

მიღებულია „კლინიკური პრაქტიკის ეროვნული რეკომენდაციებისა (გაიდლაინები) და დაავადებათა მართვის სახელმწიფო სტანდარტების (პროტოკოლები) შემუშავების, შეფასების და დანერგვის ეროვნული საბჭოს“ 2014 წლის 10 ივნისის N4 სხდომის გადაწყვეტილების შესაბამისად

დამტკიცებულია საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2015 წლის 21 მაისის N01-150/ო ბრძანებით

## აბორტისშემდგომი პერიოდის

მართვა

პროტოკოლი

## სარჩევი

1. პროტოკოლის დასახელება: აბორტის შემდგომი პერიოდის მართვა.....	3
2. პროტოკოლით მოცული კლინიკური მდგომარეობები და ჩარევები.....	3
3. პროტოკოლის შემუშავების მეთოდოლოგია.....	3
4. პროტოკოლის მიზანი.....	4
5. სამიზნე ჯგუფი.....	4
6. ვისთვის არის პროტოკოლი განკუთვნილი.....	4
7. სამედიცინო დაწესებულებაში პროტოკოლის გამოყენების პირობები.....	4
8. რეკომენდაციები.....	4
9. მოსალოდნელი შედეგები.....	8
10. აუდიტის კრიტერიუმები.....	8
11. პროტოკოლის გადახედვის ვადები.....	9
12. პროტოკოლის დანერგვისთვის საჭირო რესურსი.....	9
13. რეკომენდაციები პროტოკოლის ადაპტირებისთვის ადგილობრივ დონეზე.....	9
14. პროტოკოლის ავტორები.....	10

## ალგორითმი და დანართები

ალგორითმი №1. ორსულობის ხელოვნური ან სპონტანური შეწყვეტა.....	8
დანართი №1. რეკომენდაციების ადაპტირების აუცილებლობის დასაბუთება.....	9
დანართი №2. ადამიანური და მატერიალურ-ტექნიკური რესურსი.....	10

# 1. პროტოკოლის დასახელება: აბორტისშემდგომი პერიოდის მართვა

## 2. პროტოკოლით მოცული კლინიკური მდგომარეობები და ჩარევები

დასახელება	კოდი
<b>1. კლინიკური მდგომარეობების დასახელება</b>	<b>ICD 10</b>
სპონტანური აბორტი	O.03
განაყოფიერებული კვერცხუჯრედის დაღუპვა და არაბუმტუკოვანი ნამქერი	O.02.0
სამედიცინო აბორტი	O.04
<b>2. ჩარევის დასახელება</b>	<b>NCSP</b>
ამბულატორული ვიზიტი	ZZZA90
ფსიქოთერაპია	R4R140
გინეკოლოგიური ულტრაბგერითი გამოკვლევა როგორც კლინიკური გამოკვლევის ნაწილი	LXDE1A
<b>3. ლაბორატორიული მომსახურების დასახელება</b>	
სისხლის საერთო ანალიზი	BL.6
პაპანიკოლაუს მეთოდით შეღებვა (ციტოლოგიური გამოკვლევა)	CT.2.2
სხვა ჰორმონების განსაზღვრა (HCG)	HR.8
იმუნოგლობულინების და მათი კომპონენტების გამოკვლევა/განსაზღვრა	IM.1
ვირუსების იმუნოსეროლოგიური გამოკვლევები	MB.9
სამოს ნაცხის ზოგადი ბაქტერიოსკოპიული დახასიათება (ტრიქომონა, სოკო, ბაქტერიები და ა.შ.)	GF.6

## 3. პროტოკოლის შემუშავების მეთოდოლოგია

ა) პროტოკოლი შემუშავებულია შემდეგი გაიდლაინების საფუძველზე:

1. Royal College of Obsetricians and Gyneacologist.(2012). The care of women requesting induced of abortion. Evidence-based clinical guideline. Number 7;
2. Royal College of Obsetricians and Gyneacologist.(2011). The investigation and treatment of couples with recurrent first-trimester and second-trimestr miscarriage (Green-top 17) Guidelines;
3. Royal College of Obsetricians and Gyneacologist. (2011). Early Pregnancy Loss, Management (Green-top 25) Gudelines (Original work published 2006);
4. Lebow, J.,Schwenk,T.L., Skodol,A., Sokol,H.N., & Hermann,R. (2012). Overview of psychotherapy,from <http://www.Uptodate.com>;
5. Bryant,R.,Stein, M.B., & Hermann,R. (2012). Treatment of acute stress disorder, from <http://www.Uptodate.com>.

