

საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა
და სოციალური დაცვის სამინისტრო



გაეროს მოსახლეობის ფონდი



რეპროდუქციული ჯანმრთელობის საკითხები პირველადი ჯანდაცვის რგოლის ექიმის პრაქტიკაში

დამხმარე სახელმძღვანელო

თბილისი
2012

კრეპული მომზადებულია შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროსა და გაეროს მოსახლეობის ფონდის საქართველოს ოფისის პარტნიორული პროგრამის ფარგლებში.

გაეროს მოსახლეობის ფონდი კასუსს არ აგებს შესაძლო უზუსტობებზე.

კრეპულის რედაქტორები:

მაკა ბებეჭკორი
მედიცინის დოქტორი

არსენ გვენეტაძე
მედიცინის მეცნიერებათა დოქტორი
ასოცირებული პროფესორი

თავი 1. ანტენატალური მეთვალყურეობა ფიზიოლოგიურად მიმდინარე ორსულობის დროს..... 5

1.1 ანტენატალური მეთვალყურეობა ფიზიოლოგიურად მიმდინარე ორსულობის დროს..... 5

1.2 კლინიკური მდგომარეობის მართვის სახელმწიფო სტანდარტი (პროტოკოლი)..... 37

თავი 2. პოსტნატალური მეთვალყურეობა 49

თავი 3. ოჯახის დაგეგმვა 57

3.1. კონსულტირება..... 57

3.2. კონტრაცეპციის ბუნებრივი მეთოდები..... 66

3.3. ლაქტაციური ამენორეის მეთოდი (ლამ)..... 76

3.4. ბარიერული მეთოდები და სპერმიციდები 81

3.5. კომბინირებული ორალური და საინექციო კონტრაცეპტივები (კოკ, კსკ)..... 103

3.6. პროგესტაგენული აბები (პა)..... 118

3.7. პროგესტაგენული საინექციო კონტრაცეპცია (პსკ) 125

3.8. სუბდერმალური პროგესტაგენული იმპლანტები 131

3.9. საშვილოსნოსშიგა საშუალებები (სშს)..... 137

3.10. გადაუდებელი კონტრაცეპცია..... 143

3.11. ქალის ქირურგიული სტერილიზაცია..... 149

3.12. მამაკაცის ნებაყოფლობითი ქირურგიული კონტრაცეპცია (ვაზექტომია) 154

ანტენატალური მეთვალყურეობის მიზნები

მიუხედავად იმისა, რომ თანამედროვე მტკიცებულებების მიხედვით ანტენატალური მეთვალყურეობა არ აუმჯობესებს მშობიარობის გამოსავალს, 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:

- ორსულის ჯანმრთელობის გაუმჯობესებისაკენ მიმართული საქმიანობის დახვეწა;
- დაავადებების პროფილაქტიკური ღონისძიებების გატარება;
- სამკურნალო ღონისძიებების განევა;
- კავშირის უზრუნველყოფა ისეთ სამსახურებთან, როგორებიც არის ორსულთა სპეციალიზირებული დახმარება, მშობელთა მომზადება და სხვა;
- ორსულთა სწავლების უზრუნველყოფა, ჯანმრთელობასთან 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.

ანტენატალურ მეთვალყურეობის დროს განისაზღვრება თუ რა სახის მეთვალყურეობა უნდა გაენიოთ ქალებს ფიზიოლოგიური ორსულობით თუ გართულებული ორსულობითა და მშობიარობით. განისაზღვრება ასევე ვიზიტების სიხშირე, მომსახურეობის სახე, ტესტები და ანალიზები, რომლებიც შეიძლება შევთავაზოთ ქალებს ყოველი ვიზიტის დროს. აუცილებელია ვიცოდეთ და გავითვისწინოთ ქალის აზრი მათი მოვლის შესახებ ორსულობის ნებისმიერ ვადაზე.

ორსულთა აყვანა აღრიცხვაზე

არსებობს მრავალი მიზეზი, რომელთა გამო ორსულები არ მიმართავენ პირველად-სამედიცინო დანესებულებებს, მაგრამ უმეტეს წილად ძირითად მიზეზებად გვევლინება შემდეგი:

- ვიზიტის შესახებ გადანყვეტილება მიღებულია არა თვითონ ქალის, არამედ მისი ოჯახის წევრების მიერ, რომლებიც არ ხედავენ ამის აუცილებლობას და ზოგჯერ არ ენდობიან სამედიცინო პერსონალის მომსახურეობას, განსაკუთრებით სოფლის პირობებში;
- სამედიცინო მომსახურეობის განვეისას 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 სოციალურ-ეკონომიური პრობლემები.

ვინ უნდა უზრუნველყოს მეთვალყურეობა

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.

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

უნვეტი 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.

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

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.

ორსულებისათვის ინფორმაციის მიწოდება

ანტენატალური მეთვალყურეობის ერთ-ერთ პრიორიტეტულ საკითხს წარმოადგენს ორსულისათვის საკუთარ მეთვალყურეობასთან დაკავშირებით ინფორმირებული გადწყვეტილებების შესაძლებლობის მიცემა: თუ ვინ უნდა განახორციელოს მისი მეთვალყურეობა, რა სკრინინგული ტესტები უნდა ჩაუტარდეს და სად უნდა დაიგეგმოს მისი მშობიარობა.

ოჯახის ექიმმა უნდა იცოდეს რეფერალური პროგრამებისა და მექანიზმების შესახებ, რათა საჭიროების შემთხვევაში ორსულს დროულად აღმოუჩინოთ სხვა სპეციალობის ექიმის კონსულტაცია.

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

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

ანტენატალური ვიზიტების სიხშირე

ფიზიოლოგიურად მიმდინარე ორსულობის დროს ანტენატალური ვიზიტების რაოდენობა
შეიძლება შემცირდეს 4-მდე დედისა და ნაყოფის ჯანმრთელობის მდგომარეობისათვის
ზიანის მიყენების გარეშეარსებული მტკიცებულებების თანახმად 4 ანტენატალური
ვიზიტის სქემა წარმოადგენს იმ მინიმუმს, რომელიც უნდა შევთავაზოთ დაბალი რისკის
ჯგუფის ორსულებს.²³

სამედიცინო პერსონალს უნდა 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 მომსახურებისა
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.

I ანტენატალური ვიზიტის დროს:

- უნდა განისაზღვროს სისხლის ჯგუფი და რეზუს ფაქტორი;
- ჩატარდეს სისხლის საერთო ანალიზი;
- ჩატარდეს ანემიის, აივ/შიდსის, B-ჰეპატიტის, ნითურისა და სიფილისის სკრინინგი სწრაფი მარტივი მეთოდით;
- ნითურას სკრინინგი განსაზღვრულია ორსულის იმუნური სტატუსის დასადგენად და ორსულობის შემდეგ საჭიროებისას აცრის ჩასატარებლად; კვლევა არ არის მონოდებული 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 გარშემონრილობა 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 მიენოდოს როგორც ზეპირი, ისე წერილობითი ინფორმაცია, რომელიც გალრმავდება ანტენატალური მეცადინეობების ჩატარებისას. ასევე ორსულს უნდა მიეცეს შესაძლებლობა, აქტიური მონაწილეობა მიიღოს დისკუსიაში.

მეორე ვიზიტი – 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 ჩატარდეთ 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)

მესამე ვიზიტი 30-32 კვირა

ამ ვიზიტის დროს უნდა:

- განისაზღვროს ჰემოგლობინის დონე და 105 გ/ლ ნაკლები მაჩვენებლის შემთხვევაში დაინიშნოს რკინის პრეპარატები;
- გაიზომოს არტერიული წნევა;
- გაკეთდეს შარდის ანალიზი პროტეინურიის გამოსავლენად;
- განისაზღვროს საშვილოსნოს ფუძის სიმაღლე;
- ორსულს მიეცეს ლაქტაციის/მშობიარობის შემდგომი კონტრაცეფციის რეკომენდაციები
- ორსულს მიენოდოს როგორც ზეპირი, ასევე წერილობითი ინფორმაცია, რომელიც გაღრმავდება ანტენატალური მეცადინეობების ჩატარებისას, მიეცეს შესაძლებლობა აქტიური მონაწილეობა მიიღოს დისკუსიაში

მეოთხე ვიზიტი 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 ულტრაბგერით 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/ მშობიარობის შემდგომი კონტრაცეფციის რეკომენდაციები
- ორსულს მიენოდოს როგორც ზეპირი, ასევე წერილობითი ინფორმაცია, რომელიც გალმავდება ანტენატალური მეცადინეობების ჩატარებისას, მივცეთ მას შესაძლებლობა, აქტიური მონაწილეობა მიიღოს დისკუსიაში

მშობიარობის შემდგომი ვიზიტი

ჯანმო-ს რეკომენდაციით მშობიარობის შემდგომი ვიზიტი უნდა ჩატარდეს მშობიარობის შემდგომ ერთი კვირის განმავლობაში ²².

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

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

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

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.

ორსულის კლინიკური გამოკვლევა

მშობიარობის ვადის განსაზღვრა

ორსულობისათვის დამახასიათებელია შემდეგი ნიშნები:

- მსუბუქი თავის ტკივილი;
- გულისრევა, ლებინება;
- სარძევე ჯირკვლების მომატებული მგრძნობელობა;
- მუცლის შებერილობა და შეკრულობა;
- საშოდან გამონადენის რაოდენობის გაზრდა;
- ისეთი ფუნქციური ჩივილები, როგორიცაა 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 ნანილის 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 დამოკიდებულია მენსტრუალური ციკლის ხანგრძლივობასა და რეგულარობაზე. ულტრაბგერითი გამოკვლევისას 10-13 კვირაზე გესტაციური ვადის განსაზღვრა ხდება თხემ-კუდუსუნის ზომის მიხედვით. ულტრაბგერით ვადის განსაზღვრა რუტინულად უნდა ჩატარდეს 24 კვირამდე. თუ ულტრაბგერითი კვლევითა და ბოლო მენსტრუაციით განსაზღვრული ორსულობის ვადები არ ემთხვევა, უპირატესობა ენიჭება ულტრაბგერით კვლევის მაჩვენებლებს.

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 ინდექსის აუცილებლობას 41 კვირის ზევით.

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

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

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

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 30-ზე, ორსულს უნდა მიენოდოს შესაბამისი რეკომენდაციები დიეტასთან დაკავშირებით., რადგანაც 30-ზე მეტი სხეულის მასის ინდექსი დაკავშირებულია მომატებულ მკვრადშობადასთან ნორმალური სხეულის მასის ინდექსის მქონე ორსულებთან შედარებით.

ორსულობის დროს დედის სხეულის მასის ნორმალური ნამატი ინდივიდუალურად ვარირებს. 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.

პირველი ანტენატალური ვიზიტის დროს ორსული უნდა აინონოს და გაიზომოს მისი სი-
მაღლე. მიღებული მონაცემებიდან გამომდინარე უნდა გამოითვალოს სხეულის მასის
ინდექსი (კგ/მ²)

განმეორებითი ანონვა ნორმალურად მიმდინარე ორსულობის დროს არ არის აუცილე-
ბელი.

ანემიის სკრინინგი

დღემდე საკამათოა ჰემოგლობინის მაჩვენებლის ზღვარი, რომლითაც განისაზღვრება
ანემია, მაგრამ კვლევებში გამოვლინდა, რომ ორსულობის დროს ჰემოგლობინის დონე
მერყეობს 110გ/ლ-120გ/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 110 გ/ლ-ზე
მეტი, ხოლო 30 კვირის შემდეგ 105 გ/ლ-ზე მეტი.

ჰემოგლობინის დაბალი მაჩვენებლები (85-დან-105გ/ლ) შესაძლებელია დაკავშირებული
იყოს დაბალი წონის ახალშობილისა და ნაადრევი მშობიარობის მომატებულ რისკთან.

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

ჰემოგლობინის ნორმალური დონე ორსულობის დროს არის 110 გ/ლ და მეტი პირველი
ვიზიტის დროს და 105 გ/ლ და მეტი ორსულობის 30 კვირის შემდეგ. ამ მაჩვენებლების
ცვლილებების დროს უნდა გადაწყდეს საკითხი რკინის შემცველი პრეპარატების
დანიშვნის თაობაზე.

არტერიული წნევის გაზომვა

ჩვეულებრივად, ნორმალური ორსულობის პირველ ნახევარში არტერიული წნევის მაჩვე-
ნებლები კლებულობს, ხოლო მშობიარობის მომენტისათვის უბრუნდება ორსულობამდე
არსებულ მაჩვენებლებს. 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. აღსანიშნავია, რომ ორსულთა 20%-ს ორსულობის 20 კვირის შემდეგ მინიმუმ ერთხელ მაინც აღენიშნება არტერიული წნევის მაღალი მაჩვენებლები. ეს ინვეს ჩარევების განხორციელებას ორსულთა 10%-ში, თუმცა პრეეკლამფსია შეიძლება განვითარდეს ორსულთა მხოლოდ 2-4%-ში.

ჰიპერტენზიის დიაგნოსტიკა და მოკიდებულია არტერიული წნევის გაზომვის სიზუსტეზე.

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 ნელა 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 ტონის 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 ჩაინეროს 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.

არტერიული წნევის გაზომვის სიხშირე

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 დილის 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

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 შარდის 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 მშობიარეებში;
- პრეეკლამფსიის ოჯახური ანამნეზის მქონე ქალებში (მაგ: პრეეკლამფსია დედის ან დის ანამნეზში);
- პირველი ვიზიტის დროს 35-ზე მეტი სხეულის მასის ინდექსის არსებობის შემთხვევაში;
- მრავალნაყოფიანი ორსულობის ან არსებული სისხლძარღვოვანი დაავადების (მაგ: ჰიპერტენზია ან დიაბეტი) შემთხვევებში

ცხოვრების წესი

მუშაობა ორსულობის დროს

ორსული ქალი ინფორმირებული უნდა იყოს საკუთარი უფლებების შესახებ.

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

კვებითი დანამატები

ფოლიუმის მჟავა

სისტემურმა მიმოხილვამ გამოავლინა, რომ ჩასახვის პერიოდში ფოლატების მიღება მნიშვნელოვნად აქვეითებს ნერვული ღეროს დეფექტების განვითარების რისკს. 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 მივანოდოთ ინფორმაცია ამ პათოლოგიის გამეორების მომატებული რისკის შესახებ და ვურჩიოთ ფოლიუმის მჟავის უწყვეტი მიღება.

ორსულ ქალებსა და მათ, ვისაც დაგეგმილი აქვს ორსულობა, უნდა მივანოდოთ 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.

რკინა

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

რკინის პრეპარატების რუტინული დანიშვნა ანემიის არარსებობის დროს რეკომენდებული 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 ეფექტი. 700 მიკროგრამზე მეტი A ვიტამინის მიღება დაკავშირებულია სხვადასხვა თანდაყოლილი სიმახინჯეების განვითარების მომატებულ რისკთან.

ორსულებს უნდა მივანოდოთ 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.

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

იოდის დამატება

იოდის დანიშვნა ორსულობამდე ან ორსულობის დროს ამცირებს ბავშვთა ასაკის სიკვდილიანობას 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

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. ინფექციის ყველაზე გავრცელებულ წყაროს წარმოადგენს დაბინძურებული საკვები. ძირითადად ეს არის არაპასტერიზებული რძე, ამოყვანილი რბილი ყველი და პაშტეტი. *L. monocytogenes* გამოვლენილია ასევე ნიადაგში და შინაური და გარეული ცხოველების ფეკალიებში.

ორსულ ქალს უნდა მივანოდოთ ინფორმაცია, თუ როგორ შეამციროს ლისტერიოზის განვითარების რისკი:

- მიიღონ მხოლოდ პასტერიზებული რძე;
- შეიკავონ თავი ობიანი რბილი ყველის მიღებისაგან. ყველის მაგარი ტიპები 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, აუდუღარი 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 ლებინება. თანამედროვე რეკომენდაციებით, ორსულმა ქალებმა არ უნდა მიიღონ უმი კვერცხი და უმი კვერცხის შემცველი პროდუქტები. კვერცხი უნდა მოიხარშოს გამაგრებამდე. იმის გამო, რომ წინილები და უმი ხორცი ასევე წარმოადგენენ სალმონელოზის წყაროს, ყველანაირი საკვები კარგად უნდა დამუშავდეს თერმულად, ხოლო უმი ხორციდან და ქათამთან შეხების შემდეგ საჭიროა ხელების საგულდაგულო დაბანა.

ორსულ ქალს უნდა მივანოდოთ ინფორმაცია იმის შესახებ, თუ როგორ შეამციროს სალმონელოზით დაინფიცირების რისკი:

- თავი შეიკავოს თოხლო და უმი კვერცხის მიღებისაგან და კვერცხის შემცველი პროდუქტებისაგან (მაგ: მაიონეზი);
- თავი შეიკავოს უმი და ნახევრად უმი საკვების მიღებისაგან, განსაკუთრებით ოჯახის ფრინველის ხორცის.

ვარჯიში ორსულობის დროს

ქალებს ორსულობის ფიზიოლოგიური მიმდინარეობით შეუძლიათ რეგულარული ვარჯიში ორსულობის დროს.

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.

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

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 ინვევენ ნაყოფის დეფექტებს და მის დეკომპრესიას.

სქესობრივი აქტივობა ორსულობის დროს

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

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 არის, მაგრამ რეკომენდებულია ალკოჰოლის მიღებისაგან სრული თავშეკავება ორსულობის დროს. თრობა და ალკოჰოლის დიდი რაოდენობით

მიღება დაკავშირებულია ახალშობილის დაბალი წონასთან და ბავშვის ქცევით და ინტელექტუალურ დარღვევებთან.

თამბაქოს მოწევა წარმოადგენს ორსულობის ცუდი გამოსავლის მიზეზს. მისი უარყოფითი ზეგავლენა საბოლოოდ არის დამტკიცებული. არსებობს მნიშვნელოვანი კავშირი ორსულობის დროს თამბაქოს მოწევისა და პერინატალურ სიკვდილიანობას , ახალშობილთა უეცარ სიკვდილს, პლაცენტის ნაადრევ აცლას , სანაყოფე გარსების ნაადრევ დარღვევას , ექტოპიურ ორსულობას, პლაცენტის წინამდებარეობას, ჩვეულ აბორტს, ნაადრევ მშობიარობას, ახალშობილთა დაბალ წონას და ახალშობილების მგლის ხახისა და კურდღლის ტუჩის ჩამოყალიბებას შორის.

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.

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

თვითმფრინავით მგზავრობა ორსულობის დროს

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 დაკავშირებით:

- 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 ჰოსპიტალიზაციას.

ქალთა უმრავლესობაში გულისრევა და ღებინება აღინიშნება ბოლო 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.

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

ანტიემეზური პრეპარატები აქვეითებენ გულისრევასა და ღებინებას ორსულობის ადრეულ ვადებზე. თანამედროვე მიდგომით გულისრევის ინტენსიობის დასაქვეითებლად გამოსაყენებელი სამკურნალო პრეპარებიდან ყველაზე ეფექტურია პირიდოქსინის გამოყენება (ვიტამინი B6). კოჭა (ჯანჯაფილი (Имбирь)) დღეში ოთხჯერ 250 მგ-ის რაოდენობით,

ანტიჰისტამინური საშუალებებით მკურნალობა აქვეითებს გულისრევისა და ლებინების სიხშირეს. ასევე ეფექტურია პირიდოქსინის (ვიტამინ B6) გამოყენებაც, თუმცა არსებობს ეჭვები ვიტამინი B6-ის ტოქსიურობასთან დაკავშირებით. ციანკობალამინი (ვიტამინი B12) ეფექტურია გულისრევისა და ლებინების შემსუბუქებისათვის, თუმცა არ არსებობს მონაცემები მისი გამოყენების უსაფრთხოების შესახებ.

გულისრევა და ლებინება 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 შემანუხებელია ორსულისათვის.

ორსული ინფორმირებული უნდა იყოს, რომ გულისრევა და ლებინება ძირითად შემთხვევებში თავისით გაივლის 16-20 კვირის ვადაზე და ეს არ არის დაკავშირებული ორსულობის ცუდ გამოსავალთან.

გულძმარვა ორსულობის დროს

გულძმარვა წარმოადგენს ხშირ სიმპტომს ორსულობის დროს. მკურნალობა გულძმარვის დროს მოიცავს ცხოვრების სტილის გაუმჯობესებას, ანტაციდებისა და ტუტოვანი მიქსტურების გამოყენებას, H_2 რეცეპტორების ანტაგონისტებს და პროტონული დგუშების 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, ცხიმისა და კუჭის გამაღიზიანებელი საკვებისაგან, მაგალითად კოფეინისაგან თავის შეკავება.

ანტაციდები, რომლებიც ახდენენ ნაღვლის მჟავების ნეიტრალიზაციას, ასევე ეფექტურია გულძმარვის დროს.

ქალებს, რომელთაც ანუხებთ გულძმარვა ორსულობის დროს, უნდა მივანოდოთ ინფორმაცია ცხოვრების სტილისა და დიეტის შეცვლის შესახებ.

იმ ქალებს, რომელთაც ზემოთ აღნიშნული ღონისძიებები არ აძლევს შედეგს, უნდა დაუზინონოთ ანტაციდები.

შეკრულობა

შეკრულობა ორსულობის დროს ხშირ ჩივილს წარმოადგენს.

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

ჰემოროიდული დაავადება (ბუასილი)

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

ჰემოროიდული დაავადების მკურნალობა მოიცავს დიეტის გაუმჯობესებას, ადგილობრივი კრემების დანიშვნას (მაგ, ანუსოლი), per os მისაღებ ნამლებსა 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

ვენების ვარიკოზი

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.

წელის ტკივილი

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

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

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

ინფექციების სკრინინგი

საკითხი ქალის ინფექციებზე გამოკვლევის აუცილებლობის შესახებ სადავოა და ყოველთვის არ შეესაბამება მტკიცებულებების მონაცემებს. საკმაოდ ხშირად ორსულებს უტარდებათ ძვირადღირებული 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 განწევას.

ასიმპტომური ბაქტერიურია

ასიმპტომური ბაქტერიურია განისაზღვრება, როგორც საშარდე გზების პერსისტირებადი ბაქტერიული კოლონიზაცია სიმპტომატიკის გარეშე. ორსული ქალები ასიმპტომური ბაქტერიურიით იმყოფებიან მაღალი რისკის ჯგუფში ნაადრევი მშობიარობისა და პიელონეფრიტის განვითარების თვალსაზრისით.

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

მომარდვამდე 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 მგრძნობიარე ტესტ-ხაზები ნიტრატების არსებობის გამოსავლენად. ყველაზე ადექვატურ და სასურველ მეთოდს წარმოადგენს შარდის კულტურალური გამოკვლევა.

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

ქლამიდიოზი

ქლამიდიური ინფექციის არსებობა ორსულობის დროს დაკავშირებულია ნაადრევი მშობიარობის მომატებულ სიხშირესთან და ნაყოფის საშვილოსნოსშიდა ზრდის შეფერხების სინდრომის განვითარებასთან. მკურნალობის არარსებობისას ქლამიდიური ინფექცია დაკავშირებულია ახალშობილების დაბალ წონასა და ახალშობილთა სიკვდილიანობასთან.

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 (CMV)

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

ციტომეგალოვირუსული ინფექციის ანტენატალური სკრინინგი მიზანშეწონილი არ არის, რადგანაც რთულია განისაზღვროს, თუ რომელი ორსულობა გართულდება ნაყოფის დაინფიცირებით და 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

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

B-ჰეპატიტი

ბავშვთა 85%, რომლებიც იბადებიან (eAg) ანტიგენზე დადებითი დედებისაგან, შემდგომში ხდებიან ქრონიკული ინფექციის მტარებლები. დედიდან ბავშვზე B-ჰეპატიტის ვირუსის ტრანსმისიის პროფილაქტიკა 95%-შია შესაძლებელია ვაქცინაციით ან ბავშვის დაბადებისას იმუნოგლობულინის შეყვანით.

HbsAg სკრინინგს ნერწყვში გააჩნია 92% მგრძნობელობა და 86,8% სპეციფიურობა შრატის ანალიზებთან შედარებით.

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

C-ჰეპატიტი

C-ჰეპატიტის ვირუსი წარმოადგენს საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის მნიშვნელოვან საზრუნავს.

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

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

სკრინინგის ტესტის დადებითი შედეგების მიღებისას ქალი უნდა გაიგზავნოს ინფექციონისტთან მკურნალობისათვის.

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

აივ/შიდსი

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

თუ არ ჩატარდა შესაბამისი ინტერვენციები, ტრანსმისია დედიდან ბავშვზე აღინიშნება შემთხვევათა 25,5%-ში. 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.

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

წითურა

ორსულობის დროს წითურას სკრინინგის მიზანს წარმოადგენს იმ ქალების გამოვლენა, რომლებსაც არა აქვთ ანტიხეულები წითურასადმი, რომ განხორციელდეს მშობიარობის შემდგომი ვაქცინაცია მომავალი ორსულობების უსაფრთხოებისათვის.

წითურას ვაქცინაცია ორსულობის დროს წინააღმდეგნაჩვენებია შესაძლო ტერატოგენობის გამო.

წითურას სკრინინგი განსაზღვრულია ორსულის იმუნური სტატუსის დასადგენად და ორსულობის შემდეგ საჭიროებისას აცრის ჩასატარებლად; კვლევა არ არის მონოდებული ორსულობის დროს ნაყოფის მდგომარეობის შესაფასებლად

ათაშანგი

არანამკურნალებ ათაშანგით დაავადებულ ორსულებში ახალშობილთა დაინფიცირება ხდება შემთხვევათა 70-100%-ში, ხოლო ახალშობილთა მესამედი უმნიშვარი იზადება.

არსებობს ათაშანგის სეროლოგიური ტესტების 2 ძირითადი კლასიფიკაცია: არატრეპონემული და ტრეპონემული. არატრეპონემული ტესტები გამოავლენს ათაშანგის არასპეციფიურ ანტიხეულებს 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.

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

ტოქსოპლაზმოზი

პირველადი ტოქსოპლაზმოზი გამონვეულია პარაზიტით *Toxoplasma Gondii* და ხშირად ასიმპტომურად მიმდინარეობს ჯანმრთელ ქალებში. დაინფიცირება უზრუნველყოს მუდმივ იმუნიტეტს. არ არის დადგენილი საქართველოს მონაცემები ტოქსოპლაზმოზის გავრცელების სიხშირეზე. 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.

იმის გამო, რომ ტოქსოპლაზმოზით პირველადი დაინფიცირება უსიმპტომოდ მიმდინარეობს, ინფიცირების დადგენა შესაძლებელია მხოლოდ სეროლოგიური ტესტირებით. ტოქსოპლაზმოზის ინფექციაზე ანტენატალური სკრინინგი მოიცავს IgG და IgM 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 არ აღენიშნებათ.

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

ორსულ ქალს უნდა მივანდოთ ინფორმაცია იმის შესახებ, რომ ტოქსოპლაზმოზით დაინფიცირების 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

ნაყოფის წინამდებარეობის დადგენის მიზნით მუცლისმხრივი პალპაციის (ლეოპოლდის წესების) მგრძნობელობა და სპეციფიურობა შეადგენდა 28% და 94%-ს შესაბამისად.

ასევე გამოვლინდა, რომ ქალებს არ სიამოვნებთ პალპაციის პროცესი, ისინი მას არაკომფორტულად და არაინფორმაციულად მიიჩნევენ.

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.

ნაყოფის არასწორი მდებარეობა უნდა დადასტურდეს ულტრაბგერითი გამოკვლევით.

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;
- ბუშტნამქერი;
- გესტაციური ვადის განსაზღვრის უზუსტობა.

სისტემურმა მიმოხილვამ გამოავლინა, რომ არ არსებობს მტკიცებულებები საშვილოსნოს ფუძის სიმაღლის რუტინული გაზომვის რაიმე სარგებლიანობის შესახებ. 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:

1. საზომი მეტრებისა და ანტენატალური ბარათების უზრუნველყოფა, რაც მოიცავს გრაფაზე მრუდის აღნიშვნას, რომელიც აჩვენებს 10, 50 და 90 სენტილს;
2. ტრენინგს მოცემულ მეთოდში;
3. 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.

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%- ს

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

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.

კარდიოტოკოგრაფია

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

ულტრაბგერითი გამოკვლევა მესამე ტრიმესტრში

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

ჭიპისა და საშვილოსნოს არტერიის დოპლეროგრაფია

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

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

მენჯით წინამდებარეობა ვადამიტანილი ორსულობის დროს.

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.

ღონისძიებები	ვიზიტები (ორსულობის კვირები)			
	≤ 13 *	18-20	30-32	36-38
ორსულობის ვადის განსაზღვრა (ულტრაბგერა)	•			
ულტრაბგერა (ანომალიების გამოსავლენად)		•		
სისხლის საერთო ანალიზი (ჰემოგლობინი, ლეიკოციტები, ედს-ი)	•			
ჰემოგლობინის განსაზღვრა			•	•
სისხლის ჯგუფი და რეზუს-ფაქტორი	•			
ფარული ბაქტერიურიის სკრინინგი შარდში (ტესტ-ხაზები, შარდის ნალექის მიკროსკოპია, დათესვა)	•			
შარდის საერთო ანალიზი	•	•		
შარდის ანალიზი პროტეინურიაზე (მხოლოდ პირველ მშობიარეებში და პრეეკლაფსიით ანამნეზში)		•	•	•
არტერიული წნევის გაზომვა	•	•	•	•
სხეულის მასის ინდექსის განსაზღვრა	•			
ანონვა (მხოლოდ მცირე წონისას პირველ ვიზიტზე)	•	•		
ათაშანგის სკრინინგი სწრაფი მარტივი მეთოდით	•			•
შიდსის სკრინინგი	•			
B- ჰეპატიტის სკრინინგი სწრაფი მარტივი მეთოდით	•			

ღონისძიებები	ვიზიტები (ორსულობის კვირები)			
	≤ 13 *	18-20	30-32	36-38
ორსულთა სკრინინგული კვლევა ინფექციებსა და სიმახინჯეებზე		•		
საშოს ნაცხი ფლორაზე (ბაქტერიოსკოპიული კვლევა)	•			
საშვილოსნოს ფუძის სიმაღლე, ნაყოფის გულისცემა		•	•	•
ლაქტაციის/ კონტრაცეფციის რეკომენდაციები			•	•
გარეგანი სამეანო გასინჯვა				
მენჯით წინამდებარეობის გამოვლენა და გარეგანი მობრუნება თავზე (სტაციონარში)				
მშობიარობის გეგმის შედგენა და ადგილის განსაზღვრა				
რეკომენდაციები გადაუდებელ დახმარებასთან დაკავშირებით (ტელეფონები)				

მიღებულია "კლინიკური პრაქტიკის ეროვნული რეკომენდაციების (გაიდლაინები) და დაავადებათა მართვის სახელმწიფო სტანდარტების (პროტოკოლები) შემუშავების, შეფასებისა და დანერგვის ეროვნული საბჭოს" 2007 წლის 21 მარტის №1 სხდომის გადაწყვეტილების შესაბამისად

დამტკიცებულია საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2007 წლის 27 აგვისტოს № 262/ო ბრძანებით

ანტინატალური მეთვალყურეობა ფიზიოლოგიურად მიმდინარე ორსულობის დროს

კლინიკური მდგომარეობის მართვის სახელმწიფო სტანდარტი (პროტოკოლი)

კომუნიკაცია და კონსულტაცია

ურთიერთობა ორსულთან

- მედიცინის მუშაკი უნდა:
 - ადგეს, შეეგებოს და მიესალმოს ორსულს, რომელიც შემოდის კაბინეტში, არსებული ადამ-წესების მიხედვით და შესაბამისი მიმიკის მეშვეობით გამოხატოს თავისი პატივისცემა;
 - თუ სამედიცინო მუშაკი და ორსული არ იცნობენ ერთმანეთს, სამედიცინო მუშაკმა უნდა წარუდგინოს თავი, დაასახელოს საკუთარი გვარი, სახელი და მოვალეობები;
 - სამედიცინო მუშაკმა უნდა მიაცილოს ორსული იმ ადგილამდე, სადაც ისინი განთავსდებიან, (ორსული უნდა განთავსდეს ისე, რომ შემოსასვლელი კარი მდებარეობდეს მის მარცხნივ);
 - ექიმი უნდა დაჯდეს ორსულის გვერდით (0,5-1 მ დაშორებით) მისგან მარცხნივ;
 - ურთიერთობის დროს 2/3 ექიმი უყურებს ორსულს სახეში;
 - საუბრის დროს ექიმს ხელში არ უნდა ეჭიროს ინსტრუმენტები;
 - ექიმი უნდა ადგეს, თუ ორსული დგება

- შენობაში მიღების მოლოდინში:
 - ექიმი ესალმება ორსულს, არსებული ადათ-წესებისა და შესაბამისი მიმიკით გამოხატავს პატივისცემას, უახლოვდება 0,5-1 მ-ზე.
 - დგება მარცხნივ, თუ ორსული ზის, ან ჯდება ახლოს, თუ გვერდით არის ადგილი.
- **საუბრის წაყვანა:**
 - ინფორმაციის შეგროვება (მოსმენა და გაგება):
 - საუბრის 2/3-ზე მეტხანს ექიმი უყურებს ორსულს სახეში, დანარჩენი დროის განმავლობაში ყურადღებით ათვალთვლებს ორსულს, აკეთებს ფიზიკური და ფსიქოლოგიური სტატუსის სწრაფ შეფასებას;
 - საუბრის დროს მიმიკითა და ჟესტებით გამოხატავს ყურადღებასა და პატივისცემას, ყურადღებით უსმენს რა ორსულს;
 - საუბრის დროს ძირითადად სვამს “ღია” შეკითხვებს, ზოგჯერ “კონკრეტულ” შეკითხვებს, და მხოლოდ მწვავე აუცილებლობის დროს იყენებს “დახურულ” შეკითხვებს (“ღია შეკითხვები” — არის შეკითხვები, რომლებზეც პასუხი არ შეიძლება იყოს კი ან არა, “დახურული შეკითხვები — არის შეკითხვები, რომლებზეც პასუხი შეიძლება იყოს მხოლოდ კი ან არა.)
 - საუბრის დროს წინადადებების დალაგებისას ექიმი იყენებს ორსულის გამოთქმებს;
 - საუბრის დროს გამოხატავს, რომ მისთვის ახლოა ორსულის პრობლემები; ერიდება შემაფასებელი და კატეგორიული სიტყვების გამოყენებას
 - ინტერესდება სოციალური სტატუსითა და ყოფით, სთავაზობს დახმარებას და რჩევას, ამავე დროს იცავს ეთიკურობისა და კონფიდენციალობის ნორმებს.
 - მთელი საუბრის დროს საზღვრავს ორსულის ინფორმირების დონეს და გეგმავს აუცილებელი ინფორმაციის მიწოდების თანმიმდევრობას, მხარდაჭერის ჯგუფებთან შეხვედრის ორგანიზაციას და შესაბამის ჯგუფში მცადინეობის გავლას
 - საუბრის დროს უზრუნველყოფს კონფიდენციალობის პირობებს.
 - იცავს ორსულის ყველა ეთიკურ ნორმასა და უფლებას.
 - კონსულტაცია (რეკომენდაციები და ინსტრუქციები):
 - კონსულტაციის დროს გამოხატავს დარწმუნებას ორსულობის კარგ გამოსავალში, აუცილებლობის შემთხვევაში ახორციელებს მხარდაჭერას,

ნაახალისებს ორსულის მონდომებასა და ინიციატივას;

- მკვეთრად არ უარყოფს ორსულის აზრს და ეძებს ხელსაყრელ მომენტს მცდარი აზრის შესწორებისათვის;
- ეძებს დადებით მომენტებს ყველა, უარყოფით მოქმედებებშიც კი;
- გამოავლენს და ნაახალისებს ორსულის ყველა სწორ მოქმედებას;
- უზრუნველყოფს პრაქტიკულ დახმარებას, თვალყურს ადევნებს, თუ რამდენად კომფორტულად გრძნობს თავს ორსული (ეხმარება, მოხერხებულად დაჯდეს, ადგეს, დანვეს, რაიმე აილოს და სხვ.)
- მოცემული სიტუაციის შესაფერისად უზრუნველყოფს ორსულისათვის აუცილებელ ინფორმაციას;
- ორსულთან ყოველი შეხვედრის დროს იძლევა ინფორმაციას ორსულობის ფსიქოფიზიოლოგიური მიმდინარეობის თავისებურებების შესახებ;
- იყენებს უბრალო, ორსულისათვის გასაგებ ენას;
- იძლევა საჭირო წინადადებებსა და რეკომენდაციებს, ამავე დროს თავს არიდებს მბრძანებლობით და მენტორულ ტონს.

• **გასინჯვისა და პროცედურების ჩატარება:**

- პროცედურებისა და გასინჯვის ჩატარებისას უზრუნველყოფს კონფიდენციალურ პირობებს (სიჩუმე, გარეშე პირთა არარსებობა, უცარი მნახველების შემოსვლის გაკონტროლება).
- გასინჯვასა და პროცედურებს ატარებს მხოლოდ მათი ტექნიკის, მიზნებისა და პროგნოზული მნიშვნელობის ახსნის შემდეგ, ამავე დროს საკუთარ ქმედებებს უკეთებს კომენტარებს.
- მხედველობაში იღებს და აკმაყოფილებს ორსულის სურვილს გასინჯვა ჩატარდეს ახლობლების თანდასწრებით.
- ყველა მოქმედებებს ატარებს მეგობრულ გარემოში.

• **ანტენატალური მეთვალყურეობის გეგმა და მომზადება მშობიარობისათვის:**

- ექიმი გეგმავს ანტენატალურ მეთვალყურეობას და ამზადებს ორსულს და მის ახლობლებს მშობიარობისათვის ორსულთა ბარათში აუცილებელი ინფორმაციის შეტანით;
- მეცადინეობისათვის აგროვებს ჯგუფს პარიტეტის, ასაკის, ინფორმირების დონის, ფიზიკური და სოციალური სტატუსის, ოჯახური პირობებისა და კულტურული თავისებურებების მიხედვით, ამავე დროს განსაკუთრებულ ყურადღებას აქცევს ორსულობის ფსიქოფიზიოლოგიურ თავისებურებებს.

