა იყოს მაჩვენებლების საშუალო არითმეტიკული და არა მხოლოდ უფრო დაბალი მაჩვენებელი.

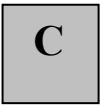
მეტა-ანალიზმა ორსულობის დროს არტერიული წნევის მონიტორინის მიზნით⁴¹ ავტომატური მოწყობილობების გამოყენებასთან დაკავშირებით გამოავლინა, რომ

ავტომატური მოწყობილობები იძლევა არტერიული წნევის შედარებით დაბალ მაჩვენებლებს პრეეკლამფსიის დროს. გამოყენების წინ მნიშვნელოვანია ავტომატური მოწყობილობების შემოწმება და ასევე ამ მოწყობილობებით მიღებული შედეგების ინტერპრეტირება დიდი სიფრთხილით.

არტერიული წნევის გაზომვის სიხშირე

არ არსებობს მტკიცებულებები იმის შესახებ, თუ რა სიხშირით უნდა გაიზომოს არტერიული წნევა. მიუხედავად ამისა, რკკ-ის მიმოხილვამ, რომელშიც შედარებული იყო ანტენატალური ვიზიტების შემცირებული რაოდენობა სტანდარტულ რაოდენობასთან, არ გამოავლინა განსხვავება პრეეკლამფსიის განვითარების სიხშირეების თვალსაზრისით. (OR 0.37, 95% CI: 0.22 to 1.64).⁴²

სამედიცინო პერსონალის ყველა წევრმა უნდა იცოდეს არტერიული წნევის გაზომვის სწორი ტექნიკა, სტანდარტიზირებული აღჭურვილობის გამოყენება და ორსულის სწორი პოზიცია გაზომვისას



პროტეინურიის განსაზღვრა

ჭეშმარიტი პროტეინურიის შესაფასებლად ძალზედ მნიშვნელოვანია შარდის სწორი შეგროვება და უროგენიტალური ინფექციის გამორიცხვა. ამისათვის ხორციელდება შარდის შუა ულუფის შეგროვება სასქესო ორგანოების წინასწარი დამუშავებისა და საშოს სტერილური ტამპონით შემოსაზღვრის შემდეგ. პროტეინურიის დონის დასადგენად არ არის საჭირო შარდის შეგროვება კათეტერის მეშვეობით, რადგანაც ეს პროცედურა შესაძლებელია გართულდეს საშარდე გზების ინფიცირებით.

პროტეინურიის გამოსავლენად ხშირია ტესტ-ჩხირების გამოყენება. ტესტ-ჩხირი წარმოადგენს მხოლოდ სკრინინგულ ტესტს და არ შეიძლება მხოლოდ მის შედეგებზე დაყრდნობა, რადგან ცილის ნიშნების გამოვლენისას ცრუ-დადებითი შედეგების სიხშირე შემთხვევით აღებულ შარდის ნიმუშებში ზოგჯერ აღწევს 25%.⁴³

შარდის პირველი ნიმუში +1-ზე მეტი მაჩვენებლის მიღებისას შედეგი დადასტურებული უნდა იყოს 24 საათიან შარდში ცილის ან ცილა/კრეატინინის შეფარდების განსაზღვრით.⁴⁴ 300 მგ/24 საათში ან კრეატინინის დონის მომატება 30 მგ/მმოლზე მეტი რაოდენობით ძირითადად განიხილება, როგორც მნიშვნელოვანი პროტეინურია⁴⁵.

ზღვარი 500მგ/24 საათში რაოდენობით განიხილება, როგორც შესაძლო ცუდი გამოსავალის მანიშნებელი.⁴⁶

პროტეინურიის არსებობა დასტურდება 24 საათიან შარდში >300 მგ/ლ ცილის აღმოჩენით (+) ან შარდის შუა ულუფაში >1 გ (ან მეტი ++) ცილის აღმოჩენით ორჯერადი შემოწმებისას 4საათზე მეტი ინტერვალით, თუ სარდის ხვედრითი წონა <1030 და 8-ზე ნაკლები pH-ის დროს.

პირველი ვიზიტის დროს უნდა შეფასდეს პრეეკლამფსიის განვითარების რისკი და შემუშავდეს ანტენატალური ვიზიტების გეგმა. პრეეკლამფსიის განვითარების რისკი მატულობს შემდეგი კატეგორიის ორსულებში:

პირველადმშობიარეებში;



40 წლის ზევით მშობიარებებში;

პრეეკლამფსიის ოჯახური ანამნეზის მქონე ქალებში (მაგ: პრეეკლამფსია დედის ან დის ანამნეზში);

პირველი ვიზიტის დროს 35-ზე მეტი სხეულის მასის ინდექსი;

მრავალნაყოფიანი ორსულობა ან არსებული სისხლძარღვოვანი დაავადება (მაგ: ჰიპერტენზია ან დიაბეტი).

ცხოვრების წესი

მუშაობა ორსულობის დროს

ორსული ქალი ინფორმირებული უნდა იყოს საკუთარი უფლებების შესახებ.

C

ქალებს უნდა მივაწოდოთ ინფორმაცია, რომ ორსულობის დროს უმრავლესობისათვის მუშაობა უსაფრთხოა.

D

კვებითი დანამატები

ფოლიუმის მჟავა

სისტემურმა მიმოხილვამ⁴⁷ გამოავლინა, რომ ჩასახვის პერიოდში ფოლატების მიღება მნიშვნელოვნად აქვეითებს ნერვული ღეროს დეფექტების განვითარების რისკს. (RR 0.28, 95% CI 0.13 - 0.58) დეფექტების გავრცელებს სიხშირე დაქვეითდა როგორც წინა ორსულობისას ჯანმრთელი ახალშობილის არსებობისას (RR 0.07, 95% CI 0.00 - 1.32), ასევე წინა ორსულობისას დაავადებული ახალშობილის ან ნაყოფის შემთხვევაში (OR 0.31, 95% CI 0.14 - 0.66). ჯგუფებს შორის არ გამოვლინდა მნიშვნელოვანი განსხვავება ჩვეული აბორტის, საშვილოსნოს გარე ორსულობისა და ნაადრევი მშობიარობის სიხშირეებში.

ფოლიუმის მჟავის დამატებას ჩასახვის პერიოდში გააჩნია მნიშვნელოვანი დამცავი ეფექტი ნერვული ღეროს დეფექტების განვითარების თვალსაზრისით. ინფორმაცია ფოლიუმის მჟავის შესახებ ფართოდ უნდა იყოს ხელმისაწვდომი ჯანმრთელობისა და განათლების სისტემების მეშვეობით. ქალებს, რომელთა ახალშობილებსა ან ნაყოფს დადგენილი აქვთ ნერვული ღეროს დეფექტები, უნდა მივაწოდოთ ინფორმაცია განმეორების მომატებული რისკის შესახებ და ვურჩიოთ ფოლიუმის მჟავის უწყვეტი მიღება.

ორსულ ქალებსა და მათ, ვისაც დაგეგმილი აქვს ორსულობა უნდა მივაწოდოთ ინფორმაცია ჩასახვამდე და ორსულობის 12 კვირამდე ფოლიუმის მჟავის მიღების აუცილებლობის შესახებ, რადგანაც ეს ამცირებს ნერვული ღეროს დეფექტების განვითარების ალბათობას. რეკომენდირებული დოზა შეადგენს 4 მგ დღეში.

A

რკინა

ცნობილი არ არის, თუ რა გავლენას ახდენს დედისა და ახალშობილის გამოსავალზე რკინის რუტინული დანიშვნა ანემიის არარსებობის დროს.

20 რკკ-ის სისტემური მიმოხილვაში⁴⁸, შედარებული იყო რკინის და პლაცენტის მიღება ორსულებში (n=5552) ჰემოგლობინის ნორმალური მაჩვენებლით (10 გ/ლ-ზე მეტი) 28 კვირის ორსულობის ვადამდე. რკინის რუტინული დამატება ზრდიდა ან ინარჩუნებდა შრატის ფერიტინის დონეს 10 მკგ/ლ-ზე მაღლა და მნიშვნელოვნად აქვეითებდა იმ ქალთა რაოდენობას, რომელთა ჰემოგლობინის დონე 10-10,5 გ/ლ-ზე ნაკლები იყო ორსულობის გვიან ვადებზე.

რკინის სელექტიური და რუტინული დამატების შედარების მიზნით ჩატარებულმა ყველაზე დიდმა კვლევამ (n=2682) გამოავლინა, რომ საკეისრო კვეთისა და მშობიარობის შემდგომი სისხლის გადასხმის ალბათობა მომატებულია, ხოლო პერინატალური სიკვდილიანობა დაქვეითებულია რკინის სელექტიური დამატების შემთხვევაში.⁴⁹

სხვა სისტემურ მიმოხილვაში შეისწავლილი იყო რკინის და ფოლატების რუტინული დამატების ეფექტი ორსულებში ჰემოგლობინის ნორმალური მაჩვენებლით. 8 კვლევაში მონაწილეობდა 5449 ქალი.

აქედან გამომდინარე, რკინისა და ფოლატების რუტინულ დამატებას არ გააჩნია არც სასარგებლო და არც საზიანო ეფექტი დედისა და ნაყოფის გამოსავალზე.⁵⁰

რკინის პრეპარატების რუტინული დანიშვნა ანემიის არარსებობის დროს რეკომენდირებული არ არის, რადგან არ არის დამტკიცებული ამის არც დადებითი და არც უარყოფითი ზემოქმედება ნაყოფსა და დედაზე. შესაძლებელია, რუტინულმა დანიშვნამ გამოიწვიოს არასასურველი გვერდითი ეფექტები დედასა და ახალშობილში.



ვიტამინი A

ვიტამინ A-ს მაღალი დონეს ორსულობის დროს შესაძლებელია, ჰქონდეს ტერატოგენული ეფექტი⁵¹⁻⁵³. ეპიდემიოლოგიური მტკიცებულებებიდან გამომდინარე, შეუძლებელია პირველი ტრიმესტრის დროს ვიტამინ-A-ს საზიანო რაოდენობის დოზა-პასუხის მრუდის ან ზღვარის ზუსტად განისაზღვრა. ვიტამინ A-ს 10 000 - 25 000 ერთეულის რაოდენობით შესაძლებელია გააჩნდეს ტერატოგენული ეფექტი. იმის გამო, რომ ღვიძლი და ღვიძლის პროდუქტები შეიცავენ A-ვიტამინის მაღალ დონეს (10 000-38 000 მგ/ტიპიურ პორციულ რაოდენობაზე 100მგ) ორსულობის დროს სასურველია ამ საკვები პროდუქტებისაგან თავის შეკავება. 700 მიკროგრამზე მეტი A ვიტამინის მიღება დაკავშირებულია სხვადასხვა თანდაყოლილი სიმბინჯების განვითარების მომატებულ რისკთან.⁵³

C

ორსულებს უნდა მივაწოდოთ ინფორმაცია იმის შესახებ, რომ A ვიტამინის დამატებამ (700 მიკროგრამზე მეტი დოზით) შესაძლებელია იქონიოს ტერატოგენული ეფექტი ნაყოფზე და ამიტომ მისი მიღება არ არის მიზანშეწონილი.

ორსულებმა უნდა იცოდნენ, რომ ღვიძლი და ღვიძლის პროდუქტები შეიცავენ დიდი რაოდენობით აღნიშნულ ვიტამინს და ამიტომ თავი უნდა შეიკავონ ამ პროდუქტების მიღებისაგან.

ვიტამინი D

ვიტამინ D-ს მოთხოვნილება იზრდება ორსულობის დროს კალციუმის ათვისების გასაუმჯობესებლად. D ვიტამინის ძირითად წყაროს წარმოადგენს მზის სინათლე და ცხიმიანი თევზი. მზის სხივებზე ყოველდღიური ყოფნა წარმოადგენს D-ვიტამინის ნაკლებობის პროფილაქტიკას.

ერთ სისტემურ მიმოხილვაში⁵⁴ შეფასდა D-ვიტამინის დამატების ზემოქმედება ორსულობის გამოსავალზე. მიმოხილვაში ჩართული იყო მხოლოდ ორი მცირე რკკ (n=232). ნეონატალური ჰიპოკალცემია უფრო იშვიათად აღინიშნებოდა ვიტამინ D-ს დამატების ჯგუფში (OR 0.13, 95% CI 0.02 - 0.65).

არ არსებობს საკმარისი მტკიცებულებები D ვიტამინის მიღების ეფექტურობის შესახებ ორსულობის დროს. მისი რუტინული მიღება ორსულობის დროს არ არის რეკომენდებული.

A

არ არსებობს მტკიცებულებები დანამატებისა და ვიტამინების (მაგნიუმი,⁵⁵ ცინკი^{56;57}, პირიდოქსინი - (ვიტამინი B)⁶, ვიტამინი C^{57;58} და E^{57;59}-ს) გამოყენების ეფექტურობის შესახებ.