ბ) ავტორთა ჯგუფის მიერ აბორტისშემდგომი პერიოდის მართვაში ჩარევის სახით დაემატა ფსიქოლოგიური დახმარება, რითაც მოხდა ცვლილება ორიგინალური გაიდლაინის რეკომენდაციებში. ლიტერატურული მონაცემებით დადგენილია, რომ ორსულობის ხელოვნური ან თვითნებითი შეწყვეტა არის ფსიქოლოგიური სტრესი. ფსიქოლოგიური დახმარება აბორტისშემდგომ პერიოდში აუცილებელია რეპროდუქციული ჯანმრთელობის სრულფასოვანი აღდგენისთვის. (Lebow, J., et al. 2012 from [ttp://www.Uptodate.com](http://www.Uptodate.com)) (Bryant, R., et al. 2012 from <http://www.Uptodate.com>).

## 4. პროტოკოლის მიზანი

პროტოკოლის მიზანია აბორტის შემდგომ პერიოდში ქალთა რეპროდუქციული ფუნქციისა და ფსიქო-ემოციური სტატუსის სრულყოფილი აღდგენა.

აბორტის შემდგომი პერიოდის მართვა წარმოადგენს მომსახურების პაკეტს, რომელიც მიეწოდება ქალს სპონტანური აბორტის, ხელოვნური აბორტისა და შეწყვეტილი ორსულობის შემდეგ. სწორად ჩატარებული აბორტის შემდგომი რეაბილიტაცია ამცირებს:

- ✓ შემდგომ არასასურველ ორსულობას;
- ✓ განმეორებითი ხელოვნური და სპონტანური აბორტების რიცხვს;
- ✓ დედათა ავადობას და სიკვდილობას.

აბორტის შემდგომი რეაბილიტაციის რაციონალური სტრუქტურა და მართვა დადებითად აისახება საქართველოს დემოგრაფიულ მონაცემზე.

## 5. სამიზნე ჯგუფი

პროტოკოლის რეკომენდაციები შეეხება რეპროდუქციული ასაკის პაციენტებს (16-48 წლამდე) სპონტანური, სამედიცინო აბორტის და შეწყვეტილი ორსულობის დიაგნოზით.

## 6. ვისთვის არის პროტოკოლი განკუთვნილი

პროტოკოლი განკუთვნილია შემდეგი სპეციალობის ექიმებისთვის: მეან-გინეკოლოგი, რეპროდუქტოლოგი, ფსიქოთერაპევტი, ოჯახის ექიმი.

## 7. სამედიცინო დაწესებულებაში პროტოკოლის გამოყენების პირობები

პროტოკოლი გამოიყენება სამეანო-გინეკოლოგიური სერვისის მიმწოდებელ ამბულატორიულ და სტაციონარულ დაწესებულებებში. პროტოკოლის გამოყენება იწყება ჰოსპიტალიზაციიდან 1 საათის შემდეგ, გინეკოლოგიური განყოფილების მცირე საოპერაციო ქვეგანყოფილებაში, აბორტის შემდგომ პერიოდში გრძელდება პალატაში და/ან ამბულატორიულ რეგოლში.

## 8. რეკომენდაციები

### დეფინიცია

აბორტი - ორსულობის შეწყვეტა და საშვილოსნოდან ნაყოფის გამოძევება მის სიცოცხლისუნარიანობამდე. [1]

### კლასიფიკაცია

თვითნებითი აბორტი ჯანდაცვის საერთაშორისო ორგანიზაციის განმარტებით არის სპონტანურად შეწყვეტილი ორსულობა, რომლის დროსაც ხდება საშვილოსნოს ღრუდან ემბრიონის, 500 გრ ან ნაკლები მასის ნაყოფის გამოძევება, რაც შეესაბამება ორსულობის გესტაციურ ვადას 20-22 კვირამდე. [2]

თვითნებითი აბორტი:

- ✓ მოსალოდნელი;
- ✓ დაწყებითი;

- ✓ სრული;
- ✓ დაუმთავრებელი;
- ✓ ჩვეული.

