ორსულთა, მშობიარეთა და მელოგინეთა საექთნო მართვა

თბილისი 2022

ორსულთა, მშობიარეთა და მელოგინეთა საექთნო მართვა

სასწავლო მასალა შექმნილია სს „ევექსის ჰოსპიტლებისა“ და „ევროპის განვითარებისა და რეკონსტრუქციის ბანკის“ მხარდაჭერით

თბილისი 2022

მასალა მომზადებულია **ანა მემარნისა** და **ეკა აბჟანდაძის** მიერ

რეცენზირებულია **მირანდა ჯანხოთელის** მიერ

ტექსტის რედაქტორი: **სალომე ჭინჭარაული**

ყდის დიზაინერი: **სალომე ჭინჭარაული**

სასწავლო მასალა შექმნილია სს „ევექსის ჰოსპიტლებისა“ და „ევროპის განვითარებისა და რეკონსტრუქციის ბანკის“ მხარდაჭერით

© თბილისი 2022

სარჩევი

თავი 1. ქალისა და მამაკაცის რეპროდუქციული სისტემის ანატომია და ფიზიოლოგია 5

თავი 2. დაბადების პროცესი 23

თავი 3. საექთნო მოვლა მშობირობის დროს და მის შემდეგ 55

თავი 4. ინტრანატალურ პერიოდში ნაყოფის მეთვალყურეობა 115

თავი 5. ტკივილის მართვა მშობიარობის დროს 159

თავი 6. სამეანო პროცედურების დროს პაციენტების მოვლა.................... 209

თავი 7. ახალშობილის ნორმალური მდგომარეობა: ადაპტაციის პროცესი 248

თავი 8. ნორმალური ახალშობილის შეფასება 275

თავი 9. ნორმალურ ახალშობილზე ზრუნვა....................337

თავი 10. ახალშობილის კვება....................381

თავი 11. ორსულობასთან დაკავშირებული გართულებები 435

თავი 12. ინტრანატალური გართულებები 497

თავი 13. დედის მშობიარობის შემდგომი გართულებები 555

თავი 14. მაღალი რისკის მქონე ახალშობილი: გესტაციის ასაკსა და განვითარებასთან დაკავშირებული გართულებები 600

თავი 1

ქალისა და მამაკაცის რეპროდუქციული სისტემის ანატომია და ფიზიოლოგია

სქესობრივი განვითარება

სქესობრივი განვითარება იწყება ჩასახვიდან, მას მერე, რაც გენეტიკური სქესი განისაზღვრება კვერცხუჯრედის და სპერმის გაერთიანებით. ბავშვობის პერიოდში სქესობრივი ორგანოები არააქტიურია და სქესობრივი მომწიფების პერიოდში აქტიურდება.

პრენატალური განვითარება

დედის კვერცხუჯრედი ატარებს ერთ X ქრომოსომას, ხოლო მამის სპერმატოზოდი კი X ან Y ქრომოსომის მატარებელია. თუ X ქრომოსომიანი სპერმატოზოიდი გაანაყოფიერებს კვერცხუჯრედს შთამომავლობის გენეტიკური სქესი იქნება მდედრობითი, ხოლო თუ Y ქრომოსომიანი სპერმატოზოიდი გაანაყოფიერებს კვერცხუჯრედს, გენეტიკურად მამრობითი სქესის შთამომავალს მივიღებთ.

მიუხედავათ იმისა რომ გენეტიკური სქესი განისაზღვრება ჩასახვის დროს, მამრობითი და მდედრობითი ნაყოფის რეპროდუქციული სისტემა სქესობრივად არადიფერენცირებულია პრენატალური პერიოდის პირველი 6 კვირის განმავლობაში. მეშვიდე კვირას განსხვავება მდედრობითსა და მამრობითს შორის ჩნდება შინაგან სტრუქტურებში. გარეთა გენიტალიები ერთნაირია მეცხრე კვირამდე, სანამ გარეთა სტრუქტურების ცვლილება დაიწყება. გესტაციური ასაკის მე-12 კვირას გარეთა სქესობრივი ორგანოების დიფერენციაცია დასრულებულია. პრენატალური სქესობრივი განვითარების ძირითადი ტენდენცია მდედრობითი სტრუქტურაა.

Y ქრომოსომის მცირე ნაწილის არსებობა ცვლის ამ ტენდენციას და მიმართავს ადრეულ (პრიმიტიულ) სქესობრივ უჯრედებს რომ ჩამოყალიბდეს სათესლეებად. Y ქრომოსომის, ამ კრიტიკულად მნიშვნელოვანი ნაწილის არ არსებობის შემთხვევაში, პრიმიტიული სქესობრივი უჯრედები გააგრძელებს საკვერცხეებად ჩამოყალიბების კურსს.

ნაყოფის განვითარების პერიოდში საკვერცხეები და სათესლეები გამოყოფს პირველად ჰორმონებს, რომლებიცაა ესტროგენი და ტესტოსტერონი.

ტესტოსტერონი განაპიროებებს მამრობითი სქესობრივი ორგანოებისა და გარეთა გენიტალიების განვითარებას, ხოლო მისი არ არსებობა კი მდედრობითი სქესობრივი მახასიათებლების შედეგს გვაძლევს. მიუხედავათ იმისა რომ ესტროგენი გამოიყოფა ნაყოფის საკვერცხეების მიერ, ეს ჰორმონი არ არის საჭირო მდედრობითი სქესობრივი სტრუქტურების განვითარების დასაწყებად.

ბავშვობა

მდედრობითი და მამრობითი სასქესო ჯირკვლები არააქტიურია ჩვილობისა და ბავშვობის პერიოდში. სქესობრივი მომწიფების დროს ჰიპოთალამუსი ასტიმულირებს წინა ჰიპოფიზს, რომელიც გამოიმუშავებს მასტიმულირებელ ჰორმონებს, რომლებიც ასტიმულირებს სასქესო ჯირკვლების მიერ სასქესო ჰორმონების გამოყოფას.

სქესობრივი მომწიფება

სქესობრივი მომწიფება არის დრო, როცა რეპროდუქტიული ორგანოები ხდება მთლიანად ფუნქციური. ეს არ არის ერთჯერადი მოვლენა, არამედ სერიაა იმ ცვლილებებისა რომლებიც ხდება გვიანი ბავშვობისა და ადრეული მოზარდობის პერიოდში.

პირველადი სქესობრივი მახასიათებლები დაკავშირებულია იმ ორგანოების მომწიფებასთან, რომლებიც პირდაპირ პასუხისმგებელია რეპროდუქციასთან.

პირველადი სქესობრივი მახასიათებლების მაგალითებია კვერცხუჯრედის მომწიფება საკვერცხეებში და სპერმის წარმოქმნა სათესლეებში.

მეორეული სასქესო მახასიათებლებია ცვლილებები სხვა სისტემებში, რომლებიც განასხვავებს მდედრობითსა და მამრობითს, მაგრამ პირდაპირ რეპროდუქციასთან არ არის დაკავშირებული.

სქესობრივი მომწიფების დაწყება

სქესობრივი მომწიფების ცვლილებები მიმდინარეობს მოწესრიგებული თანმიმდევრობით, ორივე სქესის სომატურ (არა-გამეტური უჯრედები) უჯრედებში. ყველა ფაქტორი, რომელიც იწვევს სქესობრივ მომწიფებას არ არის ცნობილი, თუმცა ცნობილია, რომ ჰიპოთალამუსის, წინა ჰიპოფიზისა და სასქესო ჯირკვლების მიერ სეკრეტირებული ნივთიერებები წარმართავს მომწიფების პროცესს. ჰიპოთალამუსი გამოყოფს გონადოტროპინის გამათავისუფლებელ ჰორმონს (GnRH), რომ დაიწყოს სქესობრივი მომწიფება ჩვილობისა და ადრეული ბავშვობის პერიოდში. თუმცა იგი მნიშვნელოვანი რაოდენობით მხოლოდ გვიანი ბავშვობის პერიოდში წარმოიქმნება. მცირედი რაოდენობის სქესობრივი ჰორმონების წარმოქმნა მცირეწლოვანი ბავშვის საკვერცხეებისა და სათესლეების მიერ აინჰიბირებს ჰიპოთალამუსის მიერ მასტიმულირებელი ჰორმონების სეკრეციას და იცავს ბავშვს ნაადრევი სქესობრივი მომწიფებისგან. ასაკის მატებასთან დაკავშირებული თავის ტვინის სტრუქტურების ცვლილებები, სავარაუდოდ, განაპირობებს ჰიპოთალამუსის მიერ სქესობრივი მომწიფების დაწყებას.

9-12 წლის ასაკში ბავშვის ჰიპოთალამუსი თანდათანობით ზრდის GnRH-ის სეკრეციას. GnRH-ის დონე იმატებს ნელ-ნელა, სანამ არ მიაღწევს იმ დონეს, რომელიც საკმარისია წინა ჰიპოფიზის სტიმულაციისთვის, რომ გამოყოს ფოლიკულის მასტიმულირებელი ჰორმონი და ლუთეინმასტიმულირებელი ჰორმონი. საპასუხოდ გაზრდილი დონის ფმჰ (FSH) და ლჰ (LH) საკვერცხეებიდან და სათესლეებიდან ზრდის სქესობრივი ჰორმონების პროდუქციას და იწყებს გამეტების (რეპროდუქციული უჯრედები, კვერცხუჯრედი მდედრობითში და სპერმა მამრობითში) მომწიფებას. სქესობრივი ჰორმონები ასევე იწვევს მეორეული სქესობრივი მახასიათებლების განვითარებას. ასაკი, როცა სქესობრივი მომწიფება იწყება და დრო, რომელიც ამ ცვლილებების დასრულებას სჭირდება განსხვავდება ინდივიდუალურად. სქესობრივი მომწიფების დროს ჰორმონალური ცვლილებები 6 თვით ან 1 წლით ადრე იწყება გოგონებში, ვიდრე ბიჭებში. სქესობრივი მომწიფების თვალსაჩინო ცვლილებები, როგორიცაა ძუძუს განვითარება და სიმაღლეში ზრდა დაახლოებით 2 წლით ადრე იწყება გოგონებში ვიდრე ბიჭებში. სქესობრივ მომწიფებასთან დაკავშირებული ცვლილებები თანმიმდევრობით მიმდინარეობს ორივე სქესში. სიმაღლეში და წონაში ზრდა მნიშვნელოვნად გამოხატულია სქესობრივი მომწიფების დროს და თანდათან ნელდება, სანამ არ მიაღწევს უკვე მომწიფებული ასაკის სიმაღლესა და წონას. კვების სტატუსს შეუძლია გავლენა მოახდინოს სქესობრივი მომწიფების დაწყებაზე. კარგად ნაკვებ ბავშვებში, სქესობრივი მომწიფება უფრო ადრეულად იწყება.

სქესობრივი მომწიფების ცვლილებები მდედრობით სქესში

ჰიპოთალამუსის მიერ GnRH-ის სეკრეციის საპასუხოდ, გოგონებში წინა ჰიპოფიზი ასეკრეტირებს ფმჰ და ლჰ-ს. ეს ორი ჰიპოფიზის ჰორმონი ასტიმულირებს ესტროგენისა და პროგესტერონის სეკრეციას საკვერცხეების მიერ, რომლებიც რეპროდუქციული ორგანოების მომწიფებას, ძუძუს და მეორადი სქესობრივი მახასიათებლების განვითარებას განაპირობებს. პირველი შესამჩნევი ცვლილება გოგონებში არის ძუძუს განვითარება 8-13 წლის ასაკში. მენსტრუაცია იწყება საშუალოდ 9-16 შუალედში, დაახლოებით ძუძუს განვითარებიდან 2-2.5 წლის შემდეგ.

სარძევე ჯირკვლის ცვლილებები

თავდაპირველად ძუძუს თავი იზრდება და წინ იწევა. არეოლა ძუძუს თავის გარშემო დიდება და გამოიბერება, თუმცა ნაკლებად, ვიდრე ძუძუს თავი. ამ ცვლილებებს მოჰყვება ჯირკვლოვანი ქსოვილის და სადინრების ზრდა. ცხიმოვანი ქსოვილი გროვდება რათა მიიღოს ძუძუმ მდედრობითისთვის დამახასიათებელი მომრგვალო ფორმა. სქესობრივი მომწიფების დროს, გოგო-

ნას ძუძუ სხვადასხვა სიჩქარით ვითარდება, რაც გვაძლევს ცალმხრივად სხვა შესახედაობის ძუძუს, მანამ სანამ ორივე ძუძუ ერთმანეთს არ გაუთანაბრდება.

სხეულის კონტურები

მენჯი ფართოვდება და იღებს მრგვალ, ჩაღრმავებულ ფორმას, რომელიც ხელს უწყობს ნაყოფის გატარებას სამშობიარო გზებში. ცხიმოვანი ქსოვილი შერჩევითად გროვდება თეძოებში და აძლევს მას უფრო მომრგვალებულ ფორმებს ვიდრე მამრობითში.

სხეულის თმა

ბოქვენის თმა პირველად ვითარდება ქვედა ნაწილში და თანდათან თმის ღერო სქელდება. მენარხის დაწყებამდე, სქესობრივი განვითარების მსვლელობაში ჩნდება იღლიის თმაც. ბოქვენისა და იღლიის თმის სტრუქტურა და რაოდენობა განსხვავდება ქალებში და მათ შორის ეთნიკურ ჯგუფებში. აფრიკული წარმოშობის ქალებს თმა უფრო უხეში და ხვეული აქვთ ვიდრე თეთრკანიანებს. აზიელებს კი უფრო იშვიათი სიხშირის, სხვა რასასთან შედარებით.

ჩონჩხის ზრდა

სქესობრივი მომწიფების დასაწყისში ესტროგენის სტიმულაციის საპასუხოდ გოგონები სიმაღლეში იზრდებიან. სწრაფი ზრდა იწყება ძუძუს განვითარების დაწყებიდან დაახლოებით 1 წელში. ესტროგენის სხვა ძლიერი ეფექტი ჩონჩხზე ძვლის ეპიფიზის შეერთებაა ღეროსთან(ძვლის საზრდელის ადგილას) რაც სიმაღლეში ზრდის შეწყვეტას იწვევს.

რეპროდუქციული ორგანოები

გოგონების გარეთა გენიტალიების ზრდა იწყება, როცა ხდება ცხიმის ჩალაგება ბოქვენის მცირე და დიდი სასირცხო ბაგეების ადგილას. საშო, საშვილოსნო, ფალოპის მილები და საკვერცხეები იზრდება მეტად. დამატებით საშოს ლორწოვანი იცვლება ისე, რომ უფრო რეზისტენტული ხდება ტრამვისა და ინფექციების მიმართ, რომლებიც ემსახურება მომზადებას სექსუალური კავშირისთვის. ციკლური ცვლილებები მდედრობითის რეპროდუქციულ ორგანოებში ხდება თითოეული რეპროდუქციული ციკლის დროს.

მენარხე

დაახლოებით 2-2.5 წლის შემდეგ ძუძუს განვითარებიდან, გოგონებს ეწყებათ მენარხე ანუ პირველი მენსტრუალური პერიოდი. ადრეული მენსტრუალური პერიოდები ძირითადად არარეგულარული და მცირეა. ეს ადრეული მენსტრუალური ციკლი არ არის ფერტილური, რადგან ოვულაცია ხდება არათანმიმდევრულად. ფერტილური რეპროდუქციული ციკლი საჭიროებს საშვილოსნოს ამომფენი გარსების მომზადებას ოვულაციასთან თანხვედრაში. თუმცა ოვულაცია შეიძლება მოხდეს ნებისმიერი მდედრობითის რეპროდუქციული ციკლის დროს, მათ შორის პირველისაც. სექსუალურად აქტიური გოგონებში შეიძლება მოხდეს განაყოფიერება მენსტრუალური ციკლის დაწყებამდე.

დაგვიანებულ მენსტრუაციას ეწოდება პირველადი ამენორეა, ეს ხდება იმ შემთხვევაში თუ გოგონას პერიოდი არ დაწყებია ძუძუს განვითარებიდან მომდევნო 2 წელში ან 16 წლის ასაკამდე, ან თუ გოგონა 1 წლით უფროსია იმ ასაკთან შედარებით როცა მის დედას ან დას დაეწყო მენარხე. მეორეული მენსტრუაცია(ამენორეა) ეწოდება მინიმუმ სამი ციკლის არ არსებობას რეგულარული მენსტრუალური ციკლის ჩამოყალიბების მერე ან მენსტრუაციის არ არსებობას 6 თვით. როგორც პირველადი და მეორეული ამენორეა უფრო ხშირია გამხდარი აღნაგობის გოგონებში, ასევე ქალებში რომლებიც არიან ათლეტები, ბალერინები, ან ფსიქიკური კვებითი აშლილობის მქონე პირები (როგორიცაა ანორექსია, ნერვოზი ან ბულემია). ამენორეის არ არსებობა დაკავშირებულია მცირე ცხიმოვანი ქსოვილის არსებობასთან, რაც აბრკოლებს სქესობრივი ჰორმონების წარმოქმნას, რომლებიც ასტიმულირებს ოვულაციასა და მენსტრუაციას. ცხიმოვანი ქსოვილის არ არსებობასთან ერთად პირველადი და მეორეული ამენორეა შეიძლება იყოს

გამოწვეული ჰიპოფიზის მიერ საკვერცხეების არასაკმარისი სტიმულაციით ან საკვერცხეების ჰიპოფიზის მიმართ რეზისტენტობით. ამენორეა ასევე შესაძლებელია გამოწვეული იყოს ჭარბი ანდროგენებით, რომელსაც, თავის მხრივ, აქვს ძლიერი მასკულინური ეფექტი.

სქესობრივი მომწიფება მამრობით სქესში

ჰიპოთალამუსის მიერ გონადოტროპინის გამათავისუფლებელი ჰორმონის სეკრეცია იწვევს წინა ჰიპოფიზიდან ლჰ-სა და ფმჰ-ის სეკრეციას.

ლჰ და ფმჰ შემდეგ ასტიმულირებს ტესტოსტერონის სეკრეციას და საბოლოოდ იწვევს სპერმატოგენეზს ანუ მამრობითის გამეტების (სპერმის) წარმოქმნას. ტესტოსტერონი ასტიმულირებს ბიჭის რეპროდუქციული ორგანოების განვითარებას და მეორადი სასქესო მახასიათებლების ჩამოყალიბებას. მამრობითის სქესობრივი მომწიფების პირველი გარეგნული ნიშანია სათესლეების ზრდა, რომელიც 9.5 წლიდან იწყება. პენისის გარშემოწერილობის და სიგრძის ზრდა იწყება დაახლოებით ერთი წლის შემდეგ. დაახლოებით 16.5 წლის ასაკში სრულდება მამრობითის საბოლოო სქესობრივი მომწიფება. სქესობრივი ორგანოების მომწიფებასთან ერთად სკროტუმის კანი თხელდება და მუქდება.

ღამის ემისია

ხშირად მას „სველ სიზმრებს„ უწოდებენ. ღამის ემისია ხშირად ხდება თინეიჯერობის ასაკში. მოზარდს ემართება სათესლე სითხის სპონტანური ეაკულაცია ძილის განმავლობაში, რასაც თან სექსუალური ხასიათის სიზმრები ახლავს. მოზარდი ბიჭები უნდა მოვამზადოთ იმისთვის, რომ ეს ნორმალური მოვლენაა და არ მოხდეს არასწორი აღქმა ან სირცხვილის ან შიშის გრძნობა არ გაუჩნდეთ, რომ რაიმე პრობლემა ან ინფექცია აქვთ.

ტანის თმიანობა

ბოქვენის თმის ზრდა იწყება პენისის ზედა ნაწილიდან. თანდათანობით თმა უხეშდება და იზრდება ზედა და მუცლის შუა ხაზთან. სახეზე თმიანობა იწყება როგორც თხელი დაღმავალი ულვაში და პროგრესირებს ზრდასრული მოზარდის წვერის მსგავსად. ბიჭების უმეტესობაში გულმკერდის არეში თმიანობა ვითარდება, ზოგ შემთხვევაში ზურგის მიდამოებშიც. თმიანობის რაოდენობა და მახასიათებლები განსხვავდება თავად კაცებს შორის და ასევე სხვადასხვა რასის წარმომადგენლებს შორის. აზიელ და ადგილობრივ ამერიკელ კაცებს უფრო ნაკლებად აქვთ გამოხატული ვიდრე თეთრ და აფრიკული წარმოშობის მამაკაცებს. ტანის თმიანობის რაოდენობა და მახასიათებელი ნიშნები თვით ერთი რასის წარმომადგენელ კაცებს შორისაც განსხვავდება.

სხეულის შემადგენლობა

ტესტოსტერონის ზეგავლენის გამო კაცებს საშუალოდ უფრო მეტი კუნთოვანი მასა უვითარდებათ ვიდრე ქალებს. მომწიფებული კაცის კუნთოვანი მასა 50% აღემატება ქალის საშუალო მასას. რაც ბიოლოგიურ უპირატესობას აძლევს კაცებს იმ საქმიანობაში სადაც ფიზიკური ძალაა საჭირო.

ჩონჩხის ზრდა

ტესტოსტერონი ბიჭებში ჩქარ ზრდას იწვევს, განსაკუთრებით სიმაღლეში. ბიჭების ზრდა იწყება დაახლოებით ერთი წლის დაგვიანებით გოგონებთან შედარებით და გრძელდება სიცოცხლის მეორე დეკადის დროსაც. ტესტოსტერონი საბოლოოდ ეპიფიზების ძვლის ღეროსთან შეერთებას იწვევს, როგორც ესტროგენი გოგონებში. სიმაღლეში ზრდაში ტესტოსტერონს არ აქვს ისეთი ძლიერი ეფექტი როგორც ესტროგენს გოგონებში, ამიტომ ბიჭები უფრო ხანგრძლივი დროით იზრდებიან სიმაღლეში ვიდრე გოგონები. შედეგად მამრობითი სქესის შემთხვევაში ზრდის პერიოდი მეტად ხანგრძლივია და მამრობითი სქესის ბავშვი თავის გოგონა დედმამიშვილთან შედარებით უფრო მაღალი იზრდება.

ბიჭებში მხრების გარშემოწერილობა ფართოვდება სიმაღლეში ზრდასთან ერთად. მენჯი უფრო ვიწრო და მეტად მძიმეა ქალთან შედარბით. მამრობითის მენჯი სტრუქტურულად მეტად არის მორგებული სიმძიმით დატვირთვის აქტივობებთან.

ხმის ცვლილება

ლარინქსის ზრდა და ლარინქსის ლორწოვანის ჰიპერტროფია იწვევს მამრობითის ხმის დაბოხებას. საუბრისას ბიჭებს აქვთ გაბზარული, წრიპინა ხმა სანამ მიაღწევენ მომწიფებული ასაკის ხმის ტემბრის დაბალ ტონებს.

ნაყოფიერების შემცირება

კლიმაკტერული პერიოდი არის გარდამავალი პერიოდი, რომელიც იწყება მაშინ, როცა მდედრობითის ფერტილობა მცირდება და გრძელდება მენოპაუზის და პოსტმენოპაუზის პერიოდში. უმეტეს ქალებში კლიმაქტერული პერიოდი ხდება 40- 50 წლების შუალედში. კვერცხუჯრედის მომწიფება და საკვერცხის ჰორმონების წარმოქმნა თანდათანობით მცირდება. გარეგანი და შინაგანი რეპროდუქციული ორგანოები ატროფიას განიცდიან. მენოპაუზა არის ტერმინი, რომელიც გამოიყენება ბოლო მენსტრუალი პერიოდის აღსაწერად. თუმცა მენოპაუზა (მენსტრუაციის შეწყვეტა პერმანენტულად) და კლიმაქტერული პერიოდი ხშირად გამოიყენება შენაცვლებით რომ აღწერონ მთლიანი თანდათანობითი პროცესი. პერიმენოპაუზა არის პერიოდი, რომელიც იწყება კლიმაქტერული ცვლილებების დაწყებიდან და გრძელდება 2-5 წელი ბოლო მენსტრუალური პერიოდიდან.

კაცებში არ არის ისეთი სახასიათო მოვლენა როგორც მენოპაუზა. ტესტოსტერონის და სპერმის წარმოქმნა თანდათანობით მცირდება და სექსუალური ფუნქციაც მცირდება 40-50 წლის ასაკში.

ქალის რეპროდუქციული ანატომია

სწორი და უსაფრთხო პრაქტიკისთვის, ბებიაქალს აუცილებელია ჰქონდეს ცოდნა გარეგანი და შინაგანი რეპროდუქტიული ორგანოების სტრუქტურისა და ფუნქციების შესახებ.

ქალის გარეგანი რეპროდუქციული ორგანოები

მთლიანობაში, მდედრობით გარეთა სასქესო ორგანოებს ეწოდება ვულვა. ის შეიცავს მონს პუბის, მცირე და დიდ სასირცხო ბაგეებს, კლიტორისს, ვესტიბულის სტრუქტურებს და პერინეუმს (სურათი 1-1).

ბოქვენის ბორცვი

ბოქვენის ბორცვი არის მრგვალი, ხორციანი ამოზნექილობა პუბის სიმფიზზე, რომელიც ქმნის გარეთა რეპროდუცტიული ორგანოების წინა საზღვარს. ის დაფარულია სხვადასხვა რაოდენობის თმით.

მცირე და დიდი სასირცხო ბაგეები

დიდი სასირცხო ბაგეები არის ორი მომრგვალებული, ხორციანი ქსოვილის ნაკეცი რომელიც გადაჭიმულია მონს პუბისიდან პერინეუმამდე. მათ აქვთ უფრო მეტი პიგმენტაცია ვიდრე ირგვლივ კანს და დაფარულია თმით. დიდი ბაგეები ფიზიკური დაცვის ფუნქციასაც ასრულებს.

მცირე ბაგეები მდებარეობს დიდი ბაგეების შიდა და პარალელურ მხარეს. მცირე ბაგეები წინიდან გადაჭიმულია კლიტორისიდან და უერთდება უკან ვაგინალურ შესასვლელს. მცირე ბაგეებს არ აქვს ბოქვენის თმა. ისინი არიან მეტად ვასკულარიზებული და სტიმულაციისას ჭირჯვდება.

კლიტორი

კლიტორი არის წინ გამოსული სტრუქტურა, ორი მცირე სასირცხო ბაგეების წინა შეერთების ადგილას. ეს სტრუქტურა შედგება პენისის მსგავსი ძალზე მგრძნობიარე ერექტიული ქსოვილისგან. დიდი სასირცხო ბაგეების შეერთების წერტილი ქმნის კლიტორის წინა ზედაპირს.

კარიბჭე (ვესტიბული)

კარიბჭეში შედის მცირე სასირცხო ბაგეებით შემოსაზღვრული სტრუქტურები. კარიბჭეში მდებარეობს შარდსადინარის გამოსასვლელი, ვაგინალური შესასვლელი, სკენეს არხები და ბართოლინის ჯირკვლები. სკენე ან პერიურეთრალური ჯირკვლები ლუბრიკაციას უკეთებენ შარდსადინარს. ბართოლინის ჯირკვლები ლუბრიკაციას უკეთებენ ვაგინალურ შესასვლელს, განსაკუთრებით სექსუალური აღგზნების დროს.

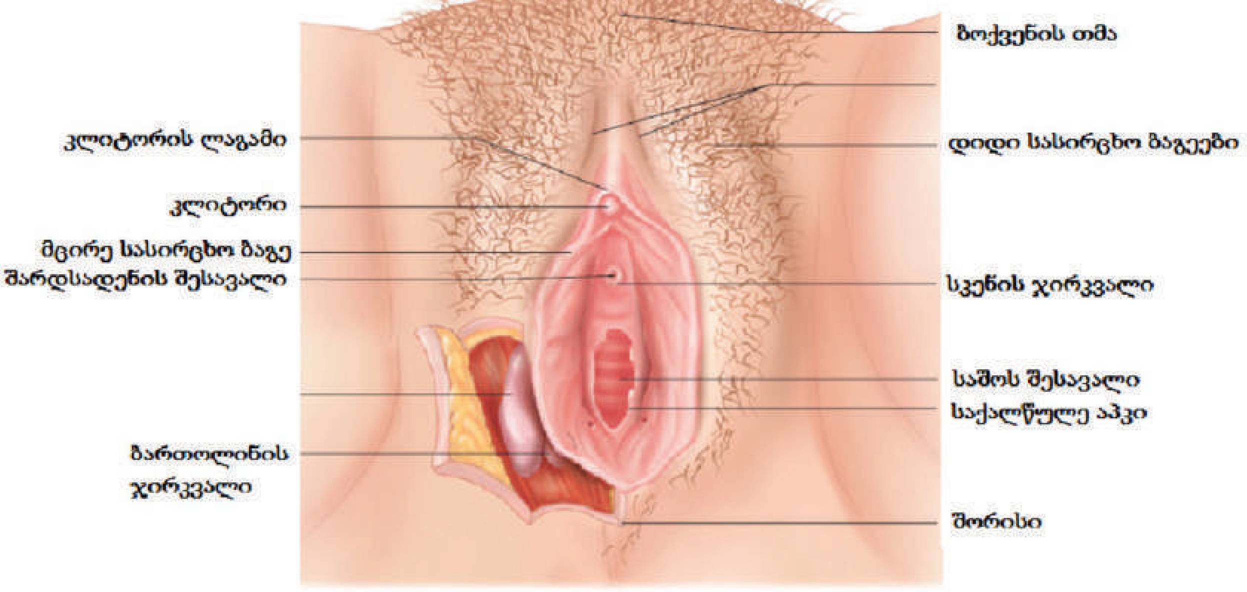
ვაგინალური შესასვლელი შემოსაზღვრულია ერექტული ქსოვილით.სექსუალური სტიმულაციის დროს სისხლი მიედინება ერექტიულ ქსოვილში და იწვევს შესასვლელის შემჭიდროვებას პენისის გარშემო. ეს ამატებს მასაჟის ეფექტს პენისზე და ზრდის მამრობითის სექსუალური შეგრძნებების გამძაფრებას და იწვევს ეაკულაციას.

ჰიმენი არის ლორწოს თხელი ნაკეცი, რომელიც ნაწილობრივ ყოფს ვაგინას და ვესტიბულს. ჰიმენის ინტაქტურობა ან არ არსებობა ქალიშვილობის კრიტერიუმი არ არის. ჰიმენი შეიძლება დაზიანდეს მათ შორის ტრავმით, ტამპონის გამოყენებით, სექსუალური კონტაქტით ან მშობიარობის დროს.

პერინეუმი

პერინეუმი გარეთა რეპროდუქტიული ორგანოების ყველაზე უკანა ნაწილია. პერინეუმი გადაჭიმულია ვაგინალური შესასვლელის ქვედა ნაწილიდან ანუსამდე. ის შედგება ფიბროზული და კუნთოვანი ქსოვილისგან, რომელიც უზრუნველყოფს საყრდენს მენჯის სტრუქტურებისთვის. პერინეუმი შეიძლება ჩაიხეს მშობიარობის დროს ან ჩაიჭრას რომ გაფართოვდეს ვაგინალური შესასვლელი. ამ პროცედურას ეპიზიოტომია ეწოდება.

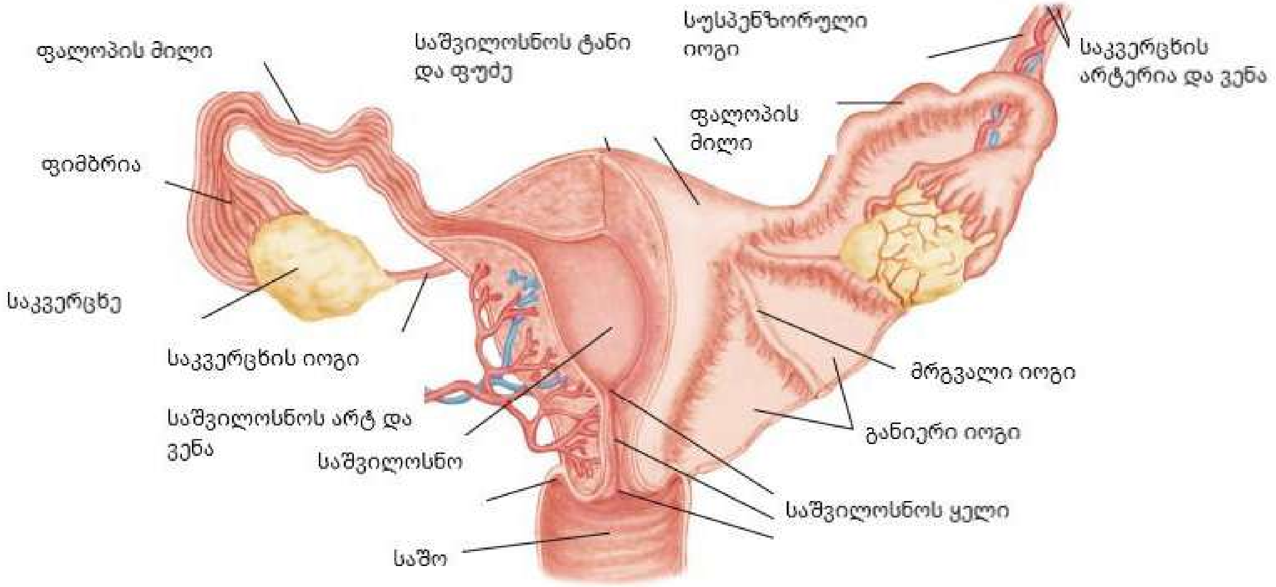
სურათი 1-1 ქალის გარეთა სასქესო ორგანოები

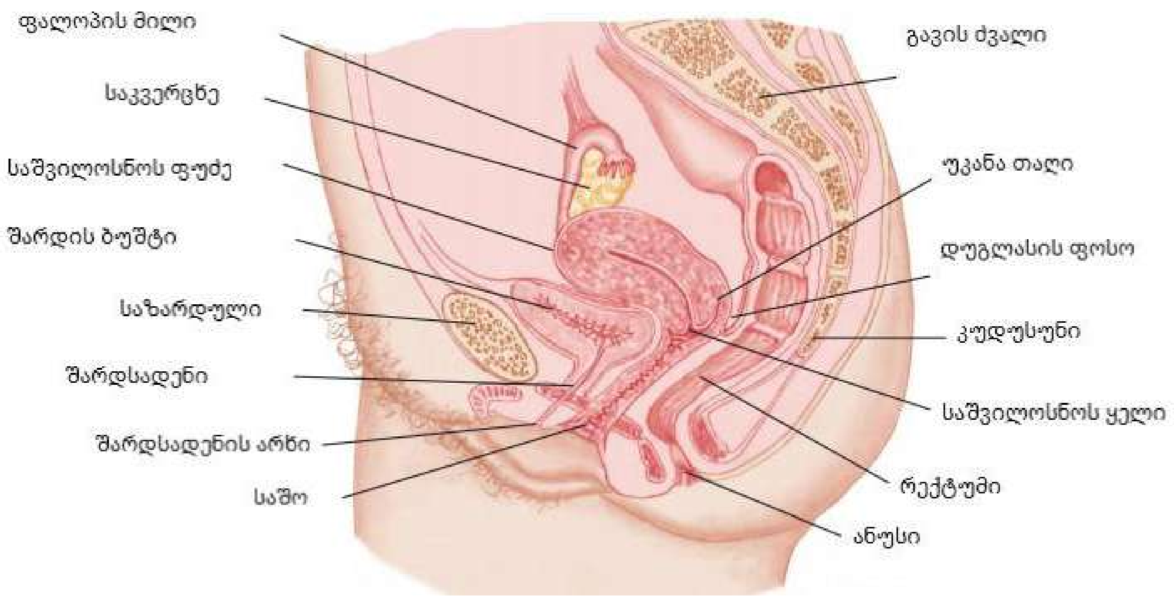


მდედრობითი სქესის შინაგანი რეპროდუქციული ორგანოები

შინაგანი რეპროდუქციული სტრუქტურებია ვაგინა, საშვილოსნო, ფალოპის მილები და საკვერცხეები. ეს ორგანოები მოთავსებულია ძვლოვან მენჯში, სადაც კარგადაა დაცული გარეგანი ზემოქმედებისგან (სურათი 1-2).

სურათი 1-2 ქალის შინაგანი სასქესო ორგანოები





საშო

საშო არის კუნთოვანი და მემბრანოზული შენების, დაახლოებით 8-10 სანტიმეტრის სიგრძის მილი, რომელიც მდებარეობს შარდის ბუშტსა და რექტუმს შორის. საშო აკავშირებს ზედა ნაწილით საშვილოსნოს და ქვედა ნაწილით ვესტიბულს ერთმანეთთან. საშოს ამომფენ გარსს მრავლობითი ნაკეცი, ღარები და კუნთოვანი ფენა აქვს რომელიც მკვეთრად ფართოვდება მშობიარობის დროს. საშოს ლუბრიკაცია, საშვილოსნოს ყელიდან (საშვილოსნოს ყველაზე ქვედა ნაწილით) გამოყოფილი სეკრეტითა და ბართოლინის ჯირკვლებით ხდება.

საშო საშვილოსნოს შესასვლელთან ქმნის თაღებს - ჩანთის მსგავს სტრუქტურებს, რომლებსაც ვაგინალური ფორნიქსი ეწოდება. არსებობს წინა, უკანა და გვერდითი ფორნიქსები.

საშოს აქვს სამი მთავარი ფუნქცია: 1. მენსტრუალური გამონადენის გატარება 2. წარმოადგენს მდედრობით სასქესო ორგანოს კოიტუსის დროს (მამრობითის და მდედრობითის სექსუალური კავშირი) 3. მშობიარობის დროს, ატარებს ნაყოფს საშვილოსნოდან დედის სხეულის გარეთ.

საშვილოსნო

საშვილოსნო არის ღრუ,სქელ კედლიანი,კუნთოვანი ორგანო, რომელსაც აქვს ბრტყელი, ამოტრიალებული მსხლის ფორმა. საშვილოსნოში მოთავსებულია და იზრდება ნაყოფი დაბადებამდე, ხოლო ნაყოფის დაბადებისას იკუმშება რითმულად რათა გამოაძევოს ნაყოფი საშვილოსნოდან. საშვილოსნოში მიმდინარე ციკლური ფიზიოლოგიური ცვილელებები ყოველ თვე საშვილოსნოს ორსულობისთვის ამზადებს. ნორმალურ მდგომარეობაში საშვილოსნოს ზომებია დაახლოებით 7.5 X 5 X 2.5 სანტიმეტრი (ნამშობიარებ ქალებში ზომებში იზრდება). ტოპოგრაფიულად, ის მთავრდება შარდის ბუშტის ზემოთ და არის რექტუმის წინ. ნორმაში, საშვილოსნო ოდნავ წინ გადმოხრილია.

საშვილოსნოს დანაყოფები

საშვილოსნო შედგება სამი დანაყოფისგან: ტანი, ისთმუსი და ყელი.

ტანი არის საშვილოსნოს ზედა დანაყოფი; ხოლო ფსკერი, მისი ყველაზე მაღალი ნაწილია.

ისთმუსი წარმოადგენს გარდამავალ ზონას საშვილოსნოს ტანსა და ყელს შორის. გესტაციის ბოლო კვირების დროს ისთმუსი გრძელდება და ქვედა საშვილოსნოს სეგმენტს წარმოადგენს.

საშვილოსნოს ყელი არის საშვილოსნოს ქვედა ნაწილის მილისებრი 2-3 სანტიმეტრიანი სტრუქტურა. მშობიარობის დროს ყელი თხელდება და ფართოვდება, რითიც უზრუნველყოფს ნაყოფის გატარებას. ყელის გარეთა პირი არანამშობიარებ ქალებში არის მრგვალი და გლუვი. ვაგინალური მშობიარობის შემდეგ ყელის გარეთა პირს აქვს არარეგულარული ფორმა და შესაძლოა ქონდეს ნაწიბურები.

საშვილოსნოს შრეები

საშვილოსნოს აქვს სამი შრე: პერიმეტრიუმი, მიომეტრიუმი და ენდომეტრიუმი.

პერიმეტრიუმი - არის გარეთა პერიტონეალური ფენის სეროზული მემბრანა, რომელიც ფარავს უმეტეს საშვილოსნოს. ლატერალურად პერიმეტრიუმი გრძელდება ფართო ლიგამენტში საშვილოსნოს ორივე მხარეს.

მიომეტრიუმი - არის საშვილოსნოს შუა სქელი კუნთოვანი ფენა. კუნთოვანი ბოჭკოების უმეტესობა კონცენტრირებულია საშვილოსნოს ზედა ნაწილში და მათი რაოდენობა თანდათანობით მცირდება ყელის მიმართულებით. მიომეტრიუმი შედგება სამი ტიპის გლუვი, კუნთოვანი ბოჭკოსგან, თითოეული სპეციფიურ ფუნქციას ასრულებს ორსულობის დროს.

1. გრძივი ბოჭკოები უმეტესად გვხვდება ფუნდუსში და მშობიარობისას ნაყოფის მენჯის გამოსასვლელისკენ გამოძევებას ემსახურება.

2. ერთმანეთში გადახლართული ბოჭკოებისგან შედგება შუა ფენა. ეს ბოჭკოები არის სისხლძარღვებს შორის და მშობიარიბის დროს იკუმშება რომ მოხდეს სისხლძარღვებზე ზეწოლა და სისხლის დანაკარგის შემცირება.

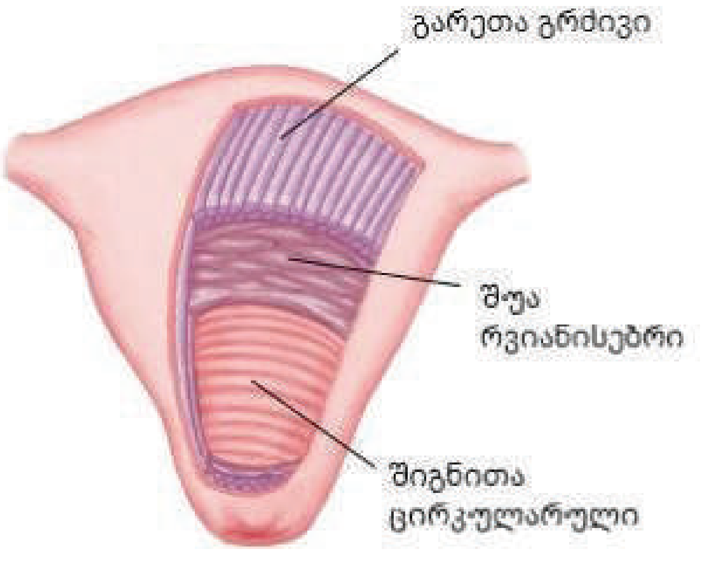
3. წრიული ბოჭკოები წარმოქმნის შევიწროვებას ფალოპის მილებისა და საშვილოსნოს შეერთების ადგილას, რითიც ხელს უშლის მენსტრუალური სისხლის და ქსოვილების უკუმიდინებას ფალოპის მილებში; ის ასევე უზრუნველყოფს განაყოფიერებული კვერცხუჯრედის ნორმალურ იმპლანტაციას საშვილოსნოში. (სურათი 1-3)

ენდომეტრიუმი - არის საშვილოსნოს შიდა ფენა. მდედრობითი რეპროდუქციული ციკლის დროს, ის ესტროგენის და პროგესტერონის ციკლური ცვლის შესაბამისად იცვლება. ენდომეტრიუმს აქვს ორი ფენა:

1. ბაზალური ფენა არის ყველაზე ახლოს მიუმეტრიუმთან და რეგენერაციას უკეთებს ენდომეტრიუმის ფუნქციურ შრეს ყოველი მენსტრუალური პერიოდის და მშობიარობის დროს.

2. ფუნქციური ფენა მდებარეობს ბაზალური ფენის ზემოთ. ენდომეტრიუალური არტერიები, ვენები და ჯირკვლები გადაჭიმულია ფუნქციურ ფენამდე და ჩამოიფრცქვნება თითოეული მენსტრუალური პერიოდის დროს და,ასევე,ლოხიების სახით მშბიარობის დროს.

სურათი 1-3 მიომეტრიუმის შრეები



ფალოპის მილები

ფალოპის მილები, იგივე კვერცხსავალი მილებია. მილები არის 8-14 სმ სიგრძის და საკმაოდ ვიწრო სტრუქტურისაა (2-3 მმ ყველაზე ვიწრო და 5-8 მმ ყველაზე ფართო ნაწილში). ის წარმოქმნის კვერცხუჯრედის გამტარ გზას საკვერცხიდან საშვილოსნოსკენ. განაყოფიერება ხდება კვერცსავალ მილებში. თითოეული ფალოპის მილი იხსნება საშვილოსნოს ზედა რქის ნაწილში.

ფალოპის მილები ამოფენილია ეპითელიუმის ნაკეცებით რომლებსაც აქვს თმის მაგვარი პროცესები, სახელწოდებით სილია, რომელიც იკუმშება რითმულად საშვილოსნოს ღრუს მიმართულებით, რათა ამოძრავოს კვერცხუჯრედი მილში. ფალოპის მილის წვრილ დიამეტრიანი, უხეში, ნაკეცებიანი ამომფენი გარსი ზრდის მისი სანათურის დახშობის ალბათობას ინფექციებით ან ანთებისშემდგომი ნაწიბუროვანი ქსოვილით. მილის დახშობამ შეიძლება გამოიწვიოს უშვილობა ან გარე ორსულობა, რადგან განაყოფიერებული კვერცხუჯრედს არ შეუძლია საშვილოსნოში შეღწევა სწორი იმპლანტაციისთვის.

ფალოპის მილს აქვს ოთხი ნაწილი:

1. ინტერსტიციალური ნაწილი;

2. ისთმუსი;

3. ამპულა (არის შედარებით ფართო ნაწილი მილის ისთმუსის ლატერალურად, აქ ხდება განაყოფიერება);

4. ინფუნდიბულუმი (არის მილის ფართო, ძაბრისებრი ტერმინალური ბოლო. ფიმბრიები არის თითისმაგვარი გამოზნექილობები რომელიც გარშმო ეკვრის ინფუნდიბულუმს).

ფალოპის მილები პირდაპირ საკვერცხეებთან არ არის დაკავშირებული. ოვულაციისას კვერცხუჯრედი გადმოისროლება პირდაპირ მუცლის ღრუში, თუმცა ფიმბრიების ტალღოვანი მოძრაობა იზიდავს კვერცხუჯრედს უკან მილში. განაყოფიერების შემთხვევაში, მილის ისთმუსი შე-

კუმშული რჩება 3 დღის განმავლობაში, რათა განაყოფიერებული კვერცხუჯრედი განვითარდეს მილში. განაყოფიერებული კვერცხუჯრედი იყოფა ფალოპის მილში და ემზადება საშვილოსნოს ზედა ნაწილში იმპლანტაციისთვის.

საკვერცხეები

საკვერცხეები არის ქალის სასქესო ჯირკვლები. მათ აქვთ ორი ფუნქცია: 1. სქესობრივი ჰორმონების პროდუქცია და 2. კვერცხუჯრედის მომწიფება თითოეული რეპროდუცტიული ციკლის დროს.

საკვერცხეები გამოყოფს ესტროგენს და პროგესტერონის სხვადასხვა რაოდენობას რეპროდუქციული ციკლის შესაბამსად, რაც საშვილოსნოს ორსულობისთვის მომზადებას ემსახურება. საკვერცხის ჰორმონების სეკრეცია თანდათანობით მცირდება კლიმაქტერული პერიოდისკენ.

დაბადებისას საკვერცეები შეიცავს კვერცხუჯრედების სრულ მარაგს. ახალშობილი გოგონას საკვერცხე, დაახლოებით ორ მილიონამდე მოუმწიფებელ კვერცხუჯრედს შეიცავს. მათი უმეტესობა გადაგვარდება ბავშვობის პერიოდში და მომწიფების პერიოდს გოგონა დაახლოებით 200 000 - 400 000 სიცოცხლისუნარიანი კვერცხუჯრედით შეხვდება. ბევრი კვერცხუჯრედი იწყებს მომწიფებას თითოეული რეპროდუქტიული ციკლის დროს, თუმცა ბევრი ვერც კი აღწევს მომწიფებას. ქალის რეპროდუქტიული პერიოდის განმავლობაში,დაახლოებით 400 კვერცხუჯრედი ახერხებს მომწოფებას განაყოფიერებისთვის. იმ პერიოდისთვის როცა ქალი მიაღწევს კლიმაქტერულ პერიოდს, თითქმის ყველა კვერცხუჯრედი გამოთავისუფლებულია ოვულაციის დროს ან რეგრესირებული. დარჩენილი რამდენიმე კვერცხუჯრედი ჰორმონების მიმართ არ რეაგირებს და არ მწიფდება.

საყრდენი სტრუქტურები

ძვლოვანი მენჯი იცავს ქვედა მუცლის შიდა რეპროდუქციულ ორგანოებს. კუნთები და ლიგამენტები უზრუნველყოფს დამატებით საყრდენს მენჯის შიდა ორგანოებისთვის გრავიტაციის საწინააღმდეგოთ და ზრდის მუცლის შიდა წნევას.

მენჯი

მენჯი არის ძაბრისებრი ფორმის სტრუქტურა ხერხემლის ქვედა ნაწილში. მის უკანა კედელს ქმნის კუდუსუნის ძვალი. მენჯის კედლების გვერდები და წინა ნაწილი შედგება სამი შეზრდილი ძვლისგან: თეძოს ძვალი, საჯდომის ძვალი და ბოქვენის ძვალი.

ლინეა ტერმინალისი, იგივე მენჯის შესასვლელის ზედა ნაპირი ან ილეოპექტინეალური ხაზი, არის წარმოსახვითი ხაზი რომელიც ყოფს ზედა დიდ მენჯს ქვედა მცირე მენჯისგან. დიდი მენჯი შემოსაზღვრავს შიდა ორგანოებს და საშვილოსნოს ტანის ზედა ნაწილს. მცირე მენჯი და მისი სტრუქტურები, კრიტიკულ როლს ასრულებენ მშობიარობის პროცესში.

კუნთები

წყვილი კუნთები შემოსაზღვრავს ქვედა მენჯს და იცავს შიდა რეპროდუქციულ, საშარდე და ნაწლავურ სტრუქტურებს. ამასთან, ლევატორ ანი სამი წყვილი კუნთების ნაკრები (ბოქვენ-კუდუსუნის, რომელსაც ასევე ეწოდება ბოქვენ-ვაგინალური კუნთი მდედრობით სქესში, ბოქვენ-რექტალური და თეძო-კუდუსუნის), წარმოქმნის შიდა მენჯის სტრუქტურების საყრდენს და ზრდის მუცელშიდა წნევას.

საჯდომ კავერნოზული კუნთი გადაჭიმულია კლიტორიდან საჯდომის ბორცვამდე, ქვედა ძვლოვანი მენჯის ორივე მხარეს. ორი განივი პერინეალური კუნთი გადაჭიმულია პერინეუმის ფიბროზული ქსოვილიდან ორ საჯდომ ბორცვამდე და ასტაბილურებს პერინეუმის ცენტრს.

იოგები

შვიდი წყვილი იოგი ინარჩუნებს შიდა რეპრდუქტიულ ორგანოების, მათ ნერვებს და სისხლძარღვების სწორ პოზიციას.

ლატერალური საყრდენი: წყვილი იოგი ასტაბილურებს საშვილოსნოს და საკვერცხეებს გვერდიდან და იკავებს მენჯის შუაში. განიერი იოგი გადაჭიმულია საშვილოსნოს ორივე გვერდიდან მენჯის ლატერალურ კედლებთან. მრგვალი იოგი და ფალოპის მილი განიერი იოგის ზედა საზღვრია, ქვედა კიდე კი შემოსაზღვრულია საშვილოსნოს სისხლძარღვებით. განიერი იოგში არის საკვერცხის ლიგამენტები, სისხლძარღვები და ლიმფური სადინრები.

მარჯვენა და მარცხენა კარდინალური იოგი უზრუნველყოფს ქვედა საშვილოსნოს და საშოს საყრდენს. ისინი გადაჭიმულებია ყელისა და საშოს გარეთა კედლებიდან მენჯის გვერდითა კედლებამდე.

ორი საკვერცხის იოგი აკავშირებს საკვერცხეებს საშვილოსნოს გარეთა კედლებთან. სუსპენზორული იოგები აკავშირებს გვერდითა საკვერცხეს და დისტალურ ფალოპის მილს მენჯის გვერდითა კედლებთან. სუსპენზორულ იოგში გადის საკვერცხის სისხლძარღვები და ნერვებიც.

წინა საყრდენი: ორი წყვილი იოგი უზრუნველყოფს შიდა რეპროდუქტიული ორგანოების წინა საყრდენს. მრგვალი იოგი აკავშირებს ზედა საშვილოსნოს დიდი სასირცხო ბაგეების შემაერთებელ ქსოვილთან. ეს იოგები უნარჩუნებს საშვილოსნოს თავის გადმოხრილ პოზიციას და ასევე განაპირობებს ნაყოფის ყელის საწინააღმდეგო მიმართულებას მშობიარობის დროს.

ბოქვენყელის იოგი ამაგრებს ყელს წინ. ისინი აკავშირებს საშვილოსნოს ყელს და ბოქვენის სიმფიზს.

უკანა საყრდენი საშვილოსნო-კუდუსუნის იოგი უზრუნველყოფს უკანა საყრდენს. ის გადაჭიმულია საშვილოსნოს უკანა ქვედა ნაწილიდან კუდუსუნამდე. ეს იოგები ასევე შეიცავს ავტონომიური ნერვული სისტემის სიმპატიკურ და პარასიმპატიკურ ნერვებს.

სისხლით მომარაგება

საშვილოსნოს სისხლით მომარაგება ხდება საშვილოსნოს არტერიებით, რომლებიც არიან შიდა თეძოს არტერიის ტოტები. ეს სისხლძარღვები საშვილოსნოში შედის ფართო იოგის ქვედა გვერდიდან საშვილოსნოს ისთმურ ნაწილთან ახლოს. სისხლძარღვების ნაწილი კვებავს ყელისა და საშოს ნაწილს ხოლო ნაწილი საკუთრივ საშვილოსნოს. ძირითადი მკვებავი სისხლძარღვები დახვეულია, რაც საშვილოსნოს ზომების ზრდასა და რეპოზიციონირებასთან ადაპტირებაში ეხმარება.

ვენური სისხლი დრენირდება საშვილოსნოს ვენებში და იქიდან შიდა თეძოს ვენებში.

საკვერცხისა და მილის დამატებით სისხლის მიმოქცევა მუცლის აორტიდან გამომავალი საკვერცხის არტერიით ხდება. საკვერცხის სისხლის მიმოქცევა იცლება ორი საკვერცხის ვენაში. მარცხენა საკვერცხის ვენა იცლება მარცხენა თირკმლის ვენაში და მარჯვენა საკვერცხის ვენა იცლება პირდაპირ ქვედა ღრუ ვენაში.

ინერვაცია

რეპროდუქტიული სისტემის უმეტესი ფუნქციონირება არა ნებითია. ავტონომიური ნერვული სისტემის ნერვები სათავეს იღებს საშვილოსნოსა და ქვედა ჰიპოგასტრიუმის წნულიდან და აკონტროლებს რეპროდუქტიული სისტემის ავტონომიურ ფუნქციებს.

სენსორული და მოტორული ნერვები, რომლებიც აინერვირებს რეპროდუქციულ ორგანოებს გამოდიან ზურგის ტვინის T12 - L12 დონეზე. სწორედ ეს ნერვებია მნიშვნელოვანი ტკივილის მართვისთვის მშობიარობის დროს.

მდედრობითი სქესის რეპროდუქციული ციკლი

მდედრობითი სქესის რეპროდუქციული ციკლი განპირობებულია წინა ჰიპოფიზის სეკრეციის ზემოქმედებით, რის შედეგადაც ადგილი აქვს რეგულარულ და განმეორებით ცვლილებებს, საკვერცხეების და საშვილოსნოს ენდომეტრიუმის სტრუქტურებში. აქ მიმდინარე ცვილილებები, ემსახურება ქალის სხეულის ორსულობისთვის მომზადებას. საშვილოსნოსა და საკვერხეების ცვლილებებთან ერთად, იცვლება ყელის ლორწოვანი გარსი, რაც ხელს უწყობს ორსულობის

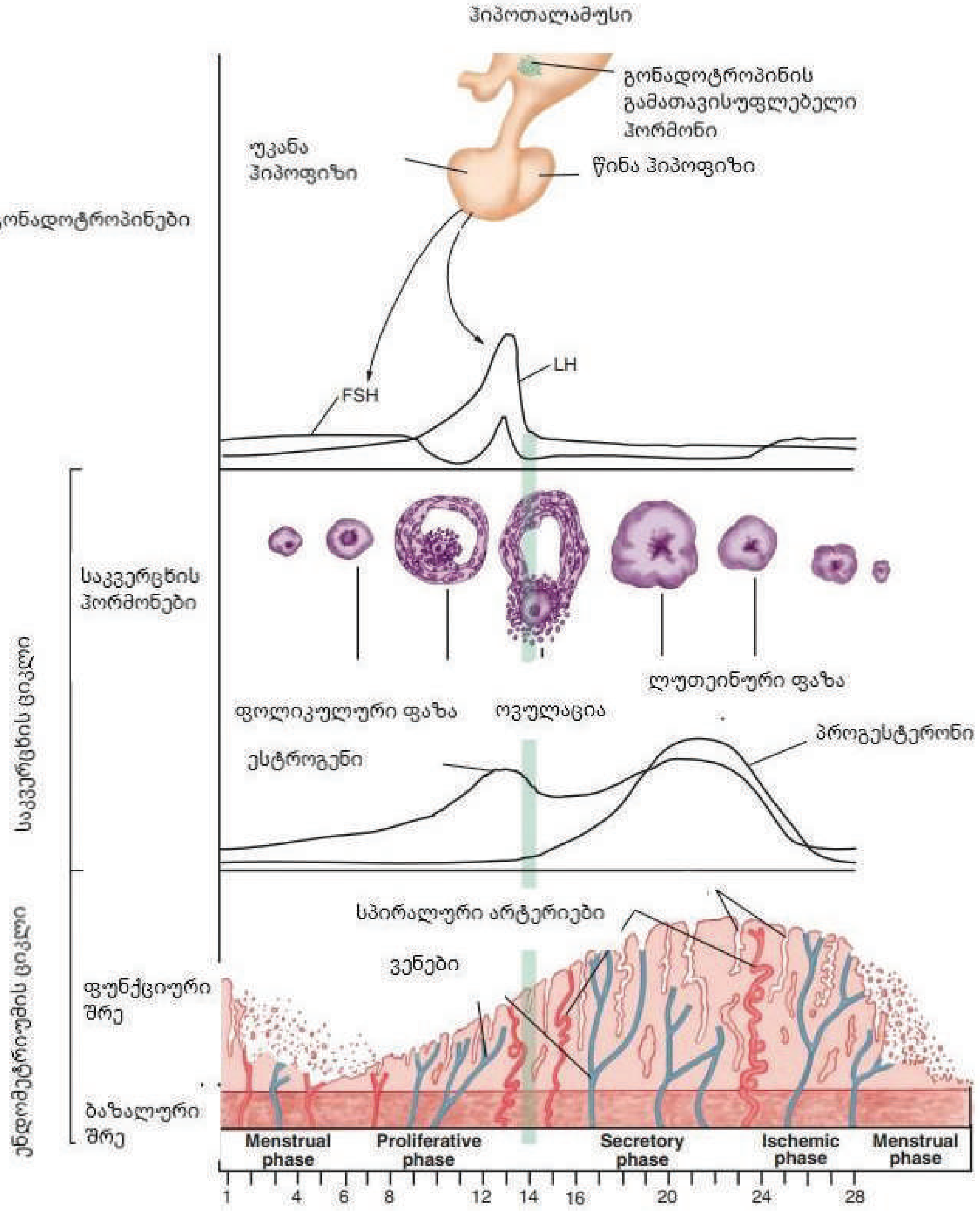
დადგომას. ქალის რეპროდუქციულ ციკლს ხშირად მენსტრუალურ ციკლს უწოდებენ, რადგან მენსტრუალური დენა ყოველი ციკლის დაწყებისა და დასრულების ნიაშნია (თუ ორსულობა არ დადგა).