ორსულაპი, რომელსაც ვერ შევლენ მითვალყურეობის მოცემულ სქემაში

დაცვიანდეს უსაფრთხო - დევეცია

- ორსულები ჰიპერტენზიის, გულისა და თირკმელების დაავადებებით, ენდოკრინული, ფსიქიატრიული და ჰემატოლოგიური დაავადებებით, ეპილეფსიით, დიაბეტით, აუტოიმუნური დაავადებებით და ავთვისებიანი დაავადებებით, შიდსით.
- 40 წელზე ზევით და 18 წელზე ქვევით ასაკობრივი ჯგუფის ორსულები
- ორსულები, რომელთა სხეულის მასის ინდექსი მეტია 35-ზე ან ნაკლებია 18-ზე
- ორსულები გადატანილი საკეისრო კვეთის შემდეგ
- ორსულები გამოსატული პრეეკლამფსიით, HELLP –სინდრომით ან ეკლამფსიით
- ორსულები 3 —ზე მეტი ჩვეული აბორტით ანამნეზში
- ორსულები ნაადრევი მშობიარობით ანამნეზში
- ორსულები მკვდრადშობადობით ან ახალშობილის გარდაცვალებით ნეონატალურ პერიოდში
- ორსულები ნაყოფის თანდაყოლილი სტრუქტურული ანომალიებით
- ორსულები გენეტიკური დარღვევების ოჯახური ანამნეზით

პირველი ვიზიტის დროს

პირველი ვიზიტი 13 კვირამდე

- უნდა განისაზღვროს ორსულთა ის ჯგუფი, რომლებსაც ესჭიროებათ დამატებითი მეთვალყურეობა;
- უზრუნველყოფილი უნდა იყოს ინფორმაცია ცხოვრების ჯანსაღი წესის, არსებული მომსახურების, ორსულთა უფლებების, გამოკვლევის მეთოდების შესახებ;
- ორსულს მიენოდოს ინფორმაცია ფოლიუმის მჟავის მიღების უპირატესობის შესახებ (400 მკგ ორსულობის 12 კვირამდე);
- განისაზღვროს ორსულის სხეულის მასის ინდექსი, სწორედ გაიზომოს არტერიული წნევა (იხ. ქვემოთ);
- ორსულს მიენოდოს დანვრილებითი ინფორმაცია შემოთავაზებული სკრინინგული ტესტების შესახებ (იხ. ქვემოთ).
- პირველი ვიზიტის დროს სასურველია ჩატარდეს თერაპევტის და სტომატოლოგის კონსულტაცია*

სკრინინგული ტესტები

- სისხლის ჯგუფი, რეზუს ფაქტორი
- სისხლის ანალიზი
- შარდის საერთო ანალიზი (პროტეინურისა და ასიმპტომური ბაქტერიურის გამოსავლენად) ტესტ-ხაზების მეშვეობით, შარდის ნალექის მიკროსკოპით ან შარდის დათესვით*
- აივ/შიდსის, B-ჰეპატიტის, ნითურისა და სიფილისის სკრინინგი სწრაფი მარტივი მეთოდით*;
- საშოს ნაცხი (დათვალიერება სარკეებში)
- ულტრაბგერითი კვლევა ორსულობის ვადის განსაზღვრისათვის
- **განიხილეთ ორსულთან ერთად ტესტების შედეგები რამოდენიმე დღეში**

მეორე ვიზიტის დროს

- ულტრაბგერითი კვლევა ნაყოფის სტრუქტურული ანომალიების გამოსავლენად
- გაიზომოს არტერიული წნევა
- განისაზღვროს პროტეინურია შარდში (მხოლოდ პირველადმოზიარებებში ან პრეეკლამფსიით ანამნეზში)
- სხეულის მასის ინდექსის განსაზღვრა (მხოლოდ ორსულებში სხეულის მასის ინდექსით < 18)
- საშვილოსნოს ფუძის სიმაღლის განსაზღვრა
- ნაყოფის გულისცემის განსაზღვრა
- მეორე ვიზიტის დროს უნდა ჩატარდეს სკრინინგული კვლევა თანდაყოლილ სიმახინჯეებზე. (დაუნის სინდრომი)*

მესამე ვიზიტის დროს

- გაიზომოს არტერიული წნევა
- განისაზღვროს პროტეინურია შარდში
- განისაზღვროს ჰემოგლობინის რაოდენობა
- რეზუს უარყოფით ქალებში შეყვანილი იყოს ანტირეზუსგამაგლობულინის პირველი დოზა
- განისაზღვროს საშვილოსნოს ფუძის სიმაღლე
- განისაზღვროს ნაყოფის გულისცემა

მეოთხე ვიზიტის დროს

მეოთხე ვიზიტი. 34-36-38

- გაიზომოს არტერიული წნევა
- განისაზღვროს პროტეინურია შარდში
- განისაზღვროს ჰემოგლობინი სისხლში*
- ჩატარდეს სიფილისის დიაგნოსტიკა სწრაფი მარტივი მეთოდით*
- გაიზომოს საშვილოსნოს ფუძის სიმაღლე
- განისაზღვროს ნაყოფის გულისცემა
- რეზუს უარყოფით ქალებში შეყვანილი იყოს ანტირეზუს გამაგლობულინის მეორე დოზა
- განისაზღვროს ნაყოფის მდებარეობა
- მენჯით წინამდებარეობის დროს ორსულს მიენოდოს ინფორმაცია სტაციონარის პირობებში თავით გარეგანი შემობრუნების რისკისა და სარგებლიანობის შესახებ

* ცვლილებები, რომელთა შეტანაც მოსალოდნელია ანტენატალური მეთვალყურეობის რეფერალურ პროგრამაში

ჩარევები, რომელთა განხორციელება არ არის მიზანშეწონილი ფიზიოლოგიურად მიმდინარე ორსულობის დროს

- განმეორებითი ანონვა
- საშოსმხრივი გასინჯვა
- რკინის რუტინული დამატება
- D ვიტამინის დამატება
- შემდეგი ინფექციების სკრინინგი:
 - ქლამიდია
 - ციტომეგალოვირუსი
 - C ჰეპატიტი
 - B ჯგუფის სტრეპტოკოკი
 - ტოქსოპლაზმოზი
 - ბაქტერიული ვაგინოზი
- გესტაციური დიაბეტის სკრინინგი
- ნაყოფის მოძრაობათა დათვლა
- კარდიოტოკოგრაფია ანტენატალურ პერიოდში
- ულტრაბგერითი კვლევა 24 კვირის შემდეგ
- ჭიპლარის არტერიის დოპლეროგრაფია

მეხუთე ვიზიტი (მშობიარობის შემდგომი)

- ტარდება აქტიური პატრონაჟი დედისა და ახალშობილის განერიდან 3 დღის განმავლობაში. პატრონაჟის მიზანია:
 - ა. მეთვალყურეობისათვის, მშობიარობის შემდგომი რეაბილიტაციის უზრუნველყოფა
 - ბ. დედისა და ახალშობილის მშობიარობის შემდგომი გართულებების დროული გამოვლენა, პროფილაქტიკა და მკურნალობისა
 - გ. აუცილებლობის შემთხვევაში მიმართვა მეთვალყურეობის შესაბამის დონეზე,
 - დ. ახალშობილისა და დედის მოვლის, ოჯახის დაგეგმვის, მხოლოდ ძუძუთი კვების უპირატესობის შესახებ ინფორმაციის უზრუნველყოფა .

მშობიარობის შემდგომი გასინჯვა

- გასინჯვის წინ სამედიცინო მუშაკი საგულდაგულოდ იბანს ხელებს საპნით და ატარებს საერთო გასინჯვას
- ყურადღებას აქცევს კანისა და ხილული ლორწოვანი გარსების შეფერილობას (განსაკუთრებული ყურადღება უნდა მიექცეს სიფერმკრთალებსა და სიყვითლეს)
- ახორციელებს ქალის მდგომარეობის შეფასებას (პულსი, არტერიული წნევა, სუნთქვის სიხშირე)
- ყურადღებას აქცევს ქალის მიერ ჰიგიენური ნორმების დაცვას (თმების, პირის ღრუს, ხელებისა და ფეხების სისუფთავე, ფრჩხილების მდგომარეობა)
- ათვალთვინებს სარძევე ჯირკვლებს (სარძევე ჯირკვლების დაჭიმულობა, ფერი, შემკვრივების არსებობა, მტკიცუნეულობა, ძუძუსთავეების მდგომარეობა). ასევე ყურადღებას აქცევს ქვედა საცვლების სისუფთავეს
- აწვდის დედას ინფორმაციას სარძევე ჯირკვლების მოვლის შესახებ (არ გამოიყენება ძუძუსთავეების მოვლის სხვადასხვა საშუალებები- საპონი, ნელსაცხებლები, ზეთები და სხვა), კეთდება რეკომენდაცია კვების შემდეგ საკუთარი რძით ძუძუსთავეების დამუშავების და შემდეგ გაშრობის შესახებ
- ახორციელებს მუცლის გასინჯვას, ყურადღებას აქცევს ოპერაციის შემდგომ ნაწიბურსა და ნაკერს (თუ ისინი სახეზეა), აფასებს გამონადენის ხასიათს, რაოდენობასა და სუნს.
- აწარმოებს შორისის დათვალთვინებას, აფასებს ნაკერების მდგომარეობას, თუ ჩატარებული იყო ეპიზიო/პერინეოტომია ან ადგილი ჰქონდა შორისის/საშოს ტრავმირებას, ყურადღებას ამახვილებს პუერპერალური წყლულების არსებობაზე.

- ქალებს, რომლებსაც აღენიშნებოდათ ანემია ორსულობის დროს ან მშობიარობის შემდგომი ჰემორაგიული ანემია, განერიდან პირველ დღეებში უნდა შეუმონმდეთ ჰემოგლობინის რაოდენობა და მიეცეთ რეკომენდაცია რკინის პრეპარატების დამატებაზე.
- უნდა ჩატარდეს ოჯახის წევრების კონსულტირება რაციონალური კვების, ქალის ჰიგიენის დაცვის აუცილებლობის, ასევე მშობიარობის შემდგომი ფსიქოფიზიოლოგიური ცვლილებების შესახებ (მშობიარობის შემდგომი დეპრესია), ასევე დედის სოციალური მხარდაჭერის აუცილებლობის შესახებ (აუცილებელია დედისა და ახალშობილის მდგომარეობის მუდმივი მონიტორინგი, განსაკუთრებით პირველ 42 დღეს)
- საშოდან დიდი რაოდენობით ან სუნიანი გამონადენის შემთხვევაში, სხეულის ტემპერატურის მონიტორინგისას, ექიმი აგზავნის ორსულს პირველად რგოლში ან სტაციონარში დეტალური გამოკვლევისათვის

არტერიული წნევის გაზომვის ტექნიკა

- არტერიული წნევის გაზომვა წარმოადგენს რუტინულ პროცედურას პრაქტიკულად ყველა სამედიცინო დანესებულობაში. ამის გამო სამედიცინო მუშაკები უგულვებელყოფენ ისეთ მნიშვნელოვან მომენტებს, როგორცაა გასაზომი მონაცემების შენახვა კარგ მდგომარეობაში, არღვევენ არტერიული წნევის გაზომვის ტექნიკის დეტალებს (მანუეტის ზომა, ჰაერის ჩამატების სიჩქარე, გასაზომი მონაცემების დაყენების დონე და სხვ.), რამაც შეიძლება ზეგავლენა მოახდინოს არტერიული წნევის გაზომვის შედეგებზე;
- მხედველობაში პრაქტიკულად არ არის მიღებული ორსულის სხეულის პოზიცია არტერიული წნევის გაზომვისას, რაც გავლენას ახდენს როგორც მონაცემებზე, ასევე თვითონ ორსულის მდგომარეობაზე;
- პრაქტიკულად მხედველობაში არ არის მიღებული ორსულის ფსიქოემოციური მდგომარეობა, რაც ასევე აისახება გაზომვის შედეგებზე;
- ძალიან იზვიათად კეთდება არტერიული წნევის სერიული გაზომვა (მინიმუმ 30წთ, მაქსიმუმ 4 საათის განმავლობაში)
- ყოველი სამუშაო დღის დასაწყისში ან ყოველი გამოყენების წინ გასაზომი საშუალებების ვარგისიანობა უნდა შემოწმდეს;

- არტერიული წნევის გაზომვამდე აუცილებელია ქალს მიენოდოს დანვრილებითი ინფორმაცია პროცედურის შესახებ;
- არტერიული წნევის გასაზომად საჭიროა გამართული ხელსაწყოების გამოყენება (ვერცხლისწყლის სფიგმომანომეტრი);
- აუცილებელია არტერიული წნევის გაზომვის შემდეგი მეთოდის გამოყენება:
 - არტერიული წნევის გაზომვა დამჯდარ ან ნოლით მდგომარეობაში ისე, რომ მანუეტი იყოს გულის დონეზე.
 - შესაბამისი ზომის მანუეტის გამოყენება (ოპტიმალური ზომა 15X33 სმ). რაც მინიმუმამდე დაიყვანს შეცდომის ალბათობას. დიდი მანუეტის გამოყენებისას დაიშვება ნაკლები შეცდომები მცირე მანუეტთან შედარებით;
 - სფიგმომანომეტრი თავსდება სწორ ზედაპირზე ქალის გულის დონეზე;
 - ფონენდოსკოპი გამოყენებული უნდა იყოს სწორედ, ხმის გამტარებლის ლერძი, ყურსასმენების ხმის გამტარი ლერძი და სასმენი მილის ლერძი უნდა ემთხვეოდეს ერთმანეთს;
 - ფონენდოსკოპის მემბრანა უნდა მოთავსდეს იდაყვის მოსახრელის შიდა ზედაპირზე, სადაც ყველაზე უკეთესად პალპირდება პულსი;
 - ჰაერის დატუმბვა მანუეტში უნდა ხდებოდეს 2-3 მმ/წმ-ში სიჩქარით (ჰაერის დატუმბვის საერთო დრო უნდა იყოს 20-30წმ);
 - ექიმმა უნდა განსაზღვროს მაჩვენებლები 2მმ/ვწყ სიზუსტით;
 - დიასტოლური წნევის გაზომვის დროს მხედველობაში უნდა იყოს მიღებული კოროტკოვის 5 ტონი (გულის ტონების გაქრობა), რადგანაც ამ ტონის გამოყენება უფრო ხელსაყრელია, ვიდრე 4-ის (გულის ტონების მოყრუება) ორსულთა 15%-ში დიასტოლური წნევა ვარდება 0-მდე მანამ, სანამ მოხდება გულის ტონების სრული გაქრობა. ამ დროს უნდა ჩაინეროს ის მაჩვენებლები, რომლებიც დაფიქსირდა 4 და 5 ტონებზე (მაგ, 148/84/0)
 - ორჯერ გაზომვის საჭიროების დროს, გამოყენებული უნდა იყოს მაჩვენებლების საშუალო არითმეტიკული და არა მხოლოდ უფრო დაბალი მაჩვენებელი.
 - ორსულს უნდა მივანოდოთ ინფორმაცია მიღებული მაჩვენებლებისა და მათი მნიშვნელობის შესახებ, ასევე უნდა გაკეთდეს კომენტარები მისი მდგომარეობის შესახებ

გახსოვდეთ:

არტერიული წნევის მცდარი მონაცემების მიღება შეიძლება შემდეგ შემთხვევებში:

- თუ სფიგმომანომეტრის მაჟეტი არ მდებარეობს გულის დონეზე;
- მანჟეტის ზომების არასწორი არჩევისას;
- არტერიული წნევა არ უნდა გაიზომოს ორსულის წოლისას ზურგზე, რადგანაც ამ დროს შეიძლება მივიღოთ ცრუ უარყოფითი შედეგები, გარდა ამისა, ზურგზე წოლისას ორსულს შეიძლება განუვითარდეს ქვედა ღრუ ვენის სინდრომი და განუვითარდეს სინკოპე;
- არტერიული წნევის გასაზომი მოწყობილობა უნდა იყოს სრულიად გამართული, გარდა ამისა, რეგულარულად უნდა ხდებოდეს სფიგმომანომეტრის კალიბრაცია;
- არტერიული წნევის გაზომვისას მხედველობაში უნდა იყოს მიღებული კოროტკოვის 4 და 5 ტონი, მაგრამ ორიენტირება უნდა ხდებოდეს 5 ტონზე.
- გაზომვის შედეგების ინტერპრეტაციისას აუცილებელია სიმშვიდის შენარჩუნება, რომ არ გამოვიწვიოთ შფოთვა ქალსა და მის ახლობლებში.

მშობიარობისათვის მომზადების მცადინეობების სავარაუდო გეგმა**I მცადინეობა**

თემა: ორსულობის ფიზიოლოგია და შესაძლო ჭპრობლემები ორსულობის დროს, მათი გადაჭრის გზები

- გავაცნოთ ორსულებს დამატებით ელემენტარულ ნაყოფის განვითარების თავისებურებანი, ორსული ქალის ორგანიზმში განვითარებული ფიზიოლოგიური ცვლილებები, შესაძლო პრობლემები ორსულობის დროს და მათი გადაჭრის გზები

II მცადინეობა

თემა: ორსულთა კვება, პირადი ჰიგიენა და ფიზიკური ვარჯიში

- ცილების, ცხიმების, ნახშირწყლების, ვიტამინების და მინერალური ნივთიერებების როლი და კვების თავისებურებანი ტრიმესტრების მიხედვით
- ანემიის პროფილაქტიკა

- კვების რაციონის სწორად შედგენა ტრიმესტრების მიხედვით პირადი ჰიგიენის წესები, კომპლექსური ფიზიკური ვარჯიშის თავისებურებანი ტრიმესტრების მიხედვით

III მეცადინეობა

თემა: მშობიარობის წინამორბედი ნიშნები, მშობიარობა და მშობიარობის პერიოდები

- აუხსნათ მშობიარეებს და მათ მეუღლებს მშობიარობის წინამორბედი ნიშნები, მშობიარობის პერიოდები მიმდინარეობის თავისებურებანი
- მშობიარობის დაწყების წინამორბედი ნიშნები
- მშობიარობის დროს განვითარებული ფიზიოლოგიური ცვლილებები

IV მეცადინეობა

თემა: სუნთქვა, დამშვიდებელი მოქმედებები და მოდუნების ტექნიკა მშობიარობის დროს, მშობიარობის გაუტკივარება.

- ორსულთა და მათ პარტნიორთა გაცნობა სუნთქვის სახეებთან და მშობიარობის დროს დამამშვიდებელ მოქმედებებთან, ასევე რელაქსაციის საშუალებებთან და სხეულის მდებარეობასთან მშობიარობის დროს.

V მეცადინეობა

თემა: ახალშობილის მოვლა და ძუძუთი კვება.

- ორსულთა და მათ პარტნიორთა მომზადება ახალშობილთა მოვლის მთავარ წესებთან. ძუძუთი კვების მნიშვნელობის გაცნობა და მისი მისი ძირითადი პრინციპები.

VI მეცადინეობა

თემა: მშობიარობის შემდგომი კონტრაცეფცია

- გავაცნოთ ორსულებსა და მათი პარტნიორებს მშობიარობის შემდგომი კონტრაცეფციის მნიშვნელობა და ოჯახის დაგეგმვის ძირითადი პრინციპები.

ლონისძიებები	ვიზიტები (ორსულობის კვირები)			
	≤ 13 *	18-20	30-32	36-38
ორსულობის ვადის განსაზღვრა (ულტრაბგერა)	•			
ულტრაბგერა (ანომალიების გამოსავლენად)		•		
სისხლის საერთო ანალიზი (ჰემოგლობინი, ლეიკოციტები, ედს-ი)	•			
ჰემოგლობინის განსაზღვრა			•	•
სისხლის ჯგუფი და რეზუს-ფაქტორი	•			
ფარული ბაქტერიურიის სკრინინგი შარდში (ტესტ-ხაზები, შარდის ნალექის მიკროსკოპია, დათესვა)	•			
შარდის საერთო ანალიზი	•	•		
შარდის ანალიზი პროტეინურიაზე (მხოლოდ პირველ მშობიარეებში და პრეეკლამსიით ანამნეზში)		•	•	•
არტერიული წნევის გაზომვა	•	•	•	•
სხეულის მასის ინდექსის განსაზღვრა	•			
ანონვა (მხოლოდ მცირე წონისას პირველ ვიზიტზე)	•	•		
ათაშანგის სკრინინგი სწრაფი მარტივი მეთოდით	•			•
შიდსის სკრინინგი	•			
B- ჰეპატიტის სკრინინგი სწრაფი მარტივი მეთოდით	•			
ორსულთა სკრინინგული კვლევა ინფექციებსა და სიმბინჯებზე		•		
საშოს ნაცხი ფლორაზე (ბაქტერიოსკოპიული კვლევა)	•			
საშვილოსნოს ფუძის სიმაღლე, ნაყოფის გულისცემა		•	•	•
ლაქტაციის/ კონტრაცეფციის რეკომენდაციები			•	•
გარეგანი სამეანო გასინჯვა				
მენჯით წინამდებარეობის გამოვლენა და გარეგანი მობრუნება თავზე (სტაციონარში)				
მშობიარობის გეგმის შედგენა და ადგილის განსაზღვრა				
რეკომენდაციები გადაუდებელ დახმარებასთან დაკავშირებით (ტელეფონები)				

ბაიდლაინი, რომელსაც ეყრდნობა აღნიშნული პროტოკოლი –

„ანტენატალური მეთვალყურეობა ფიზიოლოგიურად მიმდინარე ორსულობის დროს”

მშობიარობის შემდგომ პერიოდში მეთვალყურეობის მიზნები

- დედისა და ოჯახის მხარდაჭერა და საჭიროებებზე რეაგირება, ოჯახის ახალ წევრთან შეგუებაში დახმარება;
- დედათა და ახალშობილთა გართულებების დროული გამოვლენა და მკურნალობა;
- საჭიროების შემთხვევაში დედათა და ახალშობილთა გადაგაზავნა სპეციალური სამედიცინო დახმარების მისაღებად;
- კონსულტირება ახალშობილის მოვლასთან დაკავშირებით;
- ძუძუთი კვების მხარდაჭერა;
- დედათა კონსულტირება კვებასთან დაკავშირებულ საკითხებზე;
- კონსულტირება სქესობრივი ცხოვრების აღდგენასა და კონტრაცეპციასთან დაკავშირებით;
- იმუნიზაცია

მშობიარობის შემდგომი პერიოდი საშუალოდ გრძელდება 6-8 კვირა. ის იწყება მომყოლის გამოძევებიდან და მთავრდება რეპროდუქციული, ენდოკრინული, ნერვული, გულ-სისხლძარღვთა და ორგანიზმის სხვა სასიცოცხლო სისტემების ორსულობასთან ასოცირებული ცვლილებების უკუგანვითარებით. ამ პერიოდს ლოგინობის ხანა ჰქვია, ქალს – მელ-ოგინე. თუ დედა და ახალშობილი სამკურნალო დანესებულებიდან ჯანმრთელი ეწერება, მშობიარობის შემდგომი ვიზიტი იგეგმება 6 კვირის შემდეგ. მშობიარობიდან პირველი 24 სთ ყველაზე მაღალია მშობიარობასთან დაკავშირებული გართულებების განვითარების ალბათობა – დაზიანებული რბილი სამშობიარო გზებიდან ან საშვილოსნოდან სისხლდენა, ჰემოდინამიკის დარღვევა. ორგანიზმის ზოგიერთი ცვლილების უკუგანვითარებასთან ადაპტაცია იწყება საშვილოსნო-პლაცენტარული სისხლისმიმოქცევის ლიკვიდაციით და პლაცენტის, როგორც ენდოკრინული ორგანოს ფუნქციონირების შეწყვეტით. პირველივე წუთებიდან იწყება საშვილოსნოს შეკუმშვა და მისი შემდგომი ინვოლუცია გრძელდება 4-6 კვირა. მშობიარობის შემდეგ საშვილოსნო 1000-1200 გრ იწონის, პირველი კვირის ბოლოს – 500-600 გრ-ს, მეორე კვირის ბოლოს – 350 გრ-ს, მე-4 კვ – 22 გრ-ს, 6-7 კვირის შემდეგ – 65-75 გრ-ს. ინვოლუციაზე მსჯელობა შესაძლებელია საშვილოსნოს ფუძის სიმაღლის მიხედვითაც – მშობიარობიდან 1 დღეში – ქიპის რგოლის დონეზე, ყოველ მომდევნო დღეში 1-1,5 სმ-ით ქვემოთ, მე-4 დღეს – ბოქვენიდან – 12-14 სმ, მე-6 დღეს – 9-10 სმ, მე-8

დღეს – 7-8 სმ, მე-10 დღეს 5-6 სმ, 2 კვირის შემდეგ – ბოქვენის უკან. საშვილოსნოს ინვოლუციას და შეკუმშვებს თან ახლავს მცირე სისხლნარევი გამონადენი – ლოქიები, რომელიც ცვალებადია დროში სისხლის მინარევის მიხედვით. პირველი 8 დღის განმავლობაში ლოქიების საერთო რაოდენობა შეადგენს 500-1500 გრამს (ტუტე რეაქცია და სპეციფიური არასასიამოვნო სუნი). მშობიარობიდან პირველი დღეების განმავლობაში სისხლში აღინიშნება ზომიერი ლეიკოციტოზი, პირველი სამი კვირა ზომიერი ჰიპერკოაგულაცია (ორსულობასთან და მშობიარობასთან ადაპტაციის პერსისტენცია), დიურეზი მატულობს, ხანდახან თავს იჩენს შარდვის პრობლემები. ხშირია ნაწლავური ატონიის შედეგად ყაბ-ზობა, შესაძლოა ჰემოროიდალური ვენების ლოკალური პრობლემები.

ძირითადი გართულება ამ პერიოდში თავისი სიხშირითა და მნიშვნელობით (სერიოზულობით) არის ინფექციურ-ანთებითი პათოლოგიები. მათი განვითარება უკავშირდება სამშობიარო ქრილობებიდან პათოგენური მიკროფლორის შეღწევას, ორგანიზმის დამცველობითი ძალების სისუსტეს, ლაქტოსტაზს, პირობით პათოგენური ფლორის გააქტიურებას. საკმაოდ სწრაფად სერიოზული ანთებითი მდგომარეობების გამო შესაძლოა განვითარდეს სეპტიური პროცესი (არა მარტო სამშობიაროში ყოფნის პერიოდში). ამ მიმართულებით უნდა შეფასდეს გამონადენი, ლოქიები, ზოგადი ტემპერატურა, მუცლის მტკივნეულობა და დაჭიმულობა.

პოსტნატალური ანემია აღენიშნება ქალების 30-35%-ს და მის სკრინინგს განსაკუთრებული მნიშვნელობა ენიჭება

მშობიარობის შემდგომი კრიტიკული პერიოდები დედისთვის

- 6-12 სთ — სისხლდანაკარგი, ტკივილი, არტ. წნევა, საშიშროების ნიშნები, რჩევები;
- 3-6 დღე – მკერდის მოვლა, ტემპერატურა/ ინფექცია, ლოქიები, განწყობა;
- 6 კვირა – გაჯანსაღება, ანემია, კონტრაცეპცია;
- 6 თვე – ზოგადი ჯანმრთელობა, კონტრაცეპცია. ავადობა.

მშობიარობის შემდგომი კრიტიკული პერიოდები ბავშვისთვის

- 6-12 სთ — სუნთქვა, სითბო, კვება, ჭიპლარი, იმუნიზაცია;
- 3-6 დღე – კვება, ინფექცია, რუტინული ტესტები;
- 6 კვირა – მასა/კვება, იმუნიზაცია;
- 6 თვე – განვითარება, დამატებითი საკვები.

გართულების თვალსაზრისით ასევე მნიშვნელოვანია სისხლდენა სასქესო გზებიდან.

მშობიარობის შემდგომი სისხლდენა ადრეული – განვითარებული პირველი 24 სთ-ის განმავლობაში:

მიზეზები:

- საშვილოსნოს ატონია
- პლაცენტის ნაწილების შეკავება
- ქვ. სასქესო გზების ჩახევა
- საშვილოსნოს ამობრუნება
- პლაცენტის მჭიდრო მიმაგრება
- თანდაყოლილი კოაგულოპათია

მშობიარობის შემდგომი სისხლდენა გვიანი – განვითარებული 6 კვირის განმავლობაში:

მიზეზები:

- ინფექცია
- პლაცენტის ადგილის სუბინვოლუცია
- პლაცენტის ფრაგმენტების შეკავება
- თანდაყოლილი კოაგულოპათია

მცირე პრობლემები

- შორისი
- სექსუალური პრობლემები
- მშობიარობის შემდგომი გუნებ-განწყობა, დეპრესია
- ნაკერების უკმარისობა (აბდომინალური, პერინეალური)
- გასტრო-ენტეროლოგიური პრობლემები (შეკრულობა, ბუასილი)
- სარძევე ჯირკვლის პრობლემები
- დაღლილობა
- ნელის ტკივილი
- თავის ტკივილი

საშარდე სისტემის პრობლემები

საშარდე სისტემის პრობლემები ასოცირდება ორსულობის პროცესთან დაკავშირებულ ჰორმონულ ცვლილებებთან და ასევე საშარდე და სასქესო სისტემების ტოპოგრაფიულ სიახლოვესთან. ჩამოვლინდება:

- შარდვის გაძნელებით
- შარდვის შეუკავებლობით
- საშარდე გზების ინფექციით

შარდვის გაძნელება – დაკავშირებულია შარდის ბუშტის ანატომიური გადანაცვლებით ორსულობასთან დაკავშირებით, აღენიშნება ქალების 2-18%-ს, ამ სიტუაციაში ნარჩენი შარდის საგრძნობი მოცულობის გამო შესაძლოა განმეორებითი ჰოსპიტალიზაცია.

შარდის შეუკავებლობა – შარდვის გაძნელების ყველაზე მძიმე ფორმა ამ პრობლემებით ქალების 19-34%-ში მერყეობს. შესაძლო რისკ-ფაქტორებია:

- სიმსუქნე
- მშობიარობათა დიდი რიცხვი
- საშოსმხრივი მშობიარობა
- მშობიარობის მეორე პერიოდის გახანგრძლივება
- დიდი ნაყოფი
- დედის გვიანი რეპროდუქციული ასაკი (ხანდაზმულობა)

დედის კვება

ფიზიკური აქტივობის არარსებობის პირობებში ლაქტაციის ენერგეტიკული მოთხოვნილების დასაკმაყოფილებლად საკვების კალორაჟი უნდა გაიზარდოს 10%-ით, საშუალო ან მძიმე ფიზიკური დატვირთვისას – 20%-ით და მეტით. გამოირიცხება პრაქტიკულად ყველა სახის დიეტური შეზღუდვა. საჭიროა სითხის ადექვატური მიღების კონტროლი. რძის პროდუცირება მოითხოვს დამატებით 500-550 კკალ (დღიური კალორაჟი 3000-3500 კკალ).

ნუტრიციული მოთხოვნილებები ლაქტაციის დროს:

- დიეტა უნდა იყოს მრავალფეროვანი (მარცვლეული, ბოსტნეული, ხილი, რძის პროდუქტები, ხორცეული)
- რაციონში A ვიტამინით მდიდარი საკვები (განსხვავებით ორსულობის პერიოდისგან)
- წყურვილის და მოთხოვნილების ადექვატური რაოდენობის სითხეები
- კოფეინის შემცველი საკვებისა და სითხის შეზღუდვა
- ალკოჰოლისა და თამბაქოსგან თავშეკავება

- დიდი ოდენობით ნიორის, ხახვის, სანელებლებისგან თავშეკავება
- დაკვირვება ყოველ ახალ საკვებზე ბავშვთან მიმართებაში

დედის ნუტრიენტული დღიური ოპტიმუმი

- ცილა – 65 გრ
- ვიტ. C – 95 მკგ
- კალციუმი – 1200 მგ
- ფოსფორი – 1200 მგ
- მაგნიუმი – 355 მგ
- რკინა – 15 მგ
- თუთია – 19 მგ
- ვიტ. A – 1300 მკგ
- ვიტ. E – 12 მკგ
- ვიტ. B 6 – 2,1 მკგ
- ვიტ. B 12 – 2,6 მკგ
- ვიტ. D – 10 მკგ
- ფოლიუმის მჟ. – 280 მკგ

დედის ჰიგიენა

- სპონტანური მშობიარობის შემდეგ შხაპი მე-2 დღეს, საკეისრო კვეთის შემდეგ – მე-3 დღეს
- გარეთა სასქესო ორგანოების და რბილი სამშობიარო გზების განსაკუთრებული ჰიგიენა
- სარძევე ჯირკვლების ჰიგიენა
- სქესობრივი ცხოვრების დაწყება მშობიარობის შემდეგ და შესაბამისი რეკომენდაციები
- დასვენებისა და ძილის მნიშვნელობა

ძუძუთი კვებასთან დაკავშირებული პრობლემების მართვა მოითხოვს ძუძუთი კვების პრინციპების საფუძვლიან ცოდნას. მეტად მნიშვნელოვანია არსებული სტერეოტიპების რღვევა და ინფორმირებულობის გაზრდა ნებისმიერ ეტაპზე (ანტენატალური ვიზიტებია დროს, ოჯახის ექიმთან თუნდაც სხვა საკითხზე ვიზიტის დროს, მშობიარობის შემდეგ სამშობიაროში და მელოგინის ვიზიტების დროს) და ნებისმიერი ფორმით სხვადასხვა, ამ საკითხთან კავშირში მყოფი სამედიცინო პერსონალის (მეან-გინეკოლოგი, რეპროდუქტოლოგი, ოჯახის ექიმი, ბებია-ქალი, პატრონაჟის და, სოცმუშაკი) მიერ.

სამედიცინო პერსონალისთვის მეტად მნიშვნელოვანია WHO/UNICEF მიერ შემუშავებული „ბავშვისადმი კეთილგანწყობილი საავადმყოფოს ინიციატივის“ 10 ძირითადი საფეხურის ცოდნა და ამის მიხედვით ქალების განათლება და ინფორმირებულობა.

ნარმატივული კუჭუთი კვების 10 საფეხური

- სამედიცინო დაწესებულებას უნდა ჰქონდეს ძუძუთი კვების ხელშეწყობის პროგრამა, რომელსაც უნდა იცნობდეს ყველა თანამშრომელი
- სამედიცინო პერსონალი უნდა იცნობდეს ლაქტაციის მართვის საკითხებს
- ყველა ორსული ინფორმირებული უნდა იყოს ძუძუთი კვების უპირატესობის, სარგებლიანობის და კვების ტექნიკის შესახებ
- პერსონალმა დედას დახმარება უნდა გაუწიოს, რომ ძუძუთი კვება დაიწყოს რაც შეიძლება ადრე. მშობიარობიდან 1/2 – 1 სთ-ის განმავლობაში
- პერსონალმა დედას უნდა ასწავლოს კვების ტექნიკა და დახმარება გაუწიოს შეინარჩუნოს ლაქტაცია
- ბავშვი უნდა იმყოფებოდეს მხოლოდ ძუძუთი კვებაზე, არ მიეცეს დამატებითი სითხე, საკვები, თუ არ არის ამის სამედიცინო ჩვენება
- დედა და ბავშვი უნდა იმყოფებოდეს ერთ პალატაში 24 საათის განმავლობაში
- ძუძუთი კვება უნდა იყოს მოთხოვნილების მიხედვით, და არა საათობრივად
- ძუძუთი კვების ფონზე ახალშობილს არ უნდა მიეცეს სანოვარა ან მატყუარა
- ძუძუთი კვების მხარდაჭერის ნახალისება

კუჭუთი კვების პრინციპები

- ახალშობილის ძუძუსთან მიყვანა არა უგვიანეს 30-60 წუთისა
- მხოლოდ ძუძუთი კვება პირველი 6 თვის განმავლობაში
- დამატებითი კვება 6 თვიდან
- ძუძუთი კვება უნდა იყოს მოთხოვნილების მიხედვით, და არა საათობრივად
- ხშირი კვება (8-12-ჯერ)
- ძუძუთი კვება 1,5-2 წლამდე
- უპირატესობებზე აქცენტი
- დროული ინფორმირებულობა ძუძუთი კვების ტექნიკის შესახებ
- დროული ინფორმირებულობა ლაქტაციის შენარჩუნების შესახებ
- მშობიარობის პროცესის, კანით კანთან კონტაქტის, ძუძუთი კვების ადრეული დაწყების და ერთ პალატაში ყოფნის მნიშვნელობის ახსნა
- სარძევე ჯირკვლების დროული შეფასება და დათვალიერება

ქუჩუთი კვების უპირატესობა

- სრულფასოვანი კვება ახალშობილისთვის
- საშვილოსნოს ნორმალური შეკუმშვის ხელშეწყობა
- დედის ჯანმრთელობაზე პოზიტიური ზეგავლენა (სარძევე ჯირკვლის და საკვერცხის სიმსივნის განვითარების რისკის შემცირება)
- უსაფრთხო
- მოსახერხებელი
- ბავშვის სახის მიმიკური კუნთების, პირის აპერტურის და ენის ნორმალური განვითარების ხელშეწყობა
- ხელოვნურ კვებასთან შედარებით იაფია

3.1. კონსულტირება

დეფინიცია – ეფექტური, კონფიდენციალური კომუნიკაციის საშუალება კონსულტანტსა (სამედიცინო პირს, სოციალურ მუშაკს, განსწავლულ ინსტრუქტორს) და მის პაციენტს (კლიენტს) შორის, რომელიც ემსახურება პიროვნების პრობლემის გადაჭრას, ცხოვრების ხარისხის გაუმჯობესებას.