**ხელოვნური აბორტი** არის ორსულობის ხელოვნურად, ნებაყოფლობით შეწყვეტა 12 კვირის ვადამდე. ორსულობის შეწყვეტა დასაშვებია 20 კვირის ვადამდე სამედიცინო ჩვენებით ქალის ჯანმრთელობის შესანარჩულებლად ან ნაყოფის გენეტიკური დაავადებების, (ანომალიების) აღმოჩენის შემთხვევაში. (ეთიკური კომისიის გადაწყვეტილებით).

### სპონტანური აბორტების რისკ-ფაქტორები

- ✓ **ასაკი** - მნიშვნელოვანი რისკ ფაქტორია ჯანმრთელ ქალებში. თვითნებითი აბორტის განვითარებაში. სპონტანური აბორტების პროცენტული შეფასება ასაკთან მიმართებაში შემდეგნაირად გამოიხატება [7]
 

20-30 წწ.	9-17%
>35 წ.	20 %
40წ.	40%
>45წ.	80 %
- ✓ **თვითნებითი აბორტი ანამნეზში.** [8]
- ✓ **მავნე ჩვევები: კოკაინის და თამბაქოს მოხმარება** (>10 ღერზე დღეში), **ალკოჰოლი** [9,10,11]
- ✓ **გრავიდიტი** (ორსულობის რაოდენობა ანამნეზში) [12,13]
- ✓ **ცხელება 37.8-ზე ზევით** [14]
- ✓ **არასპეციფიური ანთებისსაწინააღმდეგო საშუალებების გამოყენება** [15,16]
- ✓ **ოვულაციასა და იმპლანტაციას შორის პერიოდის გახანგრძლივება.** [17]
- ✓ **დედის წონა.** თუ წონის ინდექსი ნაკლები 18.5კგ/მ<sup>2</sup> ან მეტი 25 კგ/მ<sup>2</sup> [18,19,20]
- ✓ **ფოლიუმის მჟავის ნაკლოვანება** ( $\leq 2.19$ ნგ/მლ) ორგანიზმში იწვევს ორსულობის შეწყვეტას 6-12 კვირის ვადაზე. [21]
- ✓ **კოფეინი** - კვლევებით დადგენილია კავშირი კოფეინის დიდი დოზებით გამოყენებასა და აბორტებს შორის. ეს თავის მხრივ დამოკიდებულია ყავის ხარისხზე, მომზადების ტექნოლოგიასა და ორსულის მეტაბოლურ ცვლაზე. [22]

### ეტიოლოგია

- ✓ **ქრომოსომული ანომალიები** - გვხვდება აბორტის 50%-ში, ამ ანომალიებიდან უმრავლესობაში აღინიშნება ანემბრიონია. რაც მცირეა გესტაციური ვადა, მით უფრო მაღალია ციტოგენეტიკური დეფექტების დონე: [23,24]
  - აუტოსომური ტრისომია გვხვდება -52% შემთხვევაში;
  - მონოსომია X -19% შემთხვევაში;
  - პოლიპლოიდია -22%;
  - სხვა მიზეზები -7% შემთხვევაში.
- ✓ **ტრავმა** - საშვილოსნოს შიდა ინვაზიური პროცედურა, ისეთი როგორც ქორიონის ბუსუსების ბიოფსია და ამნიოცენტეზი. [25]
- ✓ **საშვილოსნოს სტრუქტურული ანომალიები** - (ორქიანი საშვილოსნო, საშვილოსნოს შიდა ტიხარი, სუბმუკოზური ლეომიომები), რამაც შეიძლება ხელი შეუშალოს ჩანასახის ოპტიმალურ იმპლანტაციას და ნაყოფის შემდგომ ზრდა-განვითარებას.
- ✓ **თანდაყოლილი ანომალიები**, გამოწვეული დედის გენეტიკური ან ქრომოსომული დარღვევებით. [26]

- ✓ ინფექციები: ბაქტერიული, ვირუსული, პარაზიტული. [27]
- ✓ დედის ენდოკრინოპათიები: ფარისებური ჯირკვლის დისფუნქცია, კუშინგის სინდრომი, პოლიციტოზური საკვერცხის სინდრომი, ცუდად კონტროლირებული შაქრიანი დიაბეტი.[28,29]
- ✓ კოაგულოპათიები და იმუნური სისტემის დარღვევები (ანტიფოსპოლიდური სინდრომი, სისტემური წითელი მგლურა).
- ✓ დაუდგენელი გენეზის აბორტი.