A

იოდის დამატება

ჩატარდა 3 კვლევა⁶⁰, რომელიც მოიცავდა 1551 ქალს. ორ კვლევაში, იოდის დამატება დაკავშირებული იყო ახალშობილობისა და ადრეული ბავშვობის პერიოდში სიკვდილიანობის და(RR 0.71, 95% CI 0.56 - 0.90), ეპიდემიური კრეტინიზმის გავრცელების დაქვეითებასთან 4 წლის ასაკისათვის (RR 0.27, 95% CI 0.12 - 0.60), ასევე გაუმჯობესებულ ფსიქო-მოტორულ აქტივობის მაჩვენებლებთან 4-დან 25 თვის ასაკამდე. იოდის დანიშვნა ორსულობამდე ან ორსულობის დროს ამცირებს ბავშვთა ასაკის სიკვდილიანობის 2-ჯერ და კრეტინიზმს 2/3-ით. იმისათვის, რომ იოდის დამატებას სასურველი ეფექტი ჰქონდეს, ყველა რეპროდუქციული ასაკის ქალს ორსულობამდე უნდა ჰქონდეს შესაძლებლობა, მიიღოს იოდიზირებული მარილი.

იოდის დამატება იმ პოპულაციაში, სადაც მაღალია ენდემური კრეტინიზმის სიხშირე, იწვევს ამ დაავადების სიხშირის მნიშვნელოვან შემცირებას გვერდითი ეფექტების გარეშე.^E

საკვებისმიერი ინფექცია

ლისტერიოზი

ლისტერიოზი არის დაავადება, რომელიც გამოწვეულია ბაქტერიით *Listeria monocytogenes*, რომელიც შეიძლება გამოვლინდეს მსუბუქი, გრიპისმაგვარი სიმპტომებით. ის ზოგჯერ იწვევს ჩვეულ აბორტს, ნაადრევ მშობიარობას და ახალშობილის მძიმე დაავადებებს. ორსულთა პოპულაციაში ლისტერიოზის გავრცელება მაღალია (12/100 000) საერთო პოპულაციასთან შედარებით (0,7/100,00)⁶¹. ინფექციის ყველაზე გავრცელებულ წყაროს წარმოადგენს დაბინძურებული საკვები⁶¹. ძირითადად ეს არის არაპასტერიზებული რძე, ამოყვანილი რბილი ყველი და პაშტეტი. *L. monocytogenes* გამოვლენილია ასევე ნიადაგში და შინაური და გარეული ცხოველების ფეკალიებში.

ორსულ ქალს უნდა მივაწოდოთ შემდეგი ინფორმაცია ლისტერიოზის რისკის დაქვეითებასთან დაკავშირებით:

- მიიღონ მხოლოდ პასტერიზებული რძე;
- შეიკავონ თავი ობიანი რბილი ყველის მიღებისაგან (კამამბერი, ბრი). ყველის მაგარი ტიპები (ჩედერი და ხაჭო) არ წარმოადგენს საშიშროებას;
- არ მიირთვან ნახევრად უმი ან უმი საკვები.

სალმონელა

სალმონელა არის ბაქტერია, რომელიც იწვევს საკვებისმიერ ინფექციას. მის წყაროს ძირითადად წარმოადგენს შინაური ფრინველი, კვერცხი, აუღუღარი რძე და არასრულყოფილად თერმულად დამუშავებული ხორცი, ასევე წყალი. მისი მტარებელი შეიძლება იყოს კუ და ფრინველები.. მიუხედავად იმისა, რომ სალმონელა არ ახდენს ზეგავლენას ნაყოფზე, მან შეიძლება გამოიწვიოს მძიმე დიარეა და ღებინება. თანამედროვე რეკომენდაციებით, ორსულმა ქალებმა არ უნდა მიიღონ უმი კვერცხი და უმი კვერცხის შემცველი პროდუქტები. კვერცხი უნდა მოიხარშოს გამაგრებამდე. იმის გამო, რომ წიწილები და უმი ხორცი ასევე წარმოადგენენ სალმონელოზის წყაროს, ყველანაირი საკვები კარგად უნდა დამუშავდეს თერმულად, ხოლო უმ ხორცთან და ქათამთან შეხების შემდეგ საჭიროა ხელების საგულდაგულო დაბანა⁶².

D

ორსულ ქალს უნდა მივაწოდოთ ინფორმაცია იმის შესახებ, თუ როგორ შეამციროს სალმონელოზით დაინფიცირების რისკი: თავი შეიკავოს თოხლო და უმი კვერცხის მიღებისაგან და კვერცხის შემცველი პროდუქტებისაგან (მაგ: მაიონეზი); ასევე უმი და ნახევრად უმი საკვების მიღებისაგან, განსაკუთრებით ოჯახის ფრინველის ხორცის.

ვარჯიში ორსულობის დროს

ქალებს ორსულობის ფიზიოლოგიური მიმდინარეობით შეუძლიათ რეგულარული ვარჯიში ორსულობის დროს.

ერთ სისტემურ მიმოხილვაში შეფასდა ორსულის რეგულარული (კვირაში მინიმუმ 2-3 ჯერ) ვარჯიშის ზემოქმედება ორსულობისა და მშობიარობის გამოსავალზე⁶³.

ორსულობისათვის დამახასიათებელი მრავალი ჩივილი, მაგალითად, ზოგადი სისუსტე, ვენების ვარიკოზი და კიდურების შეშუპება მცირდება იმ ქალებში, რომლებიც ვარჯიშობენ. აქტიურ ქალებს ასევე ნაკლებად აწუხებთ ძილიანობა, სტრესი, აგზნება და დეპრესია. არსებობს რიგი მტკიცებულებებისა იმასთან დაკავშირებით, რომ დატვირთული ვარჯიში მთელი ორსულობის დროს შესაძლებელია იწვევდეს მშობიარობის ხანგრძლივობის შემოკლებასა და აუმჯობესებდეს ორსულობის გამოსავალს. ერთ სისტემურ მიმოხილვაში შედარებული იყო საშუალო ინტენსიობის რეგულარული აერობიკა ორსულობის დროს ჩვეულებრივ ფიზიკური აქტიურობის შენარჩუნებასთან პრეეკლამფსიის პრევენციის თავსაზრისით⁶⁴. სარწმუნოების ინტერვალი დიდი იყო და გადაკვეთა უეფექტობის ხაზი ყველა მიზნობრივი გამოსავალისათვის პრეეკლამფსიის ჩათვლით (RR 0.31, 95% CII 0.01 - 7.09). არ არსებობს საკმარისი მტკიცებულებები სარწმუნო დასკვნების

გასაკეთებლად ვარჯიშის ზემოქმედების შეახებ პრეეკლამფსია სა და მის გართულებებზე.

ორსული ქალი ინფორმირებული უნდა იყოს, რომ საშუალო ინტენსიობის ვარჯიში ორსულობის დროს (მისი დაწყება ან გაგრძელება) არ არის დაკავშირებული გვერდით ეფექტებთან.

A

ორსული ქალი ინფორმირებული უნდა იყოს, რომ ზოგიერთი ტიპის აქტივობა შეიძლება საზიანო იყოს ორსულობის დროს, მაგალითად: კონტაქტური და მძიმე სპორტის სახეობები, რამაც შეიძლება გამოიწვიოს მუცლის ტრავმა, დაცემა და ზედმეტი დატვირთვა სახსრებზე. საშიშია ასევე ყვინთვასთან დაკავშირებული სპორტის სახეობები, რომლებიც იწვევენ ნაყოფის დეფექტებს და მის დეკომპრესიას.

D

სქესობრივი აქტივობა ორსულობის დროს

ჩატარდა ორი კოჰორტული კვლევა 52 000 ქალზე, რომელშიც გამოვლინდა უკუკავშირი ორსულობის სხვადასხვა ვადებზე სქესობრივი კონტაქტების სიხშირესა და ნაადრევი მშობიარობის რისკს შორის. არ გამოვლენილა კავშირი სქესობრივი კონტაქტების სიხშირესა და პერინატალურ სიკვდილიანობას შორის^{65,66}.

ორსულების მიერ მოწოდებული ინფორმაციის მიხედვით, სქესობრივი კონტაქტი ორსულობის ადრეულ ვადებზე არ იყო დაკავშირებული ჩვეული აბორტის სიხშირის მომატებასთან. დადასტურდა კავშირი ქალის მრავლობით სქესობრივ პარტნიორებსა და ჩვეულ აბორტებს შორის⁶⁷.

ორსული ქალი ინფორმირებული უნდა იყოს, რომ სქესობრივი აქტივობა ორსულობის დროს არ არის დაკავშირებული რაიმე უარყოფით გამოსავალთან.

B

ალკოჰოლის მოხმარება და თამბაქოს მოწევა ორსულობის დროს

ალკოჰოლი თავისუფლად გადის პლაცენტარულ ბარიერს და გადადის ნაყოფთან, ამიტომ არსებობს მოსაზრება, რომ ქალებმა თავი უნდა შეიკავონ მისი გადაჭარბებული მოხმარებისაგან ორსულობის დროს. საბოლოოდ არ არის გარკვეული, ალკოჰოლის რა დონე არის საზიანო ნაყოფისა და დედისათვის.

არსებობს მტკიცებულებები იმასთან დაკავშირებით, რომ ალკოჰოლის ერთი ან ორი ერთეული კვირაში საზიანო არ არის⁶⁸ მაგრამ რეკომენდირებულია ალკოჰოლს მიღებისაგან სრული თავშეკავება ორსულობის დროს⁶⁹. თრობა და ალკოჰოლის დიდი რაოდენობით მიღება დაკავშირებულია ახალშობილის დაბალი წონასთან^{70,71} და ბავშვის ქცევით და ინტელექტუალურ დარღვევებთან⁷².

თამბაქოს მოწევა წარმოადგენს ორსულობის ცუდი გამოსავლის მიზეზს. მისი უარყოფითი ზეგავლენა საბოლოოდ არის დამტკიცებული. მეტა-ანალიზმა გამოავლინა, რომ არსებობს მნიშვნელოვანი კავშირი ორსულობის დროს თამბაქოს მოწევისა და პერინატალურ სიკვდილიანობას⁷³, ახალშობილთა უეცარ სიკვდილს⁷³ პლაცენტის ნაადრევ აცლას⁷⁴, სანაყოფე გარსების ნაადრევ დარღვევას⁷⁵, ექტოპიურ ორსულობას⁷⁵, პლაცენტის წინამდებარეობას⁷⁵, ჩვეულ აბორტს⁷³, ნაადრევ მშობიარობას⁷⁶, ახალშობილთა დაბალ წონას⁷³ და ახალშობილების მგლის ხახისა და კურდღლის ტუჩის ჩამოყალიბებას შორის⁷⁷.

კოჰორტულმა კვლევებმა გამოავლინეს მნიშვნელოვანი კავშირი ორსულობის დროს დედის მიერ თამბაქოს მოწევისა და გესტაციურ ვადასთან შედარებით მცირე წონის ახალშობილის დაბადებას⁷⁸, მკვდრადშობადობასა⁷⁹ და ნაყოფისა და ახალშობილის სიკვდილიანობას შორის⁸⁰.

ალკოჰოლის ზედმეტი რაოდენობით მოხმარება მავნე ზემოქმედებას ახდენს ნაყოფზე. ამიტომ ორსულმა უნდა შეამციროს ალკოჰოლის მიღება 1 სტანდარტულ ერთეულამდე დღეში, მაგ.: ერთი პატარა ჭიქა ღვინო ან კათხა ლუდი დღეში.

C

ორსული ქალი უნდა გავაფრთხილოთ მოწვევის მავნე ზემოქმედების შესახებ ორსულობის დროს (ნაადრევი მშობიარობა, დაბალი წონის ახალშობილი). ყურადღება უნდა გამახვილდეს ორსულობის ნებისმიერ ეტაპზე მოწვევის შეწყვეტის დადებით ეფექტზე. მწველ ორსულებს უნდა დავეხმაროთ სხვადასხვა საშუალებებით - ექიმის რჩევით, ჯგუფური შეხვედრებით, ქცევითი თერაპიით და სხვა. A

თვითმფრინავით მგზავრობა ორსულობის დროს

არ არსებობს მტკიცებულებები ორსულობის დროს მგზავრობისას ვენური თრომბოემბოლიის რისკის მომატების შესახებ. სიმპტომური ვენური თრომბოემბოლიის საერთო სიხშირე ხანგრძლივი ფრენის შემდეგ შეადგენს დაახლოებით 1/400 -1/10 000.

ვენური თრომბოემბოლიის რისკი ძირითადად დაკავშირებულია იმობილიზაციასთან. პროფილაქტიკურ ღონისძიებებს მიეკუთვნება: წვივის კუნთების იზომეტრიული ვარჯიშები, სეირნობა თვითმფრინავში, დიდი რაოდენობით სითხის მიღება და ალკოჰოლისა და კოფეინის მიღებისაგან ტავის შეკავება⁸¹.

ზოგადად, გაურთულებელი ერთნაყოფიანი ორსულობის დროს 36 კვირამდე ფრენა შორ მანძილზე დაშვებულია ექიმის ან ბებიაქალის ჯანმრთელობის კარგი მდგომარეობის დადასტურებითა და მშობიარობის დადგენილი ზუსტი ვადით ორსულობის 28 კვირის შემდეგ⁸².

ორსული ინფორმირებული უნდა იყოს, რომ თვითმფრინავით ხანგრძლივი მგზავრობა დაკავშირებულია ვენური თრომბოზების რისკთან. რისკის შემცირებისათვის ეფექტურია სპეციალური კომპრესიული წინდების ხმარება მგზავრობის დროს.

