**დდ**

**დანართი 3**

**ანტენატალური მოვლის ხარისხის ინდიკატორები**

ინდიკატორის პასპორტი, მონაცემთა მოგროვება და ანალიზი



****



შინაარსი

[წინააპირობა 2](#_Toc6244760)

[ანტენატალური მოვლის ხარისხის ინდიკატორების ნუსხა 3](#_Toc6244761)

[ანტენატალური მოვლის ხარისხის ინდიკატორების ჯგუფები 4](#_Toc6244762)

[ანტენატალური ინდიკატორების მონაცემთა წყარო 6](#_Toc6244763)

[ანტენატალური ხარისხის ინდიკატორების პასპორტი 10](#_Toc6244764)

[1.ანტენატალური ვიზიტების მოცვა 11](#_Toc6244765)

[2.ანტენატალური მოვლის დროული ინიცირება 14](#_Toc6244766)

[3.ნაადრევი მშობიარობა 17](#_Toc6244767)

[4.მოსალოდნელი ნაადრევი მშობიარობის ანტენატალური დიაგნოსტიკა 20](#_Toc6244768)

[5. მოსალოდნელი ნაადრევი მშობიარობის პრევენცია პროგესტერონით 23](#_Toc6244769)

[6.ანტენატალური მკვდრადშობადობა 28](#_Toc6244770)

[7.გესტაციური ასაკისთვის პატარა ახალშობილი 34](#_Toc6244771)

[8.≥40 კვირაზე დაბადებული გესტაციური ასაკისთვის პატარა ახალშობილი 38](#_Toc6244772)

[9.გესტაციური ასაკისთვის პატარა ახალშობილის ანტენატალური დიაგნოსტიკა 41](#_Toc6244773)

[10.ეკლამფსიის მაჩვენებელი 45](#_Toc6244774)

[11.მაგნეზიალური თერაპია მძიმე პრეეკლამფსიის დროს 49](#_Toc6244775)

[12.პრეეკლამფსიის სკრინინგი ორსულობაში 52](#_Toc6244776)

[13.ასიმპტომური ბაქტერიურიის სკრინინგი 55](#_Toc6244777)

[14.ანტიბიოტიკოთერაპია ასიმპტომური ბაქტერიურიის დროს 58](#_Toc6244778)

[15.გესტაციური დიაბეტის სკრინინგი 61](#_Toc6244779)

[16. Rh(D)-უარყოფითი სისხლის კუთვნილების ორსულების რეზუს ანტისხეულებზე ტესტირება 65](#_Toc6244780)

[17.ანტენატალური ანტი-D იმუნოროფილაქტიკა 68](#_Toc6244781)

# წინააპირობა

ადეკავტური და ხარისხიანი ანტენატალური მოვლა დედისა და ახალშობილის ჯანმრთელობის მნიშვნელოვანი წინაპირობა და განმსაზღვრელი ფაქტორია. ორსულის და ნაყოფის მდგომარეობის დროული და სწორი შეფასება, რისკების გამოვლენა და შესაბამისი მოვლის უზრუნველყოფა ორსულობის გამოსავალის გაუმჯობესების, დედათა და ახალშობილთა ავადობისა და სიკვდილიანობის შემცირების ეფექტურ სტრატეგიას წარმოადგენს.

ანტენატალური სერვისების ხარსისხის მუდმივი და კომპლექსური შეფასება აუცილებელი წინაპირობაა ანტენატალური მოვლის და, შესაბამისად, დედისა და ნაყოფის გამოსავალის გასაუმჯობესებლად. ხოლო სამედიცინო მომსახურების ხარისხის შეფასების ერთ-ერთ საუკეთესო საშუალებად აღიარებულია კლინიკური ხარისხის ინდიაკტორები, რომლის შემუშავებით და დანერგვით მსოფლიოში არაერთმა ქვეყანამ შეძლო სამედიცინო მომსახურების ხარისხის მნიშვნელოვნად ამაღლება და კლინიკური გამოსავალის მკვეთრად გაუმჯობესება.

ხარისხის ინდიკატორები წარმოადგენს სტანდარტიზირებულ, მტკიცებულებებზე დაფუძენბულ სამედიცინო მომსახურების მრავალგანზომილებიან, ობიექტურ, ხელმსიაწვდომ საზომს, რომელიც იძლევა საშუალებას სწორად შეაფასოს სამედიცინო პროცესები, ინტერვენციები და გამოავლინოს ნაკლოვანებები, რომელიც შესაბამის ჩარევას და კორექტირებას საჭიროებს.

ანტენატალური მოვლის ხარისხის ინდიკატორები მიზნად ისახავს ანტენატალური მოვლის სხვადასხვა მნიშვნელოვანი ასპექტების ობიექტურ შეფასებას, არსებული ხარვეზების გამოვლენას, რაც უაღრესად მნიშვენოლოვანია ადეკავტური მაკორექტირებელი ღონისძიებების დასაგეგმად როგორც ნაციონალურ, ასევე დაწესებულებების დონეზე.

ქვემოთ მოცემული ანტენატალური მოვლის ხარისხის ინდიკატორები ძირითადად ეფუძნება საერთაშორისოდ აპრობირებულ ხარისხის ინდიკატორებს, რომელიც მოწოდებულია აღიარებული დარგობრივი ისნტიტუციების მიერ, ეყრდნობა უკანასკნელ მტკიცებულებებს და შემოწმებულია სარწმუნოებაზე, ვალიდორობაზე, განხორციელებადობაზე და სხვა კლინიკური ინდიკატორებისთვის მნიშვნელოვან მახასიათებლებზე. მოწოდებული საერთაშორისო ინდიკატორების შერჩევა და ადაპტირება მოხდა საქართველოს სპეციფიკის გათვალისწინებით.

# ანტენატალური მოვლის ხარისხის ინდიკატორების ნუსხა

შერჩეული/შემუშავებული ანტენატალური მოვლის ხარისხის ინდიკატორები წარმოდგენილია ცხრილში 1.

|  |
| --- |
| ინდიკატორის დასახელება  |
| ანტენატალური ვიზიტების მოცვა |
| ანტენატალური მოვლის დროული ინიცირება |
| ნაადრევი მშობიარობა |
| მოსალოდნელი ნაადრევი მშობიარობის ანტენატალური დიაგნოსტიკა  |
| მოსალოდნელი ნაადრევი მშობიარობის პრევენცია პროგესტერონით |
| ანტენატალური მკვდრადშობადობა |
| გესტაციური ასაკისთვის პატარა ახალშობილის (გაპა) ზოგადი მაჩვენებელი |
| ≥40 კვირაზე დაბადებული გაპა |
| გესტაციური ასაკისთვის პატარა ახალშობილის ანტენატალური სკრინინგი დიაგნოსტიკა  |
| ეკლამფსიის მაჩვენებელი  |
| პრეეკლამფსიის სკრინინგი ორსულებში  |
| მაგნეზიალური თერაპია მძიმე პრეეკლამფსიის დროს |
| ასიმპტომური ბაქტერიურიის სკრინინგი |
| ანტიბიოტიკოთერაპია ასიმპტომური ბაქტერიურიის დროს |
| გესტაციური დიაბეტის სკრინინგი |
| Rh(D)-უარყოფითი სისხლის კუთვნილების ორსულების ანტი-D ანტისხეულებზე ტესტირება |
| ანტენატალური ანტი-D იმუნოროფილაქტიკა |

**ცხრილი 1. ანტენატალური მოვლის ხარისხის ინდიაკტორები**

# ანტენატალური მოვლის ხარისხის ინდიკატორების ჯგუფები

მოწოდებული ხარისხის ინდიკატორების დაჯგუფება მოხდა ინიდკატორის ტიპის (სქემა 1), კლინიკური მიზეზ-შედეგობრივი კავშირის მიხედვით (სქემა 2,3).

**სექმა 1**: **ანტენატალური მოვლის ინდიკატორების ჯგუფები ინდიკატორის ტიპის მიხედვით**

*\*გაპა - გესტაციური ასაკისთვის პატარა ახალშობილი*

კლინიკური მიზეზ-შედეგობრივი კავშირის მიხედვით ინდიკატორების დაჯგუფება მოხდა ორი ძირითადი კლინიკური გამოსავალის ირგვლივ: მკვდრადშობადობა და ნაადრევი მშობიარობა (სქემა 2,3)

თავის მხრივ, თითოეულ გამოსავალზე ინდიკატორები გაერთიანდა რისკ-ფაქტორის, სკრინიგნი/დიაგნოსტიკისა და ინტერვენციის მიხედვით.

ქვემოთ მოცემულ სქემაში მოწოდებული ინდიკატორები აღნიშნულია შესაბამისი ნიშნულით.

**სქემა 2: მიზეზ-შედეგობრივი კავშირი. გამოსავალი - ანტენატალური მკვდრადშობადობა**

**ანტენატალური მკვდრადშობადობა**

**რისკ**

**ფაქტორები**

**სკრინინგი/**

**დიაგნოსტიკა**

**ინტერვენცია**

**სქემა 3: მიზეზ-შედეგობრივი კავშირი. გამოსავალი - ნაადრევი მშობიარობა**

**naadrevi mSobiaroba**

**რისკ**

**ფაქტორები**

**სკრინინგი/**

**დიაგნოსტიკა**

**ინტერვენცია**

# ანტენატალური ინდიკატორების მონაცემთა წყარო

კლინიკური ხარისხის ინდიკატორების ერთ-ერთ მნიშვნელოვან მახასიათებელს განხორციელებადობა წარმოადგენს, რაც გულისმობს ინდიკატორზე ობიექტური და სარწმუნო მონაცემების მოგროვების შესაძლებლობას.

მოწოდებული ანტენატალური მოვლის ხარისხის ინდიკატორების ერთ-ერთ ძირითად მონაცემთა წყაროს 2016 წლის 1 იანვრიდან ამოქმედებული დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის ანტენატალური და სამეანო მომსახურების ზედამხედველობის აღრიცხვიანობის ელექტრონული სისტემა „ორსულთა და ახალშობილთა ჯანმრთელობის მეთვალყურეობის ელექტრონული მოდული“ (ე.წ. „დაბადების“ რეგისტრი) წარმოადგენს. რომლის მეშვეობითაც ხორციელდება თითოეული ორსულის უწყვეტი მონიტორინგი პირველი ანტენატალური ვიზიტიდან მშობიარობის ჩათვლით.

მოწოდებული ანტენატალური ინდიკატორების შესწავლა მოხდა დაბადების რეგისტრიდან მონაცემების ამოღების შესაძლებლობის ჭრილში. ინდიკატორების ნაწილი სრულად ამოღებადია არსებული დაბადების რეგისტრის ფორმატიდან (სქემა 4). ინდიკატორთა ნაწილი კი მოითხოვს რეგისტრში ერთი ან რამოდენიმე ველის დამატებას.

**სქემა 4: ინდიკატრები, რომლებიც ამჟამად ამოღებადია დაბადების რეგისტრიდან \***

*\* ყვითლად მონიშნულია ინდიკატორები, რომლებიც ამჟამად ამოღებადია დაბადების რეგისტრიდან*

*\* \*გაპა - გესტაციური ასაკისთვის პატარა ახალშობილი*

**სქემა 5: ინდიკატრები, რომლებიც მოითხოვს მინიმალური რაოდენობის და სირთულის ველების დამატებას დაბადების რეგისტრში\***

*\* ცისფრად მონიშნულია ინდიკატორები, რომლებიც მოითხოვს მინიმალური რაოდენობის და სირთულის ველების დამატებას დაბადების რეგისტრში*

*\*\*გაპა - გესტაციური ასაკისთვის პატარა ახალშობილი*

**სქემა 6: ინდიკატრები, რომლებიც მოითხოვს რამოდენიმე კომპლექსური ველის დამატებას დაბადების რეგისტრში \***

*\* მწვანედ მონიშნულია ინდიკატორები, რომლებიც მოითხოვს რამოდენიმე კომპლექსური ველის დამატებას დაბადების რეგისტრში*

*\*\*გაპა - გესტაციური ასაკისთვის პატარა ახალშობილი*

# ანტენატალური მოვლის ხარისხის ინდიკატორების პასპორტი

# 1.ანტენატალური ვიზიტების მოცვა

|  |  |
| --- | --- |
| **მახასიათებელი** | **აღწერილობა**  |
| მაჩვენებლის დასახელება | ანტენატალური ვიზიტების მოცვა - ორსულ ქალთა წილი/მაჩვენებელი, რომელთაც ჩაუტარდათ 6 და მეტი ანტენატალური ვიზიტი |
| მრიცხველი (ნომინატორი) | ორსულ ქალთა რაოდენობა მნიშვნელის ჯგუფიდან, რომელთაც ჩაუტარდეთ 6 და მეტი ანტენატალური ვიზიტი  |
| მნიშვნელი (დენომინატორი) | ნამშობიარები ქალების საერთო რაოდენობა ანგარიშგების პერიოდში |
| გამონაკლისი (მნიშვნელის) | ქალები, რომლებმაც იმშობიარეს <36 0/7 გესტაციური კვირის ვადაზე |
| გაზომვის ტიპი/ერთეული | პროცენტული მაჩვენებელი (%) |
| მონაცემთა წყარო  | ძირითადი:* დაბადების რეგისტრი

დამატებითი: * სამედიცინო ისტორიები
 |
| მაჩვენებლის ანგარიშგების დონე | * დაწესებულება
* ქვეყანა
 |
| მაჩვენებლის ტიპი  | პროცესის (მოცვა)  |
| მონაცემთა მოკრების/ანალიზის სიხშირე | კვარტალური / წლიური |
| კლინიკური მნიშვნელობა | ანტენატალური ვიზიტები სახელმწიფო პროტოკოლით განსაზღვრული რაოდენობით და ვადებით ეფუძნება საერთაშორისო რეკომენდაციებს, მაღალი სარწმუნოების მტკიცებულებებს და წარმოადგენს წარმატებული ანტენატალური მოვლის ერთ-ერთ მთავარ წინაპირობას. 1,2ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციამ 2016 წელს გამოსცა ახალი რეკომენდაცია არსებული მტკიცებულებების საფუძველზე, რომლის თანახმადაც ფიზიოლოგიური ორსულის ადეკავტური ანტენატალური მეთვალყუეობის უზრუნველსაყოფად აუცილებელია მინიმუმ 8 ანტენატალური ვიზიტი დადგენილ ვადებში.1*ანტენატალური მოვლა - ეროვნული პროტოკოლი, საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის სამინსიტრო* *2WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience. WHO. 2016* |
| ინფორმაციის ამოღების შესაძლებლობა  | ინფორმაციის ამოღება სრულად შესაძლებელია დაბადების რეგისტრიდან  |
| მონაცემთავერიფიცირება  | მონაცემები დაბადების რეგისტრიდან რეკომენდებულია პერიოდულად დადარდეს ალტერნატიულ წყაროს (სამედიცინო ისტორიებს). ნებისმიერი განსხვავება უნდა წარმოადგენდეს დამატებითი შესწავლის საფუძველს. |
| ინდიკატორის წყარო/გამოყენება სხვა ქვეყნების მიერ | ინდიკატორი მოწოდებულია ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის მიერ და ფართოდ გამოიყენება სხვადასხვა ქვეყნებში ანტენატალური სერვისების შესაფასებლად.3*3Indicators for monitoring the Millennium Development Goals: definitions, rationale, concepts and sources. New York (NY): United Nations; 2012 Available from:http://mdgs.un.org/unsd/mi/wiki/MainPage.ashx**4World Health Organization. Health info/Indicators.. Antenatal Care Coverage.* *Available from:* [*http://www.who.int/healthinfo/indicators/2015/chi\_2015\_76\_antenatal\_care.pdf*](http://www.who.int/healthinfo/indicators/2015/chi_2015_76_antenatal_care.pdf) |
| შესაძლო პრობლემა მონაცემების შეგროვებისას | მონაცემთა არასრულყოფილი და არაზუსტი შეყვანა დაბადების რეგისტრში, ჩატარებული ანტენატალური მოვლის ვიზიტების რაოდენობის მიზანმიმართული გაზრდა.**პრობლემის მოგვარება:** საეჭვო შემთხვევებში მონიტორინგის ჯგუფის ადგილზე ვიზიტი და მონაცემთა ვერიფიცირება სამედიცინო ისტორიებთან, პაციენტთან. დაბადების რეგისტრის მონაცემების რანდომული პერიოდული ვერიფიცირება სამედიცინო ისტორიებთან/ალტერნატიულ წყაროსთან რეკომენდებულია საეჭვო შემთხვევების არარსებობის პირობებშიც. |
| ბენჩმარკინგი | **საქართველო:**ანტენატალური მოცვა (4 ვიზიტი) - 81.2% (2016)5*5დაავადებათა კონტროლისა და საზოგაოებრივი ჯანმრთელბის ეროვნული ცენტრი. სტატსიტიკური ცნბარი, 2016* |
|  |  |