## რეკომენდაცია 8.1

### **B** აბორტისშემდგომი ოჯახის დაგეგმვის კონტრაცეფციული მეთოდი

- ✓ ქალმა არ უნდა დაიწყოს სქესობრივი ცხოვრება აბორტისშემდგომი სისხლისდენის შეწყვეტამდე (5-7დღე).
- ✓ კრიტიკულად მნიშვნელოვანია, შემდეგი ორსულობის გადავადების მიზნით დაუყოვნებლივ დაიწყოს კონტრაცეფციის რომელიმე მეთოდის მოხმარება, რადგან ფერტილობის აღდგენა ხდება აბორტიდან ორ კვირაზე ადრე.
- ✓ შესაძლოა გამოყენებული იყოს ნებისმიერი მეთოდი.
- ✓ ქალებს უნდა მიეცეთ რჩევა ხანგძლივი მოქმედების შექცევადი კონტრაცეფციული მეთოდების მაღალი ეფექტურობის შესახებ.
- ✓ ქალებს, რომლებიც არ ირჩევენ დაუყოვნებლივ კონტრაცეფციას, უნდა მიეწოდოთ ინფორმაცია ბარიერული მეთოდების შესახებ.
- ✓ საშვილოსნოს შიდა კონტრაცეფცია შესაძლოა გამოყენებული იქნას, ქირურგიული პროცედურის დასრულებისთანავე.

ორმაგი დაცვა- კონდომი ოჯახის დაგეგმვის სხვა მეთოდთან ერთად (ორალური კონტრაცეფცია ან საინექციო) იცავს სგდ-გან.

[Royal College of Obstetricians and Gynaecologist.(2012). *The care of women requesting induced of abortion*. Evidence-based clinical guideline. Number 7.p81-84].

## რეკომენდაცია 8.2

### **A და C** ინფექციური გართულებების პროფილაქტიკა

სეპტიური გართულებების აცილების მიზნით რეკომენდირებულია ანტიბიოტიკოთერაპიის ხანმოკლე კურსი. უპირატესობა ენიჭება ამინოგლიკოზიდებს ან მათ კომბინაციას მეტრონიდაზოლთან ერთად.

- ✓ აზიტრომიცინი 1 გ + მეტრონიდაზოლი 1 გ რექტალურად ან 800 მგ დასალევად;
- ✓ დოქსიციკლინ 100 მგ ორჯერ დღეში 7 დღე + მეტრონიდაზოლი 1 გ რექტალურად ან 800 მგ დასალევად;
- ✓ მეტრონიდაზოლი 1 გ რექტალურად ან 800 მგ დასალევად (თუ Chl.trachomatis ტესტი უარყოფითია).

[Royal College of Obstetricians and Gynaecologist.(2012). *The care of women requesting induced of abortion*. Evidence-based clinical guideline. Number 7.p.11,53-56].

### რეკომენდაცია 8.3

#### **.B** რეზუს პროფილაქტიკა

RH(D) იმუნოგლობინი არასენსიბილიზირებულ რეზუს-უარყოფითი კუთვნილების ქალებს ოპერაციის შემდეგ რეკომენდებულია გაუკეთდეს ანტი-D იმუნოგლობულინი აბორტიდან 72 საათის განვლობაში ინტრამუსკულარულად მხარში (deltoid muscle), როგორც ქირურგიული ასევე მედიკამენტური აბორტის შემდეგ.