ქალის რეპროდუქციული ციკლი იმართება უკუკავშირის ეფექტით წინა ჰიპოფიზისა და საკვერცხეებს შორის. უკუკავშირის ეფექტი არის ერთი სეკრეციის დონის ცვლილება სხვა სეკრეციის დონის ცვლილების საპასუხოდ. უკუკავშირის ეფექტი შეიძლება იყოს დადებითი, როცა ერთ სეკრეტის გაზრდილი დონე იწვევს მეორე სეკრეციის დონის გაზრდას, ან უარყოფითი, როცა ერთი სეკრეტის დონის გაზრდა იწვევს მეორეს სეკრეციის შემცირებას.

ციკლის ხანგრძლივობა დაახლოებით 28 დღა, თუმცა მერყეობს 20-45 დღემდე. მნიშვნელოვანი გადახრა 28 დღიანი ციკლიდან იწვევს უნაყოფობას. მენსტრუაციის პირველი დღე ქალის რეპროდუქციული ციკლის პირველ დღედ ითვლება.

ქალის რეპროდუქციული ციკლი იყოფა ორ პირობით ციკლად, რომელიც ასახავს ცვლილებებს საკვერცხეებსა და საშვილოსნოს ენდომეტრიუმში (სურათი 1-4).

სურათი 1-4 ქალის რეპროდუქციული ციკლი



საკვერცხის ციკლი

ჰიპოთალამუსის გონადოტროპინის გამათავისუფლებელი ჰორმონის საპასუხოდ, წინა ჰიპოფიზი გამოყოფს ფოლიკულო მასტიმულირებელ ჰორმონს (ფმჰ) და ლუთეინურ ჰორმონს (ლჰ). ეს ჰორმონები ასტიმულირებს საკვერცხეებს რომ მოამწიფოს და გამოათავისუფლოს კვერცხუჯრედი და გამოყოს დამატებითი ჰორმონები, რომლებიც მოამზადებენ ენდომეტრიუმს განაყოფიერებული კვერცხუჯრედის იმპლანტაციისთვის. საკვერცხის ფაზა შედგება სამი ფაზისგან: ფოლიკულარული, ოვულატორული და ლუთეალური.

ფოლიკულარული ფაზა

ფოლიკულარული ფაზა არის პერიოდი როცა კვერცხუჯრედი მწიფდება. ის იწყება მენსტრუაციის პირველ დღეს და სრულდება მე-14 დღეს 28 დღიანი ციკლის დროს. ამ ფაზის ხანგრძლივობა განსხვავდება ქალებს შორის (დანარჩენი ორი ფაზა მსგავისია). ესტროგენის და პროგესტერონის დონის დაცემა მენსტუაციამდე ასტიმულირებს წინა ჰიპოფიზის მიერ ფმჰ და ლჰ სეკრეციას. როგორც კი ფმჰ და ლჰ დონე ოდნავ აიწევს, 6-12 გრააფინის ფოლიკული, რომელიც შეიცავს მოუმწიფებელ კვერცხუჯრედს იწყებს ზრდას. თითოეული ფოლიკული გამოყოფს სითხეს რომლეშიც არის ჭარბი ესტროგენი, რომელიც ფოლიკულს ხდის უფრო მგრძნობიარეს ფმჰ ეფექტის მიმართ. საბოლოოდ მომწიფების დროს ერთი ფოლიკულა ასწრებს დანარჩენებს. მომწიფებული ფოლიკულა გამოყოფს დიდი რაოდენობით ესტროგენს, რომელიც თრგუნავს ფმჰ სეკრეციას. ფმჰ სეკრეციის ვარდნა ზუსტად ოვულაციის წინ აჩერებს ფოლიკულების მომწიფების პროცესს. ერთზე მეტი ფოლიკულა იშვიათად მწიფდება და ათავისუფლებს კვერცხუჯრედს, რომელმაც შეიძლება გამოიწვიოს მრავალნაყოფიანი ორსულობა. ქალებთან, რომლებიც იღებენ ჩასახვის მედიკამენტებს, შესაძლოა მრავლობითი კვერცხუჯრედის გამოთავისუფლება მოხდეს.

ოვულატორული ფაზა

დაახლოებით 28 დღიანი რეპროდუქციული ციკლის შუაში და 2 დღით ადრე ოვულაციამდე, ლჰ სეკრეცია საკმაოდ მატულობს. ეს უცაბედი ლჰ და ფმჰ-ის მომატება იწვევს ესტროგენის წარმოქმნის მცირედით შემცირებას, პროგესტერონის სეკრეციის მომატებას და კვერცხუჯრედის გამონთავისუფლებას. ოვულაცია აღნიშნავს ქალის რეპროდუქციული ციკლის ლუთეალური ფაზის დაწყებას და ხდება მომდევნო მენსტრუაციის პერიოდის დაწყებამდე 14 დღით ადრე.

მომწიფებული ფოლიკული სავსეა სითხითა და უჯრედებით. უჯრედების მცირე მასა შემოფარგლავს კვერცხუჯრედს. ფოლიკულის კედელზე ხდება ბუშტუკის მსგავსი გამოზნექილობის წარმოქმნა რომელსაც სტიგმა ეწოდება, ფოლიკული სკდება და კვერცხუჯრედი თავის გარშემო არსებული უჯრედებით გამოთავსუფლდება საკვერცხის ზედაპირიდან გარეთ, სადაც ხდება მისი შებოჭვა ფალოპის მილის ფოჩიანი ბოლოს მიერ და ტრანსპორტირება საშვილოსნოში.

ლუთეალური ფაზა

ოვულაციის შემდეგ და ლჰ ზეგავლენის შედეგად, ძველი ფოლუკულის დარჩენილი უჯრედები ნარჩუნდება დაახლოებით 12 დღე ყვითელი სხეულის სახით. ყვითელი სხეული გამოყოფს ესტროგენს და დიდი რაოდენობით პროგესტერონს რომ მოამზადოს ენდომეტრიუმი განაყოფიერებული კვერცხუჯრედისთვის. ამ ფაზის დროს ფმჰ და ლჰ დონე მცირდება ესტროგენის და პროგესტერონის მაღალი დონის საპასუხოდ. თუ კვერცხუჯრედი განაყოფიერდა ის გამოყოფს ჰორმონს (ქორიონიული გონადოტროპინი), რომელიც იწვევს ყვითელი სხეულის პერსისტენციას რომ მოხდეს ადრეული ორსულობის შენარჩუნება. თუ კვერცხუჯრედი არ განაყოფიერდება, ფმჰ და ლჰ ეცემა დაბალ დონეზე და ხდება ყვითელი სხეულის რეგრესია. ესტროგენის და პროგესტერონის დონის შემცირება ყვითელი სხეულის რეგრესიის თანმიმდევრულად იწვევს მენსტრუაციას, საშვილოსნოს ამომფენი გარსის ჩამოფრცქვნით.

ყვითელი სხეულიდან ესტროგენის და პროგესტერონის გაქრობა ციკლის ბოლოს იწვევს წინა ჰიპოფიზის მიერ ხელახლა ფმჰ და ლჰ წარმოქმნას და ახალი მდერობითი რეპროდუქცი-

ული ციკლის დაწყებას. ძველი ყვითელი სხეული იცვლება ფიბროზული ქსოვილით, რომელსაც კორპუს ალბიკანსი ეწოდება.

ენდომეტრიალური ციკლი

საშვილოსნოს ენდომეტრიუმი საკვერცხის ჰორმონების სტიმულაციის საპასუხოდ ციკლურად იცვლება. სამი ფაზა აღნიშნავს ენდომეტრიუმის ცვლილებებს: პროლიფერაციული, სეკრეტორული და მენსტრუალური.

პროლიფერაციული ფაზა

პროლიფერაციული ფაზის განმავლობაში კვერცხუჯრედი მწიფდება და საკვერცხის ციკლის პირველი ნახევარის დროს გამოთავისფლდება. მენსტრუალირი ციკლის დასრულების შემდეგ ენდომეტრიუმი ძალიან თხელია. მენსტრუაციის შემდეგ ენდომეტრიუმის ბაზალური ფენა რჩება. ეს უჯრედები მრავლდებიან რომ წარმოქმნან ახალი ენდომეტრიუმის ეპითელიუმი და ენდომეტრიალური ჯირკვლები მომწიფებული საკვერცხის ფოლიკულის მიერ ესტროგენის სტიმულაციით. ენდომეტრიუმის სპირალური არტერიები და ენდომეტრიუმის ვენები გრძელდებიან რომ თანხვედრაში იყვნენ ფუნქციური ფენის გასქელებასთან და კვებონ პროლიფერაციული უჯრედები. ოვულაციის მოახლოებასთან, ენდომეტრიალური ჯირკვლები გამოყოფს თხელ, წებოვან ლორწოს რაც ეხმარება სპერმის შეხწევას საშვილოსნოში.

სეკრეტორული ფაზა

სეკრეტორული ფაზა იწყება საკვერცხის ციკლის ბოლო ნახევარში, როცა საშვილოსნო ემზადება განაყოფიერებული კვერცხუჯრედისთვის. ყვითელი სხეულის მიერ სეკრეტირებული ესტროგენის და პროგესტერონის ზეგავლენით ენდომეტრიული სქელდება და აღწევს მაქსიმუმ სისქეს 5-6 მმ. სისხლძარღვები და ენდომეტრიუმის ჯირკვლები იხვევა და ფართოვდება.

ყვითელი სხეულის პროგესტერონი იწვევს ენდომეტრიუმის მიერ ნივთიერებების სეკრეციას რომ კვებოს განაყოფიერებული კვერცხუჯრედი. დიდი რაოდენობით გლიკოგენი, ცილა, ცხიმები და მინერალები არის შენახული ენდომეტრიუმში და ელოდება კვერცხუჯრედის შესვლას.

მენსტრუალური ფაზა

თუ განაყოფიერება არ მოხდება, ყვითელი სხეული რეგრესირდება და მის მიერ წარმოქმნილი ესტროგენი და პროგესტერონის დონე ეცემა. მენსტრუაციის დაწყებამდე 2 დღით ადრე ენდომეტრიუმის სისხლძარღვების ვაზოსპაზმი იწვევს ენდომეტრიუმის იშემიას და ნეკროზს. ნეკროზული ნაწილი ენდომეტრიუმის ცილდება ბაზალურ შრეს და ხდება მენსტრუალური დენა. მენსტრუალური ფაზის ხანგრძლივობა დაახლოებით 5 დღეა. მენსტრუაციის პერიოდის დროს ქალი დაახლოებით 40 მლ სისხლს კარგავს. განმეორებითი სისხლის დანაკარგის გამო, რეპროდუქციულ ასაკში ქალები არიან ოდნავ ანემიურები, განსაკუთრებით თუ დიეტაში რკინა მცირე დოზით არის.

ყელის ლორწოვანის ცვლილება

ქალის რეპროდუქციული ციკლის დროს ყელის ლორწოვანი არის მწირი, სქელი და წებოვანი. ზუსტად ოვულაციამდე, ყელის ლორწოვანი ხდება თხელი, გამჭირვალე და ელასტიური რომ გაამარტივოს სპერმის გადაადგილება საშვილოსნოში და ფალოპის მილში, სადაც ის ანაყოფიერებს კვერცხუჯრედს. სპინბარკეიტის ტესტი ასახავს ყელის ლორწოვანის ელასტიურობას. ქალს შეუძლია შეაფასოს ყელის ლორწოვანის ელასტიურობა რათა თავიდან აიცილოს ანდა ხელი შეუწყოს ორსულობას.

ქალის სარძევე ჯირკვალი

სტრუქტურა

ძუძუ ანუ სარძევე ჯირკვლები პირდაპირ ფუნქციური არ არის რეპროდუქციულ ასაკში, მაგრამ მშობიარობის შემდეგ გამოყოფენ რძეს ახალშბილის გამოსაკვებად. პატარა, გამობუ-

რცული ძუძუს თავი მდებარეობს თითოეული ძუძუს ცენტრში. ძუძუს თავი შედგება მგრძნობიარე ერექტიული ქსოვილისგან რომელიც რეაგირებს სექსუალურ აღგზნებაზე. შედარებით დიდი წრიული არეოლა შემოფარგლავს ძუძუს თავს. ორივე ძუძუს თავი და არეოლა უფრო მუქია ვიდრე გარშემო ქსოვილები. მონტგომერის ხორკლები არის ცხიმოვანი ჯირკვლები არეოლაზე. ისინი არააქტიურები და შუმჩნეველი არიან ორსულობისა და ლაქტაციის პერიოდამდე, რა დროსაც ის დიდდება და გამოყოფს ნივთიერებას რომ ძუძუს თავი დაარბილოს.

თითოეულ ძუძუში არის ჯირკვლოვანი ქსოვილის წილები რომლებიც გამოყოფს რძეს. ეს წილები განლაგებულია როგორც ბორბალის სხივები ცენტრალურ ღეროსთან მიმართებით. საშუალოდ 15-20 წილია ძუძუს თავის და არეოლას უკან და გარშემო. ფიბროზული ქსოვილი და ცხიმი საყრდენს ქმნის ძუძუში ჯირკვლოვანი ქსოვილსთვის, სისხლძარღვებისთვის, ლიმფური სადინრებისთვის და ნერვებისთვის.

ალვეოლი არის პატარა ტომრები, რომლებიც შეიცავს აცინარულ უჯრედებს, რომ წარმოქმნას რძე. ძუძუს სწორად სტიმულაციის დროს წინა ჰიპოფიზის მიერ აცინარული უჯრედები იღებს საჭირო ნივთიერებებს სარძევე სისხლძარღვებიდან რომ წარმოქმნას რძე. უკანა ჰიპოფიზის მიერ ოქსიტოცინის სეკრეციის შედეგად მიოეპითელიალური უჯრედები, რომლებიც შემოფარგლავს ალვეოლს იკუმშება და გამოყოფს რძეს სარძევე არხებში.

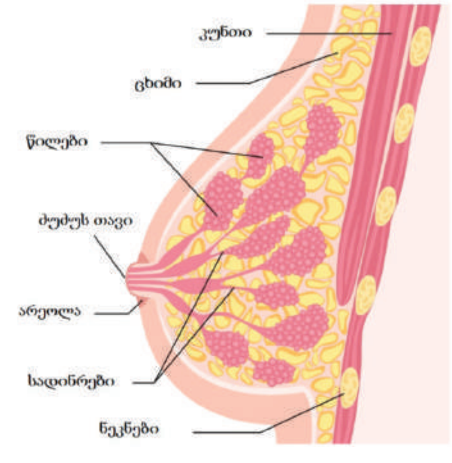
ალვეოლი იცლება სარძევე არხებში, რომლებიც ერთმანეთს უკავშირდებიან, რომ გამოყონ რძე ძუძუს ყველა ნაწილიდან. სარძევე არხები ფართოვდება არეოლას ქვეშ სარძევე სინუსებში. სარძევე სინუსები ვიწროვდება კიდევ ერთხელ როცა იხსნებიან ძუძუს თავებში.

ფუნქცია

ძუძუ არააქტიურია მომწიფების ასაკამდე. მისი ზრდა-განვითარება იწყება ესტროგენის დონის მატებასთან ერთად, რაც განაპირობებს ძუძუს ჯირკვლოვანი ქსოვილის ზრდას. ჰორმონალური ზეგავლენის შედეგად, ცხიმი გროვდება ძუძუში, რაც გვაძლევს მომწიფებული მდედრობით სქესის კონტურებს. ცხიმის რაოდება არის მთავარი განმსაზღვრელი ძუძუს ზომის, ჯირკვლოვანი ქსოვილის რაოდენობა არის ერთი და იგივე ყველა მომწიფებულ ქალში. ამიტომ ძუძუს ზომა არ არის დაკავშირებული რძის რაოდენობასთან, რომელსაც ქალი წარმოქმნის ლაქტაციის დროს.

ორსულობის დროს პლაცენტის მიერ წარმოქმნილი ესტროგენი და პროგესტერონი იწვევს ალვეოლების და სარძევე არხების ზრდას და ქალის ძუძუს მომზადებას ლაქტაციისთვის. წინა ჰიპოფიზის მიერ სეკრეტირებული პროლაქტინი იწვევს რძის წარმოქმნის სტიმულაციას, თუმცა ეს ეფექტი დაინჰიბირებულია პლაცენტის მიერ სეკრეტირებული ესტროგენის და პროგესტერონის მიერ. ესტროგენის და პროგესტერონის მაინჰიბირებელი ეფექტი წყდება პლაცენტის გამოძევების შემდეგ და იწყება რძის აქტიური წარმოქმნა ნაყოფის ძუძუს წოვების საპასუხოდ (სურათი 1-5).

სურათი 1-5 ქალის სარძევე ჯირკვალი



მამრობითი სქესის რეპროდუქციული ანატომია და ფიზიოლოგია

მამაკაცის გარეგანი რეპროდუქციული ორგანოები

მამრობით სქესს აქვს ორი გარეთა რეპროდუქციული ორგანო: პენისი და სათესლე პარკი (სურათი 1-6)

პენისი

პენის აქვს ორი ფუნქცია, ის არის ნაწილი საშარდე სისტემის და ატარებს შარდს საშარდე ბუშტიდან გარეთ, მოშარდვის დროს. როგორც რეპროდუქციული ორგანო პენისი ღვრის სპერმას (თესლოვან სითხეს) ქალის საშოში სექსუალური კავშირის დროს.

პენისი შედგება კავერნოზული (ერექტილური ღუბლოვანი) ქსოვილისგან. ის მოშვებულია უმეტესი დრო რადგან ერექციული ქსოვილი კოლაფსურ მდგომარეობაშია. სექსუალური სტიმულაციის დროს არტერიები დილატირდება და ვენები ნახევრად იკეტება, რაც იწვევს სისხლის შეკავებას ღრუბლისებრ ქსოვილში. სისხლის შეგუბება პენისში იწვევს ერექციას, რაც ვაგინაში პენეტრაციისთვის აუცილებელი წინაპირობაა.

პენისის დისტალური ნაწილი არის თავი, სადაც შარდსაწვეთის ხვრელი იხსნება პენისის თავში. თხელი კანი, ჩუჩა ფარავს პენისის თავს. ჩუჩა შეიძლება მოიჭრას წინდაცვეთის დროს (ეს ქირურგიული პრიცედურა რომელიც სრულდება დაბადების პერიოდში ან მოგვიანებით).

პენისის თავი ძალიან მგრძნობიარეა შეხებით სტიმულაციაზე, რაც აძლიერებს მამაკაცის შეგრძნებებს კოიტუსის დროს.

სათესლე პარკი

სათესლე პარკი არის თხელი კანის და კუნთის ნაკეცი ჩამოკიდებული პენისის უკან. სათესლე პარკის კანი არის შედარებით მუქი გარშემო კანთან შედარებით და დაფარულია კანის ნაოჭებით. სათესლე პარკი შიგნით გაყოფილია ტიხარით. თითო სათესლე ჯირკვალი მდებარეობს სათესლე პარკის თითო ჯიბეში.

სათსლე პარკის მთავარი ფუნქცია სათსლე ჯირკვლების შედარებით დაბალი ტემპერატურის შენარჩუნებაა. ნორმალური სპერმის წარმოქმნისთვის ტემპერატურული რეჟიმი კრტიკული მნიშვნელობისაა. კრემასტერის კუნთები მიმაგრებულია თითოეულ სათესლე ჯირკვალთან. კრემასტერის კუნთების შეკუმშვა იწვევს სათესლე ჯირკვლების მიახლოებას სხეულთან გათბობისთვის, ხოლო ამ კუნთების რელაქსაცია იწვევს სათესლე ჯირკვლების მოშორებას სხეულიდან გასაგრილებლად.

მამაკიც შინაგანი რეპროდუქციული ორგანოები

სათესლე ჯირკვლები

მამაკაცის სათესლე ჯირკვლებს აქვს ორი ფუნქცია: 1. ისინი არიან ენდოკრინული ჯირკვლები-წარმოქმნიან ანდროგენებს, 2. ისინი წარმოქმნიან მამრობით სქესის გამეტებს ანუ სპერმასს.

ანდროგენები, კერძოდ ტესტოსტერონი სათესლე ჯირკვლის ლეიდიგის უჯრედების მიერ წარმოიქმნება. ლეიდიგის უჯრედები არის ინტერსტიციალური უჯრედები რომელიც როგორც სათესლე არხების საყრდენი უჯრედების ისე ტესტოსტერონის წარმომქმნელი უჯრედების როლს ასრულებს.

მდედრობითი სქესისგან განსხვავებით, რომელიც ციკლურად განიცდის ჰორმონების წარმოქმნას, მამაკაცში ტესტოსტერონის წარმოქმნა შედარებით თანაბარია. უკუკავშირის რეგულირების მექანიზმი ჰიპოთალამუსთან და წინა ჰიპოფიზთან ასტაბილურებს ტესტოსტერონის დონეს. მცირე რაოდენობით ტესტოსტერონი გარდაიქმნება ესტროგენად, რომელიც საჭიროა სპერმის წარმოსაქმნელად.

ანდროგენული ჰორმონების ზეგავლენით, სპერამტოგენეზი ხდება პატარა დახვეულ მილებში, სათესლე ჯირკვლის სათესლე არხებში. სათესლე არხებში მოთავსებული სერტოლის უჯრედები რეაგირებს ფმჰ სეკრეციაზე და კვებავს და ეხმარება სპერმას მომწიფებაში. ქა-

ლისგან განსხვავებით, რომელსაც დაბადებისას უკვე აქვს კვერცხუჯრედების სრული მარაგი მთელი ცხოვრების განმავლობაში, მამაკაცები სპერმის წარმოქმნას არ იწყებენ მომწიფების ასაკამდე. ნორმაში, მამაკაცი სპერმას წარმოქმნის მთელი ცხოვრება, თუმცა წლებთან ერთად წარმოქმნილი სპერმის რაოდენობა მცირდება.

ეაკულაციის დროს დაახლოებით 35-200 მილიონამდე სპერმა გროვდება საშოში. მიუხედავათ იმისა, რომ ერთი სპერმა ანაყოფიერებს კვერცხუჯრედს,დიდი რაოდენობით სპერმა არის საჭირო წარმატებული განაყოფიერებისთვის. საშოში მრავლად გადმოღვრილი სპერმის მიუხედავად, მხოლოდ რამდენიმე სპერმა მიაღწევს ფალოპის მილს, სადაც შეიძლება კვერცხუჯრედი დახვდეს განაყოფიერებისთვის. როცა პირველი სპერმა შეიჭრება კვერცხუჯრედში, თვითონ კვერცხუჯრედში ხდება ისეთი ცვლილებები, რომლებიც იცავს სხვა სპერმას შეჭრისგან და განაყოფიერებისგან.

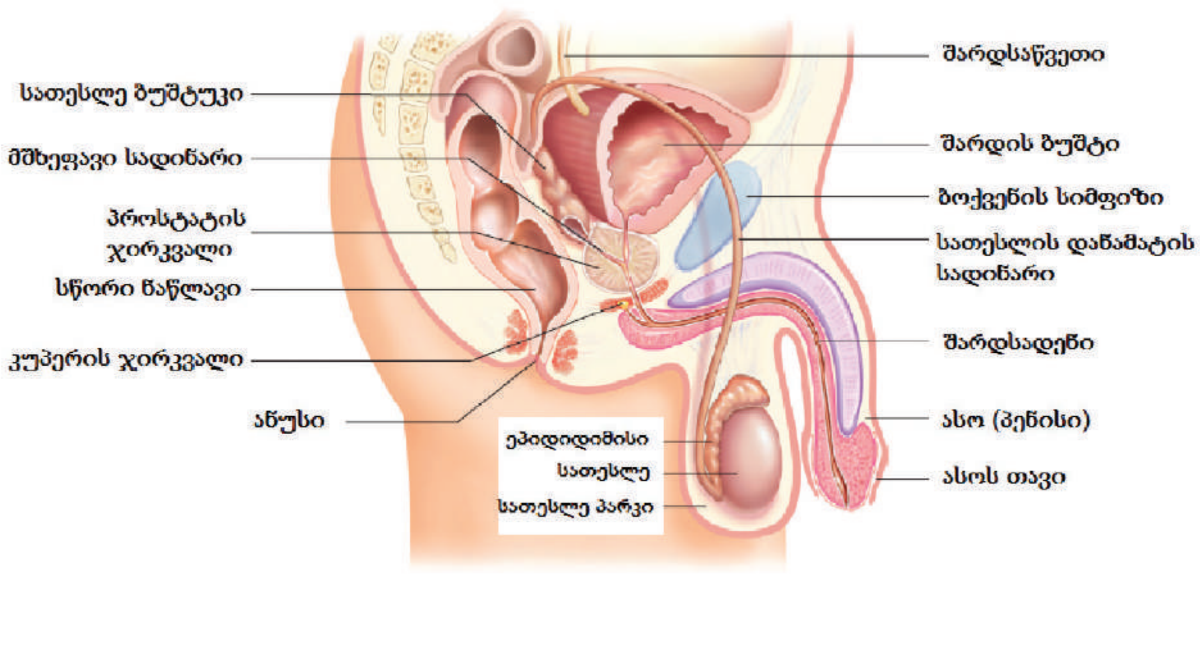
დამატებითი არხები და ჯირკვლები

სათესლე არხებიდან სპერმა გაივლის სათესლე ჯირკვლის დანამატს სათესლე პარკში შესანახად და საბოლოო მომწიფებისთვის. სათესლე ჯირკვლის დანამტში სპერმას უვითარდება მოძრაობის უნარი, თუმცა სათესლე ჯირკვლის დანამტში სეკრეცია აინჰიბირებს სპერმის მოძრაობას ეაკულაციამდე.

სათესლე ჯირკვლის დანამატი იცლება სათესლე სადინარში, სადაც მეტი რაოდენობის სპერმა გროვდება. სათესლე სადინარი ადის ზემოთ მენჯისკენ, შემდეგ ქვევით პენისისიკენ შიდა და გარე საზარდულის რგოლებში. მენჯში სათესლე სადინარი უერთდება თესლის გადმომნთხევ სადინარს შარდსაწვეთთან შეერთებამდე.

სამი ჯირკვალი: სათესლე, პროსტატა(წინამდებარე ჯირკვალი), ბულბოურეთრიტული ჯირკვლები გამოყოფენ სათესლე სითხეს რომელსაც სპერმა გადააქვს საშოში სქესობრივი კავშირის დროს. სათესლე სითხეს აქვს ოთხი ფუნქცია 1. კვებავს სპერმას; 2. იცავს სპერმას საშოს დამაზიანებელი pH (მჟავა) გარემოსგან; 3. აჩქარებს სპერმის მოძრაობას; 4. შარდსაწვეთიდან სპერმას გამორეცხავს რომ მაქსიმალური რაოდენობით მოხდეს საშოში გადატანა.

სურათი 1-6 მამაკაცის სასქესო ორგანოები



წყაროები

1. Blackburn, S. T. (2013). Maternal, fetal, and neonatal physiology: A clinical perspective (4th ed.). St. Louis: Saunders.
2. Carlson, B. M. (2009). Human embryology and developmental biology. Philadelphia: Mosby.
3. Cromer, B. (2011). Adolescent physical and social development. In R. M. Kliegman, B. F. Stanton, J. W. St. Geme III, N. F. Schor, & R. E. Behrman (Eds.), Nelson Textbook of Pediatrics (19th ed., 649–654). Philadelphia: Saunders.
4. Cunningham, F. G., Leveno, K.J., Bloom, S. L., et al. (2010). Williams' obstetrics (23rd ed.). New York: McGraw-Hill.
5. Garibaldi, L., & Chemaitilly, W. (2011). Physiology of puberty. In R. M. Kliegman, B. F. Stanton, J. W. St. Geme III, N. F. Schor, & R. E. Behrman (Eds.), Nelson Textbook of Pediatrics (19th ed., 1886). Philadelphia: Saunders.
6. Gordon, M. C. (2012). Maternal physiology. In S. G. Gabbe, J. R. Niebyl, J. L. Simpson, et al. (Eds.), Obstetrics: Normal and Problem Pregnancies (6th ed., pp. 42–65). Philadelphia: Saunders.
7. Hall, J. C. (2011). Guyton and Hall textbook of medical physiology (12th ed.). Philadelphia: Saunders.
8. Jadack, R. M., & Georges, J. M. (2010a).Alterations in female genital and reproductive function. In L. C. Copstead & J. L. Banasik (Eds.), Pathophysiology: Biological and behavioral perspectives (4th ed., pp. 769–789). Philadelphia: Saunders.
9. Jadack, R. M., & Georges, J. M. (2010b). Female genital and reproductive function. In L. C. Copstead & J. L. Banasik (Eds.), Pathophysiology: Biological and behavioral perspectives (4th ed., pp. 751–768). Philadelphia: Saunders.
10. Jones, E. E. (2009a). Fertilization, pregnancy, and lactation. In W. F. Boron & E. L. Boulpaep (Eds.), Medical physiology (2nd ed., pp. 1170–1192). Philadelphia: Saunders.
11. Jones, E. E. (2009b). The female reproductive system. In W. F. Boron & E. L. Boulpaep (Eds.), Medical physiology (2nd ed., pp. 1146–1169). Philadelphia: Saunders.
12. Jones, E. E. (2009c). The male reproductive system. In W. F. Boron & E. L. Boulpaep (Eds.), Medical physiology (2nd ed., pp. 1128–1145). Philadelphia: Saunders.
13. Moore, K. L., Persaud, T. V. N., & Torchia, M. G. (2013a). Before we are born: Essentials of embryology and birth defects (8th ed.). Philadelphia: Saunders.
14. Moore, K. L., Persaud, T. V. N., & Torchia, M. G. (2013b). The developing human: Clinically oriented embryology (8th ed.). Philadelphia: Saunders.
15. Van Every, M., Mikkelson, D., & Cagle, C. S. (2010a). Alterations in male genital and reproductive function. In L. C. Copstead & J. L. Banasik (Eds.), Pathophysiology: Biological and behavioral perspectives (4th ed., pp. 737–750). Philadelphia: Saunders.
16. Van Every, M., Mikkelson, D., & Cagle, C. S. (2010b). Male genital and reproductive function. In L. C. Copstead & J. L. Banasik (Eds.), Pathophysiology: Biological and behavioral perspectives (4th ed., pp. 720–736). Philadelphia: Saunders.

თავი 2

დაბადების პროცესი

დაბადების პროცესის ფიზიოლოგიური ეფექტები

დაბადების პროცესი ეფექტს ახდენს დედისა და ნაყოფის სისტემების ფიზიოლოგიაზე.

დედის საპასუხო ცვლილებები

ქალის რეპროდუქციული სისტემა, ორსულობისა და მშობიარობისას ყველაზე აშკარა ცვლილებებს განიცდის. მნიშვნელოვანი ცვლილებები ხდება გულ-სისხლძარღვთა, სასუნთქ, კუჭ-ნალავის, საშარდე და ჰემატოპოეტურ სისტემებში.

რეპროდუქციული სისტემა

შეკუმშვების დამახასიათებელი თვისებები: ნორმალური სამშობიარო შეკუმშვები კოორდინირებული, უნებლიე და ხანგამოშვებითია.

კოორდინირებული

საშვილოსნოს შეუძლია შეიკუმშოს და მოდუნდეს კოორდინირებულად, ისევე როგორც გულსა და სხვა გლუვ კუნთებს. ორსულობის პერიოდში შეკუმშვები დაბალი სიძლიერის და არაკოორდინირებულია. ორსულობის სრული ვადის მიახლოებასთან ერთად შეკუმშვები ორგანიზირებული ხდება და მშობიარობის პროგრესირებასთან ერთად, თანდათან, რეგულარულ სახეს იღებს. ხდება მეტად ხშირი (მოკლდება პერიოდი ერთი შეკუმშვის დაწყებიდან მეორე შეკუმშვის დაწყებამდე),ხანგრძლივი (პერიოდი საშვილოსნოს შეკუმშვის დაწყებიდან იგივე შეკუმშვის დასრულებამდე) და ძლიერი. კოორდინირებული სამშობიარო შეკუმშვები იწყება საშვილოსნოს ფუძიდან და ვრცელდება ქვემოთ, საშვილოსნოს ყელისკენ, ისე რომ მოხდეს ნაყოფის გამოძევება.

უნებლიე

საშვილოსნოს შეკუმშვები არის უნებლიე და გონებრივ კონტროლს არ ემორჩილება.

დედას გონების კონტროლით არ შეუძლია მშობიარობის დაწყება და დამთავრება. თუმცა სიარულსა და სხვა აქტივობებს შეუძლია უკვე არსებული შეკუმშვების სტიმულირება. შფოთვამ და ზედმეტმა სტრესმა შეიძლება შეკუმშვები შეამციროს, მაშინ როცა მოსვენებულ მდგომარეობას შეუძლია დააჩქაროს ბუნებრივი პროცესი.

ხანგამოშვებითი

სამშობიარო შეკუმშვები ხანგამოშვებითია და არა პერსისტენტული; შეკუმშვების ეს თვისება საშვილოსნოს კუნთის მოდუნებისა და პლაცენტრაული სისხლის მიმოქცევის აღდგენის საშუალებას იძლევა.

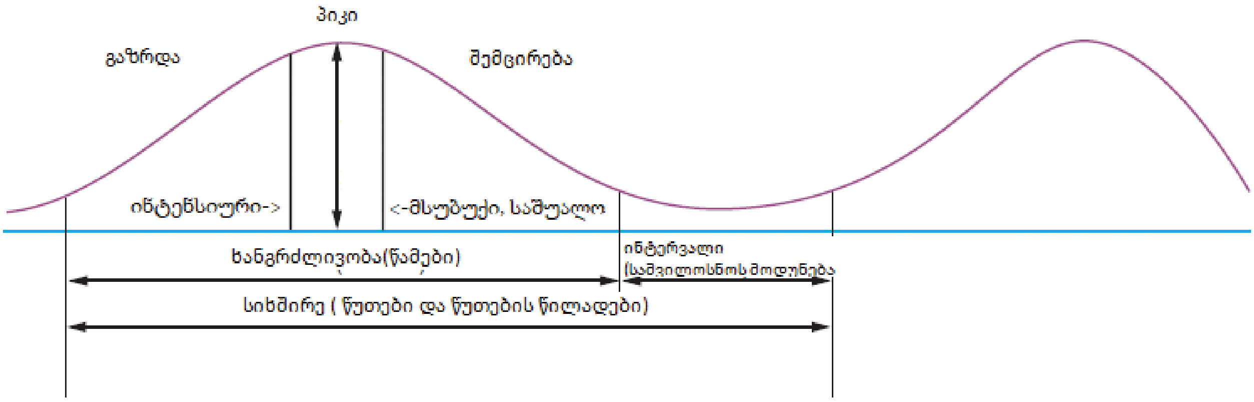
შეკუმშვების ციკლი

თითოეული შეკუმშა შედგება სამი ფაზისგან: ინკრემენტი (სიძლიერის გაზრდის პერიოდი)-შეკუმშვა იწყება საშვილოსნოს ფუძიდან და ვრცელდება მთლიანად საშვილოსნოზე (იხ. სურათი 2-1). პიკი - პერიოდი, როცა შეკუმშვა ყველაზე ძლიერია და დეკრემენტი - შეკუმშვის სიძლიერის შესუსტების პერიოდი, როცა საშვილოსნო დუნდება.

შეკუმშვის ციკლი და შეკუმშვის სახეობები განისაზღვრება მისი სიხშირით, ხანგრძლივობითა და სიძლიერით. სიხშირე შეიძლება გამოიხატოს წუთებში ან წუთების ფრაქციებში(მა-

გალითად, შეკუმშვები არის 3 ½ - 4 წუთის დაშორებით). ბავშვის ჯანრმთელობისა და ადამიანის განვითარების ეროვნული ინსტიტუტის (NICHD) მიერ რეკომენდებულია, რომ შეკუმშვათა სიხშირის განსაზღვრისთვის, შეკუმშვების რაოდენობა გაიზომოს ყოველ 10 წუთში, საშუალოდ 30 წუთის განმავლობაში. შეკუმშვების ხანგრძლივობა გამოიხატება წამებში. მაგალითად, შეკუმშვები გრძელდება 55- 65 წამი. ტერმინები მსუბუქი, საშუალო და ძლიერი აღწერს შეკუმშვების სიხშირეს, რომელიც ექთნის მიერ არის შეფასებული პალპაციის დროს. თუ შეკუმშვათა დასაფიქსირებლად ნაყოფის შიდა მონიტორინგი ხორციელდება, შეკუმშვათა სიძლიერის სხვა განმარტება გამოიყენება.

შეკუმშვათა ინტერვალი ერთი შეკუმშვის დასრულებიდან მეორე შეკუმშვის დაწყებამდე პერიოიდია. სწორედ ინტერვალის პერიოდში ხდება ჟანგბადის, საკვები ნივთიერებებისა და მეტაბოლური ნარჩენების გაცვლა პლაცენტაში.



სურათი 12-1 შეკუმშვის ციკლი

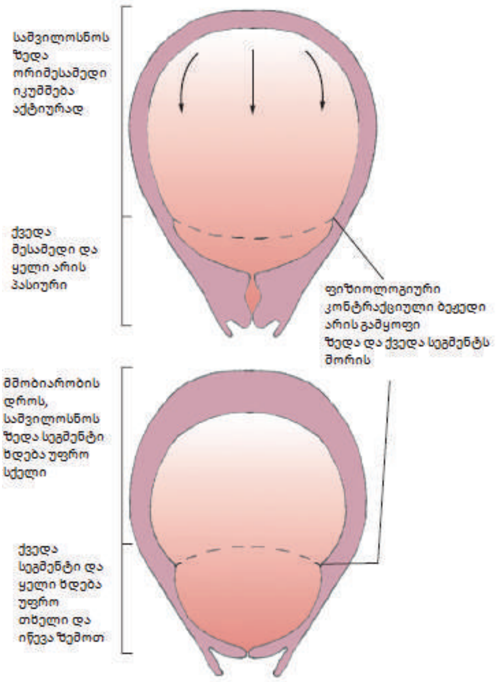
სურათი 2-1 შეკუმშვების ციკლი

საშვილოსნოს ტანის ცვლილებები

საშვილოსნოს აქტივობა მშობიარობის დროს ხასიათდება ურთიერთსაწინააღმდეგო მოქმედებით, კერძოდ: საშვილოსნოს ზედა ორი მესამედი აქტიურად იკუმშება, რათა ნაყოფი ქვემოთ გამოაძევოს, ხოლო საშვილოსნოს ქვედა მესამედი რჩება ნაკლებად აქტიური, რაც ნაყოფის ქვევით სვლას უწყობს ხელს. ამ დროს ყელიც პასიურია. ნაყოფის ქვევით მსვლელობის დროს მშობიარობის შეკუმშვების მთლიანი ეფექტი გაზრდილია ზედა საშვილოსნოს მიერ ქვევით ზეწოლით და ქვედა ნაწილის რეზისტენტობის შემცირებით.

ზედა საშვილოსნოს მიომეტრიუმის უჯრედები რჩება დამოკლებული ყოველი შეკუმშვის შემდეგ, ხოლო ქვედა სეგმეტის მიომეტრიუმის უჯრედები კი უფრო გრძელდება თითოეული შეკუმშვის შემდეგ. საშვილოსნოს ეს ორი მახასიათებელი საშუალებას აძლევს საშვილოსნოს ზედა ნაწილს შეინარჩუნოს დაჭიმულობა, რათა მოხდეს ნაყოფის ქვევით სვლის პროგრესი ყოველი შეკუმშვის შემდეგ.

მიომეტრიუმის შეკუმშვების საპირისპირო მახასიათებლები საშვილოსნოს ზედა და ქვედა ნაწილში იწვევს საშვილოსნოს კედლების სისქის ცვლილებებს მშობიარობის დროს. ზედა საშვილოსნო ხდება უფრო სქელი, ქვედა ნაწილი უფრო თხელი და ზემოთ იწევა მშობიარობის დროს. ფიზიოლოგიური რკალი საშვილოსნოს ზედა და ქვედა ნაწილს ყოფს (სურათი 2-2).

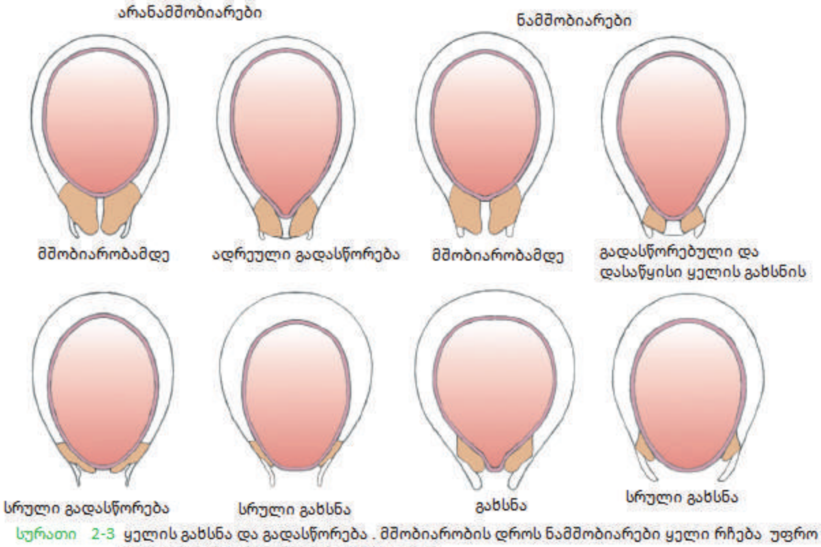


სურათი 2-2 საშვილოსნოს შეკუმშვების საწინააღმდეგო მახასიათებლები საშვილოსნოს ზრდა და ქვედა სეგმენტის

საშვილოსნოს ზედა და ქვედა ნაწილის შეკუმშვების ეს საწინააღმდეგო მახასიათებლები, იწვევს საშვილოსნოს ღრუს ცვლილებებს; იგი ხდება უფრო მოგრძო და შევიწროვებული მშობიარობის მსვლელობის განმავლობაში. საშვილოსნოს ფორმის ეს ცვლილებები, ხელს უწყობს ნაყოფის გაშლას და ქვევით სვლას.

საშვილოსნოს ყელის ცვლილებები

გადასწორება (გათხელება და დამოკლება) და გახსნა (გაფართოვება), მშობიარობის დროს, მთავარი ცვლილებებია საშვილოსნოს ყელში. გადასწორება და გახსნა ხდება ერთად, მაგრამ სხვადასხვა სიჩქარით. არანამშობიარები ქალი (ან ქალი რომელსაც არ უმშობიარია 20 კვირის გესტაციაზე უფრო დიდი ნაყოფით) ყელის სრულ გადასწორებას ასრულებს ყელის გახსნის პროცესის დასაწყისში, განსხვავებით ნამშობიარები ქალისგან, (ქალი, რომელმაც წარსულში იმშობიარა 20 კვირის ვადის შემდეგ) რომლის საშვილოსნოს ყელი, როგორც წესი, უფრო სქელია ვიდრე არანმშობიარები ქალის ყელი მშობიარობის ნებისმიერ მონაკვეთში (სურათი 2-3).



სურათი 2-3 ყელის გახსნა და გადასწორება . მშობიარობის დროს ნამშობიარები ყელი რჩება უფრო სქელი ვიდრე არანამშობიარების ყელი .

გადასწორება - მშობიარობამდე ყელი დაახლოებით 2 სმ სიგრძის ცილინდრული ფორმის სტრუქტურაა. სამშობიარო შეკუმშვები იწვევს ნაყოფის ზეწოლას ყელზე. თუ ამნიონური გარსები არ არის დარღვეული, მაშინ ამნიონური სითხის ჰიდროსტატიკური წნევა ამატებს დაწოლის ძალას ყელზე. მშობიარობის პროგრესირებასთან ერთად ყელი მოკლდება და თხელდება; იგი ნაყოფის და ამნიონური ბუშტის გარშემო გადაიწელება. ყელი საშვილოსნოს ქვედა ნაწილთან ირწყმება და აღარ წარმოადგენს ცალკეულ სტრუქტურას. გადასწორების ხარისხი თავდაპირველ სიგრძესთან ფარდობით ითვლება (გამოისახება %-ში). სრულად გათხელებული ყელი არის 100%-ით გადასწორებული. გადასაწორება ასევე შესაძლოა შეფასდეს ვაგინალური გასინჯვის დროს ყელის სიგრძით განსაზღვრით.

გახსნა - როგორც კი ყელი ზემოთ იწევა და ნაყოფზე ქვემოთ დაწოლა ხდება, ყელი იხსნება. გახსნა აღნიშნულია სანტიმეტრებით. სრული გახსნა არის 10 სანტიმეტრი, ეს სრულიად საკმარისია რომ მოხდეს საშუალო ზომის ნაყოფის გატარება. გადასწორებისა და გახსნის პროცესი, შესაძლოა ბურთის წინდის ყელში გამოტარებას შედარდეს.

გულ-სისხლძარღვთა სისტემა

საშვილოსნოს თითოეული შეკუმშვის დროს, საშვილოსნოს კუნთის ბოჭკოები იკუმშება პლაცენტის მკვებავი სპირალური არტერიების გარშემო. ეს დამატებით 300- 500 მლ სისხლს გადაისვრის დედის სისტემურ ცირკულაციაში და იწვევს დედის სისხლის მოცულობის გაზრდას. ეს დროებითი ცვლილება, იწვევს სისხლის წნევის მომატებას და პულსის შემცირებას; ამიტომ ქალის სასიცოცხლო მაჩვენებლები იზომება შეკუმშვებს შორის. მშობიარე ქალში, შესაძლოა გამოვლინდეს ჰიპოტენზია თუ მშობიარობის დროს იგი ზურგზე წევს. ბებიაქალი უნდა ეცადოს, ქალს მიაღებინოს მისთვის კომფორტული ნებისმიერი პოზა, გარდა ზურგზე წოლისა, რათა მოხდეს სისხლის შეუფერხებელი დინება გულში და პლაცენტაში ნაყოფის ადეკვატური ოქსიგენაცია.

სასუნთქი სისტემა

სუნთქვის სიღრმე და სიხშირე იცვლება მშობიარობის დროს, განსაკუთრებით თუ ქალი შფოთავს ან ტკივილები აქვს. ქალს, რომელიც ჩქარა და ღრმად სუნთქავს, შეიძლება ჰქონდეს ჰიპერვენტილაციის სიმპტომები. თუ ჰიპერვენტილაციის გამო, განვითარდა რესპირატორული ალკალოზი, შესაძლოა ქალს ჰქონდეს ხელებზე და ფეხებზე ჭიანჭველების სიარულის შეგრძნებები, დაბუჟებები და თავბრუსხვევა. ექთნის როლია დაეხმაროს ქალს, შეამციროს სუნთქვის სიხშირე და სიღრმე, ასევე მიაწოდოს მას ქაღალდის პაკეტი მასში სუნთქვისთვის, ან ურჩიოს ისუნთქოს ფიალისებურად შეკუმშულ ხელებში. ეს ღონისძიებები ქალს ჰიპოკაპნიის სიმპტომების დაძლევაში დაეხმარება .

კუჭნაწლავის სისტემა

კუჭის აქტიურობა მშობიარობის დროს სხვადასხვა ხარისხით მცირდება, რამაც შეიძლება გულისრევის შეგრძნება და პირღებინება გამოიწვიოს. ქალების უმეტესობას შიმშილის გრძნობა არ აქვთ, მაგრამ წყურვილის გრძნობა და პირის სიმშრალე აწუხებთ. სურვილის შემთხვევაში, შესთავაზეთ ყინულის ნატეხები ან სითხეები მცირე რაოდენობით, (წყალი, წვენი, ხილის ყინულები ან უშაქრო კანფეტი). მშობიარობისას, ხშირად, მყარი საკვები შეზღუდულია რათა თავიდან იქნეს აცილებული ისეთი გართულებები, როგორიცაა მოუნელებელი საკვებით პირღებინება და ასპირაცია (განსაკუთრებით მაშინ, თუ ზოგადი ანესთეზია გახდება საჭირო).

საშარდე სისტემა

საშარდე სისტემის ყველაზე ხშირი ცვლილება საშარდე ბუშტის სავსეობის შეგრძნების დაკარგვაა. ძლიერი შეკუმშვების და რეგიონალური ანესთეზიის ეფექტის გამო ქალი შეიძლება ვერ მიხვდეს რომ საშარდე ბუშტი სავსე აქვს და დისკომფორტის შეგრძნება ქონდეს, რომელიც

რჩება რეგიონული ანესთეზიის გავლის შემდეგაც. სავსე შარდის ბუშტმა შეიძლება შეაფერხოს ნაყოფის ქვემოთ სვლა, რადგან ის სივრცეს იკავებს მენჯის ღრუში.

ჰემატოპოეზური სისტემა

ავტორების უმეტესობის მიერ მაქსიმალურ სისხლის დანაკარგად, ვაგინალური მშობიარობის დროს, აღიარებულია 500 მლ. ქალები, ძირითადად, იტანენ ამ დანაკარგს, რადგან სისხლის მოცულობა 30%-40%-ით მატულობს ორსულობის დროს. ქალს, რომელიც ანემიურია მშობიარობის დასაწყისში, შედარებით ნაკლები რეზერვი აქვს და უფრო ძნელად გადააქვს ზედმეტი სისხლის დანაკარგი. თუ ქალს მშობიარობამდე აქვს ჰემოგლობინის დონე 10.5 გრამი დეცილიტრზე (გ/დლ) და ჰემატოკრიტი 33% ან მეტი, საკმარისად ძლიერ კომპენსატორულ მექანიზმებს ფლობს სისხლის დანაკარგთან გასამკლავებლად. ორსულში, შესაძლოა იყოს ლეიკოციტოზიც (20 000 - 30 000), ინფექციის არ არსებობის ფონზეც კი.

შედედების ფაქტორები, განსაკუთრებით ფიბრინოგენი მომატებულია ორსულობის დროს და ინარჩუნებს მაღალ დონეს მშობიარობის და ლოგონობის ხანის პერიოდში. გაზრდილი დონე იცავს სისხლდენებისგან, მაგრამ ასევე ზრდის ვენური თრომბოზის რისკს ორსულობისა და მშობიარობის შემდგომ.

ნაყოფში მიმდინარე ცვლილებები მშობიარობისა და დაბადებისას

პლაცენტალური ცირკულაცია

ჟანგბადის, საკვები ნივთიერებებისა და ნარჩენი პროდუქტების გაცვლა დედასა და ნაყოფს შორის ინტერვილოზურ სივრცეში, დედისა და ნაყოფის სისხლის შერევის გარეშე ხდება. ძლიერი სამშობიარო შეკუმშვების დროს, დედიდან პლაცენტისკენ სისხლის მიდინება მცირდება და საბოლოდ ჩერდება როგორც კი სპირალური არტერიები, რომელიც ამარაგებს ინტერვილოზურ სივრცეს, კომპრესირდება საშვილოსნოს კუნთების მიერ; ამიტომ პლაცენტალური მიმოცვლის უმეტესობა შეკუმშვებს შორის ხდება. პლაცენტალურ ცირკულაციას აქვს საკმარისი რეზერვი ნაყოფის საბაზისო მოთხოვნილებების დასაკმაყოფილებლად, პერიოდულად შეწყვეტილი სისხლის დინების დროს.

პლაცენტრაულ ცირკულაციასთან ერთად, ფეტალური ჰემოგლობინი (ჰემოგლობინი F რომელიც უფრო მეტად იკავშირებს ჟანგბადს და უშვებს ნახშირორჟანგს) მნიშვნელოვან როლს ასრულებს ნაყოფის ჰიპოქსიური დაზიანების პრევენციაში.

თუ რაიმე მიზეზის გამო (მაგ., დედის შაქრიანი დიაბეტი და ჰიპერტენზია ან მდგომარეობები დაკავშირებული ნაყოფის მიერ ჟანგბადის შეკავშირების პრობლემებთან, მაგალითად, ნაყოფის ანემია) ირღვევა ნაყოფის ოქსიგენაცია, კომპენსატორულად იზრდება მისი ჰემოგლობინისა და ჰემატაკორიტის დონე.

გულ-სისხლძარღვთა სისტემა

ნაყოფის გულ-სისხლძარღვთა სისტემა ჩქარა რეაგირებს მშობიარობის დროს მომხდარ ცვლილებებზე. ნაყოფის გულის სიჩქარის და რიტმის ცვლილება შეიძლება ასახავდეს ფიზიოლოგიურ ადაპტაციას ან დისადაპტაციას მშობიარობის პროცესთან. ნორმაში, დღესრული ნაყოფის გულის ცემა ჩქარია და მერყეობს 110-160 დარტყმას შორის წუთში (დღენაკლი ნაყოფის შემთხვევაში გულის ცემა უფრო ჩქარია).

სასუნთქი სისტემა

ნაყოფის ფილტვები წარმოქმნის სითხეს რომ მოხდეს სასუნთქი გზების ნორმალური განვითარება. დაბადებისას, ფილტვების სითხე უნდა ამოსუფთავდეს, რადგან ნაყოფისთვის შესაძლებელი იყოს ნორმალური სუნთქვა მშობიარობის შემდეგ. ორსულობის სრულ ვადასთან მიახლოებისას ნაყოფის ფილტვების სითხის პროდუქცია 65%-ით მცირდება. მშობიარობა აჩქარებს ფილტვის სითხის შეწოვას, ამიტომ მისი სრული რაოდენიბიდან მხოლოდ 35% რჩება სასუნთქ

გზებში. ნაწილი სითხე გამოიყოფა სასუნთქი გზებიდან როცა ნაყოფის თავისა და გულმკერდის კომპრესია ხდება სამშობიარო გზების გამოვლის დროს. დარჩენილი სითხის უმეტესობა შეიწოვება ინტერსტიციალურ სივრცეებში და შემდეგ სისტემურ ცირკულაციაში, მცირე რაოდენობა კი ლიმფური ცირკულაციით გაიწოვება.

სამშობიარო სტრესის საპასუხოდ ნაყოფის თირკმელზედა ჯირკვლის მიერ წარმოქმნილი კატექოლამინები (უმეტესად ეპინეფრინი და ნორეპინეფრინი) საჭიროა ნაყოფის საშვილოსნოს გარეთ ადაპტირებისთვის. ისინი ასტიმულირებს გულის შეკუმშვებს და სუნთქვას, აჩქარებს ფილტვის დარჩენილი სითხის გასუფთავებას და ეხმარება ნაყოფს საშვილოსნოს გარეთ თერმორეგულაციაში. საკეისრო კვეთის გზით დაბადებული ახალშობილები მეტად არიან გარდამავალი სუნთქვის გაძნელებისკენ მიდრეკილები.

მშობიარობის პროცესის კომპონენტები

ნორმალური მშობიარობის დროს ოთხი მთავარი ფაქტორი ურთიერთქმედებს. ეს ფაქტორებია: ძალა, ნაყოფის დედის მენჯში პასაჟი, ნაყოფისა და დედის ფსიქოლოგიური მდგომარეობა.

ძალა

საშვილოსნოს შეკუმშვები

მშობიარობის პირველ სტადიაში (ყელის სრული გახსნის დასაწყისში),საშვილოსნოს შეკუმშვები მთავარი ძალაა, რომელიც ნაყოფს დედის მენჯში ამოძრავებს.

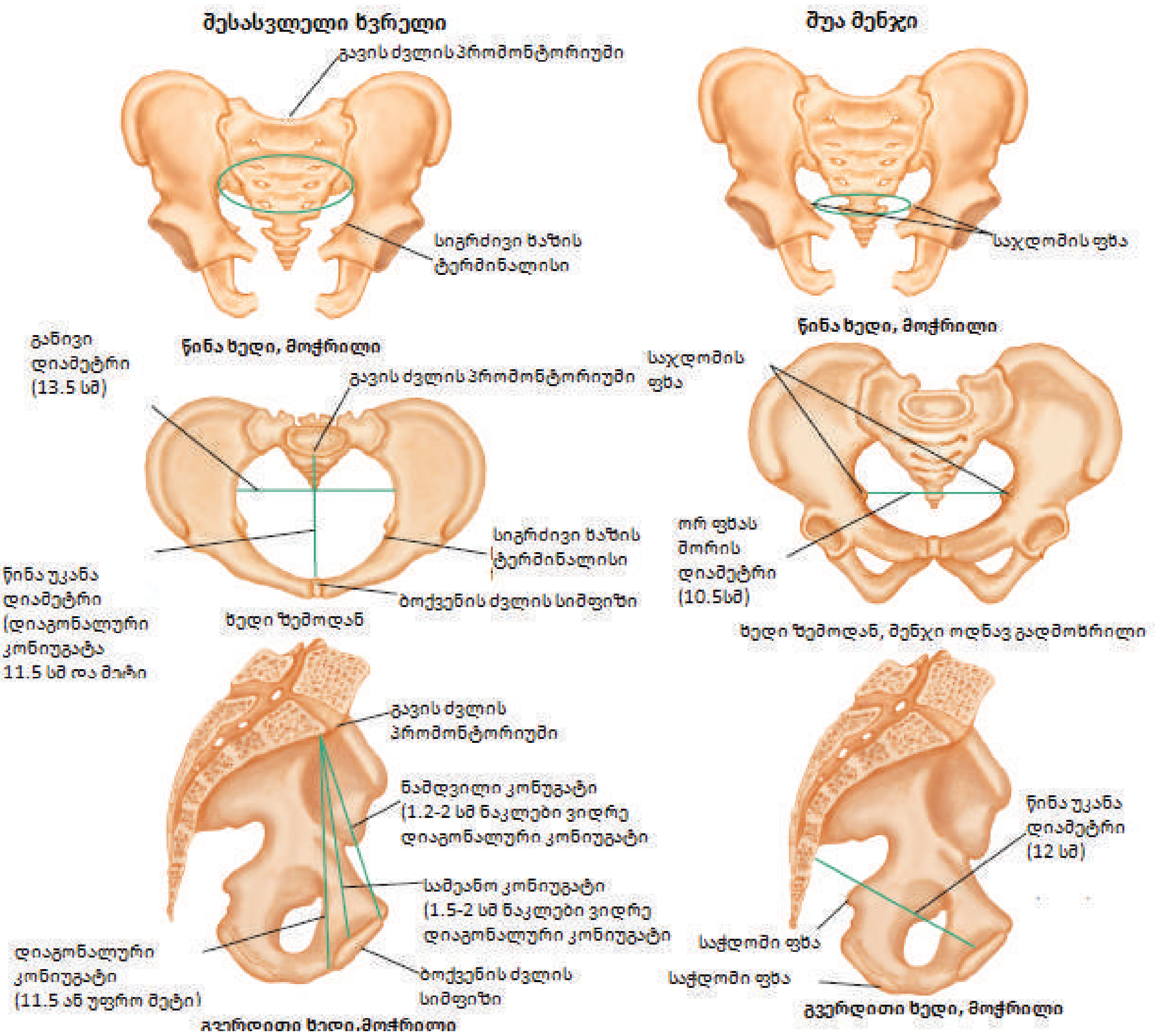
დედის ჭინთვები

მშობიარობის მეორე სტადიაში (ყელის სრული გახსნიდან ნაყოფის დაბადებამდე) საშვილოსნოს შეკუმშვები უბიძგებს ნაყოფს მენჯი გაიაროს. დამატებით, დედას გაძლიერებული ჭინთვების სურვილი და ქვევით ზეწოლის შეგრძნება აქვს, როცა ნაყოფი ვაგინამდეა ჩამოსული და რექტუმზე ახდენს ზეწოლას. დედა თავისი ნებითი ჭინთვით აძლიერებს საშვილოსნოს შეკუმშვას მშობიარობის მეორე სტადიაში.