# 2.ანტენატალური მოვლის დროული ინიცირება

|  |  |
| --- | --- |
| **მახასიათებელი** | **აღწერილობა**  |
| მაჩვენებლის დასახელება | ანტენატალური ვიზიტების დროული ინიცირება (≤ 12 6/7 კვირის გესტაციურ ვადაზე) |
| მრიცხველი (ნომინატორი) | ორსულ ქალთა რაოდენობა მნიშვნელის ჯგუფიდან, რომელთაც პირველი ანტნატალური ვიზიტი ჩაუტარდათ ≤ 12 6/7 კვირის გესტაციურ ვადაზე |
| მნიშვნელი (დენომინატორი) | ნამშობიარებ ქალთა საერთო რაოდენობა ანგარიშგების პერიოდში |
| გაზომვის ტიპი/ერთეული | პროცენტული მაჩვენებელი (%) |
| მონაცემთა წყარო  | ძირითადი:* დააბადების რეგისტრი

დამატებითი: * სამედიცინო ისტორიები
 |
| მაჩვენებლის ანგარიშგების დონე | * დაწესებულება
* ქვეყანა
 |
| მაჩვენებლის ტიპი  | პროცესის  |
| მონაცემთა მოკრების/ანალიზის სიხშირე | კვარტალური / წლიური |
| კლინიკური მნიშვნელობა | ანტენატალური ვიზიტების დროულ ინიცირებას კრიტიკული მნიშვნელობა აქვს წარმატებული ანტენატალური მოვლის უზრუნველსაყოფად და დედა-ნაყოფის გამოსავალის გასაუმჯობესებლად.სახელმწიფო პროტოკოლით განსაზღვრულია პირველი ანტენატალური ვიზიტის ინიცირება ≤ 12 6/7 კვირის გესტაციაზე, რაც ეფუძნება საერთაშორისო რეკომენდაციებს და მაღალი სარწმუნოების მტკიცებულებებს.1-4*1ანტენატალური მოვლა - ეროვნული პროტოკოლი, საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის სამინსიტრო* *2WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience. WHO. 2016**3Ministry of Health. 2018. New Zealand Maternity Clinical Indicators 2016. Wellington.**4 National Institute for Health and Care Excellence (2008)* |
| ინფორმაციის ამოღების შესაძლებლობა  | ინფორმაციის ამოღება სრულად შესაძლებელია დაბადების რეგისტრიდან  |
| მონაცემთავერიფიცირება  | მონაცემები დაბადების რეგისტრიდან რეკომენდებულია პერიოდულად დადარდეს ალტერნატიულ წყაროს (სამედიცინო ისტორიებს). ნებისმიერი განსხვავება უნდა წარმოადგენდეს დამატებითი შესწავლის საფუძველს. |
| ინდიკატორის წყარო/გამოყენება სხვა ქვეყნების მიერ | ინდიკატორი მოწოდებულია ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის მიერ და ფართოდ გამოიყენება სხვადასხვა ქვეყნებში ანტენატალური სერვისების შესაფასებლად (ახალი ზელანდია, ავსტრალია). 3,5,61. *Austarlan Institute of Health and Welfair. National Core Maternity Indicators: PI 02—Antenatal care in the first trimester for all women giving birth (2016)*

*Available from:* <http://meteor.aihw.gov.au/content/index.phtml/itemId/613175>1. *Flenady. ndicators for the WHO Essential Interventions for reproductive, maternal, newborn and child health*
 |
| შესაძლო პრობლემა მონაცემების შეგროვებისას | მონაცემთა არასრულყოფილი და უზუსტო შეყვანა დაბადების რეგისტრში.**პრობლემის მოგვარება:** მონიტორინგის ჯგუფის პერიოდული რანდომული ვიზიტი ადგილზე და მონაცემთა ვერიფიცირება სამედიცინო ისტორიებთან, პაციენტთან.  |
| ბენჩმარკინგი | ახალი ზელანდია:71.9% (2016) 3საქართველო: 84% (2016)7*7დაავადებათა კონტროლისა და საზოგაოებრივი ჯანმრთელბის ეროვნული ცენტრი. სტატსიტიკური ცნბარი, 2016* |
|  |  |

# 3.ნაადრევი მშობიარობა

|  |  |
| --- | --- |
| **მახასიათებელი** | **აღწერილობა**  |
| მაჩვენებლის დასახელება | ნაადრევი მშობიარობის ზოგადი მაჩვენებელი (მშობიარობა ≤36 6/7 გესტაციური კვირის ვადაზე) |
| დეფინიცია | ნაადრევი ეწოდება მშობიარობას ორსულობის 22 0/7 კვირიდან - 36 6/7 გესტაციური კვირის ჩათვლით1*1 ნაადრევი მშობიარობის ეროვნული პროტოკოლი, საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის სამინსიტრო.* |
| მრიცხველი (ნომინატორი) | ორსულ ქალთა რაოდენობა მნიშვნელის ჯგუფიდან, რომლებმაც იმშობიარეს ≤36 6/7 გესტაციური კვირის ვადაზე  |
| მნიშვნელი (დენომინატორი) | ნამშობიარებ ქალთა საერთო რაოდენობა ანგარიშგების პერიოდში  |
| გაზომვის ტიპი/ერთეული | პროცენტული მაჩვენებელი (%) |
| მონაცემთა წყარო  | ძირითადი:* დაბადების რეგისტრი

დამატებითი: * შემთხვევების რეგისტრი (საყოველთაო დაზღვევა, ჯანმრთელობის სახელმწიფო პროგრამა)
* ჰოსპიტალური სტატისტიკა/სამედიცინო ისტორიები
 |
| მაჩვენებლის ანგარიშგების დონე | * ქვეყანა

რეკომენდებულია დისაგრეგაცია პერინატალური სერვისის დონეების და გესტაციური ასაკის ჯგუფების მიხედვით |
| მაჩვენებლის ტიპი  | შედეგობრივი  |
| მონაცემთა მოკრების/ანალიზის სიხშირე | კვარტალური / წლიური |
| კლინიკური მნიშვნელობა | ნაადრევი მშობიარობა წარმოადგენს ახალშობილთა სიკვდილობისა (51%)და ავადობის წამყვან მიზეზს საქართველოში2.ნაადრევი მშობიარობის რისკის დროული გამოვლენა და შეფასება, რისკის მქონე ორსულთა მონიტრინგი და ადეკვატური მართვა ნაადრევი მშობიარობის პრევენციის და პერინატალური გამოსავალის გაუმჯობესების მნიშვნელოვანი ხელშემწყობი ფაქტორია.3,4*2პერინატალური ჯანმრთელობის ანგარიში, საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის სამინსიტრო, 2016* 3*ACOG: A framework for prevention of preterm birth through cervical length assessment.Available from:* <https://cfweb.acog.org/district_ii/preventing_preterm_birth/section2.html>4[*Julian N Robinson*](https://www.uptodate.com/contents/preterm-birth-risk-factors-interventions-for-risk-reduction-and-maternal-prognosis/contributors)*. Preterm birth: Risk factors, interventions for risk reduction, and maternal prognosis. UpToDate. Last updated: July, 2018* |
| კავშირი სხვა ინდიკატორთან | ნაადრევი მშობიარობის ზოგადი ინდიკატორი უნდა განიხილებოდეს მჭიდრო კავშირში სხვა ნაადრევ მშობიარობასთნ დაკავშირებულ ინდიკატორებთან:* ანამნეზში ნაადრევი მშობიარობით ორსულებში საშვილოსნოს ყელის სიგრძის რუტინული განსაზღვრა
* ანამნეზში ნაადრევი მშობიარობით ორსულებში საშვილოსნოს ყელის სიგრძის დამოკლებით (<25მმ) პროგესტერონით მკურნალობა
* ასიმპტომური ბაქტერიურიის სკრინინგი
* ანტიბიოტიკოთერაპია ასიმპტომური ბაქტერიურიის დროს
* ანტენატალური კორტიკოსტეროიდების გამოყენება ნაადრევი მშობიარობისას.
 |
| ინფორმაციის ამოღების შესაძლებლობა  | ინფორმაციის ამოღება სრულად შესაძლებელია დაბადების რეგისტრიდან  |
| მონაცემთავერიფიცირება  | მონაცემები დაბადების რეგისტრიდან რეკომენდებულია პერიოდულად დადარდეს ალტერნატიულ წყაროს. ნებისმიერი განსხვავება უნდა წარმოადგენდეს დამატებითი შესწავლის საფუძველს. |
| ინდიკატორის წყარო/გამოყენება სხვა ქვეყნების მიერ | ინდიკატორი ფართოდ გამოიყენება მსოფლიოში პერინატალური სერვისების ხარისხის შესაფასებლად (მაგ. აშშ, ახალი ზელანდია)5*5Ministry of Health. 2018. New Zealand Maternity Clinical Indicators 2016. Wellington.* |
| შესაძლო პრობლემა მონაცემების შეგროვებისას | მონაცემთა არასრული და უზუსტო შეყვანა დაბადების რეგისტრში.**პრობლემის მოგვარება:** * დაბადების რეგისტრის მონაცემების რანდომული ვერიფიცირება ალტერნატიულ წყაროებთან (ჰოსპიტალური სტატისტიკა, შემთხვევათა რეგისტრი).

საეჭვო შემთხვევებში მონიტორინგის ჯგუფის ადგილზე ვიზიტი და მონაცემთა ვერიფიცირება სამედიცინო ისტორიებთან.  |
| ბენჩმარკინგი | **აშშ:** 11% – 12% < 37 გესტაციურ კვირაზე, 3.6% < 34 გესტაციურ კვირაზე 6;**ახალი ზელანდია:**ნაადრევი მშობიარობის ქვეყნის საშუალო წლიური მაჩვენებელი - 7.5% (2016) 5;**საქართველო**: ნაადრევი მშობიარობის ქვეყნის საშუალო წლიური მაჩვენებელი - 7% (2016)76 *E. F. Werner et al, Universal cervical-length screening to prevent preterm birth:**a cost-effectiveness analysis. Wiley Online Library (wileyonlinelibrary.com).**DOI: 10.1002/uog.8911.**7დაავადებათა კონტროლისა და საზოგაოებრივი ჯანმრთელბის ეროვნული ცენტრი.სტატსიტიკური ცნბარი, 2016*  |
|  |  |

# 4.მოსალოდნელი ნაადრევი მშობიარობის ანტენატალური დიაგნოსტიკა

|  |  |
| --- | --- |
|  **მახასიათებელი**  |  **აღწერილობა**  |
| მაჩვენებლის დასახელება | ანამნეზში ნაადრევი მშობიარობით ორსულებში საშვილოსნოს ყელის სიგრძის რუტინული განსაზღვრა  |
| დეფინიცია | ნაადრევი ეწოდება მშობიარობას ორსულობის 22 0/7 კვირიდან - 36 6/7 გესტაციური კვირის ჩათვლით1*1ნაადრევი მშობიარობის ეროვნული პროტოკოლი, საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის სამინსიტრო*  |
| მრიცხველი (ნომინატორი) | ნამშობიარებ ქალთა რაოდენობა მნიშვნელის ჯგუფიდან, რომლებსაც გესტაციის 17 - 24 კვირის ინტერვალში კვირაში 1-ჯერ ტრანსვაგინალური ულტრასონოგრაფიით განესაზღვრათ საშვილოსნოს ყელის სიგრძე  |
| მნიშვნელი (დენომინატორი) | ანგარიშგების პერიოდში ნამშობიარებ ქალთა საერთო რაოდენობა ანამნეზში ნაადრევი მშობიარობით  |
| გაზომვის ტიპი/ერთეული | პროცენტული მაჩვენებელი (%) |
| მონაცემთა წყარო  | ძირითადი:* დაბადების რეგისტრი

დამატებითი:* სამედიცინო ისტორიები
 |
| მაჩვენებლის ანგარიშგების დონე | * ქვეყანა
* დაწესებულება

რეკომენდებულია დისაგრეგაცია ანტენატალური დონეების მიხედვით. |
| მაჩვენებლის ტიპი  | პროცესის (დიაგნოსტიკური)  |
| მონაცემთა მოკრების/ანალიზის სიხშირე | კვარტალური / წლიური |
| კლინიკური მნიშვნელობა | ნაადრევი მშობიარობა წარმოადგენს ახალშობილთა სიკვდილობისა (51%) და ავადობის ძირითად მიზეზს საქართველოში.2ნაადრევი მშობიარობის რისკის დროული გამოვლენა და შეფასება, რისკის მქონე ორსულთა მონიტრინგი და ადეკვატური მართვა ნაადრევი მშობიარობის პრევენციის და პერინატალური გამოსავალის გაუმჯობესების ხელშემწყობი ფაქტორია.3ნაადრევი მშობირობის ყველაზე ძლიერ რისკ-ფაქტორს წარმოადგენს ანამნეზში ნაადრევი მშობიარობა. ამიტომ ასეთი ორსულები განსაკუთრებულ მონიტორინგს საჭიროებენ. მოსალოდნელი ნაადრევი მშობიარობის საფრთხის დროული გამოვლენითა და ადეკავტური მართვით ზოგ შემთხვევებში შესაძლებელია ნადრევი მშობიარობის წარმატებული პრევენცია.3,4მოსალოდნელი ნაადრევი მშობიარობის გამოვლენის ყველაზე მარტივ და სარწმუნო მეთოდს ტრანსვაგინალური ულტრასონოგრაფიით საშვილოსნოს ყელის სიგრძის განსაზღვრა წარმოადგენს.3ანამნეზში ნაადრევი მშობიარობის მქონე ორსულებში ტრანსვაგინალურად საშვილოსნოს ყელის სიგრძის განსაზღვრა მოწოდებულია 17-24 კვირის გესტაციურ ვადაზე ყოველკვირეულად.3,4,5 *2პერინატალური ჯანმრთელობის ანგარიში, საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის სამინსიტრო, 2016*3*ACOG: A framework for prevention of preterm birth through cervical length assessment.Available from:* <https://cfweb.acog.org/district_ii/preventing_preterm_birth/section2.html>4[*Julian N Robinson*](https://www.uptodate.com/contents/preterm-birth-risk-factors-interventions-for-risk-reduction-and-maternal-prognosis/contributors)*. Preterm birth: Risk factors, interventions for risk reduction, and maternal prognosis. UpToDate. Last updated: July, 2018*5*Vincenzo Berghella. Second-trimester evaluation of cervical length for prediction of spontaneous preterm birth. UpToDate. Last updated: Jun 26, 2018* |
| კავშირი სხვა ინდიკატორთან | ანამნეზში ნაადრევი მშობიარობის მქონე ორსულებში საშვილოსნოს ყელის სიგრძის რუტინული განსაზღვრის ინდიკატორი უნდა განიხილებოდეს მჭიდრო კავშირში სხვა ნაადრევი მშობიარობის ინდიკატორებთან:* ნაადრევი მშობიარობის ზოგადი მაჩვენებელი
* პროგესტერონით მკურნალობა ანამნეზში ნაადრევი მშობიარობის მქონე ორსულებში, საშვილოსნოს ყელის სიგრძის შემცირებით.
 |
| ინფორმაციის ამოღების შესაძლებლობა  | ამჟამად ინფორმაციის ამოღება სრულად არ არის შესაძლებელი დაბადების რეგისტრიდან, საჭიროა შესაბამისი ველების დამატება დაბადების რეგიტრში.  |
| მონაცემთავერიფიცირება  | მონაცემები დაბადების რეგისტრიდან რეკომენდებულია პერიოდულად დადარდეს ალტერნატიულ წყაროს. ნებისმიერი განსხვავება უნდა წარმოადგენდეს დამატებითი შესწავლის საფუძველს. |
| შესაძლო პრობლემა მონაცემების შეგროვებისას | 1. შესაბამისი ველების დამატების სირთულე დაბადების რეგისტრში
2. მონაცემთა არასრული და უზუსტო შეყვანა დაბადების რეგისტრში