ავტომობილით მგზავრობა ორსულობის დროს

ავტომობილით მგზავრობის დროს ორსული ქალისათვის ძალიან მნიშვნელოვანია ღვედების სწორი გამოყენება. ღვედების არასწორმა გამოყენებამ შეიძლება გამოიწვიოს ნაყოფის დაზიანება საგზაო შემთხვევის დროს. ორსულს უნდა მიეწოდოს შემდეგი ინფორმაცია ღვედების სწორ გამოყენებასთან დაკავშირებით⁸³:

- ღვედები უნდა გაკეთდეს მუცლის ზემოთ ან ქვემოთ და არა უშუალოდ მუცელზე;
- გამოყენებული უნდა იყოს 3 ნაწილიანი ღვედები ზონარის მოთავსებით მუცლის ქვემო არეზე, ბარძაყებს შორის და დიაგონალურად მხრის დაფიქსირებით მუცლის ზემოთ სარძევე ჯირკვლებს შორის;

ორსული ქალი ინფორმირებული უნდა იყოს ღვედების სწორ გამოყენების შესახებ

ორსული გავაფრთხილოთ, რომ საზღვარგარეთ მოგზაურობამდე მან უნდა გაიაროს კონსულტაცია ექიმთან ფრენის, ვაქცინაციის და მგზავრობის სხვა ასპექტების შესახებ.

ორსულობასთან დაკავშირებული ძირითადი სიმპტომები

გულისრევა და ღებინება ორსულობის დროს

გულისრევა არის ორსულობასთან დაკავშირებული ყველაზე ხშირი სიმპტომი და გვხვდება ორსულობის I ტრიმესტრში შემთხვევათა 80-85%-ში.

Hyperemesis gravidarum არის მდგომარეობა, რომელიც ვითარდება იმ ორსულებში, რომელთაც შეუჩერებელი ღებინების გამო უვითარდებათ სითხეებისა და ელექტროლიტების დისბალანსი ორსულობის ადრეულ ვადებზე. ეს მდგომარეობა იშვიათია და გვხვდება 3,5/1000 შემთხვევაში და ძირითადად საჭიროებს ჰოსპიტალიზაციას⁷⁷.

ქალთა უმრავლესობაში გულისრევა და ღებინება აღნიშნება სიბოლო მენსტრუაციის შემდეგ 8 კვირის განმავლობაში (94%) და მხოლოდ ერთი მესამედი (34%) აღნიშნავს სიმპტომებს ბოლო მენსტრუაციის შემდეგ 4 კვირის თავზე. ქალთა უმრავლესობა (87-91%) აღნიშნავს სიმპტომების გაქრობას გესტაციის 16-20 კვირაზე და მხოლოდ 11-18% აღნიშნავს გულისრევას და ღებინებას დილაობით^{84:85}.

გულისრევისა და ღებინების დროს რეცეპტის გარეშე შესაძლებელია, კოჭასა ან ჯანჯაფილის, აკუპუნქტურისა და B-ვიტამინის დანიშვნა. რეცეპტით გასაცემი მედიკამენტებიდან შესაძლებელია ანტიჰისტამინური საშუალებებისა და ფენოთიაზიდების გამოყენება.

ანტიემეზური პრეპარატები აქვეითებენ გულისრევასა და ღებინებას ორსულობის ადრეულ ვადებზე. არსებობს მტკიცებულებები მათი გვერდითი ეფექტების შესახებ, მაგრამ რკკ-დან გამომდინარე მტკიცებულებები ნაყოფზე მათი ზემოქმედების შესახებ მცირეა. თანამედროვე მიდგომით გულისრევის ინტენსიობის დასაქვეითებლად გამოსაყენებელი სამკურნალო პრეპარებიდან ყველაზე ეფექტურია პირიდოქსინის გამოყენება (ვიტამინი B6). აკუპუნქტურის გამოყენებასთან დაკავშირებული კვლევის შედეგები არა ერთმნიშვნელოვანია. დაკვირვებითმა კვლევებმა არ გამოავლინა ზემოთ აღნიშნული ინტერვენციების ტერატოგენული ეფექტი.⁸⁶

კოჭა (ჯანჯაფილი) დღეში ოთხჯერ 250 მგ-ის რაოდენობით, P6 აკუპუნქტურა (Neiguan) და ანტიჰისტამინური საშუალებებით მკურნალობა აქვეითებს გულისრევისა და ღებინების სიხშირეს. ასევე ეფექტურია პირიდოქსინის (ვიტამინ B6) გამოყენებაც, თუმცა არსებობს ეჭვები ვიტამინი B6-ის ტოქსიურობასთან დაკავშირებით. ციანკობალამინი (ვიტამინი 12) ეფექტურია გულისრევისა და ღებინების შემსუბუქებისათვის, თუმცა არ არსებობს მონაცემები მისი გამოყენების უსაფრთხოების შესახებ.

გულისრევა და ღებინება შემთხვევათა უმრავლესობაში თავისით გაივლის 16-20 კვირაზე, ორსულობაზე რაიმე უარყოფითი ზეგავლენის გარეშე, ამიტომ რეცეპტით გასაცემი პრეპარატების დანიშვნა არ არის მიზანშეწონილი იმ შემთხვევების გარდა,

როდესაც სიმპტომატიკა ძლიერ არის გამოხატული ან ძალიან შემაწუხებელია ორსულისათვის.⁸⁷

ორსული ინფორმირებული უნდა იყოს, რომ გულისრევა და ღებინება ძირითად შემთხვევებში თავისით გაივლის 16-20 კვირის ვადაზე და ეს არ არის დაკავშირებული ორსულობის ცუდ გამოსავალთან. თუ ქალი მოითხოვს მკურნალობის ჩატარებას, აუცილებლად უნდა იყოს გათვალისწინებული შემდეგი:

- არაფარმაკოლოგიური მკურნალობა (მაგ: აკუპუნქტურა);
- ფარმაკოლოგიური საშუალებებიდან უნდა გამოვიყენოთ ანტიჰისტამინური საშუალებები.



გულმმარვა ორსულობის დროს

გულმმარვა წარმოადგენს ხშირ სიმპტომს ორსულობის დროს. ერთ დიდ კვლევაში, რომელშიც მონაწილეობდა 607 ორსული ქალი, გამოვლინდა, რომ გულმმარვის სიხშირე იზრდებოდა ორსულობის ვადის მომატებისას და შეადგენდა 22%-ს პირველ, 39% მეორე და 72% მესამე ტრიმესტრში⁸⁸.

მკურნალობა გულმმარვის დროს მოიცავს ცხოვრების სტილის გაუმჯობესებას, ანტაციდებისა და ტუტოვანი მიქსტურების გამოყენებას, H2 რეცეპტორების ანტაგონისტებს და პროტონული დგუმების ინჰიბიტორებს, რაც საშუალებას იძლევა მჟავას რეფლუქსის შემცირებით გაუმჯობესდეს სიმპტომატიკა.

ცხოვრების სტილის გაუმჯობესება მოიცავს სხეულის სწორი პოზიციის შენარჩუნებას, განსაკუთრებით საკვების მიღების შემდეგ, ძილს მაღალ ბალიშზე და დიეტის დაცვას, კერძოდ კი კვებას მცირე ხშირი ულუფებით, ცხიმოვანი და კუჭის გამადიზიანებელი საკვებისაგან, მაგალითად კოფეინისაგან თავის შეკავება.

ანტაციდები, რომლებიც ახდენენ ნაღვლის მჟავების ნეიტრალიზაციას, ასევე ეფექტურია გულმმარვის დროს. ჩატარდა რკვ, რომელშიც ანტაციდებით მკურნალობა შედარდა პლაცებო-მკურნალობასთან. გამოვლინდა, რომ ანტაციდებით მკურნალობის დროს ქალთა 80%-მა აღნიშნა გულმმარვასთან დაკავშირებული ტკივილების შემსუბუქება პლაცებო ჯგუფთან (13%) შედარებით H2 რეცეპტორების ბლოკატორები ან ანტაგონისტები, რომლებიც ამცირებენ მჟავის სეკრეციასა და მოცულობას, ასევე ეფექტურად მოქმედებენ გულმმარვის დროს და უსაფრთხოა დღეში ორჯერ - დილასა და შუადღეს მიღებისას.^{89;90}

მეტა-ანალიზმა (5 კოჰორტული კვლევა, n=593 ახალშობილი), რომელიც შეისწავლიდა პროტონის დგუმების ინჰიბიტორების - ომეპრაზოლის გამოყენების უსაფრთხოებას, გამოავლინა მისი კავშირი ნაყოფის სიმახინჯეების განვითარებასთან⁹¹. ამიტომ, ომეპრაზოლის ანოტაციაში მითითებულია ორსულობის დროს მისი შესაძლო ტოქსიურობის შესახებ, რაც გამოვლინდა ცხოველებზე ექსპერიმენტებში და მოცემულია რეკომენდაცია ორსულობის დროს მისგან თავის შეკავებისაგან, თუ არსებობს სხვა ალტერნატივა.

ქალებს, რომელთაც აწუხებთ გულმძარვა ორსულობის დროს, უნდა მივაწოდოთ ინფორმაცია ცხოვრების სტილისა და დიეტის შეცვლის შესახებ.

სპ

იმ ქალებს, რომელთაც ზემოთ აღნიშნული ღონისძიებები არ აძლევს შვებას, უნდა დავეუნიშნოთ ანტაციდები.

A

შეკრულობა

შეკრულობა ორსულობის დროს ხშირ ჩივილს წარმოადგენს. ერთ კვლევაში გამოვლინდა, რომ ორსულთა 39% აღნიშნავდა შეკრულობის სიმპტომებს გესტაციის 14 კვირაზე, 30% - 28 კვირაზე და 20% - 36 კვირაზე⁹².

ორი რკკ-ის სისტემურ მიმოხილვაში (n=215) ქალების ერთი ჯგუფის რანდომიზაცია ხდებოდა ბოჭკოვანი დამატების ჯგუფში, ხოლო მეორე ჯგუფს არ ეძლეოდა არანაირი დამატებები⁹³. გამოვლინდა ხორბლის ან ჭვავის ბოჭკოების დამატების ეფექტურობა შეკრულობის დროს. (OR 0.18, 95% CI 0.05 - 0.67).

შეკრულობის დროს ორსულებს უნდა მიეცეთ რეკომენდაციები ცხოვრების სტილის შეცვლისა და ბოჭკოვანი დიეტის შესახებ A

A

ბუასილი

მიმოხილვით კვლევაში გამოვლინდა, რომ ორსულობის ბოლო ტრიმესტრში ქალთა 8%-ს აღენიშნება ჰემოროიდული დაავადება⁹⁴.

ჰემოროიდული დაავადების მკურნალობა მოიცავს დიეტის გაუმჯობესებას, ადგილობრივი კრემების დანიშვნას (მაგ, ანუსოლი), per os მისაღებ წამლებსა და ქირურგიულ ჩარევას. ქირურგიული ჩარევა ორსულობის დროს იშვიათად გამოიყენება, რადგანაც ჰემოროიდულმა დაავადებამ ხშირად თავისით გაივლის მშობიარობის შემდეგ.

თუ ბუასილის კონსერვატიული მკურნალობა ორსულობის დროს უეფექტოა, საჭიროა სპეციალური დიეტის დანიშვნა. სიმპტომატიკის გაუარესებისას საჭიროა ადგილობრივი კრემების დანიშვნა

სპ

ვენების ვარიკოზი

ვენების ვარიკოზის საკითხზე ჩატარებული სისტემური მიმოხილვა მოიცავდა 3 რკკ-ს, რომლებიც შეისწავლიდა სხვადასხვა მკურნალობის ეფექტს 115 ქალში⁹⁵. ერთი რკკ შეისწავლიდა პნევმატურ წყვეტილ კომპრესიას, მეორე - წყალში მოთავსებას და წოლით რეჟიმს ქალებში, რომელთაც აღენიშნებოდათ ვენების

ვარიკოზი. ასევე შესწავლილი იყო უშუალოდ მკურნალობის შემდგომი ეფექტები. მესამე კვლევაში შესწავლილი იყო ორსულობის ბოლო ტრიმესტრში 8 კვირის განმავლობაში რუტოსიდის კაფსულების მიღება პლაცენტოსთან შედარებით და გამოვლინდა სიმპტომატიკის სუბიექტური გაუმჯობესება გესტაციის 36 კვირაზე (OR 0.30 95% CI 0.12 - 0.77). მტკიცებულებები რუტოსიდის გამოყენების უსაფრთხოების ან გვერდითი ეფექტების შესახებ ორსულობის ამ ვადაზე არ არსებობს.

ორსული ინფორმირებული უნდა იყოს, რომ ვენების ვარიკოზი წარმოადგენს ხშირ სიმპტომს ორსულობის დროს და არ საჭიროებს მკურნალობას. მდგომარეობის გაუმჯობესება შესაძლებელია სპეციალური ელასტიური წინდების ტარებით, თუმცა ისინი არ იცავენ ვენებს პროგრესული გაგანიერებისაგან. A



წელის ტკივილი

წელის ტკივილის გავრცელება ორსულობის დროს ვარირებს 35-61%-მდე⁹⁶⁻⁹⁹. ქალთა 47-60% ტკივილის დაწყებას აღნიშნავდა ორსულობის 5-7 თვეებზე, ხოლო მისი ინტენსიობა მატულობდა სადამოსკენ.