ნაყოფის პასაჟი

სამშობიარო გამოსასვლელი შედგება დედის მენჯისა და რბილი ქსოვილებისგან. ძვლოვანი მენჯი უფრო დიდ ზეგავლენას ახდენს მშობიარობის გამოსავალზე, ვიდრე რბილი ქსოვილები, ვინაიდან ძვლები და სახსრები სამშობიარო ძალის მიმართ რეზისტენტულია. აღსანიშნავია, რომ ვადამოსულ ორსულში ძლიერდება რელაქსინის სეკრეცია, რომელიც ხელს უწყობს მენჯის ძვლების ხრტილის დარბილებას.

ლინეა ტერმინალისი (მენჯის რკალი) ყოფს ძვლოვან მენჯს დიდ და მცირე მენჯად. მცირე მენჯი არის ყველაზე მნიშვნელოვანი მშობიარობის დროს. მცირე მენჯს აქვს სამი დანაყოფი: 1. შესასვლელი, მენჯის ზედა კარიბჭე, 2. შუამენჯი ან მენჯის ღრუ და 3. გამოსასვლელი, ან მენჯის ქვედა კარიბჭე. მშობიარობის დროს, მცირე მენჯის ფუნქციონირებს როგორც მოხრილი ცილინდრი, სხვადასხვა ზომებით, სხვადასხვა დონეზე (სურათი 2-4).



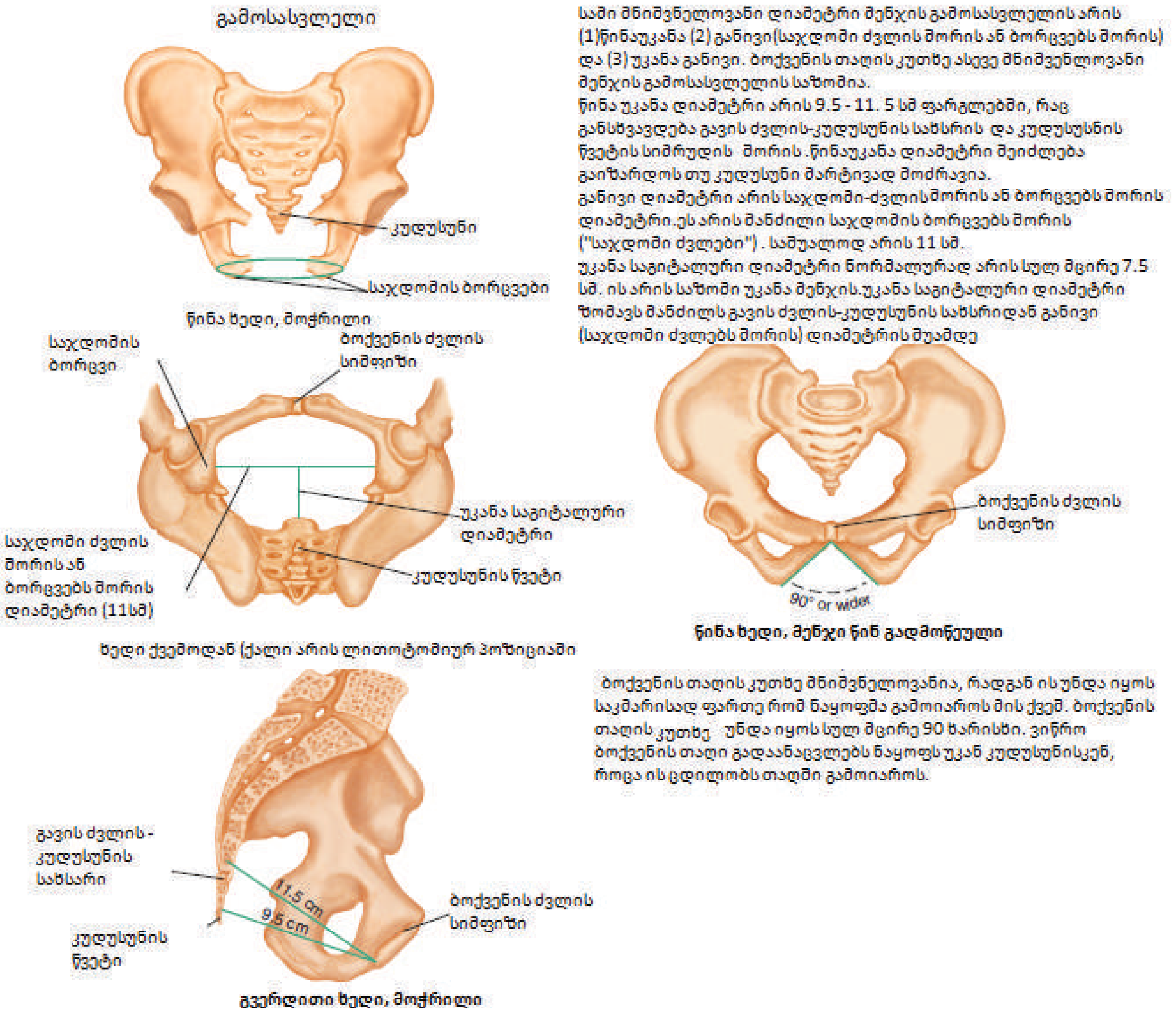
შესასვლელის საზღვრები არის ბოქვენის ძვლის სიმფიზი წინიდან, გავის ძვლის პრომონტორიუმი უკნიდან და სიგრძივის ხაზის ტერმინალისი გვერდებიდან. შესასვლელი არის ოდნავ უფრო ფართო განივ დიამეტრზე (13.5სმ), ვიდრე მისი წინა-უკანა(დიაგონალური კონიუგატი) დიამეტრი (11.5 ან უფრო მეტი).

დიაგონალური კონიუგატი არის ოდნავ უფრო დიდი, ვიდრე ორივე სამეანო და ნამდვილი კონიუგატი. სამეანო კონიუგატი არის ყველაზე ვიწრო ამ სამ კონიუგატს შორის, მაგრამ გაზომვა არ ხდება პირდაპირ. სამეანო კონიუგატი ითვლება დიაგონალური კონიუგატის გაზომვით და 1.5-2 სმ-ის გამოკლებით.

თუ შესასვლელი არის პატარა ,ნაყოფის თავი შეიძლება ვერ ჩაეტიოს, რადგან ის თითქმის მთლიანად შემოსაზღვრულია, გარდა ხრტილისა, რომელიც არის გავა-თეძოს სახსართან და ბოქვენის ძვლის სიმფიზთან, შესასვლელი ვერ გაიზრდება იმდენად რომ მოერგოს ნაყოფის თავს. ძვლოვანი ზომები მნიშვნელოვნად ფიქსირებულია.

შუა მენჯის ან მენჯის ღრუ, არის ყველაზე ვიწრო ნაწილი მენჯისა, რომელიც ნაყოფმა უნდა გამოიაროს მშობიარობის დროს. შუა მენჯის დიამეტრი ითვლება საჯდომ ფხებს შორის. წინა-უკანა დიამეტრი საშუალოდ 12 სმ-ია.

განივი დიამეტრი (ორ ფხას შორის) საშუალოდ 10.5 სმ-ია. გამოშვერილმა საჯდომის ფხამ შეიძლება შეამციროს ორფხას შორის დიამეტრი.



სურათი 2-4 მენჯის დანაყოფები და ზომები.

ნაყოფი

ნაყოფთან ერთად ასევე გარსები, პლაცენტა, ნაყოფის რამდენიმე ანატომიური და პოზიციური განსხვავებები, გავლენას ახდენს მშობიარობის კურსზე.

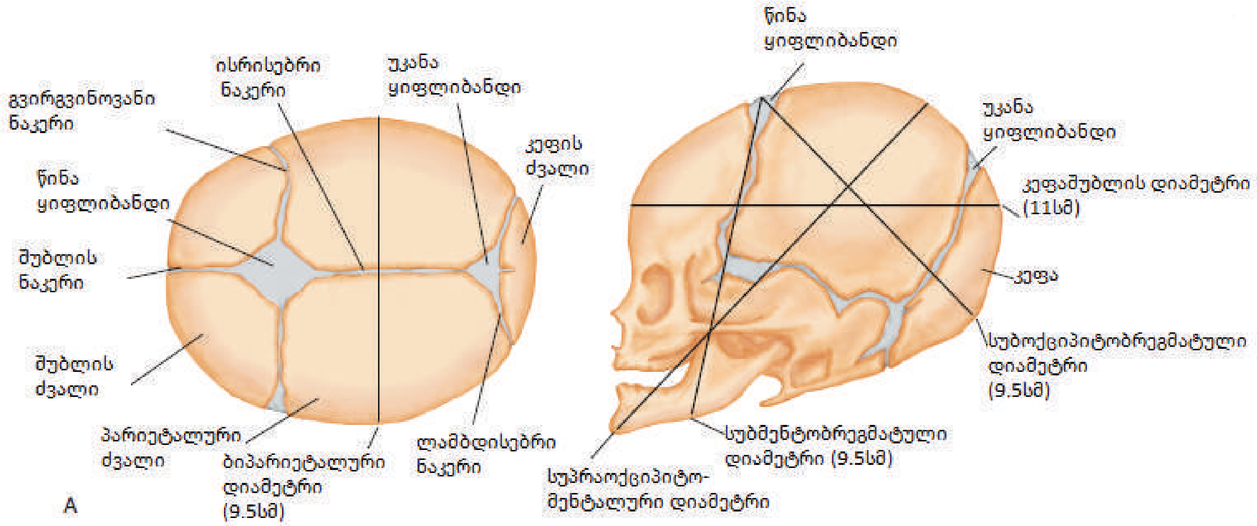
ნაყოფის თავი

სამშობიარო არხში ნაყოფი შედის თავის წინმდებარეობით (ნაყოფის ნაწილი, რომელიც პირველი შედის მენჯის შესასვლელში) 96% შემთხვევაში. ნაყოფის მხრები ასევე მნიშვნელოვანია მისი სიგანის გამო, თუმცა, ისინი უმეტესად მენჯის დიამეტრთან თანხვედრაშია.

ძვლები,ნაკერები, ყიფლიბანდები

ნაყოფის თავის ძვლები, რომელიც დაბადების პროცესში მონაწილეობს, არის წყვილი შუბლის, წყვილი თხემის და კეფის ძვალი. ეს ძვლები არ არის ერთმანეთში შეზრდილი და ნაკერების დრეკადი ქსოვილითაა ერთმანეთთან დაკავშირებული. ყიფლიბანდები არის უფრო ფართო სივრცეები ნაკერების გადაკვეთის ადგილას.

წინა ყიფლიბანდს აქვს ალმასის ფორმა და წარმოქმნილია ორი კორონარული და თითო ფრონტალური და საგიტალური ნაკერის გადაკვეთით, რომელიც აკავშირებს ორ შუბლის და ორ თხემის ძვალს ერთმანეთთან. უკანა ყიფლიბანდს აქვს სამკუთხედის ფორმა, რომელიც წარმოქმნილია სამი ნაკერის გადაკვეთით: ერთი საგიტალური და ორი ლამბდოიდური, რომელიც აკავშირებს ორ თხემის და კეფის ძვლებს ერთმანეთთან. უკანა ყიფლიბანდი ძალიან პატარა ზომისაა და ხშირად პატარა ღრმულს ჰგავს. ნაკერები და ყიფლიბანდები საშუალებას აძლევს ძვლებს რომ იმოძრაოს და შეუცვალოს ნაყოფს თავს ფორმები მენჯის ზომებისა და ფორმების შესაბამისად მოლდინგით (ნაყოფის თავის ცვლილება სამშობიარო გზებში გავლის დროს). ნაკერები და ყიფლიბანდის სხვადსხვა ფორმები გვაძლევს მნიშვნელოვან ორიენტირს რომ განვსზღვროთ ნაყოფის პოზიცია(ნაყოფის ფიქსირებული წერტილის დამოკიდებულება დედის მენჯის კვადრატებთან) და თავის მოხრა ვაგინალური გასინჯვის დროს (სურათი 2-5).



სურათი 2-5 . A, ნაყოფის თავის ძვლები,ნაკერები და ყიფლიბანდები. აღნიშნეთ რომ წინა ყიფლიბანდს აქვს ალმასის ფორმა, როცა უკანა ყიფლიბანდი არის სამკუთხედი. B, ლატერალური მხრიდან ნაჩვენებია რომ წინაუკანა დიამეტრი განსხვავდება მოხრის ან გაშლის ზომის მიხედვით.

ნაყოფის თავის დიამეტრები

უხშირესად, ნაყოფი მენჯში თავის წინმდებარეობით შედის, თუმცა რამდენიმე სხვა ვარიაციაცაა შესაძლებელი.

ნაყოფის თავის უმთავრესი განივი დიამეტრი ბიპარიეტალური ზომაა, რომელიც ორი თხემის ძვალს შორის მანძილია. ბიპარიეტალური დიამეტრის საშუალო ზომაა 9.5 სმ ვადამოსულ ნაყოფში.

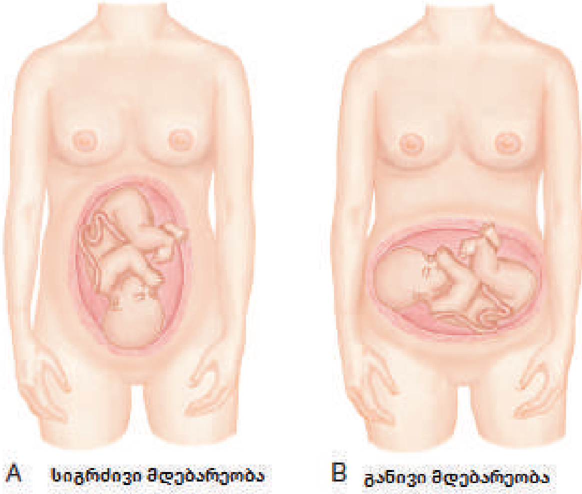
თავის წინა-უკანა დიამეტრი იცვლება მოხრის ხარისხის მიხედვით.

ოპტიმალურ სიტუაციაში, თავი სრულად იხრება მშობიარობისას, რა დროსაც წინა-უკანა დიამეტრი საშუალოდ 9.5 სმ-ია.

ნაყოფის მდებარეობის სახეობები

ნაყოფის პოზიცია

ნაყოფის გრძივი ღერძის ორიენტაციას დედის გრძივი ღერძის მიმართ ნაყოფის პოზიცია ეწოდება. 99% შემთხვევაში, ნაყოფის პოზიცია სიგრძივი, ანუ ქალის გრძივი ღერძის პარალელურია. სიგრძივი პოზიციის შემთხვევაში, მშობიარობისას ქალის მენჯში პირველი ნაყოფის თავი ან დუნდულოები შედის (სურათი 2-6).

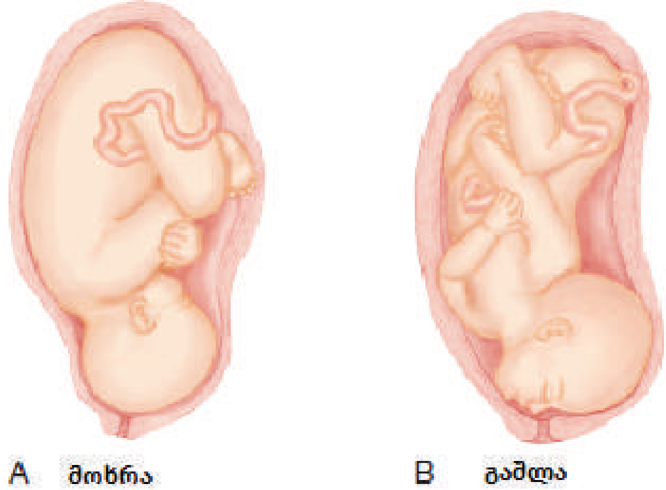


სურათი 2-6 ნაყოფის მდებარეობა **A,** სიგრძივი მდებარეობა,ნაყოფის გრძელი ღერძი არის პარალელური დედის გრძელი ღერძის **B,** განივი მდებარეობა, ნაყოფის გრძელი ღერძი არის დედის გრძელი ღერძის მარჯვენა კუთხეში. დედის მუცელს აქვს ფართე, მოკლე შესახედაობა

გარდიგარდმო პოზიციის შემთხვევაში, ნაყოფის გრძივი ღერძი ქალის გრძივი ღერძის მარჯვენა კუთხეშია. ეს ხდება ორსულობის 1%-ზე ნაკლებ შემთხვევაში. არსებობს ნაყოფის დახრილი პოზიციაც, რომელიც არის სიგრძივ და გარდიგარდმო მდებარეობებს შორის რომელიმე კუთხეში.

ნაყოფია სხეულის პოზიცია

ნაყოფის სხეულის პოზიცია ნაყოფის სხეულის ნაწილების ერთმანეთთან დამოკიდებულებას ეწოდება. ნაყოფის ნორმალური პოზიციისას, თავი მოხრილია გულმკერდისკენ და ხელები და ფეხები მოხრილია ასევე გულმკერდის მიმართულებით. ზურგი მოხრილია ამობურცული C ფორმით. ნაყოფის ეს მოხრილი პოზიცია დროული ახალშობილის დამახასიათებელი ნიშანია (სურათი 2-7).



სურათი 2-7 **პოზიცია A,** ნაყოფი არის მოხრილი ნორმალურ პოზიციაში, თავი, ხელები და ფეხები მოხრილი მჭიდროდ, სხეულზე მიყრდნობილი **B,** ნაყოფი არის პათოლოგიურ გაშლილ პოზიციაში.თავი არის გაშლილი და მარჯვენა ხელი გაშლილი. სახის მდებარეობა არის ილუსტრირებული.

ნაყოფის მდებარეობა

ნაყოფის ნაწილი, რომელიც პირველი შედის მენჯში, ნაყოფის წინამდებარე ნაწილია.

მდებარეობა იყოფა სამ კატეგორიად: 1. თავი, 2. მენჯი და 3. მხრები. თავით წინმდებარეობა (ნაყოფის თავის მოხრილი მდგომარეობით) ყველაზე ხშირია.

სხვა მდებარეობები ასოცირებულია გახანგრძლივებულ მშობიარობასთან და სხვა პრობლემებთან, მათ შორის, საკეისრო კვეთის საჭიროებასთან.

თავით წინმდებარეობა

თავით წინმდებარეობა უფრო სასურველია, ვიდრე სხვა კატეგორია, რამდენიმე მიზეზის გამო.

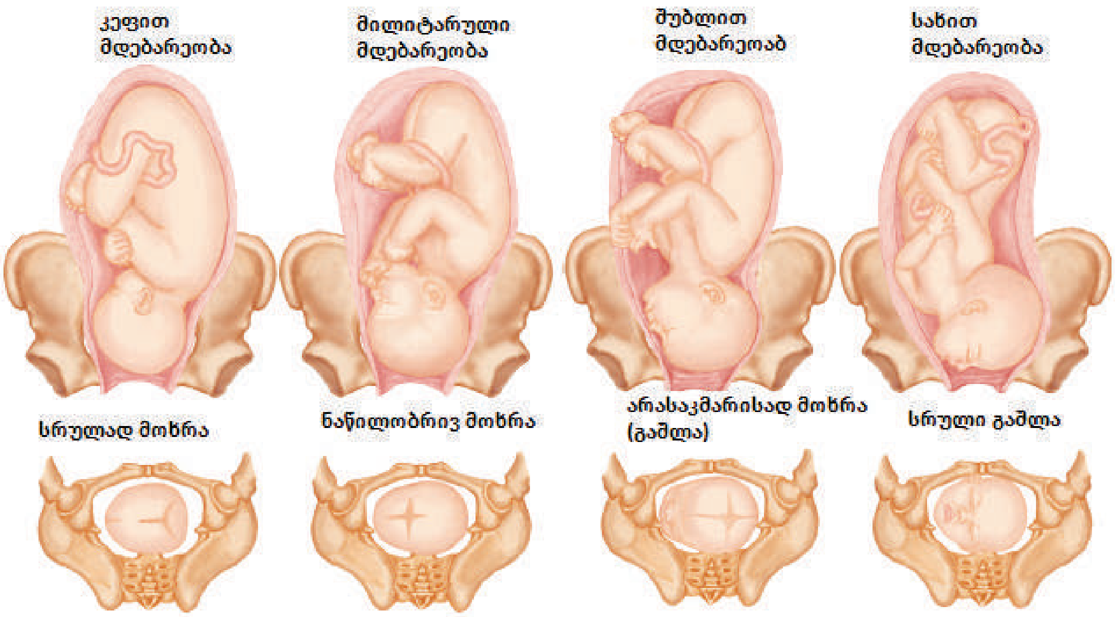
ნაყოფის თავი არის მისი სხეულის ყველაზე დიდი ნაწილი, ასევე მენჯი(დუნდულოები), მუცელზე მოხრილი ფეხები და ტერფები ერთად, თავზე დიდი ზომისაა. ამიტომ ბიომექანიკის თვალსაზრისით, თავით დაბადება ამარტივებს პროცესს. თავის გამოსვლის შემდეგ, სხეულის სხვა ნაწილები მეტად მარტივად გამოდის გარეთ კიდურების გაშლასთან ერთად.

მშობიარობის დროს, ნაყოფის თავს შეუძლია თანდათანობით შეიცვალოს ფორმა, “მოლდინგი” რომ ადაპტირდეს დედის მენჯის ზომაზე და ფორმაზე.

ნაყოფის თავი არის გლუვი, მრგვალი და მაგარი, რაც საშუალებას აძლევს მას უფრო ეფექტურად გააფართოვოს ყელი , რომელიც ასევე მრგვალია.

თავით წინმდებარეობას აქვს ოთხი სახეობა (სურათი 2-8):

- კეფით წინმდებარეობა: ეს ყველაზე ხშირი ტიპია თავით წინმდებარეობისას. ამ დროს ნაყოფის თავი მთლიანად მოხრილია. კეფით წინმდებარეობა არის ყველაზე სასურველი მდგომარეობა ნაყოფის თავის ნორმალური წინ მსვლელობისთვის.
- მილიტარული: თავი ნეიტრალურ პოზიციაშია, არც მოხრილია და არც გაშლილი. უფრო გრძელი კეფაშუბლის დიამეტრია წინმდებარე ნაწილი.
- შუბლით წინმდებარეობა: ნაყოფის თავი ნახევრად გაშლილია. შუბლით წინმდებარეობა არასტაბილურია, ხშირად გადადის კეფით წინმდებარეობაში თუ თავი იხრება ან სახით წინმდებარეობაში, თუ თავი იშლება. ყველაზე გრძელი სუპრაოქციპიტომენტალური დიამეტრია წამყვანი წერტილი.
- სახით წინმდებარეობა: თავი გაშლილია და ნაყოფის კეფა უახლოვდება ნაყოფის ხერხემალს. სუბმენტობრეგმატიკის დიამეტრი არის წამყვანი ნაწილი.



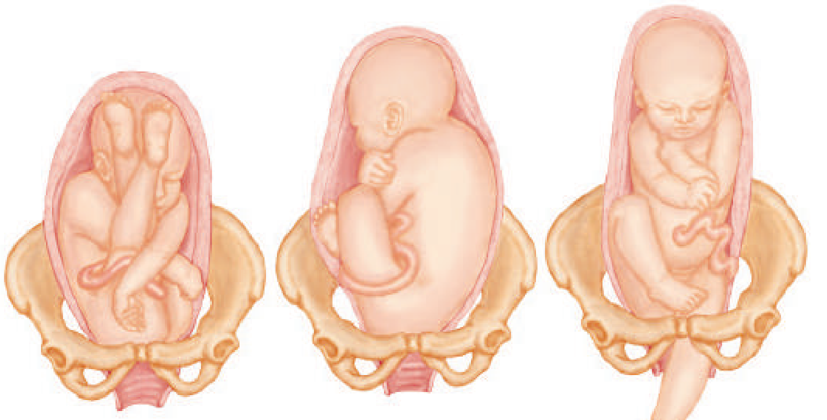
სურათი 2-8 ოთხი სახეობის თავით მდებარეობა. ყიფლიბანდით მდებარეობა ნორმალურია. აღნიშნეთ მდებარეობითი ცვლილებები წინა და უკანა ყიფლიბანდების დედის მენჯთან მიმართებაში.

მენჯით მდებარეობა: მენჯით წინმდებარეობა ხდება,როცა ნაყოფის დუნდულები შედის მენჯში პირველი (ხდება მშობიარობის 3%-4% შემთხვევაში). მენჯით წინმდებარეობა უფრო ხშირია ნაადრევი მშობიარობის დროს და ასევე ნაყოფის ანომალიების დროს,როგორიცაა ჰიდროცეფალია (სითხით თავის გადიდება), რის გამოც თავის შესვლა მენჯში შეფერხებულია ორსულობის ბოლო კვირებში. მენჯით წინ მდებარეობა შესაძლოა დაკავშირებული იყოს დედის საშვილოსნოს და მენჯის ანომალიებთან ან პლაცენტის ჩაზრდასთამ (პლაცენტა საშვილოსნოს ქვედა ნაწილში).

მენჯით წინმდებარეობა ასოცირდება რამდენიმე არახელსაყრელ მდგომარეობასთან:

- დუნდულები არ არის ისეთი გლუვი და მკვრივი, როგორც თავი, რომ მოახდინოს ყელის გახსნა.
- ნაყოფის თავი არის ბოლო ნაწილი რომელიც იბადება. იმ დროს როცა ნაყოფის თავი არის მენჯის სიღრმეში, ჭიპლარი უკვე სხეულის გარეთაა და არის შესაძლებლობა მისი კომპრესიის ნაყოფის თავსა და დედის მენჯს შორის.
- იმის გამო რომ ჭიპლარი შეიძლება კომპრესირდეს ნაყოფის გულმკერდის გამოსვლის შემდეგ, თავი უნდა გამოვიდეს ჩქარა რომ ახალშობილს სუნთქვის საშუალება მიეცეს. ეს არ აძლევს ნაყოფის თავს საშუალებას თანდათანობით მოერგოს მენჯს გამოსვლის პროცესში.

მენჯით წინმდებარეობას აქვს სამი სახეობა, რომელიც დამოკიდებულია ფეხებისა და ტანის ურთიერთმდებარეობაზე (სურათი 2-9).



სურათი 2-9 მენჯით მდებაროების სამი სახეობა. სრული მენჯით მდებარეობა ყველაზე ხშირი სახეობაა. ფეხით მენჯით მდებარეობა შეიძლება იყოს ერთი ფეხით ან ორივეთი.

არასრული მენჯით მდებარეობა- ეს არის მენჯით წინამდებარეობის ყველაზე ხშირი სახეობა; ამ დროს ნაყოფის ფეხები არის გაშლილი მუცელზე მხრების მიმართულებით.

სრული მენჯით წინმდებარეობა - ეს არის შებრუნებული თავით წინმდებარეობა. თავი, მუხლებისა და მენჯის სახსრები არის მოხრილი, მაგრამ დუნდულოები წამყვანი ნაწილია.

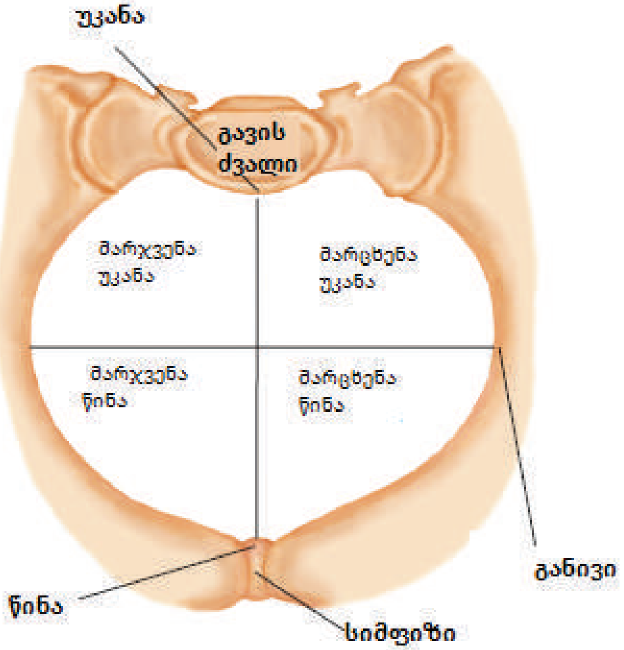
ფეხით მენჯით წინმდებარეობა - ეს ხდება მაშინ, როცა ერთი ან ორივე ფეხი არის წამყვანი წერტილი.

მხრებით მდებარეობა - მხრებით წინმდებარეობა არის განივი პოზიცია და გვხვდება შემთხვევათა 0.3%-ში. ის გვხვდება უფრო მეტად ნაადრევი მშობიარობისას, მრავალნაყოფიანი ორსულობისას, ამნიონური გარსების ნაადრევად დარღვევის დროს, ჰიდრამნიონის და ჩაზრდილი

პლაცენტის დროს. ასეთ შემთხვევაში საკეისრო კვეთა აუცილებელია თუ ნაყოფის მდგომარეობა და ასაკი ამის საშუალებას იძლევა.

პოზიცია

ნაყოფის პოზიცია ასახავს წამყვანი ნაწილის წინამდებარე წერტილის მდებარეობას მენჯის ოთხი კვადრატის მიმართ. ოთხი კვადრატი არის მარჯვენა და მარცხენა წინა და მარჯვენა და მარცხენა უკანა (სურათი 2-10). ნაყოფის პოზიცია არ არის ფიქსირებული, არამედ იცვლება მშობიარობის დროს ნაყოფის ქვევით ჩამოსვლის დროს და ადაპტირებს მენჯის კონტურებთან.



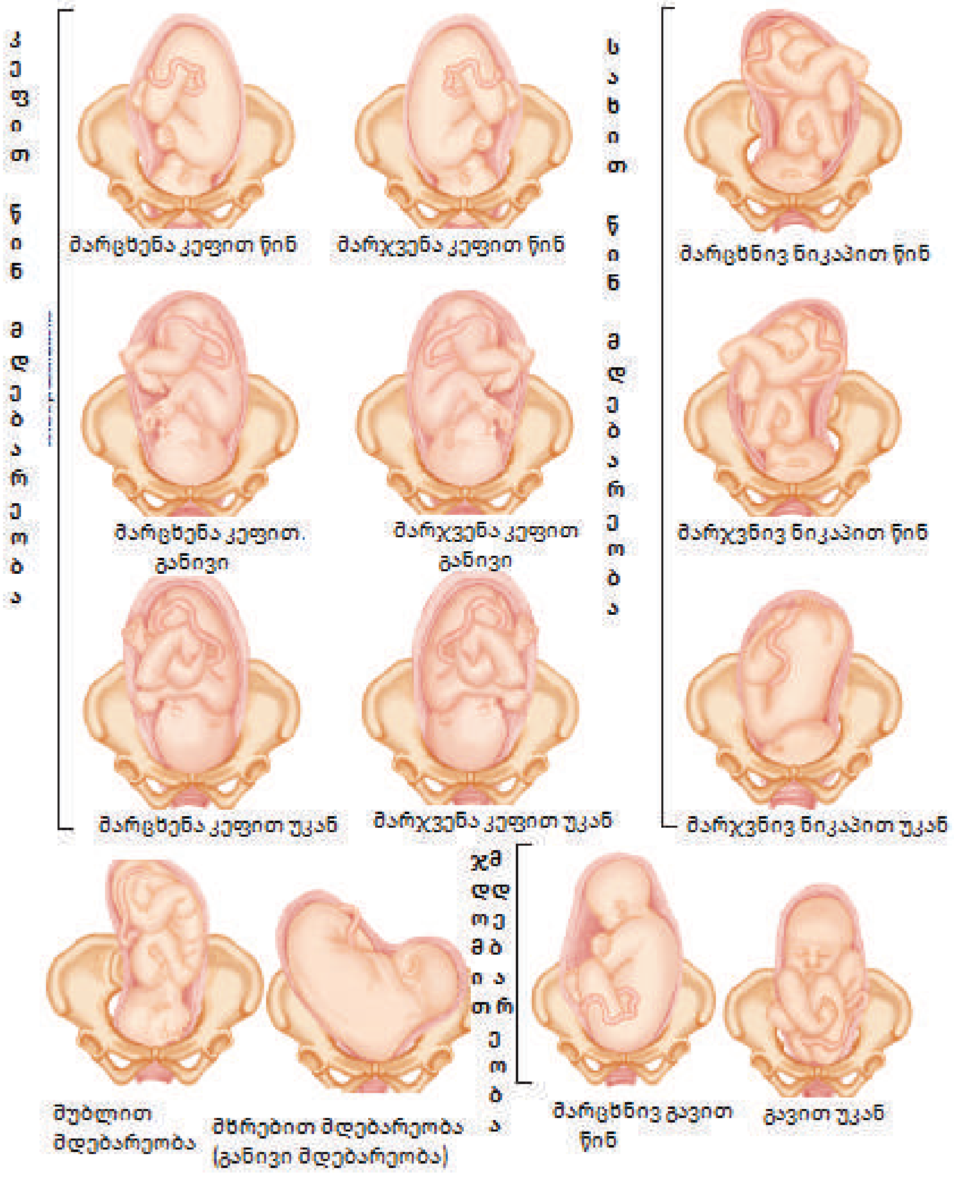
სურათი 2-10 დედის მენჯის ოთხი კვადრატი ზემოდან, რომელიც გამოიყენება რომ ავხწეროთ ნაყოფის პოზიცია

ქვემოთ მოცემულია აბრევიატურები, რომლებიც გამოიყენება ნაყოფის წინამდებარე ნაწილის მენჯთან დამოკიდებულები არსაწერად.

მარჯვენა R (right) ან მარცხენა L (left). აბრევიატურა ასახავს წამყვანი წერტილის მდებარეობას დედის მენჯის მიმართ. თუ ნაყოფის წამყვანი წერტილი არც მარჯვნივაა და არც მარცხნივ, მაშინ აბრევიატურას არ ვიყენებთ.

კეფა (O)(Occiput), ნიკაპი (M)(Mentum), გავის ძვალი (S)(sacrum). აბრევიაციის მეორე ასო ასახავს ნაყოფის ფიქსირებულ წამყვან წერტილს, რომელიც იცვლება ნაყოფის მდებარეობასთან ერთად. ნიკაპი არის წამყვანი წერტილი სახით წინმდებარეობის დროს. გავის ძვალი არის წამყავნი წერტილი მენჯით წინმდებარეობის დროს. ამღნიშვნელი ასოები შეიძლება აღნიშნავდეს ნაკლებად ხშირ პოზიციებს, როგორიცაა შუბლი (F) და მხრები (Sc).

წინა მენჯის უკანა ნაწილშია აბრივიატურები მარჯვენა ® (right), გავის ძვალი (S)(sacrum) (A) (anterior), უკანა (P)(Posterior), განივი (T)(Transverse). ეს ასოები ასახავს ნაყოფის წამყვან წერტილს დედის მენჯის მიმართ წინა თუ უკანა კვადრატშია. თუ ნაყოფის წამყვანი წერტილი არც წინა და არც უკანა კვადრატში არ არის, მაშინ არის განივი. თუ ნაყოფის კეფა მდებარეობს დედის მენჯის მარცხენა წინა კვადრატში, მაშინ პოზიციას აღვწერთ როგორც მარცხენა კეფით წინ (LOA) (Left Occiput Anterior). თუ კეფა არის დედის წინა მენჯში, არც მარჯვნივ და არც მარცხნივ, მაშინ ავღწერთ როგორც კეფით წინ (OA)(Occiput Anterior). თუ ნაყოფის გავის ძვალი მდებარეობს დედის უკანა მენჯში მაშინ როგორც (P)(posterior) (სურათი 2-11).



სურათი 2-11 ნაყოფის პრეზენტაციები და პოზიციები

ფსიქიკური მდგომარეობა

ქალის ფსიქოლოგიურ მდგომარეობაზე ორსულობისა და მშობიარობის დროს გავლენას ახდენს ისეთი ფაქტორები, როგორიცაა შფოთვა, კულტურული თავისებურებები, მოლოდინები, ცხოვრებისეული გამოცდილება და მხარდაჭერა.

შფოთვა

ზედმეტი შფოთვა და შიში ამცირებს ქალის ტკივილისადმი მედეგობას. დედის კათექოლამინებმა, რომლებიც გამოიყოფა შფოთვისა და შიშის საპასუხოდ, შეიძლება შეაჩეროს საშვილოსნოს შეკუმშვები და პლაცენტალური სისხლის მიდინება. თუ ქალი, მოსვენებულ მდგომარეობაშია ჩქარდება მშობიარობის ბუნებრივი პროცესი.

ექთნების უმთავრესი საზრუნავი მშობიარე ქალის დამშვიდება და შფოთვისა და შიშის შემცირებაა. აღსანიშნავია, რომ თუ ქალი მშობიარობდე კარგად ინფორმირებულია და კარგად იცნობს მშობიარობის ბუნებრივ პროცესს, ის მშობიარობას მეტად პოზიტიურად ხვდება და მოგვიანებით ამ გამოცდილებას პოზიტიურ კონტექსტში განიხილავს.

კულტურა და მოლოდინები

ქალის კულტურული თავისებურებები ზეგავლენას ახდენს მის ღირებულებებზე, მოლოდინებსა და მშობიარობის მიმართ დამოკიდებულებაზე. კულტურული თავისებურებების სათანადო ცოდნა ექთანს ეხმარება უკეთ იზრუნოს მშობიარეზე და მის ოჯახზე. ექთანმა უნდა შეაფასოს როგორც მშობიარის, ისე მისი თანმხლები პირის მოლოდინები და განწყობები.

მეტად პერსონიფიცირებული მოვლის მიზნით, უმჯობესია თუ ექთანს წინასწარ ექნება ინფორმაცია რიგი საკითხების შესახებ. მაგალითად, რამდენი ხანია რაც ქალი და მისი ოჯახი ამ ადგილას ცხოვრობს? ახალი იმიგრანტები ხომ არ არიან? რომელ ენაზე საუბრობენ? მშობიარე და მისი ოჯახი თუ საუბრობს ერთი და იგივე ენაზე?ერთ-ერთი ან ორივე ხომ არ საუბრობენ ადგილობრივ ენაზე? კომფორტულად გრძნობენ თუ არა რომ კომუნიკაცია ქონდეთ იმ ენაზე, რომელზეც ექთანი საუბრობს თუ ეს არ არის მათი სალაპარაკო ენა? სმენის პრობლემების მქონე მშობიარე როგორ ურთიერთობს ადამიანებთან, ვისაც სმენის პრობლემა არ გააჩნიათ? თუ თარჯიმანია საჭირო/ ვის ისურვებენ რომ იყოს მათი თარჯიმანი ? (ქალი თუ კაცი, კონკრეტული რელიგიის წარმომადგენელი?)

ვინ არის მთავარი ადამიანი ვინც მის მხარდაჯერას შეეცდება მშბიარობის დროს?რას წარმოადგენს ეს ადამიანი მშობიარისთვის? აქტიურად დაეხმარება მშობიარეს მშობიარობის პროცესში(როგორიცაა სწორად სუნთქვის მართვაში) თუ ნაკლებად აქტიური როლი ექნება? ვინ დაესწრება მშობიარობას?

ვინ იქნება გადაწყვეტილების მიმღები? ან ვინ იქნება ვისაც მნიშვნელოვანი გადაწყვეტილების შემთხვევაში უნდა მივაკითხოთ?

თუ მიიღებს სხვა ნათესავი(მაგალითად, ბებია) ახალშობილის პირველადი ზრუნვის პროცესში მონაწილებას ?

საჭიროა თუ არა რომ სამედიცინო ზრუნვაში ჩართული პირები იგივე სქესის ან რომელიმე კულტურული ჯგუფის წარმომადგენელი იყოს?

რას გრძნობს ქალი შეხებისას? გრძნობს თუ არა თავს კომფორტულად რომ მიმართოს ექთანს თუ არასასურველი შეხება მოხდა?

არის თუ არა სპეციფიუკრი სიმბოლოები, მოქმედებები ან ცერემონიები რომლებსაც გამოიყენებენ მშობიარობის დროს? ვინ ჩაატარებს ამ ცერემონიას?

მშობიარობა როგორც გამოცდილება

მშობიარობა არის ფიზიკური და ფსიქოლოგიური გამოცდილება. ეს არის მოვლენა, რომელიც სამუდამოდ ცვლის ქალსა და ოჯახს. ოჯახებში ბავშვების დაბადება ისევე მნიშვნელოვანია როგორც ქორწილი, დღესასაწაულები, რელიგიური შემთხვევები და სიკვდილი. პატარა ოჯახებს უფრო მეტის მოლოდინი აქვთ მშობიარობის მიმართ. ქალს რაც მეტად რეალისტური მოლოდინი აქვს მშობიარობის მიმართ, მით მეტად დადებითი კონტექსტით გაიხსენებს ამ მოვლენას მომავალში. ქალის წარსული მშობიარობის გამოცდილება, ტკივილი, პირადი წარმატება ან მარცხი ზეგავლენას ახდენს მის მიმდინარე მოლოდინებზე მშობიარობის მიმართ.

მხარდაჭერა

მუდმივი მხარდაჭერის დადებითი ეფექტი მშობიარობაზე დადასტურებულია.

მხარდაჭერა შედგება ფიზიკური კომფორტის შექმნით, ინფორმირებულობით, ინტერესების დაცვით, შექებით, გამხნევებით, გვერდით ყოფნით და მშვიდი და კომფორტული გარემოს შექმნით.

ტექნოლოგიების გავლენა მშობიარობის პროცესზე

ორსულზე ზრუნვის მთავარი მიზანი არის რომ დავიცვათ დედის, ნაყოფისა და ახალშობილის ჯანმრთელობა, გვერდში დავუდგეთ და გავაუმჯობესოთ ქალის მდგომარეობა.

ქალზე ზრუნვაში ჩართულ პირებს, ტექნოლოგიები ეხმარება პრობლემების სწრაფ იდენტიფიცირებაში. შედეგად, მოსალოდნელი ზიანის თავიდან აცილების მიზნით, სწრაფადვე იგეგმება შესაბამისი ინტერვენციები, რაც ზრდის დედისა და ნაყოფის უსაფრთხოების ხარისხს.

აღსანიშნავია ისიც, რომ ზედმეტმა ტექნოლოგიებმა შეიძლება ორსულზე ზრუნვა ადამიანური გრძნობებისგან დაცალოს. მშობიარეს შეიძლება დარჩეს შთაბეჭდილება, რომ ის ნაკლებ მნიშვნელოვანია ვიდრე ინფორმაცია მონიტორინგის აპარატებიდან და სხვადასხვა სამედიცინო მოწყობილობებიდან. ექთანი ფრთხილად უნდა იყოს რომ ტეკნოლოგიებზე არ მოახდინოს მთლიანი კონცენტრირება და პაციენტზე იყოს ორიენტირებული. თუ ექთანი შეძლებს შეინარჩუნოს ყურადღება მშობიარეზე და ტექნოლოგიები მხოლოდ დამხარე მოწყობილობა იქნება, მაშინ არასასურველი გამოსავალი ნაკლებად შესაძლებელია.

გაურთულებელი მშობიარობა ბუნებრივი პროცესია, რომელსაც არ სჭირდება რუტინულად რთული ტექნოლოგიების გამოყენება. მშობიარობის დროს არასაჭირო ჩარევა იწვევს დამატებით სხვა ჩარევებს, რაც აფერხებს დაბადების ბუნებრივ პროცესს. მაგალითად, ეპიდურული ანალგეზია, იწვევს ტკივილის საგრძნობლად მოხსნას, მაგრამ ის ასევე იწვევს დიდი რაოდენობით ინტრავენური სითხის გადასხმის საჭიროებას და ზღუდავს ქალს საწოლში წოლით. ასევე რადგან შარდის ბუშტი უფრო ჩქარა ივსება, ეს ზრდის დამატებით კათეტერიზაციის საჭიროებას.

მიუხედავად იმისა რომ ნორმალურ მშობიარობას არ სჭირდება კომპლექსური ტექნოლოგიების რუტინულად გამოყენება, ბევრი ქალი ითხოვს მშობიარობის პროცესში ისეთი ტექნოლოგიების გამოყენებას, რომლებიც მათი აზრით ახალშობილების მაქსიმუმ უსაფრთხოებას უზრუნველყოფს. ზოგ ქალს ახლობლებისგან სმენია ტექნოლოგიების როლის შესახებ მშობიარობის დროს და ისინიც ბაძავენ მათ.

ექთანი სწორედ ის დამაკვშირებელი ხიდია რომელიც გადის ჰუმანურობასა და ტექნოლოგიებს შორის. ექთანმა კვლავ უნდა გააგრძელოს მშობიარის მხარდაჭერა, იმ შემთხვევაშიც კი თუ ტკივილები მინიმუმამდეა გაუტკივარების გამო. ზრუნვის მდგომარეობა შეიძლება სხვანაირი იყოს გაუტკივარების შემთხვევაში შედარებით გაუტკივარების გარეშე მშობიარობისგან.

ექთანმა აუცილბლად უნდა მიაქციოს ყურადღება მშობიარესა და ნაყოფს და არ უნდა შემოიფარგლოს დამხმარე სამედიცინო მონიტორინგის სისტემის მეთვალყურეობით.

მშობიარობის კომპონენტების ურთიერთდამოკიდებულება

ოთხი კომპონენტი რომელიც ცალ-ცალკე განვიხილეთ, სინამდვილეში ურთიერთკავშირშია. მაგალითად, ქალს ვიწრო მენჯით და დიდი ნაყოფით შეუძლია ნორმლაურად იმშობიაროს თუ ნაყოფი იდეალურად არის მოთავსებულ მენჯში და საშვილოსნოს შეკუმშვები და ქალის ჭინთვები ძლიერია. ექთნის მხარდაჭერა აძლიერებს დადებით ფსიქოლოგიურ ელემენეტებს და აუმჯობესებს მშობიარობის პროცესს. ექთანს შეუძლია გახდეს მშობიარე ქალის თანამდგომი და გაზარდოს თვითკონტროლისა და მშობიარობის მართვის შეგრძნება, რომელიც ამცირებს შფოთვას და შიშს და ეხმარება მშობიარობის პროცესს.

ნორმალური მშობიარობა

მშობიარობის დაწყება

მიუხედავად უწყვეტი კვლევებისა, ზუსტი მექანიზმი თუ რა იწვევს მშობიარობის დაწყებას უცნობია. მშობიარობა ნორმალურად იწყება მაშინ, როცა ნაყოფი იმდენად არის მომწიფებული რომ საშვილოსნოს გარეთაც ადვილად ადაპტირდება და ამასთან არ არის იმდენად დიდი ზომის რომ ვაგინალური მშობიარობა შეუძლებელი გახდეს. განვითარების ეს ეტაპი (ვადას მიღწეული ორსულობა) დგება გესტაციის 38 დან 40 კვირამდე პერიოდში.

ბუნებრივი მშობიარობა იწყება როცა ძალები, რომელიც მიმართულია ორსულობის გაგარძელებისკენ, დაძლეულია ძალების მიერ, რომელიც მიმართულია ორსულობის დასრულებისკენ. ამ სფეროში აქტიური კვლევები მიმდინარეობს, რადგან ნაადრევი მშობიარობის პრევენციის მიზნით, ამ მექანიზმის ცოდნა კრიტიკულია.

ცვლილებები რომელებიც მოქმედებს მშობიარობის ინიციაციაზე:

ცვლილება დედის პროგესტერონსა და ესტროგენს შორის თანაფარდობაში ისე, რომ ესტროგენის დონე უფრო მაღალია ვიდრე პროგესტერონის. პროგესტერონი იწვევს საშვილოსნოს გლუვი კუნთის მოდუნებას მთელი ორსულობის პერიოდში. ესტროგენის შედარებით მაღალი დონე და პროგესტერონის შემცირებული დონე აძლიერებს საშვილოსნოს მგრძნობელობას იმ

ნივთიერებების მიმართ, რომელიც ასტიმულირებს საშვილოსნოს შეკუმშვებს; ესენია პროსტაგლანდინები ნაყოფის მემბრანებიდან და ოქსიტოცინი დედის უკანა ჰიპოფიზიდან. ესტროგენი ზრდის უჯრედშორის დამაკავშირებელი არხების რაოდენობას, რომლებიც საშუალებას აძლევს საშვილოსნოს კუნთის უჯრედს რომ შეიკუმშოს კოორდინირებულ ერთეულად.

პროსტაგლანდინები, რომლებიც წარმოქმნილია დეციდუალური გარსიდან და მემბრანებიდან შესაძლოა მონაწილეობდეს საშვილოსნოს მომზადებაში მშობიაროვისთვის. პროსტაგლანდინები გამოიყოფა ნაყოფის მემბრანების ქვედა ნაწილიდან და შესაძლოა დაკავშირებული იყოს ვაგინალური მიკროორგანიზმების მიმართ ანთებით პასუხთან.

სავარაუდოა, რომ ოქსიტიცინი პასუხისმგებელია მშობიარობის დაწყებისა და სამშობიარო მოქმედების შენარჩუნებაზე. სავარაუდოდ, მხოლოდ ოქსიტოცინი არ იწყებს მშობიარობას, არამედ სხვა ნივთიერებებთან ერთად იღებს მონაწილეობას მშობიარობის დაწყებაში. არსებობს მტკიცებულება, რომ თავად ნაყოფიც გამოიმუშავებს ოქსიტოცინს.

საშვილოსნოში ოქსიტოცინის რეცეპტორები საგრძნობლად იზრდება მშობიარობის დაწყებისას და აგრძელებს ზრდას მშობიარობის განმავლობაში, პიკს აღწევს უშუალოდ ნაყოფის დაბადების პროცესში თუ რეცეპტორების ამპლიფიკაცია არ მოხდა, ოქსიტოცინის სეკრეციის ზრდა მხოლოდ მცირე ეფექტს აღწევს.

გამოიკვეთა ნაყოფის როლიც მშობიარობის დაწყებაში: მშბიარობის დროს, ნაყოფის მემბრანები, მაღალი კონცენტრაციით გამოყოფენ პროსტაგლანდინებს. ამასთან, ნაყოფი გამოიმუშავებს ოქსიტოცინს და კორტიზოლს (თირკმელზედა ჯირკვლის მიერ), რომლებიც ასტიმულირებს საშვილოსნოს შეკუმშვას.

ჰორმონალურ ზემოქმედებასთან ერთად, ვადამოსული ორსულობის დროს, საშვილოსნო მეტად მგრძნობიარე ხდება ყელის გადაჭიმვისა და დაწოლის მიმართ მაშინ, როცა ადრეული ორსულობის დროს საშვილოსნო არ პასუხობს დაჭიმვაზე გლუვი კუნთების შეკუმშვით. სავარაოდოდ, ეს უკუკავშირია პასუხისმგებელი საშვილოსნოს შეკუმშვის სტიმულაციაზე, ორსულობის სრულ ვადაზე, ნაყოფის თავის დაწოლის შედეგად. ვადა მოსულ ორსულში, ნაყოფის თავი ჭიმავს ყელს და იწვევს საშვილოსნოს ფუძის შეკუმშვას. შედეგად ფუძე კიდევ უფრო აწვება ნაყოფის თავს ყელის საწინააღმდეგოდ და იწვევს მეტ საშვილოსნოს ფუძის შეკუმშვას. ყელის გადაჭიმვა ასევე ოქსიტოცინის გამოყოფას იწვევს.

მშობიარობის პროდრომალური ნიშნები

ბრაქსტონ ჰიკსის შეკუმშვები

შეკუმშვები რომლებიც ორსულობის განმავლობაში ხდება არარეგულარული და სუსტია. სრული ვადის მიახლოვებასთან ერთად, შეკუმშვები უფრო შესამჩნევი და მტკივნეულიც კი ხდება. ნამშბიარებ ქალში საშვილოსნოს აქტივობა მეტია, ვიდრე არანამშობიარებ ქალში.

ბრაქსტონ ჰიკსის შეკუმშვები(საშვილოსნოს არარეგულარული და სუსტი შეკუმშვები, რომლების ხდება ორსულობის განმავლობაში და ბოლო ტრიმესტრში ძლიერდება) ორსულობის ბოლო პერიოდში, ხშირად ძილის სირთულეებს იწვევს. შეკუმშვები შეიძლება პერიოდულად რეგულარული გახდეს და ქალს შეიძლება ეგონოს რომ მშობიარობა დაეწყო.

ჩივილების შემსუბუქება

ნაყოფის მენჯში ქვევით ჩამოსვლასთან ერთად , ქალი ამჩნევს რომ შედარებით მარტივად სუნთქავს, რადგან ზემოთ აწეული დიაფრაგმის გამო, გულმკერდის წნევა მცირდება, თუმცა გაზრდილი წნევა შარდის ბუშტზე გახშირებულ შარდვას იწვევს.

ნაყოფის თავის წნევა მენჯში ფეხების კუნთების კრუნჩხვებსა და შეშუპებას იწვევს .

შემსუბუქება(ნაყოფის მენჯის გასასვლელთან ჩამოსვლა მშობიარობამდე) უფრო მეტად გამოხატულია არანამშობიარებ ქალებში და ხდება ბუნებრივი მშობიარობიდან 2-3 კვირით ადრე.

ვაგინალური ლორწოს მომატებული სეკრეცია

ვაგინალური სეკრეცია იმატებს, როცა ნაყოფის წნევა იწვევს ვაგინალური ლორწოვანის შეგუბებას. დისკომფორტის თავიდან აცილების მიზნით, უმჯობესია თუ ქალი გამოიყენებს საფენებს გამონადენის რაოდენობის შესაბამისად.

ყელის გახსნა და სისხლიანი "საცობი"

ორსულობის სრული ვადის მიახლოებასთან ერთად ყელი რბილდება ჰორმონ რელაქსინის და გაზრდილი სითხის შემადგენლობის გამო. ეს ცვლილებები(ყელის გახსნა) ყელს საშუალებას აძლევს უფრო მარტივად გაიჭიმოს სამშობიარო შეკუმშვების ძალით.

ნაყოფის თავის ქვემოთ ჩამოსვლის შედეგად, წნევა იზრდება ყელზე და იწყება ყელის გადასწორების და გახსნის პროცესი. გადასწორება და გახსნა იწვევს ლორწოს საცობის გამოვარდნას, რომელიც ყელს ჰერმეტულად ეკვრის ორსულობის დროს. ამ დროს წყდება ყელის პატარა კაპილარებიც და ქალს აღენიშნება სისხლიანი გამონადენი (ყელის ლორწოს და სისხლს განწყვეტილი კაპილარებიდან მიღებული მოვარდისფრო მოყავისფრო). ეს მოვლენები წინ უსწრებს მშობიარობას რამდენიმე დღით ან კვირით ადრე. არანმშობიარებ ქალებში, შესაძლოა ეს მოვლენები არც შეგვხვდეს.

აღსანიშნავია, რომ ორსულ ქალში სისხლძარღვოვანი გაჯირჯვების გამო ვაგინალურმა გასინჯვამ ან სქესობრივმა კავშირმა შეიძლება გამოიწვიოს მცირე რაოდენობით სისხლიანი გამონადენი, რაც დაკავშირებულია კაპილარების დაზიანებასთან.

მშობიარობის წინ, ზოგიერთ ქალს ენერგიის მოზღვავება აქვს, ამ დროს ისინი უნდა გავაფრთხილოთ რომ დაისვენონ და ენერგია უშუალოდ მშბიარობისთვის შემოინახონ.

წონაში კლება

მშობიარობის წინ შესაძლოა მოხდეს წონაში მცირედი კლება, დაახლოებით 2 - 7კგ მდე შეცვლილი ესტროგენ-პროგესტერონის თანაფარდობის გამო, რომლებიც ორსულობის დროს ზედმეტად დაგროვებული სითხის გამოყოფას იწვევს.

ჭეშმარიტი მშობიარობა და ცრუ მშბიარობა

ორსულ ქალებში ხშირია ცრუ სამშობიარო მოქმედება, რომელიც, თავის მხრივ, სამშობიაროში მიმართვიანობის ხშირია მიზეზია, რაც დაკავშირებულია ქალის ფრუსტრაციასთანაც.

რამდენიმე მახასიათებელი განასხვავებს ცრუ და ნამდვილ სამშობიარო მოქმედებას: ესენია: შეკუმშვები, დისკომფორტი და ყელის ცვლილება. საუკეთესო განმასხვავებელი ნამდვილ და ცრუ მშობიარობას შორის არის ის, რომ შეკუმშვები ნამდვილი მშობიარობის დროს არის პროგრესული, რომელსაც თან ახლავს ყელის გაფართოებაც.

რიგ შემთხვევებში, სამშობიარო მოქმედების დაწყებამდე, შესაძლოა დაირღვეს სანაყოფე გარსების მთლიანობა და ქალმა დაღვაროს სანაყოფე წყლები. ამ შემთხვევაში მნიშვნელოვანია, რომ ქალმა დროულად მიაკითხოს სამშობიაროს შემდგომი გართულებების თავიდან ასაცილებლდ (ინფექცია, ჭიპლარის კომპრესია).