**პრობლემის შესაძლო მოგვარება:** 1. დაბადების რეგისტრის ინფორმაციული ტექნოლოგიების დეპარტამენტთან ერთობლივი მუშაობა რეგისტრში საჭირო ველების დასამატებლად
2. საეჭვო შემთხვევებში მონიტორინგის ჯგუფის ადგილზე ვიზიტი და მონაცემთა ვერიფიცირება სამედიცინო ისტორიებთან, პაციენტთან.
 |
| ბენჩმარკინგი | N/A |

# 5. მოსალოდნელი ნაადრევი მშობიარობის პრევენცია პროგესტერონით

|  |  |
| --- | --- |
| **მახასიათებელი** | **აღწერილობა**  |
| **მაჩვენებლის დასახელება** | პროგესტერონის გამოყენების მაჩვენებელი ანამნეზში ნაადრევი მშობიარობის მქონე ორსულებში, საშვილოსნოს ყელის სიგრძის შემცირებით |
| **დეფინიცია** | ნაადრევი ეწოდება მშობიარობას ორსულობის 22 0/7 კვირიდან - 36 6/7 კვირის ვადაზე1შემცირებული საშვილოსნოს ყელის სიგრძე - ტრანსვაგინალური ულტრასონოგრაფიით დადასტურებული საშვილოსნოს ყელის სიგრძე <25 მმ გესტაციის 24 კვირამდე1.*1 საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის სამინისტრო: ნაადრევი მშობიარობის ეროვნული პროტოკოლი* |
| **მრიცხველი (ნომინატორი)** | ნამშობიარებ ქალთა რაოდენობა მნიშვნელის ჯგუფიდან, რომლებსაც ჩაუტარდათ ნაადრევი მშობიარობის პრევენცია პროგესტერონით გესტაციის 16-20კვირიდან 35 კვირამდე:  |
| **მნიშვნელი (დენომინატორი)** | ანგარიშგების პერიოდში ნამშობიარებ ქალლთა საერთო რაოდენობა ანამნეზში ნაადრევი მშობიარობით და ტრანსვაგინაური ულტრასონოგრაფიით საშვილოსნოს ყელის სიგრძის დამოკლებით ( <25 მმ) |
| **გამონაკლისი** | მრავალნაყოფიანი ორსულობა |
| გაზომვის ტიპი/ერთეული | პროცენტული მაჩვენებელი (%) |
| მონაცემთა წყარო  | ძირითადი:* დაბადების რეგისტრი

დამატებითი:* სამედიცინო ისტორიები
 |
| მაჩვენებლის ანგარიშგების დონე | * ქვეყანა
* დაწესებულება

რეკომენდებულია დისაგრეგაცია ანტენატალური დონეების მიხედვით |
| მაჩვენებლის ტიპი  | პროცესის (ინტერვენციული)  |
| მონაცემთა მოკრების/ანალიზის სიხშირე | კვარტალური / წლიური |
| კლინიკური მნიშვნელობა | ნაადრევი მშობიარობა წარმოადგენს ახალშობილთა სიკვდილობისა (51%) და ავადობის ძირითად მიზეზს საქართველოში.2ნაადრევი მშობიარობის რისკის დროული გამოვლენა და შეფასება, რისკის მქონე ორსულთა მონიტრინგი და ადეკვატური მართვა ნაადრევი მშობიარობის პრევენციის და გამოსავალის გაუმჯობესების მნიშვნელოვანი ხელშემწყობი ფაქტორია.3ნაადრევი მშობირობის ყველაზე ძლიერ რისკ-ფაქტორს ანამნეზში ნაადრევი მშობიარობა წარმოადგენს. ამიტომ ანამნეზში ნაადრევი მშობიარობის მქონე ორსულები განსაკუთრებულ მონიტორინგს საჭიროებენ. მოსალოდნელი ნაადრევი მშობიარობის საფრთხის დროული გამოვლენითა და ადეკავტური მართვით გარკევულ შემთხვევებში შესაძებელია ნადრევი მშობიარობის წარმატებული პრევენცია.3,4მოსალოდნელი ნაადრევი მშობიარობის გამოვლენის ყველაზე მარტივ და სარწმუნო მეთოდს ტრანსვაგინალური ულტრასონოგრაფიით საშვილოსნოს ყელის სიგრძის განსაზღვრა წარმოადგენს.3ანამნეზში ნაადრევი მშობიარობის მქონე ორსულებში ტრანსვაგინალური ულტარსონოგრაფიით საშვილოსნოს ყელის სიგრძის განსაზღვრა მოწოდებულია 17-24 კვირის გესტაციურ ვადაზე ყოველკვირეულად.3,4,5მაღალი სარწმუნოების მტკიცებულებები უჩვენებს, რომ დამოკლებული ყელის სიგრძის (<25 მმ) დადასტურების შემთხვევაში პროგესტერონის გამოყენება მნიშვნელოვნად ამცირებს ნაადრევი მშობიარობის რისკს და აუმჯობესებს პერინატალურ გამოსავალს.3,6,7*2პერინატალური ჯანმრთელობის ანგარიში, საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის სამინსიტრო, 2016*3*ACOG: A framework for prevention of preterm birth through cervical length assessment.Available from:* <https://cfweb.acog.org/district_ii/preventing_preterm_birth/section2.html>4[*Julian N Robinson*](https://www.uptodate.com/contents/preterm-birth-risk-factors-interventions-for-risk-reduction-and-maternal-prognosis/contributors)*. Preterm birth: Risk factors, interventions for risk reduction, and maternal prognosis. UpToDate. Last updated: July, 2018*5*Vincenzo Berghella. Second-trimester evaluation of cervical length for prediction of spontaneous preterm birth. UpToDate. Last updated: Jun 26, 2018**6Sanchez-Ramos L. Vaginal progesterone is an alternative to cervical cerclage**in women with a short cervix and a history of preterm birth. Am J Obstet Gynecol.;219(1):5-9. doi: 10.1016/j.ajog.2018.05.010. PubMed PMID: 29941278.**7.Romero R, Conde-Agudelo A, Da Fonseca E, O'Brien JM, Cetingoz E, Creasy GW,**Hassan SS, Nicolaides KH. Vaginal progesterone for preventing preterm birth and**adverse perinatal outcomes in singleton gestations with a short cervix: a**meta-analysis of individual patient data. Am J Obstet Gynecol. 2018**Feb;218(2):161-180.* |
| კავშირი სხვა ინდიკატორთან | ანამნეზში ნაადრევი მშობიარობის მქონე ორსულებში, საშვილოსნოს ყელის სიგრძის შემცირებით, პროგესტერონის გამოყენების მაჩვენებელი უნდა განიხილებოდეს მჭიდრო კავშირში სხვა ნაადრევი მშობიარობის ინდიკატორებთან:* გადატანილი ნაადრევი მშობიარობის მქონე ორსულებში საშვილოსნოს ყელის სიგრძის რუტინული განსაზღვრა
* ნაადრევი მშობიარობის ზოგადი მაჩვენებელი
 |
| ინფორმაციის ამოღების შესაძლებლობა  | ამჟამად ინფორმაციის ამოღება არ არის შესაძლებელი დაბადების რეგისტრიდან, ინდიკატორის ამოქმედებისთვის აუცილებელია შესაბამისი ველების დამატება რეგისტრში.  |
| მონაცემთავერიფიცირება  | მონაცემები დაბადების რეგისტრიდან რეკომენდებულია პერიოდულად დადარდეს ალტერნატიულ წყაროს, სამედიცინო ისტორიებს. ნებისმიერი განსხვავება უნდა წარმოადგენდეს დამატებითი შესწავლის საფუძველს. |
| შესაძლო პრობლემა მონაცემების შეგროვებისას | 1.შესაბამისი ველების დამატების სირთულე დაბადების რეგისტრში2.მონაცემთა არასრული და უზუსტო შეყვანა დაბადების რეგისტრში3.ინდიკატორის სწორი და სრულყოფილი შეფასებისთვის მნიშვნელოვან პრობლემას წაროადგენს ულტარსონოგრაფისტების მიერ საშვილოსნოს ყელის სიგრძის და სტრუქტურის არაზუსტი შეფასებით გამოწვეული ჰიპერ/ჰიპოდიაგნოსტიკა. არაზუსტი შეფასების ერთ-ერთი ხელშემწყობი ფაქტორი ტრანსვაგინალურის ნაცვლად ტრასაბდომინალური ულტარსონოგრაფიის წარმოებაა საშვილოსნოს ყელის სიგრძის და სტრუქტურის შესაფასებლად.**პრობლემის მოგვარება:** 1.დაბადების რეგისტრის ინფორმაციული ტექნოლოგიების დეპარტამენტთან ერთობლივი მუშაობა რეგისტრში საჭირო ველების დასამატებლად2.საეჭვო შემთხვევებში მონიტორინგის ჯგუფის ადგილზე ვიზიტი და მონაცემთა ვერიფიცირება სამედიცინო ისტორიებთან, პაციენტთან3.სამეანო ულტრასონოგრაფისტების კვალიფიკაციის ამაღლება და ტექნიკის დახვეწა საშვილოსნოს ყელის სიგრძის და სტრუქტურის სწორად შესაფასებლად. |
| ბენჩმარკინგი | N/A |
|  |  |

# 6.ანტენატალური მკვდრადშობადობა

|  |  |
| --- | --- |
| **მახასიათებელი** | **აღწერილობა**  |
| **მაჩვენებლის დასახელება** | ანტენატალური მკვდრადშობადობა |
| **დეფინიცია** | **მკვდრადშობადობა** - მშობიარობა ნაყოფით, რომელსაც არ აქვს სიცოცხლის არანაირი ნიშანი: სუნთქვა, გულისცემა, ჭიპლარის პულსაცია ან მიმიკური კუნთების გამოხატული შეკუმშვა.1მკვდრადშობილად უნდა ჩაითვალოს ნაყოფი გესტაციით ≥ 22 კვირა (თუ ცნობილია გესტაციის ვადა), ან წონა ≥500გ. იმ შემთხვევაში, თუ გესტაციის ვადა ცნობილი არ არის.1 **ანტენატალური მკვდრადშობადობა** - ნაყოფის გარდაცვალება სამშობიარო მოქმედების დაწყებამდე1*1 საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის სამინისტრო: მკვდრადშობადობის მართვა ერთნაყოფიანი ორსულობის დროს. ეროვნული პროტოკოლი* |
| **მრიცხველი (ნომინატორი)** | ანტენატალურად დადასტურებული ნაყოფის გარდაცვალების საერთო რაოდენობა ანგარიშგების პერიოდში |
| **მნიშვნელი (დენომინატორი)** | ცოცხალშობილთა საერთო რაოდენობა ანგარიშგების პერიოდში  |
| გაზომვის ტიპი/ერთეული | * პროცენტული მაჩვენებელი (%)
* მაჩვენებელი 1000 ცოცხალშობილზე
 |
| მონაცემთა წყარო  | ძირითადი:* დაბადების რეგისტრი

დამატებითი: * შემთხვევების რეგისტრი (საყოველთაო დაზღვევა, ჯანმრთელობის სახელმწიფო პროგრამა)
* ჰოსპიტალური სტატისტიკა/სამედიცინო ისტორიები
 |
| მაჩვენებლის ანგარიშგების დონე | * ქვეყანა
* ანტენატალური დაწესებულება

რეკომენდებულია დისაგრეგაცია **მკვდრადშობადობის მიზეზების (თუ შესაძლებელია),** ანტენატალური სერვისის დონეების, გესტაციური ასაკის ჯგუფების მიხედვით  |
| მაჩვენებლის ტიპი  | შედეგობრივი  |
| მონაცემთა მოკრების/ანალიზის სიხშირე | კვარტალური / წლიური |
| კლინიკური მნიშვნელობა | მკვდრადშოაბდეობების დიდი უმრავლესობა გამოწვეულია ფაქტორებით, რომელთა პრევენციაც შესაძლებელია ადეკავტური ანტე- და ინტრანატალური მოვლის უზრუნველყოფის პირობებში. ამიტომ მსოფლიო ჯანდაცვის ორგანიზაციამ „ყოველი ახალშობილის სამოქმედო გეგმაში“(Every Newborn Action Plan) , რომელიც მიმართულია თავიდან აცილებადი სიკვდილობის შესამცირებლად, დააწესა მკვდრადშობადობის გლობალური სამიზნე მაჩვენებელი - 12/1000 ცოცხალშობილზე, რომელიც მსოფლიომ უნდა მიაღწიოს 2030-თვის. 2,3განვითარებულ ქვეყნებში, ანტენატალური მკვდრადშობადობა წარმოადგენს ზოგადი მკვდრადშობადობის 90 %. საქართველოში 2016 წელს ანტენატალურმა მკვდრადშობადობამ შეადგინა ზოგადი მვდრადშობადობის 88%.ანტენატალური მკვდრადშობადობის მიზეზი ხშირ შემთხვევაში დაუდგენელია, დადგენილ მიზეზებზე კი რიგ შემთხვევებში ზეგავლენის მოხდენა რთულია. მკვდრადშობადობის მიზეზები განსხვავებულია განვითარებულ და განვითარებად ქვეყნებში. პრეეკლამფსია და საშვილოსნოშიდა ინფექცია წარმოადგენს ანტენატალური მკვდრადშობადობის წამყავნ მიზეზებს განვითარებად ქვეყნებში, ხოლო განვითრების მანკები და საშვილოსნოშიდა ზრდის შეფერხება - განვითარებულ ქვეყნებში.5განვითარების ანომალიების გარდა, ჩამოთვლილი მიზეზების დროული დიაგნოსტირებით და ადეკავტური მართვით შესაძლეებლია ანტენატალური მკვდრადშობადობის მნიშვნელოვანი შემცირება. შესაბამისად, მკვდრადშობადობის შემცირების სტრატეგია მოიცავს რამოდენიმე ძირითად მიმათულებას:* გესტაციური ასაკისთვის პატარა ახალშობილის დროული დიაგნოსტირება და მართვა
* ორსულთა ჰიპერტენზიული მდგომარეობების, პრეკლამფსიის დროული დიაგნოსტირება და მართვა
* ორსულთა დიაბეტის დროული დიაგნოსტირება და მართვა