წელის ტკივილი ორსულობის დროს დაკავშირებულია მუცლის სიმძიმისა და კუნთების გადაწევის გამო სიმძიმის ცენტრის გადანაცვლებასთან. წელის ტკივილი ორსულობის დროს შემაწუხებელია, მან შეიძლება იმოქმედოს ქალის ყოველდღიურ ცხოვრებასა და ძილზე, განსაკუთრებით მესამე ტრიმესტრში.

სისტემურ მიმოხილვაში შეფასებული იყო 3 რკკ, რომლებიც შეისწავლიდა ყველაზე ეფექტურ ინტერვენციებს ორსულობის დროს წელის ტკივილის პრევენციისათვის¹⁰⁰. ვარჯიში წყალში შედარებული იყო ინტერვენციების ცაუტარებლობასთან, ოზლოს ბალიშები ჩვეულებრივ ბალიშებთან, ხოლო აკუპუნქტურა ფიზიოთერაპიასთან. ქალები, რომლებიც აკეთებდნენ ვარჯიშებს წყალში, უფრო იშვიათად აღნიშნავდნენ წელის ტკივილს საკონტროლო ჯგუფთან შედარებით (OR 0.38, 95% CI 0.16 - 0.88).. მეორე კვლევაში, ოზლოს ბალიშების (ბუდის ფორმის) გამოყენებისას უფრო იშვიათად აღინიშნებოდა წელი ტკივილი ორსულობის 36 კვირაზე სტანდარტულ ბალიშებთან შედარებით (OR 0.32, 95% CI 0.18 - 0.58) (OR 0.35, 95% CI 0.20 - 0.62) მესამე რკკ-ში გამოვლინდა, რომ აკუპუნქტურის ათი სეანსი უფრო ეფექტურია, ვიდრე ჯგუფური ფიზიოთერაპიის სეანსები (OR 6.58, 95% CI 1.00 - 43.16).

ორსულს უნდა მივაწოდოთ ინფორმაცია, რომ წყალში ვარჯიში დადებითად მოქმედებს წელის ტკივილის დროს.



ინფექციების სკრინიგი

საკითხი ქალის ინფექციებზე გამოკვლევის აუცილებლობის შესახებ სადავოა და ყოველთვის არ შეესაბამება მტკიცებულებების მონაცემებს. საკმაოდ ხშირად ორსულებს უტარდებათ ძვირად ღირებული და დაუსაბუთებელი ანალიზები, რომელთაც არ გააჩნიათ პრაქტიკული ღირებულება, ხოლო ქალები, რომელთაც ასეთი გამოკვლევები მართლაც ესაჭიროებათ, მხედველობაში მიღებულნი არ არიან. დაუსაბუთებელი გამოკვლევები და მკურნალობა იწვევს მნიშვნელოვანი დანახარჯების გაწევას.

ასიმპტომური ბაქტერიურია

ასიმპტომური ბაქტერიურია განისაზღვრება, როგორც საშარდე გზების პერსისტირებადი ბაქტერიული კოლონიზაცია სიმპტომატიკის გარეშე. მისი სიხშირე აშშ-ში ჩატარებულ კვლევებში ვარიირებს 2-10%-მდე, უპირატესი გავრცელებით დაბალი სოციალურ-ეკონომიური დონის ქალებში^{101 102}. ორსული ქალები ასიმპტომური ბაქტერიურიით იმყოფებიან მაღალი რისკის ჯგუფში ნაადრევი მშობიარობისა 2,1%-12,8%-ში და პიელონეფრიტის განვითარების თვალსაზრისით.^{103:104}

ყველა ორსულ ქალს ორსულობის ვადის მიუხედავად პირველი ვიზიტის დროს უნდა ჩაუტარდეს ტესტი ასიმპტომურ ბაქტერიურიაზე.

მოშარდვამდე გარეთა სასქესო ორგანოების გამწმენდი საშუალებით სამჯერადი დაბანის შემდეგ მიღებული უნდა იყოს შარდის შუა ულუფა. ის რაც შეიძლება მალე უნდა გაიგზავნოს ლაბორატორიაში. ამის შეუძლებლობის დროს შარდის შენახვა უნდა მოხდეს 4°C. თუ შარდის კულტურალური გამოკვლევა შეუძლებელია რაიმე, მაგალითად ფინანსური მიზეზის გამო, უნდა ჩატარდეს შარდის ნალექის მიკროსკოპული გამოკვლევა მაღალი სიმძლავრის ველში >10 ლეიკოციტის გამოსავლენად ან გამოყენებული იყოს ლეიკოციტების ესთერაზაზე მგრძობიარე ტესტ-ხაზები ნიტრატების არსებობის გამოსავლენად. ყველაზე ადექვატურ და სასურველ მეთოდს წარმოადგენს შარდის კულტურალური გამოკვლევა.

14 რკვ-ის სისტემატურმა მიმოხილვამ შეადარა ანტიბიოტიკოთერაპია პლაცებო-მკურნალობასთან ან მკურნალობის არარსებობასთან ანტენატალურ პერიოდში. ანტიბიოტიკოთერაპიამ შეამცირა პერსისტირებადი ბაქტერიურიის სიხშირე ორსულობის დროს (Peto OR 0.07, 95% CI 0.05 - 0.10), ნაადრევი მშობიარობის რისკი და დაბალი წონის ახალშობილების დაბადების სიხშირე (OR 0.60, 95% CI 0.45 - 0.80), შემცირდა ასევე პიელონეფრიტის განვითარების სიხშირე (OR 0.24, 95% CI 0.19 - 0.32, NNT 7)^{103:105}

სისტემურმა მიმოხილვამ, რომელშიც შედარებული იყო ანტიბიოტიკის ერთჯერადი მიღება ანტიბიოტიკოთერაპიის 4 ან 7 დღიან კურსთან ასიმპტომური ბაქტერიურიის დროს, არ გამოავლინა განსხვავება ნაადრევი მშობიარობის (RR 0.81, 95% CI 0.26 to 2.57) ან პიელონეფრიტის პრევენციის თვალსაზრისით. (RR 3.09, 95% CI 0.54 to 17.55). მკურნალობის ხანგრძლივი კურსი დაკავშირებული იყო გვერდითი ეფექტების განვითარების მომატებულ ალბათობასთან. (RR 0.53, 95% CI 0.31 to 0.91)^{103:106}

ასიმპტომური ბაქტერიურიის გამოსავლენად ყველა ორსულს უნდა ჩაუტარდეს შარდის შუა ულუფის გამოკვლევა. ასიმპტომური ბაქტერიურიის დადასტურებისას ანტიბიოტიკოთერაპია აქვეითებს პიელონეფრიტისა და ნაადრევი მშობიარობის რისკს.

ქლამიდია

ქლამიდიური ინფექციის არსებობა ორსულობის დროს დაკავშირებულია ნაადრევი მშობიარობის მომატებულ სიხშირესთან (OR 1.6, 90%CI 1.01 - 2.5) და ნაყოფის საშვილოსნოსშიდა ზრდის შეფერხების სინდრომის განვითარებასთან. (OR 2.5, 90%CI 1.32 - 4.18) ¹⁰⁷. მკურნალობის არარსებობისას ასიმპტომური ბაქტერიურია დაკავშირებულია ახალშობილების დაბალ წონასა და ახალშობილთა სიკვდილიანობასთან ¹⁰⁸. რკკ-ების მიმოხილვის შედეგების მიხედვით ქლამიდიის კულტურის დადებითი მაჩვენებლებით ქალთა რაოდენობა 90%-ით მცირდებოდა ანტიბიოტიკოთერაპიის ჩატარების ჯგუფში პლაცენტოსთან შედარებით. (OR 0.06, 95% CI 0.03 - 0.12) ¹⁰⁹. მიუხედავად ამისა, არ დაქვეითებულა 37 კვირამდე მშობიარობათა რიცხვი. დღევანდელ დღეს უბრალო, იაფი ლაბორატორიული ტესტი ქლამიდიის დიაგნოსტიკისათვის არ არსებობს, ხოლო რაც შეეხება სკრინინგულ ტესტებს, მათ ჩასატარებლად საჭიროა მასალის აღება სხვადასხვა ანატომიური ადგილებიდან ¹⁰⁸.

სწრაფი ტესტები მოიცავენ ანტისხეულის პირდაპირ ფლუორესცენციულ შედეგებს (მგრძნობელობა 50-90%), ფერმენტ-დაკავშირებულ იმუნურ კვლევებს (მგრძნობელობა 75%-80%, სპეციფიურობა 85-100%) და დნმ-რნმ ჰიბრიდიზაციას (მგრძნობელობა 70-85%)

პირდაპირი ფლუორესცენტული ანტისხეულების შედეგა ძალიან შრომატევადია და ამიტომ მეთოდის გამოყენება არ არის მიზანშეწონილი პაციენტთა დიდი რაოდენობის დროს. მწვავე ქლამიდიური ინფექციის დროს სეროლოგიური კვლევა მიზანშეწონილი არ არის ^{103;109}

ქლამიდიური ინფექციის გამოსავლენად ტესტის ჩატარება კლინიკური სიმპტომატიკის არარსებობისას მიზანშეწონილი არ არის, რადგანაც არ არსებობს საკმარისი მტკიცებულებები მისი ეფექტურობის შესახებ და ის ძვირადღირებულ გამოკვლევას წარმოადგენს.

ციტომეგალოვირუსული ინფექცია

ციტომეგალოვირუსი არის ჰერპესვირუსების ოჯახის წარმომადგენელი. ის ლატენტურია პირველადი დაინფიცირების შემდეგ და შეიძლება განიცადოს აქტივაცია იმუნოდეპრესიის დროს.

ციტომეგალოვირუსული ინფექციის ანტენატალური სკრინინგი მიზანშეწონილი არ არის, რადგანაც რთულია განისაზღვროს, თუ რომელი ორსულობა

გართულდება ნაყოფის დაინფიცირებით¹¹⁰. შეუძლებელია იმის განსაზღვრა, თუ რომელ დაინფიცირებულ ახალშობილს ჩამოუყალიბდება სერიოზული გართულებები.

ვაქცინები, პროფილაქტიკური თერაპია ტრანსმისიის პრევენციისათვის და მეთოდი იმის გასარკვევად, თუ როდის მოხდა საშვილოსნოსშიდა ტრანსმისია, არ არსებობს^{111;112}.

არ არსებობს საკმარისი მტკიცებულებები ციტომეგალოვირუსის რუტინული სკრინინგისათვის, ამიტომ მისი ჩატარება არ არის მიზანშეწონილი. B

B

B-ჰეპატიტი

ბავშვთა 85%, რომლებიც იბადებიან (eAg) დადებითი დედებისაგან შემდგომში ხდებიან ქრონიკული ინფექციის მტარებლები, რაც აღინიშნება ანტიგენ უარყოფითი დედებისაგან დაბადებული ბავშვების მხოლოდ 31%-ს.(RR 2.8, 95% CI 1.69 - 4.47)¹¹³.

დედიდან ბავშვზე B-ჰეპატიტის ვირუსის ტრანსმისიის პროფილაქტიკა 95%-შია შესაძლებელია ვაქცინაციით ან ბავშვის დაბადებისას იმუნოგლობულინის შეყვანით¹¹⁴.

HbsAg სკრინინგს ნერწყვში გააჩნია 92% მგრძნობელობა (95% CI 84.5% - 99.5%) და 86,8% სპეციფიურობა (95% CI 76.0% - 97.6%), შრატის ანალიზებთან შედარებით¹¹⁵.

დედიდან ბავშვზე ტრანსმისიის მაღალი მაჩვენებლების გამო პრევენცია უნდა ხდებოდეს ვაქცინაციითა და იმუნიზაციით. იმის გამო, რომ რისკ-ფაქტორების შეფასებით ვერ ხერხდება ვირუსის მტარებელთა იდენტიფიკაცია, რეკომენდებულია ორსული ქალის სკრინინგი B-ჰეპატიტის ვირუსზე.

მშობიარობის შემდგომი ეფექტური ინტერვენციების ჩასატარებლად აუცილებელია B-ჰეპატიტის სეროლოგიური გამოკვლევა ანტენატალურ პერიოდში

A

C-ჰეპატიტი

C-ჰეპატიტის ვირუსი წარმოადგენს საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის მნიშვნელოვან საზრუნავს¹¹⁶.

ვირუსით დაინფიცირება შესაძლებელია A დაინფიცირებული სისხლის ტრანსფუზიის, ნარკომანიის, ტატუირების, სხეულის პირსინგისა და ვერტიკალური ტრანსმისიით. მიუხედავად არსებული მტკიცებულებებისა დედიდან ბავშვზე ტრანსმისიის ალბათობისა და ვირუსის ტიტრის ზრდის პირდაპირპროპორციული დამოკიდებულების შესახებ,^{117;118} ტრანსმისიისათვის ზღვარი ჯერ-ჯერობით დადგენილი არ არის.

ბავშვების დაინფიცირება უფრო ხშირად ხდება სამოსმხრივი მშობიარობის დროს საკეისრო კვეთასთან შედარებით, თუმცა სტატისტიკურად სარწმუნო განსხვავება გამოვლინდა მხოლოდ ერთ კვლევაში¹¹⁹.