სამახსოვრო 2-1

<table>
<tr><td colspan="2" align="center">რა უნდა იცოდეს ორსულმა
როგორ მივხვდეთ რომ "ნამდვილად" ვმშობიარობთ</td></tr>
<tr><td colspan="2" align="center">ნამდვილი მშობიარობა ცრუ მშბიარობისგან სამი ძირითადი ნიშნით განსხვავდება</td></tr>
<tr><td>ცრუ მშობიარობა</td><td>ნამდვილი მშობიარობა</td></tr>
<tr><td colspan="2" align="center">შეკუმშვები</td></tr>
</table>

სიხშირე, ხანგრძლივობა და სიძლიერე ცვალებადია. იცვლება ან მცირდება აქტიურობასთან ერთად(როგორიცაა სიარული).	ჩვეულებრივ, სიხშირეს, ხანგრძლივობასა და სიძლიერეს მატების მუდმივი ხასიათი აქვს . იზრდება სიარულის დროს . იწყება ქვედა წელის მიდამოში და ვრცელდება მუცლის ქვედა ნაწილში.
დისკომფორტი	
იგრძნობა მუცლისა და საზარდულის მიდამოში. შეიძლება უფრო შემაწუხებელი იყოს ვიდრე ნამდვილი მშობიარობა.	ზოგიერთ ქალში წელის ტკივილმა შეიძლება მუდმივი სახე მიიღოს. მშობიარობის ადრეულ ეტაპზე ხშირად გავს მენსტრუალურ ტკივილებს.
ყელი	
გადასწორება და გახსნა არ ხდება შესამჩნევად.	ხასიათდება პროგრესული გახსნით და გადასწორებით (ყველაზე მნიშვნელოვანი მახასიათებელი).

მშობიარობის მექანიზმი

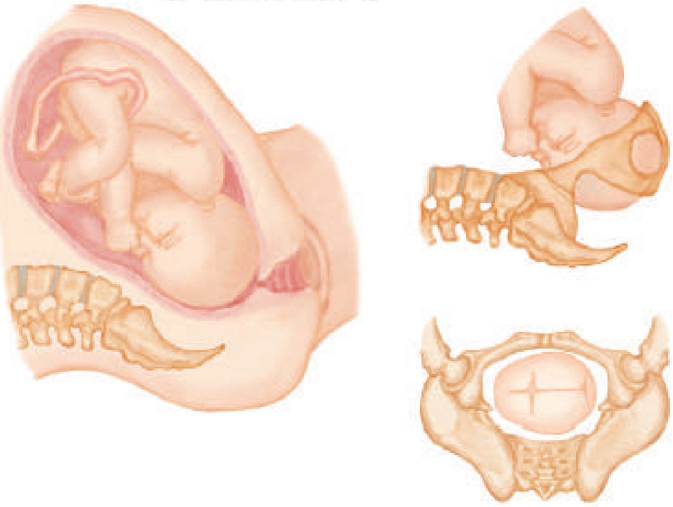
მშობიარობის პროცესში, როცა ნაყოფი მენჯში ქვემოთ ჩამოდის, განიცდის რამდენიმე პოზიციურ ცვლილებას, იმისთვის რომ ადაპტირდეს დედის მენჯის ზომებთან და ფორმასთან სხვადასხვა დონეზე. მიუხედავათ იმისა რომ მშობიარობის მექანიზმი აღწერილია ცალ-ცალკე. რამდენიმე ნაბიჯი ერთდროულად ხდება (სურათი 2-12).

ნაყოფის კეფით წინმდებარეობის დროს მშბიარობის მექანიზმი შემდეგნაირია:

- ნაყოფის თავის მოხრა წინამდებარე ნაწილის დიდი მენჯის გავლით.
- ნაყოფის თავის შესვლა წინამდებარე ნაწილის ყველაზე ფართო დიამეტრის ნაწილით დედის მენჯის საჯდომის ძვლის დონეზე.
- ნაყოფის თავის მოხრა, რომელიც საშუალებას აძლევს ნაყოფის თავის ყველაზე პატარა დიამეტრის გათანაბრებას შუამენჯის ყველაზე პატარა დიამეტრთან, ნაყოფის ქვევით სვლასთან ერთად.
- შიგნითა ბრუნვა, რომლეიც საშუალებას აძლევს ნაყოფის თავის ყველაზე დიდი დიამეტრის გათანაბრებას დედის მენჯის ყველაზე დიდ დიამეტრთან.
- ნაყოფის თავის გაშლა, ხდება როცა ნაყოფის კისერი ბრუნავს ბოქვენის სიმფიზის შიდა კიდეზე, რათა ნაყოფის თავი მენჯის გამოსავლელის მრუდებს მოერგოს.
- ნაყოფის თავის გარეთა ბრუნვა, ნაყოფის თავის მხრებთან მიმართებით გასწორებას აძლევს საშუალებას გამოდევნის დროს.
- ნაყოფის მხრებისა და სხეულის გამოდევნა.

ნაყოფის სხვა პოზიციების დროს, მშობიარობის მექანიზმი სხვადასხვაა (გარდა კეფით წინამდებარეობისა), მაგრამ მიზანი ერთია, ეფექტურად მოხდეს დედის მენჯის სივრცეების ათვისება.

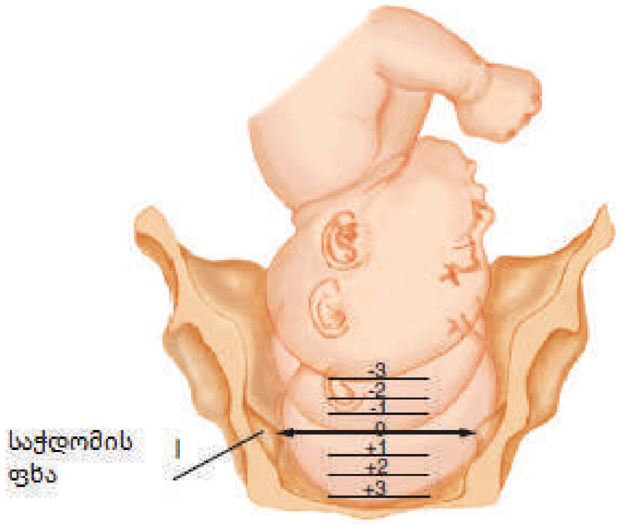
დაწევა,შესვლა,მოხრა



ნაყოფის დაწევა არის მშობიარობის მექანიზმი,რომელიც თან ახლავს ყველა სხვა მოძრაობას. დაწევის გარეშე არცერთი მექანიზმი არ მოხდება

სურათი 2-12 მშობიარობის (მთავარი მოძრაობები) მექანიზმი.

ჩადგმა



ჩადგმა არის საზომი, ნაყოფის წინამდებარე ნაწილის დაწევა, საჯდომი ფხების დონესთან მიმართებით. საჯდომი ფხის დონე არის ნულოვანი ადგმის დონე. დანარჩენი ჩადგმის დონეები აღნიშნულია ციფრებით, რომლებიც ასახავს საჯდომი ფხიდან რამდენი სანტიმეტრით (ნეგატიური ციფრებით) ზემოთ ან ქვემოთაა საჯდომი ფხიდან (დადებითი ციფრები). ნაყოფის ქვემოთ მსვლელობასთან ერთად ჩადგმის აღნიშვნა ხდება უმაღლესი ნეგატიური რიცხვებიდან (-3,-2,-1) ნულამდე (0) და ნოლიდან უმაღლეს დადებით რიცხვებამდე (+1,+2,+3, ა.შ.) ხანდახან ტერმინი “ტივტივი” შეიძლება გამოვიყენოთ ნაყოფის წინამდებარე ნაწილის მდგომარეობის ასაღწერად,რომელიც ისე მაღლაა რომ თავისუფლად ხდება ზემოთ აწევა მუცლის ან საშოსმხრივი გასინჯვის დროს.

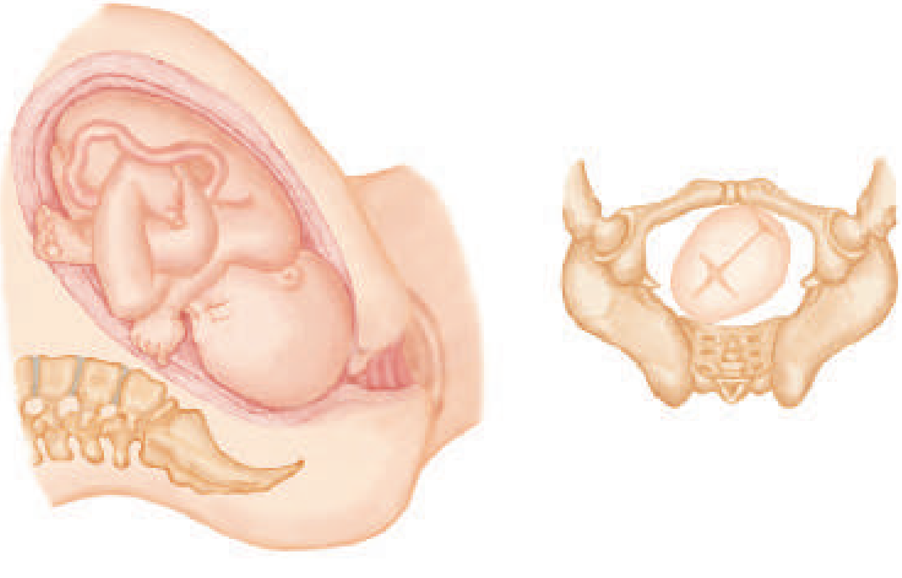
შესვლა

შესვლა ხდება როცა ნაყოფის წინამდებარე ნაწილის ყველაზე დიდი დიამეტრი (ნორმალურად თავი) გაივლის მენჯის შესასვლელს და შედის მენჯის ღრუში. შესვლად ითვლება მდგომარეობა, როცა წინამდებარე ნაწილის დგომა არის ნულ ან ქვედა დონეზე. შესვლა ასევე შეიძლება მოხდეს მშობიარობის დაწყებამდე არანამშობიარებ ქალებში, შესვლა არ ხდება მანამ, სანამ მშობიარობა არ დაიწყება

მოხრა

ნაყოფის ქვემოთ სვლასთან ერთად, ნაყოფის თავი იხრება მეტად მენჯის რბილი ქსოვილების საწინააღმდეგოდ. ნაყოფის მოხრა მენჯის ყველაზე პატარა წინაუკანა დიამეტრს წარმოადგენს (კეფისქვეშაბრეგმატული).

შიგნითა ბრუნვა



ნაყოფი მენჯის შესასვლელს გაივლის საკუთარი ისრისებრი ნაკერის განივი ან დახრილი მდებარეობით დედის მენჯის მიმართ, რადგან ეს არის მენჯის ყველაზე ფართო დიამეტრი. შიგნითა ბრუნვა საშუალებას იძლევა, რომ ნაყოფის თავის დიამეტრი(წინაუკანა) დედის მენჯის ყველაზე გრძელ დიამეტრთან შესაბამისობაში ჩადგეს.

მენჯის ყველაზე გრძელი გამოსასვლელი არის წინაუკანა დიამეტრი. ნაყოფის დაწევასთან ერთად საჯდომის ფხის დონეზე, ის თანდათანობით ბრუნავს ისე რომ ნაყოფის კეფა არის საჯდომის წინა მხარეს (OA) პოზიციაში, დედის ბოქვენის სიმფიზის ქვეშ. შიგნითა ბრუნვის დასრულების შემდეგ ისრისებრი ნაკერი მიმართულია წინაუკანა (OA) დიამეტრში. შედარებით ნაკლებ შემთხვევაში, ნაყოფის თავი შეიძლება შემობრუნდეს უკანა მიმართულებით და კეფა მოექცეს დედის გავის ძვლის მხარეს (OP).

გაშლა

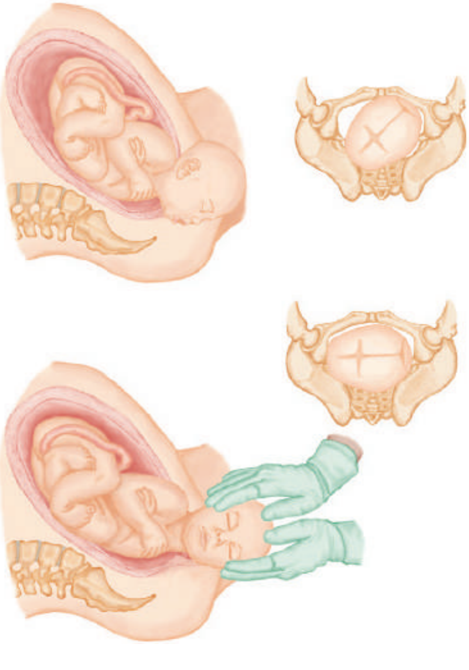
გაშლის დასაწყისი (შიგნითა ბრუნვა დასრულებულია)

სრული გაშლა

იქიდან გამომდინარე, რომ მენჯი არის მოხრილი ცილინდრის ფორმის, ნაყოფის სახე მიმართულია უკან, სწორი ნაწლავის მხარეს, როგორც ნაყოფი იწყებს ბრუნვას და ქვევით სვლას. მენჯის ფორმები რომ გადალახოს ნაყოფმა თავის მდებარეობა უნდა შეცვალოს მოხრილიდან გაშლილი Wმდგომარეობისკენ.

მოხრილ მდგომარეობაში ნაყოფის თავი წინაალმდეგობას განიცდის მენჯის ქსოვილისგან. იმავდროულად ნაყოფის კისერი ჩერდება სიმფიზის ქვეშ, რომელიც მბრუნავი ღერძივითაა კომბინაციაში მენჯის ფსკერის და სიმფიზის ღერძისებრი მოქმედებით. ნაყოფის თავი იხრება წინ და იშლება დედის თითოეული ჭინთვის შედეგად. ნაყოფის თავის დაბადება ხდება გაშლილ მდგომარეობაში, კეფის მხარე სიმფიზის უკან და სახე სწორი ნაწლავის მხარეს. ნაყოფის შუბლი, ცხვირი და ნიკაპი გამოსრიალდება პერინეუმში ნაყოფის თავის დაბადებისას.

გარეგანი ბრუნვა

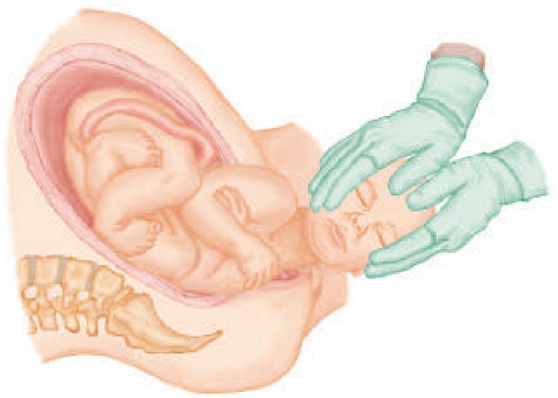


ნაყოფის დაბადების დროს კეფის მიმართულება არის წინ, მხრები უნდა მობრუნდეს შიგნით რომ გათანაბრდეს მენჯის წინაუკანა დიამეტრთან მიმართებით.

თავის დაბადების შემდეგ, ნაყოფი სპონტანურად ბრუნდება იგივე მხარეს და მხრები და ზურგი უბრუნდება იგივე მდგომარეობას როგორც იყო საშვილოსნოში, ამ პროცესს ეწოდება პირველადი მდგომარეობის აღდგენა. ნაყოფის თავი კვლავ ბრუნავს უფრო მეტად გარეთა ბრუნვის მხარეს, როცა მხრები აკეთებს შიგნითა ბრუნვას და მენჯის გამოსასვლელის წინაუკანა დიამეტრთან მოთავსდება თავის განივი დიამეტრით.

თავის გარეთა ბრუნვას ერთვის მხრების შიგნითა ბრუნვა.

დაბადება,ექსპულსია



დაბადება ხდება პირველად წინა მხრიდან, შემდეგ უკანა, მხრები გამოივლის სიმფიზს, მხრების დაბადებას დანარჩენი სხეულის დაბადება მოსდევს.

მშობიარობის სტადიები და ფაზები

მშობიარობა იყოფა ოთხ სტადიად, თითოეულ სტადიას აქვს უნიკალური მოცემულობა. ეს თავი აღწერს, ქალის ტიპიურ ფიზიოლოგიურ მახასიათებლებს და დედობრივ ქცევებს. თითოეული ქალი განსხვავდება საკუთარი მშობიარობის მაგალითით და რეაქციით მშობიარობაზე. მშობიარე რომელიც ირჩევს ეპიდურულ გაუტკივარებას, მეტად მოსალოდნელია რომ მოიქცევა სხვანაირად ტკივილის მართვის გამო (ცხრილი 2-1).

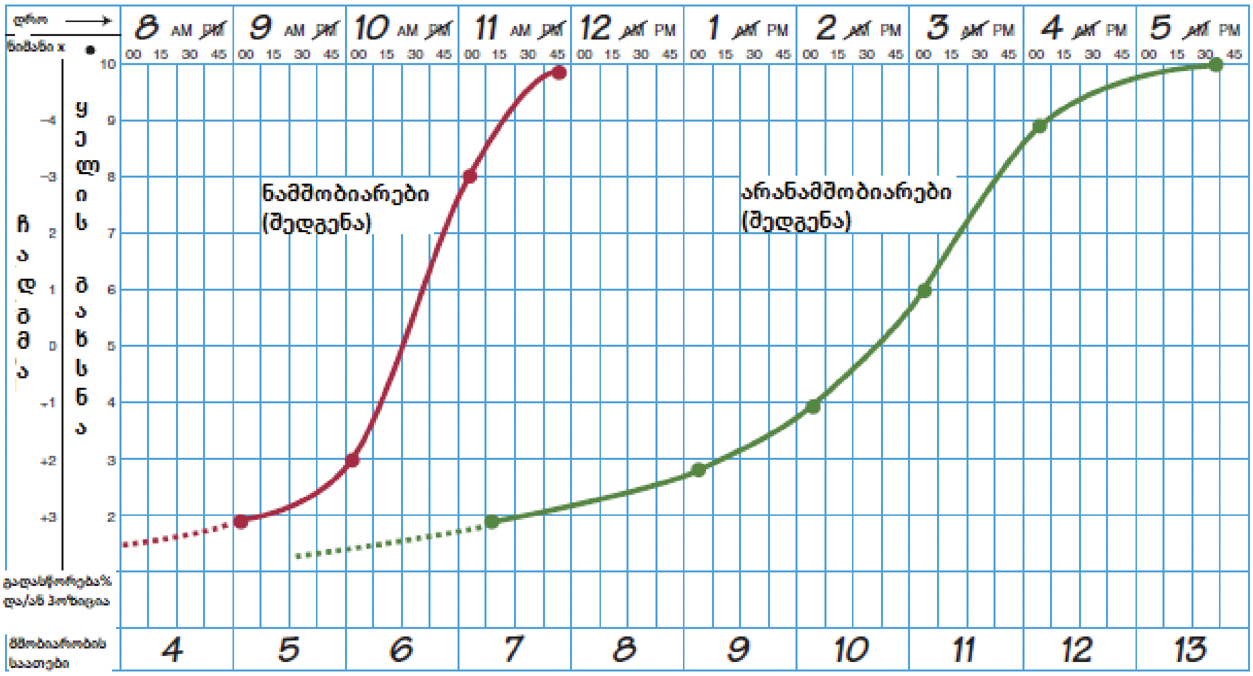
პირველი სტადია

საშვილოსნოს ყელის გადასწორება და გახსნა ხდება მშობიარობის პირველ პერიოდში ან ყელის გახსნის სტადიაში. ის იწყება ნამდვილი სამშობიარო შეკუმშვების დაწყებასთან ერთად და მთავრდება ყელის სრული გახსნით(10სმ) და გადასწორებით(100%). პირველი სტადია იყოფა სამ ფაზად, ლატენტური, აქტიური და გარდამავალი. მშობიარობის პირველი სტადია არის ყველაზე ხანგრძლივი არანამშობიარებ და ნამშობიარებ ქალებში. თითოეული ფაზა ხასიათდება დედის ქცევების ცვლილებით. ქცევის ცვალებადობა დამოკიდებულია როგორც მშობიარის წინასწარ მომზადებასა და სტრასთან გამკლავების უნარზე, ისე იმ მედიკამენტებზე, რომელიც გამოიყენება ამ პერიოდის სამართავად.

მშობიარობის პროგრესისი სიჩქარე ძალიან მნიშვნელოვანია. როცა აქტიური ფაზა იწყება, არანამშობიარები ქალის ყელი იხსნება 1.2 სმ-ით საათში, ხოლო განმეორებითი მშობიარობის შემთხვევაში (ქალები რომლებმაც იმშობიარეს ორჯერ ან მეტჯერ 20 კვირის გესტაციის ორსულობის შემდეგ) კი - 1.5 სმ-ით საათში.

მშობიარობის პროგრესი აისახება ფრიდმანის გრაფაზე (სურათი 2-13). ფრიდმანის გრაფის ბოლო ცვლილების მიხედვით ის ასახავს საშვილოსნოს ყელის გახსნის ლატენტურ და აქტიურ ფაზებს.

ნორმალური გახსნის მრუდის შედგენა



სურათი 2-13; მშობიარობის მრუდე, ხშირად ეწოდება ფრიდმანის მრუდე,შეიძლება გამოვიყენოთ გარკვევაში ქალის საშვილოსნოს ყელის გახსნა პროგრესირდება თუ არა მოსალოდნელი სიჩქარით. ჩადგმის სიმბოლო (X) შეიძლება დავუმატოთ მშობიარობის მრუდეს. ჩვეულებრივი მშობიარობის მრუდე ნამშობიარები და არანამშობიარები ქალის არის ნაჩვენები შედარებისთვის.

ლატენტური ფაზა

ლატენტური ფაზა გრძელდება ყელის 3 სმ-მდე გახსნამდე. მისი ხანგრძლივობა განსხვავდება თითოეულ მშობიარეში, თუმცა არანამშობირები ქალებში უფრო ხანგრძლივია, ვიდრე ნამშობიარებ ქალებში. ლატენტური ფაზა შეიძლება უმტკივნეულოდ მიმდინარეობდეს და ორსულმა ვერც კი შეამჩნიოს როგორ გადავიდა ლატენტურიდან აქტიურ ფაზაში. ყელის გადასწორება და ნაყოფის პოზიციის შეცვლა ხდება ლატენტურ ფაზაში, რომელიც თავის მხრივ არის მზადება მშობიარობის უფრო აქტიური ცვლილებებისთვის. პირველი სტადიის ლატენტური ფაზის ხანგრძლივობა საშუალოდ 7.3- 8.8 საათი გრძელდება არანამშობიარებ ქალებში და საშუალოდ 4.1 - 5.3 მდე ნამშობიარებ ქალებში.

საშვილოსნოს შეკუმშვები თანდათანობით იზრდება სიხშირით, ხანგრძლივობით და სიძლიერით. შეკუმშვებს შორის ინტერვალი მცირდება მანამ, სანამ შეკუმშვები 5 წუთის ინტერვალით არ დაახლოვდებიან და პროგრესირდება აქტიურ ფაზაში. ლატენტური ფაზის ბოლოს შეკუმშვების ხანგრძლივობა 30-40 წამია. სიძლიერის მიხედვით საშვილოსნოს შეკუმშვები იწყება სუსტი შკუმშვებით, რომელის დროსაც კუნთი შეგვიძლია თითებით ჩავზნიქოთ და შემდეგ პროგრესირდეს საშუალო სიძლიერის შეკუმშვებად, რომლის დროსაც საშვილოსნოს კუნთი ნაკლედაბ იზნიქება დაწოლით.

შეკუმშვები თანდათანობით აღწევს სიძლიერის პიკს და გძელდება მანამ, სანამ არ დაიწყება მათი შემცირება.

მშობიარობის ლატენტური ფაზის დროს, მშობიარეს შეიძლება ჰქონდეს დისკომფორტის შეგრძნება თითოეული შეკუმშვის დროს. მშობიარობის პროგრესის შესაბამისად წელის დისკომფორტი მთლიანად მუცელზეც ინაცვლებს.

ბევრი ქალი ამ დისკომფორტს აღწერს როგორც მენსტრუალურ ტკივილს, განსაკუთრებით მშობიარობის დასაწყისში.

ქალი უმეტესად შემოდის კონტაქტში, აღელვებულია და კოოპერატიული. ის აფორიაქებულია, თუმცა ამავდროულად გახარებული, რომ ორსულობა მალე დასრულდება.

აქტიური ფაზა

მშობიარობის ამ ფაზას აქტიური იმიტომ ეწოდება, რომ მშობიარობის სიჩქარე იზრდება. საშვილოსნოს ყელი იხსნება 4სმ-დან 7 სმ-მდე და ამავდროულად უფრო დიდი სისწრაფით. ყელის გადასწორება დასრულებულია, ნაყოფი მენჯშია ჩამოსული და შიდა ბრუნვა იწყება. აქტიური და გარდამავალი ფაზები შეკავშირებულია, როგორც ერთი ფაზა და შეიძლება ვერ განვასხვავოთ როგორ გადადის ისინი ერთმანეთში.

აქტიური და გარდამავილი ფაზების ხანგრძლივობა განსხვავდება იმის მიხედვით მშობიარეს ეპიდურული გაუტკივარება გაკეთებული აქვს თუ არა.

არანამშობიარები ქალებში ეპიდურული გაუტკივარების გარეშე ამ ორი ფაზის ხანგრძლივობა პირველ სტადიაში გრძელდება საშუალოდ 5.7 - 7.5 საათი და საშუალოდ 7.4 საათი ეპიდურული გაუტკივარებით.

შეკუმშვები არის დაახლოებით 2-5 წუთის დაშორების და 40-60 წამის ხანგრძლივობის, ხოლო სიძლიერე მერყეობს საშუალოდან ძლიერამდე. აქტიური მშობიარობის შეკუმშვები პიკს აღწევს უფრო ჩქარა და ჩერდება უფრო ხანგრძლივი დროით ლატენტურ ფაზასთან შედარებით.

შეკუმშვების სიძლიერის გაზრდასთან ერთად გაუტკივარების გარეშე მართულ მშობიარობებში დისკომფორტი იზრდება (დისკომფორტის ადგილები იგივეა როგორც ლატენტურ ფაზაში).

მშობიარის ქცევა იცვლება, შიძლება მეტად შფოთავდეს და უმწეობის შეგრძნება დაეუფლოს შეკუმშვების სიძლიერის გაზრდასთან ერთად. ურთიერთობის სურვილი თანდათან უქრებათ და მეტად სერიუზულად ფოკუსირდებიან. ნაკლებად შესაძლებელია რომ მშობიარე შემოვიდეს კონტაქტში თუ რამე კონკრეტული მოთხოვნა არ აქვს. მათი ქცევა იცვლება და მეტად კონცეტნრირებული ხდებიან კონკრეტული მიისიის შესასრულებლად. მშობიარეები რომლებიც მედიკამენტოზურ გაუტკივარებას ირჩევენ, ზუსტად ამ ფაზაში ითხოვენ მას. ექთანი ამ პერიოდში ეხმარება მშობიარეს რომ შეინარჩუნოს კონცენტრაცია, მხარი დაუჭიროს მას იპოვოს საადაპტაციო მექანიზმები და მედიკამენტოზური ანესთეზიის გარდა იპოვის ტკივილთან გამკავების სხვა გამკლავების გზები.

გარდამავალი ფაზა

საშვილოსნოს ყელი ამ ფაზაში 8სმ-დან 10 სმ-მდე იხსნება და ნაყოფი უფრო ქვემოთ ჩამოდის მენჯში. სისხლიანი გამონადენი მეტად იზრდება ყელის სრულად გახსნასთან ერთად. ეს ფაზა პირველი პერიოდის მოკლე მაგრამ ინტენსიური ფაზაა. ის საშუალოდ 3- 6 საათი გრძელდება არანამშობიარებ ქალებში (ნამშობიარებში სხვადასხვა ხანგრძლივობისაა).

შეკუმშვები ძალიან ძლიერია, ის შიძლება იყოს იმდენად სწრაფი რომ ინტერვალი 1.5-2 წუთამდე დაახლოვდეს, ხანგრძლივობა კი 60-90 წამამდე. ძლიერმა შეკუმშვებმა შეიძლება გამოიწვიოს ქალის ფეხების კანკალი, პირღებინების შგრძნება და პირღებინება. ქალებისთვის რომლებსაც არ აქვთ გაუტკივარება, გარდამავალი ფაზა ყველაზე რთული ნაწილია. ამ დროს ქალი შეიძლება გაღიზიანდეს და კონტროლი დაკარგოს. პარტნიორი შიძლება დაიბნეს რადგან ის დახმარება რომელიც რამდენიმე წუთის წინ გამოსადეგი იყო ახლა შემაწუხებელი გახდეს. ექთანმა ამ დროს უნდა გაამხნევოს ქალი და შეახსენოს რომ ახლა მშობიარობა თითქმის დასასრულს მიუახლოვდა და დაეხმაროს ადაპტირებაში ახალ სიტუაციასთან. თუ ნაადრევი დაწოლის შეგრძნებები პრობლემური გახდა, ექთანი უმჯობესია დაეხმაროს ქალს სუნთქვითი ვარჯიშების სწორად შესრულებაში, რომ არ გაიჭინთოს მშობიარე არასაჭირო დროს.

მეორე სტადია

მეორე სტადია (ნაყოფის დაბადება) იწყება ყელის სრული (10სმ) გახსნითა და გადასწორებით (100%) და სრულდება ნაყოფის პირველი ჩასუნთქვით. მშობიარობის მეორე სტადიის ხან-

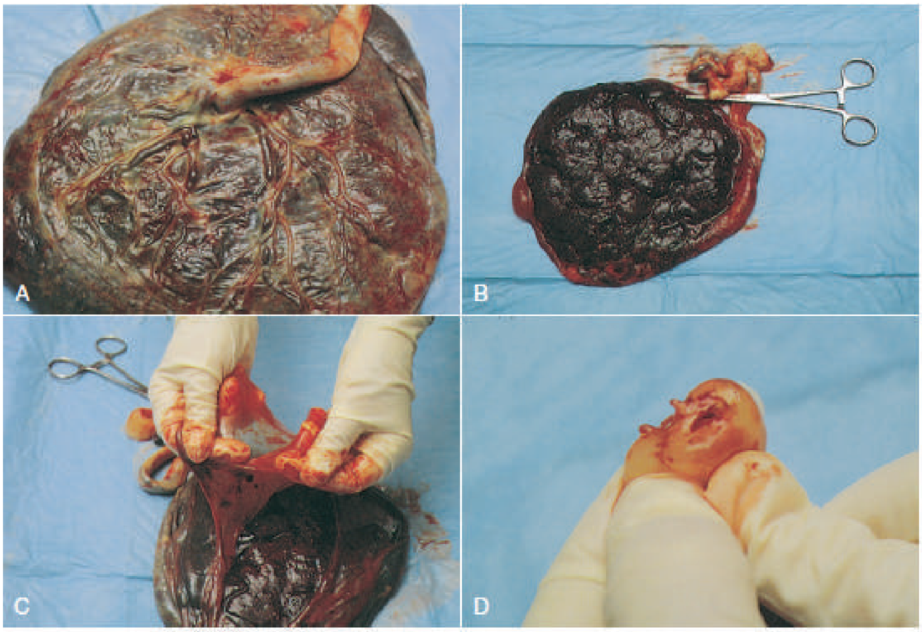
ხანგრძლივობა ხვადახვაა იმის მიხედვით ეპიდურული გაუტკივარება აქვს თუ არა ქალს. მეორე სტადიის ხანგრძლივობა არანამშობიარებ ქალში ეპიდურული გაუტკივარების გარეშე მერყეობს 53- 57 წუთამდე, ხოლო ეპიდურული გაუტკივარებით საშუალოდ 79 წუთი. მეორე სტადიის ხანგრძლივობა ნამშობიარებ ქალებში ეპიდურული გაუტკივარების გარეშე არის 17-19 წუთი და ეპიდურული გაუტკივარებით 45 წუთი. საშვილოსნოს შეკუმშვები შეიძლება შემცირდეს ოდნავ ან საერთოდ შეჩერდეს კიდეც მეორე სტადიის დასაწყისში, თუმცა მაინც ძლიერია და მეორდება ყოველ 2-3 წუთში 40-60 წამის ხანგრძლივობით.

ნაყოფის ქვემოთ ჩამოსვლასთან ერთად წინამდებარე ნაწილი აწვება რექტუმს და მენჯის ფსკერს,რაც იწვევს უნებლიე გაჭინთვის სურვილს. მშობიარეს შეიძლება ჰქონდეს დეფეკაციის სურვილის შგრძნება ან თქვას “ბავშვი გამოდის” ან “ დაწოლის შეგრძნება მაქვს”. მისი ნებით გაჭინთვის მცდელობა აძლიერებს საშვილოსნოს უნებლიე შკუმშვებს. ნაყოფის უფრო ქვემოთ ჩამოსვლით მენჯში და ნაყოფის თავის გამოჭრით ვულვა მეტად იჭიმება და ამის გამო შიძლება ქონდეს დაჭმვის და ჩახევის შეგრძნებები, მიუხედავათ იმისა რომ ტრამვა არ მომხდარა. ხშირად სრული გახსნა არ ემთხვევა ჭინთვების დაწყების ეტაპს, ასეთ შემთხვევაში უმჯობესია თუ დედის დამატებითი ნებითი ჭინთვა შეკავებული იქნება შეძლებისდაგვარად სრულ გახსნამდე.

მშობიარობის მეორე სტადიაში ქალი კვლავ იბრუნებს მშობიარობაზე კონტროლის შგრძნებას. შეკუმშვები ძლიერია, მაგრამ უფრო კონტროლირებადია და თვითონაც ეხმარება მშბიარობის პროცესის დასრულებას ჭინთვებით. სიტყვა მშობიარობა შეესაბამება მეორე სტადიას. ქალი იჩენს ძალისხმევას და ქვემოთ ზეწოლით ნაყოფს აძევებს გარეთ. შეკუმშვებს შორის მშობიარემ შეიძლება მოადუნოს ყურადღება და ძილიანობა მოემატოს. მშობიარე გძნობს უზარმაზარ შვებას და სიხარულს მეორე სტადიის დასრულების შემდეგ, ბავშვის დაბადებისას.

მესამე სტადია

მესამე (მომყოლის) სტადია იწყება ბავშვის დაბადებიდან და მთავრდება მომყოლის გამოძევებით (სურათი 2-14). ეს სტადია არის ყველაზე მოკლე, საშუალოდ 6 წუთი. განსხვავება არ არის არანამშბიარებ და ნამშობიარებ ქალს შორის.



სურათი 2-14 , A, პლაცენტის ნაყოფის მხარე B, პლაცენტის დედის მხარე C,განცალკევებული მემბრანები D, ჭიპლარის სისხლძარღვები: ორი არტერია და ერთი ვენა.

ნაყოფის დაბადებისთანავე საშვილოსნოს ღრუ ხდება უფრო მცირე ზომის. შემცირებული ზომა ამცირებს პლაცენტის მიმაგრების ადგილს და იწვევს მის მოცილებას საშვილოსნოს კედლიდან. ოთხი ნიშანი მიანიშნებს პლაცენტის მოშორებას:

- საშვილოსნოს აქვს სფერული ფორმა;
- საშვილოსნო იწევს ზემოთ მუცელში, როგორც კი მომყოლი ჩამოდის საშოში და ფუძეს წევს მაღლა;
- ჭიპლარი საშოში ჩამოდის უფრო მეტად;
- სისხლის ნაკადი მოდის, როგორც კი მომყოლის მოცილებით მის უკან არსებული სისხლი თავისუფლდება.

მომყოლის მოცილება ხდება ორი გზით. უფრო ხშირია შულცეს მექანიზმით, ჯერ მომყოლის ნაყოფის მბზინავი მხარე ჩნდება. შედარებით ცოტა შემთხვევაში კი დუნკანის მექანიზმით, როცა მომყოლის დედის უხეში მხარე ჩნდება პირველად.

საშვილოსნო უნდა შეიკუმშოს და დარჩეს შეკუმშული მომყოლის გამოძევების შემდეგ, რომ კომპრესირდეს იმპლანტაციის ადგილის ღია სისხლძარღვები. მშობიარობის შემდეგ არასაკმარისმა შეკუმშვებმა შეიძლება გამოიწვიოს სისხლდენა.

მშობიარობის მესამე პერიოდში ტკივილი შეიძლება გამოიწვიოს საშვილოსნოს შეკუმშვებმა და ყელის გაჭიმვამ, როგორც კი პლაცენტა გაივლის მას.

მეოთხე სტადია

მშობიარობის მეოთხე სტადია არის დედისა და ახალშობილის ფიზიკური აღდგენის პერდიოდი.

ის გრძელდება მომყოლის დაბადებიდან მშობიარობის შემდგომი 1 - 4 საათი.

მშობიარობიდან მალევე მკვრივად შეკუმშული საშვილოსნოს პალპაცია შესაძლებელია მუცლის კედლიდან. ის 10 - 15 სმ დიამეტრის, მრგვალი, მკვრივი მასაა ჭიპის ან მის ქვემოთ. საშვილოსნოს ზომა განსხვავდება ნაყოფის სიდიდის და დედის ორსულობის რაოდენობის მიხედვით და მეტად დიდია როცა ნაყოფი დიდი ზომისაა და დედა მრავალჯერ ნამშობიარები. სავსე შარდის ბუშტი და საშვილოსნოსშიდა სისხლის კოლტები ხელს უშლის საშვილოსნოს შეკუმშვებს და ზრდის სისხლის დანაკარგს. რბილი, მოშვებული საშვილოსნო და გაზრდილი საშვილოსნოს ზომა დაკავშირებულია ლოგინობის ხანის სისხლდენებთან, რადგან პლაცენტის მიმაგრების ადგილას არსებული სისხლძარღვები არ არის კომპრესირებული.

ვაგინალურ გამონადენს მშობიარობის შემდეგ ეწოდება ლოხია. სამი სტადია არსებობს და ესენია: ლოხია რუბრა, ლოხია სეროსა და ლოხია ალბა. ლოხია რუბრა შედგება უმეტესად სისხლისგან და მშობიარობის მეოთხე სტადიაში გვხვდება.

ქალების უმეტესობას აქვს შემცივნება მშობიარობის შემდეგ. ამ რეაქციის მიზეზი უცნობია, თუმცა სავარაუდოდ დაკავშირებულია ფიზიკური დატვირთვის უეცარ შემცირებასთან, ნაყოფის მიერ წარმოქმნილი სითბოს გაქრობასთან, მუცელშიდა წნევის შემცირებასთან და ასევე ნაყოფისა და დედის სისხლის შერევასთან. შემცივნება გრძელდება დაახლოებით 20 წუთი და გაივლის სპონტანურად. თბილი პლედი, ცხელი სასმელი ან ცხელი წვნიანი შეამოკლებს შემცივნების ხანგრძლივობას და ქალს მეტ კომფორტს შეუქმნის.

მეოთხე სტადიაში დისკომფორტი ხშირად გამოწვეულია მშობიარობის ტრამვებისგან, როგორიცაა ჩახევა, ეპიზიოტომია, შეშუპება ან ჰემატომა და ჩნდება ლოკალური ან რეგიონალური გაუტკივარების გავლის შემდეგ. მშობიარობის შემდეგომი ტკივილის პრევალენტობის შემცირების მიზნით ყინულის საფენები პერინეუმზე ამცირებს შეშუპებისა და ჰემატომის წარმოქმნის რისკს.

მშობიარობის შემდგომ, ხანგამოშვებით საშვილოსნოს შეკუმშვების შედეგად, რომელთა დახმარებითაც საშვილოსნო უბრუნდება ორსულობამდელ მდგომარეობას, ქალს შეიძლება აწუხებდეს პერიოდული ტკივილი მუცლის არეში. დისკომფორტი არის მენსტრუალური ტკივილების მსგავსი. მშობიარობის შემდგომი ტკივილები უფრო მეტად გვხდება მრავალნამშობიარებ ქალებში, ქალებში ძუძუთი კვების დრის, დიდი ზომის ნაყოფით მშობიარობის შემდეგ, ორსულობის პერიოდში რაიმე მიზეზებით საშვილოსნოს ზედმეტად გადაჭიმვის შემთხვევაში და ასევე შემთხვევების დროს რომელიც ხელს უშლის საშვილოსნოს შეკუმშვებს, გამოწვეული შარდის ბუშტის გადავსებით ან სისხლის კოლტებით საშვილოსნოში.

დედა დაღლილი და ამავდროულად გახარებულია მშობიარობის შემდგომ. ის შეიძლება იყოს გადაღლილი, მაგრამ ამავდროულად ზედმეტად გახარებული რომ დაისვენოს. მშობიარობის მეოთხე სტადია იდეალური დროა რომ მოხდეს ახალი ოჯახის შეკავშირება რადგან ორივე მშობლის ახალშობილის მიმართ ინტერესი გაზრდილია. ეს არის საუკეთესო დრო ძუძუთი კვების დასაწყებად თუ დედის და ახალშობილის რამე პრობლემა არ არსებობს. ახალშობილი არის ფხიზლად და თვალებით ეძებს მშობლებს. ეს პერიოდი ბავშვთან ბონდინგს მნიშვნელოვნად აძლიერებს.

ცხრილი 2-1 ნორმალური მშობიარობის მახასიათებელი ნიშნები

	პირველი პერიოდი	**მეორე პერიოდი**	**მესამე პერიოდი**	**მეოთხე პერიოდი**
შესრულებული სამუშაო	ყელის გახსნა და გადასწორება	ნაყოფის გამოძევება	პლაცენტის მოცილება	ფიზიკური აღდგენა და ახალშობილთან კონტაქტის დამყარება
მოქმედება	საშვილოს ნოს შეკუმშვები	საშვილოსნოს შეკუმშვები და ნებითი ჭინთვები	საშვილოსნოს შეკუმშვები	საშვილოსნოს შეკუმშვები სისხლდენის კონტორლისთვის პლაცენტის მიმაგრების ადგილას
საშუალო ხანგრძლივობა არანამშობიარებ ქალებში	ლატენტური ფაზა:7.3-8.6 სთ აქტიური ფაზა: 8-10 სთ(ზღვარი 6-18 სთ); გახსნა საშუალოდ 1.5 სმ/სთ. გარდამავალი ფაზა 3.6 სთ	საშუალო 50 წუთი(ზღვარი 30წთ - 3 სთ)	5-10 წუთი, 30 წუთამდე ნორმალურია ჩარევის გარეშე პლაცენტის მოცილების დროს	1-4 სთ დაბადების შემდეგ
ნამშობიარები ქალები	ლატენტური ფაზა: 4.1 -5.3 სთ აქტიური ფაზა 6-7 სთ(ზღვარი 2-10 სთ) გახსნა საშუალოდ 1.5 სმ/სთ. გარდამავალი ფაზა: 0-30 წთ.	საშუალოდ 20 წუთი (ზღვარი 0-30 წთ)	იგივე რაც არანამშობიარებში	იგივე რაც არანამშობიარებში
ყელის გახსნა	ლატენტური ფაზა: 0-3 სმ აქტიური ფაზა:4-7 სმ გარდამავალი ფაზა: 8-10 სმ	10 სმ (სრული გახსნა)	უმნიშვნელო	უმნიშვნელო

საშვილოსნოს შეკუმშვები	ლატენტური ფა-ზა:თავიდან მსუ-ბუქი და იშვიათი; პროგრესირდება საშუალო სიძლი-ერით, ყოველ 5 წუთში რეგულა-რულად, ხანგრ-ძლივობა იზრდება 30-40 წამით ლა-ტენტური ფაზის ბოლოს. აქტიური ფაზა: იზრდება სიხშირის ხანგრძლივობა და სიძლიერე მანამ სანამ არ მიახწევს ყოველ 2-3 წუთს, 40-60 წამს და სა-შუალო და ძლიერ სიძლიერეს. გარდამავალი ფაზა: ძლიერი, ყოველ 1 ½ - 2 წთ, 60-90 წამი	ძლიერი, ყოველი 2-3 წთ ხანგრ-ძლივობა 40-60 წმ შეიძლება ოდნავ ნაკლები სიძლიე-რის იყოს გარდა-მავალ პერიოდში პირველი სტა-დიის; შეიძლება შეჩერდეს მცირე დროით მეორე სტადიის დასა-წყისში	შეკუმშული მკვრივი	შეკუმშული მკვრივი
დისკომფორტი	ხშირად იწყება ქვედა წელის ადგილას ტკივი-ლით და მენსტრუ-ალური ტკივილის მსგავსი შეგრძნე-ბით, წელის დისკომფორტი თანდათანობით გადადის მუცლის ქვედა ნაწილზე სარტყლისებრად, დისკომფორტი ძლიერდება მშობი-არობის პროგრე-სთან ერთად	გაძლიერებული სურვილი ჭი-ნთვის და ქვემოთ დაწოლის რომე-ლიც ძლიერდება ნაყოფის ქვემოთ სვლასთან ერთდ; ვაგინის და ვულ-ვის გადაჭიმვამ შეიძლება გამოი-წვიოს გადაჭიმვის ან ჩახევის შე-გრძნება.	მცირე დისკომ-ფორტი, ხანდახან მცირე ტკივილი იგრძნობა პლაცე-ნტის გამოსვლა-სთან ერთად	დისკომფორტი განსხვავდება,ზოგ ქალს აქვს შემ-დგომი ტკივილე-ბი,უფრო ხშირად ნამშობიარებ ქა-ლებს ან მათ ვისაც ყავთ დიდი ზომის ბავშვი ანესთეზიის გავლის შემდე-გ,პერინეალური დისკომფორტი,- შეიძლება გახდეს შეუმჩნეველი

დედის ქცევა*	კონტაქტური,გახარებული და ანერვიულებული მშობიარობის დაწყების დროს მშობიარობის გაძლიერებასთნ ერთდ, ხდება უფრო ჩართული, შეიძლება დაკარგოს კონტროლი გარდამავალ პერიოდში	გაძლიერებული კონცენტრაცია ჭინთვების დროს, ხშირად უყურადღებო გარემოს მიმართ და შეკუმშვებს შორის არის ხშირად მთვლემარე	გახარებული და მოსვენებული ბავშვის დაბადების შემდეგ,ჩვეულებრივ ძალიან დაღლილი და მტირალი	დაღლილი მაგრამ შეიძლება ვერ მოახერხოს დასვენება, სიხარულის გამო. მოწადინებულია ახალშობილის გაცნობისთვის
*დედის დისკომფორტი და ქცევა ხშირად განსხვავდება,იმის მიხედვით თუ რომელი ტკივილგამაყუჩებელი მეთოდის არჩევა ხდება.				

მშობიარობის ხანგრძლივობა

მშობიარობის მთლიანი ხანგრძლივობა სრულიად განსხვავდება არანმშობიარებ და წარსულში ვაგინალურად ნამშობიარებ ქალებს შორის. ნამშობიარები ქალი უფრო ჩქარა მშობიარობს ვიდრე არანამშობიარები. თუმცა ყველა ქალი ინდივიდუალურია. ზოგი არანამშობიარები ქალი უფრო ჩქარა მშობიარობს, ვიდრე ნამშობიარები ქალი (ასევე მშობიარობა თავისი მიმდინარეობით გავს ნამშობიარები ქალების მშობიარობას). ქალებს, რომლებსაც პირველი მშობიარობა გახანგრძლივებული ჰქონდათ, არ ნიშნავს რომ მომდევნო მშობიარობებიც გახანგრძლივებული იქნებათ, ან პირიქით.

წყაროები

1. American Academy of Pediatrics (AAP) & American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). (2012). Guidelines for perinatal care (6th ed.). Elk Grove Village, IL: Author.
2. Association of Women's Health, Obstetric, and Neonatal Nurses (AWHONN). (2009). Fetal heart monitoring: Principles & practices (4th ed.). Dubuque, IA: Kendall/ Hunt Publishing.
3. Association of Women's Health, Obstetric, and Neonatal Nurses (AWHONN). (2008). Nursing care and management of the second stage of labor: Evidence-based clinical practice guidelines (2nd ed.). Washington, DC: Author.
4. Barrett, S. J., & Stark, M. A. (2010). Factors associated with labor support behaviors of nurses. Journal of Perinatal Education, 19(1), 12–18.
5. Blackburn, S. T. (2013). Maternal, fetal, and neonatal physiology: A clinical perspective (4th ed.). St. Louis:Saunders.
6. Bryanton, J., Gagnon, A. J., Johnston, C., & Hatem, M. (2008). Predictors of women's perceptions of the childbirth experience. Journal of Obstetric, Gynecologic, and
7. Neonatal Nursing, 37(1), 24–34.
8. Creehan, P. A. (2008). Pain relief and comfort measures during labor. In K. R. Simpson & P. A. Creehan (Eds.), AWHONN perinatal nursing (3rd ed., pp. 443–472). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
9. Creinin, M. D., & Simhan, H. N. (2009). Can we communicate gravidity and parity better? Obstetrics & Gynecology,113(3), 709–711.
10. Cunningham, F. G., Leveno, K. J., Bloom, S. L., Hauth, J. C.,Rouse, D., & Spong, C. (2010). Williams obstetrics (22nd ed.). New York: McGraw-Hill.
11. Fair, C. D., & Morrison, T. E. (2012). The relationship between prenatal control, expectations, experienced control, and birth satisfaction among primiparous women. Midwifery, 28, 39–44.
12. Feinstein, N. F., Sprague, A., & Trépanier, M. J. (2008). Fetal heart rate auscultation (2nd ed.), Washington, DC: Association of Women's Health, Obstetric, and Neonatal
13. Nurses.
14. Gilliland, A. L. (2011). After praise and encouragement:Emotional support strategies used by birth doulas in the USA and Canada. Midwifery, 27, 525–531.
15. Gordan, M. C. (2012). Maternal physiology. In S. G. Gabbe, J. R. Niebyl, J. L. Simpson, M. B. Landon, H. L. Galan, E.R. M. Jauniaux, et al. (Eds.), Obstetrics: Normal andproblem pregnancies (6th ed., pp. 42–65). Philadelphia: Elsevier Saunders.
16. Hodnett, E. D., Gates, S., Hofmeyr, G. J., Sakala, C., & Weston, J. (2011). Continuous support for women during childbirth (review). The Cochrane Collaboration. John Wiley & Sons, Ltd.
17. Kashanian, F., Javadi, J., & Haghighi, M. M. (2010). Effect of continuous support during labor on duration of labor and rate of cesarean delivery. International Journal of Gynecology and Obstetrics, 109, 198–200.
18. Khresheh, R. (2010). Support in the first stage of labour from a female relative: the first step in improving the quality of maternity services. Midwifery, 26, e21–e24.
19. Kilpatrick, S., & Garrison, E. (2012). Normal labor and delivery. In S. G. Gabbe, J. R. Niebyl, J. L. Simpson, M. B. Landon, H. L. Galan, E. R. M. Jauniaux, et al. (Eds.), Obstetrics: Normal and problem pregnancies (6th ed., pp. 267–286). Philadelphia: Elsevier Saunders.
20. Kilpatrick, S. J., & Laros, R. K. (1989). Characteristics of normal labor. Obstetrics & Gynecology, 74(1), 85–87.
21. Lowe, N. (2009). The "authorities" resolve against home birth. Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing, 38(1), 1–3.Macones, G. A., Hankins, G. D. V., Spong, C. Y., Hauth, J., &

22. Moore, T. (2008). The 2008 National Institute of Child Health and Human Development workshop report on electronic fetal monitoring: Update on definitions, interpretation and research guidelines. JOGNN, 37(5), 510–515.

23. Nageotte, M. P., & Gilstrap, L. C. (2009). Intrapartum fetal surveillance. In R. K. Creasy, R. Resnik, J. D. Iams, C. J. Lockwood, & T. R. Moore (Eds.), Creasy & Resnik's maternal-fetal medicine: Principles and practice (6th ed., pp. 397–417). Philadelphia: Saunders.

24. Norwitz, E. R., & Lye, S. J. (2009). Biology of parturition. In R. K. Creasy, R. Resnik, J. D. Iams, C. J. Lockwood, & T. R. Moore (Eds.), Creasy & Resnik's maternal-fetal medicine: Principles and practice (6th ed., pp. 69–85). Philadelphia: Saunders.

25. Romano, A. M., & Lothian, J. A. (2008). Promoting, protecting, and supporting normal birth: A look at the evidence. Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing, 37(1), 94–105.

26. Ross, M. G., Ervin, M. G., & Novak, D. (2012). Placental and fetal physiology. In S. G. Gabbe, J. R. Niebyl, J. L. Simpson, M. B. Landon, H. L. Galan, E. R. M. Jauniaux, et al. (Eds.), Obstetrics: Normal and problem pregnancies (6th ed., pp. 23–41). Philadelphia: Elsevier Saunders.

27. Simpson, K. R. (2008a). Fetal assessment during labor. In K. R. Simpson & P. A. Creehan (Eds.), AWHONN's perinatal nursing (3rd ed., pp. 399–442). Philadelphia: Lippincott.

28. Simpson, K. R. (2008b). Labor and birth. In K. R. Simpson & P. A. Creehan (Eds.), AWHONN's perinatal nursing (3rd ed., pp. 300–388). Philadelphia: Lippincott.

29. Tiedje, L. B., & Price, E. (2008). Childbirth is changing: What now? MCN: American Journal of Maternal-Child Nursing, 33(3), 133–150.

30. Thorp, J. M. (2009). Clinical aspects of normal and abnormal labor. In R. K. Creasy, R. Resnik, J. D. Iams, C. J. Lockwood, & T. R. Moore (Eds.), Creasy & Resnik's maternal-fetal medicine: Principles and practice (6th ed., pp. 691–724). Philadelphia: Saunders.

თავი 3

საექთნო მოვლა მშობიარობის დროს და მის შემდეგ

საექთნო საქმიანობაში ორსულზე და მის ოჯახზე ზრუნვა ძალზე სასიამოვნო და ამავდროულად მოთხოვნადი სპეციალობაა. ბავშვის დაბადება იმაზე მნიშვნელოვანი მოვლენაა, ვიდრე მხოლოდ ფიზიოლოგიური შემთხვევა. ყველა კულტურაში ბავშვის დაბადებას აქვს პირადი და სოციალური მნიშვნელობა. ადამიანის როლები და მნიშვნელობა ცხოვრებაში სამუდამოდ იცვლება ამ მოვლენის შემდეგ.

ექთანი მხარში უნდა ედგეს ოჯახს ამ პროცესში, იზრუნოს მათ გამოცდილებაზე და მზად იყოს გართულებების შემთხვევაში. ამასთან, გასათვალისწინებელია, რომ ექთანი ზრუნავს ორ ადამიანზე, რომლიდანაც ერთ-ერთი ნაყოფია და რომლის პირდაპირ დაკვირვება შეუძლებელია.

სამშობიარო ბლოკი უმეტეს შემთხვევაში დადებითი ადგილია, სადაც დედისთვის და ნაყოფისთვის კარგი შედეგით სრულდება პროცესი. ქალების უმრავლესობას გაცნობიერებული აქვს რა ხდება ორსულობის თუ მშობიარობის დროს და ელოდება ახალშობილთან შეხვედრას. თუმცა, ზოგიერთი ქალი სოციალური პირობების და სტრესული ცხოვრების გამო, მშობიარობის პერიოდში როგორც ფიზიკური, ისე ფსიქოლოგიური თვალსაზრისით, მომატებული რისკის კატეგორიაშია.

პრობლემური საკითხები დამწყები ექთნებისთვის

დამწყები ექთნები და საექთნო მიმართულების სტუდენტები მშობიარე ქალს ხშირად მღელვარებით უდგებიან. ისინი შეიძლება რამდენიმე პრობლემური საკითხის პირისპირ აღმოჩნდნენ მშობიარობის დროს.

მშობიარობასთან ასოცირებული ტკივილი

მუშაობა ხალხთან, რომელიც ტკივილს განიცდის ძალიან რთულია, თუმცა ექთნების უმეტესობას უწევს სწრაფად იმოქმედოს და დაეხმაროს პაციენტს ტკივილის შემსუბუქებაში. ექთნის ნებისმიერი ინტერვენციის მიუხედავად, ტკივილი მოსალოდნელია მშობიარობის პროცესში და მას თავისი დანიშნულება აქვს მშობიარობის დროს. შეუძლებელია მშობიარობასთან დაკავშირებული ტკივილის სრულად ელიმინაცია. ზოგიერთი ქალი ირჩევს გაუტკივარების გარეშე მშობიარობას. ექთნების ფუნქციებში კრიტიკული დატვირთვა აქვს მშობიარის დახმარებას ტკივილების მართვაში და ის ყველაზე შემოქმედებითი ნაწილია მათ საქმიანობაში.

გამოუცდელობა ან უარყოფითი გამოცდილება

ექთანმა, რომელსაც მშობიარობაში არასდროს მიუღია მონაწილეობა, შეიძლება არასაკმარისად კვალიფიციურად იგრძნოს თავი (მიუხედავათ იმისა, რომ ექთანს იშვიათად სჯერა, რომ საკუთარი მოტეხილობიდან მიღებული გამოცდილება დაეხმარება, მოუაროს პაციენტს მოტეხილობით). ის პროფესიული უნარები, რომლებიც ექთნისთვის სამშობიარო ბლოკში კრიტიკულად მნიშვნელოვანია, სინამდვილეში საბაზისო უნარებია: დაკვირვება, კომუნიკაცია, კრიტიკული აზროვნების უნარი, თანაგრძნობა და პრაქტიკული აზროვნება. ექთნის მშობიარობის რთულმა პირადმა გამოცდილებამ შეიძლება შფოთვა გამოიწვიოს თავად მასში. ამ შემთხვევაში განსაკუთრებული სიფრთხილე უნდა გამოიჩინოს ექთანმა, რომ შემთხვევით საკუთარი უარყოფითი განწყობა მშობიარეზე და მის ახლო წრეზე არ გავრცელდეს. სასურველია, რომ ექთანი ინფორმირებული იყოს მშობიარობის შესახებ სოციუმში და მედიაში გავრცელებული უარყოფითი ინფორმაციის შესახებ, რათა შესაბამისად შეძლოს უსაფუძვლო მითების გაფანტვა და არასწორი აღქმის გამოსწორება.

არაპროგნოზირებულობა

მშობიარობა მაინც საკუთარ დროის განრიგს მიყვება, რაც არ უნდა ვეცადოთ მისი მართვა. ზოგიერთი ექთანი ამ გაურკვევლობას სამშობიარო ბლოკში აღიქვამს როგორც პრობლემას, როცა ზოგისთვის პირიქით ამაღელვებელია. ზოგიერთ შემთხვევებს მშობიარობის პერიოდში ვერ იწინასწარმეტყველებ ან ახსნი. დამატებით ზოგიერთი ქალისთვის მოვლის საჭიროებები ანდა ამ მოვლის საჭიროებების თანმიმდევრობა შეიძლება შეიცვალოს სწრაფად.

ინტიმურობა

მშობიარობის ინტიმურობა და სასქესო ორგანოების ზედმეტი შეხება ზოგიერთ ექთანს დისკომფორტს უქმნის. შეიძლება დაეუფლოთ შეგრძნება რომ ზედმეტად იჭრებიან სხვის ინტიმურ სივრცეში.