კონსულტირების მნიშვნელობა გამომდინარეობს პაციენტის უფლებებიდან, მიიღოს ამომწურავი, ობიექტური, დროული ინფორმაცია სამედიცინო მომსახურების მომწოდებლისგან. პაციენტს აქვს უფლება:

- **ღირსების** – უფლება მის მიმართ იყვნენ ყურადღებიანი, გულახდილი, პატივისცემით განმსჭვალული;
- **ინფორმაციის მიღების** – უფლება იცოდეს ვინ ემსახურება, ინფორმაცია რეპროდუქციული ჯანმრთელობის სფეროს ნებისმიერი პრობლემური საკითხის შესახებ, ზუსტი და გულახდილი პასუხი ყველა კითხვაზე;
- **ხელმისაწვდომობის** – მიიღოს ხარისხიანი მომსახურება მიუხედავად სქესისა, რელიგიური მრწამსისა, ოჯახური მდგომარეობისა, ნაციონალობისა და ასაკისა;
- **არჩევანის** – დამოუკიდებელი არჩევანის გაკეთების უფლება - რამდენი შვილი იყოლიოს, რომელი ოდ მეთოდი შეარჩიოს; მკურნალობის ან მასზე უარის თქმის, მისთვის სასურველ ნებისმიერ დროს გადანყვეტილების შეცვლის არჩევანი;
- **უსაფრთხოების** - უფლება შეარჩიოს უსაფრთხო და სანდო კონტრაცეპციის მეთოდი;
- **ანონიმურობის** - უფლება არ გაამხილოს ვინაობა;
- **კონფიდენციალურობის** - უფლება, რომ მისი პირადი ინფორმაცია არ ეცოდინება სხვას;
- **სიმშვიდის** - უფლება იგრძნოს თავი მოხერხებულად, კომფორტულად, მყუდროდ;

- **საკუთარი აზრის გამოხატვის უფლება** – გამოთქვას მომსახურების შესახებ თავისი მოსაზრებები.

კონსულტირების მიზანი

კონსულტირების მიზანია პაციენტმა გააკეთოს ინფორმირებული არჩევანი, თავის თავზე აიღოს პასუხისმგებლობა პრობლემებთან, გადაწყვეტილებებთან დაკავშირებით.

ინფორმირებული არჩევანი არის თავისუფალი გადაწყვეტილება, რომელიც დაფუძნებულია ამ არჩევანთან დაკავშირებული ყველა სახის ინფორმაციის ცოდნაზე. ოდ დაკავშირებით ინფორმირებული არჩევანის გაკეთებისას პაციენტმა უნდა გააცნობიეროს ყველა ხელმისაწვდომი მეთოდი, მისი უპირატესობა, ნაკლოვანება, მოსალოდნელი გვერდითი მოვლენები, შესაძლო რისკი და გამოყენების ტექნიკა.

კონსულტირების ეფექტი

- პრობლემის გადაჭრა და გადაწყვეტილებით კმაყოფილება;
- დამოუკიდებლობის შეგრძნება და თავდაჯერებულობა;
- გადაწყვეტილების მიღების უნარ-ჩვევები;
- საუკეთესო არჩევანი;
- გადაწყვეტილება ოჯახის დაგეგმვასთან დაკავშირებით, რაც გულისხმობს აბორტზე უარის თქმას, მშობიარობათა შორის ინტერვალის დაცვას, რეპროდუქციული ჯანმრთელობის გაუმჯობესებას, შვილების სასურველ რაოდენობას და გააზრებულ რეპროდუქციულ გეგმებს;
- უმნიშვნელო გვერდითი მოვლენებისთვის თავის გართმევა;
- ხშირი შემდგომი ვიზიტები;
- ამა თუ იმ საკითხზე არსებული “ჭორების” და “მითების” უგულვებლყოფა.

კონსულტირებაზე და გადაწყვეტილების მიღების პროცესზე მოქმედი ფაქტორები

- კულტურალური ფაქტორები:
 - ადათ-წესები;
 - ტრადიციები;
 - რელიგია.

- სოციალური ფაქტორები - ცალკეული ადამიანის ან ადამიანთა ჯგუფის, საზოგადოების გავლენა.
- ალქმისა და ინტერპრეტაციის უნარი:
 - სუბიექტური გაგება, ინტერპრეტაცია;
 - ლექსიკის, ტერმინოლოგიის გათავისება;
 - მონოდებული ინფორმაციის რაოდენობა და სახეები;
- შესაძლებლობის მიმცემი ფაქტორები:
 - დრო;
 - მატერიალური შესაძლებლობა;
 - სპეციალური უნარები;
 - მომსახურების ხელმისაწვდომობა და ხარისხი.

რეპროდუქციული ეტაპი

1. პერიოდი მენარხედან პირველ სქესობრივ ურთიერთობამდე;
2. პერიოდი პირველი სქესობრივი ურთიერთობიდან დაქორწინებამდე;
3. პერიოდი დაქორწინებიდან პირველი შვილის გაჩენამდე;
4. პერიოდი პირველი შვილის გაჩენიდან ბოლო შვილის გაჩენამდე;
5. პერიოდი ბოლო შვილის გაჩენიდან მენოპაუზამდე.

1-ლი, მე-2 და ხშირად მე-3 პერიოდები ეხება შედარებით ახალგაზრდა ასაკს. ამ კონტინგენტის პაციენტებს განსაკუთრებული კონსულტირება სჭირდება. კონსულტანტს მართებს იყოს ღია, მოქნილი, მარტივი, პირდაპირი, ნდობით აღჭურვილი, კონფიდენციალური, მშვიდი და მომთმენი. ახალგაზრდებს სჭირდებათ:

- უნარები და არა ფაქტები;
- ინფორმაცია არა მარტო რეპროდუქციულ ჯანმრთელობაზე, არამედ სოციალურ და სექსუალურ კავშირებზე;
- არა დროში განელილი გეგმები, არამედ მომენტალური გადაწყვეტილება. ის ცხოვრობს დღევანდელი დღით;
- საფრთხის განსაკუთრებული ხაზგასმა, რადგან ახასიათებს რისკიანი ქმედება;
- სგგი-ზე განსაკუთრებული აქცენტი და სრულყოფილი ინფორმაცია;
- საკუთარი პრობლემების დაკონკრეტება, რეალური პრობლემის წარმოჩენა.

მე-4 პერიოდი (პირველი შვილის გაჩენიდან ბოლო შვილის გაჩენამდე) გამოირჩევა კონტრაცეპციული მეთოდების მრავალფეროვნებით. მათი არჩევანი დამოკიდებულია პაციენტის ჯანმრთელობის თავისებურებებზე, სოციალურ, ყოფით, რელიგიურ და სხვა ფაქტორებზე.

მე-5 პერიოდი შეეხება შედარებით გვიან რეპროდუქციულ ასაკს, რის გამოც გასათვალისწინებელია პაციენტის ასაკობრივი და ზოგად სომატურ ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული ფაქტორები.

კონსულტირების ელემენტები

ეფექტური კონსულტირების ჩასატარებლად საჭიროა:

- პროფესიონალიზმი, კომპეტენტურობა;
- ეფექტური კომუნიკაციის უნარ-ჩვევები.

კონსულტირების ძირითადი ელემენტებია:

- ურთიერთობა (კომუნიკაცია);
- პაციენტის სურვილების დადგენა;
- ემოციების მართვა;
- თანამონაწილეობა;
- კონფიდენციალობა;
- ინფორმირებულობა.

იმისათვის, რომ ოჯახის დაგეგმვასთან დაკავშირებულ საკითხებში კონსულტირების პროცესი წარმატებულად წარიმართოს და კონსულტანტმა უკეთ დაიმსახუროს პროცესის ეტაპები, შემუშავებულია მარტივი მეთოდი, სახელწოდებით “**გამიგე**”.

ინგლისური ვერსია **GATHER**

რუსული ვერსია **ПОМОГИ**

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

გამიზა

გ - გულისხმიერად შეხვდი პაციენტს

- თბილად და პატივისცემით მიესალმეთ პაციენტს;
- წარუდგინეთ საკუთარი თავი (თუ პაციენტი არ გიცნობთ თქვენ);
- შესთავაზეთ პაციენტს დასაჯდომი;
- დაარწმუნეთ პაციენტი, რომ დაცული იქნება კონფიდენციალობა, რომ არავის გადასცემთ იმას, რასაც მისგან გაიგებთ;
- ჰკითხეთ პაციენტს, თუ რით შეგიძლიათ დაეხმაროთ მას;
- აუხსენით, რა მოხდება ვიზიტის დროს. აუხსენით, როგორ ხდება ფიზიკური გამოკვლევების ჩატარება და ლაბორატორიული ანალიზების გაკეთება, თუ ამის საჭიროება იქნება.

ა - ანამნეზი/გამოკითხვა

ანამნეზი გამოკითხე მიზანდასახულად; კითხეთ პაციენტს რეპროდუქციულ ჯანმრთელობასთან დაკავშირებით თავისი საჭიროების შესახებ.

- დაეხმარეთ პაციენტს, ილაპარაკოს ოჯახის დაგეგმვასთან დაკავშირებით თავისი საჭიროებების, სურვილების, ეჭვების, პრობლემების შესახებ; გახსოვდეთ მისი რეპროდუქციული სტადია და მოუსმინეთ მის საუბარს პირადი მოტივაციის, მიზნებისა და/ან არჩევანის შესახებ;
- ჰკითხეთ პაციენტს მისი მემკვიდრეობითობისა და ანამნეზის შესახებ

(სტანდარტული საკონტროლო ფურცლის მეშვეობით, რომელიც მოიცავს: პაციენტის ასაკს, ოჯახურ მდგომარეობას, ორსულობათა რაოდენობას, მშობიარობათა რაოდენობას, ცოცხლადშობილ ბავშვთა რაოდენობას, აბორტების და ოპერაციათა რაოდენობას, ამჟამად ან წარსულში ოჯახის დაგეგმვის მეთოდების გამოყენებას და ძირითად სამედიცინო ინფორმაციას); განსაკუთრებული ყურადღება მიაქციეთ იმ საკითხებს, რომლებიც დაკავშირებულია პაციენტის არჩევანთან, თუ რას ანიჭებს უპირატესობას.

- პაციენტს აუხსენით, რომ ამ ინფორმაციის მიღება გინდათ იმისათვის, რომ მას დაეხმაროთ ოჯახის დაგეგმვის საუკეთესო მეთოდის შერჩევაში;
- დასვით მარტივი და მოკლე კითხვები;
- ლაპარაკის დროს უყურეთ პაციენტს.

მ - მიაწოდეთ ინფორმაცია პრობლემის ირგვლივ

უზრუნველყავით პაციენტი ოჯახის დაგეგმვასთან დაკავშირებით თავის საჭიროებებსა და ცოდნაზე დაფუძნებული ინფორმაციით. ჰკითხეთ პაციენტს, თუ რომელი მეთოდის გამოყენებითაა დაინტერესებული.

- თუ პაციენტს უკვე შერჩეული აქვს რომელიმე მეთოდი, რომლის გამოყენებაც სურს და რომელსაც უკუჩვენება არა აქვს მისი ჯანმრთელობის მდგომარეობასთან დაკავშირებით და თუ მას არ აინტერესებს სხვა მეთოდების განხილვა, მიაწოდეთ ინფორმაცია მის მიერ შერჩეული მეთოდის შესახებ.
- შეაფასეთ პაციენტის ცოდნა მის მიერ შერჩეულ მეთოდთან დაკავშირებით (რომ უკეთ იცოდეთ, რამდენად ესმის მას ეს მეთოდი და რამ განაპირობა ამ არჩევანის გაკეთება):
 - რა მეთოდია;
 - მეთოდის შედარებითი ეფექტურობა;
 - როგორ გამოიყენება მეთოდი;
 - მეთოდის უპირატესობანი და ნაკლოვანი მხარეები (შენიშვნა: რაც ერთი ადამიანის შემთხვევაში უპირატესობაა, მეორე ადამიანთან მიმართებაში ის შეიძლება ნაკლოვანებად ჩაითვალოს ან პირიქით);
 - მეთოდთან დაკავშირებული შესაძლო გვერდითი მოვლენები.
 - შეუსწორეთ პაციენტს ნებისმიერი მცდარი ინფორმაცია, რაც შეიძლება მას ჰქონდეს;
 - შეავსეთ მისი ინფორმაცია საჭიროების მიხედვით;
 - აცნობეთ პაციენტს, რომ შესაძლებელია გარკვეული დროის შემდეგ ამ მეთოდის შეცვლა, თუ ამას საჭიროება მოითხოვს;

- დარწმუნდით, რომ პაციენტმა თქვენს მიერ მიწოდებული ინფორმაცია გაიგო.
- თუ პაციენტს ბევრი არ ულაპარაკია თავისი რეპროდუქციული მიზნების შესახებ და არ გამოუხატავს რომელიმე კონკრეტული მეთოდით დაინტერესება, ჰკითხეთ, თუ რა რეპროდუქციული გეგმები აქვს და რამდენად ერკვევა ოჯახის დაგეგმვის მეთოდებში. ჰკითხეთ პაციენტს:
 - რა რეპროდუქციული გეგმები აქვს? (თუ საჭიროა, დაუსვით დამატებითი კითხვები, რათა დაეხმაროთ, რომ თავისი გეგმები შეუსაბამოს ოჯახის დაგეგმვის მეთოდს). ჩგანიხილეთ პაციენტთან ერთად:
 - მისი ოჯახური მდგომარეობა;
 - მისი გეგმები ორსულობის თავიდან აცილებასთან, მათ შორის ინტერვალთან და რაოდენობის შეზღუდვასთან დაკავშირებით;
 - რა სურს მის პარტნიორს;
 - პაციენტის კრიტერიუმები მეთოდის შერჩევასთან დაკავშირებით;
 - რა იცის ოჯახის დაგეგმვის სხვადასხვა მეთოდების შესახებ? რომელ მეთოდს ანიჭებს უპირატესობას?
 - აღნიშნეთ ხელმისაწვდომი მეთოდები, რამაც შეიძლება დააინტერესოს პაციენტი ახლა ან გარკვეული დროის შემდეგ. ჰკითხეთ მას, თუ სურს რომელიმე მათგანის შესახებ დამატებითი ინფორმაციის მიღება;
 - უთხარით პაციენტს ნებისმიერი მეთოდის შესახებ, რომლის გამოყენებითაც ის არის დაინტერესებული.

.ი - ინფორმირებულ არჩევანში დაეხმარე

დაეხმარე პაციენტს იმ მეთოდის შერჩევაში, რაც შეესაბამება მის საჭიროებებს ოჯახის დაგეგმვასთან დაკავშირებით

- თუ პაციენტს ჯერ არ გამოუხატავს უპირატესობა რომელიმე კონტრაცეპტული მეთოდის მიმართ, ჰკითხეთ, თუ არის რომელიმე მეთოდი, რომლის გამოყენებაც სურს. ყურადღებით მოუსმინეთ პაციენტის პასუხს;
- თუ პაციენტი ირჩევს მეთოდს, რომელიც უკუნაჩვენებია სამედიცინო თვალსაზრისით, აუხსენით რატომ და დაეხმარეთ მას სხვა მეთოდის გამოყენების შესაძლებლობის განხილვაში;
- ჰკითხეთ პაციენტს, როგორ ფიქრობს, გაუძლებს თუ არა შერჩეული მეთოდის შესაძლო გვერდით მოვლენებს;

- ჰკითხეთ პაციენტს, თუ არის რამე, რაც მან ვერ გაიგო ან თუ სურს კიდევ რაიმე ინფორმაციის მიღება. გაიმეორეთ და/ან ინფორმაციის პერფორმირება გააკეთეთ საჭიროების მიხედვით;
- დარწმუნდით, რომ პაციენტმა მისთვის ნათელი გადანყვეტილება გამოიტანა. ჰკითხეთ “რომელი მეთოდის გამოყენება გადანყვეტილთ?”

გ - განუმარტე არჩევანი, გაარკვიე არჩევანის დეტალებში

- აუხსენით პაციენტს, თუ როგორ უნდა გამოიყენოს შერჩეული მეთოდი
- პაციენტი უზრუნველყავით შერჩეული მეთოდით;
- თუ პაციენტის შერჩეული მეთოდით უზრუნველყოფა შეუძლებელია იმავე დღეს, შესთავაზეთ და უზრუნველყავით ის დროებითი მეთოდით; და უთხარით თუ, როგორ, როდის და სად შეუძლია მის მიერ შერჩეული მეთოდის მიღება;
- აუხსენით პაციენტს, თუ როგორ უნდა გამოიყენოს შერჩეული მეთოდი, რა შესაძლო გვერდითი მოვლენები და საყურადღებო ნიშნები შეიძლება ჰქონდეს მას და როგორ უნდა მოიქცეს საყურადღებო ნიშნების არსებობის შემთხვევაში. პაციენტს მიაწოდეთ არსებითი ინფორმაცია, რაც მან უნდა იცოდეს მეთოდის გამოყენებასთან დაკავშირებით და შესაძლო პრობლემების თავიდან ასაცილებლად (თუ პაციენტი არ დაგისვამთ კონკრეტულ კითხვებს). ნუ გადატვირთავთ პაციენტს ინფორმაციით;
- სთხოვეთ პაციენტს, გაიმეოროს ინსტრუქციები. მოუსმინეთ ყურადღებით, რათა დარწმუნდეთ, რომ მან ისინი გაიგო. ღია კითხვების გამოყენებით შეამოწმეთ, რომ პაციენტმა გაიგო, რა უნდა გააკეთოს პრობლემის არსებობის შემთხვევაში;
- უთხარით პაციენტს, თუ როდის უნდა მოვიდეს შემდგომ ვიზიტზე;
- აუხსენით პაციენტს, რომ მას შეუძლია ნებისმიერ დროს მოვიდეს თქვენთან, თუ რაიმე კითხვა ექნება ან შეამჩნევს გვერდით მოვლენებს და საყურადღებო ნიშნებს. დაარწმუნეთ პაციენტი იმაში, რომ თქვენთან შეუძლია მოვიდეს, თუ რაიმე კითხვა ან პრობლემა ექნება.

ე - ერთად შეთანხმდით მომდევნო ვიზიტზე

მომდევნო ვიზიტის დროს:

- პაციენტის ცემით და კეთილგანწყობით მიესალმეთ პაციენტს;
- ჰკითხეთ პაციენტს, თუ კიდევ იყენებს შერჩეულ მეთოდს და თუ არის ამ მეთოდით

კმაყოფილი;

- თუ დადებითი პასუხი მიიღეთ, ჰკითხეთ მეთოდთან დაკავშირებული რაიმე პრობლემა ან გვერდითი მოვლენა ხომ არა ჰქონია. სთხოვეთ, დაასახელოს ისინი თანმიმდევრობით;
- გაუწიეთ კონსულტაცია, უმკუვნალეთ და/ან უფრო სერიოზული გვერდითი მოვლენების არსებობის შემთხვევაში სხვა ინსტანციაში გადააგზავნეთ.
- ჰკითხეთ პაციენტს, როგორ იყენებს მეთოდს. დარწმუნდით, რომ ის ამ მეთოდს სწორად იყენებს;
- ჰკითხეთ პაციენტს, ხომ არ აქვს შეკითხვა;
- დაეხმარეთ პაციენტს მეთოდის შეცვლაში, თუ მას ეს სურს;
- საჭიროების შემთხვევაში პაციენტი უზრუნველყავით მარაგით;
- დაუნიშნეთ პაციენტს შემდგომ ვიზიტზე მოსვლის თარიღი (საჭიროების შემთხვევაში).

3.2. კონტრაცეპციის ბუნებრივი მეთოდები

კონტრაცეპციის ბუნებრივი მეთოდები ემყარება ქალის მენსტრუალური ციკლის ფერტილური დღეების დადგენას. მეთოდის არსი კი მდგომარეობს ფერტილური ფაზის დროს სქესობრივი კონტაქტისგან თავშეკავებაში.

კვლევებით დადგინდა, რომ ბუნებრივი მეთოდების წარუმატებლობის მაჩვენებელი შეადგენს 10-30 ორსულობას 100 მომხმარებელზე წელიწადში. იმ წყვილთათვის, რომლებიც რთულად მიიჩნევენ აღნიშნულ მეთოდს, რეკომენდებულია კონტრაცეპციის სხვა მეთოდების გამოყენება

მენსტრუალური ციკლის ფერტილური ფაზის დადგენა და შემდგომი აბსტინენცია, საფუძვლად უდევს ბუნებრივი კონტრაცეპციის შემდეგ მეთოდებს:

- კალენდარული მეთოდი (ოგინო-კნაუსის მეთოდი);
- სხეულის ბაზალური ტემპერატურის მეთოდი;
- საშვილოსნოს ყელის ლორწო (ბილინგსის) მეთოდი;
- სიმპტო-თერმალური მეთოდი.

ფერტილური დღეების დადგენა შესაძლოა გამოყენებული იქნას კონტრაცეპციის სხვა მეთოდებთან კომბინაციაში. ფერტილური დღეების დადგენას მნიშვნელობა აქვს იმ ქალებისათვისაც, რომელთაც სურთ დაფეხმძიმება

უპირატესობები

- არ გააჩნია გვერდითი მოვლენები;
- წყვილებს აქვთ შესაძლებლობა უკეთ გაეცნონ საკუთარ ფიზიოლოგიას და რეპროდუქციულ ფუნქციებს;
- ოჯახის დაგეგმვაში მონაწილეობას იღებს ორივე პარტნიორი, რაც ხელს უწყობს მათ კომუნიკაციას და მამაკაცის აქტიურ ჩართვას;
- აღნიშნული მეთოდები უფასოა და სათანადო სწავლების შემდეგ წყვილებს დახმარების გარეშე შეუძლიათ მისი პრაქტიკული განხორციელება

ნაკლოვანებები

- ეფექტურობა დამოკიდებულია ორივე პარტნიორის ვალდებულებასა და ურთიერთგაგებაზე და ამდენად შესაძლოა რთულად განხორციელებადი იყოს;
- ეფექტურობა ნაკლებია კონტრაქციის სხვა მეთოდებთან შედარებით;
- სწავლება გრძელდება დიდი ხნის მანძილზე, რაც მოითხოვს ტრენერის (კონსულტანტის, ექიმის) საკმაოდ დიდ დროს;
- ქალისთვის მომაბეზრებელია ფერტილობის ნიშნების ყოველდღიური მეთვალყურეობა;
- სქესობრივი აბსტინენციის ხანგრძლივი პერიოდი წყვილებს ხშირად უქმნის სირთულეს და ფიზიოლოგიურ სტრესს;
- არარეგულარული მენსტრუალური ციკლის მქონე ქალებისათვის მეთოდის გამოყენება რთულია;
- ფერტილობის სიმპტომების დადგენა რთულია მეძუძური ქალებისთვის.

ჩვენებები

კონტრაქციის ბუნებრივ მეთოდებს იყენებენ ის წყვილები, რომელთაც არ სურთ კონტრაქციის სხვა მეთოდების გამოყენება, ვინაიდან:

- ეშინიათ გვერდითი მოვლენების განვითარების;
- რელიგიური ან ტრადიციული მიზნით;
- კონტრაქციის სხვა მეთოდები არახელმისაწვდომია.

მდგომარეობები, რომლებიც მოითხოვენ განსაკუთრებულ ყურადღებას

- ორსულობისგან მაღალეფექტური დაცვის აუცილებლობა (როდესაც ქალის ჯანმრთელობა საფრთხის ქვეშაა)
- აბსტინენციის შეუძლებლობა.

განსაკუთრებული გარემოებები

კონტრაქციის ბუნებრივი მეთოდების გამოყენებისას აუცილებელია განსაკუთრებული მიდგომა მომხმარებელთა გარკვეულ ჯგუფებში.

მოზარდები

მოზარდ გოგონებსა და ქალებში ხშირია ანოვულატორული ციკლები, რაც კონტრაცეპციის აღნიშნული მეთოდის გამოყენების სირთულეს ქმნის. გარდა ამისა, ახალგაზრდებს უჭირთ სათანადო პერიოდში თავშეკავება.

ქალები პრემენოპაუზალურ პერიოდში

ოვულაციის პერიოდები არარეგულარულია რეპროდუქციული ცხოვრების ბოლო 5 წლის განმავლობაში. ანოვულატორული და არარეგულარული ციკლის დროს კი გართულებულია ფერტილობის ნიშნების და სიმპტომების დადგენა.

ქალები მშობიარობის შემდგომ პერიოდში

მშობიარობის შემდგომ პერიოდში ოვულატორული ციკლის აღდგენა დამოკიდებულია ძუძუთი კვების ხანგრძლივობაზე. ოვულაციის აღდგენის შემდეგ გართულებულია ფერტილობის ნიშნების ინტერპრეტირება და ამდენად შესაძლოა საჭირო გახდეს ხანგრძლივი აბსტინენცია

კონსულტირება და ინფორმირება

კონტრაცეპციის ბუნებრივი მეთოდების გამოყენებისას პასუხისმგებლობას თანაბრად იზიარებს ორივე პარტნიორი. კონსულტანტმა დეტალურად უნდა აუხსნას ორივე მათგანს მეთოდის არსი, ტექნიკა და გამოყენების პირობები. მეთოდის ნარმატების ხელშემწყობი პირობაა პარტნიორებს შორის ურთიერთგაგება. კონსულტაციის დროს აუცილებლად უნდა განიხილებოდეს შემდეგი საკითხები:

- მეთოდის დადებითი და უარყოფითი მხარეები, მეთოდის შედარება კონტრაცეპციის სხვა მეთოდებთან;
- მეთოდის ეფექტურობისთვის პერიოდული აბსტინენციის და ფერტილობის ნიშნებზე ყოველდღიური დაკვირვების მნიშვნელობა;
- მეთოდის სრულყოფილი სწავლება და პერიოდული გადამოწმება, ფერტილობის ნიშნების ცოდნა;
- აბსტინენციის პერიოდების მკაცრი დაცვა მეთოდის მაქსიმალური ეფექტურობის მისაღწევად;

- კონტრაცეპციის აღნიშნული მეთოდის წარუმატებლობა კონტრაცეპციის სხვა მეთოდებთან შედარებით, განსაკუთრებით მეთოდის სწავლების პერიოდში, თუ ამ დროს არ გამოიყენება კონტრაცეპციის სხვა მეთოდი;
- კონსულტაციის აუცილებლობა ფერტილობის ნიშნების და სიმპტომების ინტერპრეტირებისას ნებისმიერი გაუგებრობის შემთხვევაში.

ვის შეუძლია კონსულტირება – რეპროდუქტოლოგს, მეან-გინეკოლოგს, ოჯახის ექიმს, პირველადი ჯანდაცვის ექიმებს.

კალენდარული ანუ რითმული (ოგინო-კნაუსის) მეთოდი

ბანმარტაბა

კონტრაცეპციის ბუნებრივ მეთოდებს შორის ყველაზე ფართოდ გამოიყენება კალენდარული მეთოდი. მეთოდი ემყარება მენსტრუალური ციკლის დროს ფერტილური დღეების დადგენას. მეთოდს გააჩნია საკმაოდ დიდი წარუმატებლობის მაჩვენებელი

ჩვენებაები

ქალები, რომელთაც აქვთ რეგულარული მენსტრუალური ციკლი, ვინაიდან ეს მეთოდი არ საჭიროებს ფერტილობის ნიშნებზე ყოველდღიურ მეთვალყურეობას.

მდგომარეობები, რომლებიც აუცილებლად უნდა იქნას გათვალისწინებული:

- არარეგულარული ციკლი;
- ძუძუთი კვება

ინსტრუქცია მომხმარებლისათვის

მომხმარებელი ინფორმირებული უნდა იყოს, რომ:

- 6 თვის განმავლობაში უნდა აღინიშნოს მენსტრუალური ციკლის პირველი დღე;
- 6 თვის განმავლობაში დადგენილი უნდა იქნას ყველაზე ხანგრძლივი და ხანმოკლე

მენსტრუალური ციკლი (ექიმთან მიმართვამდე, ან ექიმთან კონსულტაციის შემდეგ)

- პირველი ფერტილური დღის დადგენისათვის ყველაზე მოკლე მენსტრუალურ ციკლს აკლდება 18

პირველი ფერტილური დღე = ხანმოკლე მენსტრუალური ციკლს გამოვაკლოთ 18

- ბოლო ფერტილური დღის გამოსათვლელად ხანგრძლივ მენსტრუალურ ციკლს აკლდება 11

ბოლო ფერტილური დღე = ხანგრძლივ მენსტრუალურ ციკლს გამოვაკლოთ 11

ბაზალური ტემპერატურის მეთოდი

ბანმარტაბა

ბაზალური ტემპერატურის მეთოდი ემყარება სხეულის ტემპერატურის მატებას ოვულაციის პერიოდში, რაც განპირობებულია ყვითელი სხეულის მიერ პროგესტერონის სეკრეციით.

ოვულაციის შემდეგ სხეულის ტემპერატურა მატულობს $0,5^{\circ}\text{C}$ და შენარჩუნდება შემდეგი მენსტრუაციის დაწყებამდე. ინფერტილური პერიოდი იწყება მას შემდეგ, რაც ტემპერატურა მოიმატებს 3 დღე გადაბმულად წინა 6 დღესთან შედარებით (1, 2, 4, ხარისხი A).

ჩვენებები

ბაზალური ტემპერატურის მეთოდი მისაღებია წყვილებისათვის, როდესაც:

- ქალისთვის მიუღებელია ცერვიკალური ლორწოს (ბილინგსის) მეთოდი;
- წყვილებს შეუძლიათ თავი შეიკავონ სქესობრივი კავშირისგან გარკვეული პერიოდის განმავლობაში;
- თუ ქალს აქვს არარეგულარული მენსტრუალური ციკლი და თავს არიდებს კალენდარული მეთოდის გამოყენებას.

ინსტრუქცია მომხმარებლისათვის

ტემპერატურის გაზომვა

მომხმარებელს აუცილებლად განუმარტეთ შემდეგი:

- თერმომეტრი უნდა იდოს საწოლთან ახლოს, ისე რომ ხელით ადვილად შეძლოს მისი აღება;
- დანოლამდე ვერცხლისწყლის მაჩვენებელი უნდა იყოს 35°C . დილით, ტემპერატურის გაზომვამდე კარგად უნდა შემონმდეს, რომ მაჩვენებელი იყოს 35°C . წინააღმდეგ შემთხვევაში თერმომეტრი სასურველ მაჩვენებლამდე უნდა მიიყვანოს ქალის პარტნიორმა ან სხვა პირმა, ვინაიდან ზედმეტი მოძრაობის შედეგად შესაძლოა მიღებული იქნას ცრუ ჩვენება;
- ტემპერატურა გაზომილი უნდა იქნას გაღვიძებისთანავე, ლოგინიდან აუდგომლად და ცივი ან ცხელი სასმელის მიღებამდე. თუ ქალი მუშაობს ღამის განმავლობაში, მაშინ შესაძლოა დღის მანძილზე ან საღამოს, აუცილებლად 3 საათის მოსვენების შემდეგ;
- ტემპერატურა უნდა გაიზომოს ერთსა და იმავე დროს;
- ტემპერატურა შეიძლება გაიზომოს ორალური, ვაგინალური ან რექტალური გზით. უფრო მოსახერხებელია რექტალური და ვაგინალური.
 - ორალური გაზომვისას თერმომეტრის თავი მოთავსებული უნდა იქნას ენის ქვეშ 5 წუთის განმავლობაში;
 - რექტალური გაზომვისას: გამოყენებულ უნდა იქნას რექტალური თერმომეტრი, რომლის ბოლოზეც ნასმული უნდა იქნას ვაზელინის მალამო, ქალი უნდა იწვეს გვერდზე, მუხლებში მოხრილი, თერმომეტრი სწორ ნაწლავში უნდა შევიდეს 2,5სმ სიღრმეზე 3 წუთის განმავლობაში.
 - ვაგინალური გაზომვისას: თერმომეტრი საშოში უნდა მოთავსდეს 4,5სმ სიღრმეზე 3 წუთის განმავლობაში.
- ყოველთვის გამოყენებული უნდა იქნას ტემპერატურის გაზომვის ერთი და იგივე გზა;
- დაფიქსირებული უნდა იქნას თერმომეტრის მაჩვენებელი;
- თერმომეტრი უნდა გაინმინდოს გრილი წყლით.

ოჯულატორულ ციკლს ახასიათებს ორფაზიანი ტემპერატურა. სხეულის ბაზალური ტემპერატურა დაბალია ოჯულაციამდე, მატულობს ოჯულაციის შემდეგ $0,2-0,4^{\circ}\text{C}$ —ით ან უფრო მეტით და შენარჩუნდება შემდეგი მენსტრუალური ციკლის დასაწყისამდე

სქესობრივი კავშირის პერიოდები

სქესობრივი კონტაქტისგან თავშეკავება საჭიროა მენსტრუალური ციკლის პირველი დღიდან სხეულის ბაზალური ტემპერატურის მომატებამდე გადაბმულად 3 დღის მანძილზე. ამის შემდგომი პერიოდი მენსტრუაციის დასაწყისამდე ითვლება უსაფრთხოდ

ფაქტორები, რომლებიც მოქმედებენ სხეულის ბაზალურ ტემპერატურაზე

არსებობს რამოდენიმე გარემოება, რომელიც განაპირობებს სხეულის ტემპერატურის მატებას:

- ტემპერატურა გაზომილია დროის სხვა მონაკვეთში;
- ტემპერატურის გაზომვისას არ არის დაცული პირობები;
- სხვადასხვა ავადმყოფობა;
- მშფოთვარე ძილი;
- გარემოს ტემპერატურის ცვლილება;
- ემოციური სტრესი;
- ალკოჰოლი.

საშვილოსნოს ყელის ლორწოს (ბილინგსის) მეთოდი

ბანმარტაჟა

საშვილოსნოს ყელის ლორწოს მეთოდი დაფუძნებულია ცერვიკალური ლორწოს ციკლურ ცვლილებებზე, რაც განპირობებულია ესტროგენების სეკრეციის ციკლური ცვლილებებით.

მენსტრუალური ციკლის განმავლობაში საშვილოსნოს ყელის ლორწო განიცდის ცვლილებას. წყვილებს, რომლებიც იყენებენ ბუნებრივი კონტრაცეპციის ამ მეთოდს, სქესობრივი კონტაქტი შეუძლიათ ჰქონდათ, როგორც პრე- ისე პოსტოვულატორულ ფაზებში, ვინაიდან მუდმივად მიმდინარეობს დაკვირვება ცერვიკალური ლორწოს ცვლილების ხასიათზე

პრემოულატორული ფაზა

- მენსტრუალური პერიოდის შემდგომ იწყება მშრალი დღეები, ამ დროს ცერვიკალური ლორწო სქელია და ნებოვანი, ან წარმოქმნის საცობს, რაც

აბლოკირებს ცერვიკალურ არხს, ამ დროს ქალს აქვს საშოს სიმშრალის შეგრძნება და ცერვიკალური ლორწო არ ვიზუალიზდება;

- ესტროგენების სეკრეციის მატებასთან ერთად, ლორწო მატულობს საშოში, თავდაპირველად ის მწირი რაოდენობითაა და ქალს აქვს სისველის ან ვულვის ნებვადობის შეგრძნება. ლორწო არის სქელი, ნებვადი, მღვრიე, ან ბუნდოვანი და არ არის ელასტიური;
- ესტროგენების სეკრეციის მატებასთან ერთად დგება ოვულაციის ფაზა, ლორწოს რაოდენობა ხდება ჭარბი და ვულვის მიდამოში არის სისველის შეგრძნება. ლორწო არის თხელი, თეთრი, გამჭვირვალე და ძალიან ელასტიური. ძალიან ჰგავს მოუხარშავი კვერცხის ცილას. ცერვიკალური ლორწოს ასეთი ცვლილება მიუთითებს ფერტილური ფაზის დადგომას;
- სველი ლორწოს ბოლო დღეს უწოდებენ ლორწოს პიკს.

აოსტოვულატორული ფაზა

- სისველის შეგრძნება ქრება და ისევ იწყება მშრალი პერიოდები.

მდგომარეობები, რომლებიც აუცილებლად უნდა იქნას გათვალისწინებული

- საშოს ან საშვილოსნოს ყელის სხავადასხვა ინფექციები;
- ძუძუთი კვება, რომელიც ამცირებს და ცვლის ცერვიკალური ლორწოს ხარისხს და რაოდენობას.

ინსტრუქცია მომხმარებლისათვის

ცერვიკალური ლორწოს ხასიათზე დაკვირვება:

- ყურადღება ექცევა შეგრძნებას: სიმშრალე, სინოტივე, სისველე. ლორწოს ხასიათი უნდა შემოწმდეს მინიმუმ დღეში ორჯერ, დილით და საღამოს;
- შეამოწმეთ საშოში ლორწოს არსებობა ქალაღდის ან თითის საშუალებით;
- შეაგროვეთ ლორწო ქალაღდზე;
- აღნიშნეთ მახასიათებლები: თეთრი ფერი, მღვრიე ან სუფთა, ფიზიკური მახასიათებლები: ნებვადობა, სისქე;
- ელასტიურობა უნდა შემოწმდეს ქალაღდით ან თითით, ლორწო ელასტიურია თუ იწელება ქალაღდის ორ ფურცელს ან ორ თითს შორის, განყვეტის გარეშე.

- ლორწოს ხასიათის ცვლილების დაფიქსირება უნდა მოხდეს ყოველდღიურად;
- აღნიშნეთ ელასტიური და სრიალა ლორწოს ბოლო დღე, რაც ითვლება ლორწოს პიკად და შემდგომი 3 დღე. ლორწოს პიკის დადგენა ხდება რეტროსპექტიულად, როდესაც ლორწო აღარ იქნება ისეთი ელასტიური, როგორც წინა დღეებში.

სქესობრივი კონტაქტის დრო

სქესობრივი კონტაქტი ნებადართულია

- მენსტრუაციის შემდეგ ცერვიკალური ლორწოს პირველ ნიშნებამდე;
- პიკის შემდეგ მეოთხე საღამოდან მენსტრუაციის მოსვლამდე.