კვლევის ოქროს სტანდარტს წარმოადგენს პოლიმერაზული ჯაჭვური რეაქცია, მგრძობელობა და სპეციფიურობა შეადგენს 100% და 66%-ს შესაბამისად¹²⁰.

სკრინინგის ტესტის დადებითი შედეგების მიღებისას ქალი უნდა გაიგზავნოს ინფექციონისტთან მკურნალობისათვის.

C-ჰეპატიტის გამოსავლენად არ არის მიზანშეწონილი სეროლოგიური გამოკვლევის ჩატარება, რადგანაც არ არის საკმარისი მტკიცებულებები ინტერვენციის ეფექტურობის შესახებ და ის ძვირადღირებულ გამოკვლევას წარმოადგენს.

C

შიდსი

ადამიანის იმუნოდეფიციტის ვირუსით დაინფიცირება იწყება ასიმპტომური სტადიით, რასაც შემდგომში მოყვება იმუნური ფუნქციების ეტაპობრივი დაზიანება და შექმნილი იმუნოდეფიციტის სინდრომის ჩამოყალიბება (შიდსი). აივ-ინფიცირებასა და შიდსის განვითარებას შორის პერიოდი მკურნალობის გარეშე მერყეობს რამოდენიმე თვიდან 17 წლამდე¹²¹.

2006 წელს საქართველოში გამოვლინდა 217 აივ-ინფიცირებული ქალი. 1,4%-დაინფიცირდა ვირუსის ვერტიკალურად (დედიდან ბავშვზე) გადაცემის გზით.

თუ არ ჩატარდა შესაბამისი ინტერვენციები, ტრანსმისია დედიდან ბავშვზე აღინიშნება შემთხვევათა 25,5%-ში. ზიდოვუდინით ანტირეტროვირუსული მკურნალობის შემდეგ¹²² ეს მაჩვენებელი შემცირდა 8%-მდე. ინტერვენციების კომბინაციას (ანტირეტროვირუსული მკურნალობა, საკეისრო კვეთა და ძუძუთი კვებისაგან თავის შეკავება) შეუძლია ტრანსმისიის რისკის დაქვეითება 1%-მდე. დღევანდელ დღეს ხელმისაწვდომი აივ-ტესტების მგრძობელობა და სპეციფიურობა შეადგენს 99%¹²³

ანტენატალურ პერიოდში დედიდან ბავშვზე ვერტიკალური ტრანსმისიის შესამცირებლად შემოთავაზებულია ანტირეტროვირუსული მკურნალობა, გეგმიური საკეისრო კვეთა და მშობიარობის შემდეგ ძუძუთი კვებისაგან თავის შეკავება. 2006 წლიდან საქართველოში ყველა ორსულისათვის ანტენატალურ პერიოდში რეკომენდებულია აივ-ტესტის ჩატარება.

ორსულ ქალს უნდა ჩაუტარდეს გამოკვლევა აივ-ინფექციაზე/შიდსზე, რადგანაც ადრეული ინტერვენციები ანტენატალურ პერიოდში ამცირებენ ტრანსმისიის რისკს.

A

უნდა არსებობდეს კარგად ჩამოყალიბებული რეფერალური პროგრამა აივ-ინფექცია/შიდსის დიაგნოსტიკის შემთხვევაში ორსულის შესაბამის სპეციალისტთან გადასაგზავნად D

D

წითელა

ორსულობის დროს წითელას სკრინინგის მიზანს წარმოადგენს იმ ქალების გამოვლენა, რომლებსაც არა აქვთ ანტისხეულები წითელასადმი, რომ განხორციელდეს მშობიარობის შემდგომი ვაქცინაცია მომავალი ორსულობების უსაფრთხოებისათვის.

წითელას ვაქცინაცია ორსულობის დროს წინააღმდეგნაჩვენებია შესაძლო ტერატოგენობის გამო.¹²⁴

წითელას სკრინინგი განსაზღვრულია ორსულის იმუნური სტატუსის დასადგენად და ორსულობის შემდეგ საჭიროებისას აცრის ჩასატარებლად; კვლევა არ არის მოწოდებული ორსულობის დროს ნაყოფის მდგომარეობის შესაფასებისათვის

B

ათაშანგი

არა ნამკურნალები ათაშანგით დაავადებულ ორსულებში ახალშობილთა დაინფიცირება ხდება შემთხვევათა 70 -100%-ში, ხოლო ახალშობილთა მესამედი უმწიფარი იბადება.¹²⁵

არსებობს ათაშანგის სეროლოგიური ტესტების 2 ძირითადი კლასიფიკაცია: არატრეპონემული და ტრეპონემული. არატრეპონემული ტესტები გამოავლენს ათაშანგის არასპეციფიურ ანტისხეულებს და მოიცავს ვენერიული დაავადების კვლევის ლაბორატორიასა (VDRL) და პლაზმის სწრაფ რეაგინის ტესტებს. (RPR)

რეკომენდებულია, ათაშანგის სკრინინგი განხორციელდეს პირველ და მეოთხე ანტენატალურ ვიზიტზე. ყველა ქალი, რომელიც დადებითი აღმოჩნდება ათაშანგზე, უნდა გაიგზავნოს სამკურნალოდ სპეციალისტთან. კვლევაში არ დადასტურდა ორსულობის დროს ათაშანგის პენიცილინით მკურნალობის არასასურველი ზომოქმედება ორსულობაზე, როდესაც მოხდა მკურნალობის ჯგუფის შედარება არანამკურნალები სერონეგატიური ქალების პოპულაციასთან

¹²⁶

ათაშანგის კვლევა უნდა ჩატარდეს ყველა ორსულ ქალს, რადგანაც ადრეული მკურნალობა აუმჯობესებს გამოსავალს როგორც დედის, ისე ახალშობილის მხრივ.

A

ტოქსოპლაზმოზი

პირველადი ტოქსოპლაზმოზი გამოწვეულია პარაზიტით *Toxoplasma gondii* და ხშირად ასიმპტომურად მიმდინარეობს ჯანმრთელ ქალებში. დაინფიცირება უზრუნველყოფს მუდმივ იმუნიტეტს. არ არის დადგენილი საქართველოს მონაცემები ტოქსოპლაზმოზის გავრცელების სიხშირეზე, თუმცა სხვა ქვეყნებში გავრცელების სიხშირე ვარირებს 2,4/1000 ქალიდან ფინეთში და 16/1000 საფრანგეთში. ტოქსოპლაზმოზით დაინფიცირება შესაძლებელია მოხდეს ოთხი გზით:

- არასრულფასოვნად დამუშავებული ან უმი საკვებით ცოცხალი ცისტების მიღებით
- ოოციტების მიღებით, რომელთაც გამოყოფენ კატები, ასევე დაბინძურებულ ნიადაგთან და წყალთან კონტაქტით. (მაგ: გაურეცხავი ხილი და ბოსტნეული, რომელიც კატის ფეკალიებითაა დაბინძურებული);
- ტოქსოპლაზმოზით დაავადებული ადამიანისაგან ორგანოების ან ქსოვილების გადანერგვით;
- დედიდან ნაყოფზე ტრანსმისიით ორსულობის დროს პირველადი დაინფიცირებისას.

6 ევროპულ ცენტრში ჩატარებულმა კვლევამ გამოავლინა, რომ თერმულად არასრულფასოვნად დამუშავებული რძის პროდუქტები და დაკონსერვებული ხორცის პროდუქტები წარმოადგენს ორსულის ტოქსოპლაზმოზით დაინფიცირების ძირითად ფაქტორებს¹²⁷. ნიადაგთან კონტაქტი ბევრად იშვიათად იწვევდა დაინფიცირებას. როდესაც *T. gondii*-სთან პირველი კონტაქტი ორსულობის დროს ხდება, დედიდან ნაყოფზე ტრანსმისიის ალბათობა მატულობს ორსულობის ვადის ზრდასთან ერთად¹²⁸⁻¹³⁰ თანდაყოლილი ტოქსოპლაზმოზისათვის საერთო რისკი შეადგენს 18-44%-ს, ის უფრო დაბალია ორსულობის ადრეულ ვადებზე და შეადგენს 6-26%-ს ორსულობის 7-15 კვირაზე და იზრდება 32-93%-მდე 29-34 ორსულობის ვადისათვის. იმის გამო, რომ ტოქსოპლაზმოზით პირველადი დაინფიცირება უსიმპტომოდ მიმდინარეობს, ინფიცირების დადგენა შესაძლებელია მხოლოდ სეროლოგიური ტესტირებით. ტოქსოპლაზმოზის ინფექციაზე ანტენატალური სკრინინგი მოიცავს IgG და IgM M ანტისხეულების სკრინინგს.

ხელმისაწვდომი კლინიკური ტესტები სეროკონვერსიის დასადგენად ვერ ავლენენ, დაინფიცირება მოხდა ორსულობის დროს თუ ორსულობამდე 12 თვით ადრე. ქალებს, რომლებიც დაინფიცირდნენ ჩასახვამდე, ნაყოფზე გადაცემის რისკი არა აღენიშნებათ¹³¹

ტოქსოპლაზმოზის პირველადი პრევენცია ხდება ორსულის ინფორმირებით დაინფიცირების თავიდან აცილების გზების შესახებ ორსულობის ადრეულ ვადებზე. ქალები ინფორმირებულები უნდა იყვნენ თერმულად არასაკმარისად დამუშავებული საკვებისა და კონსერვების მიღების რისკზე, ასევე კატის ფეკალიებთან, ნიადაგთან და გაურეცხავ ხილსა და ბოსტნეულთან შეხების საშიშროების შესახებ.

არ არსებობს მტკიცებულებები, რომ ანტენატალური სკრინინგი აქვეითებს ტრანსმისიას დედიდან ნაყოფზე, ამიტომ ტოქსოპლაზმოზის სკრინინგის რუტინულად დანიშვნა რეკომენდებული არ არის.

C

ორსულ ქალს უნდა მივაწოდოთ ინფორმაცია იმის შესახებ, რომ ტოქსოპლაზმოზით ინფიცირების ალბათობას ორსულობის დროს ამცირებს შემდეგი მოქმედებები:

- ჭამამდე ხელის დაბანა;
- ხილისა და ბოსტნეულის საგულდაგულო გარეცხვა;
- საკვების საგულდაგულო თერმული დამუშავება;
- მიწასთან მუშაობის დროს ხელთათმანების გაკეთება;
- კატის ფეკალიებთან შეხების თავიდან აცილება.

ნაყოფის წინამდებარეობის დადგენა

ჩატარდა კვლევა ნაყოფის წინამდებარეობის დადგენის მიზნით მუცლისმხრივი პალპაციის - ლეოპოლდის წესების გამოყენების თაობაზე, რომელმაც გამოავლინდა, რომ შემთხვევათა 53%-ში ნაყოფის წინამდებარეობა არასწორად იყო დადგენილი.¹³² ეს დამტკიცდა სხვა კვლევით, რომელიც სპეციფიურად მიმართული იყო მენჯით წინამდებარეობის დასადგენად¹³³ ლეოპოლდის წესების მგრძობელობა და სპეციფიურობა შეადგენდა 28% და 94%-ს შესაბამისად¹³⁴. ერთ კვლევაში გამოვლინდა, რომ ქალებს არ სიამოვნებთ პალპაციის პროცესი, ისინი მას არაკომფორტულად და არაინფორმაციულად მიიჩნევენ.¹³⁵

მშობიარობის გეგმის შემუშავების მიზნით 36 კვირის შემდეგ უნდა ჩატარდეს ნაყოფის მუცლისმხრივი პალპაცია, ხოლო 36 კვირამდე პალპაციის განხორციელება მიზანშეწონილი არ არის, რადგანაც ის არასაკმარისად ზუსტია და დისკომფორტს უქმნის ორსულს.

A

ნაყოფის არასწორი მდებარეობა უნდა დადასტურდეს ულტრაბგერითი გამოკვლევით. P

სპ

საშვილოსნოს ფუძის სიმაღლის განსაზღვრა

სიმფიზ-საშვილოსნოს ფუძის სიმაღლის განსაზღვრა (სანტიმეტრებში) შესაძლებელია დაგვეხმაროს საშვილოსნოს ობიექტური ზომების განსაზღვრაში. სიმფიზ-საშვილოსნოს ფუძის სიმაღლის რეგულარული გაზომვა აადვილებს ნაყოფის ზრდის სიჩქარის დადგენას. ზომისა და ვადის შეუსაბამობის მიზეზები შემდეგია:

- გესტაციური ვადისათვის მცირე ზომის ახალშობილი
- დიდი რაოდენობით სანაყოფე სითხე
- მრავალნაყოფიანი ორსულობა
- ბუმტნამქერი

- გესტაციური ვადის განსაზღვრის უზუსტობა

სისტემურმა მიმოხილვამ¹³⁶ გამოავლინა, რომ არ არსებობს მტკიცებულებები საშვილოსნოს ფუძის სიმაღლის რუტინული გაზომვის რაიმე სარგებლიანობა. ამის მიუხედავად, ხელმისაწვდომი ლიტერატურის მონაცემებით, რუტინული გაზომვა წარმოადგენს მგრძნობიარე მეთოდს გესტაციის ვადასთან შედარებით მცირე წონის ახალშობილების გამოსავლენად განვითარებად ქვეყნებში. ამის გამო, ის კვლავ რეკომენდებულია ანტენატალური მეთვალყურეობის სტანდარტულ პრაქტიკაში.