მამრობითი სქესის ექთანი შეიძლება აღელდეს მშობიარის მოვლისას, მიუხედავად იმისა, რომ ბევრი მდედრობითი პაციენტი შეიძლება ჰყოლოდა მანამდე და შესაძლოა მათი მოვლა ასეთი ფოკუსირებული არ იყო რეპროდუქციულ ორგანოებზე. ხშირად აწუხებთ ის აზრი, მშობიარის მამაკაცი პარტნიორისთვის თუ არის მისაღები მათი მუშაობა მშობიარესთან.

ორივემ, მდედრობითი და მამრობითი სქესის ექთნებმა, უნდა შეინარჩუნონ პროფესიონალური ქცევა და მიიღონ მინიშნება წყვილისგან. თუ წყვილს უნდა განცალკევება, მან უნდა დატოვოს ისინი მარტო. ექთანი მხოლოდ მაშინ უნდა შეიჭრას მათ პირად სივრცეში, როცა საჭიროა მშობიარისა და ნაყოფის შეფასება. მშობიარობის დროს ორივე პარტნიორს შეუძლია იმყოფებოდეს ერთად და მზრუნველობას იღებდნენ სასურველი სქესის ექთნისგან. როცა ეჭვი გვეპარება, წყვილს უნდა შევეკითხოთ მათი არჩევანის შესახებ.

სამშობიარო დაწესებულებაში მიღება

გადაწყვეტილება სამშობიარო დაწესებულებაში წასვლაზე

ბოლო ტრიმესტრში ორსულმა უნდა იცოდეს როდის წავიდეს სამშობიარო დაწესებულებაში.

ფაქტორები,რომლებიც უნდა გაითვალისწინოს ქალმა გადაწყვეტულების მიღებისას, შემდეგია:

- წინა ორსულობების რაოდენობა და ხანგრძლივობა;
- საცხოვრებელსა და საავადმყოფოს შორის მანძილი;
- ტრანსპორტირების სახეობა და შესაძლებლობები;
- ბავშვის პატრონაჟისა და მოვლის საჭიროება;
- რისკების შეფასება.

ანტენატულური პერიოდის დროს ექთნები ასწავლიან მშობიარეებს როგორ გაარჩიონ ერთმანეთისგან ცრუ და ნამდვილი მშობიარობის ნიშნები. ექთნები ქალებს უნდა ასწავლიდნენ თუ როგორ უნდა მოიქცნენ სამშობიარო დაწესებულებაში წასვლისას და ამოწმებდნენ მიწოდებული ინფორმაცია რამდენად სწორად იქნა აღქმული ქალის მიერ. ყველა ქალს არ აქვს ერთნაირი მიმდინარეობის ორსულობა. ამიტომ ქალს უნდა ავუხსნათ თუ რამე გაურკვევლობა ან კონკრეტული შეკითხვა გააჩნიათ.

როდის მივიდეს სამშობიარო დაწესებულებაში

ეს არის გზამკვლევი, რომელიც ეძლევა ყველა ორსულ ქალს, რათა მაქსიმალურად სწორად მიიღოს სამშობიარო დაწესებულებაში მისვლის გადაწყვეტილება.

შეკუმშვები

არანამშობიარები ქალი - რეგულარული შეკუმშვები, 5 წუთის ინტერვალით 1 საათის განმავლობაში.

ნამშობიარები ქალი - რეგულარული შეკუმშვები 10 წუთის ინტერვალით ერთი საათის განმავლობაში.

წყლების დაღვრა

სითხის ნაკადი ან გამონადენი ვაგინიდან უნდა შეფასდეს იმისდა მიუხედავად აქვს თუ არა შეკუმშვები ქალს.

სისხლდენა

ღია წითელი ფერის სისხლდენა უნდა იქნეს გამოკვლეული სასწრაფოდ. ნორმალური წინასამშობიარო სისხლიანი გამონადენი არის სქელი, მოვარდისფრო ან მუქი შეფერილობის და ლორწოვანი.

შემცირებული ნაყოფის მოძრაობა

თუ შეამჩნევთ ნაყოფის მოძრაობის აშკარა შემცირებას, შეატყობინეთ თქვენს ექიმს ან ექთან-ბებიაქალს ან მიდით სამშობიარო დაწესებულებაში.

სხვა ჩივილები

ეს გზამკვლევი არ ფარავს ყველა სიტუაციას და არ ცვლის პროფესიონალის კონსულტაციის საჭიროებას, რომელსაც მორიგე ექიმი გაგიწევთ. ამიტომ სასურველია ყოველთვის მიმართოთ საავადმყოფოს თუ რამე გაინტერესებთ ან გრძნობთ, რომ შეიძლება რამე პრობლემა იყოს.

ექთნის მოვალეობები მიმღებში

ის ორი პრიორიტეტი, როდესაც მშობიარე მიმღებში იმყოფება, არის:

1. გავუწიოთ მას თერაპიული მკურნალობის მომსახურება.
2. შევაფასოთ დედისა და ნაყოფის მდგომარეობა.

თერაპიული მკურნალობის მომსახურების გაწევა

ექთანს უნდა შეეძლოს სწრაფად დაამყაროს სათანადო თერაპიული დამოკიდებულება მშობიარესთან. მშობიარის პირველი შთაბეჭდილება ზეგავლენას ახდენს იმის აღქმაზე, თუ როგორი ხარისხის იქნება მისი მშობიარობის გამოცდილება დაწესებულებაში.

ოჯახს უნდა ჰქონდეს შეგრძნება რომ მათ ელოდებიან. თბილი მისალმება მშობიარესა და მის თანმხლებ ადამიანში გამოიწვევს იმის შეგრძნებას, რომ მათ სათანადოდ მოემსახურებიან. რაც არ უნდა დაკავებული იყოს მიმღები, ექთნის მხრიდან კომუნიკაცია უნდა იყოს ინტერესის გამომხატველი, მეგობრული, მზრუნველი და კომპეტენტური.

ექთანმა შესაბამისი ზომები უნდა მიიღოს, თუ მშობიარე სხვა ენაზე ლაპარაკობს. მან უნდა მოახდინოს თარჯიმნის მომსახურების მოწესრიგება, რათა მშობიარე და მისი ოჯახი თავს გრძნობდენენ უსაფრთხოდ სამშობიაროს გარემოში, რაც ზრდის ურთიერთკომუნიკაციას. ტე-

ლეფონის საშუალებით თარჯიმანის მომსახურება უკვე შესაძლებელია ბევრ საავადმყოფოში. ასევე, სმენის პრობლემების მქონე ორსულებისთვისაც არსებობს შესაბამისი თარჯიმნები.

როცა მშობიარეს არ აქვს ანტენატალური მეთვალყურეობა და ორსულთა სკოლა გავლილი, ექთანმა არ უნდა განსაჯოს იგი არც სიტყვიერად და არც რაიმე ქმედებით. მშობიარეს პრიორიტეტები და ღირებულებები შეიძლება განსხვავდებოდეს ექთნისგან, მაგრამ ის იმსახურებს ისეთივე პატივსცემას, მხარდაჭერას და ზრუნვას როგორც მშობიარე, რომელიც მომზადებულია და შესაბამისი პატრონაჟი აქვს გავლილი ორსულობის განმავლობაში.

ოჯახის მოლოდინების გამოვლენა მშობიარობაზე

მიუხედავათ შვილების რაოდენობისა, ორსულს და მის პარტნიორს აქვთ თავისებური მოლოდინები მშობიარობაზე. პარტნიორებს შეიძლება ჰქონდეთ საფუძვლიანად გამოკვლეული და დაგეგმილი, თუ რა არის მათთვის იდეალურად მისაღები მშობიარობის პროცესის განმავლობაში. იმათ, ვისაც გარკვეული გეგმა არ აქვთ, მოლოდინები ჩამოყალიბებული აქვთ ნათესავების, მეგობრების, წინა მშობიარობების ან მედიაში გავრცელებული ინფორმაციის საფუძველზე. წყვილს შესაძლოა ეგონოს, რომ წინა მშობიარობის დადებითი ან უარყოფითი გამოცდილება აუცილებლად განმეორდება და ნეგატიური გამოცდილების შემთხვევაში, ცდილობენ თავიდან აიცილონ ეს ემოცია. ხშირად, წინა მშობიარობიდან მიღებულმა უარყოფითმა გამოცდილებამ, შეიძლება მთლიანად მშობაირობაზე იქონიოს გავლენა.

ნდობის მოპოვება

პირველი შეხვედრიდან, ექთანს უნდა შეეძლოს ნდობის მოპოვება და ოპტიმიზმის გამოწვევა ორსულში და გაუჩინოს განწყობა, რომ ის წარმატებულად გაართმევს თავს დაკისრებულ მოვალეობას. დადებითი ემოციების აღძვრა ძალიან მნიშვნელოვანია მშობიარის უახლოეს პირთა წრისთვისაც. პაციენტის კლინიკაში მიღებისას ექთანმა უნდა იკითხოს დაესწრება თუ არა ვინმე მშობიარობას.

პირველი მშობიარობის დროს ქალს შეიძლება გადამეტებულად ჰქონდეს შეკუმშვების აღქმა. ექთანმა უნდა დაამშვიდოს მშობიარე, რომ ძლიერი შეკუმშვები აქტიური მშობიარობის ნაწილია და დაეხმაროს მის მართვაში და ამავდროულად, თვალყური ადევნოს ნამდვილ პრობლემებს.

უმჯობესია, თუ მთელი მშობიარობის პროცესისთვის, იქნება გამოყოფილი ერთი ძირითადი ექთანი, ხშირად ეს ასე ვერ ხდება. თუმცა, აუცილებელია, რომ მშობიარობის განმავლობაში ექთანი ბევრჯერ არ შეიცვალოს. მშობიარემ უნდა იცოდეს მის მშობიარობაში ჩართული ექთნების სახელები და მათი ფუნქციები. .ჩვეულებრივ , სტუდენტი ექთნების როლი სამშობიარო ბლოკში არის კომფორტის შექმნა, ემოციური მხარდაჭერის გამოვლენა და მთავარი ექთნის დახმარება დედის ან ნაყოფის პრობლემების დროს.

გამოიყენეთ შეხება კომფორტისთვის. შეხება არის კომუნიკაციის ფორმა, რომელიც იწვევს მნიშვნელობის და გამხნევების შეგრძნებას, ფიზიკური და ემოციური კომფორტის მინიჭებას მშობიარე ქალისთვის. თუმცა, სანამ მშობიარეს შეეხებით, აუცილებლად ჰკითხეთ, ესიამოვნება თუ არა ეს მას (არ გააკეთოთ დამოუკიდებელი დასკვნები). გაითვალისწინეთ, რომ მშობიარობის პროგესირებასთან ერთად შესაძლოა შეხება უფრო მეტად გამაღიზიანებელი გახდეს, ვიდრე კომფორტული.

მშობიარეს კულტურული, რელიგიური და პირადი ღირებულებების დაფასება აძლევს მშობიარობის მდიდარ და პოზიტიურ გამოცდილებას. ეს მიდგომა ზეგავლენას ახდენს როგორც ოჯახზე, ასევე პროფესიულ გუნდზე. სხვადასხვა კულტურულ ჯგუფებს ბავშვის დაბადებასთან დაკავშირებული თავისებურებები ახასიათებთ. ექთანი იმდენად უნდა ჩაერთოს ოჯახის სპეციფიურ კულტურულ ქცევებში, რამდენადაც ეს უსაფრთხო და შესაძლებელი იქნება. გახსოვდეთ, ადამიანებს სჯერათ რომ მათი რწმენა უპირატესია. ექთანმა თავი უნდა შეიკავოს ისეთი დამოკიდებულებისგან, რომელიც უპირატესობას მიანიჭებს ან პირიქით, დაამცირებს მეორე ადამიანს.

გახსოვდეთ, რომ ტექნოლოგიებზე დაყრდნობა მნიშვნელოვანია, მაგრამ სხვადასხვა კულტურის წარმომადგენლები თვლიან რომ ტექნოლოგიები არ არის საჭირო და ზედმეტი ან ზიანის მომტანია.

პაციენტის შეფასება მიმღებში

პაციენტის მიღებისთვის საჭირო ინფორმაცია შიძლება მივიღოთ ანტენატალური მეთვალყურეობის ისტორიიდან. ამ მონაცემების მოძიება დღეს უკვე შესაძლებელია ანტენატალური მეთვალყურეობის ელექტრონულ პორტალზე მომსახურების გამწევი სამედიცინო პერსონალის მიერ სათანადო კონფიდენციალურობის სრული დაცვით(იხ. ცხრილი 3.1).

ცხრილი 3.1

ინტრანატალური შეფასების გზამკვლევი		
შეფასება, მეთოდი(რაციონალურად შერჩეული)	ხშირი მონაცემები	მნიშვნელოვანი მონაცემები, მოვლასთან დაკავშირებული მოქმედები
გასაუბრება		
მიზანი: ინფორმაციის შეგროვება ქალის ორსულობის, მშობიარობის და იმ მდგომარეობათა შესახებ, რომელმაც შეიძლება იმოქმედოს ქალის მოვლაზე. გასაუბრება მოკლდება, თუ ქალი მშობიარობის გვიან სტადიაშია.		
წარდგენა: წარადგინეთ საკუთარი თავი და შეეკითხეთ ქალს თუ როგორ უნდა რომ მიმართოთ. შეეკითხეთ, თუ სურს, რომ მისი პარტნიორი და/ან ოჯახი დარჩეს გასაუბრების და შეფასების განმავლობაში (აირჩიოს თუ ვინ დარჩება მასთან ერთად).	ბევრი ქალი ამჯობინებს, რომ მშობიარობის დროს მიმართონ სახელით.	გვარით (ოჯახის გვარი) მიმართვას ანიჭებენ უპირატესობას ზოგიერთ კულტურაში. გაარკვიეთ, რომელი სახელი გამოიყენება რომ სწორად მიმართოთ ქალს და სწორად მოახდინოთ იდენტიფიცირება ორივესი - დედისა და ახალშობილის. გადაამოწმეთ საიდენტიფიკაციო მონაცემების სიზუსტე ქალთან, სანამ საიდენტიფიკაციო სამაჯურს მას და ბავშვს დაუმაგრებთ.
კულტურა და ენა: თუ ქალი სხვა კულტურის წარმომადგენელია, შეეკითხეთ რა არის მისთვის სასურველი ენა და რა ენაზე საუბრობს, კითხულობს და ესმის. (გაარკვიეთ საჭიროა თუ არა თარჯიმანი რომ მივიღოთ სწორი ინფორმაცია).		უზრუნველყავით თარჯიმანი, რომელიც თავისუფლად საუბრობს ქალის მშობლიურ ენაზე. ოჯახის წევრი ვერ იქნება საუკეთესო თარჯიმანი, რადგან შეიძლება დაამატოს ან გამოაკლოს ინფორმაცია. სატელეფონო თარჯიმანიც შესაძლებელია მოიწვიოთ. სმენის დეფიციტის მქონე ქალებში შესაძლოა საჭირო გახდეს სპეც თარჯიმანი.

კომუნიკაცია: სთხოვეთ ქალს, გითხრათ როდის აქვს შეკუმშვები და ამ პერიოდში შეაჩერეთ. გასაუბრება და ფიზიკური გასინჯვა.	აქტიურ მშობიარობაში ქალს უჭირს კითხვებზე პასუხის გაცემა ან ფიზიკურ გასინჯვაზე კოოპერაცია სანამ აქვს შეკუმშვები.	თუ შეკუმშვები ძალიან ხშირია, შეაფასეთ ქალის მშობიარობის სტატუსი დაუყოვნებლივ და არ გააგრძელოთ კითხვების დასმა. დასვით მხოლოდ კრიტიკულად აუცილებელი კითხვები.
არავერბალური მინიშნებები: დააკვირდით ქალის ქცევას და მის დამოკიდებულებას ოჯახის და ექთნის მიმართ. გაითვალისწინეთ ისიც, რომ ვერბალური მინიშნებები სხვადასხვაგვარია განსხვავებულ კულტურებში.	ლატენტური ფაზა: ქალი არის სოციალურად აქტიური და ოდნავ აღელვებული. აქტიური ფაზა: ქალი ყურადღების კონცენტრაციას ახდენს შეკუმშვების დროს, ხშირად იყენებს წინასწარ ნავარჯიშებ მეთოდებს.	მოუმზადებელმა ან უკიდურესად განერვიულებულმა ქალმა შეიძლება ისუნთქოს ღრმად და ხშირად, გამოხატოს დაძაბული სახის და სხეულის მდგომარეობა შეკუმშვების განმავლობაში და მათ შორის. ეს ქცევა მიანიშნებს, რომ მშობიარობა გარდაუვალია 1.აღნიშვნა რომ ბავშვი “მოდის” 2.ბღავილის ხმები (დაბალი-ტონების ხახისმიერი ხმები) 3.მუცლის კუნთებზე დაწოლა 4.ერთ დუნდულზე ჯდომა ეიფორია, აგრესიულობა ან სედაცია მიანიშნებს ნარკოტიკული მედიკამენტის მიღებას.
დაადგინეთ სამშობიაროში მომართვის მიზეზი: “რა არის საავადმყოფოში/სამშობიარო დაწესებულებაში თქვენი დღევანდელი ვიზიტის მიზეზი ?” (ღია კითხვა იძლევა უფრო სრული პასუხის მიღების საშუალებას)	ხშირად მომართვის მიზეზი სრულ ვადაზე მშობიარობის შეკუმშვებია; თუმცა შესაძლოა ქალმა კლინიკას მომართოს მშობიარობის ინდუცირებისთვის ან ცრუ მშობიარობის დროს და დაკვირვების საჭიროება დადგეს.	სისხლდენა, ნაადრევი მშობიარობა, ტკივილი გამოწვეული სხვა მიზეზით, გარდა სამშობიარო შეკუმშვებისა. შეატყობინეთ ეს ნიშნები ექიმს ან ბებიაქალს, დაუყოვნებლივ.
ანტენატალური ზრუნვა: “ნახეთ ექიმი ან ბებიაქალი ორსულობის დროს?” “ვინ არის თქვენი ექიმი ან ბებიაქალი?” ოდესმე იყავით მიღებაზე აქ ორსულობამდე?” (ეს ანტენატალური ჩანაწერების და წინა ვიზიტების ლოკაციის დადგენის საშუალებას გვაძლევს). თუ ამ კითხვების დასმის დრო და საშუალება არ არის, გამოიყენეთ ანტენატალური მეთვალყურეობის ელექტრონული პორტალი.	ადრეული და რეგულარული ანტენატალური ზრუნვა უზრუნველყოფს დედის და ახალშობილის ჯანმრთელობას.	ანტენატალური ვიზიტის არ არსებობა ან ზრუნვა, რომელიც იყო არარეგულარული ან დაიწყო ორსულობის გვიან პერიოდში, ნიშნავს რომ გართულებების აღმოჩენა შეიძლება ვერ მოხერხდა.

მშობიარობის სავარაუდო დრო:”როდის ელოდებით ბავშვს?”(საზღვრავს გესტაციის ვადას.) “როდის გქონდათ ბოლო მენსტრუაციის პერიოდი?”(რომ გაარკვიოთ მშობიარობის სავარაუდო ვადა თუ არ მიუღია ანტენატალური მეთვალყურეობა.)	გესტაციის ვადის დადგენა: 38- 42 კვირა. ქალის გესტაცია შეიძლება დაზუსტდეს ან დადგინდეს ორსულობის დროს ულტრაბგერითი ან სხვა კლინიკური გამოკვლევით.	გესტაცია 38 კვირის დაწყებაზე ადრე (ნაადრევი) ან 42 კვირის დასრულების მერე (ვადაგადაცილებული) დაკავშირებულია მეტ პრობლემებთან. ექიმმა შეიძლება შეაჩეროს მშობიარობა რომელიც ხდება 36 კვირაზე ადრე თუ არ არის რამე უკუჩვენება დედისთვის ან ნაყოფისთვის.
ორსულობა,მშობიარობა,აბორტი: ”რამდენჯერ იყავით ორსულად?” ”რამდენი ბავშვი გყავთ?” “სრულ ვადაზე გააჩინეთ თუ ნაადრევი მშობიარობა იყო?” ”გქონიათ თუ არა თვითნებითი ან ხელოვნური აბორტი?” “ქონდა თუ არა რამე გართულება ახალშობილს დაბადებისას?” (ეს შეკითხვები მშობიარობის სავარაუდო სიჩქარისა და მოსალოდნელი ნეონატალური პრობლემების გარკვევაში დაგეხმარებათ).	მშობიარობა შეიძლება უფრო ჩქარი იყოს ნამშობიარებ ქალებში, ვიდრე არანამშობიარებში. მუცლის მოშლა უნდა გამოვიყენოთ რომ ავღწეროთ სპონტანური აბორტი, რადგან ხშირად ხალხი ტერმინ აბორტს აიგივებს ინდუცირებულ აბორტთან.	ხუთზე მეტი მშობიარობა(მრავალნამშობიარები) დაკავშირებულია პლაცენტის წინმდებარეობისა და მშობიარობის შემდგომი სისხლისდენის რისკთან. ქალებს, რომლებსაც წარსულში ჰქონდათ მრავლობითი სპონტანური აბორტი ან გააჩინეს ახალშობილი ანომალიებით, შესაძლოა თანდაყოლილი ანომალიების მქონე ახალშობილის რისკის ყოლის რისკი მომატებული ჰქონდეთ.
ორსულობის ისტორია (აღმოაჩენს პრობლემებს რომლებმაც შეიძლება იმოქმედოს მშობიარობაზე)		
არსებული ორსულობა: “გქონიათ ნებისმიერი პრობლემა ამ ორსულობის განმავლობაში, როგორიცაა მაღალი სისხლის წნევა, დიაბეტი, ინფექცია ან სისხლდენა?”	გართულებები არ არის მოსალოდნელი.	ქალს რომელსაც აქვს დიაბეტი ან ჰიპერტენზია შეიძლება ჰქონდეს ცუდი პლაცენტალური სისხლისმიმოქცევა, რამაც შეიძლება გამოიწვიოს ნაყოფის არაკეთილსაიმედო მდგომარეობა. წინა ორსულობის დროს დაფიქსირებული ზოგიერთი გართულება, შეიძლება განმეორდეს სხვა ორსულობის დროს. ქალს, რომელიც გეგმავს ფიზიოლოგიურ მშობიარობას საკეისრო კვეთის შემდეგ, შეიძლება დასჭირდეს დახმარება და გვერდში დგომა რომ იმშობიაროს ვაგინალურად.

წინა ორსულობები:"გქონდათ რამე პრობლემა წინა ორსულობის დროს?" წარსულში ბავშვები ვაგინალურად გააჩინეთ თუ საკეისრო კვეთით?"	ქალმა წარსულში საკეისრო კვეთით შეიძლება იმშობიაროს ვაგინალურად. ქალი, რომელსაც ჰქონდა წინა გართულებული მშობიარობა ან საკეისრო გზით მშობიარობა, შეიძლება უფრო განერვიულებული იყოს, ვიდრე ის რომელსაც ჰქონდა გაურთულებელი მშობიარობა.	ასევე, აღსანიშნავია, რომ ვაგინალური გზით მშობიარობა საკეისრო კვეთის შემდგომ ნაკლებ სავარაუდოა. მიუხედავად ამისა, ექთანი მზად უნდა იყოს იმ გართულებების სამართავად, რომელიც შეიძლება თან ახლდეს ნაკეისრალი ქალის ვაგინალურ მშობიაროაბას.
სხვა:" არის რაიმე რასაც ფიქრობთ, რომ უნდა ვიცოდეთ რათა უკეთესად შევძლოთ თქვენზე ზრუნვა?"	ეს ღია შეკითხვა საშუალებას გვაძლევს მივცეთ ქალს შანსი გაგვიზიაროს ის ინფორმაცია, რომელიც შეიძლება ვერ მიგვეღო სხვა კითხვების დროს.	
მშობიარობის სტატუსი: "როდის გახდა თქვენი შეკუმშვები რეგულარული?" " როგორ ფიქრობთ, რა დროს დაგეწყოთ ნამდვილად მშობიარობა?" (საშუალებას გვაძლევს უფრო ზუსტად დავადგინოთ მშობიარობის დაწყების დრო).	განსხვავდება ქალებს შორის. ბევრი ქალი მიდის სამშობიარო დაწესებულებაში როცა შეკუმშვები პირველად იწყება. სხვები იცდიან სანამ ზუსტად არ დარწმუნდებიან, რომ ნამდვილად მშობიარობენ.	ქალები,რომლებიც მშობიარობენ შეუსაბამო ხანგრძლივობით(მაგალითად, 2 დღე) შესაძლოა ჰქონდეთ ცრუ(პროდრომალური) მშობიარობა. ეს ქალი შეიძლება იყოს ძალიან დაღლილი, არაპროდუქტიული შეკუმშვებით.
შეკუმშვები: "რა სიხშირით გაქვთ შეკუმშვები?" "რა ხანგრძლივობით გრძელდება?" "მითხარით თუ გაქვთ შეკუმშვები სანამ ვსაუბრობთ?" (შეაგროვეთ ქალის სუბიექტური შეფასება მის შეკუმშვებზე, ასევე მოახდინეთ პალპაცია, რათა მოახდინოთ შეკუმშვების იდენტიფიცირება).	განსხვავდება მშობიარობის სტადიების და ფაზების მიხედვით. მშობიარობის შეკუმშვები არის, ჩვეულებრივ, რეგულარული და აჩვენებს გაზრდილ სიხშირეს, ხანგრძლივობას და ინტენსივობას.	არარეგულარული შეკუმშვები და ის ,რომელიც არ იზრდება სიხშირით, ხანგრძლივობით ან ინტენსიურობით ,უფრო მეტად ასახავს ცრუ მშობიაობას. შეკუმშვებმა, რომელიც არის ზედმეტად ხშირი ან ხანგრძლივი ,შეიძლება შეცვალოს პლაცენტარული სისხლის მიმოქცევა. შეკუმშვებს შორის საშვილოსნოს არასაკმარისმა მოდუნებამ, შეიძლება შეცვალოს პლაცენტარული სისხლის მიმოქცევა.
მემბრანების სტატუსი: " წყლები ხომ არ დაღვარეთ?" "როგორ გამოიყურებოდა წლები?" "დაახლოებით რამდენი დაღვარეთ - იყო ეს დიდი ნაკადი თუ უფრო ჟონავდა?" (საშუალებას აძლევს ექთანს გაარკვიოს მემბრანები დაირღვა თუ არა).	ქალების უმეტესობა სამშობიარო დაწესებულებას მემბრანების შემოწმების მიზნით მიმართავენ. თუ ქალი ჯერ კიდევ არ არის მშობიარობაში , შეკუმშვები იწყება მემბრანების დარღვევიდან რამდენიმე საათში.	თუ მოხდა მემბრანების დარღვევა და ქალი არ არის მშობიარობაში ან ნაადრევი მშობიარობაა, ვაგინალური გასინჯვა ხშირად გადადებულია. სარკეებით გასინჯვა შეიძლება მოხდეს ექიმის ან ბებიაქალის მიერ, რომ გაარკვიოს ქალის მიღების სტატუსი.

ალერგიები: “ალერგიული ხართ ნებისმიერ საკვებზე, მედიკამე-ნტზე ან სხვა ნივთიერებებზე?” “გაქვთ ალერგია ლატექსზე?” ”როგორი რეაქცია გაქვთ?” “გქონოათ წარსულში ანესთე-ზიასთან დაკავშირებით პრო-ბლემა როცა სტომატოლოგიურ მომსახურებას იტარებდით?” (განსაზღვრავს შესაძლო სენ-სიტიურობას მედიკამენტებზე რომელიც უნდა გამოვიყენოთ).	აღნიშნეთ ნებისმიერი ალერგია საკვებზე, მედიკამენტზე ან სხვა ნივთიერებებზე. საჭიროების მიხედვით, აღწერეთ როგორ იმოქმედა ამან ქალზე.	რეაქცია ზღვის პროდუქტზე, იოდიზირებულ მარილზე ან დიაგნოსტიკურ საკონტაქტო იოდზე, შეიძლება მიანიშნებ-დეს ალერგიას. რადგან იოდი გამოიყენება ბევრ სამედიცინო ხსნარში, ალტერნატიული სა-შუალებებიც შეიძლება გამო-ვიყენოთ. ალერგია ლატექსზე არის ძალიან ხშირი. რეაქცია სტომატოლოგიურ ანესთეზიურ საშუალებებზე შეიძლება მია-ნიშნებდეს შესაძლო ალერგიას მედიკამენტებზე , რომელიც გამოიყენება ლოკალური ან რეგიონალური ანესთეზიისათ-ვის. ეს მედიკამენტები ხშირად მთავრდება სუფიქსზე “კაინი”
საკვების მიღება: “ ბოლოს რო-დის მიიღეთ საკვები ან სითხე?” “ რა მიიღეთ?” (მიიღეთ ინფორ-მაცია რომელიც საჭიროა რომ უსაფრთხოდ მიაწოდოთ ზო-გადი ანესთეზია საჭიროებისა-მებრ. ასევე ეს შეკითხვა დაგეხ-მარებათ აღმოაჩინოთ შესაძლო სითხის ან ენერგიის დეფიციტი.	აღნიშნეთ საკვების ბოლო მიღების დრო და რა შეჭამა. მოინიშნეთ როგორც სითხეები, ისე მყარი საკვები.	თუ ქალი ამბობს, რომ მას არ მიუღია რაიმე გაურკვეველი დროის განმავლობაში, უფრო დაწვრილებით შეეკითხეთ ,ხომ არ არის რამე, რაც მან მიიღო უბრალო ხემსის სახით (მყარი ან თხევადი).
უახლოესი (თუ გადატანილი) დაავადებები.” იყავით ავად ბოლო დროს?” “რა იყო პრო-ბლემა?” “ რა მოიმოქმედეთ ამისთვის?” “ყოფილხართ გადამდები დაავადებით დაა-ვადებული პირის კონტაქტი უახლოეს პერიოდში?”	ორსული ქალების უმეტესობა ჯანმრთელია. იშვიათად, შესაძ-ლოა ქალს აღენიშნებოდეს ზედა სასუნთქი გზების ინფექციები.	საშარდე გზების ინფექცია და-კავშირებულია ნაადრევ მშობი-არობასთან. ქალი ,რომელსაც აქვს კონტაქტი ვინმესთან, ვისაც აქვს გადამდები დაავადე-ბები, შეიძლება ავად გახდეს და შესაძლოა, სხვების ინფიცირე-ბაც მოახდინოს დაწესებულე-ბაში.

მედიკამენტები: “რა მედიკამენტს იღებთ, რომელიც თქვენმა ექთანმა ან ბებიაქალმა გამოგიწერათ?” “არის ნებისმიერი ურეცეპტო მედიკამენტი ან ჰერბალური მედიკამენტები, რომელსაც იყენებთ? “ ვიცი, შეიძლება არ იყოს კომფორტული თქვენთვის რომ ვისაუბროთ ამ საკითხზე, მაგრამ ჩვენ გვჭირდება ვიცოდეთ თუ გამოიყენეთ ნებისმიერი არალეგალური ნივთიერება, რომ უფრო უსაფრთხოდ ვიზრუნოთ თქვენზე და თქვენ ბავშვზე.” (საშუალებას აძლევს გამორკვევს ქალის წამალდამოკიდებულება და ასევე, გაუჩნდეს სურვილი გვითხრას ურეცეპტო მედიკამენტის მიღების შესახებ).	პრენატალური ვიტამინები და რკინა ხშირად გამოიყენება. აღნიშნეთ ყველა მედიკამენტი რომელსაც ქალი იყენებს - მოინიშნეთ მათი მიღების ოდენობა, დრო. ქალები ხშირად მცენარეულ დანამატებს არ მიიჩნევენ მედიკამენტად, ამიტომ ეს დამატებით უნდა დააზუსტოთ. ქალები ,რომლებიც იყენებენ არალეგალურ ნივთიერებებს, ხშირად მალავენ მათი მიღების ფაქტსა და ოდენობას, რადგან ეშინიათ დამსჯელობითი ღონისძიებების.	სამშობიარო დაწესებულებაში მომართვამდე მიღებული მედიკამენტები, შეიძლება ურთიერთქმედებაში შევიდნენ სხვა, მშობიარობის დროს დანიშნულ მედიკამენტებთან. ეს განსაკუთრებით საყურადღებოა ანალგეზიურ და ანესთეზიურ საშუალებებთან მიმართებით. ნივთიერებებზე დამოკიდებულება დაკავშირებულია დედის და ახალშობილის გართულებებთან. თუ ქალი გაამჟღავნებს არალეგალური წამლების მიღებას, შეეკითხეთ რა სახეობას იღებდა და როდის იყო მისი ბოლო მოხმარების დრო (ხშირად აღნიშნავენ როგორც “ბოლო დარტყმა”. არაგანსჯადი მიდგომა მეტ შედეგს იძლევა იმისათვის, რომ მივიღოთ საჭირო ინფორმაცია.
თამბაქო ან ალკოჰოლი : “ ეწევით სიგარეტს ან იღებთ თამბაქოს ნებისმიერი ფორმით? “ “ გამოიყენებთ ალკოჰოლს? რა რაოდენობით სასმელს იღებთ თითოეულ დღეს(კვირას)?” (შეაფასეთ არალეგალური ნივთიერებებზე).	ნივთიერებებზე დამოკიდებულების შეფასების დროს ქალმა შეიძლება სრულად არ გაამჟღავნოს თამბაქოს და ალკოჰოლის გამოყენება.	მძიმე მწეველების ახალშობილები ხშირად არიან მცირე ზომის და აქვთ შემცირებული პლაცენტალური სისხლისმიდინება მშობიარობის დროს. ალკოჰოლდამოკიდებული დედის ბავშვს, შესაძლოა თრობის ან აბსტინენციის სინდრომი განუვითარდეს მშობიარობისას ან მის შემდგომ.
მშობიარობასთან დაკავშირებული გეგმები: (ასახავს ქალისა და მისი ოჯახის პატივისცემას და უზრუნველყოფს კულტურულად მეტად შესაფერის მოვლას.		
თანმხლები ადამიანის დაკვალიანება: “ ვინ არის მთავარი ადამიანი, რომელიც გინდა რომ თქვენს გვერდით იყოს მშობიარობის დროს?” შეეკითხეთ ამ ადამიანს როგორ უნდათ რომ მიმართონ.	ეს ხშირად არის ქალის მეუღლე ან ბავშვის მამა, მაგრამ შეიძლება იყოს მისი დედა, და ან მეგობარი, განსაკუთრებით იმ შემთხვევაში, თუ ორსული მარტოხელაა.	ქალს, რომელსაც არ ყავს მხარდამჭერი ადამიანები, შესაძლოა დასჭირდეს მეტად გვერდში დგომა მშობიარობის დროს და ასევე, მის შემდგომაც. ასეთ პაციენტებს მეტად აქვთ პრობლემები მშობელი-შვილის ურთიერთობის დამყარებასთან.

სხვა მხარდაჭერა: "არის კიდევ ვინმე,ვისი დასწრებაც გინდათ მშობიარობის დროს?"	ქალს ხშირად სურს სხვა, დამხმარე, ადამიანის არსებობა.	
მშობიარობისთვის მომზადება: " ორსულობისას დადიოდით „მშობელთა სკოლის" სესიებზე ?" "ვინმე დადიოდა თქვენთან ერთად?"	იდეალურ სიტუაციაში ქალს და მის პარტნიორს გავლილი აქვთ მომზადება ,,მშობელთა სკოლაში'' ან თავად აქვთ ინფორმაცია მოპოვებული. ქალები, რომლებიც დადიოდნენ ,,მშობელთა სკოლაში'' წინა ორსულობების დროს, ხშირად აღარ იმეორებენ ამ კურსს შემდგომი ორსულობების დროს.	მოუმზადებელ ქალს ხშირად სჭირდება სწავლება მშობიარობის დროს მარტივი მოდუნებისა და სუნთქვითი მეთოდების გათავისებისთბის.
სამომავლო გეგმები: " არის რაიმე გეგმა რომელიც გაქვთ მშობიარობისთვის?" " არის რამე, რისი თავიდან აცილებაც გსურთ?" "გეგმავთ მშობიარობის დაფიქსირებას სურათებით ან ვიდეოთი?"	ზოგიერთი ქალი ან წყვილი, მეტად სენსიტიურია ისეთი ჩარევების მიმართ როგორებიცაა (1) ანალგეზია ან ანესთეზია; (2) ინტრავენური გადასხმის სისტემა (3) ნაყოფის მონიტორინგი (4) ეპიზიოტომიის ან მაშების გამოყენება.	გაუგებრობა შეიძლება წარმოიშვას, თუ ქალმა წინასწარ არ განიხილა თავისი სამომავლო გეგემები ექიმთან ან ბებიაქალთან, თუ ინფორმაცია არ აქვს რა სერვისის შესაძლებლობა არსებობს მშობიარობის განმავლობაში.
კულტურული საჭიროებები: " არის რამე სპეციფიური კულტურული პრაქტიკა რასაც გეგმავთ ბავშვის დაბადებისას?" " როგორ შეგვიძლია დაგეხმაროთ თქვენ რომ კმაყოფილი იყოთ გაწეული მომსახურებით?"	სხვადასხვა კულტურის წარმომადგენლებმა შესაძლოა მოითხოვონ სპეციფიკური საკვები მშობიარობამდე ან მის შემდეგ. არ მოისურვონ სითხეების ან ყინულის მიღება.	ეცადეთ რომ ჩართოთ ყველა დადებითი ან ნეიტრალური კულტურული პრაქტიკა. თუ პრაქტიკა საზიანოა, აუხსენით ქალსა და ოჯახს ამის შესახებ.

ნაყოფის შეფასება		
მიზანი: განისაზღვროს ნაყოფის მდგომარეობა და მისი მედეგობა მშობიარობის სტრესის მიმართ. ნაყოფის გულისცემის სიხშირე: შეაფასეთ ხანგამოშვებითი მოსმენით ან გამოიყენეთ ნაყოფის გარეგანი მონიტორი (ყველაზე ხშირად გამოყენებადი მეთოდი). მონირტორინგის სიხშირე: დაბალი რისკი: ყოველ ერთ საათში(ლატენტურ ფაზაში), ყოველ 15 წუთში (აქტიურ ფაზაში) , ყოველ 15 წუთში (მეორე სტადია). მაღალი რისკი: ყოველ 30 წუთში (ლატენტური ფაზა), ყოველ 15 წუთში(აქტიური ფაზა), ყოველ 2 წუთში(მეორე სტადია)	საშუალო სიხშირე სრულ ვადაზე არის 110-160 დარტყმა წუთში. იგი ხშირად იზრდება, როცა ნაყოფი მოძრაობს და მისი მდგომარეობა დამაკმაყოფილებელია.	ეს ნიშნები შეიძლება მიანიშნებდეს ნაყოფის დისტრესს და უნდა მოხდეს ექიმის და ბებიაქალის შეტყობინება: 1.სიხშირე ნორმალური ლიმიტის გარეთ. 2.სიხშირის შემცირება, რომელიც ნარჩუნდება შეკუმშვების დასრულების შემდეგ. 3. სიხშირის მოუმატებლობა, როცა ახალშობილი მოძრაობს. 4.არარეგულარული რიტმი. უფრო ხშირი უნდა მოხდეს ნაყოფის გულისცემის სიხშირის და შეკუმშვის შეფასება თუ ნებისმიერი მაჩვენებლი კითხვის ნიშნის ქვეშა.
მშობიარობის სტატუსი მიზანი: გარკვევა ქალი მშობიარობაშია და მშობიარობა მოსალოდნელია. თუ ქალს გამოხატული აქვს დამდგარი მშობიარობის ნიშნები, მაშინ შეფასება ტარდება დაუყოვნებლივ.		
შეკუმშვები (გვაძლევს მშობიარობის სტატუსის შესახებ ობიექტურ ინფორმაციას. შეკუმშვები უნდა შეფასდეს ყოველ ჯერზე, როცა ხდება ნაყოფის გულისცემის შეფასება)	იხილეთ გასაუბრების ნაწილი ცხრილის დასაწყისში	იხილეთ გასაუბრების ნაწილი ცხრილის დასაწყისში. ქალები,რომლებსაც აქვთ ინტენსიური შეკუმშვები ან რომლებიც განიცდიან ჩქარ პროგრესს, უნდა შეფასდნენ უფრო ხშირად.
ვაგინალური გასინჯვა: (განსაზღვრავს ყელის გახსნას და გადასაწორებას, ნაყოფის მდებარეობას, პოზიციას და ჩადგმას, სისხლიან გამონადენს და მემბრანების სტატუსს.	განსხვავდება მშობიარობის სტადიის და ფაზების მიხედვით,შეიძლება შესაძლებელი არ იყოს რომ განსაზღვროთ ნაყოფის პოზიცია ვაგინალური გასინჯვით ,როცა მემბრანები არის ინტაქტური და გამობერილია წინამდებარე ნაწილთან.	ვაგინალური გასინჯვა არ კეთდება თუ ქალი აღნიშნავს აქტიურ სისხლდენის მახასიათებლებს (უფრო ძლიერი და წითელი მახასიათებლებით) და შეიძლება არ გაკეთდეს, თუ მისი გესტაცია არის 33 კვირის ან ნაკლების. შეატყობინეთ მიზეზი ექიმს ან ბებიაქალს, თუ რატომ არ აკეთებთ ვაგინალურ გასინჯვას.

მემბრანების სტატუსი: ვაგინალური გასინჯვის დროს, სითხის დინება მიანიშნებს გახეულ მემბრანებს. pH ტესტი და/ან ფერნის ტესტი შეიძლება ჩატარდეს (ამისთვის აუცილებელია სტერილური სარკის ჩადგმა). (ტესტი საჭირო არ არის,თუ აშკარაა ,რომ მემბრანები დარღვეულია).	ამნიონური სითხე უნდა იყოს სუფთა, შესაძლოა შეიცავდეს კოლტებს და თეთრ პირველად ნაცხს. სუნი არის სპეციფიური მაგრამ არა უსასიამოვნო. ტესტი, რომელიც ფერებს იცვლის მოლურჯო-მომწვანოდან მუქ ლურჯ ფერში ($pH > 6.5$) ,მიანიშნებს მემბრანების გახევას ,მაგრამ არ არის გამომრიცხავი .ფერნის ტესტი არის უკეთესი მემბრანების გახევის დიაგნოზისთვის ,რადგან ნაკლებად შესაძლებელია მასზე მოახდინოს ეფექტი ვაგინალურმა ინფექციებმა, სექსუალურმა აქტმა ან სხვა ფაქტორებმა.	მომწვანო ფერი მიანიშნებს მეკონეუმით დაბინძურებას,რომელიც შეიძლება დაკავშირებული იყოს ნაყოფის არაკეთილსაიმედო მდგომარეობასთან ან ვადაგადაცილებულ გესტაციასთან. სქელი მეკონეუმი არის ყველაზე საყურადღებო. მომწვანო-მოშავო მეკონეუმი შეიძლება გამოიყოს ნაყოფის გამოსვლასთან ერთად,როცა არის ჯდომით წინმდებარეობა და არ არის აუცილებელი რომ დაკავშირებული იყოს ნაყოფის არაკეთილსაიმედო მდგომარეობასთან. ამღვრეული,მოყვითალო , ძლიერი სუნით ან უსიამოვნო სუნით სითხე მიანიშნებს ინფექციას. სისხლიანი სითხე შეიძლება მიანიშნებდეს პლაცენტის აშრევებას.
ლეოპოლდის მანევრი: აღნიშნავს ნაყოფის მდგომარეობას და პოზიციას. ყველაზე ზუსტია როცა გაერთიანებულია ვაგინალური გასინჯვით მიღებულ ინფორმაციასთან.	თავით წინმდებარეობის დროს, როცა თავი კარგად მოხრილია (კეფა არის ნორმალური),ნაყოფის თავი ხშირად მარტივად არის ზემოთ აწეული (ტივტივი), თუ ქალი არ არის მშობიარობაში. როცა თავი არ არის ჩადგმული, ლეოპოლდის მანევრით ზემოთ ვერ აიწევა.	მაგარი, მრგვალი, თავისუფლად მოძრავი ნაწილი საშვილოსნო ფუძეში მიანიშნებს ნაყოფის თავს ,რაც მიანიშნებს რომ ნაყოფი არის ჯდომით მდგომარეობაში. იშვიათ შემთხვევაში,ნაყოფი შეიძლება გარდიგარდმო მდგომარეობაში იყოს: განივი წოლით.
ტკივილი: აღნიშნეთ დისკომფორტი მშობიარობის ან შეკუმშვებს შორის. აღნიშნეთ სიმკვრივე როცა შეკუმშვების პალპაციას აკეთებთ (განასხვავეთ ნორმალური მშობიარობის ტკივილი ანომალიური ტკივილისგან რომელიც შეიძლება დაკავშირებული იყოს გართულებებთან.)	შეიძლება იყოს ტკივილის ვერბალური და არავერბალური ნიშანი შეკუმშვების დროს, მაგრამ ქალი უნდა იყოს შედარებით კომფორტულად შეკუმშვებს შორის. კანი ჭიპის გარშემო შეიძლება იყოს მგრძნობიარე.	მუდმივი ტკივილი ან სიმკვრივე, გამაგრებული საშვილოსნო მიანიშნებს გართულებას,როგორიცაა პლაცენტის აცლა (პლაცენტის განცალკევება) ან ნაკლებ ხშირად ,საშვილოსნოს გახევა.

ფიზიკური გასინჯვა		
მიზანი: შეფასება, რომ მოხდეს ქალის ზოგადი ჯანმრთელობის და მდგომარეობის განსაზღვრა რომელმაც შეიძლება ეფექტი მოახდინოს მის ინტრანატალურ და პოსტნატალურ მოვლაზე.		
ზოგადი აღწერილობა: დააკვირდით კანის ფერს და ტექსტურას, კვებით სტატუსს, დასვენებისა და დაღლილობის გამოხატულებებს. გასინჯეთ ქალის სახეზე ,თითებზე და ქვედა კიდურებზე შეშუპება .შეეკითხეთ თუ შეუძლია ბეჭდის მოხსნა და გაკეთება.	ქალები ხშირად დაღლილები არიან, როცა კარგად არ ძინავთ ბრაქსტონის დარტყმების შეკუმშვების გამო, ან ნაყოფის აქტიურობით ან ხშირი შარდვით. ქვედა კიდურების მცირედი შეშუპება ხშირია ორსულობის გვიან ვადებზე.	სიფერმკრთალე მიანიშნებს ანემიას. სახის და თითების შესამჩნევი შეშუპება ან ქვედაკიდურების ძლიერი შეშუპება დაკავშირებულია პრეეკლამფსიასთან ,ასევე ის შეიძლება გამოვლინდეს ჰიპერტენზიული დაავადებების არსებობის დროს.
სასიცოცხლო ნიშნები: შეაფასეთ ქალის ტემპერატურა,პულსის სიხშირე.სუნთქვა და სისხლის წნევა. ხელახლა შეაფასეთ ტემპერატურა ყოველ 4 საათში(ყოველ 2 საათში მემბრანების გახევის შემდეგ ან თუ ტემპერატურა აწეულია) ხელახლა შეაფასეთ სისხლის წნევა,პულსი და სუნთქვა ყოველ საათში.	ტემპერატურა:35.8 - 37.3 ცელსიუსი. პულსის სიხშირე: 60 - 100 დარტყმა წუთში. სუნთქვა: 12-20 /წთ, თანაბარი და ძალდაუტანებელი. სისხლის წნევა საბაზისო დონესთან ახლოს. სისხლის წნევის გარდამავალი მომატება ხშირია, როცა ქალს პირველად სინჯავთ, მაგრამ უბრუნდება საბაზისო დონეს დაახლოებით ½ საათში.	შეატყობინეთ ანომალიური მაჩვენებლები ექიმს ან ბებიაქალს. ტემპერატურა 39 ცელსიუსი ან უფრო მაღალი მიანიშნებს ინფექციას. პულსის სიხშირე და სისხლის წნევა შეიძლება იყოს მომატებული. პულსის სიხშირე და სუნთქვა შეიძლება იყოს მომატებული,თუ ქალი არის განსაკუთრებით ანერვიულებული ან განიცდის ტკივილს. სისხლის წნევა >140 mmHg ან >90 mmHg დიასტოლური ან უფრო მაღალი მიჩნეულია ჰიპერტენზიის კრიტერიუმად. საბაზისო მონაცემების დეფიციტი იქმნება, თუ ქალს არ გაუვლია ანტენატალური მეთვალყურეობა.
გულის და ფილტვის ხმები:მოუსმინეთ ყველა სააუსკულტაციო წერტილს სტეტოსკოპით.	გულის ხმები უნდა იყოს სუფთა და მკაფიო S1 და S2. ფიზიოლოგიური შუილი არის ხშირად გაზრდილი სისხლის მოცულობის და გულის წუთმოცულობის გამო .სუნთქვის ხმები უნდა იყოს სუფთა,რესპირაცია თანაბარი და ძალდაუტანებელი.	ქალებს, რომლებიც სუნთქავენ ჩქარა და ღრმად, შეიძლება განუვითარდეთ ჰიპერვენტილაციის სიმპტომები, შეცვლილი შეგრძნებები და თითებისა და ტუჩების გარშემო არის დაბუჟება.

სარძევე ჯირკვალი:პალპაცია მოახდინეთ დომინანტური მასის აღმოსაჩენად.	სარძევე ჯირკვალი არის სრული და ნოდულარული. არეოლა გამუქებული, განსაკუთრებით მუქი კანის მქონე ქალებში. სარძევე ჯირკვლებიდან შეიძლება გამოჟონოს კოლოსტრუმმა(-სუფთა,წებოვანი,მარწყვის შეფერილობის სითხე)მშობიარობის განმავლობაში.	შეატყობინეთ დომინანტური მასა ექიმს ან ბებიაქალს, რომ მოხდეს მისი გამოკვლევა მოგვიანებით.
მუცელი: დააკვირდით ნაწიბურებს ლეოპოლდის მანევრისა და ნაყოფის გულისცემის სიხშირის შეფასებისას. საკმარისია რომ მოხდეს საშვილოსნოს ფუძის სიმაღლის შეფასება დაკვირვების გზით.	სტრიები(კანის გადაჭიმვით გამოწვეული ნიშნები). თუ ნაწიბურები არის გამოხატული ,შეეკითხეთ ქალს რომელი ქირურგიული ოპერაცია აქვს ჩატარებული ან როდის. საშვილოსნოს ფუძე ხშირად არის ქსიფოიდის წანაზარდის ქვემოთ,-მაგრამ განსხვავდება დედის სიმაღლის, ნაყოფის ზომის და რაოდენობის მიხედვით.	შეატყობინეთ წინა საკეისრო კვეთით მშობიარობა ექიმს ან ბებიაქალს. განივი საშვილოსნოს ნაწიბური არის ყველაზე ნაკლებ მიდრეკილი რომ გაიხეს მშობიარობის დროს.გაზომეთ ფუძის სიმაღლე ,თუ ნაყოფი ჩანს მცირე ზომით ან თუ გესტაციის ვადა კითხვის ნიშნის ქვეშ არის.
ღრმა მყესების რეფლექსი: შეაფასეთ მუხლის რეფლექსი. ზედა კიდურების ღრმა მყესების რეფლექსი ასევე ფასდება მიღების დროს თუ ეპიდურალური ბლოკირების ანალგეზია იგეგმება.	მუხლის რეფლექსი სპაზმით ან შენარჩუნებული კუნთის შეკუმშვით ნორმად ითვლება. ზოგიერთ ქალს ნორმალურად აქვს ჰიპოაქტიური რეფლექსი, მაგრამ სულ მცირე მცირედი კრუნჩხვითი შეკუმშვები მოსალოდნელია. ჭარბწონიან ქალებს შეიძლება ჰქონდეთ შემცირებული რეფლექსები მყესების გარშემო ცხიმოვანი ქსოვილის არსებობის გამო.	აღნიშნეთ არ არსებობა (იშვიათად ხდება, გარდა იმ შემთხვევისა თუ ქალი იღებს მაგნეზიუმ სულფატს) ან ჰიპოაქტიური რეფლექსები. ჰიპერაქტიური რეფლექსები და კლონუსი (განმეორებითი ჩაქუჩის დარტყმები ფეხზე როცა დორსოფლექსიურ მდგომარეობაშია) თანმხლებია ორსულობით გამოწვეულ ჰიპერტენზიასთან და ხშირად წინ უსწრებს კრუნჩხვებს.
შარდის შუა ნაკადის ნიმუში: შეაფასეთ ცილის და გლუკოზის დონე სათანადო ნიშნულით. მოცდის დროს მიჰყევით შეფუთვაზე დატანებულ ინსტრუქციებს. შეამოწმეთ კეტონებზე ,თუ ქალს არ უჭამია ხანგრძლივი დროის განმავლობაში ან ჰქონდა ღებინების ეპიზოდი.	უარყოფითი ან მცირე რაოდენობით ცილა, უარყოფითი გლუკოზა და კეტონები	პროტეინურია დაკავშირებულია ორსულობით გამოწვეულ ჰიპერტენზიასთან, მაგრამ შეიძლება ასევე დაკავშირებული იყოს საშარდე გზების ინფექციასთან ან აღებულ ნიმუშთან რომელიც არის დაბინძურებული ვაგინალური გამონადენით. გლიკოზურია დაკავშირებულია დიაბეტთან. კეტონურია ხშირია ცუდად კონტროლირებად დიაბეტთან ან თუ ქალი არ იკვებება საკმარისი ნახშირწყლებით, რომ მოხდეს ენერგიის მოთხოვნის შესაბამისად ანაზღაურება.

ლაბორატორიული ტესტები: ქალები ,რომლებსაც მიღებული აქვთ ანტენატალური მოვლის სერვისი, შეიძლება არ დასჭირდეთ ბევრი ტესტები მიღების დროს .უხშირესად, ქალს მიღებისას უტარდება შემდეგი კვლევები: 1.სისხლის საერთო ანალიზი(ან ჰემატოკრიტი განსაზღვრული ერთეულით) 2.სისხლის ჯგუფი და რეზუს ფაქტორი. 3.შრატის ტესტები -„უსაფრთხო სისხლის" კვლევა- აივ/შიდსი,- სიფილისზე, ბ და C ჰეპატიტზე. სხვა რუტინული ტესტები მიღებისას შეიძლება მოიცავდეს HIV, ვაგინალურ გონორეას და ქლამიდიას ან ვაგინალურ GBS ტესტს. რუტინული კვლევების სკრინინგი ხშირია ქალებში ,რომლებსაც არ გაუვლიათ ანტენატალური მეთვალყურეობა	1.ჰემოგლობინი ყველაზე მცირე 10.5 გრამი დეცილიტრზე (g/dl); ჰემატოკრიტი სულ მცირე 33%. 2. ქალი რომელიც არის რეზუს უარყოფითი ან იტარებდა რეგულარულ ანტენატალურ მოვლას, იღებს რეზუსის იმუნურ გლობულინებს გესტაციის 28 კვირაზე, რომ მოხდეს ანტი-რეზუს ანტისხეულების წარმოქმნა. 3.უარყოფითი ყველა ტესტზე, GBS სკრინინგი შეიძლება გაკეთდეს ანტენატალურ ვიზიტზე ორსულობის გვიანი პერიოდის დროს.	1. ამ ციფრებზე ქვემოთ არსებული მაჩვენებლები ამცირებს დედის რეზერვს ნორმალური სისხლის დანაკარგის დროს მშობიარობის განმავლობაში. 2.რეზუს-ნეგატიურ დედებს სჭირდებათ რეზუს იმუნო გლობულინები მშობიარობის შემდეგ, თუ ახალშობილი რეზუს-დადებითია 3.პოზიტიური ტესტი მიანიშნებს რომ ბავშვი შეიძლება დაინფიცირდეს და საჭიროებს მკურნალობას მშობიარობის შემდეგ. უნდა მოხდეს დედის მკურნალობა თუ მანამდე არ ჩაუტარდა იგი. დედისთვის ხდება ანტიბიოტიკების მიცემა დადებითი GBS დროს რომ შემცირდეს ახალშობილის ინფიცირების რისკი სამშობიარო გზებიდან.

ფოკუსირებული შეფასება კონკრეტულ სიტუაციაში

მშობიარობის დროს ფოკუსირებული შეფასება ხდება სანამ უფრო სრულად არ შევაფასებთ პაციენტის მონაცემებს ან პირიქით, შეფასების პრიორიტეტები განსაზღვრულია დედის და ნაყოფის კონკრეტული სიტუაციით.

ნაყოფის გულისცემა

დროული ნაყოფის გულისცემის შესაფასებლად ხანგამოშვებითი აუსკულტაცია გამოიყენება. გულისცემის გზამკვლევის მიხედვით, დამაკმაყოფილებლად ითვლება შემდეგი პარამეტრები:

- საბაზისო გულისცემა 110- 160 დარტყმა წუთში.
- რეგულარული რიტმი.

თუ ნაყოფის მონიტორინგი უწყვეტად ხორციელდება, დამატებით დამაკმაყოფილებელი მახასიათებლებია:

- ნაყოფის ბაზალური გულისცემის სიხშირის მატება (აცელერაცია).
- ნაყოფის ბაზალური გულისცემის სიხშირის შემცირების (დეცელერაციის) არარსებობა.

დედის სასიცოცხლო მაჩვენებლები

დედის სასიცოცხლო მაჩვენებლები ფოკუსირებულად ფასდება არტერიული ჰიპერტენზიის ან ინფექციების ნიშნების გამოსარიცხად. ორსულობის დროს ჰიპერტენზიად განისაზღვრება სტაბილურად მომატებული არტერიული წნევა, სისტოლური 140 mmHg ან დიასტოლური 90 mmHg და მეტი. ჰიპერტენზია შეიძლება იყოს ორსულობასთან დაკავშირებული ან ქრონიკული. ტემპერატურა 38 C ან მეტი ინფექციის არსებობას მიანიშნებს.

მოახლოებული მშობიარობა

გახშირებული სუნთქვა, ტკივილი ჭინთვების დროს, გვერდულად ჯდომა და წამოძახილები “ბავშვი იბადება” მიგვანიშნებს, რომ მშობიარობა უკვე გარდაუვალია. ექთანი მოკლედ აფასებს წინა მონაცემებს და აგროვებს სხვა ინფორმაციებს პროცესში და მშობიარობის შემდეგ. მინიმალური ინფორმაცია, რომელიც უმჯობესია რომ მშობიარობამდე შეგროვდეს:

- დედის და გვერდში მდგომი ადამიანის სახელი;
- ექიმის ან ბებიაქალის სახელი, თუ გადიოდა ანტენატალურ მეთვლაყურეობას;
- წინა ორსულობების და მშობიარობის რაოდენობა, ვაგინალურად თუ საკეისრო კვეთით მოხდა მშობიარობა;
- ამნიონური გარსების შეფასება;
- მშობიარობის დროის განსაზღვრა;
- მიმდინარე ან წინა ორსულობის დროს არსებული პრობლემები;
- ალერგიები მედიკამენტებზე, საკვებზე და სხვა ნივთიერებებზე;
- ბოლო კვების დრო და რა მიიღო საკვებად;
- დედის სასიცოცხლო მაჩვენებლები და ნაყოფის გულისცემა;
- ტკივილი: ლოკაცია, სიძლიერე, ფაქტორები რაც აძლიერებს ან ამცირებს, ხანგრძლივობა მუდმივია თუ ხანგამოშვებითი, სურს თუ არა გაუტკივარების გაკეთება.