[Royal College of Obstetricians and Gynecologist.(2012). *The care of women requesting induced ofabortion*. Evidence-based clinical guideline. Number 7.p.77]

### რეკომენდაცია 8.4

**B III..** ქორიონული გონადოტროპინის კონტროლი (სპონტანური აბორტი, შეწყვეტილი ორსულობა).

ქალებს სპონტანური აბორტის და შეწყვეტილი ორსულობის შემდგომ საჭიროების შემთხვევაში (თუ არის ეჭვი გესტაციურ ტროფობლასტურ დაავადებაზე) რეკომენდებულია ჩაუტარდეს შრატში სერიული HCG მონიტორინგი.

[Royal College of Obstetricians and Gynecologist. (2011). *Early Pregnancy Loss, Management* (Green-top 25).Guidelines p.4-5]

### რეკომენდაცია 8.5

#### **C** აბორტისშემდგომ პაციენტთა კონსულტირება და ინფორმირება

ყველა ქალი უზრუნველყოფილი უნდა იყოს ვერბალური და წერილობითი ინფორმაციით აბორტისშემდგომი გართულებების სიმპტომების შესახებ.

- ✓ ჭარბი სისხლიანი გამონადენი საშოდან;
- ✓ ცხელება;
- ✓ ტკივილი მუცლის ქვედა არეში;
- ✓ სუნიანი გამონადენი საშოდან;
- ✓ თავბრუსხვევა ან გონების დაკარგვა;

ამ სიმპტომების არსებობისას აუცილებელია დაუყონებლივი სამედიცინო კონსულტირება.

[Royal College of Obstetricians and Gynecologist.(2012). *The care of women requesting induced ofabortion*. Evidence-based clinical guideline. Number 7.p.78].

### რეკომენდაცია 8.6

#### **2B და2C** ფსიქოლოგიური დახმარება

ორსულობის თვითნებითი შეწყვეტა არის ფსიქოლოგიური სტრესი, რომელიც ვლინდება სხვადასხვა ხარისხით გამოხატული სიმპტომებით.

თვითნებითი აბორტის შემდეგ სტრესის და დეპრესიის გამოხატული სიმპტომების არსებობისას ტარდება ურგენტულად ფსიქოთერაპია. ფსიქოთერაპიის მეთოდის შერჩევა ხდება ინდივიდუალურად, დარღვევების სიმძიმის გათვალისწინებით.

- ✓ სტრესის დროს კოგნიტიურ -ბიჰევიური ფსიქოთერაპია მოწოდებულია , როგორც პირველი რიგის მკურნალობა (რეკომენდაცია ხარისხი 2B)
- ✓ დეპრესიის მსუბუქი და საშუალოდ გამოხატული სიმპტომების დროს- ფსიქოსოციალური თერაპია (რეკომენდაცია ხარისხი 2C)
- ✓ ღრმა დეპრესიის დროს რეკომენდებულია ფარმაკოთერაპია (რეკომენდაცია ხარისხი 1B) კომბინაციაში ფსიქოსოციალურ თერაპიასთან (რეკომენდაციის ხარისხი 2C) ერთად.

[Lebow, J.,Schwenk,T.L., Skodol,A., Sokol,H.N., & Hermann,R. (2012). Overview of psychotherapy, from <http://www.Uptodate.com>; Bryant,R.,Stein, M.B., & Hermann,R. (2012). Treatment of acute stress disorder, from <http://www.Uptodate.com>].

### ალგორითმი №1. ორსულობის ხელოვნური ან სპონტანური შეწყვეტა

ორსულობის ხელოვნური ან სპონტანური შეწყვეტის ალგორითმი	
ხელოვნური	სპონტანური
ფსიქოლოგიური დახმარება ანტიბიოტიკოპროფილაქტიკა; ანტი -D Ig G ი/მ შეყვანა არასენსიბილიზირებული RhD (-) კუთვ. ქალებში; STI სკრინინგი და მკურნალობა; კონტრაცეფციის მეთოდის შერჩევა;	ფსიქოთერაპია; ანტიბიოტიკოპროფილაქტიკა; ანტი -D Ig G ი/მ შეყვანა არასენსიბილიზირებული RhD (-)კუთვ. ქალებში; STI სკრინინგი და მკურნალობა; კონტრაცეფციის მეთოდის შერჩევა; HCG განსაზღვრა დინამიკაში;
სეპტიური გართულებები	
არ აღენიშნება	აღენიშნება
	1. ანტიბიოტიკოთერაპია 2. უკუნაჩვენებია სმს შეყვანა

## 9. მოსალოდნელი შედეგები

პროტოკოლის გამოყენების საფუძველზე მოსალოდნელია:

- ✓ შემდგომი არასასურველი ორსულობის თავიდან აცილება;
- ✓ განმეორებითი ხელოვნური და სპონტანური აბორტის მაჩვენებლის შემცირება;
- ✓ დედათა ავადობის და სიკვდილობის შემცირება;
- ✓ ფერტილობის მაჩვენებლების გაუმჯობესება.