რეკომენდირებულია სქესობრივი კონტაქტისგან თავშეკავება ცერვიკალური ლორწოს ფაზამდეც, ვინაიდან ზოგჯერ სქესობრივმა აქტივობამ შესაძლოა გაართულოს ცერვიკალური ლორწოს მდგომარეობის ინტერპრეტირება

სქესობრივი კონტაქტი არ არის ნებადართული:

- მენსტრუაციის შემდეგ ცერვიკალური ლორწოს გაჩენიდან პიკის მეოთხე დღემდე;
- ნებისმიერი შემთხვევაში, როდესაც გართულებულია ცერვიკალური ლორწოს ხასიათის დადგენა.

ფაქტორები, რომლებიც მოქმედებენ ცერვიკალური ლორწოს ხასიათზე

- ვაგინალური ან ცერვიკალური ინფექცია;
- ვაგინალური სეკრეცია, სქესობრივი სტიმულაციის ჩათვლით;
- გაციების და სინუსიტის სამკურნალო პრეპარატები, რომლებიც იწვევენ ცერვიკალური ლორწოს სიმშრალეს;
- ფიზიკური და ემოციური სტრესი;
- ძუძუთი კვება.

სივტოთარგალური მეთოდი

ეს მეთოდი აერთიანებს ბაზალური ტემპერატურის, ბილინგსის და კალენდარულ მეთოდებს

შენწყვეტილი სქესობრივი აქტი

მოქმედებს მქანნიში

- სპერმა არ ხვდება საშოში და ამის გამო არ ხდება განაყოფიერება;

შენწყვეტილი სქესობრივი აქტის მეთოდის გამოყენებისას უნდა მოხდეს საშოდან ასოს გამოღება ეაკულაციამდე. ამ მეთოდის კონტრაცეპციული ეფექტურობა შეადგენს 4-18 ორსულობას 100 ქალზე წელიწადში

კონტრაცეპციული და არაკონტრაცეპციული უპირატესობები

- ეფექტურია დაუყოვნებლივ;
- შეიძლება გამოყენებული იყოს, როგორც დამატებითი კონტრაცეპციის მეთოდი კონტრაცეპციის სხვა მეთოდის გამოყენების წესების დარღვევისას;
- არ საჭიროებს მარაგის შევსებას;
- არ ახდენს გავლენას ქალის ორგანიზმზე;
- არ საჭიროებს ფინანსურ დანახარჯებს;
- ხელს უწყობს ოჯახის დაგეგმვაში მამაკაცის მონაწილეობას.

ნაკლოვანებები

- ეფექტურობა დამოკიდებულია წყვილის სურვილზე გამოიყენონ მეთოდი ყველა სქესობრივი აქტის დროს (4-18 ორსულობა 100 ქალზე წელიწადში გამოყენების პირველი წლის განმავლობაში);
- ეფექტურობა შესაძლებელია უფრო შემცირდეს ბოლო ეაკულაციის შემდეგ (< 24 სთ) ურეთრაში დარჩენილი სპერმის გამო;
- შეიძლება შემცირდეს სექსუალური დაკმაყოფილება;
- არ იცავს სქესობრივი გზით გადამდები ინფექციებისა და დაავადებებისაგან (ვირუსული ჰეპატიტი B, აივ/შიდსი)

3.3. ლაქტაციური ამენორეის მეთოდი

დეფინიცია

ლაქტაციური ამენორეის მეთოდი (ლამ) არის ძუძუთი კვების პროცესზე დაფუძნებული კონტრაცეპციის მეთოდი.

ეპიდემიოლოგია

განვითარებად ქვეყნებში ლამ-ით სარგებლობს ქალების 76-83%, განვითარებულ ქვეყნებში – ქალების 38-50%. საქართველოში ქალების 53% ძუძუთი კვებას შვილს, მათგან 35-40% სარგებლობს ლამ-ით.

მოქმედების მექანიზმი

ლამ-ის მოქმედების მექანიზმი ოვულაციის პროცესის დათრგუნვა საკვერცხეში. მშობიარობის შემდგომ პერიოდში ქალის ორგანიზმში ჰიპოფიზის წინა წილის ლაქტოტროპებში გამომუშავდება დიდი რაოდენობით პროლაქტინი. პროცესი მართულია ჰიპოთალამური და სუბკორტიკალური სტრუქტურებით. ამ ფონზე ითრგუნება გონადოტროპინ-რილიზინგ-ჰორმონის (გტ-რჰ) პულსური გამოყოფა, შესაბამისად ფოლიკულომასტიმულირებელი (ფმჰ) და მალუთეინიზირებელი (მლჰ) ჰორმონების სინთეზი, რაც იწვევს საკვერცხის ფოლიკულური აპარატის ფუნქციურ ინაქტივაციას და ანოვულაციას.

ძუძუს წოვა ორ ძირითად რეფლექსთან არის დაკავშირებული. პროლაქტინის სეკრეციის რეფლექსი – ძუძუს დვრილის რეცეპტორების გაღიზიანებისას იმპულსი ცდომილი ნერვით გადაეცემა ჰიპოთალამუსის ნეიროპეპტიდებს, ხოლო მათი მეშვეობით სტიმულირდება პროლაქტინის სინთეზი და ითრგუნება გტ-რჰ პულსური გადმოსროლა; რძის გამოყოფის რეფლექსი – ძუძუს დვრილის რეცეპტორებიდან აღმოცენებული იმპულსი აღწევს ასევე ჰიპოფიზის უკანა წილს და პასუხად იწვევს როგორც საშვილოსნოს გლუვი კუნთების, ისე ძუძუს არეოლების შეკუმშვას და რძის გამოყოფას. ბავშვის მიერ თითოეული ძუძუს მონოვა ასტიმულირებს პროლაქტინის გამოყოფას

ეფექტურობა

სწორად გამოყენების შემთხვევაში მეთოდის ეფექტურობა 98%-მდეა. (ანუ მეთოდის სწორად გამოყენებისას ყოველი 100 ქალიდან მშობიარობიდან 6 თვის განმავლობაში ორსულდება 2)

ლაქტაციურ ამენორეის მეთოდის კრიტერიუმებია:

- მხოლოდ ძუძუთი კვება (ექსკლუზიური ძუძუთი კვება) პირველი 6 თვის განმავლობაში.
- კვება ჩვილის მოთხოვნილების მიხედვით (კვების დღის რეჟიმი არაუმეტეს 4სთ-ისა, ღამის რეჟიმი არაუმეტეს 6სთ-ისა).
- ქალს არა აქვს მენსტრუალური ციკლი (ფიზიოლოგიური ამენორეა).

ლამ ნაკლებად ეფექტურია, თუ ზემოჩამოთვლილი სამი პირობიდან არ არის დაცული თუნდ ერთი მაინც:

- ბავშვი არის 6 თვეზე მეტი ასაკის;
- ბავშვი ღებულობს დამატებით საკვებს;
- ქალს აღუდგა მენსტრუალური ციკლი.

უპირატესობები

- მაღალეფექტური (98%) პირველი 6 თვის განმავლობაში;
- შესაძლებელია გამოყენება დაუყონებლივ მშობიარობის შემდეგ;
- არ არის საჭირო მარაგის შექმნა;
- ხელს არ უშლის სქესობრივ ურთიერთობებს;
- არ გააჩნა სისტემური გვერდითი მოვლენები;
- ემყარება კულტურალურ-რელიგიურ ტრადიციებს;
- არ საჭიროებს სამედიცინო მეთვალყურეობას;
- არ საჭიროებს ფინანსურ დანახარჯებს.

არაკონტრაცეციული უპირატესობები

- დედისთვის
 - ამცირებს მშობიარობის შემდგომ სისხლის დანაკარგს
- ჩვილისთვის
 - პასიური იმუნიზაცია;

- კვების საუკეთესო, სასარგებლო წყარო;
- ნაკლები კონტაქტი პათოგენებთან (ჭურჭლის ზედაპირზე, წყალში, სხვა საკვებში არსებულ პათოგენურ ორგანიზმებთან).

ნაკლოვანებები

- ვერ მოიხმარენ ის ქალები, რომლებიც გარკვეული მიზეზების გამო არ კვებავენ ჩვილს ძუძუთი;
- დამოკიდებულია მომხმარებლის მიერ ლამ-ის კრიტერიუმების დაცვაზე;
- სამედიცინო და სოციალური ფაქტორების გამო შესაძლებელია ძნელი იყოს ძუძუთი კვების შენარჩუნება;
- მეთოდის ხანგრძლივობა შეზღუდულია;
- არ იცავს სქესობრივი გზით გადამდები ინფექციებისგან (მათ შორის აივ/ შიდსისგან).

ჩვენება

ლამ-ის გამოყენება შეუძლიათ ქალებს, რომლებიც აკმაყოფილებენ ლამ-ის სამ ძირითად კრიტერიუმს.

უკუჩვენება

ერთადერთი აბსოლუტური უკუჩვენება ძუძუთი კვებისთვის (და შესაბამისად ლამ-ისთვის) არის აივ-ინფიცირება ან შიდსი. (ბავშვის მხრიდან მეტაბოლიზმის თანდაყოლილი ანომალიები, ფენილკეტონურია, გალაქტოზემია, ნეკერჩხლის სიროფის სინდრომი.)

გამოყენების სქემა

აუცილებელია ლამ-ის ძირითადი კრიტერიუმების დაცვა

- მენსტრუალური ციკლის აღდგენის შემთხვევაში სასურველია გაგრძელდეს ძუძუთი კვება და ქალს გაეწიოს სათანადო დახმარება კონტრაცეპციის სხვა მეთოდის შერჩევაში
- იმ შემთხვევაში, თუ ბავშვი არ წოვს ძუძუს სათანადო სიხშირით (დღის კვების ინტერვალი აღემატება 4 სთ-ს, ან/და ლამის კვების – 6სთ-ს) სასურველია გაგრძელდეს ძუძუთი კვება არსებული რეჟიმით (პირველ რიგში ქალს გაეწიოს

კონსულტირება ძუძუთი კვების სიხშირის გაზრდის მიზნით) და ქალს გაეწიოს სათანადო დახმარება კონტრაცეპციის სხვა მეთოდის შერჩევაში

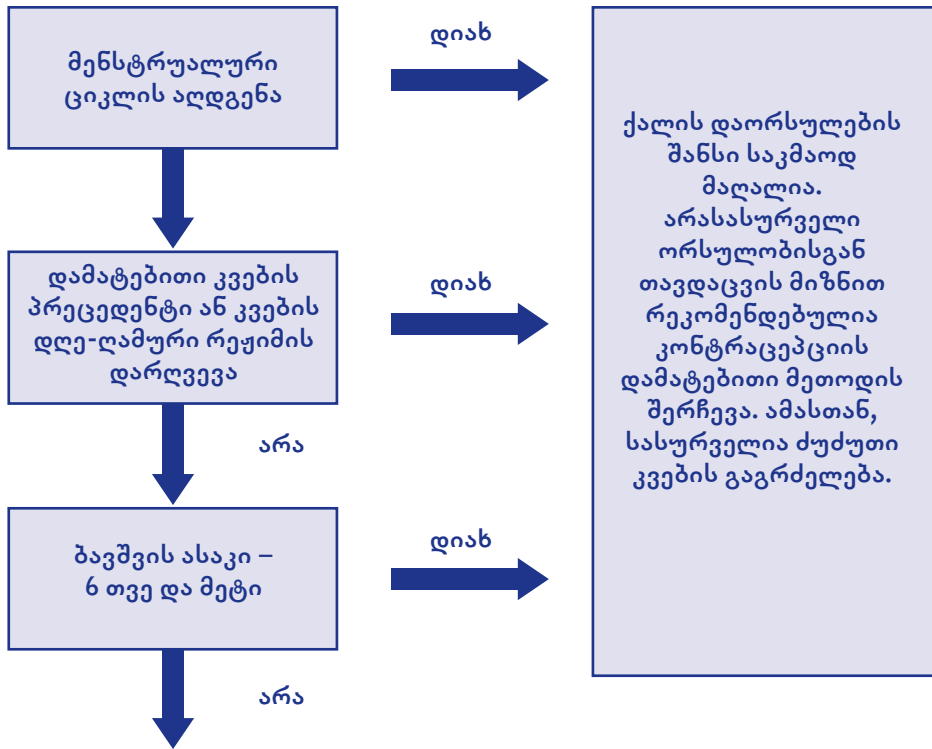
- იმ შემთხვევაში, თუ ბავშვს შეუსრულდა 6 თვე, სასურველია გაგრძელდეს ძუძუთი კვება, ბავშვის რაციონში შეტანილ იყოს დამატებითი საკვები, ქალს გაეწიოს სათანადო დახმარება კონტრაცეპციის სხვა მეთოდის შერჩევაში

რეკომენდაციები

- ძუძუთი კვების დაწყება მშობიარობიდან 30წთ-1სთ-ის განმავლობაში.
- ჩვილის კვება მოთხოვნილების მიხედვით (ორივე ძუძუთი), 8-12-ჯერ დღე-ღამეში, სხვა საკვების და სასმელის (მათ შორის წყლის) დამატების გარეშე.
- კვების რეჟიმის დაცვის აუცილებლობა – დღის ინტერვალი არაუმეტეს 4სთ-ისა, ღამის ინტერვალი არაუმეტეს 6 სთ-ისა.
- მენსტრუალური ციკლის აღდგენის შემთხვევაში, მიუხედავად დამაკმაყოფილებელი ლაქტაციისა და ინტერვალური კვებისა, სხვა კონტრაცეპციული მეთოდის შერჩევა (სასურველია ლაქტაციური კვების გაგრძელება).
- დამატებითი კვების დაწყება ბავშვისათვის სწორი ასაკიდან, სხვა კონტრაცეპციული მეთოდის შერჩევა, ლაქტაციური კვების გაგრძელება.
- ღამით როგორც კონტრაცეპციის მეთოდით უკმაყოფილების, ორსულობის ან მასზე ეჭვის, სგგი-ით შესაძლო დასნებოვნების შემთხვევაში სამედიცინო დაწესებულებაში მიმართვა და ვიზიტი.
- დედის ან ბავშვის ავადობის შემთხვევაში შეძლებისდაგვარად ლაქტაციური კვების გაგრძელება.
- სანოვარიან ბოთლზე ან „სატყუარა“ სანოვარზე უარის თქმა.

ლაქტაციური ამენორეის მეთოდი

(რეპროდუქტოლოგების, მენ-გინეკოლოგებისა და ოჯახის ექიმებისათვის)



დაორსულების შანსი – 1-2%

ქალს შეუძლია კონტრაცეპციის დამატებითი მეთოდის არჩევანი გააკეთოს ნებისმიერ, მისთვის სასურველ დროს.

3.4. ბარიერული მეთოდები და სპერმიციდები

ბარიერული მეთოდები და სპერმიციდები ორსულობის თავიდან აცილების ერთ-ერთი ეფექტური და პოპულარული მეთოდია. აღნიშნული მეთოდები მოიცავს მამაკაცის კონდომსა და ქალის ჩასახვისსანინალმდეგო ისეთ მეთოდებს, როგორცაა - დიაფრაგმა, საშვილოსნოს ყელის ჩაჩები, ქალის კონდომი, სპერმიციდები და ვაგინალური ღრუბელი. ამჟამად მსოფლიოში 72 მლნ წყვილი იყენებს კონტრაცეპციის ამ მეთოდს.

ბარიერული მეთოდებისა და სპერმიციდების ტიპები

- კონდომი (მამაკაცისა და ქალის);
- დიაფრაგმა;
- საშვილოსნოს ყელის ჩაჩი;
- სპერმიციდები: კრემის, ჟელეს, სანთლის, აეროზოლის და ვაგინალური აბების ფორმით.

მამაკაცის კონდომი

მამაკაცის კონდომი წარმოადგენს რეზინის, ვინილის ან ნატურალური პროდუქტისაგან დამზადებულ თხელ ფუტლიარს, რომელიც სქესობრივი აქტის დროს ქმნის ბარიერს, რათა მასში ჩალვრილი სპერმა არ მოხვდეს საშოში

კონდომის ტიპები:

- ლატექსის (რეზინა)
- პლასტიკის (ვინილი)
- ნატურალური (ცხოველური) პროდუქტის

მხოლოდ ლატექსის და ვინილისაგან დამზადებული კონდომი იცავს სქესობრივი გზით გადამდები ინფექციებისაგან, მათ შორის აივ/შიდსის, **B** და **C** ჰეპატიტის ვირუსისაგან.

კონდომი შეიძლება იყოს სხვადასხვა ფერის, ფორმის, სისქის, დაფარული განსხვავებული გასაპოხიერებელი საშუალებით, სპერმიციდთან ერთად ან მის გარეშე

მოქმედების მექანიზმი

მამაკაცის კონდომი მექანიკური საშუალებით აფერხებს სპერმის მოხვედრას საშოში და იცავს ქალს არასასურველ ორსულობისაგან, აგრეთვე ორივე პარტნიორს სქესობრივი გზით გადადები დაავადებების, აივ/შიდსის, **B** და **C** ჰეპატიტის ვირუსისაგან

ეფექტურობა

მამაკაცის კონდომის კონტრაცეპციული ეფექტურობა შეადგენს 88 - 95%-ს (2 — 15 ორსულობა 100 ქალზე).

- კონდომის სპერმიციდთან ერთად გამოყენების შემთხვევაში ეფექტურობა არასასურველი ორსულობის პრევენციისათვის იზრდება.
- იმ შემთხვევაში, როდესაც კონდომი გამოიყენება ყოველი სქესობრივი აქტის დროს შესაძლებელია აივ ინფექციის რისკის შემცირება 80-90% ან მეტით

კონდომის გამოყენების უსაფრთხოება

ბარიერული მეთოდები და მათ შორის კონდომი, როგორც ერთ-ერთ პოპულარული საშუალება უსაფრთხო მეთოდია. კონდომის გამოყენებას თანარსდევს ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული არავითარი რისკი და რაიმე სომატური გვერდითი მოვლენები

უპირატესობები

- ეფექტურია გამოყენებისთანავე;
- გავლენას არ ახდენს ძუძუთი კვებაზე;
- შეიძლება გამოყენებული იქნეს, როგორც დამატებითი მეთოდი სხვა მეთოდების გამოყენებისას;
- ხელს უწყობს მამაკაცის ჩართვას ოჯახის დაგეგმვაში;
- შეიძლება გაახანგრძლივოს ერექცია და ეაკულაციის დრო;
- არ აქვს არავითარი სერიოზული სომატური გვერდითი მოვლენები და მეთოდის

გამოყენებით გამოწვეული ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული არავითარი

- რისკი;
- ფართოდ ხელმისაწვდომია და არ არის ძვირი;
- არ არის საჭირო რეცეპტის გამოწერა და სამედიცინო გამოკვლევა;
- ოჯახის დაგეგმვის ერთადერთი მეთოდია, რომელიც იცავს სქესობრივი გზით გადამდები ყველა დაავადებებისაგან (მხოლოდ ლატექსისა და ვინილისგან
- დამზადებული);
- ხელს უწყობს საშვილოსნოს ყელის კიბოს პრევენციას

ნაკლოვანებები

- შედარებით დაბალი კონტრაცეპციური ეფექტურობა 2-15 ორსულობა ყოველ 100 ქალზე, მისი გამოყენების პირველ წელს;
- ეფექტურობა დამოკიდებულია ინსტრუქციების შესრულების სურვილზე;
- მუდმივი მოტივაციის აუცილებლობა და ყოველი სქესობრივი კავშირის დროს
- მისი გამოყენება;
- პაციენტის მიერ კონდომის შენახვის სათანადო წესების დაცვა;
- შეიძლება შეამციროს სასქესო ასოს მგრძობელობა, რაც ართულებს ერექციას;
- სქესობრივი კავშირის დაწყებამდე უნდა იყოს ხელმისაწვდომი მისი მარაგი;
- ზოგიერთ მამაკაცს ან ქალს შეიძლება ჰქონდეს კონდომისადმი ალერგიული რეაქცია

გამოყენების ჩვენებები

კონდომის გამოყენება შეუძლიათ:

- მამაკაცებს, რომლებსაც სურთ აქტიურად ჩაერთონ ოჯახის დაგეგმვაში;
- წყვილებს, რომლებსაც დაუყოვნებლივ სჭირდებათ კონტრაცეპცია;
- წყვილებს, რომლებსაც სჭირდებათ დროებითი მეთოდი სხვა მეთოდის გამოყენების შესვენებისას (მაგ. კოკ-ის ან სშს-ს);
- იმ ქალებს, რომლებსაც აქვთ დაორსულების მცირე რისკი (იშვიათი სქესობრივი კავშირი ან გვიანი რეპროდუქციული ასაკი);
- მეძუძურ დედებს, რომლებსაც ესაჭიროებათ კონტრაცეპცია;

- წყვილებს, რომელთაგან ერთ-ერთ პარტნიორს ერთზე მეტი პარტნიორი ჰყავს და თუნდაც იყენებდნენ სხვა მეთოდს;
- სქესობრივი გზით გადამდები ინფექციების (სგვი), აივ/შიდსი, B და C ჰეპატიტის რისკის ქვეშ მყოფი ქალები/მამაკაცები

გამოყენების უპირველესობა

- ალერგია ლატექსზე
- პარტნიორის უარი მიიღოს მონაწილეობა ოჯახის დაგეგმვაში
- მგრძობელობის დაქვეითება ან ერექციის დარღვევა

გამოყენების წესი

კონდომის არაეფექტურობის შემთხვევათა უმრავლესობა, როდესაც ქალი ორსულდება ან გადაედება სქესობრივი გზით გადამდები რომელიმე ინფექცია დაკავშირებულია მის არასწორ გამოყენებასთან, თუმცა შესაძლებელია მისი დაზიანება სქესობრივი კავშირის დროს.

მამაკაცის კონდომის მაღალი კონტრაცეპციური ეფექტურობის მისაღწევად მიზანშეწონილია შემდეგი რეკომენდაციების დაცვა:

- გამოყენების წინ უნდა შემოწმდეს მისი ვარგისიანობის ვადა;
- ყოველი სქესობრივი აქტის დროს გამოიყენება ახალი კონდომი;
- პაკეტი, რომელშიც კონდომია მოთავსებული უნდა გაიხსნას ფრთხილად, რომ იგი არ დაზიანდეს ფრჩხილებით, კბილებით ან სხვა წვეტიანი საგნით;
- საჭიროა კონდომის დახურული ბოლოდან ჰაერის გამოშვება შუა და ცერა თითის საშუალებით, რათა გამოთავისუფლდეს სივრცე სპერმისათვის;
- კონდომის წამოცმა ხდება მხოლოდ ერეგირებულ ასოზე;
- ლუბრიკანტის, რომლითაც დაფარულია კონდომი, უკმარისობის შემთხვევაში საჭიროა დამატებითი საცხის გამოყენება. ლატექსის კონდომთან არ შეიძლება ზეთზე დამზადებული საცხის გამოყენება (მაგალითად: ვაზელინი, მინერალური ზეთი, მასაჟის კრემი, ტანის ლოსიონი, კულინარული ზეთი), რადგან ისინი აზიანებენ ლატექსს.
- ორგანიზმის შემდეგ, ერექციის დასრულებამდე საჭიროა კონდომის არშიის მტკიცედ შენარჩუნება ასოს გარშემო, რათა კონდომი შემთხვევით არ ჩამოცურდეს საშოდან გამოღების შემდეგ და სპერმა არ დაიღვაროს.

კონდომი შეიძლება დაზიანდეს შემდეგი მიზეზების გამო:

- არასათანადო ვაგინალური გაპოხვა;
- თავად კონდომის დეფექტი;
- არასწორი შენახვა, კონდომზე მზის, ულტრაიისფერი სხივების და/ან სინესტის გავლენის გამო;
- კონდომის მინერალური და ბოსტნეულის ზეთების გაპოხვამ შეიძლება გაათხელოს ლატექსი ხუთი წუთის ან უფრო ნაკლები დროის განმავლობაში. რაც უფრო დიდ ხანს არის კონდომი ამ ელემენტებთან შეხებაში, მით უფრო დიდია მისი გახვევის შანსი;
- შეფუთვაზე მითითებული ვადის გასვლის შემდეგ (თუ შეფუთვაზე მითითებულია მხოლოდ გამოშვების თარიღი, მაშინ კონდომის ვარგისიანობის ხანგრძლივობა 4 წელია);
- არასანდო მწარმოებელი კომპანიის მიერ გამოშვებული დაბალი ხარისხის კონდომის გახვევის ალბათობა მაღალია;
- თუ შეკვრაზე, რომელშიც მოთავსებულია კონდომი ახსნილია ლუქი და იგი შეხებაშია ჰაერთან, სინათლესთან ან ინახებოდა სიციხესა და/ან სინესტეში (ტემპერატურული რეჟიმის ცვალებად პირობებში)

3.4 უნდა ჩაატაროს კონსულტირება

კონდომის მოხმარების არჩევნისას კონსულტირების ჩატარება შეუძლიათ რეპროდუქტოლოგს, მეან-გინეკოლოგს, ოჯახის ექიმს.

ინსტრუქციები პაციენტისათვის

1. პაციენტს აუხსენით, თუ რამდენად მნიშვნელოვანია:
 - კონდომის გამოყენება, არამართო კონტრაცეპციის მიზნით, არამედ სქესობრივი გზით გადამდები ინფექციების პროფილაქტიკისათვისაც;
 - კონდომის ერეგირებულ ასოზე გაკეთება სქესობრივი კავშირის დაწყებამდე;
 - რომ კონდომის გასაპოხიერებლად არ იქნეს გამოიყენებული ვაზელინი, საჭმელი ზეთი ან ცხიმი, რადგან ნებისმიერი მათგანი გამოიწვევს კონდომის სწრაფ გათხელებას და სქესობრივი კავშირის დროს იზრდება მისი გახვევის ალბათობა. კონდომის უმრავლესობა გაპოხილი იყიდება, თუ კონდომი გაპოხილი არაა, მაშინ მის გასაპოხად გამოიყენებული უნდა იქნეს სპერმიციდული ჟელე;

2. აჩვენეთ პაციენტს შეფუთვაზე მითითებული ვადის გასვლის თარიღი და აუხსენით მას, რომ არ უნდა გამოიყენოს ვადაგასული კონდომი;
3. უთხარით პაციენტს:
 - რომ თუ შეკვრა უკვე გახსნილია, კონდომი შეიძლება არ იყოს კარგ მდგომარეობაში;
 - დიდი ხნის განმავლობაში ნუ დატოვებთ კონდომებს თბილ ადგილას (მაგ., მანქანის სალონში მდებარე საბარგულში ზაფხულის სიცხეში ან უკანა ჯიბეში ჩადებულ მამაკაცის საფულეში);
4. აუხსენით პაციენტს, რომ მნიშვნელოვანია ის, რომ არ დაზიანდეს კონდომი შეკვრის გახსნისას;
5. შეამოწმეთ, რომ კონდომი არ იყოს დაზიანებული. აუხსენით პაციენტს, რომ თუ კონდომი მშრალია და არაელასტიური ან ქალღმრთელის მსგავსი, მაშინ არ უნდა გამოიყენოს;
6. უჩვენეთ პაციენტს, თუ როგორ უნდა დაიკავოს კონდომი სწორად (იხე, რომ იოლად წამოიცივას სასქესო ასოზე);
7. ახსენით, თუ რამდენად მნიშვნელოვანია ის, რომ კონდომის თავს მოუჭირონ ხელი, რათა დარწმუნდნენ, რომ ჰაერი არ არის დაგროვებული კონდომის თავში, და ამგვარად დარწმუნდნენ, რომ სპერმისათვის, რომელიც ეაკულაციის დროს გამოიყოფა. განმარტეთ, რომ თუ კონდომის თავში არის ჰაერი, კონდომი შეიძლება გაიხეხოს ეაკულაციის დროს ან ჰაერის ნაკადი შეიძლება თესლს მიანვეს კონდომის გვერდებისკენ, რაც გამოიწვევს მის გამოყოფას, და კონდომი ვეღარ დაიცავს წყვილს;
8. აუხსენით პაციენტს იმის მნიშვნელობა, რომ სასქესო ასო სქესობრივი კავშირის დამთავრებისთანავე უნდა იქნას გამოღებული საშოდან მანამ, სანამ დარბილდებოდეს და სპერმა გამოყოფნავედეს;
9. აუხსენით პაციენტს ის, თუ რამდენად მნიშვნელოვანია კონდომის ხელით დაჭერა სასქესო ასოს საშოდან გამოღებისას, რათა კონდომი არ ჩამოცურდეს. უჩვენეთ, თუ როგორ კეთდება ეს;
10. ახსენით, თუ რამდენად მნიშვნელოვანია ის, რომ კონდომი სანაგვეში იქნეს მოთავსებული, სადაც ბავშვები ვერ მიწვდებიან.

ქალის კონდომი

ქალის კონდომი წარმოადგენს სილიკონისაგან დამზადებულ თხელ ფუტილარს, რომელიც თავსდება საშოში და ქმნის ბარიერს სქესობრივი აქტის დროს მასში ჩაღვრილი სპერმისთვის, რათა სპერმატოზოიდები არ მოხვდნენ ცერვიკალურ არხში.

მოქმედების მექანიზმი

ქალის კონდომი მექანიკური ბარიერის საშუალებით ხელს უშლის სპერმის მოხვედრას ქალის ორგანიზმში, აგრეთვე ორივე პარტნიორს იცავს სქესობრივი გზით გადამდები დაავადებების, აივ/შიდსის, B და C ჰეპატიტისაგან

ეფექტურობა

ქალის კონდომის ეფექტურობა შეადგენს 79-95% (5-21 ორსულობა წელიწადში ყოველ 100 ქალზე)

გამოყენების უსაფრთხოება

ქალის კონდომი, როგორც ბარიერული ერთ-ერთი საშუალება - უსაფრთხო მეთოდია, რადგანაც მის გამოყენებას თან არ სდევს ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული არავითარი რისკი და რაიმე სომატური გვერდითი მოვლენები.

უპირატესობანი

- ეფექტურია დაუყოვნებლივ;
- არ მოქმედებს ძუძუთი კვებაზე;
- შესაძლებელია სქესობრივ ცხოვრებამდე მისი მოთავსება საშოში (8 სთ-ით ადრე სქესობრივ აქტამდე);
- შეიძლება გამოყენებული იქნეს, როგორც დამატებითი მეთოდი სხვა მეთოდების გამოყენებისას;
- არ აქვს სომატური გვერდითი მოვლენები და მეთოდის გამოყენებით გამოწვეული ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული არავითარი რისკი;

- არ საჭიროებს რეცეპტის გამოწერას ან სამედიცინო გამოკვლევას;
- მის გამოყენებას აკონტროლებს მხოლოდ ქალი

ნაკლოვანებანი

- დაბალი კონტრაცეფციული ეფექტურობა
- სქესობრივი აქტის დროს მგრძნობელობის დაქვეითება
- მუდმივი მოტივაციის აუცილებლობა და ყოველი სქესობრივი კავშირის დროს მისი გამოყენება
- პაციენტის მიერ კონდომის შენახვის სათანადო წესების დაცვა
- სქესობრივი კავშირის დაწყებამდე უნდა იყოს ხელმისაწვდომი მისი მარაგი
- ზოგიერთ ქალს ან მამაკაცს შეიძლება ჰქონდეს ალერგიული რეაქცია კონდომისადმი

გამოყენების ჩვენებები

- ქალებში, რომლებსაც წინააღმდეგნაჩვენებია ჰორმონალური კონტრაცეპტივების გამოყენება;
- ქალებს, რომლებსაც არ სურთ სშს-ს ჩადგმა;
- მეძუძურ დედებს, რომლებსაც ესაჭიროებათ კონტრაცეპცია;
- წყვილებს, რომლებსაც დაუყოვნებლივ სჭირდებათ კონტრაცეპცია;
- წყვილებს, რომლებსაც აქვთ იშვიათი სქესობრივი ურთიერთობა ან გვიანი რეპროდუქციული ასაკი;
- სქესობრივი გზით გადამდები ინფექციების, აივ/შიდსის, B და C ჰეპატიტის რისკის ქვეშ მყოფი ქალები;
- წყვილებს, რომლებსაც სჭირდებათ დროებითი მეთოდის სხვა მეთოდის გამოყენების შესვენებისას (მაგ., კოკ-ის ან სშს-ს).

გამოყენების უპრევენეაზი

- ალერგია ლატექსზე
- მგრძნობელობის დაქვეითება სქესობრივი აქტის დროს ან ერექციის დარღვევა
- არასასურველი ორსულობის მაღალი რისკი
- საშოს განვითარების ანომალია
- საშვილოსნოს პროლაფსი

გამოყენების წესი

- გამოყენების წინ უნდა შემოწმდეს მისი ვარგისიანობის ვადა;
- ყოველი აქტის დროს გამოიყენება ახალი კონდომი;
- პაკეტი, რომელშიც მოთავსებულია კონდომი არ უნდა გაიხსნას წვეტიანი საგნით, კბილებით ან ფრჩხილებით, რომ იგი არ დაზიანდეს;
- ქალის კონდომის მოთავსება საშოში შესაძლებელია სქესობრივ აქტამდე 8 სთ-ით ადრეც.

ვინ უნდა ჩაატაროს კონსულტირება

ქალის კონდომის მოხმარების არჩევისას კონსულტირების ჩატარება შეუძლიათ რეპროდუქტოლოგს, მეან-გინეკოლოგს, ოჯახის ექიმს.

ინსტრუქცია პაციენტებისთვის

1. გამოიყენეთ ქალის კონდომი ყოველი სქესობრივი აქტის დროს
2. პაკეტის გახსნამდე დაიბანეთ ხელები საპნითა და წყლით
3. ფრთხილად ამოიღეთ კონდომი პაკეტიდან, ამისთვის ნუ გამოიყენებთ ბასრ და მჭრელ საგნებს, როგორც დანა და მაკრატელი;
4. ქალის კონდომი შეიძლება გამოიყენოთ სქესობრივ აქტამდე 8 სთ-ით ადრეც;
5. მითითებული ვადის გასვლის თარიღი და აჩვენეთ პაციენტს, თუ როგორ უნდა შეამოწმოს კონდომის ვადის გასვლის თარიღი, უთხარით პაციენტს, რომ არ გამოიყენოს ვადაგასული კონდომი;

6. თუ შეკვრა უკვე გახსნილია, კონდომი შეიძლება არ იყოს კარგ მდგომარეობაში
7. დიდი ხნის განმავლობაში ნუ დატოვებთ კონდომებს თბილ ადგილას (მაგ., მანქანის სალონში მდებარე საგარეულში ზაფხულის სიცხეში).

საერმიციდები

სპერმიციდი - არის ქიმიური ნივთიერება, რომელიც ინვესს სპერმატოზოიდის ინაქტივაციას ან სიკვდილს საშოში მანამდე, სანამ ის შეაღწევს შიგნითა სასქესო ორგანოებში

ტიპები

- აეროზოლი (ქაფები);
- ვაგინალური ტაბლეტები, სუპოზიტორიების ან ხსნადი სანთლის სახით;
- საცხისა და ყელეს ფორმით.

მოქმედების მექანიზმი

თანამედროვე სპერმიციდების შემადგენლობაში შედის როგორც ნესი 2 კომპონენტი: სპერმის დამაზიანებელი ქიმიური ნივთიერება (აქტიური ინგრედიენტი) და გადამტანი.

ეფექტურობა

სპერმიციდების კონტრაცეპციული ეფექტურობის მაჩვენებელი 71-89%-ია (18-89 ორსულობა ყოველ 100 ქალზე წელიწადში).

სპერმიციდების გამოყენება კონდომებთან ერთად ზრდის კონტრაცეპციულ ეფექტურობას.

გამოყენების უსაფრთხოება

სპერმიციდულ საშუალებებს არ აქვს ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული არავითარი რისკი და რაიმე სომატური გვერდითი მოვლენები. ამდენად ისინი უსაფრთხო და საკმაოდ პოპულარული კონტრაცეპტივები არიან.

უპირატესობები

- მარტივი გამოსაყენებელია;
- ნაწილობრივ იცავს სქესობრივი გზით გადამდები დაავადებებისაგან;
- გამოყენებისთანავე ეფექტურია;
- გავლენას არ ახდენს ძუძუთი კვებაზე;
- შეიძლება მისი, როგორც დამატებითი მეთოდის გამოყენება სხვა მეთოდებთან ერთად;
- არა აქვს არავითარი სომატური გვერდითი მოვლენები და მეთოდის გამოყენებით გამოწვეული ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული რაიმე რისკი;
- ზრდის საშოს სისველეს (გაპოხვას) სქესობრივი კავშირის დროს;
- არაა საჭირო ექიმის მიერ გამონერა ან სამედიცინო გამოკვლევის ჩატარება.

ნაკლოვანებანი

- შედარებით დაბალი კონტრაცეპციული ეფექტურობა 3-21 ორსულობა 100 ქალზე წელიწადში;
- მისი, როგორც კონტრაცეპციული საშუალების ეფექტურობა დამოკიდებულია ინსტრუქციების შესრულების სურვილზე;
- დამოკიდებულია მომხმარებელზე (საჭიროა მუდმივი მოტივაცია და ყოველი სქესობრივი კავშირის დროს მისი გამოყენება);
- ზოგიერთი სპერმიციდის გამოყენებისას შეინიშნება სოკოვანი ვაგინიტის გამწვავება;
- ერთი გამოყენება ეფექტურია მხოლოდ 1-2 სთ-ის განმავლობაში;
- მისი მარაგი ხელმისაწვდომი უნდა იყოს სქესობრივი კავშირის დაწყებამდე
- და ასევე შესაძლებელი მისი მარაგის შევსება.

გამოყენების ჩვენებები

- ადგილობრივი კონტრაცეპცია მისაღებია, მათთვის, ვისაც აქვთ ორსულობის დაბალი რისკი (იშვიათი სქესობრივი კავშირის ან გვიანი რეპროდუქციული ასაკის გამო);

- მეძუძური ქალები, რომელთაც ესაჭიროებათ კონტრაცეპცია;
- გამოიყენება კომბინაციაში კონტრაცეპციის რითმულ მეთოდებთან;
- მისაღებია, როგორც კონტრაცეპციის დროებითი მეთოდი კოკდასშს გამოყენების შესვენებისას.