თუ დედის და ნაყოფის მიზანმიმართული შეფასება ნორმალურია და მშობიარობაც აქტიურ ფაზაში არ არის, მაშინ მიღების დროს უფრო სრული შეფასება ხდება.
თუ თავდაპირველი შეფასებით მშობიარობა მოახლოვებულია ან სხვა სასწრაფო მდგომარეობა გამოვლინდა, მაშინ ექიმისთვის ან ბებიაქალისთვის ამ ინფორმაციის სასწრაფოდ შეტყობინება აუცილებელია.

მონაცემების შეფასება

ფოკუსირებული შეფასების გარდა, ექთანმა უნდა შეაფასოს დედის, ნაყოფის და თანხმლები ადამიანის ინფომაცია.

საბაზისო ინფორმაციაში რომელიც გროვდება მიმღებ განყოფილებაში მოცემულია:

- მიმართვის მიზეზი (მაგ., როგორიცაა შეკუმშვები, სანაყოფე წყლების დაღვრა);
- ანტენატალური მეთვალყურეობის დაწყება, მისი ბოლო ვიზიტი და ექიმის ან ბებიაქალის სახელი;
- სავარაუდო მშობიარობის დღე;
- ორსულობის, მშობიარობის, სპონტანური ან ხელოვნური აბორტების რაოდენობა;
- ალერგიები: მედიკამენეტებზე, საკვებზე და სხვა ნივთიერებებზე, როგორიცაა მაგ., ლატექსი;
- საკვების მიღება: რა მიიღო ბოლოს საკვების სახით და როდის;
- სამედიცინო, ქირურგიული და ორსულობის ისტორია;

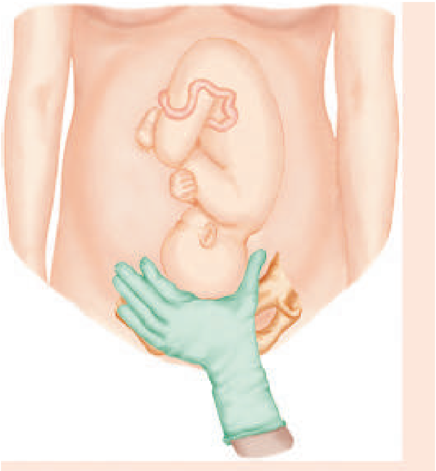
- ბოლოს გადატანილი დაავადებები და მათი მკურნალობა;
- მედიკამენტები, როგორც რეცეპტით გამოწერილი, ისე ურეცეპტოდ, თამბაქო, ალკოჰოლი ან სხვა ნარკოტიკული საშუალებები;
- დამატებითი ან ალტერნატიული თერაპი;
- თამბაქოს, ალკოჰოლის ან აკრძალული ნარკოტიკული საშუალებების გამოყენება;
- მშობიარის სუბიექტური შეგრძნებები;
- მშობიარობის გეგმა, გაუტკივარების გამოყენების მეთოდის სახე;
- მშობიარობაზე დამსწრე: ვინ არის და რა მოვალეობა ექნება;
- შესაძლო ოჯახური ძალადობა(შეეკითხეთ მხოლოდ იმ შემთხვევაში თუ ქალი მარტოა).

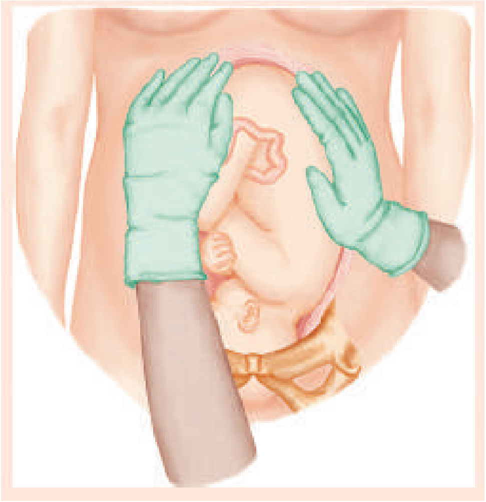
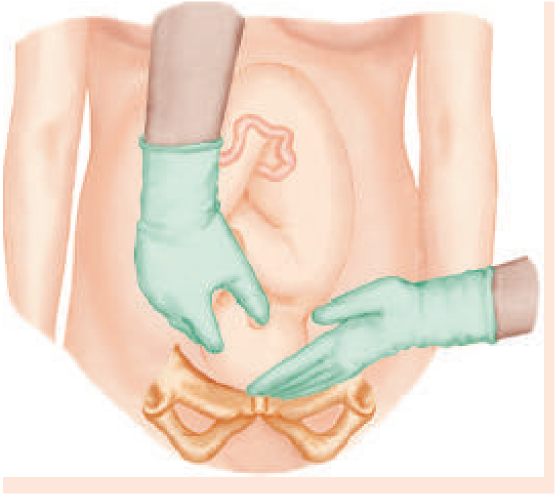
მშობიარეს ხშირად მოჰყავს ბევრი თანმხლები პირი სამშობიარო დაწესებულებაში და სურთ, რომ მის გვერდით იყვნენ სამშობაიროში მიღების პროცესში. თუმცა მაინც ფრთხილად უნდა ვიყოთ ისეთი სენსიტიური კითხვების დასმასთან, როგორიცაა წინა ორსულობები, მშობიარობები ან რაიმე სახის ძალადობა. ქალს შეიძლება ქონდეს ისტორიაში აბორტები ან საკუთარ შვილზე უარი ნათქვამი და გაშვილებული. შესაძლოა ამის შესახებ ოჯახმა არ იცოდეს. შეიძლება პარტნიორმა იცოდეს წინა ორსულობის ისტორიები, მაგრამ არ იცოდნენ მეგობრებმა და ოჯახმა. კითხვების დასმა შესაძლო ძალადობაზე, როცა გვერდით მოძალადეა, შედეგად მოგვცემს უარყოფას და შეიძლება სახიფათოც აღმოჩნდეს ქალისთვის. გადადეთ ასეთი სენსიტიური ინფორმაციის შეგროვება მანამ, სანამ ქალი მარტო არ იქნება -კონფიდენციალურობის, უსაფრთხოების და სიზუსტის გამო.

ნაყოფის შეფასება

ნაყოფის მდებარეობის და პოზიციის შეფასება ხდება ვაგინალური გასინჯვით და ლეოპოლდის მანევრით. ნაყოფის გულისცემა ფასდება დროგამოშვებითი აუსკულატაციით, ელექტრონული მონიტორინგით ან ორივეთი ერთად. ექიმი აფასებს ამნიონური სითხის შეფერილობას და სუნს, ასევე მისი დაღვრის დროს, თუ ამნიონური წყლების დაღვრა მოხდა სამშობიაროში მიღებამდე (იხ. სამახსოვრო 3.1).

სამახსოვრო 3-1	**ლეოპოლდის მანევრი**
მიზანი: გავარკვიოთ ნაყოფის მდგომარეობა და პოზიცია ნაყოფის გულისცემის მოსმენისთვის.	
1. აუხსენით ქალს პროცედურის რაობა სრულად და თითოეული საფეხური კონკრეტულად გაკეთების პროცესში. უთხარით რა აღმოაჩინეთ თითოეულ საფეხურზე. ინფორმაციის მიწოდება და სწავლება მშობიარეს ამშვიდებს, განსაკუთრებით როცა შეფასების შედეგები ნორმალურია.	6. მოათავსეთ მარცხენა ხელი საშვილოსნოს ერთ მხარეს მანამ სანამ საპირისპირო მხარეს საშვილოსნოს პალაპაციას ვაკეთებთ მარჯვენა ხელით. შემდეგ მოათავსეთ მარჯვენა ხელი მყარად სანამ მარცხენა ხელით პალპაციას უკეთებთ საშვილოსნოს საპიროსპორო მხარეს. ნაყოფის ზურგი არის გლუვი, მოხრილი ზედაპირი. ნაყოფის ფეხები და ხელები არის ნოდულარული და ნაყოფი ხშირად ამოძრავებს გასინჯვის დროს. განსაზღვრავს რომელ მხარეს არის ნაყოფის ზურგი და რომელ მხარეს ნაყოფის ფეხები და ხელები.

2. სთხოვეთ ქალს დაცალოს შარდის ბუშტი, თუ უახლოეს პერიოდში არ მოუშარდავს. დააწვინეთ ზურგზე, მუხლებში ოდნავ მოხრილი. მოათავსეთ პატარა ბალიში ან დაკეცილი პირსახოცი მენჯის ქვემოთ. ეს დისკომფორტის შემცირებას უწყობს ხელს. ასეთი პოზა აუმჯობესებს შესაძლებლობას რომ კარგად შევიგრძნოთ ნაყოფის ნაწილები ბოქვენის ზედა ნაწილზე. მუხლის სახსარში მოხრა ეხმარება ქალს მოადუნოს მუცლის კუნთები რომ გაუმჯობესდეს პალპაცია. საშვილოსნოს მდებარეობის ცვლილება იცავს აორტოკავალურ კომპრესიას, რომელმაც შეიძლება შეამციროს პლაცენტაში სისხლის მიდინება.	
3. დაიბანეთ ხელი თბილი წყლით, გაიკეთეთ ხელთათმანი, თუ შესაძლებელია, რადგან შეიძლება რაიმე სახის გამონადენთან მოგიწიოთ შეხება. თბილი ხელები უფრო კომფორტულია პალპაციის დროს და იცავს მუცლის კუნთებს დაჭიმულობისგან.	7. მოსინჯეთ ბოქვენის ზედა ნაწილი. თუ ჯდომით მდებარეობა დადგინდა ფუძის პალპაციის დროს, მაშინ ელოდეთ მაგარ, მრგვალ თავს ამ ნაწილში. შეეცადეთ რომ ჩაეჭიდოთ წინამდებარე ნაწილს ცერა და სხვა თითებს შორის. თუ წინამდებარე ნაწილი არ არის მენჯში შესული, მაშინ შეგიძლიათ ის ამოძრავოთ ზემოთ ხელით ჩაჭიდებით.
4. დადექით ორსულის გვერდით, სახით მისკენ და თქვენი დომინანტური ხელი მოათავსეთ მასთან ახლოს. პირველი სამი მანევრი ყველაზე მარტივი გასაკეთებელია ამ პოზიციით.	8. გამოტოვეთ მეოთხე მანევრი თუ ნაყოფი ჯდომით წინმდებარეობაშია. ეს კეთდება მხოლოდ ნაყოფის თავით წინმდებარეობის დროს, რომ გავარკვიოთ ნაყოფის თავი მოხრილია თუ არა.
5. გასინჯეთ საშვილოსნოს ფუძე. ჯდომით მდებარეობა(დუნდულოები) უფრო რბილია და უფრო უსწორამსწორო ვიდრე თავი. ჯდომით მდებარეობის მოძრაობა იწვევს ასევე ნაყოფის ტანის მოძრაობას. თავი არის უფრო მაგარი და მრგვალი და ერთგვაროვანი ფორმის. თავის მოძრაობა შესაძლებელია მთლიანი ნაყოფის ტანის მოძრაობის გარეშე. განასხვავეთ ჯდომით და თავით წინმდებარეობა. თუ ნაყოფი თავით წინმდებარეობაშია, დუნდულები საშვილოსნოს ფუძეში შეიგრძნობა.თუ ჯდომით წინმდებარეობაა, მაშინ თავი შეიგრძნობა ფუძეში.	

	
9. მობრუნდით ისე რომ ორსულის ფეხები იყოს წინ, ყველაზე მარტივად ამ პოზიციიდან კეთდება	10. მოათავსეთ თქვენი ხელები საშვილოსნოს ორივე მხარეს ისე, რომ თითები მიმართული იყოს მენჯის შესასვლელის მიმართულებით. ჩააცურეთ ხელები საშვილოსნოოს ორივე მხარეს.ერთ მხარეს თქვენი თითები მარტივად ჩაცურდება ბოქვენის ზედა ზღვართან. მეორე მხარეს თქვენი თითები შეხვდება წინააღმდეგობას, რომელსაც ჰქვია თავის ამობურცული ნაწილი. გაარკვიეთ თავი მოხრილ თუ გაშლილ მდგომარეობაშია. ნაყოფის ყიფლიბანდით წინმდებარეობა ნორმალურია. თუ თავი მოხრილია ,თავის ამობურცული ნაწილი (შუბლი ამ შემთხვევაში) შეიგრძნობა ნაყოფის ზურგის საწინააღმდეგო მხარეს. თუ თავი გაშლილია, თავის ამობურცული ნაწილი (კეფა ამ შემთხვევაში) შეიგრძნობა იგივე მხარეს,როგორც ნაყოფის ზურგი.

მშობიარობის სტატუსი

ქალის მშობიარობის სტატუსის შემოწმება ხდება შეკუმშვების შეფასებით. ვაგინალური გასინჯვით და გარკვევით, დაიღვარა თუ არა ამნიონური სითხე. შეკუმშვების შეფასება ხდება პალპაციით, ელექტრონული მონიტორინგით ან ორივეთი ერთად. ყელის გახსნა და გადასწორება, ასევე, ნაყოფის ჩადგმა, მდებარეობა და პოზიცია ფასდება ვაგინალური გასინჯვით. ვაგინალურმა გასინჯვამ ასევე შეიძლება გამოავლინოს მოხდა თუ არა სანაყოფე სითხის დაღვრა თუ თვალით ვერ ხერხდება ვაგინაში სითხის ვიზუალიზაცია. ვაგინალური გასინჯვა არ უნდა მოხდეს თუ ქალს აქვს აქტიური სისხლდენა (წინასამშობიარო სისხლიანი გამონადენის გარდა), რადგან ამ პროცედურამ შესაძლოა გააძლიეროს სისხლდენა. სარკეების გამოყენებაა რეკომენდირებული და არა ვაგინალური გასინჯვა როცა ნაადრევი მშობიარობა ან აქტიური ვაგინალური სისხლდენაა (სამახსოვრო 3.2).

სამახსოვრო 3-2 შეკუმშვების პალპაცია	
მიზანი: გავარკვიოთ შეკუმშვების ხასიათი შეესაბამება თუ არა ნამდვილ მშობიარობას. ამით დადგინდება არსებობს თუ არა არანორმალური შეკუმშვები, რომლებმაც შეიძლება საფრთხე შეუქმნას დედას და ნაყოფს.	აღნიშნეთ დრო, როდის იწყება და როდის მთავრდება თითოეული შეკუმშვა • განსაზღვრეთ საშუალო დროის ხანგრძლივობა, რომელიც გადის ერთი შეკუმშვის დაწყებიდან მეორე შეკუმშვის დაწყებამდე.
შეაფასეთ ყველაზე ცოტა სამი შეკუმშვა ერთმანეთის მიყოლებით ნაყოფის გულისცემის შეფასების დროს. დაბალი რისკის პაციენტებისთვის მოწოდებულია შემოწმების შემდეგი სიხშირე: ა.ყოველ საათში ლატენტური პერიოდის განმავლობაში. ბ.ყოველ 30 წუთში აქტიური და გარდამავალი ფაზების დროს. გ. ყოველ 15 წუთში ერთხელ მეორე სტადიის დროს. შეაფასეთ უფრო ხშირად თუ რამე ნორმიდან გადახვევა დაფიქსირდა. ყველაზე მცირე ,სამი თანმიმდევრული შეკუმშვის შეფასება, საშუალებას გვაძლევს უკეთ შევაფასოთ მდგომარეობა. გასინჯეთ შეკუმშვები პერიოდულად როცა გარეგანი ნაყოფის მონიტორინგი გამოიყენება, რადგან ის ზუსტად შეიძლება არ ასახავდეს შეკუმშვების სიძლიერეს, მუცლის ცხიმის, დედის და ნაყოფის პოზიციის გამო. მოათავსეთ ხელის თითები საშვილოსნოს ფუძეზე, გამოიყენეთ მსუბუქი დაწოლა. გააჩერეთ თითები ერთ ადგილას. შეკუმშვები იწყება საშვილოსნოს ფუძეში, მიუხედავად იმისა რომ დედა შეიგრძნობს მუცლის ქვედა ნაწილში და წელის ადგილას. გაითვალისწინეთ, რომ ხელის მოძრაობამ მუცლის ზედაპირზე, შესაძლოა გამოიწვიოს შეკუმშვების სტიმულირება და ამან, არაზუსტი შეფასების მიღება გამოიწვიოს.	• განსაზღვრეთ ერთი შეკუმშვის დაწყებიდან დასრულებამდე საშუალო დროის ხანგრძლივობა წამებში. • განსაზღვრეთ ერთი შეკუმშვის დასასრულიდან მეორე შეკუმშვის დაწყებამდე დროის საშუალო ხანგრძლივობა. მოსალოდნელია შეკუმშვების სიხშირის, ხანგრძლივობის და სიძლიერის გაზრდა მშობიარობის პროგრესთან ერთად. ცრუ მშობიარობა ხშირად ხასიათდება შეკუმშვებით რომლებიც არის არარეგულარული, და არ იზრდება სიხშირით, ხანგრძლივობით და სიძლიერით. განსაზღვრეთ შეკუმშვების საშუალო სიძლიერე, იმის მიხედვით თუ რამდენად მარტივად ჩაიწევა საშვილოსნო შეკუმშვების პიკში. • მსუბუქი შეკუმშვების დროს, საშვილოსნო მარტივად ჩაიზნიქება თითებით. შეკუმშვები გავს ცხვირის ბოლოს სიმკვრივით. • საშუალო შეკუმშვების დროს, საშვილოსნოს ჩაზნექა ხდება უფრო რთულად თითებით. შეკუმშვები გავს ნიკაპს სიმკვრივით. • ძლიერი შეკუმშვების დროს,საშვილოსნო ,,ხის,, მაგვარია და ვერ ხერხდება თითებით ჩაზნექა. შეკუმშვები გავს შუბლს სიმკვრივით. მშობიარობის დროს შეკუმშვები იგულისხმება რომ უნდა გაიზარდოს პროგრესულად. თუ ესე არ ხდება მაშინ ქალი არ არის ნამდვილ მშობიარობაში ან დისფუნქციური მშობიარობა აქვს. აღნიშნეთ ჰიპერტონური შეკუმშვები • არის 2 წუთზე ნაკლები დროით დაშორებული ან 5-ზე მეტი შეკუმშვა 10 წუთში. • ხანგრძლივობა 90 - 120 წუთზე მეტი. • ინტერვალი 30 წამზე ნაკლები. • საშვილოსნოს არასრულად მოდუნება შეკუმშვებს შორის. გახანგრძლივებული კომპრესიები ახასიათებს ჰიპერტონიური შეკუმშვებს, რაც ამცირებს პლაცენტის სისხლის დინებას სისხლძარღვებში რომლებიც კვებავს ბუსუსთა შორის სივრცეებს.

ფიზიკური გასინჯვა

მოკლე ფიზიკური გასინჯვა აფასებს ქალის ზოგად მდგომარეობას, სხვა მნიშვნელოვანი დასაკვირვებელი მონაცემები მშობიარობის დროს არის შეშუპების არსებობა და ლოკაცია, მუცელზე ნაწიბური და ფუძის სიმაღლე.

მიღების პროცედურები

პაციენტის შემოსვლისთანავე გაუგზავნეთ შეტყობინება ექიმს. ორსულის შეფასების შემდეგ ექთანი უკავშირდება ექიმს რომ შეატყობინოს ქალის მდგომარეობა და მიიღოს შემდგომი დავალებები. ექთანი ექიმისთვის აწვდის შემდეგ ინფორმაციას:

ინფორმაცია ორსულობის,მშობიარობისა (გესტაციური ასაკების დაზუსტებით) და აბორტების (სპონტანური და სელექტიური) შესახებ. მშობიარობის სავარაუდო დრო და ფუძის სიმაღლე, თუ ის შესაბამისობაში არ მოდის ორსულობის ვადასთან.

შეკუმშვების მახასიათებლები. ვაგინალური გასინჯვით მიღებული შედეგები:

- ყელის გახსნა და გადასწორება;
- ნაყოფის მდებარეობა და პოზიცია;
- წინამდებარე ნაწილის ჩადგმის დონე;
- ნაყოფის გულისცემის სიხშირე და სახეობა;
- დედის სასიცოცხლო ნიშნები;
- დედისა და ნაყოფის ნებისმიერი აღმოჩენილი პათოლოგია ან საყურადღებო ფაქტი;
- ტკივილი, შფოთვა და სხვა რეაქციები მშობიარობის პროცესში.

ზემოთ მოცემული ინფორმაციის შეგროვების შემდეგ, საჭიროა რამდენიმე მანდატორული მოქმედების განხორციელება. ესენია:

ინფორმირებული თანხმობის გაფორმება - მშობიარე ხელს აწერს თანხმობის ფურცელს მომსახურების გაწევის შესახებ, როგორიცაა ანესთეზია, ვაგინალური თუ საკეისრო კვეთით მშობიარობა, სისხლის გადასხმა და იმუნოდეფიციტურ ვირუსზე ტესტის ჩატარება. ცალკე თანხმობის ფორმა ორმხრივი ტუბალური ლიგაციისთვის, თუ ქალს სურვილი აქვს, ოჯახის დაგეგმვის მიზნით გამოიყენოს მუდმივი, ქირურგიული სტერილიზაციის მეთოდი ოპერაციული მშობიარობის დროს. სტერილიზაციისთვის თანხმობა შეიძლება მივიღოთ მშობიარობამდე და გადავამოწმოთ მშობიარობის დროს და განვუმარტოთ კიდევ ერთხელ,რომ მუდმივი სტერილიზაციაა შედეგი ორმხრივი ტუბალური ლიგაციისა. თანმხობაა ასევე მისაღები ახალშობილის მომსახურებისთვის და წინდაცვეთისთვის მიღების დროს.

ლაბორატორიული ტესტები. ქალს რომელსაც რეგულარული ანტენატალური მეთვალყურეობა აქვს გავლილი დამატებითი ტესტები სჭირდება მხოლოდ სპეციფიური დანიშნულებით, ხოლო მშობიარეს რომელსაც არ გაუვლია ანტენატალური მეთვალყურეობა ან ბოლო ვიზიტის მომსახურება არ მიუღია, მათ უფრო მეტი ტესტის ჩატარება სჭირდებათ.

მარტივი ტესტები რომლებიც მიმღებში რუტინულად კეთდება არის:

- ჰემატოკრიტის განსაზღვრა თითიდან აღებული სისხლით.
- შარდის შუა ნაკადიდან აღებული ნიმუში რომ განისაზღვროს ცილის და გლუკოზის დონე - ჩვეულებრივ კეთდება მიმღებში ექიმის გამოძახებამდე.

ინტრავენური ჩარევები - საჭიროების არსებობის შემთხვევაში, მიმღებშივე იდგმება ვენური კათეტერი. წინასწარ ჩაყენებული კათეტერი, საშუალებას იძლევა რომ საჭიროების შემთხვევაში სწრაფადვე მოხდეს მედიკამენტების და სითხეების შეყვანა. მაგალითად უწყვეტი სითხის გადასხმა საჭიროა ეპიდურული ანესთეზიის დროს, რათა თავიდან ავიცილოთ მოსალოდნელი დეჰიდრატაცია. მშობიარესთან ხშირია ასევე ელექტროლიტების შემცველი ხსნარების გამოყენების საჭიროებაც.

მიღების შემდგომი შეფასება

თუ მაინც გაურკვეველია ქალი იმყოფება თუ არა ნამდვილად მშობიარობაში, მაშინ შეგვიძლია ორსულს დავაკვირდეთ 1-2 საათის განმავლობაში და შევაფასოთ პროგრესირებს თუ არა საშვილოსნოს ყელის ცვლილებები. როგორც ყელის გადასწორება, ისე გახსნა ან ორივე, მიანიშნებს რომ ეს არის ნამდვილი მშობიარობა. დედისა და ნაყოფის შეფასება ხდება დაკვირვების პერიოდის განმავლობაში ისე, როგორც ადრეული მშობიარობის პროცესში.

მიმღებში შეფასების შემდეგ, დედას და ნაყოფს სჭირდება რეგულარული შეფასება; შეფასების ინტერვალები დამოკიდებულია დედისა და ნაყოფის რისკის კატეგორიაზე და განხორციელებული ინტერვენციების შინაარსზე, მაგალითად, ჩატარებულია თუ არა ოქსიტოცინით სტიმულაცია ან ეპიდურული ანალგეზია.

ქვემოთ მოყვანილია ნაყოფისა და დედის უწყვეტი შეფასების გზამკვლევი:

ნაყოფის შეფასება - სრულდება რათა გაირკვეს ნაყოფის მდგომარეობა და პოტენციური რისკები ადრევე იდენტიფიცირდეს. ნაყოფის შეფასება შედგება ნაყოფის გულისცემის და ამნიონური სითხის დახასიათებით. ამ შეფასების დროს გამოვლენილი პათოლოგიური მდგომარეობა შეიძლება გამოწვეული იყოს ნაყოფის ჟანგბად-ნახშირორჟანგის მიმოქცევის შეფერხებით და ინფექციებით.

ნაყოფის გულისცემა ფასდება როგორც ხანგამოშვებით აუსკულტაციით, ასევე მუდმივი მონიტორინგით. შეფასების და დოკუმენტირების სიხშირე დამოკიდებულია დედის და ნაყოფის მდგომარეობის სტატუსზე და მშობიარობის სტადიაზე.

სანაყოფე სითხის დაღვრა შეიძლება მოხდეს სპონტანურად ან ამნიოტომიის გზით. ნაყოფის გულისცემის შეფასება, სანაყოფე სითხის დაღვრიდან 1 წუთში ხდება. სანაყოფე სითხის დაღვრის შემდეგ, შესაძლოა მოხდეს ჭიპლარის გამოვარდნა მემბრანების რღვევის და სითხის დაღვრის გამო და მოხდეს მისი კომპრესია და სისხლის მიდინების შეფერხება. პოტენციური გართულებების თავიდან აცილების მიზნით, უმჯობესია, თუ ამნიონური გარსების დარღვევის დროს მოხდება სანაყოფე გარსების დარღვევის დროის, ნაყოფის გულისცემის და სითხის მახასიათებლების დოკუმენტირება. ამნიონური სითხე უნდა იყოს სუფთა და შეიძლება შეიცავდეს ნაყოფის პირველად საცხს, რომელიც კრემისებრი, მოთეთრო ფერისაა ნაყოფის კანის დასატენიანებლად.

მღვრიე, მოყვითალო და ცუდი სუნის მქონე ამნიონური სითხე ინფექციის მანიშნებელია. მწვანე შეფერილობის სითხე მიგვანიშნებს მეკონიუმის შერევას სანაყოფე წყლებში მშობიარობამდე. მეკონეუმის გამოყოფა შეიძლება გამოწვეული იყოს გარდამავლი ჰიპოქსიით, რომლის მიზეზიც ხშირად უცნობია. ახალშობილს შეიძლება დასჭირდეს დამატებითი სასუნთქი გზების ამოსუფთავება მშობიარობის შემდგომ თუ სითხეში დიდი რაოდენობით არის მეკონეუმი.

ამნიონური სითხის რაოდენობა უნდა აღიწეროს დაახლოებით ასე: ჭარბი რაოდენობით- თუ რაოდენობა 1000მლ-ზე მეტია, საშუალო რაოდენობის -თუ 500-1000 მლ და მცირე ნაკადივით, რომელიც ძნელია რომ თუნდაც შევამჩნიოთ. თუ ნაყოფი მენჯში კარგად ქვემოთ არის ჩამოსული, მაშინ მცირე რაოდენობით სითხე იღვრება და უშუალოდ მშობიარობის დროს იღვრება დანარჩენი.

დედის შეფასება - დედის რამდენიმე მონაცემის შეფასებაზე დამოკიდებულია ასევე ნაყოფის ჯანმრთელობა, მაგალითად, როგორიცაა სასიცოცხლო მაჩვენებლები და შეკუმშვები.

საციცოცხლო მაჩვენებლები - პათოლოგიური მდგომარეობა უნდა აღინიშნოს და შეფასების სიხშირე უნდა გაიზარდოს.

შეკუმშვები - შეკუმშვები უნდა შეფასდეს პალპაციით ან ნაყოფის ელექტრონული მონიტორინგით.

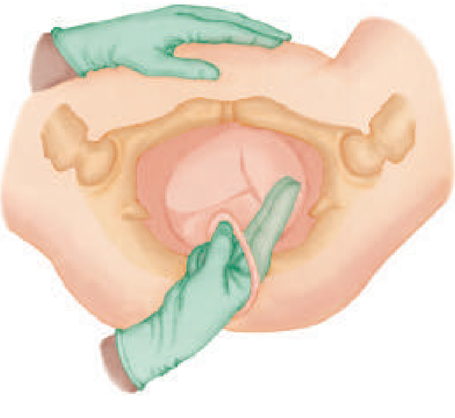
მშობიარობის მიმდინარეობა - ვაგინალური გასინჯვა ხდება პერიოდულად, რომ მოხდეს ყელის გახსნის და გადასწორების შეფასება, ასევე ნაყოფის წინმსვლელობა. ვაგინალური გასინჯვის სიხშირე დამოკიდებულია ქალის ორსულობის რიგითობაზე, ამნიონური მემბრანების

სტატუსზე და მთლიანად მშობიარობის სიჩქარეზე. პერიანალური არიდან შეტანილი მიკროორგანიზმებით საშოს მეორადი ინფიცირების თავიდან აცილების მიზნით, უმჯობესია თუ ვაგინალური გასინჯვები არ იქნება ხშირი (სურათი 3.1).

სითხის მიღება და გამოყოფა - ორალური და ინტრავენული სითხის მიღება და ასევე, შარდვა უნდა დაფიქსირედეს სამედიცინო ჩანაწერებში. მშობიარობამ შეიძლება შარდვის სურვილი შეუმციროს მშობიარეს, ამიტომ ბოქვენის ზედა ნაწილი უნდა შემოწმდეს ყოველ 2 საათში ერთხელ, უფრო ხშირად რომ მოხდეს შარდის ბუშტის გადავსების იდენტიფიცირება.

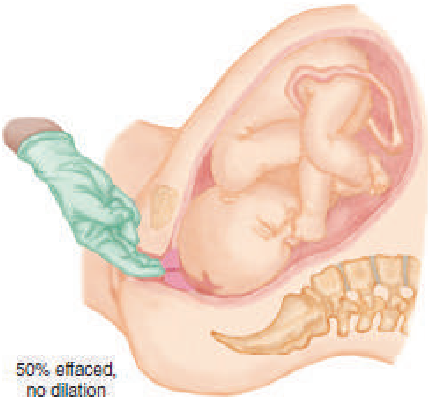
ნაყოფის თავის დაწოლა სწორ ნაწლავზე მშობიარობის დროს მშობიარეში იწვევს დეფეკაციის სურვილს. ექთანმა უნდა შეხედოს პერინეუმს, მოხდა თუ არა ნაყოფის თავის გამოჭრა, როცა ქალი უეცრად გამოხატავს დეფეკაციის ძლიერ სურვილს შეკუმშვების განმავლობაში.

სურათი 3.1 ვაგინალური გასინჯვა მშობიარობისას

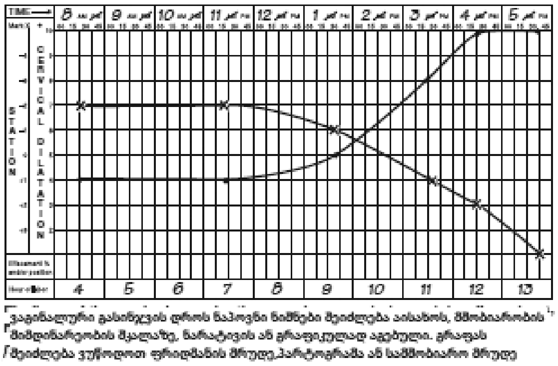
მიზანი • მემბრანების სტატუსის შემოწმება. • ყელის გადასწორების და გახსნის შემოწმება. • ნაყოფის მდებარეობის, პოზიციის და ჩადგმის დონის შეფასება.	ექთანი განსაზღვრავს ყელის გადასწორებას ყელის სისქის გაზომვით. არაგადასწორებული ყელი დაახლოებით 2 სმ სიგრძისაა, თუ 50% არის გადასწორებული , მაშინ 1 სმ სიგრძის. გადასწორება განისაზღვრება პროცენტებით (0% - 100%-მდე) ან შეიძლება აღვწეროთ სიგრძე სანტიმეტრებში. ყელის გახსნა განისაზღვრება თითების ყელში შეცურებით. საშუალოდ ქალის საჩვენებილი თითი არის 1.5 სმ დიამეტრის.
მეთოდი ვაგინალური გასინჯვა გამოუცდელი ექთნის მიერ არ კეთდება და მხოლოდ იმათ შეუძლიათ ამ მანიპულაციის შესრულება, ვინც გაიარა მომზადება სპეციალურად სამეანო სფეროში.	წინამდებარე ნაწილის განსაზღვრა. ნაყოფის თავი ისინჯება როგორც ერთგვაროვანი, მაგარი და მრგვალი სტრუქტურა თავით წინმდებარეობის დროს. ნაყოფის დუნდულები არის რბილი და მეტად უსწორმასწორო ჯდომით წინმდებარეობის დროს. თუ ამნიონური გარსები დარღვეულია ჯდომით წინმდებარეობის დროს, ნაყოფმა შეიძლება გამოყოს სქელი, მომწვანო-მოშავო ფერის მეკონეუმი (ჯდომით წინმდებარეობის დროს მეკონეუმის არსებობა არ მიანიშნებს ნაყოფის არაკეთილსაიმედო მდგომარეობას). ექთანმა უნდა შეაფასოს ნაყოფის მდგომარეობის სხვა მონაცემები.
სახარჯი მასალა სტერილური ხელთათმანები, სტერილური საპოხი ნივთირება (ზეთოვანი, გელი). თუ pH ან ნიტრაზინის ტესტი გამოიყენება, რომ გავარკვიოთ ამნიონური მემბრანები დაირღვა თუ არა, მაშინ საპოხი ნივთიერებები არ გამოიყენება.	ნაყოფის პოზიცია 

ნაყოფის თავით წინმდებარეობის დროს ექთანი სინჯავს ნაყოფის თავის ქალის დამახასიათებელ ნიშნებს. უკანა ყიფლიბანდი ისინჯება ნაყოფის კეფით წინმდებარეობის დროს და არის სამკუთხედი ფორმის, რომელიც წარმოიქმნება სამი ნაკერისგან (ორი ლამბდოიდური და ერთი ვერტიკალური). წინა ყიფლიბანდი არ ისინჯება სანამ ნაყოფის თავი არ არის კარგად მოხრილი ან მშობიარობის ბოლოს არ იშლება. ის ისინჯება როგორც ალმასის ფორმის ჩაზნექილობა და წარმოიქმნება ოთხი ნაკერისგან (ერთი ფრონტალური, ორი გვირგვინოვანი და ერთი ისრისებრი)

ხელის პოზიცია



ნაყოფის ჩადგმის განსაზღვრა



ექთანი ხშირად იყენებს დომინანტური ხელის საჩვენებელ და შუა თითს ვაგინალური გასინჯვისთვის. ცერა და სხვა თითები კი გარეთ რჩება რომ თავიდან ავიცილოთ საშოს მიკროორგანიზმებით დაბინძურება.

ამნიონური გარსების მდგომარეობის დადგენა

ინტაქტური მემბრანა ისინჯება როგორც სრიალა, სითხით სავსე ბურთი წინამდებარე ნაწილის გარშემო. ამნიონური სითხის გამოჟონვა არ შეიმჩნევა.

გამობერილი მემბრანები შეიგრძნობა როგორც სრიალა, სითხით სავსე ბურთი წინამდებარე ნაწილის გარშემო. შეიძლება რთული იყოს წინამდებარე ნაწილის გასინჯვა თუ მემბრანები ძალიან გამობერილია.

დარღვეული გარსების შემთხვევაში გამონადენი სითხე შეინიშნება ვაგინიდან, როცა ექთანი სინჯავს ყელს ან წინამდებარე ნაწილს

ყელის გასაწორების და გახსნის განსაზღვრა

ქალის საპასუხო რეაგირება მშობიარობაზე

ქალის ქცევა იცვლება სამშობიარო მოქმედების გაძლიერებასთან ერთად, მითუმეტეს თუ ეპიდურული გაუტკივარება არ გამოყენება. მშობიარობის პროგრესირებასთან ერთად, ქალი ამცირებს ურთიერთობის დამყარების სურვილს და სჭირდება მეტი ზრუნვა და მხარდაჭერა. ის შეიძლება უფრო გაღიზიანდეს ტკივილის, შიშის და შესაძლო დაზიანების მიღების გამო. შფოთვა შესაძლოა დაკავშირებული იყოს არაპროგნოზირებადობისა და კონტროლის დაკარგვის შიშთანაც.

სამშობიარო ტკივილები და ქალის საპასუხო გამკლავების მექანიზმები ინდივიდუალურია. ექთანი განუწყვეტლივ აფასებს თუ რა არის საჭირო დამატებითი ზომების მიღებისთვის, ტკივილის მართვაში. მშობიარეს ქცევები, რომლებიც მიგვანიშნებს, რომ შესაძლოა ტკივილის მართვაში დახმარება დაგვჭირდეს, შემდეგია:

- საგანგებო მოთხოვნა მედიკამენტზე და სხვა ტკივილის კონტროლის მართვის მეთოდზე, როგორიცაა ეპიდურული გაუტკივარება.
- პრეტენზია, რომ მიმდინარე ზომები არაეფექტურია.
- კუნთების დაჭიმულობა და წელის ტკივილი შეკუმშვების დროს.
- კუნთების დაჭიმულობის შენარჩუნება შეკუმშვებს შორისაც.
- დაჭიმული სახის გამომეტყველება, საწოლში მოუსვენრად ბრუნვა.
- ისეთი წამოძახილები , როგორიცაა ,,მეტს ველარ გავუძლებ,, და სხვა.

ამ დროს, დიდი მნიშვნელობა აქვს თანმხლები პირის მხარდაჭერას. მშობიარობა სტრესული მდგომარეობაა მშობიარის თანმხლები ადამიანისთვის, რომელიც უმეტეს შემთხვევაში ბავშვის მამაა. ის შიძლება აღელვდეს, შეეშინდეს ან დაიღალოს. ის თვლის რომ უნდა დაეხმაროს დედას და ბავშვს, მაგრამ ამის შესაძლებლობა არ აქვს. საყვარელი ქალის ტანჯვის ყურება რთულია, თუნდაც ტკივილები ნორმალური იყოს. მან შეიძლება სხვადასხვანაირად უპასუხოს ამ სტრესულ მდგომარეობას, როგორიცაა ჩუმად ყოფნა, ჩუმად განცდა ან რეაქციებით ,როგორიცაა მოუსვენრობა და სიბრაზე. ემოციებს ზოგი მამა გამოხატავს ოთახის ხშირი და ხანგრძლივათ დატოცებით, ზოგი კი პატარა შესვენბაზეც უარს ამბობს.

ექთნები მხარში უდგანან და ამხნევებენ მამებს მშობიარობის დროს. თუმცა ეს შეიძლება წინააღმდეგობაში მოდიოდეს ზოგიერთ კულტურაში, სადაც მხოლოდ ქალი მონაწილეობს მშობიარობის პროცესში. მამას შეიძლება ერთგვარი გაორებაც ჰქონდეს; ერთის მხრივ, მას შესაძლოა სურვილი ჰქონდეს საყვარელი ქალის გვერდით იყოს და ამავდროულად ეს მათ კულტრაში არ იყოს დამკვიდრებული ქცევა. ექთანმა პატივი უნდა სცეს ყველა წყვილის ღირებულებებს და მათ სურვილებს მამის მონაწილეობასთან დაკავშირებით. მშობიარობის თანმხლები პირი შეი-

ძლება იყოს ასევე, ქალის მშობელი ან სხვა ნათესავი, მეგობარი ნებისმიერი სქესის ან ჰომოსექსუალი პარტნიორი. ექთანს უნდა ახსოვდეს რომ ნებისმიერი ვინც კი გვერდში უდგას მშობიარეს, შეიძლება აღელდეს და უსუსურობის შეგრძნება დაეუფლოს. თანხმლები პირის გამხნევება და მასზე ზრუნვა ზრდის მშობიარობასთან დაკავშირებული დადებითი გამოცდილების მიღების ალბათობას მშობიარესთვის.

შემთხვევის განხილვა 3-1
შეფასება: ქეთი, 17 წლის ორსული, პირველი ორსულობა, პირველი მშობიარობა, რომელიც მიღებულია მშობიარობის ადრეულ ეტაპზე. მისი ყელი 3 სმ-ზეა გახსნილი და სრულად გადასწორებული, ხოლო ნაყოფი არის ჩადგმის 0 დონეზე. მემბრანები არის ინტაქტური. ქეთის ქმარი - დათო არის მასთან ერთად. მათ არ გაუვლიათ მშობელთა სკოლა. ქეთის უჭირავს მეუღლის ხელი მჭიდროდ და ჩქარა სუნთქავს. აღელვებული ხმით ამბობს:"ძალიან მეშინია, არასდროს არ ვყოფილვარ საავადმყოფოში მანამდე, არ ვიცი თუ შევძლებ ამას."
კრიტიკული აზროვნება: არის რამე სამედიცინო დოკუმენტაციაში არსებულ ჩანაწერებში, რაც ეჭვებს ბადებს თქვენთვის?
პასუხი: რადგან წყვილების უმეტესობა, რომლებსაც ბავშვები უჩნდებათ, არ იმყოფებიან ქორწინებაში. ექთანი, რომელიც მიიღებს 17 წლის პაციენტს, უფრო მეტად იფიქრებს რომ წყვილი დაქორწინებული არ არის, მიუხედავათ იმისა რომ თინეიჯერი დედა შეიძლება ნამდვილად დაქორწინებული იყოს ბავშვის მამაზე. ექთანმა დასკვნები არ უნდა გააკეთოს დაჩქარებით. ის ფაქტი, რომ ქეთის და დათოს არ გაუვლიათ წინასამშობიარო კლასები, მიანიშნებს თუ არა იმას, რომ საკუთარ პირად პასუხისმგებლობას გაურბიან?
დიაგნოზი: შფოთვა , რომელიც დაკავშირებულია უცხო გარემოსთან და სამშობიარო მზადების ნაკლებობასთან.
მოსალოდნელი გამოსავალი: ქეთი გამოხატავს შემდეგს: 1. გამოხატავს ნაკლებ შფოთვას მიღების პროცედურის დასრულების შემდეგ. 2. ექნება მოსვენებული სახის გამომეტყველება და სხეულის პოზა შეკუმშვებს შორის.
ჩარევა და რაციონალიზაცია 1. შეინარჩუნეთ მშვიდი და თავდაჯერებული მანერები როცა ზრუნავთ ქეთიზე. გამოხატეთ, რომ გჯერათ მისი შესაძლებლობების და რომ შეძლებს მშობიარობას. სიმშვიდე უზრუნველყოფს იმაში დარწმუნებას, რომ მშობიარობა არის ნორმალური და რომ დედას აქვს მშობიარობისთვის აუცილებელი რესურსი. 2. გამოიყენეთ თერაპიული კომუნიკაცია როცა ესაუბრებით ქეთის. მოახდინეთ სიტუაციასთან ადაპტირებული კომუნიკაცია, უფრო მარტივად აუხსენით და მიეცით დირექტივები მშობიარობის გაძლიერებასთან ერთად. ინტენსიური ფიზიკური შეგრძნებები კომპლექსური ინფორმაციის გაგების უნარს ამცირებს.

3. განსაზღვრეთ წყვილის გეგმები მშობიარობასთან დაკავშირებით და იმუშავეთ მათთან ერთად რამდენადაც შესაძლებელია. თუ რამე გეგმის მიხედვით არ მიდის, აუხსენით თუ რატომ ხდება ეს ასე. გახსოვდეთ, რომ გეგმა აძლიერებს მათ თავდაჯერებულობასა და სიტუაციის კონტროლის შეგრძნე-ბას; დაეხმარეთ მათ, რომ ჰქონდეთ მშობიარობის სასიამოვნო გამოცდილება.

4. დარჩით ქეთისთან რამდენადაც შესაძლებელია მშობაიარობის დროს. დაარწმუნეთ, რომ თქვენ იმისთვის ხართ რომ დაეხმაროთ მას. ექთანი უზრუნველყოფს კონტაქტის საშუალებით მშობიარის გვერდში დგომას და ამცირებს მიტოვების შიშს.

5. მოახდინეთ ქეთის ორიენტაცია სამშობიარო ოთახში და აღწერეთ პროცედურა და მოწყობილო-ბა,რომელიც შესაძლოა მას დასჭირდეს. ინფორმაცია ამცირებს უცნობი გარემოს შიშს.

შეფასება: ქეთი შედარებით დუნდება ექთანთან საუბრის შემდეგ და ამცირებს მის სუნთქვას. ქეთი ამბობს,"უკეთესად ვგრძნობ თავს ეხლა, ვიმედოვნებ მანამდე ვიმშობიარებ სანამ თქვენ წახვალთ." დათოც ასევე უფრო დამშვიდებული ჩანს.

დახმარება გადაუდებელი მშობიარობის დროს

გამოუცდელი ექთანი დამოუკიდებლად იშვიათად მონაწილეობს მშობიარობის პროცესში საავადმყო-ფოში ან სამშობიარო დაწესებულებაში, მაგრამ ხანდახან ეხმარება გამოცდილ ექთანს. დაუგეგმავი მშობიარობა სამშობიაროს გარეთ ხშირი არ არის, მაგრამ ხდება.

ექთნების პრიორიტეტები სასწრაფო მშობიარობის დროს ნებისმიერ მდგომარეობაში:

- თავიდან აირიდეთ ან შეამცირეთ დედის ან ნაყოფის დაზიანების რისკი.
- შეინარჩუნეთ ახალშობილის სასუნთქი გზები და ტემპერატურა მშობიარობის შემდეგ.

მოემზადეთ სასწრაფო გზით მშობიარობისთვის.

მოათავსეთ სასწრაფო სამშობიარო შეკვრა ("სწრაფი" ყუთი) ახლოს.

მშობიარობის დროს

დარჩით ქალთან, რომ დაეხმაროთ მას მშობიარობაში, გამოიყენეთ გამოსაძახებელი ზარი ან სთხო-ვეთ პარტნიორს დარეკოს დახმარებისთვის. დარჩით მშვიდად, რომ შეამციროთ წყვილის აფორია-ქება.

ჩაიცვით ხელთათამანები რათა თავიდან აირიდოთ სისხლთან და სხვა ბიოლოგიურ სითხეებთან კონტაქტი. სტერილური ხელთათმანები ამცირებს გადამდები დაავადებების და ნაყოფის დაბინძურე-ბის რისკს. თუმცა, თუ არანარი ინვაზიური პროცედურები არ არის საჭირო, სუფთა ხელთათმანები საკმარისია.

მშობიარობის შემდეგ

დააკვირდით ახალშობილის ფერს და სუნთქვას დისტრესის გამორიცხვის მიზნით. ამოტუმბეთ სე-კრეტი პატარა ბუშტუკიანი შპრიცით.

გააშრეთ ახალშობილი და უზრუნველყავით სასწრაფოდ კანით კანთან კონტაქტი. დააფარეთ ახალშო-ბილს და დედას გასათბობად პლედი რომ შეინარჩუნოთ სითბო.

მოათავსეთ ახალშობილი დედის მკერდზე და გაამხნევეთ დედა, რათა დაიწყოს ადრეული ძუძუთი კვება. ეს დამატებით გამოიწვევს საშვილოსნოს შეკუმშვას, რაც დააჩქარებს პლაცენტის გამოძევე-ბას. აკონტროლეთ სისხლდენის ნიშნებიც.

მდგომარეობები რომლებიც დაკავშირებულია ნაყოფის არაკეთილსაიმედო გამოსავალთან
• ნაყოფის გულისცემა ნორმლის ფარგლების გარეთ (110 -160 დარტყმა წუთში დროულ ნაყოფში) ან ნაყოფის გულისცემის ვარიაბელობის დაკარგვა ნაყოფის გულისცემის ელექტრონული მონიტორინგის დროს. • მეკონეუმიანი მომწვანო შეფერილობის სანაყოფე სითხე. • მღვრიე, მოყვითალო ან ცუდი სუნის მქონე ამნიონური სითხე (ინფექციის მანიშნებელი). • შეკუმშვების ზედმეტი სიხშირე და ხანგრძლივობა (ამცირებს პლაცენტის სისხლის მიმოქცევას). • არასაკმარისი საშვილოსნოს რელაქსაცია და ინტერვალი შეკუმშვებს შორის 30 წამზე ნაკლები (ამცირებს პლაცენტის სისხლის მიმოქცევას). • დედის ჰიპოტენზია (ამ დროს შეიძლება სისხლის დინების მიდინება პლაცენტიდან დედის ტვინის და გულისკენ გაიზარდოს, რომ დააკომპენსიროს პერფუზია). • დედის ჰიპერტენზია (შეიძლება გამოწვეული იყოს ვაზოსპაზმით სპირალურ არტერიებში, რომელიც ამარაგებს პლაცენტის ბუსუსთაშორის სივრცეებს). • დედის ცხელება (38 ცელსიუსი ან მეტი).

საექთნო პროცესი მშობიარობის დროს

ცრუ მშობიარობის ან მშობიარობის ადრეული პერიოდი

შეფასება

დაკვირვების შემდეგ, ექთანმა შეიძლება გაარკვიოს რომ ქალი არ არის ნამდვილ, აქტიურ მშობიარობაში. თუ მაჩვენებლები ნორმის ფარგლებშია და ქალის მემბრანები ინტაქტურია, მშობიარე ეწერება საავადმყოფოდან. ქალი თუ ადრეულ ლატენტურ პერიოდშია, შეიძლება გაეწეროს რომ დაელოდოს აქტიურ მშობიარობას, განსაკუთრებით თუ არანამშობიარებია და ახლოს ცხოვრობს.

მდგომარეობის ანალიზი

მშობიარე შეიძლება დაბნეული იყოს, რადგან არ შეეძლოს იმის თქმა, იმყოფება თუ არა ნამდვილ მშობიარობაში. იგი შეიძლება წინააღმდეგი იყოს სამშობიარო დაწესებულებაში დაბრუნებაზე და შედეგად დაგვიანდეს კლინიკაში მიმართვა. ხშირად ქალი დაღლილია ორსულობით და უნდა, რომ ის მალე დასრულდეს. ექთნის მიერ ცრუ და ჭეშმარიტი მშობიარობის დიფერენციაციის უნარი, მაღალი პროფესიონალიზმის მაჩვენებელია.

დაგეგმვა

ცრუ მშობიარობის საექთნო დიაგნოზის არსებობის შემთხვევაში, მოსალოდნელი გამოსავალი ექთნისთვის იქნებოდა ორსულისა და მისი თანმხლები პირის მიერ კლინიკაში დაბრუნების მიზეზების ცოდნა.

საექთნო ჩარევა

დარწმუნება

ორსულის გაშვება უკან, სახლში, შეიძლება ქალისთვის სულელური და დამთრგუნველი გადაწყვეტილება იყოს. ხშირად ორსულს შეიძლება უნდოდეს რომ მარტივად დასრულდეს ეს ყველაფერი, დაარწმუნეთ რომ გამოცდილ პროფესიონალსაც ხშირად შეიძლება გაუჭირდეს ცრუ და ნამდვილი მშობიარობის გარჩევა, ასევე უნდა ვუთხრათ რომ ორგანიზმის მნიშვნელოვანი მზადება მშობიარობისთვის ხდება ორსულობის ბოლოსკენ, როგორიცაა ყელის დარბილება, გინდაც აშკარა პროგრესი,როგორიცაა ყელის გახსნა ჯერ არ იყოს დაწყებული. აუხსენით ქალს, რომ ზოგჯერ ადრეული ლატენტური მშობიარობა შეიძლება გამძაფრდეს თანდათანობით სანამ გადავა მშობიარობის პირველი სტადიის აქტიურ ფაზაში.ზოგიერთ ქალში ეს შესაძლოა ძალიან სწრაფად მოხდეს.

სწავლება

ბინაზე გაწერამდე აუხსენით ქალს თუ როდის უნდა დაბრუნდეს სამშბიარო დაწესებულებაში, ასევე აუხსენით, რომ ეს მხოლოდ გზამკვლევებია და შეუძლია ნებისმისერ დროს დაბრუნდეს უკან, თუ რამე აინტერესებს. ცრუ მშობიარობაში დაბრუნება სჯობს, ვიდრე კლინიკაში მომართვა უკვე მშობიარობის გვიან სტადიაში ან სახლში რამე გართულებების აღმოცენების შემდეგ.

შეფასება

ორსულმა და მისმა თანმხლებმა ადამიანმა უნდა აღწეროს, გზამკვლევის მიხედვით, როდის უნდა მოვიდნენ სამშობიარო დაწესებულებაში.

ესენია: რეგულარული შეკუმშვები, ამნიონური სითხის დაღვრა, სისხლდენა სანამ წინასამშობიარო სისიხლიანი გამონადენი იქნება და ნაყოფის შემცირებული მოძრაობა.

საექთნო პროცესი ნამდვილი მშობიარობის დროს

მიღების დროს შეფასებამ შეიძლება დააზუსტოს, რომ ქალი ნამდვილად მშობიარობს ან ნამდვილი მშობიარობა დაკვირვების შემდეგ დადასტურდეს. დიაგნოზი და თანდართული პრობლემები შეიძლება შეიცვალოს მშობიარობის დროს, რადგან სამშობიარო პერიოდი არის აქტიური პროცესი. პრობლემები, რომლებსაც განვიხილავთ ამ თავში, ეხება ნაყოფის ოქსიგენაციას, დედის დისკომფორტს და დედის დაზიანებებს.

შემოსვლისას დიაგნოზი მნიშვნელოვნად განსაზღვრავს მშობიარობის პროცესს. მაგალითად, ზედმეტად აღელვებული მდგომარეობა ამცირებს ტკივილის შემსუბუქების შესაძლებლობას, რადგან მშობიარე ვერ ახერხებს დამშვიდებას. ასევე დედის სითხის მოცულობის შემცირება ცვლის ნაყოფის ოქსიგენაციას, რადგან ნაკლები სისხლია პლაცენტაში ცირკულაციისთვის.

შემთხვევის განხილვა 3-1 (გაგრძელება)
შეფასება:ქეთის სასიცოცხლო მაჩვენებლები ნორმის ფარგლებშია მიღების დროს: ტემპერატურა 37.1 ცელსიუსი, პულსის სიხშირე 88 დარტყმა წუთში, სუნთქვა 20/წუთში და სისხლის წნევა 112/70 mm Hg. ნაყოფის გულის ცემის სიხშირე საშუალოდ არის 140-150 დარტყმა წუთში. მისი შეკუმშვები ხდება ყოველი 4 წუთში ერთხელ, 50 წამის ხანგრძლივობით და არის საშუალო ინტენსივობის.
შესაძლო გართულებები: ნაყოფის არაკეთილსაიმედო მდგომარეობა.

შესაძლო გამოსავალი: მიზანი არ არის მიმართული შესაძლო გართულებისკენ, რადგან ექთანს დამოუკიდებლად არ შეუძლია ნაყოფის არაკეთილსაიმედო მდგომარეობის მართვა.

ექთანი:

1. მიიღეთ ზომები, რომ ხელი შეუწყოთ პლაცენტის ნორმალურ ფუნქციონირებას;

2. დააკვირდით და აღნიშნეთ ნიშნები, რომლებიც დაკავშირებულია ნაყოფის არაკეთილსაიმედო მდგომარეობასთან.

ინტერვენცია და რაციონალიზაცია

1. გაამხნევეთ ქალი, რომ გამოიყენოს ნებისმიერი პოზიცია,გარდა ზურგზე წოლისა. თუ დაწვება სწორ პოზიციაში, მოწყობილობა უნდა დავუდოთ მენჯის ქვემოთ, რომ საშვილოსნოს გადახრა მოხდეს ერთ მხარეს.ზურგზე წოლამ შეიძლება გამოიწვიოს აორტოკავალური კომპრესია, რაც ამცირებს სისხლის დინებას პლაცენტისკენ.

2. შეაფასეთ და დოკუმენტში დააფიქსირეთ ნაყოფის გულისცემის სიხშირე გაიდლაინის მიხედვით, რომელიც მოცემულია ცხრილი 3-1-ში.

აღნიშნეთ მაჩვენებლები, რომელიც არადამაკმაყოფილებელია. შეაფასეთ ნაყოფის გულისცემის სიხშირე უფრო ხშირად, თუ ნორმისგან გადახრა დაფიქსირდება. ხშირი დაკვირვება ანომალიური მდგომარეობის დაუყოვნებლივ აღმოჩენის საშუალებას იძლევა. ნაყოფის გულისცემის სიხშირის შეფასება, რომელიც არის მოსალოდნელ საზღვრებს გარეთ საჭიროებს გამოსასწორებელ მოქმედებებს და უნდა აღინიშნოს შესაძლო სამედიცინო ჩარევა.

3. მემბრანების დარღვევის დროს, დააკვირდით გამონადენის ფერს, სუნს და სითხის რაოდენობას და აღნიშნეთ მემბრანების დარღვევის დრო. აღნიშნეთ ნაყოფის გულისცემის სიხშირე მემბრანების დარღვევის შემდეგ. მეკონიუმიანი სანაყოფე სითხე შეიძლება დაკავშირებული იყოს ნაყოფის არაკეთილსაიმედო მდგომარეობასთან და უნდა მოხდეს აღნიშვნა. მღვრიე, ყვითელი ან ცუდი სუნის სითხე მიანიშნებს ინფექციას. ნაყოფის გაიშვიათებული გულისცემა მიანიშნებს ჭიპლარის მნიშვნელოვან კომპრესიას.

4. შეაფასეთ შეკუმშვები,როცა ნაყოფის გულისცემის სიხშირის შეფასება ხდება. აღნიშნეთ არასრული საშვილოსნოს მოდუნება შკუმშვებს შორის ან ზედმეტად ძლიერი ან ხანგრძლივი შეკუმშვა (90-120 წამი ხანგრძლივობის ან <30 წამის სრული მოდუნების).მიიღეთ მხედველობაში რომ ნაყოფმა რისკ-ფაქტორებით შეიძლება ვერ გაუძლოს ნორმალური სიძლიერის შეკმუშვებზე ნაკლებ შეკუმშვებს. ნივთიერებების უმეტესობის მიმოცვლა შეკუმშვებს შორის ხდება პლაცენტაში. შეკუმშვებს, რომელიც ხანგრძლივია, არ აქვს საკმარისი შუალედი რათა მოხდეს პლაცენტის ბუსუსთაშორის სივრცეში ნარჩენი ნივთიერებების მოცილება და ხელახალი შევსება ჟანგბადით და საკვები ნივთიერებებით.