## 10. აუდიტის კრიტერიუმები

- ✓ რამდენ დაწესებულებას (%) აქვს აღნიშნული პროტოკოლი?
- ✓ რამდენმა ექიმმა (%) გაიარა სწავლება მოცემული პროტოკოლის პრაქტიკაში დანერგვის თვალსაზრისით?
- ✓ აბორტისშემდგომ პერიოდში რამდენ პაციენტს (%) ჩაუტარდა ფსიქოლოგიური დახმარება?
- ✓ აბორტისშემდგომ პერიოდში რამდენ პაციენტს (%) ჩაუტარდა სქესობრივი გზით გადამდებ ინფექციებზე კვლევა და მკურნალობა?
- ✓ აბორტისშემდგომ პერიოდში რამდენ პაციენტს (%) დაეინიშნა კონტრაცეფციის ესა თუ ის მეთოდი?
- ✓ აბორტისშემდგომ პერიოდში რამდენ პაციენტს (%) ჩაუტარდა რეზუს პროფილაქტიკა?
- ✓ აბორტისშემდგომ პერიოდში რამდენ პაციენტს (%) ჩაუტარდა HCG-ის მონიტორინგი?



## 11. პროტოკოლის გადახედვის ვადები

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

## 12. პროტოკოლის დანერგვისთვის საჭირო რესურსი

პროტოკოლის დანერგვისთვის საჭირო ადამიანური და მატერიალურ-ტექნიკური რესურსის შესახებ ინფორმაცია იხილეთ დანართში #2.

## 13. რეკომენდაციები პროტოკოლის ადაპტირებისთვის ადგილობრივ დონეზე

წარმოდგენილი კლინიკური რეკომენდაციების პრაქტიკაში ადაპტაციისათვის აუცილებელია სამედიცინო პერსონალს ჩაუტარდეს სპეციალური სწავლება აბორტისშემდგომი პერიოდის მართვის თაობაზე. განსაკუთრებული ყურადღება უნდა მიექცეს პაციენტებს, რომელთაც აღნიშნებათ განმეორებითი სპონტანური აბორტი. აღნიშნული სწავლება უნდა ჩატარდეს პერიოდულად. პერიოდულობის სიხშირე უნდა განისაზღვროს მოთხოვნილების შესაბამისად.

### დანართი №1. რეკომენდაციების ადაპტირების აუცილებლობის დასაბუთება

წყარო გაიდლაინის რეკომენდაცია	ადაპტირებული ვარიანტი	განმარტება
<p><b>B</b> აბორტისშემდგომი ოჯახის დაგეგმვის კონტრაცეფციული მეთოდი <b>A</b> და <b>C</b> ინფექციური გართულებების პროფილაქტიკა <b>B</b> რეზუს პროფილაქტიკა.</p> <p><b>B III დონე</b> ქორიონული გონადოტროპინის კონტროლი (სპონტანური აბორტი, შეწყვეტილი ორსულობა)</p> <p><b>C</b> აბორტისშემდგომ პაციენტთა კონსულტირება და ინფორმირება</p>	<p><b>B</b> აბორტისშემდგომი ოჯახის დაგეგმვის კონტრაცეფციული მეთოდი <b>A</b> და <b>C</b> ინფექციური გართულებების პროფილაქტიკა <b>B</b> რეზუს პროფილაქტიკა.</p> <p><b>B III დონე</b> ქორიონული გონადოტროპინის კონტროლი (სპონტანური აბორტი, შეწყვეტილი ორსულობა)</p> <p><b>C</b> აბორტისშემდგომ პაციენტთა კონსულტირება და ინფორმირება</p> <p><b>2B</b> და <b>2C</b> ფსიქოლოგიური დახმარება</p>	<p>ორსულობის თვითნებითი შეწყვეტა არის ფსიქოლოგიური სტრესი, რომელიც ვლინდება სხვადასხვა ხარისხით და სიმპტომებით: ძლიერი სულიერი ტკივილი, დანაშაულის გრძნობა, აგრესიულობა, აგზნებადობა. აღნიშნული დარღვევების კორექციის გარეშე, რაც მიღწეული იქნება მხოლოდ კვალიფიციური ფსიქოლოგიური დახმარებით, შეუძლებელია ქალის რეპროდუქციული ჯანმრთელობის და ფსიქო-ემოციური სტატუსის სრულფასოვანი აღდგენა. (რეკომენდაცია <b>2B</b> და <b>2C</b>)</p>