გამოყენების უკუჩვენებები

- ალერგია სპერმიციდებზე
- დაორსულების მაღალი რისკი

გამოყენების წესი

- სპერმიციდი გამოიყენება სქესობრივი აქტის დაწყებამდე;
- იგი მიტანილ უნდა იქნას საშვილოსნოს ყელთან ან მის ახლოს;
- გარკვეული დროის განმავლობაში ზოგიერთი სპერმიციდის (ვაგინალური ტაბლეტები/სუპოზიტორიები) აქტივაციისთვის (გაღლობისათვის) აუცილებელია დალოდება;
- სპერმიციდის გამოყენება ბარიერულ მეთოდებთან ერთად ზრდის კონტრაცეპციულ ეფექტურობას;
- საშოს გამორეცხვა არ უნდა ჩატარდეს სქესობრივი აქტიდან 6 - 8 სთ-ის განმავლობაში;
- კრემის გამოყენების შემდეგ აპლიკატორი უნდა გაირეცხოს საპნითა და წყლით;
- თუ არ მოხდა სქესობრივი აქტი სპერმიციდის პირველი დოზის შეყვანიდან 1-2 საათის განმავლობაში საჭიროა დამატებითი დოზის შეყვანა.
- სპერმიციდული სანთლები და ტაბლეტები შეტანილი უნდა იქნას საშოში სქესობრივი აქტის წინ 10-15 წთ-ით ადრე. მათი კონტრაცეპციული მოქმედება იწყება 10-15 წუთის შემდეგ და გრძელდება 1-დან 2 სთ-მდე.
- კრემები და ჟელები საშოში თავსდება სქესობრივი აქტის წინ სპეციალური აპლიკატორის საშუალებით. სპერმიციდი მოქმედებს შეყვანისთანავე და მისი მოქმედება გრძელდება 1-დან 2 სთ-მდე.
- ქაფები ასევე მოქმედებს საშოში მოხვედრისთანავე და მისი კონტრაცეპციული ეფექტი გრძელდება 1 სთ.

306 უნდა ჩაატაროს კონსულტირება

სპერმაციდის მოხმარების არჩევისას კონსულტირების ჩატარება შეუძლიათ რეპროდუქტოლოგს, მეან-გინეკოლოგს, ოჯახის ექიმს.

ინსტრუქცია პაციენტებისათვის

- დაიბანეთ ხელები
- ამოიღეთ ტაბლეტი ან სანთელი შეკვრიდან
- მწოლიარე მდგომარეობაში ტაბლეტი ან სანთელი საშოში მაღლა მოათავსეთ, შუა და საჩვენებელი თითების გამოყენებით მიანექით მას, რომ საშოში ღრმად მოთავსდეს
- დაცადეთ 10-15 წუთი სქესობრივი კავშირის დაწყებამდე
- გამოიყენეთ სპერმიციდები თითოეული სქესობრივი კავშირის დაწყებამდე
- თან იქონიეთ ტაბლეტების/სანთლების დამატებითი მარაგი.

შენიშვნა: სპერმიციდის ტაბლეტებმა შეიძლება გამოიწვიოს საშოში სითბოს შეგრძნება, ეს ნორმალურია.

საშვილოსნოს ყელის ჩაჩაბი

საშვილოსნოს ყელის ჩაჩაბი წარმოადგენს კონტრაცეპციის ბარიერულ საშუალებებს, რომელიც შექმნილი იყო დიაფრაგმასთან ერთად. მათ აქვს განიერი საათის ფორმა. დასაწყისში ჩაჩაბი მზადდებოდა ვერცხლის ან სპილენძისაგან, შემდგომში — კაუჩუკისაგან, ალუმინის, სქელი რეზინის ან პლასტმასისაგან. ამჟამად ჩაჩაბი მზადდება რბილი რეზინისაგან. არსებობს საშვილოსნოს ყელის ჩაჩაბის რამოდენიმე ტიპი

მოქმედების მექანიზმი

საშვილოსნოს ყელის ჩაჩის მოქმედების მექანიზმი ისეთივეა, როგორც დიაფრაგმისა და ხორციელდება საშოში ბარიერის შექმნის გზით, რაც ხელს უშლის სპერმატოზოიდებს საშვილოსნოს ღრუსა და ფალოპის მილებში გადაადგილებასა და შეღწევაში

ეფექტურობა

საშვილოსნოს ყელის ჩაჩის კონტრაცეპციური ეფექტურობა შედარებით დაბალია 84-91% (9-11 ორსულობა 100 ქალზე წელიწადში)

უსაფრთხოება

საშვილოსნოს ყელის ჩაჩი უსაფრთხო მეთოდია. მის გამოყენებას არ აქვს რაიმე სომატური გვერდითი მოვლენები და არ ახლავს ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული არავითარი რისკი. თუმცა იგი არ გამოიყენება საშოს განვითარების ანომალიების, ცერვიციტის, საშვილოსნოსპროლაფსის, პაპილომავირუსული ინფექციის, საშარდეგზების მორეციდივე ინფექციისა და ანამნეზში ტოქსიკური შოკის არსებობის შემთხვევაში.

უპირატესობები

- მრავალჯერადი გამოყენება;
- გავლენას არ ახდენს ძუძუთი კვებაზე;
- არა აქვს სომატური გვერდითი მოვლენები და მეთოდის გამოყენებით გამოწვეული ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული რისკი;
- ნაწილობრივ იცავს სქესობრივი გზით გადამდები ინფექციებისაგან

ნაკლოვანებანი

- შედარებით დაბალი კონტრაცეპციული ეფექტურობა (6-21 პერლის ინდექსი);
- მანიპულაციის ჩატარების აუცილებლობა სქესობრივი კავშირის წინ;
- დისკომფორტი, რომელიც ჩაჩის ჩადგმას და ამოღებასთანაა დაკავშირებული;
- კანდიდოზური კოლპიტი;
- ტოქსიკური შოკის სინდრომი;
- არ ხსნის არასასურველი ორსულობის შიშს

გამოყენების ჩვენებაები

- მისაღებია იმ ქალთათვის, რომელთაც აქვთ დაორსულების დაბალი რისკი (იშვიათი სქესობრივი კავშირი ან გვიანი რეპროდუქციული ასაკი);
- მეძუძური ქალები, რომლებსაც ესაჭიროებათ კონტრაცეპცია;
- გამოიყენება კომბინაციაში კონტრაცეპციის რითმულ მეთოდებთან;
- მისაღებია, როგორც კონტრაცეპციის დროებითი მეთოდი კოკ და სშს გამოყენების შესვენებისას.

გამოყენების უკუჩვენებაები

- არასასურველი ორსულობის მაღალი რისკი
- ცერვიციტი
- პაპილომავირუსული ინფექცია
- საშარდე გზების რეციდიული ინფექცია
- ტოქსიური შოკის სინდრომი ანამნეზში
- საშვილოსნოს პროლაფსი
- საშოს განვითარების ანომალია

გამოყენების წესი

ჩაჩის საშოში მოთავსება ხდება სქესობრივი ცხოვრების წინ (შეიძლება 5 საათის ადრეც) და სქესობრივი აქტის შემდეგ საშოში უნდა იქნეს დატოვებული 8 საათის განმავლობაში, მაგრამ არა უმეტეს 24 საათისა (არცერთ ეტაპზე რეკომენდებული არ არის საშოს გამორეცხვა). ყოველი განმეორებით სქესობრივი აქტის წინ საჭიროა სპერმიციდის (კრემის ან ჟელეს) დამატებითი დოზა.

ვინ უნდა ჩაატაროს კონსულტირება

საშვილოსნოს ყელის ჩაჩის მოხმარების არჩევისას კონსულტირების ჩატარება შეუძლიათ რეპროდუქტოლოგს, მეან-გინეკოლოგს, ოჯახის ექიმს.

ინსტრუქცია პაციენტებისათვის

- დაიბანეთ ხელები ჩაჩის ჩადგმამდე და ამოღების წინ;
- საშვილოსნოს ყელის ჩაჩის 1/3 აავსეთ სპერმიციდით;
- დანოლილ ან ჩამუხლულ მდგომარეობაში საშვილოსნოს ყელის მონახვის შემდეგ უნდა მოიკეცოს ჩაჩი. დაიკავეთ იგი ცერსა და შემდეგ ორ თითს შორის და შეიტანეთ საშოს უკანა კედლის გასწვრივ. სანამ ჩაჩის არშია არ შეეხება საშვილოსნოს ყელს;
- ჩაჩის საშოში შეტანის შემდეგ შეამოწმეთ მისი მდებარეობა — საშვილოსნოს ყელი მთლიანად უნდა იყოს დაფარული;
- ჩაჩის მოთავსება სქესობრივ აქტამდე 6 სთ-ით ადრეც შეიძლება;
- საშოში ჩაჩი დატოვეთ 8 სთ, მაგრამ არა უმეტეს 24 სთ-ისა;
- განმეორებითი აქტის წინ საჭიროა სპეციალური აპლიკატორის დახმარებით კრემის ან ჟელეს დამატებითი დოზა, რომლითაც უნდა დაიფაროს ჩაჩი გამოღების გარეშე;
- ჩაჩის ამოსაღებად არშიაზე ზენოლით უნდა დაარღვიოთ ჰერმეტიულობა საშვილოსნოს ყელსა და ჩაჩს შორის, შემდეგ კაუჭს უნდა გამოსდოთ საჩვენებელი თითი და გამოიტანოთ აღნიშნული საშუალება გარეთ;
- საშვილოსნოს ყელის ჩაჩი გამოყენების შემდეგ საპნით გარეცხეთ, გაამშრალეთ და 10 წთ-ით ჩადეთ 70-80%-იან ეთილის სპირტში დეზინფექციისათვის;
- შეინახეთ ჩაჩი მშრალ ადგილას.

დიაფრაგმა

დიაფრაგმა არის ლატექსის (რეზინის) გუმბათის ფორმის ფინჯანი, რომელსაც ბოლოში აქვს დრეკადი არშია. იგი ისმება საშოში სქესობრივი ურთიერთობის დაწყებამდე და ფარავს საშვილოსნოს ყელს

მოქმედების მექანიზმი

დიაფრაგმის მოქმედების მექანიზმი ხორციელდება საშოში ბარიერის შექმნის გზით, რაც ხელს უშლის სპერმატოზოიდებს საშვილოსნოს ღრუსა და ფალოპის მილებში გადაადგილებასა და შელწევაში

იფექტურობა

აღნიშნულ მეთოდს არ გააჩნია ჯანმრთელობის რისკი, შეუძლია სგგდ-გან დაიცვას ორგანიზმი, მაგრამ მისი კონტრაცეპციური ეფექტურობა შედარებით დაბალია და შეადგენს 6-21 ორსულობას 100 ქალზე წელიწადში. კონტრაცეპციური ეფექტის მისაღწევად აუცილებელია დიაფრაგმის შესაფერისი ტიპისა და ზომის შერჩევა ექიმის მიერ, რომელიც პაციენტს აგრეთვე ასწავლის მის ჩადგმის და ამოღების ტექნიკას. დიაფრაგმის არჩევისას ითვალისწინებენ შორისის კუნთების ტონუსს, საშოს სიღრმესა და სიგანეს. გასათვალისწინებელია ის ფაქტიც, რომ დიაფრაგმა, რომლის ჩადგმა არ იწვევს დისკომფორტს, ოპტიმალურადაა შერჩეული. ზომის შერჩევის მარტივი მეთოდი შემდეგში მდგომარეობს: დიაფრაგმის არშიის დიამეტრი უნდა შეესაბამებოდეს საშოს სიგრძეს. დიაფრაგმის ზომის დასადგენად შეიძლება გამოყენებული იყოს სპეციალური რგოლები. ზუსტად შერჩეული დიაფრაგმა არ უნდა მოძრაობდეს საშოში, მჭიდროდ უნდა ეკვროდეს მის გვერდით კედლებსა და უკანა თაღს.

ნამშობიარებ ქალებში ხშირად გამოიყენება 70-80 მმ-მდე ზომის დიაფრაგმა. გინეკოლოგიური ოპერაციების, ნონაში მომატების ან დაკლების (± 4 კგ) შემდეგ საჭიროა ახალი ზომის დიაფრაგმის შერჩევა

გამოყენების უსაფრთხოება

დიაფრაგმა უსაფრთხო მეთოდია. მის გამოყენებას თან არ სდევს ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული არავითარი რისკი და რაიმე სომატური გვერდითი მოვლენები.

უპირატესოებები

- არ აქვს რაიმე სომატური გვერდითი მოვლენები და მეთოდის გამოყენებით გამოწვეული ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული რაიმე რისკი;
- გარკვეულწილად იცავს სქესობრივი გზით გადამდები ინფექციებისაგან (მაგ. B ჰეპატიტი, აივ/შიდსი), განსაკუთრებით როდესაც გამოიყენება სპერმიციდთან ერთად;
- მცირდება საშვილოსნოს ყელის კიბოს განვითარების რისკი (მათ შორის ვინც დიაფრაგმას გამოიყენებს 5 და მეტი წლის განმავლობაში);
- ეფექტურია გამოყენებისთანავე;
- შესაძლებელია გამოყენებულ იქნეს მრავალჯერადად;

ნაკლოვანება

- შედარებით დაბალი კონტრაქციული ეფექტურობა (6-16 ორსულობა 100 ქალზე წელიწადში);
- მანიპულაციის ჩატარება უშუალოდ სქესობრივი კავშირის წინ;
- არ ხსნის ბოლომდე არასასურველი ორსულობის შიშს.

გამოყენების ჩვენებები

- მისაღებია მათთვის, ვისაც აქვთ დაორსულების დაბალი რისკი (იშვიათი სქესობრივი კავშირი ან გვიანი რეპროდუქციული ასაკი);
- გამოიყენება კომბინაციაში კონტრაქციის რითმულ მეთოდებთან;
- მისაღებია, როგორც კონტრაქციის დროებითი მეთოდი კოკ-ის და სმს გამოყენების შესვენებისას;
- მეძუძური ქალები, რომლებსაც ესაჭიროებათ კონტრაქცია

გამოყენების უკუჩვენებები

- არასასურველი ორსულობის მაღალი რისკი
- ალერგია რეზინზე, ლატექსზე ან სპერმიციდზე
- ენდორცერვიციტი
- საშვილოსნოს ყელის ეროზია
- ეჭვი ან დადგენილი საშვილოსნოს ყელის ავთვისებიანი ტრანსფორმაცია
- საშარდე სისტემის მორეციდივე ინფექცია
- ტოქსიური შოკის სინდრომი ანამნეზში
- საშოს განვითარების ანომალია, საშვილოსნოს პროლაფსი

გამოყენების წესი

- დიაფრაგმის ჩადგმა მიზანშეწონილია სქესობრივი ცხოვრების წინ (შეიძლება 6 სთ-ით ადრეც) და აქტის შემდეგ 8 სთ-ის განმავლობაში უნდა იქნეს დატოვებული საშოში (არა უმეტეს 24სთ-სა). საშოს გამორეცხვა არ არის რეკომენდებული.

ყოველი განმეორებითი სქესობრივი აქტის წინ საჭიროა კრემის ან ჟელეს დამატებითი დოზა.

- დიაფრაგმის როგორც ჩადგმის, ასევე მისი ამოღების პროცედურა მოსახერხებელია დანოლილ მდგომარეობაში, ჩამუხლული ან ერთი ფეხის სკამზე დაყრდნობით.
- დიაფრაგმა ყოველი გამოყენების შემდეგ უნდა გაირეცხოს საპნით, გამშრალდეს და 10 წთ-ით ჩაიდოს 70-80 %-იან ეთილის სპირტში დეზინფექციისათვის. დიაფრაგმა უნდა ინახებოდეს მშრალ ადგილას
- **ვინ უნდა ჩაატაროს კონსულტირება**

დიაფრაგმის მოხმარების არჩევისას კონსულტირების ჩატარება შეუძლიათ რეპროდუქტოლოგს, მეან-გინეკოლოგს, ოჯახის ექიმებს.

ინსტრუქცია ვაციენტებისათვის

- მეთოდის გამოყენების წინ დაიბანეთ ხელები;
- ნაუსვით დიაფრაგმის შიგნითა მხარეს და არშიის კიდეებს სპერმიციდი ან ჟელე;
- დაადეთ საჩვენებელი თითი დიაფრაგმის წვერს და მოკუმშეთ ის ცერსა და დანარჩენს თითებს შორის. შეაცურეთ დიაფრაგმა საშოში ქვემოთ და გვერდებისკენ საშოს უკანა თალამდე. შემდეგ დიაფრაგმის არშიის ზედა ნაწილი ასწიეთ მაღლა საშოს წინა კედლის გასწვრივ;
- პალპატორულად შეამოწმეთ დიაფრაგმის მდებარეობის სისწორე, იგი უნდა ფარავდეს საშვილოსნოს ყელს;
- დიაფრაგმის მოთავსება საშოში შეიძლება სქესობრივ აქტამდე 6 სთ-ით ადრე;
- საშოში დიაფრაგმა დატოვეთ 8 სთ, მაგრამ არაუმეტეს 24 სთ;
- ყოველი განმეორებითი აქტის წინ საჭიროა სპეციალური აპლიკატორის დახმარებით კრემის ან ჟელეს დამატებითი დოზა, რომლითაც უნდა დაიფაროს დიაფრაგმა გამოღების გარეშე;
- დიაფრაგმის ამოსაღებად საჭიროა არშიას კაუჭივით გამოსდოთ საჩვენებელი თითი და ქვემოთ ჩამოქაჩვით გამოიტანოთ საშოდან;
- დიაფრაგმა გამოყენების შემდეგ გარეცხეთ საპნით, გაამშრალეთ და 10 წთ-ით ჩადეთ 70-80%-იან ეთილის სპირტში დეზინფექციისათვის;
- შეინახეთ დიაფრაგმა მშრალ ადგილას

კონტრაცეპციული ღრუბელი

კონტრაცეპციული ღრუბელი წარმოადგენს მექანიკური და ქიმიური მეთოდების კომბინაციას - აფერხებს სპერმატოზოიდების მოხვედრას საშვილოსნოს ყელის არხში და შეიცავს სპერმიციდულ ნივთიერებებს

მოქმედების მექანიზმი

ღრუბლის მოქმედების მექანიზმი ხორციელდება მექანიკური ბარიერის შექმნისა და სპერმიციდის მოქმედების ხარჯზე, რომელიც იწვევს სპერმატოზოიდების ინაქტივაციასა და სიკვდილს საშოში მანამდე, სანამ ის შეაღწევს საშვილოსნოს ღრუსა და ფალოპის მილებში

ეფექტურობა

კონტრაცეპციული ღრუბლის ეფექტურობა არ არის მაღალი და შეადგენს 9-16 ორსულობას 100 ქალზე/წელიწადში

გამოყენების უსაფრთხოება

აღნიშნულ მეთოდს არ აქვს ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული არავითარი რისკი და რაიმე სომატური გვერდითი მოვლენები. ამდენად, ისინი უსაფრთხო ჩასახვის საწინააღმდეგო საშუალებებია.

უპირატესობები

- მარტივია გამოსაყენებლად;
- ნაწილობრივად იცავს სქესობრივი გზით გადამდები დაავადებებისაგან;
- გავლენას არ ახდენს ძუძუთ კვებაზე

ნაკლოვანებები

- შედარებით დაბალი კონტრაცეპციული ეფექტურობა;
- ალერგია სპერმიციდზე;

- გამოიყენება ერთჯერადად;
- საჭიროა საშოსმხრივი მანიპულაცია სქესობრივი აქტის ჩატარებამდე;
- არ ხსნის არასასურველი ორსულობის შიშს

გამოყენების ჩვენებები

- გამოიყენება ქალებში, რომლებსაც აქვთ დაორსულების მცირე რისკი (იშვიათი სქესობრივი კავშირი ან გვიანი რეპროდუქციული ასაკი);
- გამოიყენება კომბინაციაში კონტრაცეპციის რითმულ მეთოდებთან;
- გამოიყენება, როგორც კონტრაცეპციის დროებითი მეთოდი კოკ-ის ან სუს გამოყენების შესვენებისას.

გამოყენების უკუჩვენებები

- არასასურველი ორსულობის მაღალი რისკი
- საშოს განვითარების ანომალია
- კოლპიტი
- ცერვიციტი
- საშვილოსნოს პროლაფსი

გამოყენების წესი

ღრუბელს აქვს მომრგვალო ბალიშის ფორმა, რომელიც ერთი მხრიდან ჩაღრმავებულია. ღრუბლის ჩადგმა ხდება უშუალოდ სქესობრივი აქტის წინ. დიდი და საჩვენებელი თითის დახმარებით ღრუბელი შეგვაქვს საშოში და ვათავსებთ ისე, რომ ღრუბლის ჩაღრმავებული მხარე მოთავსდეს საშვილოსნოს ყელის მხარეს. ღრუბელი საშოში შეიძლება დარჩეს 24 სთ-ის განმავლობაში. ამ დროის განმავლობაში განმეორებითი სქესობრივი აქტის დროს დამატებითი დამცავი მეთოდის გამოყენება საჭირო არ არის. ღრუბელი ერთჯერადია და გამოყენების შემდეგ გამოუსადეგარია.

306 უნდა ჩაატაროს კონსულტირება

კონტრაცეპციული ღრუბლის მოხმარების არჩევისას კონსულტირების ჩატარება შეუძლიათ რეპროდუქტოლოგს, მეან-გინეკოლოგს, ოჯახის ექიმს.

ინსტრუქცია პაციენტებისთვის

- დაიბანეთ ხელები
- ამოიღეთ ღრუბელი შეკვრიდან
- მწლიარე ან მჯდომარე მდგომარეობაში ღრუბელი დიდი და საჩვენებელი თითების გამოყენებით შეიტანეთ საშოში ღრმად, ისე რომ მისი ჩაღრმავებული მხარე მოთავსდეს საშვილოსნოს ყელის მხარეს
- ღრუბელი საშოში შეგიძლიათ დატოვოთ 24 სთ-ის განმავლობაში, განმეორებითი სქესობრივი აქტის დროს არ არის საჭირო დამატებითი მეთოდის გამოყენებით.

3.5. კომბინირებული ორალური და სინექციო კონტრაცეპტივები

კომბინირებული ორალური კონტრაცეპტივები (კოკ)

კომბინირებული ორალური კონტრაცეპტივები წარმოადგენს მაღალეფექტურ, სინთეზურ ესტროგენ-პროგესტაგენურ პრეპარატებს, რომლებიც იცავს ქალს არასასურველი ორსულობისაგან.

კოკ-ი, მასში შემავალი ესტროგენისა და პროგესტაგენის კომბინაციის მიხედვით იყოფა ორ ძირითად ტიპად: მონოფაზური და მრავალფაზიანი.

- მონოფაზური – 21 აქტიური ტაბლეტიდან თითოეული შეიცავს ესტროგენისა და პროგესტაგენის თანაბარ რაოდენობას;
- მრავალფაზიანი: ორფაზიანი (ბიფაზური) და სამფაზიანი (ტრიფაზური).
- ორფაზიანი (ბიფაზური) – 21 აქტიური ტაბლეტიდან თითოეული შეიცავს ესტროგენის უცვლელ დოზას, ხოლო პროგესტაგენის დოზა იზრდება ციკლის მეორე ფაზაში;
- სამფაზიანი (ტრიფაზური) – 21 აქტიური ტაბლეტი შეიცავს ესტროგენისა და პროგესტაგენის სამ სხვადასხვა კომბინაციას: ესტროგენის შემცველობა იზრდება მხოლოდ მეორე ფაზაში, პროგესტაგენის შემცველობა იზრდება საფეხურებრივად სამ ეტაპად.

ესტროგენული კომპონენტის შემადგენლობის მიხედვით კოკ-ი იყოფა:

- მაღალდოზიანი – 1 ტაბლეტი შეიცავს 50 მკგ ე. ე.^{1*}
- დაბალდოზიანი – 1 ტაბლეტი შეიცავს 30-35 მკგ ე. ე.
- მიკროდოზირებული – 1 ტაბლეტი შეიცავს 15-20 მკგ ე. ე.

^{1*} ე. ე. – ეთინილესტრადიოლი

მოქმედების მექანიზმი

კოკ-ის მოქმედების მექანიზმი ვლინდება რეპროდუქციული სისტემის სხვადასხვა დონეზე: ჰიპოთალამუსი – ჰიპოფიზი – საკვერცხეები – საშვილოსნო – საშვილოსნოს მილები.

- თრგუნავს ოვულაციას. კოკ-ის მოქმედებით მცირდება ჰიპოთალამუსის მიერ რილიზინგ-ჰორმონის და ჰიპოფიზის მიერ გონადოტროპული ჰორმონების სეკრეცია, რის შედეგადაც საკვერცხეში ესტროგენის გამომუშავება ორჯერ მცირდება და ოვულაცია ითრგუნება. საკვერცხეები მცირდება ზომებში და შეიცავს მრავალ ატრეზიულ ფოლიკულს.
- ენდომეტრიუმი პროლიფერაციულ ფაზაში განიცდის სწრაფ რეგრესს და ნაადრევ სეკრეციულ ტრანსფორმაციას. ზოგჯერ აღინიშნება ატროფიული ცვლილებებიც, რომელსაც აქვს ანტიიმპლანტაციური ეფექტი.
- მცირდება საშვილოსნოს მილების პერისტალტიკა, რაც აქვეითებს მათში სპერმატოზოიდების მოძრაობას.
- იცვლება ცერვიკალური ლორწოს ბიოქიმიური შემადგენლობა – ქვეითდება სიალის მჟავა. ასევე ციკლური ცვლილებების არარსებობის გამო ცერვიკალური ლორწო სქელდება და მასში სპერმატოზოიდების შეღწევა ძნელდება.

ეფექტურობა

კოკ-ის ეფექტურობა შეადგენს:

0,3 ორსულობას 100 ქალზე/წელიწადში, პრაქტიკულად, სწორად და რეგულარულად გამოყენების შემთხვევაში;

6-8 ორსულობას ქალზე/წელიწადში უსისტემოდ, არარეგულარულად გამოყენების შემთხვევაში.

კონტრაცეციული უპირატესობები

- მაღალი და სწრაფი ეფექტურობა;
- მეთოდის შექცევადობა;
- ქალს ეძლევა შესაძლებლობა აკონტროლოს ფერტილობა;
- გვერდითი მოვლენების სიმცირე;
- გამოყენების სიმარტივე;

- გამოყენების წინ არ არის აუცილებელი საშოსმხრივი გასინჯვა;
- არ უკავშირდება სქესობრივ აქტს;
- შედარებით იაფია (თუ შევადარებთ აბორტის ხარჯებს);
- შეიძლება გავრცელდეს არასამედიცინო პერსონალის მიერ;
- მენსტრუალური ციკლის ადექვატური კონტროლი.

არაკონტრაცეპციული უპირატესობები

სამედიცინო პრაქტიკაში კოკ გამოიყენება არა მარტო კონტრაცეპციული, არამედ არაკონტრაცეპციული მიზნითაც, რომელსაც აქვს თავისი უპირატესობები:

- მცირდება საშვილოსნოსგარე ორსულობის სიხშირე;
- მცირდება მცირე მენჯის ღრუს ორგანოების ანთებითი დაავადებების სიხშირე;
- მცირდება მენსტრუალური გამონადენი;
- მცირდება სარძევე ჯირკვლების კეთილთვისებიანი დაავადების (ფიბროზულ-კისტოზური მასტოპათია) რისკი;
- მცირდება საკვერცხის, ენდომეტრიუმისა და კოლორექტალური კიბოს განვითარების რისკი;
- ქრება, ან მცირდება პრემენსტრუალური დაძაბულობა და დისმენორეის სიმპტომები;
- მცირდება რკინადეფიციტური ანემიის რისკი (მენსტრუალური გამონადენის შემცირების ხარჯზე);
- დადებითად მოქმედებს ენდომეტრიოზის მიმდინარეობაზე;
- მცირდება საშვილოსნოს მიომის განვითარების რისკი;
- მცირდება საკვერცხის რეტენციული წარმონაქმნების სიხშირე;
- ხასიათდება სამკურნალო ეფექტით ჰიპერანდროგენული (აკნე, ჰირსუტიზმი, სეზორეა) მდგომარეობებისას;
- გამოიყენება საშვილოსნოდან დისფუნქციური სისხლდენების, უშვილობის სამკურნალოდ;
- იზრდება ძვლის სიმკვრივე;
- იხსნება „არასასურველი ორსულობის შიში“;

- შესაძლებელია მორიგი მენსტრუაციის „გადაწვევა“ გამოცდის, შეჯიბრების, დასვენების დროს, ან სამედიცინო ჩვენებით.

ნაკლოვანებები

- მიღების წესის დარღვევა ზრდის არასასურველი ორსულობის რისკს;
- საჭიროებს კვალიფიციურ კონსულტაციას;
- ყოველდღიური გამოყენება – საჭიროებს მუდმივ მოტივაციას. გულმავიწყობა ზრდის ორსულობის რისკს;
- ეფექტურობა ქვეითდება ზოგიერთ ნამალთან ერთდროული მიღებისას (ბარბიტურატები, ანტიტუბერკულოზური პრეპარატები);
- არიცავს სქესობრივი გზით გადადები დაავადებებისაგან (მათ შორის B ჰეპატიტის ვირუსი და აივ/შიდსი);
- შესაძლოა ფერტილობის აღდგენის შეფერხება (1-2% შემთხვევაში);
- ძალიან იშვიათად შესაძლებელია სერიოზული გართულებები: ინფარქტი, ინსულტი, ფილტვის ან თავის ტვინის თრომბოზი (შესაბამისად 1, 3 ან და 11 შემთხვევა 100 000 ქალზე, რომლებიც იყენებენ კოკ-ს)
- აუცილებელია უწყვეტი მომარაგება

მდგომარეობები, რომლებიც კოკ-ის გამოყენების დაწყებამდე მოითხოვს წინასწარ სამედიცინო შეფასებას

ჯანმრთელობის კლასიფიკაცია:

კატეგორია 1: კოკ-ი შეუზღუდავად გამოიყენება ნებისმიერი სიტუაციაში.

კატეგორია 2: კოკ-ი უმეტეს შემთხვევაში შეუზღუდავად გამოიყენება, რადგანაც სარგებლობა მეტია, ვიდრე თეორიული და/ან დადასტურებული რისკი.

კატეგორია 3: კოკ-ის გამოყენება რეკომენდებული არ არის, რადგანაც თეორიული ან დადასტურებული რისკი მეტია ვიდრე სარგებლობა. კოკ-ი გამოიყენება მხოლოდ იმ შემთხვევაში, თუ სხვა მეთოდი არ არის ხელმისაწვდომი.

კატეგორია 4: კოკ-ის გამოყენება არ შეიძლება.

კოკ-ის გამოყენების უპრევენეზია:

- ორსულობა;
- მშობიარობის შემდეგ 6 თვე ძუძუთი კვების დროს;
- მშობიარობის შემდეგ 3 კვირა არა მეძუძურ დედებში;
- სასქესო გზებიდან დაუდგენელი გენეზის სისხლდენა;
- გულ-სისხლძარღვთა დაავადების მრავლობითი რისკ-ფაქტორების არსებობა; გართულებებით მიმდინარე გულის სარქველების დაავადებები;
- თრომბოფლებიტი, თრომბოემბოლიური დაავადებები, თავის ტვინის სისხლის მიმოქცევის დარღვევა, ცერებრო-ვასკულური ინსულტები, მიოკარდიუმის ინფარქტი (ანამნეზში);
- თრომბოგენური მუტაცია – სისხლის შედედების დარღვევები;
- შაკიკი ნევროლოგიური სიმპტომებით;
- 35 წლის ზევით სიგარეტის მოწევა (დღეში 15 ლერი და მეტი სიგარეტი);
- არტერიული ჰიპერტონია;
T/A სისტოლური ≥ 160 დიასტოლური ≥ 100 მმ ვწყ სვ (მე-4 კატეგორია)
ან სისტოლური $\geq 140-159$ დიასტოლური $\geq 90-99$ მმ ვწყ სვ (მე-3 კატეგორია);
- შაქრიანი დიაბეტი სისხლძარღვოვანი გართულებებით, ან სხვა სისხლძარღვოვან დაავადებებთან ერთად, ან 20 წლის ხანგრძლივობით;
- ძუძუს კიბო ამჟამად;
- ღვიძლის მწვავე დაავადება (ჰეპატიტი);
- ღვიძლის კეთილთვისებიანი ან ავთვისებიანი სიმსივნე, ღვიძლის ციროზი, დეკომპენსაციის სტადიაში;
- ქირურგიული ოპერაცია ხანგრძლივი იმობილიზაციით.

კოკ-ის მიღების დაწყება შესაძლებელია რეგულარული მენსტრუალური ციკლის დროს:

- კოკ-ის მიღების დაწყება შესაძლებელია რეგულარული მენსტრუალური ციკლის დროს;
- მენსტრუალური ციკლის დაწყებიდან 5 დღის განმავლობაში;
- მენსტრუალური ციკლის ნებისმიერ დროს, თუ საკმარისი საფუძველი არსებობს იმისი, რომ ქალი ორსულად არ არის;

- თუ კოკ-ის მიღება იწყება მენსტრუალური ციკლის დაწყებიდან 5 დღის შემდეგ, ქალს რეკომენდაცია ეძლევა თავი შეიკავოს სქესობრივი კავშირისაგან, ან გამოიყენოს კონტრაცეპციის დამატებითი მეთოდი 7 დღის განმავლობაში (კონდომი / სპერმიციდი).

ამენორეის დროს:

- კოკ-ის მიღების დაწყება შეიძლება ნებისმიერ დროს, თუ საკმარისი საფუძველი არსებობს იმისი, რომ ქალი ორსულად არ არის. ასეთ შემთხვევაში ქალმასასურველია თავი შეიკავოს სქესობრივი კავშირისაგან ან გამოიყენოს კონტრაცეპციის დამატებითი მეთოდი 7 დღის განმავლობაში (კონდომი / სპერმიციდი)

მშობიარობისა და აბორტის შემდეგ:

- მშობიარობიდან 6 თვის შემდეგ, თუ ქალი ძუძუთი კვებას ბავშვს;
- მშობიარობიდან 3 კვირის შემდეგ, თუ ქალი ძუძუთი არ კვებას ბავშვს;
- აბორტის შემდეგ კოკ-ის გამოყენება შეიძლება მაშინვე. ამასთან კონტრაცეპციის დამატებითი მეთოდის გამოყენება საჭირო არ არის.

გამოყენების რეჟიმი:

- ქალი ღებულობს თითო ტაბლეტს ყოველდღე 21 დღის განმავლობაში (ერთსა და იმავე დროს). ისვენებს 7 დღე და მე-8-ე დღიდან იწყებს ახალ ფირფიტას.
- თუ ფირფიტა შეიცავს 28 ტაბლეტს (ბოლო 7 ტაბლეტი არაჰორმონულია და შეიძლება შეიცავდეს რკინას ან ვიტამინს), ქალი კოკ-ს ღებულობს უწყვეტი რეჟიმით, ანუ 28 ტაბლეტის დამთავრების შემდეგ ქალი შესვენების გარეშე ტაბლეტების მიღებას იწყებს ახალი ფირფიტიდან.

კოკ-ის მიღების შემდეგ ფერტილობის აღდგენა

კოკ-ის დიდ უპირატესობას წარმოადგენს მისი მიღების შემდეგ ფერტილობის სწრაფი აღდგენა. ჰიპოთალამუს — ჰიპოფიზ — საკვერცხეების ფუნქციონირება 90%-ში აღდგება 2-6 თვის განმავლობაში. შემთხვევათა 2%-ში შეიძლება ადგილი ჰქონდეს ჰიპოფიზის გონადოტროპული ფუნქციის ჰიპერდამუხრუჭების სინდრომს და შესაბამისად ამენორეას. აღნიშნული მდგომარეობა ძირითადად გვხვდება მაღალდოზიანი პრეპარატების

გამოყენებისას 6 და მეტი თვის განმავლობაში. ამენორეა შეიძლება განვითარდეს ენდომეტრიუმის ატროფიული ცვლილებების შედეგად, რომელიც შექცევადი პროცესია. ენდომეტრიუმის ფუნქციური შრის აღდგენის შემდეგ მენსტრუაცია თავისთავად აღდგება ან შესაძლებელია საჭირო გახდეს ესტროგენებით მკურნალობა.

პრეპარატებით მომარაგება

- ექიმმა ქალს უნდა მისცეს კოკ-ის წლიური მარაგი (დამოკიდებულია ქალის სურვილზე, რამდენ ხანს გეგმავს იგი კოკ-ის მიღებას) თუ ექიმს გააჩნია კონტრაცეპტივებით (კოკ-ით) პროგრამული უზრუნველყოფა. ან ურჩიოს მას, თვითონ იზრუნოს მარაგის შექმნაზე.
- მარაგის შევსების სისტემა მოქნილი უნდა იყოს, რომელიც ქალს საშუალებას მისცემს, თავისუფლად მიიღოს კონტრაცეპციის საჭირო რაოდენობა მისთვის მოსახერხებელ დროს.
- ჯანმო-ს ექსპერტების მონაცემებით ექიმის მიერ ქალისთვის კოკ-ის გაცემა რაოდენობის თვალსაზრისით შეზღუდული არ უნდა იყოს, რადგანაც ჰორმონული კონტრაცეპციის გამოყენების დროს არასასურველი (ან იძულებითი) შესვენება ზრდის დაუგეგმავი ორსულობის რისკს

მეთვალყურეობა – განმეორებითი ვიზიტი

- კოკ-ის გამოყენებისას ქალი ექიმთან უნდა მივიდეს ყოველწლიურად.
- კოკ-ის მიღების დაწყებიდან 3 თვის შემდეგ აუცილებელია ექიმთან განმეორებითი ვიზიტი.
- ქალმა ექიმს უნდა მიმართოს ნებისმიერ დროს კონტრაცეპციასთან დაკავშირებული რომელიმე გვერდითი მოვლენის, ან სხვა რაიმე პრობლემის წარმოქმნის შემთხვევაში, ან თუ ქალს სურს კონტრაცეპციის აღნიშნული მეთოდის შეცვლა.