კვლევებმა უჩვენეს, რომ მკვდრადშობადობის რისკი მცირდება 50%-ით, თუ დროულად ხდება გესტაციური ასაკისთვის პატარა ახალშობილის (SGA) გამოვლენა,6 რაც შესაძლებელია შესაბამისი სკრინინგული და დიაგნოსტიკური ტესტების/კვლევების განხორციელებით ანტენატალურ პერიოდში.*2World Health organization. Stillbirth**3World Health organization. Every Newborn Action Plan*4*Smith GC.* [*Screening and prevention of stillbirth.*](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27729208) *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol. 2017 Jan;38:71-82. doi: 10.1016/j.bpobgyn.2016.08.002.**5*[*Ruth C Fretts*](https://www.uptodate.com/contents/fetal-death-and-stillbirth-incidence-etiology-and-prevention/contributors)*.* *Fetal death and stillbirth: Incidence, etiology, and prevention. UpToDate. Last reviewed June, 2018*6*Gardosi J, Madurasinghe V, Williams M, Malik A, Francis A. Maternal and fetal risk factors for stillbirth: population based study. The BMJ. 2013;346:f108. doi:10.1136/bmj.f108.* |
| კავშირი სხვა ინდიკატორთან | მკვდრადშობადობის ინდიკატორი წარმოადგენს შედეგობრივ ინდიკატორს, რომელიც უნდა განიხილებოდეს მჭიდრო კავშირში სხვა შედეგობრივ თუ სკრინინგულ/დიაგნოსტიკურ ინდიკატორებთან, რომელიც ახდენს გავლენას წარმოდგენილ მაჩვენებელზე:* ინტრანატალური მკვდრადშობადობის მაჩვენებელი
* გესტაციური ასაკისთვის პატარა ახალშობილი
* ≥40 კვირაზე დაბადებული გესტაციური ასაკისთვის პატარა ახალშობილი
* გესტაციური ასაკისთვის პატარა ახალშობილის ანტენატალური დიაგნოსტიკა
* პრეეკლამფსია/ეკლამფსიის მაჩვენებელი (შედეგობრივი)
* პრეეკლამფსიის სკრინინგი (სკრინინგული)
* მაგნეზიალური თერაპია მძიმე პრეეკლამფსიის დროს
* გესტაციური დიაბეტის სკრინინგი.
 |
| ინფორმაციის ამოღების შესაძლებლობა  | ინფორმაციის ამოღება სრულად შესაძლებელია დაბადების რეგისტრიდან  |
| მონაცემთავერიფიცირება  | მონაცემები დაბადების რეგისტრიდან რეკომენდებულია პერიოდულად დადარდეს ალტერნატიულ წყაროს. ნებისმიერი განსხვავება უნდა წარმოადგენდეს დამატებითი შესწავლის საფუძველს. |
| ინდიკატორის წყარო/გამოყენება სხვა ქვეყნების მიერ | მაჩვენებელი წარმოადგენს საერთაშორისო ინდიკატორს, რომელიც ფართოდ გამოიყენება ქვეყნების და საერთაშორისო ორგანიზაციების მიერ (WHO, FIGO) პერინატალური გამოსავლების შესწავლის და შეფასების მიზნით.  |
| შესაძლო პრობლემა მონაცემების შეგროვებისას | 1. ანტე და ინტრანატალური მკვდრადშობადობის გამიჯვნა
2. მონაცემთა არასრულყოფილი და არაზუსტი შეყვანა დაბადების რეგისტრში

**პრობლემის მოგვარება:** 1. რუტინულად შემოღებულ იქნეს დაწესებულებაში შემოსვლისას მშობიარის ნაყოფის გულისცემის შეფასება კარდიოტოკოგრაფით და შედეგის დაფიქსირება სამედიცინო ისტორიაში და დაბადების რეგისტრში.
2. დაწესებულებებში განხორციელდეს პერიოდული ვიზიტები და ინფორმაციის ვერიფიცირება სამედიცინო ისტორიებთან, საჭიროების შემთხვევაში, მელოგინესთან.
 |
| ბენჩმარკინგი | **მკვდრადშობადობა:*** მსოფლიოს საშუალო მაჩვენებელი: 1.5% (2015)3
* განვითარებული ქვეყნები: 0.3%3
* განვითარებადი ქვეყნები: 2.1%3
* გაერთიანებული სამეფო: 0.2%4
* საქართველო: 0.9% (2016)5

3[*Ruth C Fretts*](https://www.uptodate.com/contents/fetal-death-and-stillbirth-incidence-etiology-and-prevention/contributors)*.* *Fetal death and stillbirth: Incidence, etiology, and prevention. UpToDate. Last reviewed June, 2018*4*Smith GC.* [*Screening and prevention of stillbirth.*](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27729208) *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol. 2017 Jan;38:71-82. doi: 10.1016/j.bpobgyn.2016.08.002.* *5დაავადებათა კონტროლის და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის* *ეროვნული ცენტრი, სტატისტიკური ცნობარი,2016* |

# 7.გესტაციური ასაკისთვის პატარა ახალშობილი

|  |  |
| --- | --- |
| **მახასიათებელი** | **აღწერილობა**  |
| **მაჩვენებლის დასახელება** | გესტაციური ასაკისთვის პატარა ახალშობილის ზოგადი მაჩვენებელი |
| **დეფინიცია** | **გესტაციური ასაკისთვის პატარა ახალშობილი** - ახალშობილი, რომლის მასა დაბადებისას ასაკობრივი-სპეციფიკური მრუდის 10 პერცენტილზე ნაკლებია1**1** *NICE.The investigation and management of the Small for GestationalAge Fetus* |
| **მრიცხველი (ნომინატორი)** | გესტაციური ასაკისთვის პატარა ახალშობილთა რაოდენობა დენომინატორის ფგუფიდან  |
| **გამონაკლისი (მრიცხველის)** | * გესტაციური ასაკისთის პატარა ახალშობილი ქრომოსომული და სტრუქტურული პათოლოგიით
 |
| **მნიშვნელი (დენომინატორი)** | დროულ (≥ 37 გესტაციურ კვირაზე დაბადებულ) ცოცხალშობილთა საერთო რაოდენობა ანგარიშგების პერიოდში  |
| გაზომვის ტიპი/ერთეული | * პროცენტული მაჩვენებელი (%)
 |
| მონაცემთა წყარო  | ძირითადი:* დაბადების რეგისტრი

დამატებითი: * შემთხვევების რეგისტრი (საყოველთაო დაზღვევა, ჯანმრთელობის სახელმწიფო პროგრამა)
* სამედიცინო ისტორიები
 |
| მაჩვენებლის ანგარიშგების დონე | * ქვეყანა
* დაწესებულება
 |
| მაჩვენებლის ტიპი  | შედეგობრივი  |
| მონაცემთა მოკრების/ანალიზის სიხშირე | კვარტალური / წლიური |
| კლინიკური მნიშვნელობა | გესტაციური ასაკისთვის პატარა ახალშობილი, რომელიც წარმოადგენს არა კონსტიტუციური თავისებურებების, არამედ სხვადასხვა მიზეზით გამოწვეული ნაყოფის ზრდის შეფერხების შედეგს, არის ანტენატალური მკვდრადშოაბდობის, ნეონატალური ავადობისა და სიკვდილობის ერთ-ერთი მნიშვნელოვანი მიზეზი. გესტაციური ასაკისთვის პატარა ახალშობილთა დროული გამოვლენა, დიფერენცირება კონსტიტუციურად პატარასა და ზრდის შეფერხებით ნაყოფს შორის, ნაყოფის ზრდის შეფერხების ადეკავტური მონიტორინგი და, საჭიროების შემთხვევაში (როდესაც ნაყოფისთვის დედის ორგანიზმში ყოფნა რიკის შემცველია) ორსულობის ნაადრევი დასრულება მნიშვნელოვნად აუმჯობესებს პერინატალურ გამოსავალს2.კვლევებმა უჩვენეს, რომ მკვდრადშობადობის რისკი მცირდება 50%-ით, თუ დროულად ხდება გესტაციური ასაკისთვის პატარა ახალშობილის (SGA) გამოვლენა,3 რაც შესაძლებელია ანტენატალურად ნაყოფის მდგომარეობის ადეკვატური მონიტოგინგით, შესაბამისი სკრინინგული და დიაგნოსტიკური კვლევების განხორციელებით ანტენატალურ პერიოდში.გესტაციური ასაკისთვის პატარა ახალშობილი შესაძლებელია გამოწვეული იყოს:* პლაცენტარული უკამრისობით, პლაცენტით ნაყოფისთვის საკვების მომარაგების შეფერხებით
* სტრუქტურული ან ქრომოსომული ანომალიებით
* მეტაბოლური დარღვევებით/საშვილოსნოშიდა ინფექციებით1.

პლაცენტით ნაყოფისთვის საკვების მომარაგების პროცესს შეიძლება ხელი შეუშალოს როგორც დედისმხრივმა ფაქტორებმა (კვების დეფიციტი, მოწევა, ნარკოტიკული საშუალებების გამოყენება, ჭარბი წონა და ა.შ), ასევე სამედიცინო მდგომარეობებმა, როგორიცაა არაკონტროლირებული ჰიპერტენზია, პრეეკლამფსია, დიაბეტი, მძიმე ანემია, და ა.შ.ამიტომ, ზოგადი ინდიკატორი - გესტაციური ასაკისთვის პატარა ახალშობილი გვაძლევს საშუალებას წარმოდგენა შევიქმნათ, რამდენად ადეკავტურად ხორციელდება პლაცენტარული უკმარისობის ხელშემწყობი ფაქტორების კონტროლი და **ნაყოფის ზრდის შეფერების პრევენცია.**ხოლო გესტაციური ასაკისთვის პატარა ახალშობილთა მაჩვენებელი დროულ ახალშობილებში (≥40 გესტაციური კვირის) ზომავს, რამდენად ადეკვატურად მოხდა **ნაყოფის ზრდის შეფერხების დროული გამოვლენა და მართვა**. მტკიცებულბები უჩვენებს, რომ ნაყოფის ზრდის შეფერხების დადასტურების შემთხვევაში რეკომენდებული და საუკეთესო პრაქტიკაა 40 კვირამდე ორსულობის დასრულება. ამიტომ გესტაციური ასაკისთვის პატარა ახალშობილის დაბადება 40 კვირაზე და ზემოთ ამოუცნობი და ცუდად ნამართი შემთხვევების მიმანიშნებელია.4  2 *Robert Resnik. Fetal growth restriction: Evaluation and management.UpTo Date. Last updated July 2018.* *3Gardosi J, Madurasinghe V, Williams M, Malik A, Francis A. Maternal and fetal risk factors for stillbirth: population based study. The BMJ. 2013;346:f108. doi:10.1136/bmj.f108.*4 *Ministry of Health. 2018. New Zealand Maternity Clinical Indicators 2016. Wellington* |
| კავშირი სხვა ინდიკატორთან | გესტაციური ასაკისთვის პატარა ახალშობილის მაჩვენებელი მჭიდრო კავშირში უნდა განიხილებოდეს შემდეგ შედეგობრივ, თუ სკრინინგულ ინდიკატორებთან:1. ანტენატალური მკვდრადშობადობის მაჩვენებელი (თუ შესაძლებელია ანტენატალური მკვდრადშობადობის მიზეზის იდენტიფიცირება - მკვდრადშობადობა ნაყოფის ზრდის შეფერხების გამო)
2. გესტაციური ასაკისთვის პატარა ახალშობილის ანტენატალური დიაგნოსტიკა
3. ≥ 40 კვირაზე დაბადებული გესტაციური ასაკისთვის პატარა ახალშობილი
4. ჰიპერტენზიის/პრეეკლამფსიის სკრინინგი და მართვა
5. გესტაციური დიაბეტის სკრინინგი
 |
| ინფორმაციის ამოღების შესაძლებლობა  | ინდიკატორის ინფორმაციის წყაროს წარმოადგეს დაბადების რეგისტრი. |
| მონაცემთავერიფიცირება  | მონაცემები დაბადების რეგისტრიდან რეკომენდებულია პერიოდულად დადარდეს ალტერნატიულ წყაროებს. ნებისმიერი განსხვავება უნდა წარმოადგენდეს დამატებითი შესწავლის საფუძველს. |
| შესაძლო პრობლემა მონაცემების შეგროვებისას | 1. მონაცემთა არასრული და უზუსტო შეყვანა დაბადების რეგისტრში
2. დიაგნოზის სიზუსტე

**პრობლემის შესაძლო მოგვარება:** 1. საეჭვო შემთხვევებში მონიტორინგის ჯგუფის ადგილზე ვიზიტი და მონაცემთა ვერიფიცირება სამედიცინო ისტორიებთან, პაციენტთან
2. დიაგნოზის ვერიფიცირება სამედიცინო ისტორიებთან
 |
| ინდიკატორის წყარო/გამოყენება სხვა ქვეყნების მიერ | ინდიკატორი მოწოდებულია და ფართოდ გამოიყენება სხვა ქვეყნების მიერ (ახალი ზელანდია)4 |
| ბენჩმარკინგი | **ახალი ზელანდია:** **2.9 % (37-42 კვირა, 2016)** |
|  |  |

# 8.≥40 კვირაზე დაბადებული გესტაციური ასაკისთვის პატარა ახალშობილი

|  |  |
| --- | --- |
| **მახასიათებელი** | **აღწერილობა**  |
| **მაჩვენებლის დასახელება** | ≥40 კვირაზე დაბადებული გესტაციური ასაკისთვის პატარა ახალშობილის (ახალშობილი მასით <2750 გრ) მაჩვენებელი |
| **დეფინიცია** | **გესტაციური ასაკისთვის პატარა ახალშობილი** - ახალშობილი, რომლის მასა დაბადებისას ასაკობრივი-სპეციფიკური მრუდის 10 პერცენტილზე ნაკლებია1**1** *NICE.The investigation and management of the Small for GestationalAge Fetus* |
| **მრიცხველი (ნომინატორი)** | ≥40 კვირაზე დაბადებული გესტაციური ასაკისთვის პატარა ახალშობილთა (ახალშობილი მასით <2750 გრ) რაოდენობა მნიშვნელის ჯგუფიდან |
| **მნიშვნელი (დენომინატორი)** | ≥37 0/7 კვირაზე დაბადებულ გესტაციური ასაკისთვის პატარა ახალშობილთა (ახალშობილები მასით <2750 გრ) საერთო რაოდენობა ანგარიშგების პერიოდში  |
| **გამონაკლისი (მნიშვნელის)** | * გესტაციური ასაკისთის პატარა ახალშობილები ქრომოსომული ან სტრუქტურული პათოლოგიით
 |
| გაზომვის ტიპი/ერთეული | * პროცენტული მაჩვენებელი (%)
 |
| მონაცემთა წყარო  | ძირითადი:* დაბადების რეგისტრი