**დანართი №2. ადამიანური და მატერიალურ-ტექნიკური რესურსი**

რესურსი	ფუნქციები/მნიშვნელობა	შენიშვნა
<b>ადამიანური რესურსები</b>		
მეან-გინეკოლოგი ფსიქოთერაპევტი	კლინიკური შეფასება, დიაგნოზის დადასტურება, პრევენციული ღონისძიებების შერჩევა, მედიკამენტური და ფიზიკური მეთოდებით მკურნალობის, აგრეთვე ფსიქოლოგიური დახმარების თაობაზე გადაწყვეტილება, მიმდინარე მეთვალყურეობა	სავალდებულო
ექთანი	მეთვალყურეობა პაციენტის მომართვიანობაზე და აღრიცხვაზე	სასურველი
რეგისტრატორი	მიმდინარე მეთვალყურეობისთვის პაციენტების გამოძახების უზრუნველყოფა.	სავალდებულო
მენეჯერი	პროტოკოლის დანერგვის ხელშეწყობა, დანერგვაზე მეთვალყურეობა, აუდიტის ჩატარება და შედეგების ანალიზი	სავალდებულო
<b>მატერიალურ-ტექნიკური რესურსები</b>		
რისკის შეფასების სქემა	რისკის პროფილის შეფასება	სავალდებულო
სისხლის საერთო ანალიზი, პაპ-ტესტი, HCG განსაზღვრა, STI ინფექციების სკრინინგი (გონორეა, სიფილისი, HIV, C.trachomatis)	ეტიოპათოგენური მკურნალობის ჩატარების მიზნით	სავალდებულო
სადიაგნოსტიკო აღჭურვილობა ულტრასონოგრაფი	დიაგნოზის დადასტურება, რისკის შეფასება	სავალდებულო
პაციენტის საგანმანათლებლო მასალები	პაციენტის ინფორმირება	სავალდებულო

**14. პროტოკოლის ავტორები**

**მანანა აბულაძე** - მედიცინის დოქტორი, ქალთა რეაბილიტაციის ასოციაციის პრეზიდენტი, სამეანო-გინეკოლოგიური რეაბილიტაციის ცენტრის „ვენუს ჯორჯია“-ს და აკად. კ. ჩაჩავას კლინიკის მეან-გინეკოლოგი.

**ნათია შარაბიძე** - მედიცინის დოქტორი, მეან-გინეკოლოგი, რეპროდუქტოლოგი, ქალთა რეაბილიტაციის ასოციაციის გამგეობის წევრი, სამეანო-გინეკოლოგიური რეაბილიტაციის ცენტრის „ვენუს ჯორჯია“-ს დირექტორი.

**თამარ შელია** - სამეანო-გინეკოლოგიური რეაბილიტაციის ცენტრის „ვენუს ჯორჯია“-ს მეან-გინეკოლოგი, ქალთა რეაბილიტაციის ასოციაციის გამგეობის წევრი.

**თამარ ანთელავა** - აკადემიური დოქტორი მედიცინაში; თსუ მეან-გინეკოლოგიის დეპარტამენტის ასისტენტ პროფესორი; აკად. კ. ჩაჩავას კლინიკის მეან-გინეკოლოგი, მეან-გინეკოლოგთა და პერინატოლოგთა ასოციაციის წევრი.