5. შეაფასეთ ქალის სისხლის წნევა, პულსის სიხშირე და სუნთქვა საათობრივად. შეაფასეთ მისი ტემპერატურა ყოველ 4 საათში მემბრანების დარღვევამდე, ხოლო მათი დარღვევის შემდეგ ყოველ 2 საათში, თუ რომელიმე პარამეტრი გადახრილია, შეაფასეთ სასიცოცხლო მაჩვენებლები ყოველ 2 საათში ან უფრო ხშირად. დედის ჰიპოტენზიამ ან ჰიპერტენზიამ შეიძლება შეამციროს პლაცენტისკენ სისხლის დინება. დედის ცხელება ზრდის ნაყოფის ტემპერატურას და მეტაბოლურ სიჩქარეს, ასევე ზრდის ნაყოფის მოთხოვნას ჟანგბადის მიმართ, რომლის უზრუნველყოფის შესაძლებლობა არ აქვს დედას. დედის პულსის სიხშირის და ნაყოფის გულისცემის სიხშირის მატება შეიძლება წინ უსწრებდეს ტემპერატურის მატებას.

6. პაციენტის მოვლის გეგმა მიმართულია საბაზისო მოქმედებებისკენ, რათა მოხდეს ნაყოფის ოქსიგენაციის ხელშეწყობა და შესაძლო პრობლემების აღმოჩენა.

ნაყოფის ოქსიგენაცია

შეფასება

პარამეტრები, რომლებიც ნაყოფის ადეკვატურად შეფასების საშუალებას იძლევა შემდეგია (ცხრილი3-1, სამახსოვრო 3-1):

- ნაყოფის გულისცემის გამოკვლევა;
- ამნიონური სითხის დაღვრის დრო და რაოდენობა;
- დედის სასიცოცხლო მაჩვენებლები;
- შეკუმშვების სიხშირე,ხანგრძლივობა, სიძლიერე და მოდუნების ინტერვალი;

გახსოვდეთ, რომ ისეთმა ფაქტორებმა, როგორებიცაა დედის ჰიპოტენზია და ჰიპერტენზია, დედის ცხელება, ზედმეტად ძლიერი და ხანგრძლივი შეკუმშვები (ტეტანური შეკუმშვები) და ნაყოფის ჭიპლარის კომპრესია, შეიძლება შეამციროს ნაყოფის ჟანგბადის, საკვები და დარჩენი ნივთიერებების გაცვლა. ჯანმრთელ ნაყოფს მშობიარობა ძირითადად კარგად გადააქვს. ექთანს მხოლოდ ყურადღებით ყოფნა სჭირდება რამე პრობლემის აღმოცენების დროს.

დაგეგმვა

დაგეგმვა მოიცავს იმ პასუხისმგებლობებს, რომელიც ექთანს ავალია მშობიარობის პროცესში: (1) უზრუნველყოს პლაცენტის ნორმალური ფუნქცია (2) დააკვირდეს და შეატყობინოს პრობლემა ექიმს ან ბებიაქალს.

ინტერვენცია

პლაცენტის ფუნქციის უზრუნველყოფა

დედის პოზიციონირება მნიშვნელოვმად განსაზღვრავს პლაცენტის ნორმალური ფუნქციონირების უნარს. წოლის ზოგიერთ პოზიციას უნდა მოვერიდოთ, რადგან ამან შესაძლია მოახდინოს ქალის საშვილოსნოს ზეწოლა აორტაზე და ქვედა ღრუ ვენაზე(აორტოკავალური კომპრესია) და პლაცენტის სისხლის მიმოქცევის შემცირება. თუ მშობიარეს უწევს ზურგზე წოლა პროცედურის გამო, როგორიცაა კათეტერიზაცია, პატარა ბალიშის ან მოკეცილი პლედის მოთავსება მენჯის ქვემოთ კარგი იქნებოდა; ეს პლაცენტალური სისხლის დინებას გააუმჯობესებს.

მდგომარეობები, რომლებიც ასოცირდება ნაყოფის არაკეთილსაიმედო მდგომარებასთან

თუ მდგომარეობა, რომელიც დაკავშირებულია ნაყოფის არაკეთილსაიმედო მდგომარეობასთან აღმოჩენილია, აწარმოეთ ისეთი ჩარევა, რომლებიც მხოლოდ ფიზიოლოგიური მიზეზების აღმოფხვრისკენ არის მიმართული და შეატყობინეთ ექიმს.

კრიტიკულად მნიშვნელოვანი ინფორმაცია

მდგომარეობები რომლებიც დაკავშირებულია ნაყოფის არაკეთილსაიმედო გამოსავალთან

- ნაყოფის გულისცემა ნორმის ფარგლების გარეთ - 110 -160 დარტყმა წუთში დროულ ნაყოფში ან ნაყოფის გულისცემის ვარიაბელობის დაკარგვა ნაყოფის გულისცემის ელექტრონული მონიტორინგის დროს.
- მეკონიუმით დაბინძურებული სანაყოფე სითხე (მომწვანო შეფერილობის).
- მღვრიე, მოყვითალო ან ცუდი სუნის მქონე ამნიონური სითხე (ინფექციის მანიშნებელი).
- შეკუმშვების ზედმეტი სიხშირე და ხანგრძლივობა (ამცირებს პლაცენტის სისხლის მიმოქცევას).
- საშვილოსნოს არასაკმარისი რელაქსაცია და მცირე ინეტრვალი შეკუმშვებს შორის (30 წამზე ნაკლები-ამცირებს პლაცენტის სისხლის მიმოქცევას).
- დედის ჰიპოტენზია (ამ დროს შეიძლება სისხლის მიდინება პლაცენტიდან დედის ტვინის და გულისკენ გაიზარდოს, რომ დააკომპენსიროს პერფუზია).
- დედის ჰიპერტენზია (შეიძლება დაკავშირებული იყოს ვაზოსპაზმით სპირალურ არტერიებში, რომელიც პლაცენტის ბუსუსთაშორის სივრცეებს ამარაგებს).
- დედის ცხელება (38 გრადუსი ან უფრო მაღალი ტემპერატურა)

გამოკვლევა

მშობიარობის განმავლობაში, არსებული მონაცემების შედარება ხდება დედის და ნაყოფის ნორმასთან.

დისკომფორტი

შეფასება

იხილეთ ცხრილი 3-1 მშობიარე ქალის უწყვეტი შეფასებისთვის.

ანალიზი

ქალები განსხვავდებიან მშობიარობის ტკივილის მიმართ დამოკიდებულებით და ასევე, ტკივილის მართვის მეთოდების არჩევანით. ქალი როცა თავად ირჩევს გაუტკივარების მეთოდს და მყარად დგას საკუთარ არჩევანზე, უფრო მეტად აქვს თვითკონტროლის შეგრძნება. ქალი,რომელიც უფრო აკონტროლებს საკუთარ ტკივილს და მშობიარობის ფიზიკურ დატვირთვებს უმკლავდება, უფრო მეტად აქვს დადებითი გამოცდილება. მისი თანმხლები ადამიანიც მეტად კმაყოფილია გამოცდილებით, ექთანმა უნდა ასწავლოს მშობიარეს თავისი როლი და ასევე აუხსნას გაუტკივარების სხვადასხვა მეთოდები, შემდეგ მხარი დაუჭიროს მის გადაწყვეტილებას და შეაფასოს შედეგი. ტკივილი და შფოთვა ის მდგომარებებია, რომელიც ექთანს ეხება. ზედმეტი მღელვარება ამცირებს ტკივილის მიმართ ამტანიანობას და ტკივილი უარესდება ქალის მღელვარებასთან ერთად. ექთანი აგროვებს შეფასების მონაცემებს, რომ გაარკვიოს სად არის პირველადი პრობლემა. მაგალითად, წინა ცუდი გამოცდილება და ნერვიულობის გამოხატვა მიანიშნებს, რომ მღელვარებაა პირველადი პრობლემა. თუმცა თუ შეკუმშვები ძლიერია და მშობიარობა სწრაფად პროგრესირებს, მაშინ მთავარი პრობლემა ტკივილია.

დაგეგმვა

ტკივილის სრულად ელიმინაცია შეუძლებელია, ამიტომ ტკივილთან დაკავშირებული ოპტიმალური მიზნები და გამოსავლები შემდეგია:

- მშობიარობის დროს ქალი აღნიშნავს, რომ გაუტკივარების მეთოდი ან ტკივილის მართვა დამაკმაყოფილებელია და ექთანს ეტყვის თუ არსებობს სხვა შესაძლებლობებიც.
- სამშობიარო დაწესებულებიდან გაწერისას, თანმხლები პირი გამოხატავს კმაყოფილებას გაწეული მომსახურებისთვის.
- სამშობიარო დაწესებულებიდან გაწერისას ქალი მშობიარობას აღწერს როგორც დადებით პროცესს.

ჩარევა

მშობიარობის ტკივილის მართვა მოიცავს სუნთქვით კომპონენტს, მედიკამენტებს და ასევე სპეციფიურ მეთოდებს, რომელთა მიზანი ტკივილის შემსუბუქებაა.

კომფორტის შექმნის ღონისძიებები

რიგი ღონისძიებებისა, ამცირებს გამაღიზიანებელ გარემოს და საშუალებას აძლევს მშობიარეს რომ მოდუნდეს და სიტუაციასთან ადაპტირდეს.

განათება: დაბალი, არაპირდაპირ მინათებული განათება ამშვიდებს მშობიარეს, ხოლო მკაფიო განათებამ შეიძლება მშობიარის გაღიზიანება გამოიწვიოს. მკაფიო განათებამ შეიძლება უფრო მეტად საავადმყოფოს ატმოსფერო შექმნას, ვიდრე ისეთი გარემოსი, სადაც ნორმალური ფიზიოლოგიური პროცესი - მშობიარობა მიმდინარეობს. მცირედი წერტილოვანი განათებები საკმარისია, თუ მშობიარეს სურს ოთახი იყოს დაბნელებული.

ტემპერატურა: მშობიარობა დიდ ფიზიკურ დატვირთვასთან ასოცირდება, ამიტომ მშობიარეს ცხელა და ოფლიანდება. შესაბამისად ცივი, დანამული ქსოვილი სახეზე და კისერზე, კომფორტს უქმნით. საჭიროა მარაგი დანამული ქსოვილის, რომ ხშირად მოხდეს გამოცვლა. მშობიარეს შეუძლია ეცვას წინდები თუ ფეხებზე სცივა. ელექტრული ვენტილატორი აგრილებს ოთახს და თან პირდაპირ მშობიარეს უბერავს. დარწმუნდით რომ ვენტილატორი არ უბერავს ახალდაბადებულ ბავშვს, რომ არ გამოიწვიოს ჰიპოთერმია.

სისუფთავე: საშოდან წინასამშობიარო სისხლიანი გამონადენით და, ასევე, ამნიონური სითხეებით დასვრილი საფენები, ექთანმა ხშირად უნდა გამოცვალოს, რათა მშობიარე იყოს მშრალად და კომფორტულად. წინასწარ უნდა ვიცოდეთ მშობიარეს სურვილები, რომ იმის მიხედვით ვიხელმძღვანელოთ, რადგან მშობიარობის ბოლოსკენ ნაკლებად შემაწუხებელი იყოს კონტაქტი. გამოვცვალოთ საფენები ხშირად, რომ არ მოხდეს საშოს მიკროორგანიზმებით დაბინძურება. დახვეული პირსახოცი ან აბაზანის პლედი მეტად კარგად იწოვს ამნიონურ სითხეებს, ვიდრე მხოლოდ საფენი.

პირის ღრუს მოვლა: ყინულის ნატეხები, გაყინული წვენის ფილები და ჯოხიანი მკვრივი კანფეტები ამცირებს პირის სიმშრალის დისკომფორტს. კბილების გამოხეხვა ან სავლების გამოვლებაც, ასევე, ძალიან ეხმარება ქალებს. ტუჩის ბალმი კი ეხმარებათ ტუჩების დატენიანებაში (სურათი 3.2).

სურათი 3-2, როცა სამშობიარო ბლოკის ექთანი გადასცემს ახალშობილს ექთანს რომელმაც უნდა გააგრძელოს ახალშობილზე ზრუნვა, ორივე ექთანი ამოწმებს საიდენტიფიკაციო სარტყელს და აღნიშნავს ერთი და იგივე ინფორმაციას.

შარდის ბუშტი: სავსე შარდის ბუშტმა შეიძლება გააძლიეროს ტკივილი მშობიარობის დროს და შეანელოს ნაყოფის ქვემოთ სვლა. მისგან გამოწვეული ტკივილი შეიძლება გაგრძელდეს ეპიდურული ანესთეზიის გაკეთების შემდეგაც. შეახსენეთ ქალს, რომ დაცალოს შარდის ბუშტი და შეუმოწმეთ ბოქვენის ზედა ნაწილი ყოველ 2 საათში ერთხელ.

პოზიციონირება: დედის სპეციფიკურმა პოზიციამ შეიძლება შეამციროს დისკომფორტი და დაეხმაროს მშობიარობის პროგრესირებას. გავამხნევოთ ქალი რომ მიიღოს მისთვის სასურველი პოზიცია და იცვალოს პოზიციები ხშირად. მოძრაობა და ხშირი პოზიციის შეცვლა ეხმარება სამშობიარო ტკივილების შემცირებას, დედის და ნაყოფის სისხლის მიმოქცევის გაუმჯობესებას, შეკუმშვების სიძლიერის და ეფექტიანობის გაზრდას, ნაყოფის ქვევით ჩამოსვლის დაჩქარებას, პერინეუმის ტრამვებს და ეპიზიოტომიის შემცირებას (იხ. სურათი 3.3 და 3.4).

სურათი 3-3, უმეტესობა მშობიარე ქალი მიესალმება ყინულის ნატეხებს რომ მშრალი პირის დისკომფორტი მოეხსნათ.

ქალთა ჯანმრთელობის, სამეანო და ნეონატოლოგიის ექთანთა ასოციაცია (AWHONN) რეკომენდაციას იძლევა, რომ ექთანმა იხელმძღვანელოს 6 პრინიციპით, რომელიც ეხება დედის პოზიციონირებას მშობიარობის დროს და შემოთავაზებულია ფენვიკის და სიმკინის მიერ(1987). ესენია: ხერხემლის მოხრისა და საშვილოსნო-ხერხემლის კუთხის გაზრდის ხელშეწყობა, გაძლიერებული ექსპულსიური ძალის დაჩქარება, მენჯის დიამეტრის გაზრდა და კეფის უკან როტაციის დაჩქარება. დგომითი პოზიციების ხელშეწყობა, ხშირი პოზიციების ცვლა და ხერხემალის C ფორმის პოზიციონირება, ისე რომ დედა თან წინ გადახრილი იყოს.

,,წელით მშობიარობა,, ხშირია, როცა ნაყოფის თავის უკანა ნაწილი აწვება ქალის გავის ძვლის პრომონტორიუმს (უკანა კეფითი პოზიცია). ,,წელით მშობიარობის,, დისკომფორტის მოხსნა მხოლოდ მედიკამენტური გაუტკივარებით ძნელია. ქალის პოზიციები, რომელიც იწვევს ნაყოფის დაშორებას გავის ძვლის პრომონტორიუმთან, როგორიცაა როცა დედა ,,ხელ-ფეხით,, პოზიციაშია ან გადახრილია წინ სამშობიარო ბურთზე ჯდომის დროს. ,ამცირებს წელის ტკივილს და აჩქარებს მშობიარობის შიდა ბრუნვის მექანიზმს. არსებობს შედარებით პატარა ზომის სამშობიარო ბურთები, რომლებიც მეტად კომფორტულია ესეთი პოზიციის მისაღებად.

მიუხედავათ იმისა, რომ ეპიდურული ანესთეზიის გამო მოძრაობა და ზოგიერთი პოზიციების მიღება შეიძლება უსაფრთხო არ იყოს ქალისთვის, სხვა ბევრი საშუალებებია ხელმისაწვდომი. ესენია: თანამედროვე სამშობიარო საწოლებში ფეხების კომფორტულად მოთავსება, მასაჟორები, და ასევე, სპეციალური პოზიციონირება. ეპიდურული გაუტკივარებით მშობიარეზე ზრუნვა შეიცავს დახმარებას პოზიციის შეცვლაში ყოველ 30-45 წუთში ერთხელ.

წყალი: შხაპი, აბაზანა, ჯაკუზი სარელაქსაციო საშუალებაა ბევრი მშობიარესთვის. თუმცა აბაზანამ შეიძლება გაახანგრძლივოს მშობიარობა, თუ მისი გამოყენება მოხდა მშობიარობის ლატენტურ ფაზაში. ის გამოყენებული უნდა იქნეს მშობიარობის აქტიურ პერიოდში ან ადრეულ მშობიარობის პერიოდში პერსისტული, არაპროდუქტიული შეკუმშვების შემთხვევაში, რამაც გამოიწვია მშობიარეს გადაღლა. ძუძუს სტიმულაცია, საშხაპეში ან ჯაკუზში ბუნებრივი ოქსიტოცინის გამონთავისუფლებას იქვევს, რაც გამოიწვევს შეკუმშვებს.

სწავლება

მშობიარობის დროს ქალის სწავლება მუდმივად ცვალებადი დავალებაა.

პირველი სტადია - ბევრი მშობიარე იმედგაცრუებულია, რადგან რამდენიმე საათი სჭირდებათ სანამ ყელის დილატაციის 4-5 სმ მიაღწევენ. სჯერათ, რომ ბოლო 5 სმ-ით გახსნას იგივე დრო დასჭირდება, რაც პირველ 5 სმ. დროის ათვლისთვის, 5 სმ-ით გახსნა მშობიარობის პირველი სტადიის ორი მესამედია, ვიდრე ნახევარი, რადგან ყელის გახსნის სიჩქარე იზრდება აქტიურ ფაზაში.

მშობიარის გაძლიერებული სურვილი და ჭინთვების იწყება მას შემდეგ, რაც ყელი სრულად გახსნილი და გადასწორებულია. ამ დროს ნაყოფი ქვემოთ ჩამოდის დაახლოებით ჩადგმის +1 დონეზე ან უფრო ქვემოთ და აკეთებს შიდა ბრუნვას. თუმცა მეორე სტადიასთან მიახლოვებისას, ნაყოფი იმდენად ჩადის ქვემოთ რომ მშობიარეს აქვს გაძლიერებული ჭინთვების მოთხოვნილება სანამ მოხდება სრულად ყელის გახსნა. თუ ყელი გახსნილია 8-9 სმ-ით, ამ დროს ჭინთვები გამოიწვევს ნაყოფის ქვემოთ სვლას, იშვიათ შემთხვევაში პრობლემების წარმოქმნით, მითუმეტეს თუ ეს არის ვაგინალური მშობიარობის მეორე ან გვიანი პერიოდი.

ყელზე ზეწოლამ, რომელიც გამოწვეულია ნაყოფის წინამდებარე ნაწილის ზეწოლით, შეიძლება გამოიწვიოს ყელის შეშუპება, რომელმაც შეიძლება შეაფერხოს მშობიარობის მსვლელობა ან მოხდეს ყელის ჩახევა. ასწავლეთ მშობიარეს ღრმად ჩაისუნთქოს და შეეცადოს არ გაიჭინთოს, რადგან ამ დროს დაწოლამ შეიძლება გამოიწვიოს ყელის დაზიანება და ყელის შეშუპება.

მეორე სტადია - ქალს შეიძლება დასჭირდეს დახმარება, რომ კარგად და ეფექტურად გაიჭინთოს მშობიარობის მეორე სტადიაში. მშობიარობის პროცესის მსვლელობაზე ჩატარებული კვლევების შედეგები არის დამყარებული მყარ ფაქტებზე. მშობიარობისას რაიმე სახის ჩარევა, რომელიც არ ეფუძნება მტკიცებულებას და გადაწყვეტილების მიღების მოტივი პიროვნული ან ჯგუფური გამოცდილებაა, არ მიიჩნევა მიზანშეწონილად.

მშობიარობა - მეორე სტადიის ხანგრძლივობის მიმდინარეობის მაქსიმუმად 2 საათი მიიჩნეოდა, თუმცა დღეს არასებული მტკიცებულებების თანახმად, თუ დედისა და ნაყოფის არაკეთილსაიმედო მდგომარეობა არ აღინიშნება, მეორე სტადიის ორ საათზე მეტი ხნით გახანგრძლივება ნორმალურ მდგომარეობად ითვლება. ქალი იჭინთება ყველაზე ეფექტურად, როცა გრძნობს გაზრდილ მოთხოვნას რომ გაიჭინთოს და ნაყოფს ქვევით სწევს. ქალებს ეპიდურული ანესთეზიით ასევე აქვთ ჭინთვის სურვილი, თუმცა იმდენად ძლიერად ვერ იჭინთებიან, როგორც გაუტკივარების გარეშე. ბევრ მშობიარეს ყელის სრულ გახსნასთან ერთად არ აქვს სურვილი გაჭინთვის, თუნდაც რეგიონული გაუტკივარება არ ქონდეს გაკეთებული. ძალით გაჭინთვამ შეიძლება გამოიწვიოს სამშობიარო გზების დაზიანება, რადგან საშოს ქსოვილი ასე უფრო ძლიერად და ხანფრძლივად იჭიმება ვიდრე ეს სპონტანური ჭინთვის დროს მოხდებოდა. ჭინთვის არ არსებობამ შეიძლება დედის დათრგუნვა და დისკომფორტი გამოიწვიოს, რადგან შესაძლოა იმას აკეთებდეს, რაც არ სურს.

მოცდით ტაქტიკას რეფლექსური ჭინთვების აღმოცენებამდე რამდენიმე სახელი აქვს. ესენია: გვიანი ჭინთვები, მოცდითი მშობიარობა, დასვენება და ნაყოფის ქვევით სვლა, პასიური მშობიარობა.

მოცდითმა ტაქტიკის დანერგვამ შეამცირა დედების გადაღლა, შეამცირა ჭინთვების დრო, ინსტრუმენტალური მშობიარობის და საკეისრო კვეთების რისკი და არ გამოუწვევია აპგარის შკალის მაჩვენებლების გაუარესება.

მარტივად რომ ვთქვათ, „მოცდითმა მშობიარობამ" აჩვენა, რომ საშვილოსნოს შეკუმშვებით ხდება უმეტესი ნაყოფის შიდა ბრუნვები და ქვევით სვლა ყელის სრული გახსნის შემდეგ. ქალი ისვენებს სანამ ბოლოსკენ აქტიურად არ იწყებს ჭინთვებს. ექთანი ეხმარება, როცა ქალი იჭინთება ბუნებრივი ჭინთვების საპასუხოდ. თუ 2 საათის განმავლობაში ნაყოფის ქვევით სვლა არ განხორციელდა, მაშინ ხდება ქალის წახალისება რომ გაიჭინთოს გახსნილი პირით სუნთქვის შეკავების გარეშე. ნაყოფის წინსვლის გახანგრძლივებული შეფერხების გამოკვლევას სჭირდება ბებიაქალი ან ექიმი.

პოზიციები - დედის გვერდითი წოლითი პოზიცია აჩქარებს ნაყოფის ქვევით სვლას. ჩაკუზვა არის იდეალური პოზიცია ჭინთვებისთვის, რადგან ის ზრდის მენჯის გამოსასვლელს ოდნავ და

ამატებს მიზიდულობის ძალას დედის მცდელობებს. ეს აძლევს უპირატესობას იმ შემთხვევაში თუ მენჯი პატარა ზომისაა ან დიდი ზომის ნაყოფია. ზოგი ქალი ტუალეტზე ჯდომის დროს იჭინთება ეფექტურად, რადგან ამ დროს მათ აქვთ კუჭში გასვლის შეგრძნება. ჭინთვები ხდება ასევე სამშობიარო ბურთზე ჯდომის დროს, საწოლის სახელურებზე მოჭიდებით და წინააღმდეგობის გაწევით, მეორე ადამიანზე დაყრდნობით და წინააღდეგობის გაწევით. მშობიარემ შეიძლება რამეზე ჩამოკიდებით შვება იგრძნოს. მისი სხეულის ზედა ნაწილი უნდა იყოს წინ გადახრილი, მენჯის წინ , რომელიც საშუალებას აძლევს კუდუსუნს რომ უკან გადაიწიოს როცა ნაყოფი მენჯის სიღრმეში შედის. ეპიდურული ანალგეზია შესაბამის პოზიციაში მოთავსებას აფერხებს, თუმცა თანამედროვე საწოლები საშუალებას აძლევენ მშობიარეს მიიღოს ისეთი პოზიციები, რომლებიც უსაფრთხო და ეფექტურია ეპიდურული ანალგეზიით ან მის გარეშე. თუ დედა იჭინთება მჯდომარე ან ნახევრად მჯდომარე პოზიციაში, ასწავლეთ, რომ მოხაროს სხეული საშვილოსნოს გარშემო და მიიღოს C ფორმა და არა მხოლოდ წელის მოხრა. მეტად ეფექტურობისთვის ხელებით მუხლები მიიზიდოს სხეულთან ახლოს და გაიჭინთოს. მან უნდა შეინარჩუნოს სხეულის ზედა ნაწილის იგივე C ფორმა როცა გვერდითი პოზით იჭინთება.

მეთოდები და სუნთქვითი სახეობები - წაახალისეთ ქალის სპონტანური ჭინთვის მეთოდები, თუ ის ეფექტურია. ქალი უნდა იჭინთებოდეს მუცლის კუნთებით, სანამ მისი პერინეუმი მოდუნებულია. თუ სჭირდება დახმარება, ასწავლეთ რომ ჩაისუნთქოს და ამოისუნთქოს, მერე კიდევ ერთხელ ჩაისუნთქოს და ამოსუნთქვასთან ერთად გაიჭინთოს 4 - 6 წამის ხანგრძლივობით. ჭინთვების გახანგრძლივება სუნთქვის შეკავებასთან ერთად (ვალსავას მანევრი ან ,,იისფერი ჭინთვები,,) ან გაჭინთვა 4 ჯერ ან მეტჯერ ერთი შეკუმშვის განმავლობაში, ამცირებს სისხლის მიდინებას პლაცენტისკენ და იწვევს მშობიარის გადაღლას. დამატებით, ერთი ღრმა ჩასუნთქვა შეკუმშვებს შორის ეხმარება რელაქსაციას. ქალი, რომელიც არის მორიდებული ან შეშინებული, შეიძლება შეაჩეროს ეეფქტური ჭინთვები თუ ინსტრუქციის მიცემა ხდება - თითქოს ისე უნდა გაიჭინთოს რომ კუჭში გადის, განსაკუთრებით თუ საწოლში წევს ან სკამზე ზის. ანატომიურად სწორი ახსნაა, რომ ვასწავლოთ ქალს გაიჭინთოს ქვევით და გარე მიმართულებით სიმფიზის ქვემოთ, მენჯის მოყვანილობის შესაბამისად. მენჯის მოდელის ან დიაგრამის ჩვენება და ისე ახსნა ეხმარება რომ წარმოიდგინოს მისი ფორმები.

გამხნევება

წარმატება იწვევს წარმატებას. უთხარით ქალს რომ მისი მშობიარობა პროგრესირებს. თუ ხედავს რომ მისი ძალისხმევა ეფექტურია, ის მეტად წახალისებულია. დაეხმარეთ რომ ან შეეხოს ნაყოფის თავს ან სარკით დაანახოთ თავის გამოჭრა საშოდან. შეაქეთ ქალი და მის გვერდში მდგომი ადამიანის დახმარება როცა მშობიარე სწორად სუნთქავს. ეს ყველაფერი აძლიერებს მათ დამოკიდებულებას, აძლევს თვითკონტროლის შეგრძნებას და გამოხატავს ექთნის პატივისცემას და მხარდაჭერას. თუ ერთი მეთოდი შედეგს არ იძლევა(სამი, ხუთი შეკუმშვის განმავლობაში) მაშინ ცადეთ სხვა მეთოდი.

ექთნის არსებობა

ექთნის ზრუნვის მნიშვნელობა არ შეიძლება უგულებელვყოთ როგორც წარმატებული მშობიარობის შემადგენელი ნაწილი. დამოუკიდებელი ქალიც კი ხდება დამოკიდებული მშობიარობის დროს და სჭირდება მხარდაჭერა. უხშირესად, მშობიარეს უბრალოდ სჭირდება გვერდში მდგომი ადამიანი, რომ გაამხნევოს, რომ ყველაფერი კარგად მიდის და ექთანი აქ მისთვის არის. ექთნის არსებობა, ქალს მიტოვების შიშის დაძლევაში ეხმარება და მას კომფორტს ჰგვრის.

მიუხედავათ იმისა,რომ ქალი და მისი მხარში მდგომი ადამიანები მომზადებულები არიან ბავშვის დაბადებისთვის, ისინი მაინც ხშირად ელოდებიან ექთნისგან რჩევის მიცემას. ისინი ორსულობის დროს ნასწავლ ინფორმაციას მეტად თავდაჯერებულად იყენებენ ექთნის იქ ყოფნის შემთხვევაში. ექთნის არსებობა, დახმარება და გამხნევება ქალს მეტად თავდაჯერებულს ხდის, რაც დადებითად ისახება მთელი მშობიარობის პროცესზე.

მშობიარობის დროს ზრუნვა ეს არის კომუნიკაციის და კონტაქტის არსებობა. ქალები, რომლებიც იღებენ უწყვეტ თანადგომას მშობიარობის დროს, უფრო კეთილსაიმედონი არიან, ვიდრე ისინი, ვინც ამ მხარდაჭერას არ იღებენ. მშობიარე ქალს სჭირდება დახელოვნებული,

გულისხმიერი, ინტუიციური ექთანი გვერდით მშობიარობის სწორად წარმართვისთვის, მხარდაჭერისთვის და ყველაზე მნიშვნელოვანი - გვერდში დგომისთვის. სამეანო განყოფილებაში მიღებული საექთნო ზრუნვა ვერ შეედრება სხვა განყოფილების ექთნის ზრუნვას, რომელიც მხოლოდ სასიცოცხლო მაჩვენებლებითა და მონიტორინგით აფასებს პაციენტის მდგომარეობას.

ფარმაკოლოგიური მიდგომების შეთავაზებები

ბავშვის დაბადება ძირითადად არის ნორმალური პროცესი და სათანადოდ მომზადებულ ქალს პარტნიორის გვერდში დგომით შეუძლია იმშობიაროს მედიკამენტების გარეშე. თუმცა ბევრი ირჩევს მედიკამენტებს ტკივილის მართვისთვის. ექთანი უნდა იყოს ინფრომატიული და ამავდროულად, ნეიტრალური დამოკიდებულებით ყველა შესაძლო ტკივილგამაყუჩებელი მედიკამენტის მიმართ.

ზოგიერთ ქალს შეიძლება მყარად ქონდეს გადაწყვეტილი, რომ უარი თქვას ტკივილგამაყუჩებლებზე მშობიარობის დროს. ქალს როცა გადაწყვეტილი აქვს მედიკამენტის გარეშე მშობიარობა, ექთნის შეთავაზება შეიძლება, როგორც ზეწოლა, ისე მიიღოს. ან თუ მიიღებს მედიკამენტს, შეიძლება მოგვიანებით შეაფასოს, როგორც ზემოქმედება სტრესულ მომენტში და ეს შეამცირებს ქალის თვითშეფასებას მშობიარობასთან მიმართებით. საკუთარ გეგმებზე და გადაწყვეტილებებზე უარის თქმის გამო, მას შეიძლება იმედგაცრუება ან დანაშაულის გრძნობა დაეუფლოს. ექთანი უმჯობესია, თუ წინასწარ გამოიკითხავს ქალის გეგმას გაუტკივარებასთან დაკავშირებით და ამის მიხედვით იმოქმედებს მშობიარობის განმავლობაში. კომუნიკაცია გაუტკივარების შესახებ, უნდა გაკეთდეს რაც შეიძლება მალე, სანამ ქალს შეუძლია საკუთარი თავის კონტროლი და კრიტიკულად აზროვნება. განხილვაში ასევე უნდა შედიოდეს ალტერნატიული გეგმა, რომელსაც უნდა მიჰყვეს სამედიცინო პერსონალი, როცა პირველადი გეგმის განხორციელება ვერ ხერხდება.

მშობიარობის დროს თანმხლებზე ზრუნვა

ქალის თანმხლები ადამიანი არის მშობიარობის მთავარი მხარდამჭერი პირი. ის ზრუნავს მშობიარეზე და მის კომფორტზე. თუმცა მისგან არ უნდა ველოდოთ, რომ პასუხისმგებლობას აიღებს, რა სახეობის და რაოდენობის ჩარევა განხორციელდება.

ზოგიერთი პარტნიორი არის ინსტრუქტორი, აქტიურად ეხმარება ქალს მშობიარობის პროცესში. ზოგიერთს ურჩევნია რომ თვითონ მშობიარემ და ექთანმა უთხრას თუ როგორ მიეხმაროს. ისინი მოხარულები არიან რომ შეასრულონ რაც შეუძლიათ, მაგრამ აუცილებლად სჭირდებათ ინსტრუქციები დახმარების მეთოდებზე და დროზე. ბევრი წყვილისთვის, პარტნიორის სამშობიარო ოთახში ყოფნა წამახალისებელი და მორალურ მხარდაჭერას გამომხატველია. მნიშვნელოვანია, რომ ვუზრუნველვყოთ მშობიარის და მისი პარტნიორის დადებითი გამოცდილება მთელი მშობიარობის პროცესში. ეცადეთ მიიღოთ ის მხარდაჭერა, რომელიც პარტნიორს შეუძლია გაუწიოს ქალს. ამასთან, ეცადეთ, არ მისცეთ მას ისეთი როლი, რომლის შესრულებაც მას არ შეუძლია და ამით არ დააკნინოთ მისი როლი.

გავამხნევოთ თანმხლები პირი, რომ შეინარჩუნოს ფიზიკური ძალა, იკვებოს და სითხე მიიღოს. გახანგრძლივებული მშობიარობის შემთხვევაში შეიძლება პარტნიორი ზედმეტად გადაიღალოს, ამ შემთხვევაში მან აუცილებლად უნდა დაისვენოს. თანმხლებს შეიძლება ეგონოს, რომ თვითონაც არ უნდა იკვებოს როცა მშობიარე არ იკვებება. თუმცა ჰიპოგლიკემიამ შეიძლება გამოიწვიოს მისი გონების დაკარგვა და მნიშვნელოვანი მომენტის გამოტოვება. ძალების მოსაკრებად უმჯობესია თუ ცოტა ხნით ოთახიდან გამოვა თანმხლები პირი, ხოლო მის დაბრუნებამდე ექთანი დარჩება მშობიარესთან.

სურათი 3.3 მშობიარობის პერიოდში დედის პოზიციები

პოზიციები მშობიარობის პირველ პერიოდში

დგომა უპირატესობები: ამატებს მიზიდულობის ძალას შეკუმშვების ძალას, რაც იწვევს ნაყოფის ქვევით სვლას. შეკუმშვები არის ნაკლებად არაკომფორტული და უფრო ეფექტური. სახეობები: დგომა, წინ გადახრა რამეზე დაყრდნობით ამცირებს წელის ტკივილს, იმიტომ რომ ნაყოფი იხრება წინ, გავის ძვლის პრომონტორიუმისგან.	**სწორად ჯდომა** უპირატესობები: მიზიდულობის ძალის გამოყენება ნაყოფის ქვევით მსვლელობისთვის. შეიძლება გამოყენებულ იქნას როცა საწოლის გვერდით ზის, ან სკამზე ან ტუალეტზე. შეიძლება გამოყენებული იქნას ნაყოფის უწყვეტი მონიტორინგისთვის. დაცულია წოლისგან გამოწვეული ჰიპოტენზიისგან.
ნაკლოვანებები: დამღლელია ხანგრძლივი პერიოდის განმავლობაში უწყვეტი ნაყოფის ელექტრონული მონიტორინგი შეუძლებელია მოწყობილობით თუ ქალი დადის. ექთნის თანამონაწილეობა: თუ მშობიარეს ინტრავენურ სითხეებს უსხამენ, მაშინ ექთანმა უნდა შესთავაზოს მოძრავი მოწყობილობა. გაამხნევოს, რომ სიარული ჩაანაცვლოს სხვა ალტერნატიული პოზიციით, როცა დაიღლება ან თავად გაუჩნდება ამის სურვილი. შეახსენოს მშობიარეს და მის პარტნიორს როდის უნდა დაბრუნდნენ სამშობიარო ოთახში, რომ მოხდეს ნაყოფის გულისცემის და მისი მშობიარობის სტატუსის შემოწმება.	ნაკლოვანებები შეიძლება გაზარდოს ბოქვენისზედა ნაწილის დისკომფორტი. შეკუმშვები ყველაზე ეფექტურია, როცა ქალი ცვლის ჯდომას სხვა პოზიციით. ექთნის თანამონაწილეობა: სარწეველა სკამს აქვს დამამშვიდებელი ეფექტი. მოათავსოს ბალიში სკამზე და გადააფაროს ერთჯერადი საფენი ბალიშს რომ შეიწოვოს გამონადენი. გამოიყენოს ბალიში ან ფეხის სკამი დაბალი ქალისთვის, რომ ფეხები არ ჰქონდეს ჰაერში. გაამხნევოს ქალი რომ იცვალოს პოზიციები პერიოდულად, მაგალითად შეუძლია ცვალოს სიარული ჯდომასთან ან ჯდომა გვერდით წოლასთან.

ჯდომა, წინ გადახრა რამეზე დაყრდნობით

უპირატესობები

იგივე, რაც ჯდომით პოზიციას.

ამცირებს წელის ტკივილს რადგან ნაყოფი წინ იხრება საკრალური პრომონტორიუმისგან შორს.

პარტნიორს ან ექთანს შეუძლია წელზე მასაჟი-სებური მოძრაობა გავაზე, რითიც უმსუბუქებს წელის ტკივილს.

ნაკლოვანებები

იგივე, რაც მჯდომარე პოზიციას.

ექთნის მონაწილეობა

იგივე, რაც ჯდომით პოზიციაში.

ნახევრად მჯდომარე

უპირატესობები

იგივე, რაც ჯდომით პოზიციაში

საშვილოსნო გასწორხაზოვნებულია მენჯის შე-სასვლელთან, რომელიც ესადაგება შეკუმშვების ძალით მენჯისკენ მიმართულებას.

ნაკლოვანებები

იგივე, რაც ჯდომით პოზიციის დროს.

არ ამცირებს ტკივილს ისე კარგად, როგორც წინ გადახრა.

ექთნის თანამონაწილეობა

იგივე, რაც ჯდომით მდებარეობის დროს

ასწიოს საწოლი დაახლოებით 30-45 ხარისხის კუთხით.

გაამხნევოს ქალი, რომ გამოიყენოს ჯდომით(წი-ნ-გადახრილი) ან გვერდით წოლის პოზიცია თუ აქვს წელის ტკივილი, ისე რომ ექთანს შეეძლოს წელის დაზელვა ან გავაზე დაწოლა.

გვერდით წოლა უპირატესობები ეს არის მოსვენებითი პოზიცია. იცავს წოლისგან გამოწვეული ჰიპოტენზიისგან და აუმჯობესებს პლაცენტალურ სისხლის მიდინებას. იწვევს ეფექტურ შეკუმშვებს, თუმცა შესაძლოა ის იყოს ნაკლები სიხშირის ვიდრე სხვა პოზიციების დროს. შესაძლებლობას აძლევს ნაყოფის უწყვეტი მონიტორინგის ჩატარებას. ნაკლოვანებები მიზიდულობის ძალა ვერ ეხმარება ნაყოფის ქვევით მსვლელობაში. ექთნის თანამონაწილეობა აუხსენით მშობიარეს და მის პარტნიორს: მიუხედავათ იმისა, რომ შეკუმშვები ნაკლებია, სამაგიეროდ უფრო ეფექტურია. პოზიცია საშუალებას აძლევს შეისვენონ უფრო დამღლელი პოზიციებისგან.	**მუხლზე დგომა, წინ გადახრა დაყრდნობით** უპირატესობები ამცირებს წელის ტკივილს, რადგან ნაყოფი წინ იწევა გავის ძვლიდან. ამატებს მიზიდულობის ძალას შეკუმშვების ძალას რომ გააუმჯობესოს ნაყოფის ქვევით სვლა. შესაძლებელია ნაყოფის უწყვეტი მონიტორინგი. შესაძლებელია წელის დაზელვა ან გავის ძვალზე ზეწოლა. მშობიარობის ნორმალურ მექანიზმს ასტიმულირებს. ნაკლოვანებები შეიძლება მუხლები დაიღალოს და არაკომფორტული იყოს. დამღლელია თუ დიდი ხნით რჩება ქალი ამ პოზაში. ექთნის თანამონაწილეობა აწიოს საწოლის ზედა ნაწილი და ქალი ისე მოათავსოსო რომ სახით საწოლის ზედა ნაწილს უყურებდეს სანამ მუხლებზე დგას.
გამოიყენოს ბალიში საყრდენად და ზეწოლის შესამსუბუქებლად წელის, ხელის ქვევით და მუხლებს შორის. გამოიყენოს ერთჯერადი საფენი რომ დაიცვას ბალიში გამონადენისგან მუხლებს შორის. ზოგ ქალს მოსწონს თავის ზედა ფეხის საწოლის სახელურზე მოთავსება. თუ ქალს ეს მდგომარეობა მოსწონს, მაშინ პლედი დააფარეთ საწოლის სახელურს. თუ სურს მშობიარეს წოლითი მდგომარეობა, მას შეუძლია გამოიყენოს ეს პოზიცია რომ გააუმჯობესოს პლაცენტალური სისხლის მიმოქცევა.	სხვა მეთოდი არის პარტნიორი დაჯდეს სკამზე და მშობიარე მუხლებზე დგომის დროს მისკენ გადაიხაროს და დაეყრდნოს. გამოიყენოს ბალიში მუხლების ქვემოთ და ქალის გულმკერდის წინ, როგორც ჭირდება, კომფორტისთვის. გაამხნევოს მშობიარე რომ შეიცვალოს პოზიცია თუ დაიღლება.

სურათი 3.4 მშობიარობის მეორე სტადიისთვის ჭინთვის პოზიციები

ხელებით და ფეხებით პოზიცია უპირატესობები ამცირებს ნაყოფის ტკივილს, რადგან ნაყოფი წინ იხრება, გავის პრომონტორიუმიდან. მშობიარობის ნორმალურ მექნიზმს ასტიმულირებს. ქალს შეუძლია მენჯი ამოძრავოს რომ შეამციროს წელის ტკივილი. შესაძლებელია ქალის წელის დაზელვა და გავაზე წეზოლა. ნაკლოვანებები ქალის ხელებისთვის(განსაკუთრებით მაჯებისთვის) და მუხლებისთვის შეიძლება გახდეს არაკომფორტული. დამღლელია, როცა დიდი ხნით გრძელდება. ზოგი ქალისთვის ესეთი პოზიცია შემაწუხებელია. ექთნის თანამონაწილეობა გაამხნევეთ ქალი რომ შეცვალოს ნაკლებად დამღლელი პოზიციით. დაარწმუნეთ რომ მარტო იმყოფება, თუ დისკომფორტი ექმნება ესეთი პოზით. პლედი, რომელიც ფარავს მის წელს და მენჯს, შეიძლება ზედმეტი იყოს. სხვა სახეობა დედისთვის არის მუხლებზე დგომა და წინ გადახრა პუფის სახეობის სკამზე ან საწოლის გვედზე. ეს სახეობა ამცირებს დატვირთვას მანჯებზე და ხელებზე.	**ჩაკუზვა** უპირატესობები ამატებს მიზიდულობის ძალას შეკუმშებს და ეხმარება ნაყოფის ქვევით სვლაში. ასწორებს მენჯის ფორმებს ოდნავ რომ გაადვილდეს ნაყოფის ქვევით სვლა. მენჯის ფართობს ზრდის ოდნავ აუმჯობესებს ეფექტურ ჭინთვებს მეორე სტადიაში. შესაძლებელია წელის დაზელა და გავაზე წეძოლა. ნაკლოვანებები დისკომფორტი შეიძლება შეგვექმნას მუხლებში და მენჯში გახანგრძლივებული მოხრისგან. დამღლელია დიდი ხნის ხანგრძლივობაში. ექთნის თანამონაწილეობა სთავაზობს საყრდენს ჩასაკუზ მოწყობილობასთან ერთად, რომელიც მიმაგრებულია საწოლს ან ორი ადამიანი ქალის ორივე მხარეს დგანან და საყრდენის ფუნქციას ასრულებენ. თუ დაიღლება, შეუძლია შეკუმშვებს შორის მიეხმაროს, გადაიხაროს უკან და შეცვალოს ჯდომითი პოზიციით. სხვა სახეობა. საშუალება მიეცეს ქალს საწოლის გვერდით ჩაიკუზოს ჭინთვების დროს.

დგომა ეს პოზიცია შეიძლება იყოს დამღლელი და ქალის პერინეუმთან მიდგომა იყოს ძნელი. რადგან ახალშობილი შეიძლება მიწაზე დავარდეს თუ მოხდა სწრაფი დაბადება, ამიტომ აუცილებელია საფენი იყოს მოთავსებული ქვევით ფეხებთან. მიზიდულობის ძალა ეხმარება ნაყოფის ქვევით სვლას. ხელებით და ფეხებით უპირატესობები და ნაკლოვანებები იგივეა, რაც მშობიარობის პირველი სტადიისთვის. დამატებით, მხედველობაში უნდა იყოს მიღებული რომ ანატომიური ორიენტირები არის ამობრუნებული ჩვეულებრივ მდგომარეობასთან შედარებით.	
ნახევრად ჯდომითი პოზიცია ბევრ მშობიარეს ურჩევნია ეს პოზიცია, რადგან წელი არის მეტად მოსვენებულ მდგომარეობაში. ასევე ნაცნობი პოზიციაა გუნდისთვის და პერინეუმთან მიდგომაც ადვილია. ასწიეთ ქალის წელი ყველაზე მცირე 30-45 გრადუსით, ასე მიზიდულობის ძალა ეხმარება ნაყოფის ქვევით სვლას. ქალი იზიდავს მოხრილ მუხლებს (უკან ან მის წინ) ჭინთვების დროს. შეუძლია თავის მოხრა და წელის C ფორმით მოხრა.	**გვერდით-წოლა** ქალი ხრის ნიკაპს გულმკერდისკენ და საშვილოსნოს გარშემო იხრება ჭინთვების დროს. ის იზიდავს თავის მოხრილ მუხლებს ან ბარძაყებს ჭინთვების დროს.

შემთხვევის განხილვა 3-1 (გაგრძელება)

შეფასება: 1 ½ საათის განმავლობაში ქეთის ყელის გაფართოება პროგრესირდება 5 სმ-მდე და ნაყოფი ქვემოთ ჩამოდის +1 ჩადგმის დონეზე. შეკუმშვები ხდება ყოველ 3 წუთში ერთხელ, 60 წამის ხანგრძლივობით და არის ძლიერი ინტენსივობის. ნაყოფის გულისცემის სიხშირე რჩება იგივე, რაც არის მიღების დროს. ქეთის აქვს მოდუნების სირთულეები შეკუმშვებს შორის და უჩივის წელის ტკივილს. ის მოსვენებულ მდგომარეობაში გადადის როცა მშობიარობა ნორმალურად პროგრესირებს.

დიაგნოზი: ტკივილი დაკავშირებულია საშვილოსნოს შეკუმშვებთან.
მოსალოდნელი გამოსავალი: ქეთი დარწმუნდება რომ შეძლებს წარმატებულად მშობიარობას.

ჩარევა და რაციონალიზაცია

გაამხნევეთ ქეთი, რომ ეცადოს ისეთი პოზციების მიღებას, როგორიცაა დგომა ან ჯდომა და წინ გადახრა, გვერდზე წოლა, საწოლის უკან გადახრა ან ხელებით და მუხლებით დგომა. შეახსენეთ, რომ შეიცვალოს პოზიცია ყოველ ნახევარ საათში ან როცა ამის სურვილი ექნება. ეს პოზიციების ცვლილება გადახრის ბავშვს გავის პრომონტორიუმიდან შორს და შეამცირებს წელის ტკივილს. პოზიციების ცვლილება ამცირებს დაჭიმულობას და მუდმივ წნევას და, ასევე, ეხმარება ახალშობილს რომ მენჯის ფორმებს მოერგოს.

ასწავლეთ დათოს, რომ ქეთის წელს ხელი გადაუსვას და მყარად დააწვეს. შეეკითხეთ, თუ სად მოუსვას ხელი და რა სიძლიერით დააწვეს. ხელით დამასაჟება ანეიტრალებს წელის ტკივილს. პუდრი ამცირებს ხახუნის ძალას და იწვევს კანის კომფორტს.

შესთავაზეთ თერმალური ტკივილის მართვის მეთოდის არჩევა:

ა. თბილი პლედი ან თბილი შეფუთვა გამოიყენეთ მისი წელის გარშემო.

ბ. ცივი შეფუთვა გამოიყენეთ მის წელზე.

გ. მონაცვლეობით გამოიყენეთ თბილი და ცივი შეფუთვა ან გამოიყენთ 20 წუთი და შემდეგ 20 წუთი აღარ გამოიყენოთ.

დ. თბილი წყალი დუშის ქვეშ ან აბაზანაში.

თერმული სტიმულაცია ხელს უშლის ტკივილის იმპულსების ტრანსმისიას. თერმული სტიმულაციის მონაცვლეობა ხელს უშლის მიჩვევას. სარძევე ჯირკვლების სტიმულაცია საშხაპეში ან აბაზანაში იწვევს ოქსიტოცინის გამოთავსუფლებას უკანა ჰიპოფიზიდან და აძლიერებს შეკუმშვებს.

ასწავლეთ ქეთის მარტივად სუნთქვის და მოდუნების მეთოდები. სუნთქვის მეთოდების ცოდნა უზრუნველყოფს ტკივილდან ყურადღების გადატანას და უქმნის შეგრძნებას, რომ აკონტროლებს მშობიარობას. მოდუნების მეთოდი აძლიერებს ქალის შესაძლებლობას, მართოს ტკივილი და გააძლიეროს ნორმალური მშობიარობის პროცესი.

დააკვირდით ქეთის ბოქვენის ზედა ადგილს და პალპაციით განსაზღვრეთ სავსე შარდის ბუშტი ყველაზე მცირე ყოველ 2 საათში ერთხელ. შეახსენეთ რომ მოშარდოს თუ არ მოუშარდავს უახლოეს პერიოდში. სავსე შარდის ბუშტი იწვევს დისკომფორტს და შეიძლება გაახანგრძლივოს მშობიარობა ნაყოფის ქვევით სვლის შეფერხებით.

უთხარით ქეთის თავისი მშობიარობის პროგრესის შესახებ. აუხსენით რომ შეიძლება უფრო ჩქარა მოხდეს ყელის გახსნა რადგან ის შევიდა მშბიარობის აქტიურ ფაზაში. გამხნევება და იმის ცოდნა რომ მის შემართებას აქვს სასურველი შედეგი ზრდის ქალის სურვილს, რომ გააგრძელოს მშობიარობა ფიზიოლოგიურად.

უთხარით ქეთის თუ რომელი ფარმაკოლოგიური ტკივილის გაყუჩების მეთოდი არსებობს მისთვის. არჩევანის შესაძლებლობა საშუალებას აძლევს რომ ჰქონდეს იმის შეგრძნება რომ აკონტროლებს პროცესს, რადგან თავად ირჩევს თუ რომელი ზომები მიიღონ(ეს შეიძლება გაკეთდეს მშობიარობის დასაწყისში, რომ მეტი დრო ჰქონდეს ქალს არჩევანისთვის).

შეფასება: ქეთის კვლავ აქვს წელის ტკივილი, რომელსაც აფასებს 6 ქულით 0-10 ქულიანი შკალით, მაგრამ ამბობს, რომ უფრო კომფორტულად არის როცა გვერდით წევს ბალიშზე თავით. ბრიგადა ახდენს მისი წელის პერიოდულ მასაჟს. ქალი ამბობს რომ მას შეუძლია ტკივილის მართვა, რადგან ნაკლები ტკივილია შეკუმშვებს შორის, მას არ სურს ტკივილგამაყუჩებლების მიღება ამ დრომდე.

შემთხვევის განხილვა 3-1 (გაგრძელება)

შეფასება: მომდევნო 2 საათი ქეთი არის არაკომფორტულ მდგომარეობაში და ითხოვს ტკივილის გაყუჩებას. ხანდახან აქვს გამძაფრებული შეგრძნება რომ გაიჭინთოს. ქეთი ტირის და ამბობს "ძალა მეცლება" და "მეტი აღარ შემიძლია". დათო ანერვიულებული კითხულობს "ყველაფერი კარგად არის? ქეთი კარგად არის? რატომ იქცევა ესე?" ნაყოფის გულის სიხშირე რჩება მიახლოვებული იმ ნიშნულთან, რიმელიც მას ჰქონდა მიღების დროს და რაც მიანიშნებს ნაყოფის კეთილსაიმედო მდგომარეობას. შეკუმშვები ხდება ყოველ 2 წუთში, 70 წამის ხანგრძლივობით და არის ძლიერი.

ქეთის ყელი უკვე 8 სმ არის გახსნილი და ნაყოფის დგომა არის +1 დონეზე. ის ითხოვს ტკივილის გაყუჩებას მაგრამ არ სურს ეპიდურალური გაუტკივარების გაკეთება. ბუტორფანოლი (სტადოლი) 1 მგ ნელი IV გადასხმით, ეხმარება კონტროლში და შეკუმშვების სწორად წარმართვაში. ჭინთვის სურვილის გადავლა შეუძლია თითოეული შეკუმშვის დროს სწორად სუნთქვის მეშვეობით.

ქეთის საშვილოსნოს ყელი სრულად იხსნება 45 წუთში და ნაყოფის ჩადგმა არის +2 დონეზე. ის აწვება სპონტანურად რამდენჯერმე თითოეული შეკუმშვის დროს, მაგრამ ცდილობს გაამაგროს ზურგი და საწოლს მიაწვეს ხელებით თითოეული ჭინთვის დროს. ის იჭინთება დაახლოებით 10-15 წამი თითო ჯერზე, იკავებს სუნთქვას თითო ჯერზე. მას ურჩევნია ნახევრად მჯდომარე პოზიცია.

დიაგნოზი: ცოდნის დეფიციტი: ეფექტური ჭინთვის მეთოდები.

შესაძლო გამოსავალი: უფრო ეფექტური ჭინთვების მეთოდების ახსნის შემდეგ, ქეთი გამოიყენებს ამ მეთოდებს სანამ მშობიარობა არ დასრულდება.

ჩარევა და რაციონალიზაცია

1.დააკვირდით ქეთის პერინეუმს ყოველი ჭინთვის დროს ნაყოფის თავის გამოჭრაზე. ქალმა, რომელიც პირველ ბავშვზე მშობიარობს, შეიძლება ასევე ჩქარა იმშობიაროს. დაკვირვება საშუალებას აძლევს ექთანს რომ შეინარჩუნოს უსაფრთხოება ორივესთვის, დედისთვის და ბავშვისთვის, თუ სწრაფი მშობიარობა მოხდება.

2.გაამხნევეთ ქეთი, რომ ამოისუნთქოს როცა სპონტანურად გაიჭინთება დაახლოებით 4-6 წამი თითო ჯერზე. გახანგრძლივებული ჭინთვები დახურული ყიის საწინააღმდეგოდ ამცირებს პლაცენტალურ სისხლის დინებას, განსაკუთრებით თუ ის ხდება ყოველი შეკუმშვის დროს.

3. ასწავლეთ ქეთის, როგორ გაიჭინთოს უფრო ეფექტურად.

ა. ასწავლეთ, რომ მოხაროს თავი ყოველი გაჭინთვის დროს. თავის მოხრა იწვევს ჭინთვებს ქვევით მენჯის მიმართულებით.

ბ. აუხსენით, რომ მიაწვეს მოხრილი მუხლების საწინააღმდეგოდ (ან ხელებით საწოლზე) ჭინთვის დროს, მოხაროს მისი სხეული საშვილოსნოს გარშემო. დგომითი პოზიცია უკეთესია მიზიდულობის ძალის გასაძლიერებლად ხოლო ჩაკუზვა მცირედ ზრდის მენჯის გამოსასვლელის დიამეტრს.

გ. საშუალება მიეცით რომ გაიჭინთოს ქვევით დაწოლით. ვაგინა არის ანატომიურად სწორ პოზიციაში.

დ. დაეხმარეთ პერინეუმს მოდუნებაში ჭინთვების დროს. მოდუნება ამცირებს რბილი ქსოვილების წინაღობას ნაყოფის ქვემოთ სვლის დროს.

ე. გავის ძვალი შეინარჩუნეთ ბრტყელ პოზიციაში. ბრტყელი გავის ძვალი ნაწილობრივ ასწორებს მენჯის სიმრუდეებს.

4.არ ესაუბროთ ქეთის შეკუმშებს შორის თუ საჭიროება არ მოითხოვს ამას. სიჩუმე საშუალებას მისცემს რომ შეინარჩუნოს ენერგია ჭინთვებისთვის, რომელიც დამაკმაყოფილებლად პროგრესირებს.

შეფასება: ქეთი უფრო ეფექტურად იჭინთება, ექთნის დახმარებით, თითოეული შეკუმშვის დროს. მომდევნო საათში ის აჩენს 3,346 კგ მამრობით ახალშობილს. ბავშვის აპგარის ქულა არის 9 ,1 და 5 წუთზე. ქეთის აქვს მცირე პირველი ხარისხის ჩახევა, რომლის გაკერვა ხდება ლოკალური ანესთეზიური საშულების გამოყენების შემდეგ. ახალი ოჯახი ერთმანეთს ეცნობა მშობიარობის შემდგომი აღდგენითი პერიოდის განმავლობაში.

დაზიანებების პრევენცია

შეფასება

დედის და ნაყოფის შეფასება გრძელდება, როგორც კი ქალი მიუახლოვდება მშობიარობას. მეორე სტადიაში ხდება პერინეუმზე დაკვირვება, რომ გაირკვეს თუ როდის უნდა მოხდეს საბოლოოდ მომზადება მშობიარობისთვის. ზუსტი დრო საბოლოოდ მშობიარობის მომზადებისთვის განსხვავდება ქალის ორსულობების რაოდენობების მიხედვით, მშობიარობის მთლიანი სიჩქარით და ნაყოფის ჩადგმის დონით. პერინეუმის მომზადება დასრულებულია როცა ნაყოფის თავი გამოჭრილია 3-4 სმ-ით. მრავალნამშობიარები ქალი მზადაა უფრო მალე, უმეტესად როცა მისი ყელი სრულად გახსნილია და ნაყოფის თავი უკვე კარგად ქვემოთ არის, მაგრამ ჯერ გამოჭრა არ მომხდარა.