კონსულტირება

კონტრაცეპციის მეთოდის შერჩევა ხდება: რეპროდუქტოლოგის, მეან-გინეკოლოგის და ოჯახის ექიმის მიერ.

ქალს უნდა მიეცეს ზუსტი ინსტრუქცია კოკ-ის:

- მოქმედების მექანიზმზე
- გვერდით მოვლენებზე (იხ. გვერდითი მოვლენები)
- საყურადღებო ნიშნებზე (იხ. საყურადღებო ნიშნები)
- კოკ-ის მიღების დაწყებაზე (იხ. კოკ-ის მიღების დაწყება)
- რეჟიმზე (იხ. გამოყენების რეჟიმი)
- გამოტოვებულ აბებზე (იხ. პროტოკოლი გვერდითი მოვლენები, შეფასება, მართვა)
- განმეორებით ვიზიტზე (იხ. მეთვალყურეობა – განმეორებითი ვიზიტი)
- ფერტილობის აღდგენაზე

კოკ-ის გვერდითი მოვლენების კლასიფიკაცია

ისტროგენდამოკიდებული ეფექტი	პროგესტაგენდამოკიდებული ეფექტი
<ul style="list-style-type: none"> • თავის ტკივილი • T/A-ის მომატება (არტერიული წნევის მომატება) • გალიზიანება • გულისრევა, ღებინება • თავბრუსხვევა • მასტოდინია (სისავსის შეგრძნება სარძევე ჯირკვლებში) • ქლოაზმა (ორსულობის მსგავსი ლაქები სახეზე) • ვარიკოზული ვენების მდგომარეობის გაუარესება • კონტაქტური ლინზების აუტანლობა • სხეულის წონაში მომატება 	<ul style="list-style-type: none"> • თავის ტკივილი • დეპრესია • ადვილად დაღლა • აკნე • ლიბიდოს დაქვეითება • საშოს ლორწოვანი გარსის სიმშრალე • ვარიკოზული ვენების მდგომარეობის გაუარესება • სხეულის წონაში მომატება

**ესტროგენული ეფექტის უკმარისობა
(ესტროგენის შეფარდებით მცირე დოზა)**

**პროგესტაგენული ეფექტის უკმარისობა
(პროგესტაგენის შეფარდებით
მცირე დოზა)**

- | | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • თავის ტკივილი • დეპრესია • გაღიზიანება • სარძევე ჯირკვლების ზომასში შემცირება • ლიბიდოს დაქვეითება • საშოს ლორწოვანი გარსის სიმშრალე • მენსტრუაციათა შორის სისხლიანი ჩამონაშალი ციკლის დასაწყისში და/ან შუაში • მცირე მენსტრუალური გამონადენი | <ul style="list-style-type: none"> • ქარბი მენსტრუაცია • მენსტრუაციათა შორის სისხლიანი ჩამონაშალი ციკლის მეორე ფაზაში • მენსტრუაციის შეფერხება |
|--|---|

საყურადღებო ნიშნები კოკ-ის მიღებისას

ქალმა უნდა მიმართოს სამედიცინო დაწესებულებას მაშინვე, თუ შეამჩნია ქვემოთ აღწერილი რომელიმე ნიშანი:

- ძლიერი ტკივილი გულმკერდში, ან ქოშინი;
- ძლიერი თავის ტკივილი, ან მხედველობის დარღვევა, მეტყველების მოშლა;
- ძლიერი ტკივილი ქვემო კიდურებში;
- ძლიერი ტკივილი მუცლის არეში;
- სიყვითლე ;
- სისხლიანი გამონადენის არარსებობა: 21 ტაბლეტიანი ფირფიტის დამთავრების შემთხვევაში ან 7 არააქტიური ტაბლეტის მიღების პერიოდში, რომელიც შეიძლება იყოს ორსულობის ნიშანი.

(3, 7 – ხარისხი A)

კომბინირებული საინექციო კონტრაცეპტივები (კსკ)

კომბინირებული საინექციო კონტრაცეპტივები შეიცავს ხანმოკლე მოქმედების (ბუნებრივ) ესტროგენს და ხანგრძლივი მოქმედების პროგესტაგენს. საინექციო პრეპარატები თანდათანობით შეიწოვება ინექციის შემდეგ 28 დღის განმავლობაში. ერთი ინექცია კეთდება თვეში ერთხელ.

კსკ-ს ტიპები

- 25 მგ დეპო-მედროქსიპროგესტერონ აცეტატი და 5 მგ ესტრადიოლ ციპიონატი (ციკლოფემი, ციკლოპროვერა, ლუნელა და ნოვაფემი)
- 50 მგ ნორეთისტერონ ენანტატი და 5 მგ ესტრადიოლ ვალერატი (მესიჯინა და ნორიგინონი)

რადგანაც კსკ-ში შემავალი ესტროგენი უფრო ფიზიოლოგიურია და ნაკლებად ძლიერი, ვიდრე კოკ-ში შემავალი სინთეზური ესტროგენი, კსკ-ს გამოყენებისას გამოვლენილი ესტროგენდამოკიდებული გვერდითი მოვლენები შეიძლება განსხვავებოდეს კოკ-ის გვერდითი მოვლენებისაგან. კსკ-ს მოკლევადიანმა გამოკვლევებმა აჩვენა, რომ კოკ-თან შედარებით იგი უმნიშვნელოდ მოქმედებს არტერიულ წნევაზე, ჰემოსტაზზე, სისხლის შედედებაზე, ლიპიდების მეტაბოლიზმზე და ღვიძლის ფუნქციაზე.

კსკ-ი წარმოადგენს კონტრაცეპციის შედარებით ახალ მეთოდს, ამდენად მათი ხანგრძლივი გამოყენების ეპიდემიოლოგიური მონაცემები ამ ეტაპზე მცირეა. ამასთან, კოკ-ის მიღებისას ჰორმონული დატვირთვის მოხსნა შეიძლება პრეპარატის მიღების შეწყვეტით, ხოლო კსკ-ს გამოყენებისას ჰორმონის ზემოქმედება გრძელდება ხანგრძლივად.

ჯანმო-ს სამუშაო ჯგუფის დასკვნითი მასალა, რომელიც კოკ-ის გამოყენებაზე არსებობს, უმეტეს შემთხვევაში მისაღებია კსკ-ზე, მაგრამ არა ყველა შემთხვევაში. ამიტომ კსკ-ს გამოყენებისას პაციენტების მდგომარეობის კვალიფიკაციის დროს ჯანმო-ს სამუშაო ჯგუფი ორინტეგრირებული იყო კოკ-ის და პკ-ს (პროგესტაგენული კონტრაცეპტივები) კატეგორიებზე და შეარჩია საშუალო მათ შორის. თუმცა მძიმე ფორმის პათოლოგიების დროს (მაგ: გულის იშემიური დაავადება) კლასიფიკაცია არის იგივე, რაც კოკ-ის დროს. ამიტომ აღნიშნული კატეგორიები არის წინასწარი და ახალი მონაცემების მიხედვით ექვემდებარება გადასინჯვას.

კსკ-ს მოქმედების მექანიზმი (იხ. კოკ-ი)

ეფექტურობა

კსკ-ს ეფექტურობა შეადგენს 0,05 ორსულობა 100 ქალზე/წელიწადში, სწორად და რეგულარულად გამოყენების შემთხვევაში. 3 ორსულობა 100 ქალზე/წელიწადში არარეგულარულად გამოყენების შემთხვევაში.

კონტრაცეპციული უპირატესობები

- მაღალი ეფექტურობა
- მეთოდის შექცევადობა
- შეიძლება დაცული იყოს კონტრაცეპციის მეთოდის გამოყენებასთან დაკავშირებული კონფიდენციალობა
- გამოყენების სიმარტივე
- გამოყენების წინ არ არის აუცილებელი საშოსმხრივი გასინჯვა
- არ მოითხოვს მარაგის გაკეთებას

ნაკლოვანებები

- ზოგიერთ შემთხვევაში იწვევს მენსტრუალური ციკლის ხასიათის შეცვლას (ადრეულ სტადიაზე არარეგულარული – მცირე რაოდენობით სისხლიანი გამონადენი)
- დამოკიდებულია გამოყენებულზე (პაციენტი კლინიკაში უნდა მოვიდეს 30 დღეში ერთხელ)
- არიცავს სქესობრივი გზით გადამდები დაავადებებისაგან (მათ შორის B ჰეპატიტის ვირუსი და აივ/შიდსი)

კსკ-ის გამოყენების ჩვენებები

კსკ შეიძლება გამოიყენონ იმ ქალებმა, რომლებსაც:

- ავიწყდებათ ტაბლეტების ყოველდღე მიღება
- პროგნოსტიკული საინექციო კონტრაცეპტივების ფონზე აღენიშნებოდათ არარეგულარული სისხლიანი ჩამონაშალი

კსკ-ს გვერდითი მოვლენები

- მენსტრუალური ციკლის ცვლილებები. უფრო ნაკლებად გვხვდება, ვიდრე პროგნოსტიკული საინექციო კონტრაცეპტივების გამოყენების დროს. პირველი ციკლი არის მოკლე (10-20 დღე), რომლის შემდეგ აღინიშნება ყოველთვიური სისხლდენა. არარეგულარული სისხლდენა აღინიშნება შემთხვევათა 30%-ში პირველი 3 თვის განმავლობაში. კსკ-ს გამოყენებლების უმრავლესობას პირველი წლის ბოლოს აღინიშნებათ რეგულარული მენსტრუალური ციკლი
- ამენორეა არ აღინიშნება
- სხვა მცირე გვერდითი მოვლენებია: წონაში მომატება, თავის ტკივილი

უკუჩვენებები, კატეგორიები, ურთიერთქმედება სხვა მედიკამენტებთან და გვერდითი მოვლენები იხ. კოკ-ის შესაბამის ნაწილში

კსკ-ს ინექციის გაკეთების ვადები

რეგულარული მენსტრუალური ციკლის დროს:

- მენსტრუალური ციკლის დაწყებიდან 7 დღის განმავლობაში. კონტრაცეპციის დამატებითი მეთოდის გამოყენება საჭირო არ არის;
- მენსტრუალური ციკლის ნებისმიერ დროს, თუ საკმარისი საფუძველი არსებობს იმისა, რომ ქალი ორსულად არ არის;
- თუ ინექცია კეთდება მენსტრუალური ციკლის დაწყებიდან 7 დღის შემდეგ, ქალს ეძლევა რეკომენდაცია თავი შეიკავოს სქესობრივი კავშირისაგან, ან გამოიყენოს კონტრაცეპციის დამატებითი მეთოდი 7 დღის განმავლობაში.

ამენორეის დროს:

- კსკ-ს ინექცია შეიძლება ნებისმიერ დროს, თუ საკმარისი საფუძველი არსებობს იმისი, რომ ქალი ორსულად არ არის. ასეთ შემთხვევაში, ქალმა სასურველია თავი შეიკავოს სქესობრივი კავშირისაგან, ან გამოიყენოს კონტრაცეპციის დამატებითი მეთოდი ინექციიდან 7 დღის განმავლობაში.

მშობიარობისა და აბორტის შედეგ:

- თუ მშობიარობიდან გავიდა 6 თვეზე მეტი, ქალი აგრძელებს ბავშვის ძუძუთი კვებას და აქვს ამენორეა, კსკ-ს ინექცია კეთდება „ამენორეის“ შესაბამისი რეკომენდაციის მიხედვით.
- თუ მშობიარობიდან გავიდა 6 თვეზე მეტი, ქალი ძუძუთი კვებას ბავშვს და აქვს რეგულარული მენსტრუალური ციკლი, კსკ-ს ინექცია კეთდება „რეგულარული მენსტრუალური ციკლის“ რეკომენდაციის მიხედვით.
- თუ მშობიარობიდან გავიდა 3 და მეტი კვირა, ქალი ძუძუთი არ კვებას ბავშვს და აქვს ამენორეა, კსკ-ს ინექციის გაკეთება შეიძლება ნებისმიერ დროს, თუ საკმარისი საფუძველი არსებობს იმისა, რომ ქალი ორსულად არ არის. ამასთან ქალს ეძლევა რეკომენდაცია თავი შეიკავოს სქესობრივი კავშირისაგან, ან გამოიყენოს კონტრაცეპციის დამატებითი მეთოდი ინექციიდან 7 დღის განმავლობაში.
- თუ მშობიარობიდან გავიდა 3 და მეტი კვირა, ქალი ძუძუთი არ კვებას ბავშვს და მენსტრუალური ციკლი აღდგა, კსკ-ს ინექცია კეთდება „რეგულარული მენსტრუალური ციკლი“-ს რეკომენდაციის მიხედვით.
- აბორტის შემდეგ მაშინვე შეიძლება კსკ-ს ინექციის გაკეთება. ამასთან კონტრაცეპციის დამატებითი მეთოდის გამოყენება საჭირო არ არის.

კსკ-ს გამოყენების რეჟიმი:

- კსკ-ს განმეორებით ინექციებს შორის შუალედი შეადგენს 4 კვირას.
- თუ რეკომენდებული ინტერვალის დაცვა ვერ ხერხდება, ინექციის გაკეთება შეიძლება ვადაზე 1-7 დღით ადრე. თუმცა ასეთ შემთხვევაში შესაძლებელია დაირღვეს მენსტრუალური ციკლი.
- თუ რეკომენდებული ინტერვალის დაცვა ვერ ხერხდება, ინექციის გაკეთება შეიძლება 1-7 დღით გვიან. 7 დღეზე მეტი გადაცილების შემთხვევაში შეიძლება მხოლოდ იმ პირობით, თუ საკმარისი საფუძველი არსებობს იმისი, რომ ქალი ორსულად არ არის. ასეთ შემთხვევაში ქალს ეძლევა რეკომენდაცია თავი შეიკავოს სქესობრივი კავშირისაგან, ან გამოიყენოს კონტრაცეპციის დამატებითი მეთოდი 7 დღის განმავლობაში.

ფერტილობის აღდგენა

- კსკ-ს ინექციის შემდეგ ფერტილობის აღდგენის შესახებ გამოკვეთილი მონაცემები ამჟამად არ არის.

კონსულტირება

კსკ-ს ინექციის გაკეთებამდე ქალთან უნდა ჩატარდეს კონსულტირება, რომელიც მოიცავს:

- მეთოდის უპირატესობებს და ნაკლოვანებებს, ეფექტურობას, რისკს და სარგებელს, გვერდით მოვლენებს და ღირებულებას;
- ოჯახის დაგეგმვის ალტერნატიულ მეთოდებს;
- სიგარეტის მოწევას და მასთან დაკავშირებულ სისხლძარღვოვან გართულებებს;
- ინექციების ვადებს.

კოკ-ის ურთიერთქმედება სხვა მედიკამენტებთან

ხშირად გამოყენებული ან დანიშნული ნაგლევი	გვერდითი ეფექტები	კომენტარები და რეკომენდაციები
ტკვილგამაყურებლები – აცეტამინოფენი (ტაილენოლი, პარაცეტამოლი და სხვ.).	ტკვილგამაყურებელი ეფექტის შესაძლო დაქვეითება (ნამლების ექსკრეციის გაძლიერება).	თვალყური ადევნეთ ტკვილგამაყურებელ ეფექტს.
ანტიბიოტიკები * - გრიზოფულვინი და რიფამპინი. არ არსებობს კლინიკურად დადასტურებული ეფექტი პენიცილინებისთვის, ტეტრაციკლინებისთვის, ცეფალოსპორინებისთვის და სხვა ხშირად გამოყენებული ანტიბიოტიკებისათვის. აღნიშნული ანტიბიოტიკების მიღებისას შეიძლება კონტრაცეპციის ჰორმონული მეთოდის მიღება და ჩვეულებრივ საჭირო აღარ არის კონტრაცეპციის დამატებითი მეთოდის გამოყენება.	კოკ-ის კონტრაცეპციული ეფექტის დაქვეითება, განსაკუთრებით დაბალდოზიანი კოკ-ის შემთხვევაში 30-35 მკგ ეთინილ ესტრადიოლი (ეე).	დაეხმარეთ ქალს, აარჩიოს კონტრაცეპციის სხვა მეთოდი, ან გამოიყენეთ აბები ესტროგენის უფრო მაღალი შემცველობით (50 მკგ ეე) ან კონტრაცეპციის დამატებითი მეთოდი (მაგ. კონდომი).
ანტიდეპრესანტები (ელავილი, ნორპრამინი, ტოფრანილი და სხვ.).	შესაძლოა ანტიდეპრესანტული ეფექტის გაძლიერება.	გამოიყენეთ სიფრთხილით. ანტიდეპრესანტების დაბალი დოზები პრაქტიკულად უსაფრთხოა.

ჰიპოტენზიური პრეპარატები მე-თილდოპა (დოპეგეტი), ალდომეტი და სხვ.	შესაძლოა ჰიპოტენზიური ეფექტის შესუსტება.	გამოიყენეთ კოკ და კსკ სიფრთხილით, გააკონტროლეთ არტერიული წნევა.
კრუნჩხვის სანინალმდეგო ბარბიტურატები (ფენობარბიტალი და სხვ.) კარბამაზეპინი (ტეგრეტოლი) ფენიტონი (დილანტინი) პრიმიდონი (მისოლინი).	კოკ და კსკ კონტრაცეპციული ეფექტის შემცირება, განსაკუთრებით დაბალდოზიანი კოკ-ის მიღების შემთხვევაში. შესაძლოა ფენიტონის ეფექტის გაზრდა.	დაეხმარეთ ქალს აარჩიოს კონტრაცეპციის სხვა მეთოდი ან გამოიყენეთ მაღალდოზიანი კოკ (50 მკგ ეე) ან კონტრაცეპციის დამატებითი მეთოდი (მაგ. კონდომი).
ბეტა ბლოკატორი (კორგარდი, ინდერალი, ლოპრესორი, ტენორმინი).	შესაძლოა ბეტა ბლოკატორული ეფექტის გაზრდა.	აკონტროლეთ გულ-სისხლძარღვთა მდგომარეობა.
ბრონქოდილატატორები თეოფილინი (ბრონკოტაბსი, მარაქსი, პრიმატენი, ქუიბრონ ტედრალი, თეოდური და სხვ.).	თეოფილინის ეფექტის გაძლიერება.	აკონტროლეთ თეოფილინის დოზის გადაჭარბების სიმპტომები.
ჰიპოგლიკემიური (დიაბინეზე, ორინაზე, ტოლბუტამიდი, ტოლინაზე).	შესაძლოა ჰიპოგლიკემიური ეფექტის დაქვეითება.	აკონტროლეთ შაქარი სისხლში ისევე, როგორც ნებისმიერ დიაბეტიან ქალში.
ტრანკვილიზატორები ბენზოდიაზეპინი (ატივანი, ლიბრიუმი, სერაქსი, ტრანქსენი, ვალიუმი, ქსანაქსი და სხვა).	შესაძლოა ტრანკვილიზატორების ეფექტის გაძლიერება ან შესუსტება, მათ შორის ფსიქომოტორული დარღვევები.	გამოიყენეთ სიფრთხილით. ჩვეულებრივი დოზები, როგორც წესი, მნიშვნელოვან ეფექტებს არ იწვევს.

* რამდენადაც გრიზოფულვინი, რომელიც იწვევს ესტროგენისა და პროგესტაგენის მეტაბოლიზმის გაზრდას, ჩვეულებრივ მხოლოდ ხანმოკლე პერიოდის განმავლობაში (2-4 კვირა) გამოიყენება, ქალებს, რომლებიც იღებენ მას მიკოზური ინფექციის სამკურნალოდ, შეუძლიათ გააგრძელონ კოკ-ის მიღება. მათ უნდა გამოიყენონ კონტრაცეპციის დამატებითი მეთოდი გრიზოფულვინის მიღების პერიოდში და მისი შეწყვეტის შემდეგ მომდევნო მენსტრუაციის დაწყებამდე.

3.6. პროგნოსტიკური აბეზი

(“მინი-პილი”)

პროგნოსტიკური აბეზი (პა) შეიცავს ჰორმონის მხოლოდ ერთ სახეობას — პროგნოსტიკურს. აღნიშნული აბეზი კომბინირებული ორალური კონტრაცეპტივებისაგან განსხვავებით არ შეიცავს ესტროგენს, რის გამოც შესაძლებელია მათი გამოყენება მეძუძური ქალებისათვის, რადგან არ აფერხებენ რძის გამომუშავებას და დედის რძეში მხოლოდ უმნიშვნელო რაოდენობით გადადიან.

ტიპი

- შეფუთვა: 30 ან 35 აბით. თითოეული ტაბლეტი შეიცავს 300 მკგ ლევონორგესტრელს ან 350 მკგ ნორეთინდრონს;
- შეფუთვა 28 აბით: შეიცავს 75 მკგ ნორგესტრელს ან 500 მკგ ლინესტრენოლს

მოქმედების მექანიზმი

- იწვევს საშვილოსნოს ყელის ლორწოს შესქელებას, რაც ხელს უშლის სპერმატოზოიდების შეღწევას ცერვიკალურ არხში;
- ენდომეტრიუმის ჰისტომორფოლოგიური ცვლილებების გამო გაძნელებულია განაყოფიერებული კვერცხუჯრედის იმპლანტაცია საშვილოსნოს ღრუში;
- “მინი-პილის” ჰიპოთალამუსზე ზეგავლენის გამო ჰიპოფიზის მიერ გამომუშავებული მალთეინიზირებული ჰორმონის კონცენტრაციის დაქვეითების შემთხვევაში 50-60%-ში აღინიშნება ოვულაციის დათრგუნვა;
- ფალოპის მილების პერისტალტიკის დაქვეითების გამო ფერხდება სპერმატოზოიდების გადაადგილება

ეფექტურობა

სუფთა პროგნოსტიკური აბეზი გამოირჩევა მაღალი კონტრაცეპციური ეფექტურობით — 0,5-8 ორსულობა 100 ქალზე წელიწადში თუ მათი მიღება ხდება სწორად და მუდმივად. პროგნოსტიკური აბეზი ჩვეულებრივ ასევე ძალიან ეფექტურია მეძუძური ქალებისათვისაც: 1 ორსულობა ყოველ 100 ქალზე წელიწადში

პროგნოსტიკური აბაჯის უსაფრთხოება

პროგნოსტიკური აბები კონტრაცეპციის უსაფრთხო მეთოდია. მათი გამოყენების გამო სიკვდილიანობა ან რაიმე სერიოზული სამედიცინო გართულება არ დაფიქსირებულა, თუმცა 30 წელზე მეტია რაც ამ აბებს მსოფლიოში გამოიყენებენ კონტრაცეპციის მიზნით

- “მინი-პილის” შემადგენლობაში ესტროგენი არ შედის, მასში მცირე დოზითაა წარმოდგენილი მხოლოდ პროგესტაგენი, რის გამოც მათ არ გააჩნით ესტროგენდამოკიდებული გვერდითი მოვლენები და გართულებები.

კონტრაცეპციული უპირატესობანი

- მაღალი ეფექტურობა (ყოველდღიური მიღებისას 0,5 — 8 ორსულობა 100 ქალზე მეთოდის გამოყენების პირველ წელიწადს);
- ეფექტურია გამოყენებისთანავე;
- მეთოდი შექცევადია;
- მისაღებად მოსახერხებელი და იოლია;
- აბების შეწყვეტის შემდეგ ფერტილობის აღდგენა ხდება 12-24 სთ-ის განმავლობაში;
- მეთოდის გამოყენება არ არის დაკავშირებული სქესობრივ აქტთან;
- არ შეიცავს ესტროგენს;
- ნაკლები გვერდითი მოვლენები;
- პაციენტს შეუძლია შეწყვიტოს აბების მიღება საკუთარი ნებასურვილით;
- შეიძლება შეთავაზებულ იქნას სპეციალურად მომზადებული მედპერსონალის მიერ

არაკონტრაცეპციული უპირატესობანი

- ამცირებს საშვილოსნოსგარე ორსულობის რისკს;
- ამცირებს მცირე მენჯის ღრუს ორგანოთა ანთებითი დაავადებების განვითარების რისკს;
- იწვევს დისმენორეის სიმპტომების შესუსტებასა და გაქრობას;
- ამცირებს ანემიის რისკს;
- ამცირებს მენსტრუალურ სისხლდენას;
- აქვეითებს ენდომეტრიუმისა და საკვერცხის კიბოს განვითარების რისკს;
- ამცირებს სარძევე ჯირკვლების კეთილთვისებიანი დაავადებების განვითარების რისკს;
- არ მოქმედებს ძუძუთი კვებაზე

ნაკლოვანებები

- მოითხოვს ყოველდღიურ გამოყენებას;
- აბის რეგულარულად არ მიღების შემთხვევაში იზრდება მათი არაეფექტურობა;
- ეფექტურობა შეიძლება შემცირდეს ანტიკონვულსანტების (ბარბიტურატი და სხვა) და ანტიტუბერკულოზური (რიფამპიცილი და სხვა) პრეპარატების მიღების ფონზე;
- ინვეს მენსტრუალური ციკლის ხასიათის შეცვლას:
 - არარეგულარული (მენსტრუაციათაშორისი) სისხლიანი ჩამონაშალი;
 - ამენორეა;
- იშვიათად შესაძლებელია წონაში მომატება ან დაკლება;
- არ იცავს სქესობრივი გზით გადადები ინფექციების, აივ/შიდსის, B და C ჰეპატიტებისაგან;
- წარმატება დამოკიდებულია მომხმარებელზე (აუცილებელია თავდაცვის მუდმივი სურვილი და აბების ყოველდღიური მიღება);
- აუცილებელია პრეპარატის მარაგის შევსება

ვინ შეიძლება გამოიყენოს პროგესტაგენული აბები

- ქალებმა რეპროდუქციული ასაკის ყველა პერიოდში მშობიარობათა ნებისმიერი რაოდენობით ანამნეზში, არანამშობიარები ქალების ჩათვლით;
- მეძუძურმა დედებმა, რომლებსაც ესაჭიროება კონტრაცეპცია (მშობიარობიდან 6 ან უფრო მეტი კვირის შემდეგ);
- ქალებმა, რომლებისთვისაც არ არის რეკომენდებული ესტროგენის შემცველი კონტრაცეპტივების მიღება;
- მშობიარობის შემდეგ არამეძუძურმა დედებმა;
- აბორტის შემდეგ;
- რომლებსაც აქვთ სისხლის შედედების პრობლემები ან ნამგლისებრუჯრედოვანი ანემია;
- რომლებიც ენვეიანსიგარეტს (ასაკისა და დღეში მოწეული სიგარეტის რაოდენობის მიუხედავად);
- რომლებსაც ანუხებთ საშუალო ან სერიოზული სიმძიმის მენსტრუალური ტკივილები;
- გამოიყენება ასევე ჰიპერტონული დაავადების დროს;
- რომლებიც უპირატესობას ანიჭებენ სუფთა პროგესტაგენული კონტრაცეპტივებს, მაგრამ არ არიან თანახმა მიმართონ ინექციას ან იმპლანტებს;
- ვისაც არ სურთ გამოიყენონ სუფთა პროგესტაგენული სპს

გამოყენების უპრევენეაზია

- საექვო ან დადასტურებული ორსულობა;
- სარძევე ჯირკვლის კიბო;
- მშობიარობიდან 6 კვირის განმავლობაში ძუძუთი კვების დროს;
- სასქესო გზებიდან დაუდგენელი გენეზის სისხლდენა;
- ვირუსული ჰეპატიტი;
- ლვიძლის ციროზი ან სიმსივნე;
- ინსულტი, გულის იშემიური დაავადება (ამყამად ან ანამნეზში);
- ღრმა ვენების თრომბოზი / ფილტვის ემბოლია;
- ანტიკონვულსანტების ან ანტიტიუბერკულოზური პრეპარატების მიღება

პროგნოსტაგენული აზების მიღების წესი

რეპუარული მენსტრუალური ციკლის დროს

- მენსტრუალური ციკლის პირველი დღიდან ყოველ დღე თითო აბი უწყვეტ რეჟიმში 5 დღის განმავლობაში;
- მენსტრუალური ციკლის ნებისმიერ დღეს, თუ საკმარისი საფუძველი არსებობს იმისა, რომ ქალი ორსულად არ არის;
- იმ შემთხვევაში თუ მენსტრუაციის დაწყებიდან გასულია 5 დღეზე მეტი, პაციენტებმა პრეპარატის მიღებიდან 2 დღის განმავლობაში თავი უნდა შეიკავოს სქესობრივი კავშირისგან ან გამოიყენოს კონტრაცეპციის სხვა მეთოდი (სპერმიციდი, კონდომი)

ამენორეის დროს

- ამენორეის დროს „მინი-პილის“ დაწყება შეიძლება ნებისმიერ დღეს თუ არსებობს საკმარისი საფუძველი იმისა, რომ პაციენტი არ არის ორსულად, ასეთ შემთხვევაში მიზანშეწონილია 2 დღის განმავლობაში სქესობრივი ურთიერთობისაგან თავის შეკავება ან დამატებით ჩასახვის სანინაალმდეგო საშუალებების გამოყენება (სპერმიციდი, კონდომი)

მშობიარობისა და აზორტის შემდეგ

- მშობიარობიდან 6 თვის შემდეგ, თუ ქალი იყენებს ლაქტაციური ამენორეის მეთოდს (ლამ.);

- მშობიარობიდან 6 კვირის შემდეგ, თუ ქალი ძუძუთი კვებას, მაგრამ არ იყენებს ლამ-ს;
- მშობიარობიდან მაშინვე ან 6 კვირის განმავლობაში თუ ქალი ძუძუთი არ კვებას ბავშვს;
- აბორტის შემდეგ მაშინვე კონტრაცეპციის დამატებითი მეთოდის გამოყენების გარეშე

როგორ უნდა მოიქცას ქალი მორიგი პროგესტაგენული აბის მიღების გამოტოვების შემთხვევაში

ა) რეგულარული მენსტრუალური ციკლის დროს

- რაც შეიძლება ადრე უნდა იქნეს მიღებული გამოტოვებული პროგესტაგენული 1 აბი და გაგრძელდეს დანარჩენი აბების მიღება სქემის მიხედვით ანუ თითო აბი დღეში ერთხელ. ამ შემთხვევაში ქალმა ორი მომდევნო დღის განმავლობაში თავი უნდა შეიკავოს სქესობრივი კავშირისაგან ან გამოიყენოს კონტრაცეპციის დამატებითი მეთოდი (კონდომი / სპერმიციდი);
- საჭიროების შემთხვევაში შეიძლება ქალმა მიმართოს გადაუდებელი კონტრაცეპციის მეთოდსაც.

ბ) მშობიარობის შემდეგ

- ძუძუთი კვების დროს მენსტრუალური ციკლის არარსებობისას პაციენტმა რაც შეიძლება სწრაფად უნდა მიიღოს „მინი-პილის“ ერთი აბი და გააგრძელოს დარჩენილი აბების მიღება ჩვეულებრივი სქემით ანუ ერთი აბი დღეში ერთხელ;
- მშობიარობის შემდეგ 6 თვემდე ასევე მიღებული უნდა იქნეს „მინი-პილის“ ერთი აბი და გაგრძელდეს დანარჩენი აბების მიღება ჩვეულებრივი სქემით. ამ შემთხვევაში კონტრაცეპციის დამატებითი მეთოდის გამოყენება არ არის საჭირო

ღებინება და ძლიერი დიარეა განვითარებული პროგესტაგენური აბების მიღების დროს

- ღებინების დროს, რომელიც აბის მიღებიდან 2 საათის განმავლობაში განვითარდა, ქალმა უნდა მიიღოს „მინი-პილის“ დამატებითი ერთი აბი;
- ძლიერი დეარეისა და ღებინების შემთხვევაში, რომელიც 24 საათი და მეტი ხნის განმავლობაში გრძელდება პაციენტმა შეძლებისდაგვარად უნდა გააგრძელოს აბების მიღება;

- ძლიერი ლებინებისა და დიარეის შემთხვევაში, რომელიც გრძელდება 2 დღეზე მეტ ხანს პაციენტმა „მინი-პილი“ უნდა მიიღოს ისეთი სქემით, რომელიც რეკომენდირებულია გამოტოვებული აბის მიღებისას

ინსტრუქცია პაციენტებისთვის

- აუხსენით პაციენტს “მინი-პილის” მიღების წესი, აჩვენეთ აბების შეკვრა და მიუთითეთ შეკვრაში პირველ აბზე;
- აუხსენით, რომ აბების მიღება ყოველთვის უნდა დაიწყოს პირველი აბიდან მენსტრუალური ციკლის პირველ 5 დღის განმავლობაში თანმიმდევრობით. ყოველ დღე ერთსა და იმავე დროს, მიუხედავად იმისა პაციენტს აქვს თუ არა სქესობრივი კავშირი. შეკვრის დასრულების შემდეგ იმის მიუხედავად ქალს აქვს თუ არა მენსტრუაცია, მან უნდა დაიწყოს ახალი შეკვრის გამოყენება;
- “მინი-პილის” მიღების დაწყებისას მენსტრუალური ციკლის პირველი 5 დღის გასვლის შემდეგ უნდა იქნეს გამოიყენებული კონტრაცეპციის სხვა მეთოდი როგორცაა კონდომი ან სპერმიციდი ორი დღის განმავლობაში;
- აუხსენით თუ როგორ უნდა მოიქცეს ერთი ან მეტი აბის გამოტოვების ან დაგვიანების (3 სთ-ზე მეტი ხნით) შემთხვევაში. ასევე ისიც, თუ როგორ უნდა მოიქცეს ლებინების და ფაღარათის შემთხვევაში (მოუწვევს სხვა მეთოდის, კონდომის ან სპერმიციდის გამოყენება);
- გააფრთხილეთ შესაძლო გვერდითი მოვლენების შესახებ;
- გააფრთხილეთ, რომ აუცილებლად მიმართოს კლინიკას ისეთ შემთხვევებში, როგორცაა:
 - ძლიერი ან გახანგრძლივებული სისხლდენა (> 8 დღის განმავლობაში);
 - შაკიკი, განმეორებითი ან დაბინდული მხდველობით;
 - გადაცილებული მენსტრუაცია რეგულარული ციკლების შემთხვევაში, რაც შეიძლება იყოს ორსულობის ნიშანი;
 - მუცლის მწვავე ტკივილი;
 - რიფამპიცინის ან ანტიკონვულსანტების მიღების დაწყებამდე;
- აუხსენით პაციენტს, რომ რომელიმე გვერდითი მოვლენის დროს მიმართოს კლინიკას

ფერტილობის აღდგენა

პროგესტაგენული აბების მიღების შეწყვეტის შემდეგ ფერტილობის აღდგენა ხდება 12-24 საათის განმავლობაში

კონსულტირება

მეთოდის შერჩევა ხდება რეპროდუქტოლოგის, მეან-გინეკოლოგის, ოჯახის ექიმის, პირველადი ჯანდაცვის რგოლის ექიმის მიერ.

პაციენტს უნდა მიეცეს დაწვრილებითი ინფორმაცია პროგნოსტიკური აბების მოქმედების მექანიზმის, ეფექტურობის, გვერდითი მოვლენების სარგებელისა და რისკის, გართულებების და ფერტილობის აღდგენის შესახებ.

საყურადღებო ნიშნები

პაციენტმა უნდა მიმართოს სამედიცინო დაწესებულებას მაშინვე, თუ აღენიშნება ქვემოთ ჩამოთვლილი რომელიმე გართულება:

- მენსტრუალური სისხლდენის შეწყვეტა რამოდენიმე თვის რეგულარული მენსტრუალური ციკლის შემდეგ;
- ძლიერი ტკივილი მუცლის არეში და მცირე მენჯის ღრუში;
- ჭარბი და ხანგრძლივი ვაგინალური სისხლდენა;
- ძლიერი თავის ტკივილი (შაკიკი) განმეორებითი ან ახალ ნარმოქმნილი;
- ქოშინი და ძლიერი ტკივილი გულმკერდის არეში;
- თვლების ლორწოვანისა და კანის სიყვითლე

3.7. პროგნოსტიკული საინექციო კონტრაცეპცია

პროგნოსტიკული საინექციო კონტრაცეპტივი (პსკ) შედგება სინთეზური სტეროიდისაგან, რომელიც ქალის პროგესტერონის მსგავსია. საინექციო პრეპარატი ინექციის ადგილიდან ნელა შეიწოვება სისხლში და ახორციელებს მაღალ კონტრაცეპციულ ეფექტს 2 ან 3 თვის განმავლობაში.

სახეები:

- დეპო-პროვერა (დეპო-მედროქსიპროგესტერონ აცეტატი). მიკროკრისტალური ნყლიანი სუსპენზია. 1მლ-150 მგ კეთდება 3 თვეში ერთხელ კუნთში;
- ნეთ-ენ (ნორეთისტერონ-ენანტატი). ზეთოვანი სუსპენზია. 1მლ-200 მგ კეთდება 2 თვეში ერთხელ კუნთში.

მოქმედების მექანიზმი

- პსკინვესჰიპოფიზის გონადოტროპული ფუნქციის დაქვეითებას (განსაკუთრებით მალუთეინიზირებელი ჰორმონის) და ანოვულაციას;
- ინვეს ცერვიკალური ლორწოს გასქელებას, რის შედეგადაც ირღვევა სპერმატოზოიდების ლორწოში შეღწევის უნარი;
- ცვლის ენდომეტრიუმს (ინვეს ჰიპო და/ან ატროფიულ ცვლილებებს), რის შედეგადაც გაძნელებულია იმპლანტაცია;
- მცირდება ფალოპის მილების პერისტალტიკა და მათში სპერმატოზოიდების გადაადგილების უნარი.