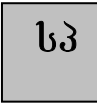
საშვილოსნოს ფუძის სიმაღლის რუტინული გაზომვისათვის საჭიროა შემდეგი:

- a. საზომი მეტრებისა და ანტენატალური ბარათების უზრუნველყოფა, რაც მოიცავს გრაფაზე მრუდის აღნიშვნას, რომელიც აჩვენებს 10, 50 და 90 სენტის;
- b. ტრენინგს მოცემულ მეთოდში;
- c. გაზომვის პრაქტიკისა და ხარისხის უწყვეტ აუდიტს;

ყოველი ანტენატალური ვიზიტის დროს უნდა გაიზომოს საშვილოსნოს ფუძის სიმაღლე გესტაციურ ვადასთან შედარებით დიდი ან მცირე წონის ახალშობილის გამოსავლენად.



საშვილოსნოს ფუძის სიმაღლე უნდა გაიზომოს და აღინიშნოს გრაფაზე ყოველი ანტენატალური ვიზიტის დროს.. A

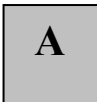


ნაყოფის მოძრაობის რუტინული მონიტორინგი

დედის შეგრძნება ნაყოფის მოძრაობის შემცირებასთან დაკავშირებით გამოიყენება ანტენატალური მეთვალყურეობის დროს ნაყოფის კეთილდღეობის დასადგენად მაგრამ დადებითი პროგნოზული ღირებულება დედის შეგრძნებებისათვის ნაყოფის მოძრაობების შემცირებასთან დაკავშირებით დაბალია და შეადგენს 2-7%-¹³⁷

მტკიცებულებები არ ადასტურებენ ნაყოფის მოძრაობების ფორმალურ დათვლას ნაყოფის გვიანი სიკვდილისაგან თავის ასაცილებლად.

ნაყოფის მოძრაობათა რაოდენობის დათვლა მოგვიანებით ნაყოფის სიკვდილის თავიდან აცილების მიზნით არ არის მიზანშეწონილი.



ნაყოფის გულისცემის აუსკულტაცია

მიუხედავად იმისა, რომ ნაყოფის გულისცემის მოსმენა ადასტურებს იმას, რომ ნაყოფი ცოცხალია, მას არ გააჩნია სხვა კლინიკური ან პროგნოზული ღირებულება^{138;139} ეს იმის გამო, რომ ისეთი დეტალური ინფორმაცია ნაყოფის გულისცემის შესახებ, როგორცაა დეცელერაცია და ვარიაბელობა არ გამოვლინდა აუსკულტაციის დროს.

ნაყოფის გულისცემის აუსკულტაცია ადასტურებს იმას, რომ ნაყოფი ცოცხალია, მაგრამ ამ გამოკვლევას არა აქვს პროგნოზული ღირებულება, ამიტომ არ არის რეკომენდებული. ის უნდა ჩატარდეს იმ შემთხვევაში, თუ ამას ორსული მოითხოვს. D

D

კარდიოტოკოგრაფია

არ არსებობს ანტენატალური კარდიოტოკოგრაფიის გამოყენების შეფასების მტკიცებულებები ნორმალური ორსულობის დროს ნაყოფის რუტინული შეფასებისათვის.

სიტემურ მიმოხილვამ ვერ გამოავლინა ანტენატალური კარდიოტოკოგრაფიის ეფექტი პერინატალურ ავადობასა და სიკვდილიანობაზე¹⁴⁰. არ გამოვლენილა ისეთი ინტერვენციების სიხშირის ზრდა, როგორებიცაა საკეისრო კვეთა და მშობიარობის ინდუქცია.

ფიზიოლოგიური ორსულობის დროს ანტენატალურ პერიოდში კარდიოტოკოგრაფიის რუტინული გამოყენების შესახებ არ არსებობს საკმარისი მტკიცებულებები და ამიტომ არ არის მიზანშეწონილი.

A

ულტრაბგერითი გამოკვლევა მესამე ტრიმესტრში

შვიდი რკკ-ის სისტემურ მიმოხილვაში¹⁴¹, სადაც მონაწილეობდა 25 036 ორსული 24 კვირის შემდეგ შესწავლილი იყო რუტინული ულტრაბგერითი გამოკვლევების ფასეულობა. აღინიშნა ფართო ვარიაცია ულტრაბგერითი გამოკვლევების შედეგებში კვლევათა შორის. ძირითადად 6 კვლევის ჯგუფებს შორის შედარებული იყო რუტინული ულტრაბგერა 24 კვირის შემდეგ ინტერვენციის ჩატარების გარეშე ჯგუფთან, სელექტიურ ულტრაბგერით კვლევასთან 24 კვირის შემდეგ. არ გამოვლენილა განსხვავება ნაადრევი მშობიარობის, ნაყოფის მცირე წონისა და პერინატალური სიკვდილიანობის სიხშირეებში. ასევე არ იყო განსხვავება ანტენატალური, სამეანო და ნეონატალური ინტერვენციების სხვა გამოსავალების თვალსაზრისით¹⁴¹

A

არ არსებობს საკმარისი მტკიცებულებები გესტაციის 24 კვირის შემდეგ რუტინული ულტრაბგერის გამოყენებისათვის.

ჭიპისა და საშვილოსნოს არტერიის დოპლეროგრაფია

ხუთი რკკ-ს სისტემური მიმოხილვიდან დადგენილი იყო, რომ ჭიპლარის დოპლერული ულტრაბგერის რუტინულ გამოყენებას არა აქვს ზეგავლენა სამეანო და ნეონატალურ გამოსავალზე, პერინატალური სიკვდილიანობის ჩათვლით. ჭიპლარის დოპლეროგრაფიული ულტრაბგერის რუტინული გამოყენება ზრდის სხვა ინტერვენციების ჩატარების ალბათობას¹⁴¹.

27 პირველადი დაკვირვებითი კვლევების სისტემურმა მიმოხილვამ შეისწავლა დოპლერული ულტრაბგერის გამოყენება პრეეკლამფსიის, ნაყოფის ზრდისა და პერინატალური სიკვდილიანობის შესაფასებლად მაღალი რისკის პოპულაციებში. პროგნოზული ღირებულება დაბალი იყო ჯანმრთელ ქალებში და გაურთულებელი ორსულობის შემთხვევაში (ანუ დაბალი რისკის პოპულაციაში).¹⁴²

A

ჭიპის არტერიის რუტინული დოპლეროგრაფიული გამოკვლევის ჩატარება ნაყოფის ზრდის შეფერხების სინდრომის დასადგენად არ არის რეკომენდებული.

A

საშვილოსნოს არტერიის რუტინული დოპლეროგრაფიული გამოკვლევა პრე-ეკლამფსიის რისკის შესაფასებლად არ არის რეკომენდებული.

მენჯით წინამდებარეობა ვადამიტანილი ორსულობის დროს.

ინტერვენციას მენჯით წინამდებარეობის დროს წარმოადგენს თავზე გარეგანი შემობრუნება, მოქსიბასტიონის გამოყენება (აკუპუნქტურის დროს) და პოზიციური მკურნალობა.

9 რკკ-ს 2 სისტემურ მიმოხილვაში შეფასდა თავზე გარეგანი მობრუნება მენჯით წინამდებარეობისას ვადამიტანილი ორსულობის დროს ან ვადამდე ადრე.^{143;144}

თავით გარეგანი მობრუნება გესტაციის 37 კვირამდე არ ახდენდა მნიშვნელოვან ზეგავლენას მენჯით წინამდებარეობაზე ორსულობის დრომდე მიტანის შემთხვევაში. (RR 1.02, 95% CI 0.89 - 1.17), ასევე არც საკეისრო კვეთის სიხშირეზე (RR 1.10, 95% CI 0.78 - 1.54)¹⁴³.

თავზე გარეგანი შემობრუნება ვადამიტანილი ორსულობის დროს ამცირებდა მენჯით წინამდებარეობას 60%-ით, როდესაც შედარებული იყო ინტერვენციის ჩაუტარებლობასთან. (RR 0.42, 95% CI 0.35 - 0.50).

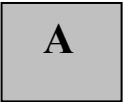
საკეისრო კვეთის მნიშვნელოვანი შემცირება ასევე აღნიშნული იყო თავზე გარეგანი შემობრუნების ჯგუფში (RR 0.52, 95% CI 0.39 - 0.71,) ¹⁴⁵.

თავზე გარეგანი მობრუნება ვადამიტანილი ორსულობის დროს ამცირებს არასწორ წინამდებარეობას მშობიარობის მომენტისათვის. უშედეგო მცდელობის ალბათობას ამცირებს პროცედურის დროს ტოკოლიტიკების გამოყენება. თავით გარეგანი მობრუნება დაკავშირებულია დედისა და ნაყოფის მხრივ რიგ გვერდით ეფექტებთან, რომელთა მინიმუზაცია შესაძლებელია პროცედურის დროს ნაყოფის მონიტორინგის გამოყენებით.

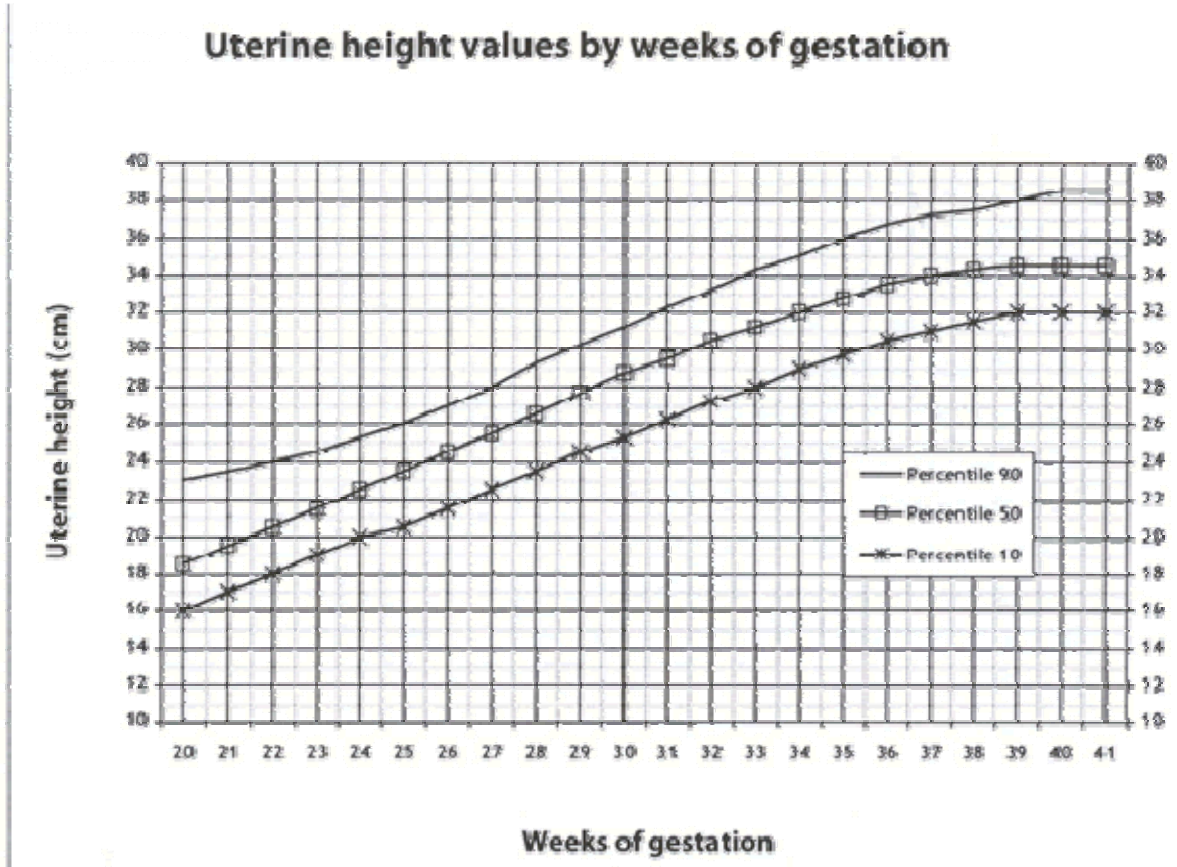
პოზიციური მკურნალობა თავით მობრუნების მიზნით მოიცავს რელაქსაციას მენჯის ამაღლებით. ეს ძირითადად მიიღწევა მუხლ-იდაყვის პოზიციის მიღებით ან ზურგზე წოლით მენჯის ამაღლებით სოლისებრი ბალიშის მეშვეობით. დედის პოზიციური ტექნიკა განხილული იყო რკკ-ის სიტემურ მიმოხილვაში¹⁴⁶ არ აღინიშნა პოზიციური ტექნიკის ეფექტი არასწორი წინამდებარეობით მშობიარობის სიხშირეზე ექსპერიმენტალურ და საკონტროლო ჯგუფში (RR 0.95, 95% CI 0.81 - 1.11) არ გამოვლინდა განსხვავება საკეისრო კვეთის სიხშირეებშიც (RR 1.07, 95% CI 0.85 - 1.33).