დამატებითი: * შემთხვევების რეგისტრი (საყოველთაო დაზღვევა, ჯანმრთელობის სახელმწიფო პროგრამა)
* სამედიცინო ისტორიები
 |
| მაჩვენებლის ანგარიშგების დონე | * ქვეყანა
* დაწესებულება
 |
| მაჩვენებლის ტიპი  | შედეგობრივი  |
| მონაცემთა მოკრების/ანალიზის სიხშირე | წლიური |
| კლინიკური მნიშვნელობა | გესტაციური ასაკისთვის პატარა ახალშობილი, რომელიც შედეგია არა კონსტიტუციური თავისებურებების, არამედ სხვადასხვა მიზეზით გამოწვეული ნაყოფის განვითარების შეფერხების, წარმოადგენს ანტენატალური მკვდრადშობადობის, ნეონატალური ავადობისა და სიკვდილობის ერთ-ერთ მნიშვნელოვან მიზეზს. მტკიცებულებები უჩვენებს, რომ ნაყოფის ზრდის შეფერხების დადასტურების შემთხვევაში, რეკომენდებული და საუკეთესო პრაქტიკაა 40 კვირამდე ორსულობის დასრულება.  შესაბამისად, განსაკუთრეით საყურადღებოა გესტაციური ასაკისთვის პატარა ახალშობილები, რომლებიც დაიბადნენ ≥40 კვირის გესტაციაზე, ვინაიდან ეს შემთხვევები ასახავს ნაყოფის განვითარების შეფერხების დიაგნოსტირების და/ან მართვის დეფეციტს და წარაოდგენს თვალსაჩინო ანტენატალური მოვლის ხარისხის ინდიკატორს2,3. 2 *Robert Resnik. Fetal growth restriction: Evaluation and management.UpTo Date. Last updated July 2018.* *3 Ministry of Health. 2018. New Zealand Maternity Clinical Indicators 2016. Wellington* |
| კავშირი სხვა ინდიკატორთან | ≥40 კვირაზე დაბადებული გესტაციური ასაკისთვის პატარა ახალშობილის მაჩვენებელი მჭიდრო კავშირში უნდა განიხილებოდეს შემდეგ შედეგობრივ, თუ სკრინინგულ ინდიკატორებთან:1. გესტაციური ასაკისთვის პატარა ახალშობილთა მაჩვენებელი
2. გესტაციური ასაკისთვის პატარა ახალშობილის ანტენატალური დიაგნოსტიკა
 |
| ინფორმაციის ამოღების შესაძლებლობა  | ინფორმაციის წყაროს წარმოადგენს დაბადების რეგისტრი.  |
| მონაცემთავერიფიცირება  | მონაცემები დაბადების რეგისტრიდან რეკომენდებულია პერიოდულად დადარდეს ალტერნატიულ წყაროებს. ნებისმიერი განსხვავება უნდა წარმოადგენდეს დამატებითი შესწავლის საფუძველს. |
| შესაძლო პრობლემა მონაცემების შეგროვებისას | 1. მონაცემთა არასრული და უზუსტო შეყვანა დაბადების რეგისტრში
2. დიაგნოზის სიზუსტე

**პრობლემის შესაძლო მოგვარება:** 1. საეჭვო შემთხვევებში მონიტორინგის ჯგუფის ადგილზე ვიზიტი და მონაცემთა ვერიფიცირება სამედიცინო ისტორიებთან, პაციენტთან
2. დიაგნოზის ვერიფიცირება სამედიცინო ისტორიებთან.

  |
| ინდიკატორის წყარო/გამოყენება სხვა ქვეყნების მიერ | ინდიკატორი მოწოდებულია და გამოიყენება სხვა ქვეყნების მიერ (ახალი ზელანდია, ავსტრალია)3-4*4Austarlan Institute of Health and Welfair. National Core Maternity Indicators: PI 02—Antenatal care in the first trimester for all women giving birth (2016).**Available from:*  <http://meteor.aihw.gov.au/content/index.phtml/itemId/613192> |
| ბენჩმარკინგი | **ახალი ზელანდია:** 35.8 % (≥40 კვირაზე დაბადებული გესტაციური ასაკისთვის პატარა ახალშობილთა წილი, 37-42 კვირაზე დაბადებულ გესტაციური ასაკისთვის პატარა ახალშობილთა შორის)3 |

# 9.გესტაციური ასაკისთვის პატარა ახალშობილის ანტენატალური დიაგნოსტიკა

|  |  |
| --- | --- |
| **მახასიათებელი** | **აღწერილობა**  |
| **მაჩვენებლის დასახელება** | გესტაციური ასაკისთვის პატარა ახალშობილის ანტენატალური დიაგნოსტიკა  |
| **დეფინიცია** | **გესტაციური ასაკისთის პატარა ახალშობილი** - ახალშობილი, რომლის მასა დაბადებისას ასაკობრივი-სპეციფიკური მრუდის 10 პერცენტილზე ნაკლებია1**ნაყოფის ზრდის შეფერხება** - გენეტიკური ზრდის პოტენციალის პათოლოგიური შეფერხება მუცლადყოფნის პერიოდში.1**1** *NICE.The investigation and management of the Small for GestationalAge Fetus* |
| **მრიცხველი (ნომინატორი)** | გესტაციური ასაკისთვის პატარა ახალშობილები დენომინატორის ჯგუფიდან, რომელთა ადეკვატური დიაგნოსტირება მოხდა ანტენატალურ პერიოდში: განხორციელდა ჭიპლარის არტერიის დოპლეროგარფია სისხლის დინების დიასტოლური სიჩქარის განსაზღვრით (ნორმალური, რევერსული, შენელებული, ნულოვანი) |
| **მნიშვნელი (დენომინატორი)** | გესტაციური ასაკისთვის პატარა ახალშობილთა საერთო რაოდენობა ანგარიშგების პერიოდში  |
| **გამონაკლისი (მნიშვნელის )** | * გესტაციური ასაკისთვის პატარა ახალშობილები ქრომოსომული პათოლოგიით
 |
| გაზომვის ტიპი/ერთეული | * პროცენტული მაჩვენებელი (%)
 |
| მონაცემთა წყარო  | ძირითადი:* დაბადების რეგისტრი

დამატებითი: * სამედიცინო ისტორიები
 |
| მაჩვენებლის ანგარიშგების დონე | * ქვეყანა
* დაწესებულება
 |
| მაჩვენებლის ტიპი  | პროცესის (სკრინინგული)  |
| მონაცემთა მოკრების/ანალიზის სიხშირე | კვარტალური / წლიური |
| კლინიკური მნიშვნელობა | გესტაციური ასაკისთვის პატარა ახალშობილი, რომელიც შედეგია არა კონსტიტუციური თავისებურებების, არამედ სხვადასხვა მიზეზით გამოწვეული ნაყოფის განვითარების შეფერხებით წარმოადგენს ანტენატალური მკვდრადშობადობის, ნეონატალური ავადობისა და სიკვდილობის ერთ-ერთი მნიშვნელოვან მიზეზს. გესტაციური ასაკისთვის პატარა ახალშობილთა დროული გამოვლენა, დიფერენცირება კონსტიტუციურსა და განვითარების შეფერხებით გამოწვეულ პატარა ნაყოფს შორის, ნაყოფის განვითარების ადეკავტური მონიტორინგი და, საჭიროების შემთხვევაში (როდესაც ნაყოფისთვის დედის ორგანიზმში ყოფნა რიკის შემცველია) ორსულობის ნაადრევი დასრულება მნიშვნელოვნად აუმჯობესებს პერინატალურ გამოსავალს2. კვლევებმა უჩვენეს, რომ მკვდრადშობადობის რისკი მცირდება 50%-ით, თუ დროულად ხდება გესტაციური ასაკისთვის პატარა ახალშობილის (SGA) გამოვლენა, 3 რაც შესაძლებელია შესაბამისი სკრინინგული და დიაგნოსტიკური ტესტების/გამოკვლევების განხორციელებით ანტენატალურ პერიოდში.მაღალი სარწმუნოების მტკიცებულებების საფუძველზე ( Grade 1A) რეკომენდებულია ჭიპის არტერიის დოპლეროგრაფიით სისხლის დინების დიასტოლური სიჩქარის განსაზღვრა ყველა ნაყოფის ზრდის შეფერხების საეჭვო შემთხვევებში. კვლევა აუცილებელია როგორც ნაყოფის ზრდის შეფერხების დიაგნოზის დასაზუსტებლად, ასევე სწორი სტრატეგიის შესარჩევად ნაყოფის შემდგომ მონიტორინგთან და მშობიარობის შესაძლო ნაადრევ ინიცირებასთან დაკავშირებით.2 2 *Robert Resnik. Fetal growth restriction: Evaluation and management.UpTo Date. Last updated July 2018.* *3Gardosi J, Madurasinghe V, Williams M, Malik A, Francis A. Maternal and fetal risk factors for stillbirth: population based study. The BMJ. 2013;346:f108. doi:10.1136/bmj.f108.* |
| კავშირი სხვა ინდიკატორთან | გესტაციური ასაკისთვის პატარა ახალშობილის მაჩვენებელი მჭიდრო კავშირში უნდა განიხილებოდეს შემდეგ შედეგობრივ, თუ სკრინინგულ ინდიკატორებთან:1. გესტაციური ასაკისთვის პატარა ახალშობილის ზოგადი მაჩვენებელი
2. ≥ 40 კვირაზე დაბადებული გესტაციური ასაკისთვის პატარა ახალშობილი.
 |
| ინფორმაციის ამოღების შესაძლებლობა  | ინფორმაციის პოტენციურ წყაროს წარმოადგეს დაბადების რეგისტრი, თუმცა ამჟამად რეგისტრი არ იძლევა ინფორმაციის სრულყოფილად ამოღების შესაძლებლობას. ინდიკატორის გამოყენების გადაწყვეტილების შემთხვევაში შეიქმნება საჭიროება დაბადების რეგისტრში შესაბამისი ველის/ველების დამატების.  |
| მონაცემთავერიფიცირება  | მონაცემები დაბადების რეგისტრიდან რეკომენდებულია პერიოდულად დადარდეს ალტერნატიულ წყაროს/სამედიცინო ისტორიებს. ნებისმიერი განსხვავება უნდა წარმოადგენდეს დამატებითი შესწავლის საფუძველს. |
| შესაძლო პრობლემა მონაცემების შეგროვებისას | 1. შესაბამისი ველების დამატების სირთულე დაბადების რეგისტრში
2. მონაცემთა არასრული და უზუსტო შეყვანა დაბადების რეგისტრში
3. დიაგნოზის სიზუსტე

**პრობლემის შესაძლო მოგვარება:** 1. დაბადების რეგისტრის ინფორმაციული ტექნოლოგიების დეპარტამენტთან ერთობლივი მუშაობა რეგისტრში საჭირო ველების დასამატებლად
2. საეჭვო შემთხვევებში მონიტორინგის ჯგუფის ადგილზე ვიზიტი და მონაცემთა ვერიფიცირება სამედიცინო ისტორიებთან, პაციენტთან
3. დიაგნოზის ვერიფიცირება სამედიცინო ისტორიებთან
 |
| ბენჩმარკინგი | **N/A** |
|  |  |

# 10.ეკლამფსიის მაჩვენებელი

|  |  |
| --- | --- |
| **მახასიათებელი** | **აღწერილობა**  |
| **მაჩვენებლის დასახელება** | ეკლამფსიის მაჩვენებელი  |
| **დეფინიცია** | **ეკლამფსია** განისაზღვრება, როგორც პრეეკლამფსიის ფონზე განვითარებული ერთი, ან მეტი გულყრა.**1****პრეეკლამფსია** წარმოადგენს ორსულობით განპირობებულ ჰიპერტენზიას, რომელიც ვითარდება ორსულობის 20 კვირის ვადის შემდეგ პროტეინურიასა (>0,3გ/ლ) და სხვა ორგანოთა და სისტემების დაზიანებასთან ერთად.**1** **მძიმე პრეეკლამფსია** არის პრეეკლამფსია, რომელიც ვითარდება ორსულობის 34 კვირის ვადამდე მძიმე პროტეინურიითა და პოლიორგანული დაზიანების ერთ, ან მეტ ნიშანთან ერთად.**1****1***პრეეკლამფსია/ეკლამფსიის მართვა - ეროვნული პროტოკოლი, საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის სამინსიტრო*  |
| **მრიცხველი (ნომინატორი)** | ქალების რაოდენობა მნიშვნელის ჯგუფიდან, ვისაც განუვითარდა ეკლამფსია  |
| **მნიშვნელი (დენომინატორი)** | მშობიარე ქალების საერთო რაოდენობა ანგარიშგების პერიოდში  |
| გაზომვის ტიპი/ერთეული | * პროცენტული მაჩვენებელი (%)
* მაჩვენებელი 100 000 მშობიარეზე
 |
| მონაცემთა წყარო  | ძირითადი:* დაბადების რეგისტრი

დამატებითი: * შემთხვევების რეგისტრი (საყოველთაო დაზღვევა, ჯანმრთელობის სახელმწიფო პროგრამა)
* სამედიცინო ისტორიები
 |
| მაჩვენებლის ანგარიშგების დონე | * ქვეყანა
* დაწესებულება

რეკომენდებული დისაგრეგაცია ანტენატალური/პერინატალური დონეების მიხედვით |
| მაჩვენებლის ტიპი  | შედეგობრივი  |
| მონაცემთა მოკრების/ანალიზის სიხშირე | კვარტალური / წლიური |
| კლინიკური მნიშვნელობა | მძიმე პრეეკლამფსია/ეკლამფსია - ორსულობის სიცოცხლისთვის საშიშ და საკმაოდ ხშირ გართულებას წარმოადგენს. მსოფლიოში პრეეკლამფსია გვხვდება შემთხვევათა 2-8 %. ეკლამფსია პრეეკლამფსიის შემდგომი გართულებაა და, მიუხედავად მიღწეული პროგრესისა პრეეკლამფსიის გამოვლენასა და მართვაში, პერინატალური და დედათა ავადობისა და სიკვდილობის ხშირ მიზეზს წარმოადგენს.2 ეკლამფსია ითვლება თავიდან აცილებად გართულებად, თუ დროულად და ადეკვატურად მოხდა პრეეკლამფსიის გამოვლენა და მართვა.*3*შესაბამისად, შემოთავაზებული ინდიკატორი ზომავს პერინატალური მომსახურების ხარისხის მნიშვნელოვან ასპექტს, რომელიც ემსახურება დედისა და ახალშობილის ავადობის და სიკვდილობის შემცირებას. *2* [*Errol R Norwitz,*](https://www.uptodate.com/contents/eclampsia/contributors)*Eclampsia. UpToDate.  Last updated: Jul 24, 2018.**3 Ministry of Health. 2018. New Zealand Maternity Clinical Indicators 2016. Wellington* |
| კავშირი სხვა ინდიკატორთან | ეკლამფსიის მაჩვენებელი უნდა განიხილებოდეს მჭიდრო კავშირში სხვა მომიჯნავე სკრინინგულ/ინტერვენციულ ინდიკატორებთან:* მაგნეზიალური თერაპიის გამოყენება მძიმე პრეეკლამფსიის დროს
* პროტეინურიის/ჰიპერტენზიის სკრინინგი ორსულობისას
 |
| ინფორმაციის ამოღების შესაძლებლობა  | ინფორმაციის ამოღება სრულად შესაძლეებლია დაბადების რეგისტრიდან  |
| მონაცემთავერიფიცირება  | მონაცემები დაბადების რეგისტრიდან რეკომენდებულია პერიოდულად დადარდეს ალტრნატიულ წყაროებს. ნებისმიერი განსხვავება უნდა წარმოადგენდეს დამატებითი შესწავლის საფუძველს. |
| შესაძლო პრობლემა მონაცემების შეგროვებისას | მონაცემთა არასრულყოფილი და არაზუსტი შეყვანა დაბადების რეგისტრში.**პრობლემის მოგვარება:** დაწესებულებებში ადგილზე პერიოდული ვიზიტები და ინფორმაციის ვერიფიცირება სამედიცინო ისტორიებთან, საჭიროების შემთხვევაში, მელოგინესთან.  |
| ბენჩმარკინგი | **ეკლამფსიის მაჩვენებელი:*** განვითარებული ქვეყნები: 15-100/100 000 მშობიარობაზე
* განვითარებადი ქვეყნები: 60-1570 /100 000 მშობიარობაზე 4, 5
* ახალი ზელანდია: 48.5/100 000 მშობიარობაზე (2016) **3**
1. *4* [*Geographic variation in the incidence of hypertension in pregnancy. World Health Organization International Collaborative Study of Hypertensive Disorders of Pregnancy. Am J Obstet Gynecol 1988; 158:80.*](https://www.uptodate.com/contents/eclampsia/abstract/8)
2. *5* [*Miguil M, Chekairi A. Eclampsia, study of 342 cases. Hypertens Pregnancy 2008; 27:103.*](https://www.uptodate.com/contents/eclampsia/abstract/10)
 |
|  |  |
|  |  |