იწვევითობა

პსკ-ს ეფექტურობა შეადგენს 0,3-3 ორსულობას 100 ქალზე/წელიწადში

კონტრაცეპციული უპირატესობები

- მაღალი ეფექტურობა;
- მოქმედების ხანგრძლივობა (2-3 თვე);
- ხელს არ უშლის სქესობრივ კავშირს;
- ერთ-ერთი ყველაზე პირადული და კონფიდენციალური მეთოდია;
- იოლად გამოსაყენებელი (მარაგის შექმნა საჭირო არ არის);
- შექცევადია (ფერტილობა აღდგება პრეპარატის გამოყენების შეწყვეტიდან 4-9 თვის განმავლობაში);
- არ შეიცავს ესტროგენს;
- ხელსაყრელია მეტუქური დედებისათვის (მშობიარობიდან 6 კვირის შემდეგ, თუ ქალი არ იყენებს ლამ-ს);
- შეიძლება გავრცელებული იყოს კვალიფიციური არასამედიცინო პერსონალის მიერ.

არაკონტრაცეპციული უპირატესობები

- ინვევს დისმენორეის სიმპტომების შემცირებას ან გაქრობას;
- შეიძლება შეამციროს მენსტრუალური სისხლდენა;
- იცავს ექტოპიური ორსულობისაგან;
- ამცირებს საკვერცხის კისტების სიხშირეს;
- იცავს ენდომეტრიუმის კიბოსაგან;
- ამცირებს კანდიდოზური ვულვოვაგინიტის სიხშირეს;
- ამცირებს მცირე მენჯის ღრუს ანთებითი დაავადების რისკს;
- იცავს რკინა-დეფიციტური ანემიისაგან;
- ამცირებს ნამგლისებურ-უჯრედული დაავადების კრიზისს და სიხშირეს;
- ამცირებს ენდომეტრიოზის სიმპტომებს (დეპო-პროვერა გამოიყენება ენდომეტრიოზის სამკურნალოდ);
- ამცირებს ეპილეფსიური შეტევების სიხშირეს ეპილეფსიით დაავადებულ ქალებში (დეპო-პროვერა).

ნაკლოვანებები

- ინვევს მენსტრუალური ციკლის ხასიათის შეცვლას
 - რეგულარული მენსტრუალური ციკლი დეპო-ს გამოყენებიდან 1 წლის შემდეგ აქვს 30%, 5 წლის შემდეგ 17%-ს.

- ამენორეა – 1 წლის შემდეგ 25%-ს, 5 წლის შემდეგ 80%-ს. (ზოგიერთი ქალისთვის ამენორეა წარმოადგენს უპირატესობას).
- ინექციის გაკეთებისათვის ვიზიტი აუცილებელია ყოველ 2 ან 3 თვეში ერთხელ;
- სხეულის წონაში მომატება (2-4კგ/წელიწადში), განსაკუთრებით დამახასიათებელია დეპო-პროვერასთვის;
- ფერტილობის აღდგენის შეფერხება (მხოლოდ დეპო-პროვერას გამოყენებულ შემთხვევაში);
- შესაძლოა ჭარბი ვაგინალური სისხლდენა (<1 შემთხვევა 1000 გამოყენებულზე), ძირითადად დეპო-პროვერას მოხმარების დროს;
- არ იცავს ზოგიერთი სგგდ-საგან და სგგი-საგან (მაგ: B ჰეპატიტის ვირუსი, აივ/შიდს);
- რამდენადაც მეთოდი საინექციოა და ხანგრძლივად მოქმედებს, გართულების შემთხვევაში მისი ორგანიზმში ინაქტივაცია შეუძლებელია.

ვინ შეიძლება გამოიყენოს ვსკ

- ქალებმა, რომელთაც ჰყავთ სასურველი რაოდენობის შვილები, მაგრამ არ სურთ ისარგებლონ ნებაყოფლობითი ქირურგიული სტერილიზაციის მეთოდით;
- ქალებმა, რომლებიც ლებულობენ კრუნჩხვის სანინაალმდეგო (ბარბიტურატები და სხვა) ან ტუბერკულოზის სანინაალმდეგო (რიფამპიცინი და სხვა) პრეპარატებს;
- ქალებმა, რომელთაც რეკომენდებული არაა ესტროგენშემცველი კონტრაცეპცია;
- ქალებმა, რომელთაც ავინყდებათ აბების ყოველდღიური მიღება.

კატეგორია 3: ვსკ-ის გამოყენება რეკომენდებული არ არის, რადგანაც თეორიული ან დამტკიცებული რისკი მეტია ვიდრე სარგებლობა. ვსკ-ი გამოიყენება მხოლოდ იმ შემთხვევაში, თუკი სხვა მეთოდი ხელმიუწვდომელია;

ვსკ-ს გამოყენების აბსოლუტური უკუჩვენებებია:

- ღრმა ვენების თრომბოზი, თრომბოემბოლია, მათ შორის ანამნეზში;
- ქირურგიული ოპერაციის შემდეგ ხანგრძლივი იმობილიზაცია;
- თრომბოგენური მუტაცია (ლეიდენის ფაქტორი, პროთრომბინის მუტაცია და ა.შ.);

- ინსულტი, გულის იშემიური დაავადება (მათ შორის ანამნეზში);
- გულის სარქველების დაავადებები (გართულებები ფილტვის ჰიპერტენზიით, წინაგულეების ციმციმით და ა.შ.);
- გულ-სისხლძარღვთა დაავადებების მრავლობითი რისკ-ფაქტორები;
- ჰიპერტონია (T/A სისტოლური > 160 მმ ვწყ. სვ. და დიასტოლური 100 მმ ვწყ.სვ.);
- ვირუსული ჰეპატიტი;
- ღვიძლის ავთვისებიანი სიმსივნე;
- ორსულობა;
- სასქესო გზებიდან დაუდგენელი გენეზის სისხლდენა;
- სარძევე ჯირკვლების კიბო (ამჟამად)

ვსკ-ის გაკეთების დრო

რეგულარული მენსტრუალური ციკლის დროს

დებო-პროვერას და ნეთ-ენ-ის პირველი ინექცია კეთდება:

- მენსტრუალური ციკლის პირველი 7 დღის განმავლობაში
- მენსტრუალური ციკლის ნებისმიერი დღიდან, თუ საკმარისი საფუძველი არის იმისა, რომ ქალი ორსულად არ არის. ასეთ შემთხვევაში რეკომენდებულია ინექციიდან 7 დღის განმავლობაში ქალმა თავი შეიკავოს სქესობრივი კავშირისაგან ან გამოიყენოს კონტრაცეპციის სხვა მეთოდი (კონდომი/სპერმიციდი)

ამენორეის დროს:

- ამენორეის დროს პირველი ინექცია კეთდება ნებისმიერი დღიდან, თუ საკმარისი საფუძველი არის იმისა, რომ ქალი ორსულად არ არის. ასეთ შემთხვევაში რეკომენდებულია ინექციიდან 7 დღის განმავლობაში ქალმა თავი შეიკავოს სქესობრივი კავშირისაგან ან გამოიყენოს კონტრაცეპციის სხვა მეთოდი (კონდომი/სპერმიციდი)

მშობიარობის და აბორტის შემდეგ:

- მშობიარობიდან 6 თვის შემდეგ, თუ ქალი იყენებს ლამს;
- მშობიარობიდან 6 კვირის შემდეგ, თუ ქალი ძუძუთი კვებავს ბავშვს, მაგრამ ლამ-ს არ იყენებს;
- მშობიარობიდან მაშინვე ან 6 კვირის განმავლობაში, თუ ქალი ძუძუთი არ კვებავს ბავშვს;
- აბორტის შემდეგ მაშინვე. ამასთან კონტრაცეპციის დამატებითი მეთოდის გამოყენება საჭირო არ არის.

განმეორებითი ინექცია:

- დეპო-პროვერა – 1მლ – 150 მგ 3 თვეში (12 კვირაში) ერთხელ;
- ნეთ-ენ – 1მლ – 200 მგ 2 თვეში (8 კვირაში) ერთხელ;
 - თუ ქალი მოვიდა ვადაზე ადრე, ინექციის გაკეთება დასაშვებია 2 კვირით ადრე;
 - თუ ქალი დროულად არ მოვიდა, ინექციის გაკეთება დასაშვებია 2 კვირის შემდეგ. ამასთან კონტრაცეპციის დამატებითი მეთოდის გამოყენება საჭირო არ არის;
 - თუ ქალმა 2 კვირაზე მეტი დაიგვიანა, საჭიროა ორსულობის გამორიცხვა. ორსულობის არარსებობის შემთხვევაში ინექციის გაკეთება შეიძლება იმ დღესვე. ამასთან რეკომენდებულია სქესობრივი კავშირისაგან თავის შეკავება ან კონტრაცეპციის სხვა მეთოდის (კონდომი) გამოყენება.

ინექციის გაკეთების პროცედურა

- ინექციები კეთდება ღრმად მხარზე დელტიკულურ კუნთში ან დუნდულოზე ზედა გარეთა კვადრატში;
- დეპო-პროვერას ამჟღავნებს გამოყენების წინ კარგად შენჯღღრით;
- ნეთ-ენ-ის ამჟღავნებს თუ ინახება დაბალ ტემპერატურაზე, გამოყენების წინ გაათბეთ სხეულის ტემპერატურამდე;
- მიზანშეწონილი არაა საინექციო ადგილის მასაჟი, რადგანაც ამან შეიძლება დააჩქაროს სტეროიდის შეწოვა.

ფერტილობის აღდგენა

პსკ-ს გამოყენების შეწყვეტის შემდეგ ფერტილობის აღდგენა ხდება ბოლო ინექციის ვადის გასვლიდან საშუალოდ 5,5 თვის განმავლობაში.

არსებობს მონაცემები, რომ დეპო-პროვერას შეწყვეტიდან 1 წლის შემდეგ ორსულობის რიცხვი შეადგენს 5-დან 10%, მე-15 თვისათვის – 75% და 2 წლის შემდეგ 95%.

კონსულტირება

კონტრაცეპციის მეთოდის შერჩევა ხდება: რეპროდუქტოლოგის, მეან-გინეკოლოგის, პედიატრის და ოჯახის ექიმის მიერ.

- პაციენტს უნდა მიეცეს ზუსტი ინფორმაცია პსკ-ს მოქმედების მექანიზმზე, ეფექტურობაზე, რისკზე და სარგებელზე, ფერტილობის დაბრუნებაზე, სხვა გვერდით მოვლენებზე;
- მენსტრუალური ციკლის ხასიათის ცვლილებებზე: ამენორეა, არარეგულარული სისხლიანი გამონადენი;
- ოჯახის დაგეგმვის ალტერნატიულ მეთოდებზე;
- ინექციის ვადებზე.

საყურადღებო ნიშნები

პაციენტმა უნდა მიმართოს სამედიცინო დაწესებულებას მაშინვე, თუ შეამჩნია ქვემოთ აღწერილი რომელიმე ნიშანი:

- მწვავე მუცლის ტკივილი
- რამდენიმე თვიანი რეგულარული ციკლის შემდეგ მენსტრუაციის გადაცდენა (შეიძლება იყოს ორსულობის ნიშანი)
- ძლიერი სისხლდენა საშოდან (ჩვეულებრივთან შედარებით 2-ჯერ უფრო მეტი) ან გახანგრძლივებული (> 8 დღეზე)
- შაკიკი, განმეორებით თავის ძლიერი ტკივილი ან მხედველობის დაბინდვა
- ინექციის ადგილზე დისკომფორტი ან სხვა პრობლემა

3.8. სუბდერმალური პროგესტაგენული იმპლანტები

პროგესტაგენული იმპლანტები წარმოადგენს სუბდერმალურ კაფსულებს, რომლებიც დღიურად გამოყოფენ პროგესტაგენის მცირე დოზას და უზრუნველყოფენ კონტრაცეპციულ ეფექტს.

სახეები:

- ნორპლატი – 6 კაფსულა
- ჯადელი – 2 კაფსულა
- იმპლანონი – 1 კაფსულა

მოქმედების მექანიზმი

- ინვევს ცერვიკალური ლორწოს გასქელებას, რის შედეგადაც ძნელდება სპერმატოზოიდების ლორწოში შეღწევა;
- პროგესტაგენი ინვევს ჰიპოფიზის გონადოტროპული ფუნქციის (განსაკუთრებით მალუთეინიზირებელი ჰორმონის) და ოვულაციის დათრგუნვას 50%-ში;
- ინვევს ენდომეტრიუმის ჰიპო ან ატროფიულ ცვლილებებს, რის შედეგადაც გაძნელებულია იმპლანტაცია;
- მცირდება ფალოპის მილების პერისტალტიკა და მათში სპერმატოზოიდების გადაადგილების უნარი

ეფექტურობა

ნორპლანტის და ჯადელის ეფექტურობა შეადგენს 0,05-0,05 ორსულობა 100 ქალზე/წელიწადში.

კონტრაცეპციული უპირატესობები

- მაღალი ეფექტურობა;
- ხანგრძლივი მოქმედება (3, 5, 7 წელი);
- მეთოდის გამოყენება დაკავშირებული არაა სქესობრივ აქტთან;
- ეფექტურია ჩადგმიდან 24 სთ-ის შემდეგ;
- კაფსულების ამოღების შემდეგ ფერტილობის სწრაფი აღდგენა;
- არ საჭიროებს მარაგის შექმნას;
- არ საჭიროებს აბების ყოველდღე მიღებას ან ინექციის გაკეთების შეხსენებას;
- ხელსაყრელია მეძუძური დედებისათვის მშობიარობიდან 6 კვირის შემდეგ, თუ ქალი არ იყენებს ლამ-ს;
- არ შეიცავს ესტროგენს;
- მცირე გვერდითი მოვლენები;
- პაციენტმა ექიმს უნდა მიმართოს მხოლოდ რაიმე პრობლემის წარმოქმნის შემთხვევაში.

არაკონტრაცეპციული უპირატესობები

- ამცირებს ექტოპიური ორსულობის რისკს;
- ხელს უწყობს ენდომეტრიუმის კიბოს რისკის შემცირებას;
- ამცირებს მცირე მენჯის ღრუს ორგანოების ანთებითი დაავადების რისკს;
- იწვევს დისმენორეის სიმპტომების შემცირებას ან გაქრობას;
- ხელს უწყობს მენსტრუალური სისხლდენის შემცირებას.

ნაკლოვანებები

- იწვევს მენსტრუალური ციკლის ხასიათის ცვლილებას:
 - გახანგრძლივებული სისხლიანი გამონადენი
 - მცირე რაოდენობით სისხლიანი ჩამონაშალი
 - ამენორეა (ზოგიერთი ქალისათვის ამენორეა წარმოადგენს უპირატესობას)

- კაფსულების ჩასადგმელად და ამოსაღებად საჭიროა სპეციალურად მომზადებული სამედიცინო კადრი;
- ახალი კაფსულების ჩასადგმელად ან ამოსაღებად ქალმა უნდა მიმართოს ექიმს;
- ქალს არ შეუძლია მეთოდის გამოყენება შეწყვიტოს მაშინ, როცა მას ეს სურს (ანუ თვითნებურად, სამედიცინო პერსონალის გარეშე);
- ჩადგმის შემდეგ დისკომფორტი რამდენიმე საათიდან – ერთ დღემდე. კაფსულების ამოღება უფრო რთულია და მტკივნეული, ვიდრე ჩადგმა;
- მეთოდის ეფექტურობა მცირდება ანტიკონვეულსანტებისა (ბარბიტურატები და სხვა) და ანტიტუბერკულოზური (რიფამპიცინი და სხვა) პრეპარატების მიღების ფონზე;
- მეთოდი არ იცავს ქალს ზოგიერთი სგგდ-საგან და სგვი-საგან (მაგ. ჰეპატიტის ვირუსი, აივ/შიდსი).

ვინ შეიძლება გამოიყენოს

- ქალებმა ნებისმიერ რეპროდუქციულ ასაკში, რომელთაც სურთ ორსულობისაგან ხანგრძლივი, მაღალეფექტური დაცვა;
- ქალებმა, რომელთაც ჰყავთ სასურველი რაოდენობის შვილები, მაგრამ არ სურთ ისარგებლონ ნებაყოფლობითი ქირურგიული სტერილიზაციის მეთოდით;
- ქალებმა, რომელთაც ავინყდებათ აბების ყოველდღიური მიღება;
- ქალებმა, ვისთვისაც რეკომენდებული არაა ესტროგენშემცველი კონტრაცეპცია.

აროგესტაგენული იმპლანტების გამოყენების უპირველესობა:

- ორსულობა (საექვო ან დადასტურებული);
- მშობიარობიდან 6 კვირის განმავლობაში ძუძუთი კვების დროს;
- დაუდგენელი გენეზის სისხლდენა საშვილოსნოდან;
- ვირუსული ჰეპატიტი;
- ლვიძლის ციროზი და სიმსივნე (ადენომა, ჰეპატომა);
- მაღალი არტერიული წნევა;
- ინსულტი, გულის იშემიური დაავადება (ამჟამად და ანამნეზში);

- ძუძუს კიბო;
- შაკიკი კეროვანი გართულებებით;
- სისხლის შედედების სისტემის დარღვევა, ღრმა ვენების თრომბოზი / ფილტვის ემბოლია;
- რიფამპიცინის და ანტიკონვულსანტების მიღება.

ჩადგმის დრო

- მენსტრუალური ციკლის პირველი 5 დღის განმავლობაში.

ზოგადი ინსტრუქცია კაფსულების ჩადგმაზე

- იმპლანტები იდგმება კანქვეშ წინამხრის შიგნითა ზედაპირზე;
- აუცილებელია ასეპტიკის წესების დაცვა;
- ჩადგმის ადგილზე კეთდება ლოკალური ანესთეზია;
- კანზე კეთდება 2 მმ სიგრძის განაკვეთი და სპეციალური თროაკარის საშუალებით კანქვეშ, მარაოს ფორმით იდგმება ნორპლანტის 6 კაფსულა;
- 6 კაფსულის ჩადგმის შემდეგ კანზე განაკვეთი იხურება ადჰეზიური ბანდაჟით;
- განაკვეთის ადგილი იფარება მშრალი კომპრესით და ჰემოსტაზის უზრუნველყოფისათვის კეთდება ნახვევი.

ჩადგმის შედეგ

ის ადგილი, სადაც გაკეთდა იმპლანტაცია, 2-3 დღის განმავლობაში მშრალად უნდა იყოს. დოლბანდის ნახვევი შეიძლება მოიხსნას 3 დღის შემდეგ, ბანდაჟი კი განაკვეთის შეხორცებისთანავე 3-5 დღის შემდეგ.

იმპლანტების ჩადგმის შემდეგ პაციენტს მაშინვე შეუძლია გააგრძელოს მისი ჩვეული ყოველდღიური საქმიანობა.

რამდენ ხანს გრძელდება იმპლანტაციის კონტრაცეპციული მოქმედება

ნორპლანტი – ქალის სხეულის წონა შეადგენს 70 კგ-მდე.

- თუ იმპლანტის ჩადგმის მომენტში ქალი იწონის 70კგ-მდე და ინარჩუნებს ამ წონას, იმპლანტის ჩადგმის ადგილზე დატოვება შეიძლება 7 წელი;
- თუ ქალის სხეულის წონა გადააჭარბებს 70 კგ-ს, ნორპლანტის ეფექტურობა მცირდება 4-5 წლის შემდეგ;
- თუ იმპლანტის ჩადგმის მომენტში, ქალი იწონის 70-დან 79 კგ-ს, იმპლანტის კონტრაცეპციული ეფექტი შეიძლება შემცირდეს 5 წლის შემდეგ;
- იმპლანტის ჩადგმიდან 4 წლის შემდეგ ქალი ექიმთან უნდა მივიდეს განმეორებით ვიზიტზე
 - თუ განმეორებითი ვიზიტისას ქალი იწონის 80 კგ-ს და მეტს, იმპლანტი ამოღებული უნდა იყოს მისი ჩადგმიდან 4 წლის თავზე, რადგანაც ქვეითდება კონტრაცეპციული ეფექტურობა;
 - თუ ქალი იწონის 70-დან 79 კგ-ს, მაშინ ექიმი და პაციენტი ერთობლივად გადაწყვიტონ დატოვონ თუ არა იმპლანტი ჩადგმის ადგილზე კიდევ 3 წელი.

იმპლანტაციის ამოღების შემდეგ ფერტილობის აღდგენა

- ფერტილობის აღდგენასთან მიმართებაში, იმპლანტების ამოღების მიზეზს მნიშვნელობა არ აქვს. იმპლანტების ამოღების შემდეგ, ოვულაციური მენსტრუალური ციკლი აღდგება თანდათანობით 7 კვირის განმავლობაში. თუმცა შესაძლებელია პირველ ციკლზეც დადგეს ორსულობა.

კონსულტირება

პროგნოსტიკულ იმპლანტებზე კონსულტირების ჩატარება შეუძლია რეპროდუქტოლოგს, მენ-გინეკოლოგს და ოჯახის ექიმს (ამჟამად ოჯახის ექიმს იმპლანტების გამოყენების უფლება არ აქვს).

- პაციენტს უნდა მიეცეს ზუსტი ინფორმაცია იმპლანტების მოქმედების მექანიზმზე, ეფექტურობაზე, რისკზე და სარგებელზე, ფერტილობის დაბრუნებაზე, სხვა გვერდით მოვლენებზე;
- მენსტრუალური ციკლის ხასიათის ცვლილებებზე: ამენორეაზე, არარეგულარულ სისხლიან გამონადენზე;

- ოჯახის დაგეგმვის ალტერნატიულ მეთოდებზე;
- იმპლანტაციის ვადებზე და განმეორებით ვიზიტზე;
- პოსტ-იმპლანტაციურ შესაძლო გართულებებზე.

კანქვეშა იმპლანტაციის ამოღების ჩვენებები

- კონტრაცეპციის ფონზე პირველად წარმოქმნილი შაკიკის ტიპის თავის ტკივილი;
- განმეორებითი ხასიათის ძლიერი თავის ტკივილი;
- ღვიძლის მწვავე დაავადების სიმპტომები;
- შემთხვევითი ორსულობა (თუ აღინიშნება ტკივილი მუცლის ქვედა არეში და არარეგულარული სისხლდენა, საჭიროა გამოირიცხოს ექტოპიური ორსულობა);
- ჭარბი მენსტრუალური გამონადენი;
- ჩადგმიდან 7/5/3 წლის შემდეგ. თუ ქალს სურს მეთოდის გაგრძელება, ახალი იმპლანტის ჩადგმა შეიძლება ძველი იმპლანტების ამოღების შემდეგ;
- ჩადგმის ადგილზე ინფექციური პროცესი, რომელიც ანტიბიოტიკებს და ლოკალურ თერაპიას არ ექვემდებარება.

საყურადღებო ნიშნები

პაციენტმა უნდა მიმართოს სამედიცინო დაწესებულებას მაშინვე, თუ შეამჩნია ქვემოთ აღწერილი რომელიმე ნიშანი:

- ტკივილი და დაჩირქება ან სისხლდენა იმპლანტაციის ადგილზე;
- იმპლანტის ექსპულსია;
- ჭარბი, ძლიერი ვაგინალური სისხლდენა;
- წინა მენსტრუალური პერიოდის შემდეგ მენსტრუალური სისხლდენის შეწყვეტა 6 კვირის განმავლობაში;
- ძლიერი ტკივილი მუცლის არეში ან მცირე მენჯის ღრუში;
- ახალწარმოქმნილი ან განმეორებითი თავის ძლიერი ტკივილი;
- თვალების და კანის სიყვითლე;
- ქოშინი ან ძლიერი ტკივილი გულმკერდის არეში.

3.9. საშვილოსნოსშიგა საშუალებები

საშვილოსნოსშიგა საშუალება (სშს) არის პატარა დრეკადი, სხვადასხვა ფორმის მონყობილობა, რომელიც მზადდება პლასტიკისაგან. ის შეიძლება შეიცავდეს სპილენძს ან ჰორმონს და თავსდება საშვილოსნოს ღრუში.

სშს ტიპები

არსებობს სშს ორი ტიპი: მედიკამენტური (სპილენძის ან ჰორმონული) და არამედიკამენტური. ქვეყანათა უმრავლესობაში არამედიკამენტური სშს ამოღებულია, რადგან მათი ეფექტურობა ნაკლებია, გვერდითი მოვლენების სიხშირე კი უფრო მაღალია, ვიდრე მედიკამენტური სშს.

სშს იყოფა შემდეგ ჯგუფებად:

- სპილენძის შემცველი სშს: TCu380A, TCu380S, Nova-T, ML Cu375 და სხვა;
- ჰორმონშემცველი: პროგესტასერტი (შეიცავს პროგესტერონს), მირენა (შეიცავს ლევონორგესტრელს)
- ინერტული (არამედიკამენტური) ლიპსის მარყუჟი

სშს მსოფლიოში ერთ-ერთი ყველაზე გავრცელებული კონტრაცეპციის მეთოდია. ამჟამად მას 140 მლნ. ქალი იყენებს. სშს პოპულარულია: ჩინეთში, შვეციაში, დანიაში, ფინეთში, ნორვეგიაში, ლათინურ ამერიკაში. სშს საქართველოში პოპულარობით პირველ ადგილზეა. მას რეპროდუქციული ასაკის ქალების 10% იყენებს

ეფექტურობა და გამოყენების ხანგრძლივობა

სშს ერთ-ერთი ყველაზე ეფექტური კონტრაცეპციური მეთოდია. ორსულობის მაჩვენებელი მერყეობს 0,2-0,7-მდე 100 ქალზე წელიწადში (ჰორმონშემცველი და სპილენძშემცველი სშს). ინერტული სშს-თვის ეს მაჩვენებელი 2-ზე მეტია.

სპილენძშემცველი სშს მოქმედების ხანგრძლივობა 5-12 წელია. ჰორმონშემცველი სშს „მირენას“ მოქმედების ხანგრძლივობა კი 5 წელიწადია. გამოყენების პირველი წლის შემდეგ

სპილენძშემცველი სპს გამოყენებას აგრძელებს ქალების 78%, ხოლო ჰორმონშემცველი სპს (მირენა) გამოყენებას 81%.

სპს მისი მოქმედების ხანგრძლივობის გამო შეიძლება განვიხილოთ, როგორც „შექცევადი სტერილიზაცია“

მოქმედების მექანიზმი

სპს არ იწვევს აბორტს (ორსულობის შეწყვეტას), არამედ მოქმედებს უშუალოდ განაყოფიერების პროცესზე. ამცირებს სპერმატოზოიდის მოძრაობის უნარს და კვერცხუჯრედის მომწიფების პროცესს.

აღნიშნული შედეგები ეთანხმება თეორიას, რომლის სპს მოქმედებისას ენდომეტრიუმში ვითარდება ანთებითი ცვლილებები (ასეპტიური ანთება), რაც იმპლანტაციის პროცესის დარღვევას იწვევს. იმპლანტაციის ინჰიბირება კი ხდება მეორადად. ამ მექანიზმით უნდა აიხსნას სპილენძის შემცველი სპს-ის გამოყენება გადაუდებელი კონტრაცეციის მიზნით. გაიდლაინების თანახმად ქალს უნდა განემარტოს, რომ სპს-ის მოქმედების მექანიზმი მდგომარეობს განაყოფიერების პროცესზე ზემოქმედებაში

სპილენძის შემცველი სპს ამცირებს სპერმის მოძრაობის უნარს და სიცოცხლისუნარიანობას, ასევე ხელს უშლის კვერცხუჯრედის მომწიფებას. ლევონორგესტრელის შემცველი სპს იწვევს ცერვიკალური ლორწოს გასქელებას, რაც ხელს უშლის სპერმატოზოიდების გადაადგილებას საშვილოსნოს და მილების მიმართულებით, უარყოფითად (ნეგატიურად) მოქმედებს სპერმის ფუნქციასა და მოძრაობის უნარზე.

კონტრაცეციული უპირატესობები

- მაღალი ეფექტურობა (0,2-0,7 ორსულობა 100 ქალზე წელიწადში, ჰორმონული სპს და სპილენძის T380A-ს შემთხვევაში);
- დაუყოვნებელი ეფექტი;
- უსაფრთხოა ქალების უმრავლესობისათვის, რომლებიც არ იმყოფებიან სქესობრივი გზით გადამდები დაავადებების და შიდსის რისკის წინაშე;
- შექცევადი და ეკონომიური;
- უსაფრთხოდ შეიძლება გამოიყენონ მეძუძურმა და ახალნამშობიარებმა ქალებმა;

- კარგი არჩევანია უფროსი ასაკის ქალებისათვის, რომლებმაც სიფრთხილით უნდა გამოიყენონ კომბინირებული ორალური კონტრაცეპტივები;
- ხანგრძლივი გამოყენება (თორმეტ წლამდე, TCu 380A-ს შემთხვევაში);
- ჩადგმისათვის საკმარისია ერთი ვიზიტი, ჩადგმიდან 3-6 კვირაში განხორციელებული პირველი შემონმების შემდეგ კი – მხოლოდ მინიმალური მეთვალყურეობა (თუ პაციენტს პრობლემები არ აღენიშნება);
- პაციენტს სქესობრივი კავშირისას დამატებით არაფრის გამოყენება არ სჭირდება; ეს ხელს უწყობს ინტიმურობას და საშუალებას აძლევს, აკონტროლოს საკუთარი ფერტილობა.

არაკონტრაცეპციული უპირატესობები

- ამცირებს მენსტრუალურ ტკივილებს (მხოლოდ პროგესტინის შემცველი);
- ამცირებს მენსტრუალურ სისხლდენას (მხოლოდ პროგესტინის შემცველი);
- ამცირებს საშვილოსნოსგარე ორსულობის რისკს (პროგესტინის გარდა);
- გამოიყენება ადენომიოზის, იდიოპათიური სისხლდენის, ლეიომიომისა და ენდომეტრიუმის ჰიპერპლაზიის სამკურნალოდ;
- გამოიყენება ჩანაცვლებითი ჰორმონოთერაპიის დროს.

სუს ნაკლოვანებები

- არ იცავს სქესობრივი გზით გადადები დაავადებებისა და აივ/შიდსისაგან;
- შესაძლებელია ინფექციის შეჭრა ჩადგმისას, თუ არ მოხდა ინფექციის პრევენცია;
- აუცილებელია შესაბამისად ტრენირებული პირი;
- ჩადგმისას აღინიშნება მცირეოდენი ტკივილი და სისხლდენა;
- შეიძლება თავისთავად გამოვარდეს;
- ჩადგმის დროს იშვიათად ($< 1/1000$ შემთხვევაში) შესაძლებელია საშვილოსნოს პერფორაცია;
- პირველი სამი თვის განმავლობაში საკმაოდ ხშირია მენსტრუაციის გაძლიერება/გახანგრძლივება, ტკივილის გაძლიერება, სისხლდენა/სისხლიანი გამონადენი,

რაც ზოგიერთ ქალში შეიძლება შემდეგაც გაგრძელდეს გარკვეული ხარისხით;

- არ იცავს საკვერცხის და ენდომეტრიული კიბოსგან (განსხვავებით კომბინირებული ორალური კონტრაცეპტივებისგან) და საშვილოსნოს ყელის კიბოსგან (განსხვავებით ბარიერული მეთოდებისგან);
- მძიმე გართულების შემთხვევაში აუცილებელია დაუყოვნებელი სამედიცინო რეაგირება და მომსახურების მაღალი დონე.

ვის შეუქვია გამოიყენოს სპს

- რეპროდუქციული ასაკის ქალებს, მიუხედავად მშობიარობის რაოდენობისა, რომლებსაც სურთ ძალიან მაღალეფექტური, ხანგრძლივი კონტრაცეპცია;
- ქალებს, რომლებსაც წარსულში წარმატებით გამოუყენებიათ სპს;
- ქალებმა, აბორტის შემდეგ, რომელთაც არ აღენიშნებათ მცირე მენჯის ღრუს ორგანოების ინფექციის ნიშნები;
- ქალებს, რომლებიც არ დგანან სქესობრივი გზით გადამდები დაავადებების რისკის წინაშე;
- ქალებს, რომლებსაც ავიწყდებათ აბების ყოველდღიური მიღება;
- ქალებს, რომელთაც ურჩევნიათ, არ გამოიყენონ ჰორმონული მეთოდები, ან არ ურჩევენ მათ გამოყენებას;
- ქალებს, რომლებიც იყენებენ ჩანაცვლებითი ჰორმონულ თერაპიას;
- ქალებს, რომლებიც მკურნალობენ მენორაგიის გამო.

სპს გამოყენების უპრევენეჯები:

- ორსულობა (დიაგნოსტირებული ან საეჭვო) (IV კატეგორია);
- მშობიარობის შემდგომი ან აბორტის შემდგომი სეფსისი (IV კატეგორია);
- საშვილოსნოს ანატომიური ანომალიები და ფიბროიდები, რომლებიც ფორმას უცვლიან საშვილოსნოს ღრუს (IV კატეგორია);
- მცირე მენჯის ღრუს ორგანოების ანთებითი დაავადებები (ბოლო 3 თვის განმავლობაში); (IV კატეგორია)
- სქესობრივი დაავადებები (ჩირქოვანი ცერვიციტი, ქლამიდიური ინფექცია, ან გონორეული ინფექცია) (IV კატეგორია);

- სქესობრივი გზით გადამდები დაავადების მაღალი რისკი (ქალს ან მის პარტნიორს ჰყავს ერთზე მეტი სქესობრივი პარტნიორი) (III კატეგორია);
- აუხსნელი ეტიოლოგიის სისხლდენა (IV კატეგორია);
- ავთვისებიანი ტროფობლასტური დაავადებები (IV კატეგორია);
- კეთილთვისებიანი ტროფობლასტური დაავადებები (III კატეგორია);
- საშვილოსნოს ყელის კიბო (IV კატეგორია);
- ენდომეტრიუმის კიბო (IV კატეგორია);
- საკვერცხეების კიბო (III კატეგორია);
- მცირე მენჯის ღრუს ორგანოების ტუბერკულოზი (IV კატეგორია).

ჰორმონთერაპიის სუს გააჩნია დამატებითი უკუჩვენებები:

- მშობიარობიდან 48სთ-ის განმავლობაში ჩადგმა (III კატეგორია);
- ღრმა ვენებისა და ფილტვის არტერიის ემბოლია (IV კატეგორია);
- შაკიკი ნევროლოგიური სიმპტომებით (III კატეგორია);
- ძუძუს კიბო ამჟამად ან ანამნეზში (IV კატეგორია).

სუს ჩადგმის მენჯეპენტი და დრო

სუს შეიძლება ჩადგას რეპროდუქტოლოგმა და მეან-გინეკოლოგმა.

როდის შეიძლება საილენის შემცველი სუს ჩადგა:

- მენსტრუალური ციკლის დაწყებიდან 12 დღის განმავლობაში. დამატებითი მეთოდის გამოყენება საჭირო არ არის;
- მენსტრუალური ციკლის ნებისმიერ დღეს, თუ ექიმი დარწმუნებულია, რომ პაციენტი არ არის ორსულად. დამატებითი მეთოდის გამოყენება საჭირო არ არის;
- თუ ქალს არ აქვს მენსტრუაცია, სუს შეიძლება ჩადგას ნებისმიერ დროს, თუ

ექიმი დარწმუნებულია, რომ ქალი არ არის ორსულად. დამატებითი მეთოდის გამოყენება საჭირო არ არის;

- სუს შეიძლება ჩაიდგას მშობიარობიდან და საკეისრო კვეთიდან 48 სთ-ის განმავლობაში;
- სუს შეიძლება ჩაიდგას მშობიარობიდან და საკეისრო კვეთიდან 4 კვირის გასვლის შემდეგ;
- სუს შეიძლება ჩაიდგას I ტრიმესტრის აბორტის შემდეგ მაშინვე;
- სუს შეიძლება ჩაიდგას II ტრიმესტრის აბორტის შემდეგ მაშინვე (თუმცა იზრდება ექსპულსიების სიხშირე);
- სუს შეიძლება ჩაიდგას სხვა ნებისმიერი რეგულარული კონტრაცეპციის შეწყვეტისთანავე, თუ ექიმი დარწმუნებულია, რომ ქალი არ არის ორსულად;
- სპილენძის შემცველი სუს შეიძლება ჩაიდგას დაუცველი სქესობრივი აქტიდან 120 სთ-ის განმავლობაში.

როდის შეიძლება ჰორმონთაგამცველი სუს ჩადგმა

- მენსტრუაციის დაწყებიდან პირველი 7 დღის განმავლობაში დამატებითი მეთოდი საჭირო არ არის;
- ლევონორგესტრელის შემცველი სუს შეიძლება ჩაიდგას მენსტრუალური ციკლის ნებისმიერ დღეს თუ ექიმი დარწმუნებულია, რომ ქალი არ არის ორსულად. თუ სუს ჩადგმა ხდება მენსტრუაციის დაწყებიდან 7 დღის შემდეგ, ქალმა უნდა გამოიყენოს კონტრაცეპციის დამატებითი მეთოდი ან შეიკავოს თავი სქესობრივი ცხოვრებიდან 7 დღის განმავლობაში;
- ლევონორგესტრელის შემცველი სუს შეიძლება ჩაიდგას მშობიარობის შემდეგ ან საკეისრო კვეთიდან თუ გასულია 4 კვირა ან მეტი. სუს ჩადგმა შეიძლება თუ ექიმი დარწმუნებულია, რომ ქალი არ არის ორსულად. დამატებითი მეთოდის გამოყენება საჭირო არ არის;
- ლევონორგესტრელის შემცველი სუს შეიძლება ჩაიდგას I და II ტრიმესტრის აბორტის შემდეგ მაშინვე (თუმცა II ტრიმესტრის აბორტის შემდეგ მატულობს ექსპულსიის სიხშირე);
- ლევონორგესტრელის შემცველი სუს შეიძლება ჩაიდგას სხვა რეგულარული კონტრაცეპციის დამთავრებისთანავე, თუ ექიმი დარწმუნებულია, რომ ქალი არ არის ორსულად. დამატებითი მეთოდის გამოყენება საჭირო არ არის.