მოქსიბასტიონის გამოყენება შესწავლილი იყო ერთ რკკ ში¹⁴⁷. ექსპერიმენტალურ ჯგუფში თავით წინამდებარეობა მშობიარობის დროისათვის სტატისტიკურად სარწმუნო მეტი იყო.

გაურთულებელი ორსულობის დროს მენჯით წინამდებარეობისას 36 კვირის ვადაზე უნდა ჩატარდეს თავით გარეგანი მობრუნება. გამონაკლისს წარმოადგენენ ორსულები, რომლებიც იმყოფებიან მშობიარობაში ან აღენიშნებათ ნაწიბური საშვილოსნოზე, მისი მალფორმაცია, ნაყოფის მდგომარეობის გაუარესება, დარღვეული სანაყოფე ბუშტი, სისხლდენა და სხვადასხვა დავადებები.



დანართი 1 ჯგო-ს რეკომენდირებული გრაფიკოგრაფია



ბიბლიოგრაფია

1. Chan, K L, Kean, L H. Routine antenatal management in later pregnancy. *Current Obstetrics & Gynaecology* 2004;**14**:86-91.
2. Chan KLK, L H. Routine antenatal management at the booking clinic. *Current Obstetrics & Gynaecology* 2004;**14**:79-85.
3. Guillermo Carroli JVGPDK-NMGMMPLUFPB. WHO systematic review of randomised controlled trials of routine antenatal care. *Lancet* 2001;**357**:1565-70.
4. National Collaborating Centre for Women's and Children's Health. Antenatal care for healthy pregnant women. 2003.

Ref Type: Computer Program

5. Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation (AGREE) Instrument. The AGREE Collaboration. 2001. www.agreecollaboration.org. Ref Type: Electronic Citation
6. Harbour R, Miller J. A new system for grading recommendations in evidence based clinical guidelines. *BMJ* 2001;**323**:334-6.
7. Cochrane A. Effectiveness and Efficiency: Random Reflections on the Health Services. 1972.
8. World Health Organization. World Health Organization. Second Meeting of Focal Points of Reproductive Health/ Health of Women and Children in the European Region. Copenhagen . 1998.

Ref Type: Generic

9. Fiscella K. Does prenatal care improve birth outcomes: a critical review. *Obstetrics and Gynecology*. 1995;**85**:468-79.
10. Chalmers I, Enkin M Keirse M. Effective Care in Pregnancy and Childbirth, Oxford: Oxford University Press. 1989.

Ref Type: Generic

11. Reproductive Health Survey , Georgia. 2005.

Ref Type: Audiovisual Material

12. Hatem M, Hodnett ED Devane D Fraser WD Sandall J Soltani H. Midwifery-led versus other models of care delivery for childbearing women. The Cochrane Database of Systematic Reviews 2004, Issue 1. 2004.

Ref Type: Audiovisual Material

13. Hodnett ED. Continuity of caregivers for care during pregnancy and childbirth . The Cochrane Database of Systematic Reviews (3). 1998.

Ref Type: Generic

14. Lilford RJ KMBACSCMGKea. Effect of using protocols on medical care: randomised trial of three methods of taking an antenatal history. *British Medical Journal* 1992;**305**:1181-4.

15. Brown HC, Smith HJ. Giving women their own case notes to carry during pregnancy. *The Cochrane Database of Systematic Reviews* , Issue 2. 2004.

Ref Type: Audiovisual Material

16. Audit Commission for Local Authorities, NHS in England and Wales. First class delivery: improving maternity services in England and Wales. London: Audit Commission Publications. 1-98. 1997.

Ref Type: Report

17. Singh D NMe. *Access to Maternity Information and Support; the Experiences and Needs of Women Before and After Giving Support*. 2000.
18. O'Cathain A WSNJTKKM. Use of evidence based leaflets to promote informed choice in maternity care: randomised controlled trial in everyday practice. [comment]. *British Medical Journal* 2002;**324**:643.
19. Binstock MA W-TG. Alternative prenatal care: impact of reduced visit frequency, focused visits and continuity of care. *J Reprod Med* 1995;**40**:507-12.
20. Munjanja SP LGNL. Randomised controlled trial of a reduced-visits programme of antenatal care in Harare, Zimbabwe. *Lancet* 1996;**348**:364-9.
21. Sikorkki J WJCSOSSN. A randomised controlled trial comparing two schedules of antenatal visits: the antenatal care project. *BMJ* 1996;**312**:546-53.
22. Villar J BHPGeal. WHO antenatal care randomised trial for the evaluation of a new model of routine antenatal care. *Lancet* 2001;**357**:1551-64.
23. Marteau TM SJKJSRW. Presenting a routine screening test in antenatal care: practice observed. *Public Health* 1992;**106**:131-41.
24. Reproductive Health Survey , Georgia. 2000.

Ref Type: Audiovisual Material

25. Backe B NJ. Term prediction in routine ultrasound practice. *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica* 2006;**73**:113-8.
26. Blondel B MIPRKMURBG. Algorithms for combining menstrual and ultrasound estimates of gestational age: consequences for rates of preterm and post-term birth. *BJOG* 2006;**109**:718-20.
27. Savitz DA TJJDNJTJS-RAHAH. Comparison of pregnancy dating by last menstrual period, ultrasound scanning, and their combination. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 2002;**187**:1660-6. 2002;**187**:1660.
28. Neilson JP. Ultrasound for fetal assessment in early pregnancy. *Cochrane Database of Systematic Reviews Issue 2*. 1999.
29. Bricker L GJHJMMNJRTeal. Ultrasound screening in pregnancy: a systematic review of the clinical effectiveness, cost-effectiveness and women's views. *Health Technology Assessment* 2000;**4**:1-193.
30. Williamson P AERCFMCSHR. Antecedent circumstances surrounding neural tube defect births in 1990-1991. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology* 1997;**104**:56.
31. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Routine ultrasound screening in pregnancy, protocols, standards and training. Supplement to ultrasound screening for fetal abnormalities. 2000. Report of the RCOG Working Party. London: RCOG Press; 2000.

Ref Type: Report

32. Dawes MG GJG. Repeated measurement of maternal weight during pregnancy. Is this a useful practice? *British Journal of Obstetrics and Gynaecology* 1991;**98**:189.
33. Ramsey M JDSPWCGB. Normal values in pregnancy. 2006.

34. Steer P AMWJWA. Relation between maternal haemoglobin concentration and birth weight in different ethnic groups. *British Medical Journal* 1995;**310**:489-91.
35. Breymann C. Iron supplementation during pregnancy. *Fetal and Maternal Medicine Review* 2002;**13**:29.
36. Duckitt, K. Risk factors for pre-eclampsia that can be assessed at the antenatal booking visit: a systematic review. Presented at the International Society for the Study of Hypertension in Pregnancy Conference, 24-25 July 2003, Glasgow.2003. 2003.

Ref Type: Report

37. Friedman EA. Blood pressure, edema and proteinuria in pregnancy. Oxford: Elsevier Scientific; 1976. 2006.

Ref Type: Serial (Book,Monograph)

38. Redman CW. Hypertension in pregnancy. 182-225. 1995.

Ref Type: Serial (Book,Monograph)

39. Frohlich ED GCLDMMPDWW. Recommendations for human blood pressure determination by sphygmomanometers: Report of a special task force appointed by the Steering Committee, American Heart Association. *Hypertension* 1988;**11**:210-22.

40. Petrie JC OELWdSM. Recommendations on blood pressure measurement. *British Medical Journal* 1986;**293**:611-5.

41. Cuckson AC GMRASAH. Accuracy of automated devices in pregnancy and pre-eclampsia: a metaanalysis. *Journal of Obstetrics and Gynaecology* 2002;**S43**.

42. Villar J, Khan-Neelofur D. Patterns of routine antenatal care for low - risk pregnancy. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2003;(1). 2003.

Ref Type: Audiovisual Material

43. Murray N HLDGCJMGBMA. The clinical utility of routine urinalysis in pregnancy: a prospective study. *Medical Journal of Australia* 2002;**177**:477-80.

44. Rodriguez-Thompson D LES. Use of a random urinary protein-to-creatinine ratio for the diagnosis of significant proteinuria during pregnancy. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 2001;**185**:808-11.

45. Ferrazzani S CADCSMIMS. Proteinuria and outcome of 444 pregnancies complicated by hypertension. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 1990;**162**:366-71.

46. Shennan AH WJ. The measurement of blood pressure and proteinuria. In: Critchley H, MacLean AB, Poston L, Walker JJ,

editors. Pre-eclampsia. 2003.

47. Lumley J, Watson L Watson M Bower C. Periconceptional supplementation with folate and/or multivitamins for preventing neural tube defects. *The Cochrane Database of Systematic Reviews* , Issue 3. 2001.

Ref Type: Audiovisual Material

48. Mahomed K. Iron and folate supplementation in pregnancy. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2001;(2). 2001.

Ref Type: Audiovisual Material

49. Hemminki E RU. A randomized comparison of routine versus selective iron supplementation during pregnancy. *Journal of the American College of Nutrition*. 1991;**10**:3-10.
50. Elbourne D RMCWIHE. The Newbury Maternity Care Study: a randomized controlled trial to assess a policy of women holding their own obstetric records. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology* 1987;**94**:612-9.
51. Dolk HM NHHHBS. Dietary vitamin A and teratogenic risk: European Teratology Society discussion paper. *European Journal Obstetrics and Gynecology Reproductive Biology* 1999;**83**:31-6 1999;**83**:36.
52. Oakley GP Jr EJ. Vitamin A and birth defects. Continuing caution is needed. 1995;**333**:1414-15. *New England Journal of Medicine* 1995;**333**:1414-5.
53. Rothman KJ MLSMNUMSMA. Teratogenicity of high vitamin A intake. *New England Journal of Medicine* 1995;**333**:1369-73. 1995;**333**:1369-73.
54. Mahomed K, Gulmezoglu AM. Vitamin D supplementation in pregnancy. The Cochrane Database of Systematic Reviews , Issue 1. 1999.
Ref Type: Audiovisual Material
55. Makrides M, Crowther CA. Magnesium supplementation in pregnancy. The Cochrane Database of Systematic Reviews , Issue 4. 2001.
Ref Type: Audiovisual Material
56. Mahomed K. Zinc supplementation in pregnancy. The Cochrane Database of Systematic Reviews 1997, Issue 3. 1997.
Ref Type: Audiovisual Material
57. Mahomed K, Gulmezoglu AM. . Pyridoxine (vitamin B6) supplementation in pregnancy. The Cochrane Database of Systematic Reviews, Issue 1. 1997.
Ref Type: Audiovisual Material
58. Rumbold A, Crowther CA. Vitamin C supplementation in pregnancy. The Cochrane Database of Systematic Reviews, Issue 2. 2005.
Ref Type: Audiovisual Material
59. Rumbold A, Crowther CA. Vitamin E supplementation in pregnancy. . The Cochrane Database of Systematic Reviews , Issue 2. 2005.
Ref Type: Audiovisual Material
60. Mahomed K , Gulmezoglu AM. Maternal iodine supplements in areas of deficiency. . The Cochrane Database of Systematic Reviews , Issue 4. 1997.
Ref Type: Audiovisual Material
61. Southwick FS PD. Intracellular pathogenesis of listeriosis. *New England Journal of Medicine* 1996;-770.
62. British Nutrition Foundation.BNF Information.Diet through Life: Pregnancy.2003.Accessed 1 August 2006. 2006.
Ref Type: Internet Communication
63. Kramer MS. Aerobic exercise for women during pregnancy. *The Cochrane Database of Systematic Reviews , Issue 2*2002.

64. Meher S, Duley L. Exercise or other physical activity for preventing pre-eclampsia and its complications. *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 2006, Issue 2. 2006.

Ref Type: Audiovisual Material

65. Read JS KMA. Sexual intercourse during pregnancy and preterm delivery: effects of vaginal microorganisms. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 2003;**168**:514-9.
66. Klebanoff MA NRRGG. Coitus during pregnancy: is it safe? *Lancet* 1984;**2**:917.
67. Nicole P.Yost MJOMVBMETPMSRGADIMMMOLMaBS. Effect of Coitus on Recurrent Preterm Birth. *Obstet Gynecol* 2006;**107**:793-7.
68. Walpole I ZSPJ. Is there a fetal effect with low to moderate alcohol use before or during pregnancy? *Journal of Epidemiology and Community Health* 1990;**44**:301.
69. Kesmodel U, Wisborg k, Olsen S, Henriksen T, Secher N. Moderate alcohol intake in pregnancy and risk of spontaneous abortion. *Alcohol Alcohol* 2002;**37**:87-92.
70. Borges G L-CMM-MMT-CRGF. Alcohol consumption, low birth weight, and preterm delivery in the national addiction survey (Mexico). *International Journal of the Addictions* 1993;**28**:355-68.
71. Holzman C PNLRP-MJ. Perinatal brain injury in premature infants born to mothers using alcohol in pregnancy. *Pediatrics* 1995;**95**:66-73.
72. Aronson M HBGC. Attention deficits and autistic spectrum problems in children exposed to alcohol during gestation: A follow-up study. *Developmental Medicine and Child Neurology* 1997;**39**:583-7.
73. DiFranza JR LRA. Effect of maternal cigarette smoking on pregnancy complications and sudden infant death syndrome. *Journal of Family Practice* 1995;**40**:385-94.
74. Ananth CV SJVAM. Incidence of placental abruption in relation to cigarette smoking and hypertensivedisorders during pregnancy: A meta-analysis of observational studies. *Obstetrics and Gynecology* 1999;**93**:622-8.
75. Castles A AEMCKCBML. Effects of smoking during pregnancy: Five meta-analyses. *American Journal of Preventive Medicine* 1999;**16**:208-15.
76. Shah NR BMB. A systematic review and meta-analysis of prospective studies on the association between maternal cigarette smoking and preterm delivery. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 2000;**182**:472.
77. Wyszynski DF DDBTH. Maternal cigarette smoking and oral clefts: a meta - analysis. *Cleft Palate-Craniofacial Journal* 1997;**34**:210.
78. Clausson B CSAO. Preterm and term births of small for gestational age infants: A population-based study of risk factors among nulliparous women. 1998;**105**:1011-7. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology* 1998;**105**:1011-7.
79. Raymond EG CSKJL. Effects of maternal age, parity and smoking on the risk of stillbirth. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology* 1994;**101**:301-6.
80. Kleinman JC PMJMJLGSWF. The effects of maternal smoking on fetal and infant mortality. *American Journal of Epidemiology* 1998;**127**:274-82.

81. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Advice on preventing deep vein thrombosis for pregnant women travelling by air. Scientific Advisory Committee Opinion paper No.1.London: RCOG; 2001. 2001.

Ref Type: Report

82. World Health Organization. Travellers with special needs. In: Martinez L, editor. International Travel and Health. Geneva: World Health Organization; 2002. 2006.

Ref Type: Report

83. Lewis G DJ. Why mothers die 1997-1999: The fifth report of the Confidential Enquiries into Maternal Deaths in the United Kingdom. 2001.

84. Whitehead SA APCG. Characterisation of nausea and vomiting in early pregnancy: a survey of 1000 women. *Journal of Obstetrics and Gynaecology* 1992;**12**:364-9.

85. Gadsby R B-AAJC. A prospective study of nausea and vomiting during pregnancy. *British Journal of General Practice* 1993;**43**:245-8.

86. Jewell D, Young G. Interventions for nausea and vomiting in early pregnancy. The Cochrane Database of Systematic Reviews 2003, Issue 4. 2003.

Ref Type: Audiovisual Material

87. British Medical Association, Royal Pharmaceutical Society of Great Britain. 2003.

88. Marrero JM GPCJS. Determinants of pregnancy heartburn. 1992;**99**:731-4. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology* 1992;**99**:731-4.

89. Rayburn W LECHRM. Antacids vs. antacids plus non-prescription ranitidine for heartburn during pregnancy. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics* 2006;**99**:35-7.

90. Larson JD PEMPJRWRM. Double-blind, placebo-controlled study of ranitidine for gastroesophageal reflux symptoms during pregnancy. *Obstetrics and Gynecology* 1997;**90**:83-7.

91. Nikfar S AMMMMLKG. Use of proton pump inhibitors during pregnancy and rates of major malformations: a meta-analysis. *Digestive Diseases and Sciences* 2002;**47**:1526-9.

92. Meyer LC PBJAHR. Symptoms and health problems in pregnancy: their association with social factors, smoking, alcohol, caffeine and attitude to pregnancy. *Paediatric and Perinatal Epidemiology* 1994;**8**:145-55.

93. Jewell DJ, Young G. Interventions for treating constipation in pregnancy. Cochrane Database of Systematic Reviews;(1). 2003.

Ref Type: Audiovisual Material

94. Abramowitz L SIBJVADEMMMeal. Anal fissure and thrombosed external hemorrhoids before and after delivery. 2002;**45**:650-5. *Diseases of the Colon and Rectum* 2002;**45**:650-5.

95. Young GL, Jewell D. Interventions for varicosities and leg oedema in pregnancy. The Cochrane Database of Systematic Reviews , Issue 1. 1998.

Ref Type: Audiovisual Material

96. Greenwood CJ SM. Back pain/discomfort in pregnancy: invisible and forgotten. *Journal of Perinatal Education* 2001;**10**:1-12.

97. Kristiansson P SKvSB. Back pain during pregnancy: A prospective study. *Spine* 1996;702-9.

98. Ostgaard HC AGKK. Prevalence of back pain in pregnancy. *Spine* 2006;**16**:549-52.
99. Mantle MJ GRCHL. Backache in pregnancy. *Rheumatology and Rehabilitation* 1977;**16**:95-101.
100. Young G, Jewell D. Interventions for preventing and treating pelvic and back pain in pregnancy. The Cochrane Database of Systematic Reviews 2002, Issue 1. 2002.
Ref Type: Audiovisual Material
101. Whalley P. Bacteriuria of pregnancy. 1967;**97**:723-38. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 1967;**97**:723-38.
102. Villar J, Widmer M Lydon-Rochelle MT Gulmezoglu AM Roganti A. Duration of treatment for asymptomatic bacteriuria during pregnancy. *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 2000, Issue 2. 2000.
Ref Type: Audiovisual Material
103. Vazquez JC, Villar J. Treatments for symptomatic urinary tract infections during pregnancy. *The Cochrane Database of Systematic Reviews* Issue 4. 2003.
Ref Type: Audiovisual Material
104. Foley ME FRSJM. Is screening for bacteriuria in pregnancy worthwhile? I. *British Medical Journal* 1987;**205**:270.
105. Vazquez JC, Villar J. Treatments for symptomatic urinary tract infections during pregnancy. *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 2003, Issue 4. 2003.
Ref Type: Audiovisual Material
106. Milo G, Katchman EA Paul M Christiaens T Baerheim A Leibovici L. Duration of antibacterial treatment for uncomplicated urinary tract infection in women. *The Cochrane Database of Systematic Reviews* Issue 2. 2005.
Ref Type: Audiovisual Material
107. The JohnHopkins Study of Cervicitis and Adverse Pregnancy Outcome. Association of chlamydia trachomatis and mycoplasma hominis with intrauterine growth restriction and preterm delivery. *American Journal of Epidemiology* 1989;**129**:1247-51. 1989;**129**:1247-51.
108. Ryan GM JATMSBVDD. Chlamydia trachomatis infection in pregnancy and effect of treatment on outcome. [see comments.]. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 1990;**162**:34-9.
109. Stary A. European guideline for the management of chlamydial infection. *International Journal of STD and AIDS* 2001;**12**:30-3.
110. Peckham CS CJHRCKHKPPM. Cytomegalovirus infection in pregnancy: preliminary findings from a prospective study. *Lancet* 1983;**1352**-5. 1983;1352-6.
111. Bolyard EA TOWWPMSCDS. Guideline for infection control in health care personnel. Centers for Disease Control and Prevention. *Infection Control and Hospital Epidemiology* 1998;**19**:407-63.
112. Stagno S WRJ. Herpesvirus infections of pregnancy. Part 1: Cytomegalovirus and Epstein-Barr virus infections. *New England Journal of Medicine* 1985;**313**:1270-4.
113. Beasley RP TCSCSW. The e antigen and vertical transmission of hepatitis B surface antigen. *American Journal of Epidemiology* 1977;**105**:94-8.

114. Sehgal A SRGIBOBN. Use of hepatitis B vaccine alone or in combination with hepatitis B immunoglobulin for immunoprophylaxis of perinatal hepatitis B infection. *Journal of Tropical Pediatrics* 1992;**38**:247-51.
115. Chaita TM GSMSSWSABNJ. Salivary sampling for hepatitis B surface antigen carriage: a sensitive technique suitable for epidemiological studies. *Annals of Tropical Paediatrics* 1995;**15**:135-9.
116. Pembrey L NMTPA. Hepatitis C virus infection in pregnant women and their children. *Italian Journal of Gynaecology and Obstetrics* 2000;**12**:21-8.
117. Okamoto M NIMJKSITHTeal. Prospective reevaluation of risk factors in mother-to-child transmission of hepatitis C virus: high virus load, vaginal delivery, and negative anti-NS4 antibody. *Journal of Infectious Diseases* 2000;**182**:1511-4. 2000;**182**:1511-4.
118. Tajiri H MYFSEYAJOTeal. Prospective study of mother-to-infant transmission of hepatitis C virus. *Pediatric Infectious Disease Journal* 2001;**20**:10-4.
119. Paccagnini S PNMETERLMMMeal. Perinatal transmission and manifestation of hepatitis C virus infection in a high risk population. *Pediatric Infectious Disease Journal* 1995;**14**:195-9.
120. Lin HH KJ-H. Effectiveness of second- and third-generation immunoassays for the detection of hepatitis C virus infection in pregnant women. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Research* 2000;**26**:256-70.
121. Sexually transmitted diseases treatment guidelines . Centers for Disease Control and Prevention. Morbidity and Mortality Weekly Report , 1-80. 2002.

Ref Type: Report

122. Connor EM SRGRKPSGOMeal. Reduction of maternal - infant transmission of human immunodeficiency virus type 1 with zidovudine treatment. Pediatric AIDS Clinical Trials Group Protocol 076 Study Group. *NewEngland Journal of Medicine* 1994;**331**:1173-80. 1994;**331**:1173-80.
123. Samson L KS. Evidence-based guidelines for universal counselling and offering of HIV testing in pregnancy in Canada. *Canadian Medical Association Journal* 1998;**158**:1449-57.
124. Tookey P. Antenatal screening for rubella. 2002.

Ref Type: Personal Communication

125. Ingraham NR Jr. The value of penicillin alone in the prevention and treatment of congenital syphilis. *Acta Dermato-Venereologica* 1951;**31**:60-88.
126. Walker GJA. Antibiotics for syphilis diagnosed during pregnancy. The Cochrane Database of Systematic Reviews, Issue 3. 2001.

Ref Type: Audiovisual Material

127. Cook AJ GRBWZJPEJPeal. Sources of toxoplasma infection in pregnant women: European multicentre case-control study. European Research Network on Congenital Toxoplasmosis. *British Medical Journal* 2000;**321**:142-7.
128. Pratlong F BPVHETICJeal. Antenatal diagnosis of congenital toxoplasmosis: evaluation of the biological parameters in a cohort of 286 patients. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology* 1996;**552**:7.

129. Dunn D WMPFPEPCGR. Mother-to-child transmission of toxoplasmosis: risk estimates for clinical counselling. *Lancet* 1999;**353**:1829-33.
130. Foulon W VIS-PBDALMPJeal. Treatment of toxoplasmosis during pregnancy:a multicenter study of impact on fetal transmission and children's sequelae at age 1 year. *American Journal of Obstetrics andGynecology* 1999;**180**:415.
131. Gilbert RE PCS. Congenital toxoplasmosis in the United Kingdom: to screen or not to screen? *Journal of MedicalScreening* 2002;**9**:135-41.
132. McFarlin BL EJSMCF. Concurrent validity of Leopold's maneuvers in determining fetal presentation and position. *Journal of Nurse-Midwifery* 1985;**30**:280-4.
133. Vause S HJTJG. Palpation or ultrasound for detecting breech babies? *British Journal of Midwifery* 1997;**5**:318-9.
134. Thorp JM Jr JTW. Utility of Leopold maneuvers in screening for malpresentation. *Obstetrics and Gynecology*1991;**78**:394-6. 1991;394-6.
135. Olsen K. Midwife to midwife. 'Now just pop up here, dear...' revisiting the art of antenatal abdominal palpation. *Practising Midwife* 1999; **2** :13-5.
136. Buchmann and E. Routine symphysis-fundal height measurement during pregnancy: RHL commentary (last revised: 20 February 2003). The WHO Reproductive Health Library, No 9, Update Software Ltd, Oxford. 2006.

Ref Type: Audiovisual Material

137. Macones GA DR. Fetal monitoring. pp 202-18. 1996.
138. Divanovic E BEJ. Routine heart and lung auscultation in prenatal care. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 1999;**64**:247-51.
139. Sharif K WM. Routine antenatal fetal heart rate auscultation: is it necessary? *Journal of Obstetrics and Gynaecology* 1993;**113**:111-3.
140. Pattison N, McCowan L. Cardiotocography for antepartum fetal assessment. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2001;(2). 2001.

Ref Type: Audiovisual Material

141. Bricker L, Neilson JP. Routine ultrasound in late pregnancy (after 24 weeks gestation). *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 2000, Issue 1. 2006.

Ref Type: Audiovisual Material

142. Chien PF ANGAOPKKS. How useful is uterine artery Doppler flow velocimetry in the prediction of preeclampsia, intrauterine growth retardation and perinatal death? An overview. *BJOG* 2000;**107**:196-208.
143. Hofmeyer GJ. External cephalic version for breech presentation before term. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2005;(2). 2005.

Ref Type: Audiovisual Material

144. Hofmeyer GJ. External cephalic version facilitation for breech presentation at term. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2001;(2). 2006.

Ref Type: Audiovisual Material

145. Brocks V PTSNJ. A randomized trial of external cephalic version with tocolysis in late pregnancy. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology* 1984;653-6.
146. Hofmeyr GJ, Kulier R. Cephalic version by postural management for breech presentation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2003;(1). 2003.

Ref Type: Audiovisual Material

147. Cardini F WH. Moxibustion for correction of breech presentation: a randomized controlled trial. *JAMA* 1998;280:1580-4. *JAMA* 1998;**280**:1580-4.