# 11.მაგნეზიალური თერაპია მძიმე პრეეკლამფსიის დროს

|  |  |
| --- | --- |
| **მახასიათებელი** | **აღწერილობა**  |
| **მაჩვენებლის დასახელება** | მაგნეზიალური თერაპია მძიმე პრეეკლამფსიის დროს |
| **დეფინიცია** | **ეკლამფსია** განისაზღვრება, როგორც პრეეკლამფსიის ფონზე განვითარებული ერთი, ან მეტი გულყრა.**1****პრეეკლამფსია** წარმოადგენს ორსულობით განპირობებულ ჰიპერტენზიას, რომელიც ვითარდება ორსულობის 20 კვირის ვადის შემდეგ პროტეინურიასა (>0,3გ/ლ) და სხვა ორგანოთა და სისტემების დაზიანებასთან ერთად.**1** **მძიმე პრეეკლამფსია** არის პრეეკლამფსია, რომელიც ვითარდება ორსულობის 34 კვირის ვადამდე მძიმე პროტეინურიითა და პოლიორგანული დაზიანების ერთ, ან მეტ ნიშანთან ერთად.**1****მაგნეზიალური თერაპია** მძიმე პრეეკლამფსიის დროს - მაგნიუმის სულფატის ინტრავენური გამოყენება დარტყმითი დოზით - 5გ ი/ვ 15-20წთ–ის განმავლობაში და შემდეგ შემანარჩუნებელი დოზა 1-2გ/სთ-ში.**1****1***პრეეკლამფსია/ეკლამფსიის მართვა - ეროვნული პროტოკოლი, საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის სამინსიტრო*  |
| **მრიცხველი (ნომინატორი)** | ქალების რაოდენობა მნიშვნელის ჯგუფიდან, ვისაც ჩაუტარდა ადეკავტური მაგნეზიალური თერაპია |
| **მნიშვნელი (დენომინატორი)** | ქალების რაოდენობა მძიმე პრეეკლამფსიით ანგარიშგების პერიოდში  |
| გაზომვის ტიპი/ერთეული | * პროცენტული მაჩვენებელი (%)
 |
| მონაცემთა წყარო  | ძირითადი:* დაბადების რეგისტრი

დამატებითი: * სამედიცინო ისტორიები
 |
| მაჩვენებლის ანგარიშგების დონე | * ქვეყანა
* დაწესებულება
 |
| მაჩვენებლის ტიპი  | პროცესის (ინტერვენციული)  |
| მონაცემთა მოკრების/ანალიზის სიხშირე | კვარტალური / წლიური |
| კლინიკური მნიშვნელობა | მძიმე პრეეკლამფსია/ეკლამფსია - სიცოცხლისთვის საშიშ და საკმაოდ ხშირ ორსულობის გართულებას წარმოადგენს. მსოფლიოში პრეეკლამფსია გვხვდება შემთხვევათა 2-8 %. ეკლამფსია პრეეკლამსიის შემდგომი გართულებაა და პერინატალური და დედათა ავადობისა და სიკვდილობის ხშირ მიზეზს წარმოადგენს, მიუხედავად მიღწეული პროგრესისა პრეეკლამფსიის გამოვლენასა და მართვაში.2 ეკლამფსია ითვლება თავიდან აცილებად გართულებად, თუ დროულად და ადეკავტურად მოხდა პრეეკლამფსიის გამოვლენა და მართვა.*3*პრეეკლამფსიის დიაგნოზის დადგენისთანავე მაღალი სარწმუნოების კვლევებზე დაფუძნებით რეკოემნდებულია მაგნეზიალური თერაპიის დაწყება ეკლამფსიური გულყრის პრევენციის მიზნით.  მაგნიუმის სულფატი ამცირებს 2/3 ეკლამფსიური გულყრის განვითარების რისკს და 1/3 დედათა სიკვდილობის რისკს. 4, შემოთავაზებული ინდიკატორი ზომავს პერინატალური მომსახურების ხარისხის მნიშვნელოვან ასპექტს - პრეეკლამფსიის მძიმე გართულების - ეკლამფსიური გულყრის პრევენციის ადეკვატურობას მაგნეზიალური თერაპიის გამოყენებით.*2* [*Errol R Norwitz,*](https://www.uptodate.com/contents/eclampsia/contributors)*Eclampsia. UpToDate.  Last updated: Jul 24, 2018.**3 Duley L, Gülmezoglu AM, Henderson-Smart DJ, Chou D: Magnesium sulphate and other anticonvulsants for women with pre-eclampsia. Cochrane Database Syst Rev 2010, (11):* *4 Sibai BM Magnesium sulfate prophylaxis in preeclampsia: Lessons learned from recent trials.Am J Obstet Gynecol. 2004;190(6):1520.* |
| კავშირი სხვა ინდიკატორთან | მაგნეზიალური თერაპია მძიმე პრეეკლამფსიის დროს უნდა განიხილებოდეს მჭიდრო კავშირში სხვა მომიჯნავე სკრინინგულ/შედეგობრივ ინდიკატორებთან:* ეკალმფსიის მაჩვენებელი
* პრეეკლამფსიის სკრინინგი ორსულობაში
 |
| ინფორმაციის ამოღების შესაძლებლობა  | ინფორმაციის ამოღება ამჟამად არ არის შესაძლებელი დაბადების რეგისტრიდან. ინდიკატორი მოითხოვს რეგისტრში შესაბამისი ველების დამატებას.  |
| მონაცემთავერიფიცირება  | მონაცემები დაბადების რეგისტრიდან რეკომენდებულია პერიოდულად დადარდეს ალტრნატიულ წყაროს - სამედიცინო ისტორიებს. ნებისმიერი განსხვავება უნდა წარმოადგენდეს დამატებითი შესწავლის საფუძველს. |
| შესაძლო პრობლემა მონაცემების შეგროვებისას | 1. შესაბამისი ველების დამატების სირთულე დაბადების რეგისტრში
2. მონაცემთა არასრული და უზუსტო შეყვანა დაბადების რეგისტრში

**პრობლემის შესაძლო მოგვარება:** 1. დაბადების რეგისტრის ინფორმაციული ტექნოლოგიების დეპარტამენტთან ერთობლივი მუშაობა რეგისტრში საჭირო ველების დასამატებლად
2. საეჭვო შემთხვევებში მონიტორინგის ჯგუფის ადგილზე ვიზიტი და მონაცემთა ვერიფიცირება სამედიცინო ისტორიებთან, პაციენტთან
 |
| ინდიკატორის წყარო/გამოყენება სხვა ქვეყნების მიერ | ინდიკატორი მოწოდებულია ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის მიერ. 5*Bulletin of the World Health Organization. Developing global indicators for quality of maternal and newborn care: a feasibility assessment.**Volume 95, Number 6, June 2017, 445-452I* |
| ბენჩმარკინგი | 1. N/A
 |
|  |  |

# 12.პრეეკლამფსიის სკრინინგი ორსულობაში

|  |  |
| --- | --- |
| **მახასიათებელი** | **აღწერილობა**  |
| **მაჩვენებლის დასახელება** | პრეეკლამფსიის სკრინინგი ორსულებში  |
| **დეფინიცია** | **პრეეკლამფსია** წარმოადგენს ორსულობით განპირობებულ ჰიპერტენზიას, რომელიც ვითარდება ორსულობის 20 კვირის ვადის შემდეგ პროტეინურიასა (>0,3გ/ლ) და სხვა ორგანოთა და სისტემების დაზიანებასთან ერთად.**1** **მძიმე პრეეკლამფსია** არის პრეეკლამფსია, რომელიც ვითარდება ორსულობის 34 კვირის ვადამდე მძიმე პროტეინურიითა და პოლიორგანული დაზიანების ერთ, ან მეტ ნიშანთან ერთად.**1**პრეეკლამფსიის სკრინინგული ტესტი: არტერიული წნევის რუტინული კონტროლი ყველა ანტენატალურ ვიზიტზე, პროტეინურიის ხარისხის კონტროლი 3 - 8 ვიზიტებზე 2 ;**1***პრეეკლამფსია/ეკლამფსიის მართვა - ეროვნული პროტოკოლი, საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის სამინსიტრო* *2 ანტენატალური მეთვალყურეობა**- ეროვნული პროტოკოლი, საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის სამინსიტრო*  |
| **მრიცხველი (ნომინატორი)** | ქალების რაოდენობა მნიშვნელის ჯგუფიდან, ვისაც ჩაუტარდა მოწოდებული წესით ადეკავტური პრეეკლამფსიის სკრინინგი:  * არტერიული წნევის რუტინული კონტროლი ყველა ანტენატალურ ვიზიტზე
* პროტეინურიის ხარისხის კონტროლი 3 - 8 ვიზიტებზე 2 ;
 |
| **მნიშვნელი (დენომინატორი)** | ნამშობიარები ქალების რაოდენობა ანგარიშგების პერიოდში  |
| გაზომვის ტიპი/ერთეული | * პროცენტული მაჩვენებელი (%)
 |
| მონაცემთა წყარო  | ძირითადი:* დაბადების რეგისტრი

დამატებითი: * სამედიცინო ისტორიები
 |
| მაჩვენებლის ანგარიშგების დონე | * ქვეყანა
* დაწესებულება
 |
| მაჩვენებლის ტიპი  | პროცესის (სკრინინგული)  |
| მონაცემთა მოკრების/ანალიზის სიხშირე | კვარტალური / წლიური |
| კლინიკური მნიშვნელობა | პრეეკლამფსია/ეკლამფსია - ორსულობის სიცოცხლისათვის საშიშ და საკმაოდ ხშირ გართულებას წარმოადგენს, რომელიც პერინატალური და დედათა ავადობისა და სიკვდილობის ხშირი მიზეზია. პრეეკლამფსია დედათა სიკვდილობის მიზეზებს შორის მეორეა მსოფლიოში. ნაყოფის და ახალშობილის კუთხით ის იწვევს ზრდის შეფეხებას, ნაადრევ მშობიარობას, მკვდრადშობადობას. 2ორსულებში პრეეკლამფსიასთან დაკავშირებული გართულებები თავიდან აცილებადია, თუ დროულად მოხდა პრეეკლამფსიის გამოვლენა და შემდგომში ადეკვატური მართვა.პრეეკლამფსიის დროული გამოვლენისთვის მოწოდებულია პრეეკლამფსიის ანტენატალური სკრინინგი, რაც გულისხმობს არტერიული წნევის და შარდში პროტეინურიის ხარისხის რეგულარულ კონტროლს და ითვლება ხარისხიანი ანტენატალური მოვლის განუყოფელ ნაწილად. 3-6*2* [*American College of Obstetricians and Gynecologists, Task Force on Hypertension in Pregnancy. Hypertension in pregnancy. Report of the American College of Obstetricians and Gynecologists’ Task Force on Hypertension in Pregnancy. Obstet Gynecol 2013; 122:1122.*](https://www.uptodate.com/contents/preeclampsia-clinical-features-and-diagnosis/abstract/2)*3WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience. WHO. 2016**4.* [*Phyllis August*](https://www.uptodate.com/contents/preeclampsia-clinical-features-and-diagnosis/contributors)*. Preeclampsia: Clinical features and diagnosis. . UpToDate. Last updated: Jun 27, 2018**5.*[*US Preventive Services Task Force, Bibbins-Domingo K, Grossman DC, et al. Screening for Preeclampsia: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. JAMA 2017; 317:1661.*](https://www.uptodate.com/contents/preeclampsia-clinical-features-and-diagnosis/abstract/39)*6.*[*Henderson JT, Thopson JH, Burda BU, Cantor A. Preeclampsia Screening: Evidence Report and Systematic Review for the US Preventive Services Task Force. JAMA 2017; 317:1668.*](https://www.uptodate.com/contents/preeclampsia-clinical-features-and-diagnosis/abstract/40) |
| კავშირი სხვა ინდიკატორთან | პრეეკლამფსიის სკრინინგის ინდიკატორი უნდა განიხილებოდეს მჭიდრო კავშირში სხვა მომიჯნავე ინტერვენციულ/შედეგობრივ ინდიკატორებთან:* ეკალმფსიის მაჩვენებელი
* მაგნეზიალური თერაპია მძიმე პრეეკლამფსიის დროს
 |
| ინფორმაციის ამოღების შესაძლებლობა  | ინფორმაციის ამოღება ამჟამად არ არის შესაძლებელი დაბადების რეგისტრიდან. ინდიკატორი მოითხოვს რეგისტრში შესაბამისი ველების დამატებას.  |
| მონაცემთავერიფიცირება  | მონაცემები დაბადების რეგისტრიდან რეკომენდებულია პერიოდულად დადარდეს ალტრნატიულ წყაროს - სამედიცინო ისტორიებს. ნებისმიერი განსხვავება უნდა წარმოადგენდეს დამატებითი შესწავლის საფუძველს. |
| შესაძლო პრობლემა მონაცემების შეგროვებისას | 1. შესაბამისი ველების დამატების სირთულე დაბადების რეგისტრში
2. მონაცემთა არასრული და უზუსტო შეყვანა დაბადების რეგისტრში

**პრობლემის შესაძლო მოგვარება:** 1. დაბადების რეგისტრის ინფორმაციული ტექნოლოგიების დეპარტამენტთან ერთობლივი მუშაობა რეგისტრში საჭირო ველების დასამატებლად
2. საეჭვო შემთხვევებში მონიტორინგის ჯგუფის ადგილზე ვიზიტი და მონაცემთა ვერიფიცირება სამედიცინო ისტორიებთან, პაციენტთან.
 |
| ბენჩმარკინგი | **N/A** |
|  |  |

# 13.ასიმპტომური ბაქტერიურიის სკრინინგი

|  |  |
| --- | --- |
| **მახასიათებელი** | **აღწერილობა** |
| მაჩვენებლის დასახელება | ასიმპტომური ბაქტერიურიის სკრინინგი  |
| დეფინიცია | ასიმპტომური ბაქტერიურია - ორსულებში შარდის კულტურალური გამოკვლევით დადგენილი ბაქტერიების კოლონიზაციის ხარისხი >105 საშარდე გზების ინფექციისთვის დამახასიათებელი კლინიკური სიმპტომატიკის გარეშე.*1 ანტენატალური მეთვალყურეობა**- ეროვნული პროტოკოლი, საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის სამინსიტრო*  |
| მრიცხველი (ნომინატორი) | ქალების რაოდენობა მნიშვნელის ჯგუფიდან, ვისაც ჩაუტარდა შარდის კულტურალური გამოკვლევა ასიმპტომური ბაქტერიურიის დადგენის მიზნით ორსულობის ადრეულ ვადაზე (სახელმწიფო პროგრამით გათვალისწინებულია სკრინინგი 1 ვიზიტზე)  |
| მნიშვნელი (დენომინატორი) | ნამშობიარები ქალების საერთო რაოდენობა  |
| გაზომვის ტიპი/ერთეული | * პროცენტული მაჩვენებელი (%)
 |
| მონაცემთა წყარო  | ძირითადი:* დაბადების რეგისტრი