3.10. გადაუდებელი კონტრაცეპცია

გადაუდებელი კონტრაცეპცია არის კონტრაცეპციის მეთოდი, რომელიც გამოყენება დაუცველი სქესობრივი კავშირის შემდეგ ორსულობის თავიდან აცილების მიზნით. კონტრაცეპციის ამ მეთოდს ზოგჯერ ეძახიან „შემდეგი დილის აბებს“, ან „პოსტკოიტალურ“ კონტრაცეპციას. თუმცა უმჯობესია ტერმინის „გადაუდებელი კონტრაცეპცია“ გამოყენება, რომელიც უკეთესად გამოხატავს მის მნიშვნელობას; ეს ტერმინი მიაჩნდება, რომ მისი ხშირად გამოყენება არ შეიძლება და არ ქმნის მცდარ წარმოდგენას იმაზე, რომ აბები უნდა მიიღონ აუცილებლად მეორე დღით სქესობრივი კავშირის შემდეგ, ან მაშინვე სქესობრივი კავშირის დამთავრებისთანავე

გადაუდებელი კონტრაცეპციის ტიპები

- პროგესტინული აბები (პა)
- კოკ-ი (კომბინირებული ორალური კონტრაცეპტივი)
- მიფეპრისტონი
- სშს (საშვილოსნოს შიგა საშუალება)

მოქმედების მექანიზმი

გადაუდებელი კონტრაცეპციის მიზნით გამოყენებული აბების მოქმედების ზუსტი მექანიზმი ცნობილი არ არის. შესაძლოა გადაუდებელი კონტრაცეპციისათვის აბების გამოყენება ახდენს ოვულაციის ინჰიბირებას ან გადავადებას. ლევონორგესტრელის (ლნგ) გამოყენება პრეოვულატორულ პერიოდში იწვევს ოვულაციის პროცესის გადაწვევას. ლევონორგესტრელის გამოყენებისას, როდესაც ფოლიკულის ზომა არის < 15მმ, ადგილი აქვს ფოლიკულის გასკდომის პრევენციას ან ოვულაციის პროცესის დარღვევას (არ არის მალუთენიზირებული ჰორმონის (მჰ) პიკი ან მჰ პიკი არის ფოლიკულის გასკდომის შემდეგ).

ოვულაციის პერიოდში ლევონორგესტრელის გამოყენება იწვევს ოვულაციის ინჰიბირების 5-7 დღით, ამ მონაკვეთში ქალის რეპროდუქციულ ტრაქტში არსებული სპერმატოზოიდები (სპერმა) კარგავს განაყოფიერების უნარს.

ჰორმონული აბების გამოყენების დროს დაორსულების თავიდან აცილება შესაძლებელია:

- საშვილოსნოს ყელის ლორწოში სპერმატოზოიდების შელწევადობაზე გავლენის მოხდენით;
- სპერმატოზოიდების, ან კვერცხუჯრედების ტრანსპორტირების შეცვლით;
- ყვითელი სხეულის ფუნქციის შეფერხებით;
- განაყოფიერების შეფერხებით;
- იმპლანტაციის შეფერხებით.

სშს-ის მოქმედების მექანიზმი განპირობებულია განაყოფიერების ინჰიბიციით. გადაუდებელი კონტრაცეპციის არცერთი მეთოდი არ ახდენს ზემოქმედებას უკვე არსებულ ორსულობაზე და არ იწვევს თვითნებით აბორტს.

ეფექტურობა

პროგესტინული აბების გამოყენების კონტრაცეპციული ეფექტურობა ერთი დაუცველი სქესობრივი აქტიდან 72 სთ-ის შემდეგ შეადგენს 60%-93%-ს, ხოლო კოკ-ის გამოყენებისას („იუზპეს რეჟიმი“) 56%-93%-ს. საშუალოდ ჰორმონული აბების გამოყენება გადაუდებელი კონტრაცეპციისათვის ამცირებს არასასურველი ორსულობის რისკს მინიმუმ 75%-ით.

სშს კონტრაცეპციული ეფექტურობა შეადგენს 99%.

გადაუდებელი კონტრაცეპციის გამოყენების უსაფრთხოება

გადაუდებელი კონტრაცეპცია უსაფრთხო მეთოდი. 20 წელზე მეტია, რაც იგი გამოიყენება, მაგრამ სიკვდილიანობა, ან რაიმე სერიოზული სამედიცინო გართულება არ დაფიქსირებულა.

- გადაუდებელი კონტრაცეპციის მიზნით გამოყენებულ აბებში ჰორმონების დოზა შედარებით მცირეა; ესტროგენების და/ან პროგესტინების მოკლევადიანი ზემოქმედება, როგორც ჩანს, ვერ ცვლის სისხლის შედედების მექანიზმებს, რაც შეიძლება მოხდეს კომბინირებული ორალური კონტრაცეპტივების (კოკ) უფრო ხანგრძლივი დროის განმავლობაში გამოყენებისას.
- კომბინირებული ორალური კონტრაცეპტივების გადაუდებელი კონტრაცეპციისთვის გამოყენება არ არის დაკავშირებული ნაყოფის სიმახინჯეებთან, ან თანდაყოლილ დეფექტებთან.
- არსებული მონაცემები მიუთითებს, რომ გადაუდებელი კონტრაცეპცია არ ზრდის ექტოპიური ორსულობის შესაძლებლობას.

უპირატესობები

- დამტკიცებული უსაფრთხოება;
- იოლად ხელმისაწვდომობა (ორივე – კომბინირებული ორალური კონტრაცეპტივები და მხოლოდ ლევონორგესტრელის შემცველი აბები);
- თრგუნავს ოვულაციას, განაყოფიერებას, ან იმპლანტაციის პროცესებს;
- ამცირებს აბორტის საჭიროებას;
- ამცირებს არასასურველი ორსულობის რისკს;
- გამოიყენება დაუცველი სქესობრივი კავშირის შემდეგ (გაუპატიურებისა და კონტრაცეპტივის არაეფექტურობის ჩათვლით);
- გამოიყენება ახალგაზრდებში, რომლებიც ნაკლებად სავარაუდოა, რომ პირველი სქესობრივი კავშირისთვის იყვნენ მომზადებულნი;
- გვერდითი მოვლენები ხანმოკლე მიმდინარეობისაა.

ნაკლოვანებები

- არ იცავს სქესობრივი გზით გადამდები ინფექციებისაგან (სგგი) და აივ/შიდსისაგან;
- არ უზრუნველყოფს უკვე არსებულ ორსულობის შეწყვეტას;
- უნდა იქნას გამოყენებული დაუცველი სქესობრივი კავშირიდან სამი დღის განმავლობაში, რაც შეიძლება მალე;
- შეიძლება გამოიწვიოს გულისრევა და ზოგჯერ ლებინება, განსაკუთრებით კომბინირებული ორალური კონტრაცეპტივების მიღების შემთხვევაში;
- არ არის მიღებული რეგულარული გამოყენებისათვის.

გადაუდგელი კონტრაცეპციის გამოყენების ჩვენებები

გამოიყენება ორსულობის თავიდან აცილების მიზნით დაუცველი სქესობრივი კავშირის შემდეგ ისეთი შემთხვევების ჩათვლით, როგორიცაა:

- კონტრაცეპტული საშუალების არ გამოყენება;
- კონტრაცეპტივის გამოყენებასთან დაკავშირებული გაუთვალისწინებელი შემთხვევა, ან მისი არასწორი გამოყენება, რაც მოიცავს შემდეგს:
 - კონდომის გახვევა, ჩამოცურება, ან არასწორად გამოყენება;

- ზედზედ ორი კონტრაცეპტული აბის გამოტოვება;
- პროგესტინის შემცველი კონტრაცეპტული ინექციის გაკეთება ორ კვირაზე მეტი ხნით დაგვიანებით;
- სამდღეზე მეტი ხნით დაგვიანებით კომბინირებული ესტროგენ/პროგესტინის შემცველი ინექციის გაკეთება;
- სპერმიციდის ტაბლეტი ან სანთელი არ დნება სქესობრივ კავშირამდე;
- დიაფრაგმის ან საშვილოსნის ჩაჩის გადაადგილება, დაზიანება, გახევა ან დროზე ადრე ამოღება;
- სქესობრივი აქტის შეწყვეტისას ნარუმატებლობა (მაგ. ეაკულაცია საშოში ან გარეთა სასქესო ორგანოებზე);
- პერიოდული თავშეკავების მეთოდის არასწორად გამოთვლა, ან ციკლის ფერტილური დღის არასწორად განსაზღვრა;
- საშვილოსნოსშიგა საშუალების გამოვარდნა;
- სქესობრივი ძალადობისას, როდესაც ქალი არ იყო დაცული კონტრაცეპტული მეთოდით.

პროგესტინული აბების გამოყენების წესი

- პაციენტმა დაუცველი სქესობრივი აქტის შემდეგ სასწრაფოდ (არა უგვიანეს 72 სთ-ის) უნდა მიიღოს 1,5მგ ლევონორგესტრელის შემცველი 1 აბი ერთჯერადად.
- პაციენტმა დაუცველი სქესობრივი აქტის შემდეგ სასწრაფოდ (არაუგვიანეს 72 სთ-ისა) უნდა მიიღოს 0,75 მგ ლევონორგესტრელის შემცველი 1 აბი. 12 სთ-ის შემდეგ კვლავ უნდა მიიღოს 0,75 მგ ლევონორგესტრელის შემცველი 1 აბი.
- პაციენტმა სქესობრივი აქტის შემდეგ სასწრაფოდ (არა უგვიანეს 72 სთ-ისა) უნდა მიიღოს 0,075 მგ ნორგესტრელის შემცველი 20 აბი. 12 სთ-ის შემდეგ განმეორებით უნდა მიიღოს 0,075 მგ ნორგესტრელის შემცველი 20 აბი.
- პაციენტმა დაუცველი სქესობრივი აქტის შემდეგ სასწრაფოდ (არაუგვიანეს 72 სთ-ისა) უნდა მიიღოს 4 აბი დაბალდოზიანი კოკი (30-35 მგ ეთინილ ესტრადიოლი). 12 სთ-ის შემდეგ განმეორებით 4 აბი.
- პაციენტმა დაუცველი სქესობრივი აქტის შემდეგ სასწრაფოდ (არაუგვიანეს 72 სთ-ისა) უნდა მიიღოს მაღალდოზიანი კოკ-ი 2 აბი (50 მკგ ეთინილ ესტრადიოლი).

12. სთ-ის შემდეგ პაციენტმა განმეორებით უნდა მიიღოს 2 აბი მაღალდოზიანი კოკ-ი.

- პაციენტმა დაუცვლელ სქესობრივი აქტის შემდეგ სასწრაფოდ (არაუგვიანეს 120 სთ-ისა) უნდა მიიღოს 10 მგ მიფეპრისტონი.
- სშს უნდა ჩაედგას პაციენტს დაუცველი სქესობრივი აქტიდან 120 სთ-ის განმავლობაში.

პა და კოკ-ის გამოყენება შესაძლებელია 120სთ-ის განმავლობაშიც, თუმცა მათი კონტრაცეპტიული ეფექტურობა მცირდება. კოკ-ის გამოყენებისას ყოველი დოზა უნდა შეიცავდეს მინიმუმ 100 მკგ (0,1მგ.) ეთინილ ესტრადიოლსა და 500 მკგ (0,5მგ) ლევონორგესტრელს.

სშს ჩადგმისას გათვალისწინებული უნდა იყოს მისი გამოყენების უკუჩვენებები.

პა-ის და კოკ-ის გამოყენების უკუჩვენება გადაუდებელი კონტრაცეპციისთვის არ არსებობს.

გვერდითი მოვლენები და გართულებები

- გულსირევა: აღინიშნება იმ პაციენტების 50%-ში, რომლებიც გადაუდებელი კონტრაცეპციისათვის იყენებენ კოკ-ს. პა გამოყენებისას ეს მონაცემი 20% შეადგენს.
- პირღებინება აღინიშნებათ პაციენტების 20%, რომლებიც გადაუდებელი კონტრაცეპციისათვის იყენებენ კოკ-ს. პა-ის გამოყენებისას ეს მონაცემი შეადგენს 4%-ს.
- არარეგულარული სისხლიანი გამონადენი დამახასიათებელია კოკ-ისა და პა-ის გამოყენებისას პაციენტთა 15-20%-ში.
- შესაძლებელია მენსტრუაციის გადაცდენა 7 დღის ფარგლებში. თუ პაციენტს აღინიშნება მენსტრუაციის გადაცდენა 7 დღეზე მეტი დღით, აუცილებლად უნდა გამოირიცხოს ორსულობა.
- სხვა გვერდითი მოვლენები, როგორცაა მკერდის დაჭიმულობა, თავის ტკივილი, საერთო სისუსტე და ტკივილი მუცლის ქვედა მესამედში, ძალიან იშვიათია. აღსანიშნავია, რომ გვერდითი მოვლენები შეიძლება გაგრძელდეს არა უმეტეს 24 სთ-ისა. სშს დამახასიათებელი გვერდითი მოვლენები და გართულებები იხილეთ (სშს გაიდლაინში).

ვინ უნდა ჩაატაროს კონსულტირება გადაუდებელი კონტრაცეპციაზე

გადაუდებელი კონტრაცეპციის დანიშვნა შეუძლია რეპროდუქტოლოგს, მეან-გინეკოლოგს, ოჯახის ექიმს. სუს-ის ჩადგმა შეუძლია რეპროდუქტოლოგსა და მეან-გინეკოლოგს.

ინსტრუქცია პაციენტებისათვის

- ზუსტად აუხსენით გადაუდებელი კონტრაცეპციის მიღების წესი;
- ურჩიეთ, რომ გადაუდებელი კონტრაცეპციისათვის ჰორმონული აბები მიიღოს ჭამის შემდეგ;
- გააფრთხილეთ პაციენტი, რომ გადაუდებელი კონტრაცეპციის აბების მიღება არ იცავს მას შემდგომი დაუცველი სქესობრივი აქტის შემთხვევაში;
- აუხსენით, თუ როდის უნდა გადავიდეს რეგულარულ კონტრაცეპციაზე;
- გააფრთხილეთ პაციენტი, რომ თუ მას 7 დღეზე მეტად გადაუტდება მენსტრუაცია, დროულად მიმართოს ექიმს;
- გააფრთხილეთ შესაძლო გვერდითი მოვლენების შესახებ.

რეგულარული კონტრაცეპციის დანერგვა გადაუდებელი კონტრაცეპციის შემდეგ

- კონდომი – გამოყენება შეიძლება გადაუდებელი კონტრაცეპციის გამოყენებისთანავე;
- დიაფრაგმა – შეიძლება გამოყენება გადაუდებელი კონტრაცეპციის გამოყენებისთანავე;
- კოკ-ი – შეიძლება გამოყენება გადაუდებელი კონტრაცეპციის გამოყენებისთანავე;
- საინექციო კონტრაცეპცია – პირველი ინექცია შეიძლება გაკეთდეს მენსტრუალური ციკლის შემდეგ პირველი 7 დღის განმავლობაში;
- იმპლანტები – იმპლანტი შეიძლება ჩაიდგას მენსტრუალური ციკლის შემდეგ პირველი 5 დღის განმავლობაში;
- სუს – შეიძლება ჩაიდგას შემდეგი მენსტრუალური ციკლის პერიოდში;
- ბუნებრივი მეთოდები – შეიძლება გამოყენებული იყოს შემდეგ მენსტრუალურ ციკლში.

3.11. ქალის ქირურგიული სტერილიზაცია

ქალის ნებაყოფლობითი ქირურგიული კონტრაცეპცია წარმოადგენს უსაფრთხო და ყველაზე მაღალეფექტურ მეთოდს ოჯახის დაგეგმვის თანამედროვე მეთოდებს შორის.

ქირურგიული კონტრაცეპციის არსი მდგომარეობს კვერცხსავალი მილების გამავლობის მექანიკურ ბლოკირებაში, რასაც, აგრეთვე უწოდებენ ოკლუზიას, დახშობას ან გადაკვანძვას.

ქირურგიული კონტრაცეპციის (სახეები) მეთოდები

დღესდღეობით ქირურგიული პროცედურის შესასრულებლად გამოიყენება ორი ძირითადი მეთოდი: მინილაპაროტომია და ლაპაროსკოპია. სტერილიზაციის ჩატარება ასევე შესაძლებელია ტრანსცერვიკალური გზით. აღსანიშნავია, რომ ტრანსცერვიკალურად სრულდება, როგორც ქირურგიული სტერილიზაცია, ჰისტეროსკოპის გამოყენებით, ასევე არაქირურგიული ქიმიური ან სხვა ტიპის პრეპარატებით

მინილაპაროტომიის დროს კვერცხსავალი გზების ოკლუზიისთვის გამოიყენება:

- ჰომეროსის მეთოდი;
- პრიტჩარდის ანუ პარკლენდის მეთოდი;
- ირვინგის მეთოდი;
- ფიმბრიექტომია.

ლაპაროსკოპიული ტექნიკის გამოყენებით კვერცხსავალი მილების ოკლუზიისთვის გამოიყენება:

- სილიკონის რგოლები;
- ფილშის ან ჰულკას კლიპები;
- ბი ან მონოპოლარული ელექტროკოაგულაცია.

სტერილიზაციის მოქმედების მექანიზმი

კვერცხსავალის ბლოკირების შედეგად შეუძლებელი ხდება კვერცხუჯრედისა და სპერმატოზოიდის შერწყმა, რაც საბოლოო ჯამში განაპირობებს კონტრაცეპციულ ეფექტს.

ეფექტურობა

“კონტრაქტული მარცხი” ლაპაროსკოპიული სტერილიზაციის დროს უტოლდება 0.0-0.8% და იგი ბევრად უფრო ნაკლებია, ვიდრე ანალოგიური მაჩვენებლები სხვა კონტრაქტული მეთოდების გამოყენების შემდეგ.

უპირატესობა

- პროცედურა ერთჯერადია და მთელი დარჩენილი სიცოცხლის განმავლობაში დამატებითი ჩარევის გარეშე ბუნებრივად იცავს ქალს არასასურველი ორსულობისაგან;
- სრულდება მუცლის ღრუს გაუხსნელად;
- შესაძლოა ჩატარდეს ამბულატორიულად, ადგილობრივი გაუტკივარებით;
- გართულებათა პროცენტი უმნიშვნელოა;
- ოპერაციის შემდგომი ნაწიბური პრაქტიკულად შეუმჩნეველია, რაც ესთეტიკური თვალთახედვით მნიშვნელოვანია;
- პრაქტიკულად არ იცვლება ორგანიზმის ჰორმონალური სტატუსი;
- პროცედურა ეკონომიური თვალსაზრისით მეტად მომგებიანია.

არაკონტრაცეპციული უპირატესობა

- საკვერცხის კიბოთი დაავადების რისკის დაქვეითება;

ნაკლოვანებები

- სტერილიზაციის ნაკლოვანებად შეიძლება ჩაითვალოს ის, რომ მიუხედავად მცირეინვაზიურობისა იგი ქირურგიული პროცედურაა.
- ქირურგიული სტერილიზაცია შეუქცევადი პროცედურაა და მისი წარმატებით შესრულების პირობებში ფერტილობა დასრულებულია.

ჩვენებები

სტერილიზაციის ჩვენება შეიძლება იყოს სამედიცინო ან სოციალური.

- სამედიცინო ჩვენებას წარმოადგენს ყველა ის პათოლოგია, რომელთა არსებობის შემთხვევაში ძალზე მატულობს სიცოცხლის საფრთხე, დაკავშირებული ორსულობისა და მშობიარობის რისკთან ან, მაღალია ნაყოფის სიმახინჯის ალბათობა.

- სოციალური ჩვენება განისაზღვრება შესაბამისი ქვეყნის კანონმდებლობით და ძირითადად დამყარებულია ქალის სურვილზე პარტნიორის თანხმობის გათვალისწინებით.

უკუჩვენებები

- აბსოლუტური დროებითი უკუჩვენება გულისხმობს ისეთ მდგომარეობას, რომლის დროსაც პროცედურის შესრულება არსებული მდგომარეობის შეცვლამდე, სამედიცინო თვალსაზრისით მიუღებელია;
- შედარებითი დროებითი უკუჩვენება გულისხმობს, ისეთ მდგომარეობას, რომლის დროსაც პროცედურის შესრულება შესაძლებელია შესაბამისი რეკომენდაციის გათვალისწინებით.

ყველაზე გავრცელებული სინაუსლის ფაქტორებია:

- 30 წლამდე ასაკი;
- ბავშვების არ ყოლა;
- არამყარი ურთიერთობა;
- ზენოლა პარტნიორის მხრიდან
- პარტნიორის არაინფორმირებულობა;
- პაციენტმა ახლახან გადაიტანა პირადი კრიზისი;
- პაციენტი ფიქრობს რომ სექსუალური პრობლემები გადაწყდება სტერილიზაციით;
- დაინტერესებულია ფერტილობის აღდგენით და აღდგენითი ოპერაციით

პაციენტები, რომელთათვისაც სტერილიზაცია შესაფერისი მეთოდია:

- ჩამოყალიბებული პიროვნებისთვის;
- ვისაც აქვს ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული პრობლემები და ორსულობა წარმოადგენს დიდ რისკს;
- ვისაც აქვს მიღწეული ან გადაჭარბებული ოჯახის სასურველ წევრთა რაოდენობა;
- ვისაც სურს მაღალეფექტური და მუდმივი, შეუქცევადი კონტრაცეპცია;
- ვისაც აქვს გადაწყვეტილებაში მხარდაჭერა პარტნიორისგან;
- ვისაც აქვს სტაბილური ოჯახური მდგომარეობა;

- ვისაც აქვს რეალური მოლოდინი;
- ვისაც კონკრეტულ მომენტში არა აქვს სტრესი;
- ვისაც აქვს მიღებული გააზრებული, დამაჯერებელი გადაწყვეტილება ფერტილობის დასრულებასთან დაკავშირებით;
- ვინც კარგად ინფორმირებულია

საშვილოსნოს მიღების ოკლუზიის გზით ნებაყოფლობითი ქირურგიული სტერილიზაციას, როგორც შეუქცევად კონტრაცეპციულ პროცედურას ესაჭიროება პაციენტის მხრიდან ინფორმირებული თანხმობის დოკუმენტის შევსება და ხელმოწერით დადასტურება.

შესაბამის მოქმედებას მოითხოვს შემდეგი პიროვნული ასპექტები:

პრობლემა	მოქმედება	საფუძვლი
მომავალში შვილების გაჩენის სურვილი	დააზუსტეთ პაციენტის მოტივაცია და საჭიროების შემთხვევაში დაეხმარეთ სხვა მეთოდის შერჩევაში	ნქს მუდმივი მეთოდია. მომავალში შვილების გაჩენის მსურველ წყვილებს დაეხმარეთ სხვა მეთოდის შერჩევაში.
დიდი ინტერესი შექცევადობის შესახებ	დააზუსტეთ პაციენტის მოტივაცია და საჭიროების შემთხვევაში დაეხმარეთ სხვა მეთოდის შერჩევაში	ნქს მუდმივი მეთოდია. წყვილებს, რომლებსაც შეიძლება მომავალში შვილების გაჩენა აინტერესებდეთ, დაეხმარეთ სხვა მეთოდის შერჩევაში.
არ ეთანხმება ან ხელს არ აწერს ინფორმირებულ თანხმობას	განსაზღვრეთ, ხომ არ არის გაუგებრობა მეთოდის ირგვლივ (მაგ. ჭორი, მითი). ამ შემთხვევაში საჭიროა დამატებითი კონსულტაცია. თუ პაციენტს მაინც არ სურს ხელის მოწერა, დაეხმარეთ სხვა მეთოდის შერჩევაში.	პაციენტებს ხშირად არასწორად ესმით ეს პროცედურა, კონსულტაციის შემდეგაც კი. ქირურგიული ჩარევის, განსაკუთრებით კი ნებაყოფლობითი სტერილიზაციის ჩატარებამდე აუცილებელია ინფორმირებული თანხმობა.
ზენოლა სხვა პიროვნებისაგან	დააზუსტეთ პაციენტის მოტივაცია და საჭიროების შემთხვევაში დაეხმარეთ სხვა მეთოდის შერჩევაში	ნებაყოფლობით სტერილიზაციასთან დაკავშირებული სინანული უფრო ძლიერია, როცა გადაწყვეტილების მიღება ზენოლის ქვეშ ხდება.
დეპრესია	დააზუსტეთ პაციენტის მოტივაცია და საჭიროების შემთხვევაში დაეხმარეთ სხვა მეთოდის შერჩევაში	ნქს მუდმივი მეთოდია. თუ სახეზეა ემოციური არასტაბილურობა, გადაწყვეტილების მიღება უნდა გადავადდეს.

ოჯახური პრობლემები	დააზუსტეთ პაციენტის მოტივაცია და საჭიროების შემთხვევაში დაეხმარეთ სხვა მეთოდის შერჩევაში	რამდენადაც ნქს მუდმივი მეთოდია, პროცედურის ჩატარების გადანყვეტილება უმჯობესია მიღებულ იქნას, როცა პარტნიორები შეხმატკბილებულნი არიან.
პაციენტი დაუოჯახებელია ან არ ყავს შვილები	დააზუსტეთ პაციენტის მოტივაცია და საჭიროების შემთხვევაში დაეხმარეთ სხვა მეთოდის შერჩევაში	ნქს მუდმივი მეთოდია. სინანულის ალბათობა უფრო მაღალია, როცა სახეზეა რომელიმე აღნიშნული სიტუაცია.

სტერილიზაციაზე ნებაყოფლობითი ინფორმირებული თანხმობის ფორმა

მე, ქვემოთხელისმომწერი ----- გთხოვთ, ჩამიტაროთ
(გვარი, სახელი)

ქირურგიული სტერილიზაცია მეთოდით -----
(უჩვენეთ პროცედურა)

მოგმართავთ ამ თხოვნით საკუთარი სურვილით, ყოველგვარი ძალდატანების ან ვინმეს ზეგავლენის გარეშე. ვაცნობიერებ, რომ

1. მე და ჩემ პარტნიორს შეგვიძლია გამოვიყენოთ არსებული დროებითი კონტრაცეპციის მეთოდები.
2. პროცედურა, რომელიც ჩამიტარდება, წარმოადგენს ქირურგიულ ოპერაციას და მე დეტალურად ამიხსნეს მისი ყველა ეტაპი.
3. ქირურგიული ოპერაცია გარდა დადებითი შედეგებისა, შეიცავს გარკვეულ რისკს, რის შესახებაც ვარ ინფორმირებული
4. თუ პროცედურა ჩატარდა წარმატებით, მე აღარ მეყოლება შემდგომში შვილები.
5. პროცედურა ითვლება შეუქცევადად.
6. მე შემიძლია ოპერაციის წარმოებამდე ნებისმიერ მომენტში შევცვალო გადანყვეტილება

(პაციენტის ხელმოწერა) (თარიღი)

(მკურნალი ექიმის ხელმოწერა) (თარიღი)

იმ შემთხვევაში თუ პაციენტმა არ იცის კითხვა და/ან წერა, მაშინ პაციენტის ნდობით აღჭურვილმა იმავე სქესის პირმა, რომელიც მეტყველებს იმავე ენაზე რომელზეც პაციენტი, ხელი უნდა მოაწეროს შემდეგ განცხადებას:

მე, ქვემოთხელისმომწერი, ვადასტურებ

(ხელმოწერა)

3.12. მამაკაცის ნებაყოფლობითი ქირურგიული კონტრაცეფცია (ვაზექტომია)

მამაკაცის სტერილიზაცია — ვაზექტომია ნებაყოფლობითი ქირურგიული პროცედურაა, რომელიც მამაკაცის ნაყოფიერების სამუდამო დათრგუნვის მიზნით ტარდება. იგი გულისხმობს თესლსავალი გზის ბლოკირებას სპერმის გამავლობის ასაცილებლად. ვაზექტომია წარმოადგენს მამაკაცის კონტრაცეფციის ფართოდ გავრცელებულ, საკმაოდ მარტივ, ადვილად შესასრულებელ, იაფ და საიმედო მეთოდს. ოპერაცია არ ცვლის მამაკაცის გარეგნობას, ხმას, ძალას, ეაკულატის მოცულობას ან სქესობრივ ქცევას. სიკვდილიანობა ასეპტიკის წესების დაცვისა და ქირურგის მაღალი კვალიფიკაციის შემთხვევაში საკმაოდ იშვიათად გვხვდება (დაახლოებით 1 სიკვდილის შემთხვევა 300 000 წარმოებულ ოპერაციაზე).

მეთოდები:

ტრადიციული ვაზექტომია
უსკალპელო ვაზექტომია

მოქმედების მექანიზმი

თესლსავალი გზების გამავლობის დარღვევა, ობტურაცია ხელოვნურად, ქირურგიული გზით, რაც გამოორიცხავს სპერმატოზოიდების მოხვედრას ეაკულატში (ობტურაციული აზოოსპერმია), შესაბამისად კვერცხუჯრედის განაყოფიერებას და ორსულობას.

იჯექტურება

ვაზექტომია კონტრაცეფციის ერთ-ერთი ყველაზე საიმედო, ეფექტური, პერმანენტული მეთოდია.

ვადინდება, რომელთათვისაც ვაზექტომია შესაფერისი მეთოდია

- რეპროდუქციული ასაკის მამაკაცები (ჩვეულებრივ 50 წლის ასაკამდე);
- მამაკაცები, ვისაც სურთ მუდმივი მაღალეფექტური კონტრაცეპტიული მეთოდი;
- მამაკაცები, რომელთა მეუღლეების ჯანმრთელობას ორსულობის შემთხვევაში შეიძლება სერიოზული რისკი შეექმნას;

- მამაკაცები, რომელთაც ესმით და ნებაყოფლობით თანხმდებიან პროცედურაზე;
- მამაკაცები / წყვილები, რომლებიც დარწმუნებულნი არიან, რომ აღარ სურთ მეტი ბავშვის გაჩენა.

უპირატესობები

- მაღალი ეფექტურობა (0.1 - 0.15 ორსულობა ყოველ ას ქალში წელიწადში);
- მუდმივი ეფექტი;
- ხელს არ უშლის სქესობრივ ცხოვრებას;
- კარგია იმ წყვილებისთვის, როცა ორსულობა ან კონტრაცეპციის რომელიმე მეთოდი ქალის ჯანმრთელობას სერიოზულ რისკს შეუქმნიდა;
- მარტივი ქირურგიული ჩარევა ადგილობრივი ანესთეზიის ქვეშ;
- გრძელვადიანი გვერდითი ეფექტების არარსებობა;
- არ ახდენს გავლენას სქესობრივ ფუნქციაზე (სათესლეების მიერ ჰორმონების პროდუქციაზე);

ნაკლოვანებები

- უნდა ჩაითვალოს მუდმივ (შეუქცევად) საშუალებად;
- შესაძლოა, პაციენტმა მომავალში ინანოს;
- დაგვიანებული ეფექტი (საჭიროა 3 თვემდე დრო ან 20-მდე ეაკულაცია);
- მცირე ოპერაციული რისკი და გვერდითი ეფექტები, განსაკუთრებით ზოგადი ნარკოზის გამოყენების შემთხვევაში;
- ხანმოკლე დისკომფორტი / ტკივილი პროცედურის შემდეგ;
- საჭიროა ქირურგის სათანადო მომზადება;
- არ იცავს სქესობრივი გზით გადამდები დაავადებებისგან;

ყველაზე გავრცელებული სინაუნის ფაქტორებია:

- 30 წლამდე ასაკი;
- ბავშვების არ ყოლა;
- არამყარი ურთიერთობა;
- ზენოლა პარტნიორის მხრიდან ვაზექტომიის ჩასატარებლად;
- პარტნიორის არაინფორმირებულობა ვაზექტომიის შესახებ;
- პაციენტმა ახლახან გადაიტანა პირადი კრიზისი;
- პაციენტი ფიქრობს რომ სექსუალური პრობლემები გადაწყდება სტერილიზაციით;
- დაინტერესებულია სპერმის შენახვით და აღდგენითი ოპერაციით

ვაზექტომიას, როგორც შეუქცევად კონტრაცეპტულ პროცედურას ესაჭიროება პაციენტის მხრიდან ინფორმირებული თანხმობის დოკუმენტის შევსება და ხელმოწერით დადასტურება.

სტერილიზაციაზე ნებაყოფლობითი ინფორმირებული თანხმობის ფორმა

მე, ქვემოთხელისმომწერი ----- გთხოვთ, ჩამიტაროთ
(გვარი, სახელი)

ქირურგიული სტერილიზაცია მეთოდით -----
(უჩვენეთ პროცედურა)

მოგმართავთ ამ თხოვნით საკუთარი სურვილით, ყოველგვარი ძალდატანების ან ვინმეს ზეგავლენის გარეშე. ვაცნობიერებ, რომ

1. მე და ჩემ პარტნიორს შეგვიძლია გამოვიყენოთ არსებული დროებითი კონტრაცეპციის მეთოდები.
2. პროცედურა, რომელიც ჩამიტარდება, წარმოადგენს ქირურგიულ ოპერაციას და მე დეტალურად ამიხსნეს მისი ყველა ეტაპი.
3. ქირურგიული ოპერაცია გარდა დადებითი შედეგებისა, შეიცავს გარკვეულ რისკს. რის შესახებაც ვარ ინფორმირებული
4. თუ პროცედურა ჩატარდა წარმატებით, მე აღარ მეყოლება შემდგომში შვილები.
5. პროცედურა ითვლება შეუქცევადად.
6. მე შემიძლია ოპერაციის წარმოებამდე ნებისმიერ მომენტში შევცვალო გადაწყვეტილება

----- (პაციენტის ხელმოწერა) -----	----- (თარიღი) -----
----- (მკურნალი ექიმის ხელმოწერა) -----	----- (თარიღი) -----

იმ შემთხვევაში თუ პაციენტმა არ იცის კითხვა და/ან წერა, მაშინ პაციენტის ნდობით აღჭურვილმა იმავე სქესის პირმა, რომელიც მეტყველებს იმავე ენაზე რომელზეც პაციენტი, ხელი უნდა მოაწეროს შემდეგ განცხადებას:

მე, ქვემოთხელისმომწერი, ვადასტურებ ----- (ხელმოწერა)	----- (თარიღი)
--	-------------------

შესაბამის მოქმედებას მოითხოვს შემდეგი პიროვნული ასპექტები:

პრობლემა	მოქმედება	საფუძველი
მომავალში შვილების გაჩენის სურვილი	დააზუსტეთ პაციენტის მოტივაცია და საჭიროების შემთხვევაში დაეხმარეთ სხვა მეთოდის შერჩევაში	ვაზექტომია მუდმივი მეთოდია. მომავალში შვილების გაჩენის მსურველ ნყვილებს დაეხმარეთ სხვა მეთოდის შერჩევაში.
დიდი ინტერესი შექცევადობის შესახებ	დააზუსტეთ პაციენტის მოტივაცია და საჭიროების შემთხვევაში დაეხმარეთ სხვა მეთოდის შერჩევაში	ვაზექტომია მუდმივი მეთოდია. ნყვილებს, რომლებსაც შეიძლება მომავალში შვილების გაჩენა აინტერესებდეთ, დაეხმარეთ სხვა მეთოდის შერჩევაში.
არეთანხმება ან ხელს არ აწერს ინფორმირებულ თანხმობას	განსაზღვრეთ, ხომ არ არის გაუგებრობა მეთოდის ირგვლივ (მაგ. ჭორი, მითი). ამ შემთხვევაში საჭიროა დამატებითი კონსულტაცია. თუ პაციენტს მაინც არ სურს ხელის მოწერა, დაეხმარეთ სხვა მეთოდის შერჩევაში.	პაციენტებს ხშირად არასწორად ესმით ეს პროცედურა, კონსულტაციის შემდეგაც კი. ქირურგიული ჩარევის, განსაკუთრებით კი ნებაყოფლობითი სტერილიზაციის ჩატარებამდე აუცილებელია ინფორმირებული თანხმობა.
ზენოლა სხვა პიროვნებისაგან	დააზუსტეთ პაციენტის მოტივაცია და საჭიროების შემთხვევაში დაეხმარეთ სხვა მეთოდის შერჩევაში	ნებაყოფლობითი სტერილიზაციასთან დაკავშირებული სინანული უფრო ძლიერია, როცა გადანყვეტილების მიღება ზენოლის ქვეშ ხდება.
დეპრესია	დააზუსტეთ პაციენტის მოტივაცია და საჭიროების შემთხვევაში დაეხმარეთ სხვა მეთოდის შერჩევაში	ვაზექტომია მუდმივი მეთოდია. თუ სახეზეა ემოციური არასტაბილურობა, გადანყვეტილების მიღება უნდა გადავადდეს.
ოჯახური პრობლემები	დააზუსტეთ პაციენტის მოტივაცია და საჭიროების შემთხვევაში დაეხმარეთ სხვა მეთოდის შერჩევაში	რამდენადაც ვაზექტომია მუდმივი მეთოდია, პროცედურის ჩატარების გადანყვეტილება უმჯობესია მიღებულ იქნას, როცა პარტნიორები შეხმატკბილებულნი არიან.
პაციენტი უცოლოა ან არ ყავს შვილები	დააზუსტეთ პაციენტის მოტივაცია და საჭიროების შემთხვევაში დაეხმარეთ სხვა მეთოდის შერჩევაში	ვაზექტომია მუდმივი მეთოდია. სინანულის ალბათობა უფრო მაღალია, როცა სახეზეა რომელიმე აღნიშნული სიტუაცია.

გამოყენებული მასალა:

1. „ოჯახის დაგეგმვა“, კლინიკური პრაქტიკის ეროვნული რეკომენდაცია (გაიდლაინი) და კლინიკური მდგომარეობების მართვის სახელმწიფო სტანდარტები (პროტოკოლები), 2007 წ.
2. „ანტენატალური მეთვალყურეობა ფიზიოლოგიური ორსულობის დროს“, კლინიკური პრაქტიკის ეროვნული რეკომენდაცია (გაიდლაინი) და კლინიკური მდგომარეობების მართვის სახელმწიფო სტანდარტები (პროტოკოლები), 2008 წ.