დამატებითი: * სამედიცინო ისტორიები
 |
| მაჩვენებლის ანგარიშგების დონე | * ქვეყანა
* დაწესებულება
 |
| მაჩვენებლის ტიპი  | პროცესის (სკრინინგული)  |
| მონაცემთა მოკრების/ანალიზის სიხშირე | კვარტალური / წლიური |
| კლინიკური მნიშვნელობა | ასიმპტომური ბაქტერიურია გვხვდება ორსულთა 2-7%-ში. 1ადეკვატური მკურნალობის გარეშე 30-40 % ორსულ ქალებში ასიმპტომური ბაქტერიურიით ვითარდება პიელონეფრიტი, რაც ხშირად დაკავშირებულია ნაადრევ მშობიარობასთან, გაუარესებულ პერინატალურ გამოსავალთან. კვლევებმა დაადასტურეს, რომ არანამკურნალები ასიმპტომური ბაქტერიურია მნიშვნელოვნად ზრდის ნაადრევი მშობიარობის და პერინატალური სიკვდილობის რისკს. 2-8შესაბამისად, რეკომენდებულია ორსულთა უნივერსალური ანტენატალური სკრინინგი ასიმპტომურ ბაქტერიურიაზე შარდის კულტურალური კვლევით ორსულობის ადრეულ ვადაზე (USPSTF, 2008, Grade A recommendation) 1 *Patterson TF, Andriole VT. Detection, significance, and therapy of bacteriuria**in pregnancy. Update in the managed health care era. Infect Dis Clin North Am.**1997 Sep;11(3):593-608.**2* [*Smaill FM, Vazquez JC. Antibiotics for asymptomatic bacteriuria in pregnancy. Cochrane Database Syst Rev 2015; :CD000490.*](https://www.uptodate.com/contents/urinary-tract-infections-and-asymptomatic-bacteriuria-in-pregnancy/abstract/7)*3* [*KASS EH. Bacteriuria and pyelonephritis of pregnancy. Arch Intern Med 1960; 105:194.*](https://www.uptodate.com/contents/urinary-tract-infections-and-asymptomatic-bacteriuria-in-pregnancy/abstract/14)*4* [*Naeye RL. Causes of the excessive rates of perinatal mortality and prematurity in pregnancies complicated by maternal urinary-tract infections. N Engl J Med 1979; 300:819.*](https://www.uptodate.com/contents/urinary-tract-infections-and-asymptomatic-bacteriuria-in-pregnancy/abstract/15)*5* [*Millar LK, Cox SM. Urinary tract infections complicating pregnancy. Infect Dis Clin North Am 1997; 11:13.*](https://www.uptodate.com/contents/urinary-tract-infections-and-asymptomatic-bacteriuria-in-pregnancy/abstract/16)*6* [*Delzell JE Jr, Lefevre ML. Urinary tract infections during pregnancy. Am Fam Physician 2000; 61:713.*](https://www.uptodate.com/contents/urinary-tract-infections-and-asymptomatic-bacteriuria-in-pregnancy/abstract/17)*7* [*Millar LK, DeBuque L, Wing DA. Uterine contraction frequency during treatment of pyelonephritis in pregnancy and subsequent risk of preterm birth. J Perinat Med 2003; 31:41.*](https://www.uptodate.com/contents/urinary-tract-infections-and-asymptomatic-bacteriuria-in-pregnancy/abstract/18)*8* [*Romero R, Oyarzun E, Mazor M, et al. Meta-analysis of the relationship between asymptomatic bacteriuria and preterm delivery/low birth weight. Obstet Gynecol 1989; 73:576.*](https://www.uptodate.com/contents/urinary-tract-infections-and-asymptomatic-bacteriuria-in-pregnancy/abstract/19) |
| კავშირი სხვა ინდიკატორთან | ინდიკატორი განიხილება კავშირში შემდეგ ინტერვენციულ თუ შედეგობრივ ინდიკატორებთან:* ანტიბიოტიკოთერაპია ასიმპტომური ბაქტერიურიის დროს
* ნაადრევი მშობიარობა
 |
| ინფორმაციის ამოღების შესაძლებლობა  | ინფორმაციის ამოღება ამჟამად არ არის სრულად შესაძლებელი დაბადების რეგისტრიდან. ინდიკატორი მოითხოვს რეგისტრში შესაბამისი ველის დამატებას.  |
| მონაცემთავერიფიცირება  | მონაცემები დაბადების რეგისტრიდან რეკომენდებულია პერიოდულად დადარდეს ალტერნატიულ წყაროს - სამედიცინო ისტორიებს. ნებისმიერი განსხვავება უნდა წარმოადგენდეს დამატებითი შესწავლის საფუძველს. |
| შესაძლო პრობლემა მონაცემების შეგროვებისას | 1. შესაბამისი ველების დამატების სირთულე დაბადების რეგისტრში
2. მონაცემთა არასრული და უზუსტო შეყვანა დაბადების რეგისტრში
3. ასიმპტომური ბაქტერიურიის სკრინინგის სწორად წარმოებას საფრთხეს უქმნის კვლევის მასალის არასწორი აღების, შენახვის და ტრანსპორტირების წესი, რაც ცრუ-პოზიტიური შედეგის მიღების და ჰიპერდიაგნოსტიკის მიზეზი შეიძლება გახდეს.

**პრობლემის შესაძლო მოგვარება:** 1. დაბადების რეგისტრის ინფორმაციული ტექნოლოგიების დეპარტამენტთან ერთობლივი მუშაობა რეგისტრში საჭირო ველების დასამატებლად
2. საეჭვო შემთხვევებში მონიტორინგის ჯგუფის ადგილზე ვიზიტი და მონაცემთა ვერიფიცირება სამედიცინო ისტორიებთან, პაციენტთან
3. შესაბამისი სამედიცინო პერსონალის კვალიფიკაციის ამაღლება ასიმპტომური ბაქტერიურიის სკრინინგისთვის მასალის სწორად აღების, შენახვის და ტრანსპორტირების წესზე.
 |
| ინდიკატორის წყარო/გამოყენება სხვა ქვეყნების მიერ | მაჩვენებელი წარმოადეგნს საერთაშორისო ინდიკატორს, რომელიც მოწოდებულია დარგში ავტორიტეტული საერთაშორისო ორგანიზაციების მიერ და ფართოდ გამოიყენება მსოფლიო მასშტაბით.9 9 *American Congress of Obstetricians and Gynecologists National Committee for Quality Assurance Physician Consortium for Performance Improvement.*  |
| ბენჩმარკინგი | **N/A** |

# 14.ანტიბიოტიკოთერაპია ასიმპტომური ბაქტერიურიის დროს

|  |  |
| --- | --- |
| **მახასიათებელი** | **აღწერილობა**  |
| **მაჩვენებლის დასახელება** | ანტიბიოტიკოთერაპია ასიმპტომური ბაქტერიურიის დროს |
| **დეფინიცია** | ასიმპტომური ბაქტერიურია - ორსულებში შარდის კულტურალური გამოკვლევით დადგენილი ბაქტერიების კოლონიზაციის ხარისხი >105საშარდე გზების ინფექციისთვის დამახასიათებელი კლინიკური სიმპტომატიკის გარეშე.1*1 ანტენატალური მეთვალყურეობა**- ეროვნული პროტოკოლი, საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის სამინსიტრო*  |
| **მრიცხველი (ნომინატორი)** | ქალების რაოდენობა მნიშვნელის ჯგუფიდან, ვისაც ჩაუტარდა ადეკავტური ანტიბიოტიკოთერაპია (მგრძნობელობის გათვალისწინებით 5-7 დღიანი კურსი)2 ასიმპტომური ბაქტერიურიის დადგენის შემდეგ.2saSarde sistemis infeqciis marTva mozrdil pacientebSi pirvelad jandacvaSi -*ეროვნული პროტოკოლი, საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის სამინსიტრო*  |
| **მნიშვნელი (დენომინატორი)** | ნამშობიარები ქალების რაოდენობა კულტურალური გამოკვლევით დადასტურებული ასიმპტომური ბაქტერიურიით |
| გაზომვის ტიპი/ერთეული | * პროცენტული მაჩვენებელი (%)
 |
| მონაცემთა წყარო  | ძირითადი:* დაბადების რეგისტრი

დამატებითი: * სამედიცინო ისტორიები
 |
| მაჩვენებლის ანგარიშგების დონე | * ქვეყანა
* დაწესებულება
 |
| მაჩვენებლის ტიპი  | პროცესის (ინტერვენციული)  |
| მონაცემთა მოკრების/ანალიზის სიხშირე | კვარტალური / წლიური |
| კლინიკური მნიშვნელობა | ასიმპტომური ბაქტერიურია გვხვდება ორსულთა 2-7%-ში. 3ადეკვატური მკურნალობის გარეშე 30-40 % ორსულ ქალებში ასიმპტომური ბაქტერიურიით ვითარდება პიელონეფრიტი, რაც ხშირად დაკავშირებულია გაუარესებულ პერინატალურ გამოსავალთან. კვლევებმა დაადასტურეს, რომ არანამკურნალები ასიმპტომური ბაქტერიურია მნიშვნელოვნად ზრდის ნაადრევი მშობიარობის და პერინატალური სიკვდილობის რისკს. 4-10შესაბამისად, რეკომენდებულია ყველა ორსულის ანტენატალური სკრინინგი ასიმპტომურ ბაქტერიურიაზე ორსულობის ადრეულ ვადაზე (USPSTF, 2008, Grade A recommendation) და ასიმპტომური ბაქტერიურიის დადასტურების შემთხვევაში ადეკავტური ანტიბიოტიკოთერაპია (მგრძნობელობის გათვალისწინებით)  3 *Patterson TF, Andriole VT. Detection, significance, and therapy of bacteriuria**in pregnancy. Update in the managed health care era. Infect Dis Clin North Am.**1997 Sep;11(3):593-608.**4* [*Smaill FM, Vazquez JC. Antibiotics for asymptomatic bacteriuria in pregnancy. Cochrane Database Syst Rev 2015; :CD000490.*](https://www.uptodate.com/contents/urinary-tract-infections-and-asymptomatic-bacteriuria-in-pregnancy/abstract/7)*5* [*KASS EH. Bacteriuria and pyelonephritis of pregnancy. Arch Intern Med 1960; 105:194.*](https://www.uptodate.com/contents/urinary-tract-infections-and-asymptomatic-bacteriuria-in-pregnancy/abstract/14)*6* [*Naeye RL. Causes of the excessive rates of perinatal mortality and prematurity in pregnancies complicated by maternal urinary-tract infections. N Engl J Med 1979; 300:819.*](https://www.uptodate.com/contents/urinary-tract-infections-and-asymptomatic-bacteriuria-in-pregnancy/abstract/15)*7* [*Millar LK, Cox SM. Urinary tract infections complicating pregnancy. Infect Dis Clin North Am 1997; 11:13.*](https://www.uptodate.com/contents/urinary-tract-infections-and-asymptomatic-bacteriuria-in-pregnancy/abstract/16)*8* [*Delzell JE Jr, Lefevre ML. Urinary tract infections during pregnancy. Am Fam Physician 2000; 61:713.*](https://www.uptodate.com/contents/urinary-tract-infections-and-asymptomatic-bacteriuria-in-pregnancy/abstract/17)*9* [*Millar LK, DeBuque L, Wing DA. Uterine contraction frequency during treatment of pyelonephritis in pregnancy and subsequent risk of preterm birth. J Perinat Med 2003; 31:41.*](https://www.uptodate.com/contents/urinary-tract-infections-and-asymptomatic-bacteriuria-in-pregnancy/abstract/18)*10* [*Romero R, Oyarzun E, Mazor M, et al. Meta-analysis of the relationship between asymptomatic bacteriuria and preterm delivery/low birth weight. Obstet Gynecol 1989; 73:576.*](https://www.uptodate.com/contents/urinary-tract-infections-and-asymptomatic-bacteriuria-in-pregnancy/abstract/19) |
| კავშირი სხვა ინდიკატორთან | ინდიკატორი განიხილება კავშირში შემდეგ სკრინინგულ თუ შედეგობრივ ინდიკატორებთან:* ასიმპტომური ბაქტერიურიის სკრინინგი
* ნაადრევი მშობიარობა
 |
| ინფორმაციის ამოღების შესაძლებლობა  | ინფორმაციის ამოღება ამჟამად არ არის სრულად შესაძლებელი დაბადების რეგისტრიდან. ინდიკატორი მოითხოვს რეგისტრში შესაბამისი ველის/ველების დამატებას.  |
| მონაცემთავერიფიცირება  | მონაცემები დაბადების რეგისტრიდან რეკომენდებულია პერიოდულად დადარდეს ალტერნატიულ წყაროს - სამედიცინო ისტორიებს. ნებისმიერი განსხვავება უნდა წარმოადგენდეს დამატებითი შესწავლის საფუძველს. |
| შესაძლო პრობლემა მონაცემების შეგროვებისას | 1. შესაბამისი ველების დამატების სირთულე დაბადების რეგისტრში
2. მონაცემთა არასრული და უზუსტო შეყვანა დაბადების რეგისტრში

**პრობლემის შესაძლო მოგვარება:** 1. დაბადების რეგისტრის ინფორმაციული ტექნოლოგიების დეპარტამენტთან ერთობლივი მუშაობა რეგისტრში საჭირო ველების დასამატებლად
2. საეჭვო შემთხვევებში მონიტორინგის ჯგუფის ადგილზე ვიზიტი და მონაცემთა ვერიფიცირება სამედიცინო ისტორიებთან, პაციენტთან
 |
| ბენჩმარკინგი | **N/A** |

# 15.გესტაციური დიაბეტის სკრინინგი

|  |  |
| --- | --- |
| **მახასიათებელი** | **აღწერილობა**  |
| **მაჩვენებლის დასახელება** | გესტაციური დიაბეტის სკრინინგი ორსულობაში  |
| **დეფინიცია/განმარტება** | **გესტაციური დიაბეტი** (GDM) არის ორსულობის დროს პირველად განვითარებული ან დიაგნოსტირებული გლუკოზის ტოლერანტობის (ჰიპერგლიკემიის) ნებისმიერი ხარისხის დარღვევა.**1****გესტაციური დიაბეტზე სკრინინგის წესი:** წესი გულისხმობს უნივერსალურ სკრინინგს ორსულობის 24-28 კვირის ვადაზე მცირე ორალური 50 გრამიანი გლუკოზის სკრინინგული ტესტით: 50გ. გლუკოზის მიღებიდან 1 საათის შემდეგ გლიკემიის ხარისხის დადგენა (N=130მგ/დლ)2.**1***გესტაციური დიაბეტის მართვა - ეროვნული პროტოკოლი, საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის სამინსიტრო* **.**2*ანტენატალური მოვლა - ეროვნული პროტოკოლი, საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის სამინსიტრო* **.**  |
| **მრიცხველი (ნომინატორი)** | ქალების რაოდენობა მნიშვნელის ჯგუფიდან, ვისაც ჩაუტარდა მოწოდებული წესით სკრინიგნი გესტაციურ დიაბეტზე |
| **მნიშვნელი (დენომინატორი)** | მშობიარეთა რაოდენობა ანგარიშგების პერიოდში  |
| **გამონაკლისი** | * ორსულები პრეგესტაციური დიაბეტით.
 |
| გაზომვის ტიპი/ერთეული | * პროცენტული მაჩვენებელი (%)
 |
| მონაცემთა წყარო  | ძირითადი:* დაბადების რეგისტრი

დამატებითი: * სამედიცინო ისტორიები
 |
| მაჩვენებლის ანგარიშგების დონე | * ქვეყანა
* დაწესებულება
 |
| მაჩვენებლის ტიპი  | პროცესის (სკრინინგული)  |
| მონაცემთა მოკრების/ანალიზის სიხშირე | კვარტალური / წლიური |
| კლინიკური მნიშვნელობა | გესტაციური დიაბეტი წარმოადგენს მნიშვნელოვან რისკს როგორც დედისთვის, ასევე ნაყოფისთვის, თუ არ არის ადეკვატურად ნამკურნალები. ის შესაძლოა გახდეს ნაყოფის/ახალშობილის ჰიპოგლიკემიის, რესპირატორული დისტრეს სინდრომის, მაკროსომიის, სამშობიარო ტრავმის, მხრის დისტოციის, მკვდრადშობადობის მიზეზი. ქალებს გესტაციური დიაბეტით შესაძლოა განუვითარდეს მძიმე პრეეკლამფსია და მე -II ტიპის დიაბეტი მშობიარობის შემდეგ,2,3. გესტაციური დიაბეტის ადექვატური მკურნალობით შესაძლებელია ჩამოთვლილი დედისა და ნაყოფის ავადობის სიხშირის შემცირება2; ამიტომ უნივერსალური სკრინინგი რეკომენდებულია ყველა ორსულისთვის არადიაგნოსტირებული შაქრიანი დიაბეტით4, რათა მოხდეს პრობლემის დროული იდენტიფიცირება, ადეკვატური მკურნალობა და ოპტიმალურ ვადაზე მშობიარობის ინიცირება, რაც თავის მხრივ მნიშვნელოვნად გააუმჯობესებს გამოსავალს.2*American Congress of Obstetricians and Gynecologists . National Committee for Quality Assurance Physician Consortium for Performance Improvement. Maternity Care* *Performance Measurement Set**3Celeste Durnwald. Diabetes mellitus in pregnancy: Screening and diagnosis.UpToDate**4*  *American Dietetic Association, 2008,Strong, Imperative, Grades I and II*. |
| კავშირი სხვა ინდიკატორთან | * მკვდრადშობადობის ინდიკატორი
 |
| ინფორმაციის ამოღების შესაძლებლობა  | ინფორმაციის ამოღება ამჟამად არ არის შესაძლებელი დაბადების რეგისტრიდან. ინდიკატორი მოითხოვს რეგისტრში შესაბამისი ველის დამატებას.  |
| მონაცემთავერიფიცირება  | მონაცემები დაბადების რეგისტრიდან რეკომენდებულია პერიოდულად დადარდეს ალტრნატიულ წყაროს - სამედიცინო ისტორიებს. ნებისმიერი განსხვავება უნდა წარმოადგენდეს დამატებითი შესწავლის საფუძველს. |
| ინდიკატორის წყარო/გამოყენება სხვა ქვეყნების მიერ | ინდიკატორი მოწოდებულია სხვა პერინატალურ სკრინინგულ ინდიკატორებთან ერთად ამერიკის მეან-გინეკოლოგთა კონგრესის, ხარისხის დაცვის ეროვნული კომიტეტის მიერ.2 |
| შესაძლო პრობლემა მონაცემების შეგროვებისას | 1. შესაბამისი ველების დამატების სირთულე დაბადების რეგისტრში
2. მონაცემთა არასრული და უზუსტო შეყვანა დაბადების რეგისტრში
3. გესტაციური დიაბეტის სკრინინგის სწორად შეფასებას საფრთხეს უქმნის კვლევის არასწორი წარმოება (ყოველთვის არ ხდება გლუკოზით დატვირთვა უზმოზე ან 50გ დატვირთვის ნაცვლად წარმოებს 75გ-იანი გლუკოზით დატვირთვა და ა.შ.), რაც არასწორი შედეგის და შემდგომი ნაბიჯების მიზეზი შეიძლება გახდეს.

**პრობლემის შესაძლო მოგვარება:** 1. დაბადების რეგისტრის ინფორმაციული ტექნოლოგიების დეპარტამენტთან ერთობლივი მუშაობა რეგისტრში საჭირო ველების დასამატებლად
2. საეჭვო შემთხვევებში მონიტორინგის ჯგუფის ადგილზე ვიზიტი და მონაცემთა ვერიფიცირება სამედიცინო ისტორიებთან, პაციენტთან
3. მეან-გინეკოლოგთა და ენდოკრინოლოგთა ერთობლივი გადამზადება და კვალიფიკაციის ამაღლება გესტციური დიაბეტის სკრინინგის სწორად წარმოების შესახებ, მათი გუნდური მუშაობის ხელშეწყობა.
 |
| ბენჩმარკინგი | **N/A** |
|  |  |

# 16. Rh(D)-უარყოფითი სისხლის კუთვნილების ორსულების რეზუს ანტისხეულებზე ტესტირება

|  |  |
| --- | --- |
| **მახასიათებელი** | **აღწერილობა**  |
| **მაჩვენებლის დასახელება** | Rh(D)-უარყოფითი სისხლის კუთვნილების ორსულის რეზუს ანტისხეულებზე ტესტირება |
| **მრიცხველი (ნომინატორი)** | ქალების რაოდენობა მნიშვნელის ჯგუფიდან, ვისაც ჩაუტარდა რეზუს ანტისხეულებზე ტესტირება ორსულობის ადრეულ ვადაზე (1 ვიზიტი) |
| **მნიშვნელი (დენომინატორი)** | RH(D)-უარყოფითი სისხლის კუთვნილების ნამშობიარებ ქალთა საერთო რაოდენობა ანგარიშგების პერიოდში  |
| **გამონაკლისი** | RH(D)-უარყოფითი სისხლის კუთვნილების ქალის პარტნიორი |
| გაზომვის ტიპი/ერთეული | * პროცენტული მაჩვენებელი (%)
 |
| მონაცემთა წყარო  | ძირითადი:* დაბადების რეგისტრი

დამატებითი: * სამედიცინო ისტორიები
 |
| მაჩვენებლის ანგარიშგების დონე | * ქვეყანა
* დაწესებულება
 |
| მაჩვენებლის ტიპი  | პროცესის (სკრინინგული)  |
| მონაცემთა მოკრების/ანალიზის სიხშირე | კვარტალური / წლიური |
| კლინიკური მნიშვნელობა | თუ RH(D)-უარყოფითი სისხლის კუთვნილების ორსულის ორგანიზმში მოხვდა RH(D)-დადებითი სისხლის უჯრედები, იწყება ანტი- D ანტისხეულების წარმოქმნა (ძირითადად ორსულობის 28 კვირის ვადის შემდეგ). ასეთი დედის RH(D)-დადებითი ნაყოფი/ახალშობილი არის RH(D) ერითრობლასტოზის/ჰემოლიზური დაავადების განვითარების მნიშვნელოვანი რისკის ქვეშ, რაც თავის მხრივ მძიმე ავადობისა და სიკვდილობის მიზეზი შეიძლება გახდეს. კვლევებმა დაადასტურეს, რომ ანტი-D იმუნოგლობულინის გამოყენებამ რისკის მქონე ქალებში RH(D) ალოიმუნიზაციის მაჩვენებელი 13-16 % დან 0.14-0.2% შეამცირა, რითაც მნიშვნელოვნად შემცირდა ნაყოფის/ახალშობილის ერითრობლასტოზის/ჰემოლიზური დაავადების და მასთან დაკავშირებული ავადობისა და სიკვდილობის განვითარების რისკი. ხოლო ანტი-D იმუნოგლობულინის გამოყენება მიზანშეწონილია RH(D)-უარყოფითი სისხლის კუთვნილების ორსულებში, თუ მათ სისხლში არ არის ანტი-D ანტისხეულები. შესაბამისად აუცილებელია ყველა RH(D)-უარყოფითი სისხლის კუთვნილების ორსულების ტესტირება ანტისხეულებზე.1-4*1 Kenneth J Moise. Prevention of Rh(D)esus (D) alloimmunization in pregnancy. UpTo Date. Last updated Jan, 2018**2 Committee on Practice Bulletins-Obstetrics. Practice Bulletin No. 181:**Prevention of Rh(D) D Alloimmunization. Obstet Gynecol. 2017 Aug;130(2):e57-e70.**3 Crowther CA, Keirse MJ. Anti-D administration in pregnancy for preventing**rhesus alloimmunisation. Cochrane Database Syst Rev. 2000;(2):CD000020. Review.**4 WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience. WHO. 2016* |
| კავშირი სხვა ინდიკატორთან | რეზუს ანტისხეულების განსაზღვრა RH(D)- უარყოფითი სისხლის კუთვნილების ქალებში უნდა განიხილებოდეს მჭიდრო კავშირშიმომიჯნავე ინტერვენციულ ინდიკატორთან: ანტენატალურად Rh(D) ალოიმუნიზაციის პრევენციის მიზნით ანტი -D იმუნოგლობულინის გამოყენება  |
| ინფორმაციის ამოღების შესაძლებლობა  | ინფორმაციის ამოღება ამჟამად არ არის სრულად შესაძლებელი დაბადების რეგისტრიდან. ინდიკატორი მოითხოვს რეგისტრში შესაბამისი ველების დამატებას.  |
| მონაცემთავერიფიცირება  | მონაცემები დაბადების რეგისტრიდან რეკომენდებულია პერიოდულად დადარდეს ალტერნატიულ წყაროს - სამედიცინო ისტორიებს. ნებისმიერი განსხვავება უნდა წარმოადგენდეს დამატებითი შესწავლის საფუძველს. |
| შესაძლო პრობლემა მონაცემების შეგროვებისას | 1. შესაბამისი ველების დამატების სირთულე დაბადების რეგისტრში
2. მონაცემთა არასრული და უზუსტო შეყვანა დაბადების რეგისტრში

**პრობლემის შესაძლო მოგვარება:** 1. დაბადების რეგისტრის ინფორმაციული ტექნოლოგიების დეპარტამენტთან ერთობლივი მუშაობა რეგისტრში საჭირო ველების დასამატებლად
2. საეჭვო შემთხვევებში მონიტორინგის ჯგუფის ადგილზე ვიზიტი და მონაცემთა ვერიფიცირება სამედიცინო ისტორიებთან, პაციენტთან
 |
| ბენჩმარკინგი | **N/A** |
|  |  |

# 17.ანტენატალური ანტი-D იმუნოპროფილაქტიკა

|  |  |
| --- | --- |
| **მახასიათებელი** | **აღწერილობა**  |
| **მაჩვენებლის დასახელება** | ანტენატალურად Rh(D) ალოიმუნიზაციის პრევენციის მიზნით ანტი -D იმუნოგლობულინის გამოყენება  |
| **დეფინიცია** | **ანტენატალური ანტი D იმუნოპროფილაქტიკა** - არასენსიბილიზირებულ Rh(D)-უარყოფითი სისხლის კუთვნილების ორსულ ქალებში 300მკგ ანტირეზუს D იმუნოგლობულინის კუნთშიდა ინექცია ორსულობის 28 კვირის ვადაზე 1**არასენსიბილიზებული ორსული** - RH(D)-უარყოფითი სისხლის კუთვნილების ორსული, რომლის სისხლშიც არ არის ანტი-D ანტისხეულები*1 ანტენატალური მეთვალყურეობა**- ეროვნული პროტოკოლი, საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის სამინსიტრო*  |
| **მრიცხველი (ნომინატორი)** | ქალების რაოდენობა მნიშვნელის ჯგუფიდან, ვისაც ჩაუტარდა ანტი-D იმუნოგლობულინის შეყვანა (იმუნოპროფილაქტიკა) ორსულობის 28 კვირის ვადაზე |
| **მნიშვნელი (დენომინატორი)** | არასენსიბილიზირებულ RH(D)-უარყოფითი სისხლის კუთვნილების ნამშობიარებ ქალთა საერთო რაოდენობა ანგარიშგების პერიოდში  |
| **გამონაკლისი** | RH(D)-უარყოფითი სისხლის კუთვნილების ქალის პარტნიორი |
| გაზომვის ტიპი/ერთეული | * პროცენტული მაჩვენებელი (%)
 |
| მონაცემთა წყარო  | ძირითადი:* დაბადების რეგისტრი

დამატებითი: * სამედიცინო ისტორიები
 |
| მაჩვენებლის ანგარიშგების დონე | * ქვეყანა
* დაწესებულება
 |
| მაჩვენებლის ტიპი  | პროცესის (ინტერვენციული)  |
| მონაცემთა მოკრების/ანალიზის სიხშირე | კვარტალური / წლიური |
| კლინიკური მნიშვნელობა | თუ RH(D)-უარყოფითი სისხლის კუთვნილების ორსულის ორგანიზმში მოხვდა RH(D)-დადებითი სისხლის უჯრედები, იწყება ანტი- D ანტისხეულების წარმოქმნა (ძირითადად ორსულობის 28 კვირის ვადის შემდეგ). ასეთი დედის RH(D)-დადებითი ნაყოფი/ახალშობილი არის RH(D) ერითრობლასტოზის/ჰემოლიზური დაავადების განვითრების მნიშვნელოვანი რისკის ქვეშ, რაც თავის მხრივ მძიმე ავადობისა და სიკვდილობის მიზეზი შეიძლება გახდეს. კვლევებმა დაადასტურეს, რომ ანტი-D იმუნოგლობულინის გამოყენებამ რისკის მქონე ქალებში RH(D) ალოიმუნიზაციის მაჩვენებელი 13-16 % დან 0.14-0.2% შეამცირა, რითაც მნიშვნელოვნად შემცირდა ნაყოფის/ახალშობილის ერითრობლასტოზის/ჰემოლიზური დაავადების და მასთან დაკავშირებული ავადობისა და სიკვდილობის განვითარების რისკი.2-5*2 Kenneth J Moise. Prevention of Rh(D)esus (D) alloimmunization in pregnancy. UpTo Date. Last updated Jan, 2018**3 Committee on Practice Bulletins-Obstetrics. Practice Bulletin No. 181:**Prevention of Rh(D) D Alloimmunization. Obstet Gynecol. 2017 Aug;130(2):e57-e70.**4 Crowther CA, Keirse MJ. Anti-D administration in pregnancy for preventing**rhesus alloimmunisation. Cochrane Database Syst Rev. 2000;(2):CD000020. Review.**5 WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience. WHO. 2016* |
| კავშირი სხვა ინდიკატორთან | ანტენატალურად Rh(D) ალოიმუნიზაციის პრევენციის მიზნით ანტი -D იმუნოგლობულინის გამოყენების ინდიკატორი უნდა განიხილებოდეს მჭიდრო კავშირში მომიჯნავე სკრინინგულ ინდიკატორთან:* RH(D) ანტისხეულების განსაზღვრა RH(D)- უარყოფითი სისხლის კუთვნილების ქალებში
 |
| ინფორმაციის ამოღების შესაძლებლობა  | ინფორმაციის ამოღება ამჟამად არ არის სრულად შესაძლებელი დაბადების რეგისტრიდან. ინდიკატორი მოითხოვს რეგისტრში შესაბამისი ველების დამატებას.  |
| მონაცემთავერიფიცირება  | მონაცემები დაბადების რეგისტრიდან რეკომენდებულია პერიოდულად დადარდეს ალტერნატიულ წყაროს - სამედიცინო ისტორიებს. ნებისმიერი განსხვავება უნდა წარმოადგენდეს დამატებითი შესწავლის საფუძველს. |
| შესაძლო პრობლემა მონაცემების შეგროვებისას | 1. შესაბამისი ველების დამატების სირთულე დაბადების რეგისტრში
2. მონაცემთა არასრული და უზუსტო შეყვანა დაბადების რეგისტრში

**პრობლემის შესაძლო მოგვარება:** 1. დაბადების რეგისტრის ინფორმაციული ტექნოლოგიების დეპარტამენტთან ერთობლივი მუშაობა რეგისტრში საჭირო ველების დასამატებლად
2. საეჭვო შემთხვევებში მონიტორინგის ჯგუფის ადგილზე ვიზიტი და მონაცემთა ვერიფიცირება სამედიცინო ისტორიებთან, პაციენტთან
 |
| ბენჩმარკინგი | **N/A** |
|  |  |