საექთნო დიაგნოზი

რამდენიმე მიზეზის გამო, ქალი დაზიანებების რისკის ქვეშაა, როგორც მშობიარობამდე, ისე მის შემდეგ. ესენია: (1) შეცვლილი ფიზიკური შეგრძნებები, როგორიცაა ძლიერი დაწოლა და მედიკამენტების ეფექტები. (2) პოზიციური ცვლილებები მშობიარობის დროს და (3) მშობიარობის მოულოდნელი ჩქარი პროგრესი. დიაგნოზი, რომელიც შეიძლება შეირჩეს უშუალოდ ნაყოფის დაბადების დროს მშობიარეებში, არის ,, დაზიანების რისკი (დედის) შეცვლილი მრგძნობელობის და ფიზიკური და პოზიციური ცვლილებების გამო”.

დაგეგმვა

მშობიარობის ბოლო ნაწილსა და უშუალოდ დაბადების დროს, ექთნის მთავარი მიზანი დაზიანების პრევენცია და მისი მინიმუმადე დაყვანაა. სამედიცინო მართვის მთავარი წარმატება, პრევენცირებადი დაზიანების არ არსებობაა (კუნთების დაჭიმულობა, თრომბოზი და ჩახევა მშობიარობის დროს).

ჩარევა

დედის პოზიციონირება სამშობიარო მაგიდაზე არის პირველი იმ თანმიმდევრობიდან, რომელიც კეთდება ბავშვის დაბადების მომენტში. მშობიარობის ამ პერიოდში, ექთანი ამცირებს იმ ფაქტორებს, რომელიც განაპირობებს დედის დაზიანებებს (სურათი 3.5).

სურათი 3-5 პასუხისმგებელი პირი ალაგებს ინსტრუმენტებს საბოლოო სამშობიარო მომზადების დროს . მიუხედავათ იმისა რომ ვაგინა სტერილური არ არის , სტერილური მაგიდის მომზადება ხდება რომ შემცირდეს გარე ორგანიზმების შეხწევა სამშობიარო გზებში.სტერილურ მაგიდაზე ასევე არის ახალშობილის მოვლის საშუალებები(მაგ.ჭიპლარის მომჭერი, ჭიპლარის სისხლის სინჯარა),ინსტრუმენტები დედის ჩახევების ან ეპიზიოტომიის შესაკეთებლად და საანესთეზიო საშუალებები(საჭიროებისამებრ).

სამშობიარო ბლოკში გადაყვანა

უშუალოდ დაბადების პროცესის უმეტესი ნაწილი ხდება წინასამშობიარო, სამშობიარო და მშობიარობის შემდგომ ოთახებში. ხანდახან მშობიარე გადაჰყავთ ცალკე ოთახში მთლიანი მშობიარობის განმავლობაში, მაგრამ ეს უნდა მოხდეს ადრეულ ეტაპზე, რათა მშობიარობის ბოლო ეტაპებზე არ მოხდეს მშობიარის აღელვება.

მშობიარობის(ნაყოფის დაბადების) დროს პოზიციონირება

სწორ, ვერტიკალურ პოზიციას, ეფექტურ ჭინთვებისა და მიზიდულობის ძალის ზემოქმედებას სხვა პოზიციებთან შედარებით უპირატესობა აქვს. ჩაკუზვა კარგი პოზიციაა გაურთულებული მშობიარობისთვის, მაგრამ ქალის პერინეუმთან მიდგომა მოუხერხებელია და შეიძლება არ იყოს არჩევანი ქალებისთვის ვისაც ეპიდურული ანესთეზია აქვს გაკეთებული. დედის პოზიცია ზედა ტანით წინ გადმოხრილი იწვევს ნაყოფის გამოსვლას და მენჯის გამოსასვლელისკენ მიმართავს და ზრდის მენჯის გამოსავალის დიამეტრს.

სხვა სწორი, ვერტიკალური პოზიციები არის ფეხზე დგომა და მუხლებზე დგომა. ნახევრად მოხრილი პოზიცია ამცირებს კუდუსუნის მოძრაობას ნაყოფის ქვემოთ ჩამოსვლისას, მაგრამ გრავიტაციის ძალის ზემოქმედების თვალსაზრისით, ხელსაყრელი პოზიციაა ნაყოფის ქვემოთ სვლისათვის. სამშობიარო საწოლზე ჯდომა ისე რომ პერინეუმის ვიზუალიზაციის შესაძლებლობა ჰქონდეს სამედიცინო პერსონალს, უპირატესია ჩაკუზულ მდგომარეობასთან შედარებით და ამასთან ნაკლებ დამღლელია მშობიარესთვის. ხელებით და ფეხებით პოზიცია შეიძლება სასარგებლო იყოს, თუ ნაყოფი კეფით უკანა პოზიციაშია და ნაყოფის ფართო მხრების ბრუნვა საჭიროა. ქალებისა და მეანების უმეტესობა ფეხების მოსათავსებლებს უპირატესობას ანიჭებს; ამ პოზიციაში ქალს ფეხების დასვენების საშუალება ეძლევა და ამასთან მეტად ეყრდნობა ფეხებს ჭინთვისას. ფეხის მოსათავსებლები ასევე აადვილებს პერინეუმთან მიდგომას. თუ ანესთეზიასთან დაკავშირებული მოტორული ბლოკის გამო მშობიარეს არ შეუძლია ფეხების მოძრაობა, მაშინ სამედიცინო პერსონალმა უნდა უზრუნველყოს ფეხების შესაბამისი მოძრაობა ფეხების საყრდენზე, ისე რომ ფეხები ძალიან არ დააშორონ ერთმანეთს და ამით არ გამოიწვიონ სახსრისა და კიდურის დაზიანება. ფეხის მოსათავსებელის გამოყენებისას, მუხლის უკანა მხარის ნაწილი

უნდა იყოს თავისუფალი, რომ არ მოხდეს იქ გამავალ ვენებზე დაწოლა და თრომბის წარმოქმნა. მშობიაროაბის ამ პოზიციაში ქალის ზედა ნაწილი უნდა იყოს ნახევრად უკან გადახრილი ან მჯდომარე პოზიციაში, ვიდრე სრულად მწოლიარე პოზიციაში (იხ.სურათი 3.6 და 3.7).

სურათი 3.6

გადაყვანა და მომზადება მშობიარობისთვის
მოქმედება: როცა ქალი უკვე თითქმის მზად არის მშობიარობისთვის, გადაიყვანეთ სამშობიარო ოთახში ან სამშობიარო პოზიციაში საწოლში. გადაყვანის ზუსტი დრო განსხვავდება სხვადასხვა ფაქტორის გათვალისწინებით (როგორიცაა მშობიარობის მთლიანი სიჩქარე და ნაყოფის ქვევით სვლის სიჩქარე). დასაბუთებული ახსნა: ნაჩქარევი, ბოლო წუთას მშობიარის მომზადება არის მღელვარების გამომწვევი ქალისთვის, მისი პარტნიორისთვის და ექთნისთვის. ამასთან სამშობიარო პოზიციაში დიდი ხნით დარჩენა შეიძლება დამღლელი იყოს. მოქმედება: გაგრძელდეს პერინეუმზე დაკვირვება, სანამ ნაყოფი საბოლოოდ დაიბადება. დასაბუთებული ახსნა: მშობიარობა შეიძლება მოხდეს მოულოდნელად და ექთანი უნდა იყოს მზად რომ ,,დაიჭიროს,, ნაყოფი თუ ექიმი ან ბებიაქალი არ არის ოთახში. მოქმედება: გაგრძელდეს დაკვირვება ნაყოფის გულისცემაზე მუდმივი მონიტორინგით და ხანგამოშვებითი აუსკულტაციით. დასაბუთებული ახსნა: ნაყოფის მდგომარეობის რამე სახის ცვლილების აღმოჩენამ შეიძლება საჭირო გახადოს ექიმის გამოძახება, რომ დაჩქარდეს მშობიარობა. მოქმედება: აწიეთ ქალის წელი, მხრები და თავი სპეციალური მოწყობილობით სამშობიარო მაგიდაზე ან აწიეთ სამშობიარო საწოლის თავი. დასაბუთებული ახსნა: საშუალებას აძლევს უფრო ეფექტურ ჭინთვებს და მიზიდულობის ძალაც მოქმედებს ნაყოფის ქვევით სვლაში. მოქმედება: სპეციალური ფეხის დამჭერები ან ფეხების მოსასვენებლი მოწყობილობები შეიძლება გამოვიყენოთ სამშობიარო საწოლზე. ფეხის დამჭერებზე გადააფარეთ რბილი ქსოვილი. დასაბუთებული ახსნა: ზედაპირზე გადაფარება ამცირებს დაწოლას, იცავს ვენური სტაზისგან და შესაძლო თრომბის წარმოქმნისგან. მოქმედება: როცა ქალის ფეხებს ვათავსებთ ფეხების დამჭერებში, ავწიოთ და მოვაშოროთ, ფეხები არ დავაშოროთ ერთმანეთს ფართოდ. დასაბუთებული დასკვნა: ამცირებს დაჭიმულობას კუნთებზე და ლიგამენტებზე. მოქმედება: როცა ქალი სამშობიარო პოზაშია, გავასუფთავოთ პერინეალური ადგილი სტერილური იოდოფორით და წყლის საფენებით, თუ ალერგიული არ არის. გამოივიყენოთ წყალი იოდოფორის გასაზავებლად. დასაბუთებული დასკვნა: აშორებს გამონადენს და განავალს პერინეალური ნაწილიდან. მოქმედება: ხელის დაბანის შემდეგ ჩაიცვით სტერილური ხელთათმანები მოსამზადებელი პროცედურებისთვის. აიღეთ სუფთა ღრუბელი და დაიწყეთ პერინეუმის თითოეული ნაწილის გასუფთავება, აღარ შეეხოთ გასუფთავებულ ნაწილს გამოყენებული ღრუბლით. სრულად გასუფთავებისთვის ექვსი ღრუბელია საჭირო. სწორი თანმიმდევრობა და მოძრაობაც ასევე საჭიროა. 1.გამოიყენეთ ზიგზაგისებური მოძრაობა კლიტორიდან მუცლის ქვედა ნაწილისკენ,ზუსტად ბოქვენის თმის ზემოთ. 2,3. გამოიყენეთ ზიგზაგისებური მოზრაობა შიდა თეძოებაზე, მთავარი სასირცხო ბაგეებიდან ბარძაყის შუამდე და მუხლამდე. გაიმეორეთ მეორე შიდა ბარძაყზეც. 4,5.ერთჯერადად გადაუსვით თითოეულ მხარეს კლიტორისიდან ბაგეებზე,პერინეუმზე და ანუსზე. გაიმეორეთ იგივე მეორე მხარეს. 6.ერთჯერადად გადაუსვით შუაში კლიტორისიდან ვულვაზე და პერინეუმზე. დასაბუთებული დასკვნა: იცავს ურთიერთ დაბინძურებას და ხელახლა დაბინძურებას იმ ადგილისა, რომელიც უკვე გასუფთავებულია. მოქმედება: ექიმმა შეიძლება გამოიყენოს სტერილური საფენი თუ სირვილი აქვს. დასაბუტებული ახსნა: ვაგინალური მშობიარობა არის სუფთა პროცედურა და არა სტერილური, რადგან ვაგინა არ არის სტერილური ამიტომ სტერილური საფენები არ არის საჭირო,თუმცა ზოგი ექიმი მას გამოიყენებს.

თავის დაბადება

მოქმედება: თუ ეპიზიოტომია საჭიროა, ექიმი მას გააკეთებს როცა ნაყოფის თავი უკვე გამოჭრილია.

დასაბუთებული დასკვნა: მინიმუმამდე დაყავს სისხლის დანაკარგი.

მოქმედება: როგორც კი ნაყოფის თავი გამოჭრის საშოს კარიბჭეს, ექიმი იყენებს ნაზ ზეწოლას ქალის პერინეუმზე ერთი ხელით, როცა მეორე ხელით აწვება ნაყოფის თავს(რიტგენის მანევრი). ექიმი მშობიარეს ეუბნება, რომ ამოისუნთქოს, რომ ჭინთვა გადაატაროს ან ნაზად გაიჭინთოს.

ის იბადება თანდათანობით და არა უცებ გამოვარდნით. ამას მინიმუმადე დაყავს დედის ქსოვილების ტრამვირება.

მოქმედება: ექიმი ასუფთავებს გამოყოფილ სითხეს სახიდან და ცხვირის და პირის ამოსუფთავებას აკეთებს სპეციალური ბურთისებრი ამოსაქაჩით.

დასაბუთებული დასკვნა: ახალდაბადებულს სცილდება სისხლი და გამოყოფილი სითხე და იცავს მას ასპირაციისგან პირველი ჩასუნთქვის დროს.

მოქმედება: ექიმი ამოწმებს ჭიპლარს ყელის გარშემო (კეფის უკან შემოხვეული ჭიპლარის). თუ არამჭიდროდ არის შემოხვეული თავზე, თუ მჭიდროდ არის შემოხვეული, მაშინ ის ორი დამჭერით იკეტება და მათ შორის, მაკრატლით იჭრება მანამ, სანამ ნაყოფის ტანი დაიბადება.

დასაბუთებული დასკვნა: საშუალებას აძლევს მშობიარობის გაგრძელებას და იცავს ჭიპლარს გაჭიმვასა და გაწყვეტისგან.

მხრების დაბადება

მოქმედება: გარეთა ბრუნვის შემდეგ, ექიმი ნაყოფის თავს ნაზი ტრაქციით ამოძრავებს დედის პერინეუმის მიმართულებით.

დასაბუთებული დასკვნა: გარეთა ბრუნვა საშუალებას აძლევს მხრებს რომ მობრუნდეს შიგნით და ათანაბრებს მის განივ დიამეტრს დედის მენჯის წინა-უკანა დიამეტრთან. თავის ტრაქცია პერინეუმის მიმართულებით საშუალებას აძლევს წინა მხრებს რომ გამოცურდეს სიმფიზის ბოქვენის ქვეშ.

მოქმედება: ექიმი შემდეგ სწევს თავს სიმფიზის ბოქვენის მიმართულებით.

დასაბუთებული დასკვნა: საშუალებას აძლევს უკან ნაყოფის მხრები რომ გათავისუფლდეს პერიეუმის გამოვლით დედის ქსოვილების ტრამვირების მინიმუმარდე დაყვანით.

ახალშობილის სასუნთქი გზების გასუფთავება და ჭიპლარის გადაჭრა

დასაბუთებული დასკვნა: კონტროლდება ნაყოფის თავის გამოსვლა და ამიტომ

მოქმედება: ახალშობილის დარჩენილი სხეულის ნაწილი მალე იბადება, მხრების დაბადების შემდეგ. ექიმი შემდეგ იჭერს ახალშობილს თავით ქვემოთ პოზიციაში, ამავდოულად ასუფთავებს ზედმეტ სეკრეტს სასუნთქი გზებიდან ბურთისებრი ამოსაქაჩით. ახალშობილი ხშირად დაწვენილია დედის მუცელზე.

დასაბუთებული დასკვნა: მიზიდულობის ძალა ეხმარება სპონტანურ დრენაჟს გამოყოფილი სითხის და იცავს ასპირაციას პირის ლორწოსგან და გამოყოფილი სითხიდან.

მოქმედება: ექიმი მომჭერს ადებს ჭიპლარს და მამა ან ექიმი ჭრის ჭიპლარს დამჭერის ზემოთ.

დასაბუთებული დასკვნა: საშუალებას აძლევს მშობელს უფრო თავისუფლად შევიდეს ურთიერთობაში ახალშობილთან. იცავს სისხლის დინებას პლაცენტის და ახალდაბადებულს შორის, რომელმაც შეიძლება გამოიწვიოს ანემია(თუ ახალშობილი პლაცენტის ზემოთ არის დაჭერილი) ან პოლიციტემია (თუ ახალშობილი პლაცენტის ქვემოთ არის).

მომყოლის დაბადება

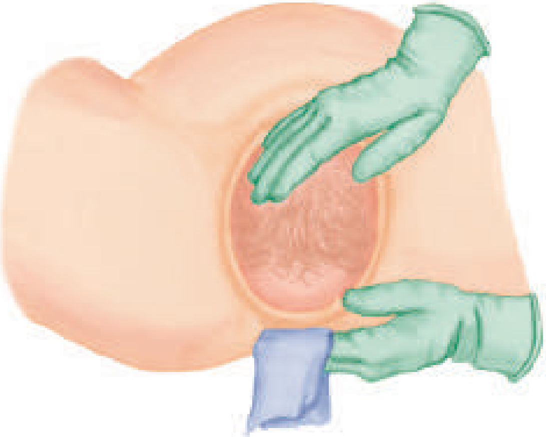
მოქმედება: პლაცენტის მოცლის მერე ის ჩვეულებრივ იბადება დედის დაწოლით ქვევით. ექიმმა შეიძლება ნაზად მოქაჩოს.

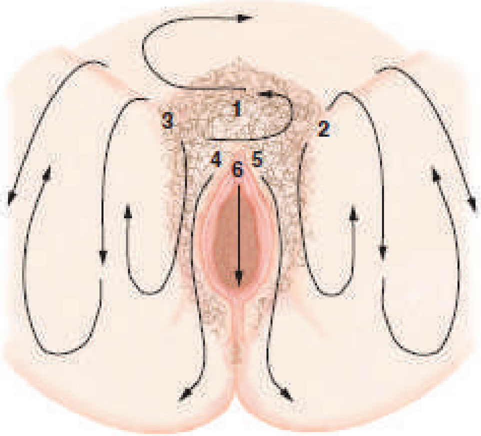
დასაბუთებული დასკვნა: ზედმეტმა ტრაქციამ შესაძლოა გამოიწვიოს მისი გაწყვეტა, რაც ართულებს მის გამოსვლას.

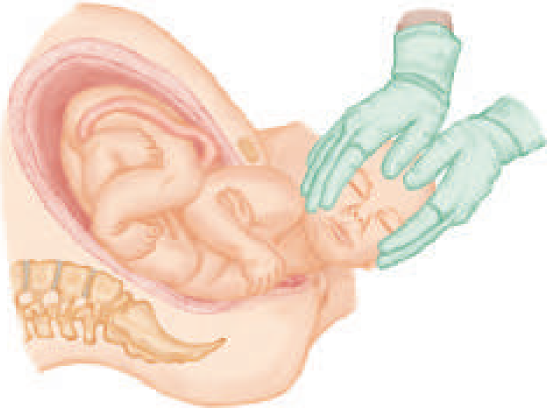
მოქმედება:ექიმი ათვალიერებს პლაცენტის ორივე მხარეს.

დასაბუთებული დასკვნა: დარწმუნება, რომ არცერთი ნაწილი არ რჩება საშვილოსნოს შიგნით, რომელმაც შეიძლება გამოიწვიოს სისხლდენა და ინფექცია.

ნაყოფის და პლაცენტის დაბადების შემდეგ, ექიმი ათვალიერებს სამშობიარო გზებს დაზიანებების გამოსავლენად. თუ საჭიროა, ნებისმიერი დაზიანება და ეპიზიოტიმია (თუ ჩატარდა) აღდგენილია.




1
2
3
4
5
6



სურათი 3-7	
გამოჭრა - ნაყოფის თავი ჭიმავს სასირცხო ბაგეებს და პერინეუმის ქსოვილებს. ანუსი იჭიმება ფართოდ და არ არის იშვიათობა რომ ამ დროს ქალის წინა რექტალური კედელის ექსპოზიცია მოხდეს. გამოყოფილი განავალის გაწმენდა ხდება უკან მიმართულებით რომ მოხდეს ვულვას დაბინძურების თავიდან აცილება. დამსწრე პირს(ექიმი და ბებიაქალი) არ უჭირავს ახალშობილის თავი უკან მიწოლით, მაგრამ აკონტროლებს მის გამოსვლას ხელის ნაზი დაწოლით ნაყოფის კეფაზე.	რიტგენის მანევრი- დაწოლა ხდება ნაყოფის ნიკაპზე პერინეუმის გავლით, იმავე დროს, როცა დაწოლა ხდება ნაყოფის თავის კეფაზე. ეს ქმედება ეხმარება ნაყოფის თავის გაშლას სიმფიზის ქვეშ.
თავის დაბადება- თავის გამოსვლისას, დამსწრე პირი ამზადებს ცხვირიდან და პირიდან ამოსაქაჩს, რომ მოახდინოს სეკრეციის ასპირაციის თავიდან აცილება, როცა ახალშობილი პირველად ჩაისუნთქავს. თუ ეს აუცილებელია.	პირველადი მდგომარეობის აღდგენა და გარეთა ბრუნვა- თავის გამოსვლასთან ერთად, ის შეიცვლის მხრების მდგომარეობას. გარეთა ბრუნვა ხდება როგორც კი ახალშობილის მხრების შიდა ბრუნვა მოხდება და სწორდება მისი განივი დიამეტრი მენჯის გამოსასვლელის წინა უკანა დიამეტრთან.

წინა მხრის დაბადება- დამსწრე პირი ნაზად აწვება ნაყოფის თავს ქალის პერინეუმისკენ რომ საშუალება მისცეს წინა მხარს ჩამოსრიალდეს მისი სიმფიზის ქვეშ. კანის ლურჯი შეფერილობა ახალშობილის არის ნორმალური მაჩვენებელი ამ დროს, ის ხდება ვარდისფერი როგორც კი ახალ-შობილი იწყებს სუნთქვას.

უკანა მხრის დაბადება- დამსწრე პირი აწვება ახალშობილის თავის ქალას სიმფიზისკენ ზედა მიმართულებით და საშუალებას აძლევს უკანა მხარს რომ გამოსრიალდეს პერინემზე.

დაბადების დასრულება- დამსწრე პირი იკა-ვებს ახალშობილს საბოლოო გამოსვლის დროს. აღნიშნეთ, რომ ახალშობილს აქვს შესანიშნავი კუნთების ტონუსი, რომელიც მტკიცდება სახის მიმიკური მოძრაობებით და მხრების და ხელების მოხრით.

ჭიპლარის კლიპირებით დამაგრება- როცა ახალ-შობილი არის კანი-კანთთან კონტაქტით დედის მუცელზე. დამსწრე პირი ორ ადგილას ამაგრებს ჭიპლარის დამჭერებს. ჭიპლარის გადაჭრა ხდება შემდეგ ამ ორ დამჭერს შორის. ჭიპლარის სის-ხლის შეგროვება ხდება გადაჭრის შემდეგ.

პლაცენტის დაბადება- დამსწრე პირი ნაზი ტრაქ-ციით ეხმარება პლაცენტის გამოსვლას. პლა-ცენტის გამოსვლა ხდება უფრო მეტად შულცეს მეთოდით, პრიალა ახალშობილის მხარეს და მემბრანების გამოსვლით. აღნიშნეთ ნაყოფის მემბრანები, რომელიც შემოფარგლავს ნაყოფს და ამნიონური სითხეები ორსულობის დროს. ქორიონის სისხლძარღვები რომელიც იტოტება ჭიპლარიდან არის დაუყოვნებლივ შესამჩნევი პლაცენტის ნაყოფის მხარის ზედაპირზე.

პერინეუმზე დაკვირვება

არავინ იცის ზუსტი დრო თუ როდის არის ქალი მზად მშობიარობისთვის. ქალს რომელსაც აქვს ნელი მშობიარობა, უცებ შეიძლება ჩქარი პროგრესი განიცადოს. მშობიარობა უკვე ბოლოსკენაა, როცა ნაყოფის თავი წინ იხრება თავის გაშლის მექანიზმით და კეფა გამოსრიალდება ბოქვენის სიმფიზის ქვეშ. დააკვირდით ქალის პერინეუმს, განსაკუთრებით მშობიარობის მეორე სტადიის ბოლო პერიოდში.

კლასიკური ნიშანი, გარდაუვალი მშობიარობისა, არის დედის უკონტროლო წამოძახილი ,, ბავშვი მოდის,, შეხედეთ პერინეუმს და თუ ახალშობილი დაიბადება ექიმის ან ბებიაქალის მოსვლამდე, დარჩით მშვიდად და დააფიქსირეთ ნაყოფის თავი და ტანი დაბადების პროცესში, აუცილებელია გეცვათ ხელთათმანი. ირგვლივ მყოფი ადამიანები დაიხმარეთ საჭირო პერსინალის გამოძახებაში.

საექთნო მოვლა გვიანი მშობიარობის პერიოდში

პასუხისმგებლობა მშობიარობის დროს

ექთნის მოვალეობები მშობიარობის დროს არის შემდეგი:

- მომზადება სამშობიარო მაგიდის სტერილური გადასაფარებელით, ხელთათმანებით, საფენებით, ხსნარებით და ინსტრუმენტებით;
- პერინეუმის გამწმენდი სამუშაოებები;
- მშობიარის და მისი თანმხლები პირის მხარდაჭერა ჭინთვების დროს;
- ახალშობილის საწყისი მოვლა და შეფასება;
- მედიკამენტების მიწოდება (უმეტესად ოქსიტოცინის), რათა შეიკუმშოს საშვილოსნო და მოხდეს სისხლის დანაკარგის კონტროლი.

ყველა მშობიარობას უნდა ესწრებოდეს ახალშობილთა რეანიმაციულ ღონისძიებებში დახელოვნებული ადამიანი, რათა ბლოკში რეანიმაციული ღონისძიებები წარმატებით განხორციელდეს საჭიროების შემთხვევაში.

პირადი დამცავი საშუალებები, როგორიცაა თვალების დამცავი, უნდა იქნეს გამოყენებული რომ არ მოხდეს სითხის ან სისხლის თვალებში მოხვედრა ჭიპლარის გადაჭრის დროს. ახალშობილი დაფარულია სისხლით, ამნიონური სითხით, პირველადი საცხით და სხვა ბიოლოგიური ნივთიერებებით. პირველი ბანაობა ხდება დაბადებიდან რამდენიმე საათში, ამიტომ პიროვნება, ვინც ახალშობილის მოვლაში მონაწილეობს, უნდა ატარებდეს ხელთათმანებს და სხვა საჭირო თავდაცვით საშუალებებს, რომ არ მოხდეს რამე ინფექციურ გამონადენთან შეხება.

მშობიარობის შემდგომი საექთნო მოვლა

მშობიარობის დროს ზრუნვა გრძელდება მშობიარობის მეოთხე სტადიამდე, რომელიც მოიცავს ახალშობილზე, დედაზე და ოჯახზე ზრუნვას.

ახალშობილზე ზრუნვა

ახალშობილზე ზრუნვა მოიცავს გულ-სისხლძარღვთა და თერმორეგულაციის ფუნქციების მონიტორინგს და დისფუნქციის დროულ აღმოჩენას. დამატებით, აუცილებელია განხორციელდეს ნაყოფის შეფასება გესტაციის ასაკის მიხედვით და გასინჯვა შესამჩნევ ანომალიებზე და მშობიარობის დროის დაზიანებებზე. სრული ნეონატალური შემოწმება შეიძლება გადაიდოს ერთი საათით, რათა მიეცეს ოჯახს საშუალება რომ შეხვდნენ ოჯახის ახალ წევრს და დაიწყოს ძუძუთი კვება. პირველადი აღწერის გარკვეული ნაწილი შეიძლება გაკეთდეს მანამ, სანამ ახალი მშობლები კავშირს ამყარებენ ახალშობილთან.

კარდიოპულმონალური ფუნქციის შენარჩუნება- ახალშობილის მიღებისთანავე, კარდიოპულმონალური ფუნქციის შესაფასებლად საჭიროა მისი შეფასება აბგარის ქულით პირველ და მე-

ხუთე წუთზე (და ათი წუთის დაშორებით თუ პასუხი არაკეთილსაიმედოა). თუ აპგარის ქულა 8 ან უფრო მაღალია, არანაირი ჩარევა არ არის საჭირო, გარდა ნორმალური თერმორეგულაციისა და რესპირატორული ფუნქციის ხელშეწყობისა. ამისათვის აუცილებელია, რომ საჭიროებებისას მოხდეს პირიდან და ცხვირიდან სითხის ამოქაჩვა და ნაყოფის სწორი დაწვენა. თუ ნაყოფი აშკარად დისტრესშია(არ არსებობა ან შენელებული გულისცემა და სუნთქვა, კიდურების ტონუსი და სტიმულაციაზე საპასუხო რეაქციის არ არსებობა, ციანოზური ან ფერმკრთალი ფერი) მაშინ პრობლემის აღმოსაფხვრელად აუცილებელია გადაუდებელი მოქმედება დაბადებიდან პირველივე წუთზე აბგარის ქულის შეფასებამდე (ცხრილი 3.2).

ცხრილი 3-2 აპგარის სკალა

შეფასება	ქულები		
		1	2
გულისცემის სიხშირე სუნთქვითი ძალისხმევა კუნთების ტონუსი	არ არსებობა სპონტანური სუნთქვის არ არსებობა სუსტი	წუთში 100 დარტყმა ნაკლები ნელი სუნთქვა ან სუსტი ტირილი კიდურების მინიმალური მოხრა მოდუნებული მოძრაობა	წუთში 100 დარტყმა ან მეტი სპონტანური სუნთქვა ძლიერი, ჯანმრთელი ტირილი მოხრილი სხეულის პოზა, სპონტანური და ძლიერი მოძრაობა
რეფლექსური პასუხი	პასუხის არ არსებობა ამოქაჩვაზე ან ნაზად მირტყმაზე ფეხის გულებზე	მინიმალური პასუხი(გრიმასა) ამოქაჩვაზე ან ნაზად მირტყმაზე ფეხის გულებზე	სწრაფი საპასუხო რეაქცია ამოქაჩვაზე ან ფეხის გულებზე ნაზად მირტყმაზე ან აქტიურ მოძრაობაზე
ფერი	სიფერმკრთალე ან ციანოზი	მხოლოდ მოლურჯო ხელები და ფეხები	ვარდისფერი(ღია კანი) ან ციანოზის არ არსებობა (მუქი კანი); ვარდისფერი ლორწოვანი მემბრანები

0 1	2 3 4 5 6	7 8 9 10
ახალშობილს ესაჭიროება რეანიმაცია	ნაზად მოახდინეთ სტიმულაცია ახალშობილის ზურგზე ხახუნით, სანამ ჟანგბადის მიწოდება ხდება. განსაზღვრეთ მიიღო თუ არა დედამ ნარკოტიკი, რომელმაც შესაძლოა გამოიწვიოს ახალშობილის სუნთქვის დეპრესია. არის თუ არა ნალოქსონი(ნარკანი) ხელმისაწვდომი საჭიროების შემთხვევაში	უზრუნველყავით არ მოქმედება , გარდა მხარდაჭერისა ახალშობილის სპონტანური ძალისხმევის და გააგრძელეთ დაკვირვება

აპგარის სკალა არის მეთოდი ჩქარი შეფასებისთვის ახალშობილის გულფილტვის ადაპტაციის დაბადების შემდეგ. ექთანი აფასებს ახალშობილს დაბადებიდან 1 და 5 წუთზე ხუთ ადგილას. შეფასება დალაგებულია ყველაზე მნიშვნელოვანიდან (გულისცემის სიხშირე) ყველაზე ნაკლებად მნიშვნელოვნამდე (ფერი). ახალშობილს ენიჭება ქულა 0 დან 2 მდე ხუთივე ადგილას და საშუალო ქულის გამოყვანა ხდება. რეანიმაცია არ უნდა გადავადდეს 1 წუთზე ქულის შეფასებამდე. თუმცა, ზოგადი გაიდლაინი ახალშობილის მოვლის დაფუძვნებულია 1 წუთზე ქულის სამ ზღვრულ მაჩვენებელზე: 0-2, 3-6, 7-10.

შენიშვნა: ახალშობილის რეანიმაციის შეფასებისთვის , თუ საჭიროა, არ დაელოდოთ 1 წუთზე აპგარის ქულას, მაგრამ შეაფასეთ ერთდროულად

ბავშვი დამაკმაყოფილებელი ტირილით და მინიმალური სეკრეციით სასუნთქი გზებიდან, საკმარისად თბება კანით კანთან კონტაქტით მშობლებთან, მაგრამ წინასწარ გამზადებული გამათბობელი უნდა იყოს მზად. თავი უნდა შევიკავოთ ნაყოფის დიდი ხნით თავით ქვემოთ პოზიციისგან, რადგან ამ დროს ნაწლავები აწვება დიაფრაგმას და იწვევს სუნთქვით პრობლემებს. ახალშობილი გამათბობელ საშუალებაში უნდა იყოს სწორ პოზიციაში: გვერდზე დაწოლილი თავი სწორად ან ოდნავ აწეული. განახორციელეთ სეკრეტის ამოტუმბვა ახალშობილის პირიდან და ცხვირიდან ბალონით საჭიროების შემთხვევაში. თუ სეკრეტი ჭარბადაა, მაშინ შესაძლოა ამოტუმბვა კათეტერით გახდეს საჭირო.

თერმორეგულაციაში დახმარება- ჰიპოთერმია იწვევს ახალშობილის მეტაბოლური სიჩქარის და ჟანგბადის მოხმარების გაზრდას, რაც სასუნთქი გზების პრობლემის თანაარსებობასთან ერთად, შესაძლოა ახალშობილის მდგომარეობის გაუარესების მიზეზი გახდეს. ჰიპოთერმიის თავიდან აცილების მიზნით დავაწვინოთ ახალშობილი უკვე გამთბარ გამათბობელში და ჩქარა გავწმინდოთ მშრალი პირსახოცით, რომ შემცირდეს სითბოს დაკარგვა აორთქლების გზით. ნაყოფის თავი უნდა გავამშრალოთ და თბილად გვქონდეს, რადგან აქედან ხდება მნიშვნელოვანი სითბოს დაკარგვა, რადგან თავი ახალშობილის სხეულის დაახლოებით ¼ ნაწილს შეადგენს. კანის გამშრალება ასტიმულირებს ტირილს და ჯანმრთელი ახალშობილის ფილტვების გახსნას.

კანით-კანთან კონტაქტი ინარჩუნებს ნაყოფის ტემპერატურას, ხელს უწყობს ნაყოფის და მშობლის შეკავშირებასა და მიჯაჭვულობის ჩამოყალიბებას. პირველი ბანაობის რამდენიმე საათით გადადება, ხელს უწყობს სხეულის ტემპერატურის სტაბილიზაციას. თუ ახალშობილი არ თბება კანით კანთან კონტაქტით, ან სპეციალურ გამათბობელზე, მაშინ ახალშობილი უნდა გავახვიოთ თბილ, მშრალ პლედში, რომ შევამციროთ მის მიერ სითბოს დაკარგვა. უმჯობესია, თუ ახალშობულს თავზე ქუდის დააფარებთ, ეს კიდევ უფრო შეამცირებს სითბოს დანაკარგს.

ახალშობილს თავზე ქუდი არ ახურავს როცა გამათბობელშია, რადგან ის ამცირებს სითბოს გადაცემას თავზე .

ახალშობილის იდენტიფიცირების გზები- ახალშობილს დაბადებისთანავე უნდა დაუმაგრდეს სანიშნე სამაჯური. სამაჯური არ უნდა იყოს ზედმეტად მჭიდროდ დამაგრებული ახალშობილზე. ახალშობილს არავის არ ვაძლევთ ხელში, ვიდრე მისი იდენტიფიცირება არ მომხდარა. მრავალნაყოფიანი მშობიარობის დროს ყველა ბავშვს საკუთარი სამაჯური ემაგრება. ზოგიერთი დაწესებულება იღებს ადრეულად სურათებს, როცა ახალშობილი ფხიზლადაა, ეს ემსახურება ორ მიზანს ,პირველი როგორც სამახსოვრო საჩუქარი მშობლებს და მეორე, ახალშობილის იდენტიფიკაციისთვის, გატაცების შემთხვევაში.

დედაზე ზრუნვა

დედაზე ზრუნვა მშობიარობის მეოთხე სტადიაში ემსახურება სისხლდენის მეთვალყურეობას და დისკომფორტის შემსუბუქებას.

სისხლდენაზე მეთვალყურეობა- მნიშვნელოვანი მაჩვენებლები, რომელიც დაკავშირებულია სისხლდენებთან, არის ქალის სასიცოცხლო მაჩვენებლები, საშვილოსნოს ფუძე, შარდის ბუშტი, ლოქია და პერინეალური და სასირცხო ბაგეების ნაწილები.

სასიცოცხლო ნიშნები: შეაფასეთ ქალის ტემპერატურა მეოთხე სტადიის დასაწყისშივე. არტერიული წნევა, პულსი, სუნთქვის სიხშირე ფასდება ყოველ 15 წუთში პირველი საათის განმავლობაში. აჩქარებული პულსი არის საწყისი ნიშანი ზედმეტი სისხლისდენის, რადგან გული უფრო ჩქარა ტუმბავს რომ დააკომპენსიროს შემცირებული სისხლის მოცულობა. არტერიული წნევა ეცემა, როგორც კი სისხლის მოცულობა მცირდება, მაგრამ ეს არის ბოლო ნიშანი ჰიპოვოლემიისა. გათვალისწინეთ, რომ აჩქარებული პულსი შეიძლება იყოს მედიკამენტის გვერდითი ეფექტიც.

საშვილოსნოს ფუძე- ლოგინობის ხანის პერიოდშუ ჭარბი სისხლდენის ყველაზე ხშირი მიზეზი საშვილოსნოს არასაკმარისი შეკუმშვაა. რაც განაპირობებს სპირალური არტერიების არასაკმრის კომპრესიას და სისხლძარღვების მოშიშვლებას პლაცენტის მიმაგრების ადგილას. სისხლდენის რისკის ადრეული ამოცნობისთვის, შეაფასეთ საშვილოსნოს ფუძის სიმკვრივე, სიმაღლე და ადგილმდებარეობა, სასიცოცხლო მაჩვენებლების ყოველი შემოწმების დროს. ფუძე უნდა იყოს მკვრივი, შუახაზზე და ჭიპის ქვემოთ(დაახლოებით დიდი გრეიფრუტის ზომის). თუ ფუძე მკვრივია, მაშინ არანაირი მასაჟი არ არის საჭირო, მაგრამ თუ რბილია(მოშვებული) მაშინ მანამდე უნდა ვამასაჟოთ, სანამ მკვრივი არ გახდება. ძუძუს თავების გაღიზიანება ბავშვის ძუძუზე მოჭიდებისას ხელს უწყობს ოქსტოცინის გამოყოფას დედის უკანა ჰიპოფიზიდან, რაც თავისმხრივ საშვილოსნოს სიმკვრივის შენარჩუნებას განაპირობებს. საჭიროებისას, ოქსიტოცინის გაკეთება ინტრავენურად და კუნთში ერთნაირ ეფექტს გვაძლევს.

შარდის ბუშტი- სავსე შარდის ბუშტი ხელს უშლის საშვილოსნოს შეკუმშვას და შეიძლება გამოიწვიოს ჰემორაგია. სავსე შარდის ბუშტი სავარაუდოა, თუ საშვილოსნოს ფუძე ჭიპის ზემოთ არის და გადახრილია ერთ მხარეს, უფრო მეტად მარჯვენა მხარეს. პირველი ორი მოშარდვის გაზომვა ხდება სანამ არ არის აშკარა რომ დედა შარდავს სირთულეების გარეშე და ცლის შარდის ბუშტს. თითო მოშარდვა დაახლოებით 300-400 მლ შარდს უნდა იძლეოდეს, თუ შარდის ბუშტი ბოლომდე იცლება. თუ ადგილი არ აქვს კიდურების შეცვლილ მგრძნობელობას დედას შეუძლია საპირფარეშოში მოშარდოს თავისით (პირველ ორ შემთხვევაში დამხარესთან ერთად). ადგომამდე, ჯერ უნდა წამოჯდეს საწოლის გვერდზე და დარწმუნდეს რომ თავბრუ არ ეხვევა, მერე აამოძრაოს ფეხები წინ და უკან და ასწიოს მუხლები ზემოთ, რომ დარწმუნდეს რომ საკმარისი სიძლიერე აქვს და შეუძლია მოძრაობა და სიარული.

ლოქია- შაფასეთ ლოქიები, სასიცოცხლო მაჩვენებლების და ფუძის შემოწმების დროს. ლოქიის მოცილება შეიძლება ჭარბად მოეჩვენოს გამოუცდელ ექთანს ან ახალბედა დედას. მცირე ზომის კოლტების არსებობა ნორმალურია, მაგრამ დიდი ზომის კოლტები ნორმალური მაჩვენებელი არ არის და ამ დროს აუცილებელია ექიმის ან ბებიაქალის გამოძახება (ცხრილი 3.3).

პერინეალური და სასირცხო ბაგეების ნაწილი. დააკვირდით ამ ნაწილს ჰემატომის არსებობის შესაფასებლად. მცირე ზომის ჰემატომა ხშირად ყინულის საფენით მარტივად გადის, (იგი ასევე გამოიყენება ქალისთვის მეტი კომფორტის შესაქმნელად). დიდი ზომის და სწრაფად მზა-

რდმა ჰემატომამ შეიძლება ქსოვილის მოცულობის მნიშვნელოვანი ზრდა გამოიწვიოს და ქოვილებს მოლურჯო შეფერილობა მისცეს. ამასთან დაზიანებული უბნები მტკივნეულიცაა.

ცხრილი 3-3

დედის პრობლემები მშობიარობის მეოთხე სტადიაში		
ნიშანი	**პოტენციური პრობლემა**	**დაუყოვნებლივი ქმედება**
დედის პულსის სიხშირის მატება და/ან სისხლის წნევის დაცემა, შესაძლოა თან ახლდეს შარდის ოდენობის შემცირებას ან ანურიას.	ჰიპოვოლემიის ადრეული ნიშანი გამოწვეული ზედმეტი სისხლის დანაკარგით (შესამჩნევი ან დაფარული).	გამოავლინეთ სისხლის დანაკარგის შესაძლო მიზეზი, ხშირად ეს არის ცუდად შეკუმშული საშვილოსნო. მიიღეთ ზომები მის გამოსასწორებლად (იხილეთ ქვემოთ). მუდმივი კათეტერი შეიძლება ჩავდგათ რომ დავაკვირდეთ შარდის გამოყოფას.
რბილი საშვილოსნო	ცუდად შეკუმშული საშვილოსნო საკმარისად არ აკომპრესირებს დიდ, ღია სისხლძარღვებს პლაცენტის მიმაგრების ადგილას, რაც იწვევს ჰემორაგიას.	ერთი ხელით საშვილოსნოს დამაგრება სიმფიზის ზემოთ და მეორე ხელი ფუძეზე, დაამასაჟეთ საშვილოსნო სანამ არ გამაგრდება. დააწექით ქვემოთ მკვრივ საშვილოსნოს, რომ გამოდევნოთ ნებისმიერი კოლტები. დაცალეთ ქალის შარდის ბუშტი (მოშარდვის ან კათეტერიზაციის გზით), თუ ის არის განპირობებული საშვილოსნოს ატონიით.
მაღალი საშვილოსნოს ფუძე, ხშირად გადაწეული ერთ მხარეს.	მიანიშნებს სავსე შარდის ბუშტს, რომელმაც შეიძლება ხელი შეუშალოს საშვილოსნოს შეკუმშვებს და გამოიწვიოს ჰემორაგია.	დაამასაჟეთ საშვილოსნო თუ არ არის მკვრივი. დაეხმარეთ ქალს მოშარდოს აბაზანაში ან საწოლის სუდნოში. თუ მოშარდვა არ შეუძლია, გაუკეთეთ კათეტერიზაცია (ხშირად რუტინულად მშობიარობის შემდგომ).
ლოქიები, რომელიც აჭარბებს ერთ გაჯერებულ საფენს ერთი საათის განმავლობაში მეოთხე სტადიაში.	მიანიშნებს ჰემორაგიას, თუმცა საფენები განსხვავდებიან შეწოვის მიხედვით და ეს უნდა გაითვალისწინოთ.	გამოავლინეთ ჰემორაგიის მიზეზი, ხშირად ეს არის საშვილოსნოს ატონია, რომელიც გამოიხატება რბილი საშვილოსნოთი. გამოასწორეთ მიზეზი.თუ ჩახევებზე არის ეჭვი (ჭარბი სისხლდენა მკვრივი საშვილოსნოს ფუძით) შეატყობინეთ მშობიარობის მიმღებ პირს. ქალი უნდა დარჩეს NPO სანამ მშობიარობის მიმღები პირი შეამოწმებს მას.

ინტენსიური პერინეალური და ვაგინალური ტკივილი, როგორც წესი, გაივლის ანალგეზიური საშუალებებით.	ხშირად დაკავშირებულია, ვაგინის კედლის ან პერინეუმის ჰემატომასთან. ჰიპოვოლემიის ნიშნები.	თუ ჰემატომა შესამჩნევია, გამოიყენეთ ცივი საფენები რომ შეანელოთ სისხლის დინება ქსოვილებში. შეატყობინეთ მშობიარობის მიმღებ პირს და დაგეგმეთ შესაძლო ქირურგიული დრენაჟი. იყოს ქალი NPO მდგომარეობაში.

კომფორტის შექმნა

საშვილოსნოს შეკუმშვები (შემდგომი ტკივილები) და პერინეალური ტრამვები მშობიარობის შემდგომი ტკივილების ხშირი მიზეზია.ლოგინობის ხანის კანკალი ხშირად ქალის დისკომფორტს კიდევ უფრო აუარესებს. მშობიარობის შემდგომი ტკივილი ხშირად მსუბუქია და მალევე ქრება. შეატყობინეთ ექიმს თუ ტკივილი ინტენსიურია და არ სუსტდება თქვენს მიერ მიღებული ზომებით.

ყინულის საფენები - გამოიყენეთ ყინულის საფენები მშობიარობიდან მალევე რომ არ მოხდეს შეშუპება და ჰემატომის წარმოქმნა.ზოგიერთი პერინეუმის ცივი საფენი, შეიცავს ქიმიურ ყინულს, რომელიც შედარებით ნაკლებ ლოქიას შეიწოვს ვიდრე ჩვეულებრივი საფენი, ამიტომ ეს მახასიათებელი უნდა მივიღოთ მხედველობაში როცა საფენის სატურაციას ვაფასებთ (1 სტანდარტული საფენის გაჟღენთვა 1 საათის განმავლობაში მიიჩნევა ნორმალურ ლოქიად). ყინულის ნატეხის ჩადება ხელთათმანში და მისი გამოყენება უფრო იაფია, თუმცა მალე დნება.

ტკივილგამაყუჩებლები - შემდგომი ტკივილები და პერინეუმის ტკივილი კარგად რეაგირებს მსუბუქ ტკივილგამაყუჩებლებზე. რეგულარული შარდვა ამცირებს შემდგომი ტკივილების სიმწვავეს, რადგან საშვილოსნო იკუმშება უფრო ეფექტურად როცა შარდის ბუშტი ცარიელია. ექთანმა უნდა გაამხნევოს ქალი, რომ მიიღოს ტკივილგამაყუჩებლები რეგულარულად, გეგმის მიხედვით შემდგომი ტკივილების და პერინეუმის დისკომფორტის თავიდან ასაცილებლად.

სითბო - თბილი პლედი ამცირებს კანკალს მშობიარობის შემდგომ.პორტატული სითბოს გამომცემი შეიძლება გამოიყენოთ ორივესთვის, დედისთვის და ახალშობილისთვის, ასევე, თბილი სასმელები.

ადრეული ოჯახური ერთიანობის წახალისება

პირველი საათი დაბადებიდან არის იდეალური პერიოდი დედასა და ახალშობილს შორის კავშირის დამყარებისთვის, რადგან ამ პერიოდში ჯანმრთელი ახალშობილი ფხიზლადაა და რეაგირებს. შეინარჩუნეთ მშობლის და ახალშობილის პირადი სივრცის დაურღვევლობა, სანამ დაკვირვებას აკეთებთ. ახალშობილი შეიძლება დარჩეს მშობელთან, სანამ ექთანი შეაფასებს სასიცოცხლო ნიშნებს და სასუნთქი გზებიდან სეკრეტებს ამოტუმბავს. ახალშობილის ზოგიერთი მონაცემის შეგროვება შეიძლება მოხდეს სანამ მშობელს უჭირავს, რაც მნიშვნელოვანია დედისა და ჩვილის კომფორტისთვის.

ექთანი უნდა დაეხმაროს დედას ძუძუზე სწორად მოჭიდებაში. დაბადებიდან უახლოესი 1 საათი ახალშობილი უფრო ფხიზლადაა, ამიტომ ეს პერიოდი უმჯობესია ძუძუთი კვების დაწყებისთვის გამოიყენოს დედამ. ძუძუს თავების ადრეული სტიმულაცია რძის წარმოქმნას და საშვილოსნოს შეკუმშვას უწყობს ხელს.

როცა მშობლები მზად არიან, დედმამიშვილებს და ოჯახის სხვა ნათესავებს საშუალება ეძლევა ნახონ ახალშობილი. დაეხმარეთ დედმამიშვილებს რომ დაინახონ და შეეხონ თავიანთ ახალდაბადებულ დას ან ძმას, შესთავაზეთ სკამი ან საწოლის კიდეზე დასვით.

პატარა ბავშვები შეიძლება განიცდიდნენ და ვერ ხვდებოდნენ მშობლებთან მათი დროებით დაშორების მიზეზს და ამიტომ ნაკლები ყურადღება და ინტერესი გამოიჩინონ ახალშობილის მიმართ.

სკოლამდელი ბავშვებს შეუძლიათ ხელში დაიკავონ თავისი და ან ძმა უშუალო ზედამხედველობის პირობებში. სკოლის მოსწავლე ბავშვები კი ხშირად აღფრთოვანებული არიან ახალშო-

ბილით და ბევრ კითხვებს სვამენ. მოზარდები სხვადასხვანაირად რეაგირებენ. შეიძლება ალფრთოვანებულები იყვნენ და სიხარულით მიიღონ აღზრდაში მონაწილება ან შეიძლება პირიქით თავგზაბნეულები იყვნენ.

დააკვირდით მშობლის და ახალშობილის ადრეული ურთიერთობის ნიშნებს. მშობლების ქცევა პირველად ექსპერიმენტულია, ჯერ თითის წვერებით ეხებიან ,მერე ხელისგულებით ეხვევიან. მშობლები ხშირად ამყარებენ თვალი-თვალში კონტაქტს და მზრუნველად ესაუბრებიან. დაკვირვებისას, ოჯახის კულტურული თავისებურებები უნდა მივიღოთ მხედველობაში. ამასთან ექთანი უნდა იყოს ინფორმირებული თუ რამე განსაკუთრებული ჩვეულებები აქვს ოჯახს ახალშობილთან შეხვედრისას.

ზოგიერთ კულტურაში ზედმეტი ყურადღება ახალდაბადებულზე ითვლება რომ უილბლობის ნიშანია.

სამასხსოვრო 3.1 ხშირი დიაგნოზები მშობიარობის განმავლობაში
• აფორიაქება; • შიში; • სითხის მოცულობის დეფიციტი; • დარღვეული ვერბალური კომუნიკაცია; • არა ეფექტური გამკლავება; • ცოდნის დეფიციტი; • ტკივილი(მწვავე ან ქრონიკული); • დაზიანების რისკი; • ულონობა(არსებული ან რისკი).

წყაროები

1. Adams, E. D., & Bianchi, A. L. (2008). A practical approach to labor support. Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing, 37(1), 106–115.
2. Albers, L. L. (2007). Evidence for physiologic management of the active phase of the first stage of labor. Journal of Midwifery & Women's Health, 52(3), 207–215.
3. American Academy of Pediatrics (AAP) & AmericanCollege of Obstetricians and Gynecologists (ACOG).ნ(2012). Guidelines for perinatal care (7th ed.). Elk Grove Village, IL, & Washington, DC: Author.
4. American Academy of Pediatrics (AAP) & American Heart Association (2011). Neonatal resuscitation textbook (6th ed.). Elk Grove Village, IL & Dallas, TX: Author.
5. American College of Obstetricians & Gynecologists (ACOG). (2012). Chronic hypertension in pregnancy. Practice Bulletin No. 125. Washington, DC: Author.
6. American College of Obstetricians & Gynecologists (ACOG). (2010). Diagnosis and management of preeclampsia and eclampsia, Practice Bulletin No. 33. Washington, DC: Author.
7. Bryanton, J., Gagnon, A. J., Johnston, C., & Hatem, M. (2008). Predictors of women's perceptions of the childbirth experience. Journal of Obstetric, Gynecologic, and
8. Neonatal Nursing, 37(1), 24–34. Carleton, T., Callister, L. C., Christiaens, G., & Walker, D. (2009). Nurses' perceptions of caring for childbearing women in nurse-managed birthing units. MCN: Ameri- can Journal of Maternal-Child Nursing, 34(1), 50–56.
9. Coakley, S. (2009). Elizabeth. Nursing for Women's Health,13(1), 91–92.
10. Creehan, P. A. (2008). Pain relief and comfort measuresduring labor. In K. R. Simpson & P. A. Creehan (Eds.), AWHONN perinatal nursing (2nd ed., pp. 443– 472). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
11. Cunningham, F. G., Leveno, K. J., Bloom, S. L., Hauth, J. C., Rouse, D., & Spong, C. (2010). Williams obstetrics (23rded.). New York: McGraw-Hill.
12. D'Avanzo, C. E. (2008). Mosby's pocket guide to culturalhealth assessment (4th ed.). St. Louis: Mosby.
13. Declercq, E. R., Sakala, C., Correy, M. P., & Applebaum, S.(2006). Listening to mothers II: Report of the secondnational U.S. survey of women's childbearing experiences.New York: Childbirth Connection.
14. Fair, C. D., & Morrison, T. E. (2012). The relationshipbetween prenatal control, expectations, experiencedcontrol, and birth satisfaction among primiparouswomen. Midwifery, 28, 39–44.
15. Feinstein, N. F., Sprague, A., & Trépanier, M. J. (2008). Fetalheart rate auscultation (2nd ed.). Washington, DC: Associationof Women's Health, Obstetric, and NeonatalNurses.
16. Fenwick, L., & Simkin, P. (1987). Maternal positioning toprevent or alleviate dystocia in labor. Clinical Obstetricsand Gynecology, 30(1), 83–89.
17. Fleming, S. E., Smart, D., & Eide, P. (2011). Grand multiparouswomen's perceptions of birth, nursing care, andchildbirth technology. Journal of Perinatal Education,20(2), 108–117.
18. Gennaro, S., Mayberry, L. J., & Kafulafula, U. (2007). Theevidence supporting nursing management of labor.Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing,
19. 36(6), 598–604.
20. Giger, J. N., & Davidhizer, R. E. (2008). Transcultural nursing: Assessment & intervention (5th ed.). St. Louis:Mosby.
21. Goldbort, J. G. (2009). Women's lived experiences of theirunexpected birthing process. MCN: American Journal of Maternal-Child Nursing, 34(1), 57–63.

22. Hazard, C. J., Callister, L. C., Birkhead, A., & Nichols, L. (2009). Hispanic labor friends initiative: Supporting vul-nerable women. MCN: American Journal of MaternalChildNursing,34(2),115–121.
23. Hodnett, E. D., Gates, S., Hofmeyr, G. J., Sakala, C., & Weston,J. (2011). Continuous support for women during childbirth.
24. Cochrane Database of Systematic Reviews 2011,(Issue 2). Art. No.: CD003766. DOI: 10.1002/14651858.CD003766.pub3.
25. Kashanian, M., Farahroos, J., & Haghighi, M. M. (2010).Effect of continuous support during labor on durationof labor and rate of cesarean delivery. InternationalJournal of Gynecology and Obstetrics, 109, 198–200.
26. Kelly, M., Johnson, E., Lee, V., Massey, L., Purser, D., Ring,K., et al. (2010). Delayed versus immediate pushing insecond stage of labor. MCN: American Journal of Maternal-Child Nursing, 35(2), 81–88.
27. Kilpatrick, S., & Garrison, E. (2012). Normal labor anddelivery. In S. G. Gabbe, J. R. Niebyl, J. L. Simpson, M. B.Landon, H. L. Galan, E. R. M. Jauniaux, et al. (Eds.),
28. Obstetrics: Normal and problem pregnancies (6th ed., pp.267–286). Philadelphia: Elsevier Saunders.
29. Lai, M. L., Lin, K. C., Li, H. Y., Shey, K. S., & Gau, M. L.(2009). Effects of delayed pushing during the second stage of labor on postpartum fatigue and birth outcomes in nulliparous women. Journal of Nursing Research,17(1), 62–71.
30. Lowe, N. (2009). The “authorities” resolve against homebirth. Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing, 38(1), 1–3.
31. Mahlmeister, L. R. (2008). Best practices in perinatal nursing: Implementing safe and effective practices for second-stage labor. Journal of Perinatal and Neonatal Nursing, 22(3), 183–186.
32. Morris, T., & McInerney, K. (2010). Media representation of pregnancy and childbirth: An analysis of reality television programs in the United States. Birth, 37(2), 134–140.
33. Payant, L., Davies, B., Graham, I. D., Peterson, W. E., & Clinch, J. (2008). Nurses’ intentions to provide continuous support to women. Journal of Obstetric, Gynecologic,and Neonatal Nursing, 37(4), 405–414.

თავი 4

ინტრანატალურ პერიოდში ნაყოფის მეთვალყურეობა

ნაყოფის ინტრანატალური გამოკვლევის მიზანია ნაყოფის კეთილსაიმედო და არაკეთილსაიმედო მდგომარეობის იდენტიფიცირება და შესაბამისი დროული ჩარევის დაგეგმვა და განხორციელება, რათა ადეკვატურად იმართოს ნაყოფთან დაკავშირებული რისკები. ნაყოფზე მეთვალყურეობა მოიცავს ნაყოფის გულისცემის გამოკვლევას და დედის საშვილოსნოს აქტივობის განსაზღვრას. უფრო სრული მონიტორინგი მოიცავს ნაყოფის აქტივობის შეფასებას, ნაყოფის პასუხის შეფასებას სტიმულაციაზე და ნაყოფის პულს ოქსიმეტრიას.

ნაყოფის ინტრანატალური შეფასების მიზანია, შეფასდეს ნაყოფის მედეგობა მშობიარობის სტრესის მიმართ და მოხდეს ნაყოფის ჰიპოქსიის დროული იდენტიფიცირება. თუმცა, ნაყოფის შეფასების არცერთ მეთოდს არ შეუძლია ყველა არაკეთილსაიმედო მდგომარეობის იდენტიფიცირება.

ინტრანატალურ პერიოდში არაკვალიფიციურად მართულმა შემთხვევამ, შესაძლოა მოზარდობისას შექმნას ნევროლოგიური პრობლემები და მთლიანი სამედიცინო შემთხვევა სადავო გახდეს. მსგავსი რისკების სამართავად უმჯობესია, თუ სამედიცინო დოკუმენტაცია დეტალურად იქნება შევსებული და ინტრანატალური მოვლის ყველა საკითხი შესაბამისად დოკუმენტირებული.

პერმანენტული დაზიანებების თავიდან აცილების მიზნით, ექთანმა უნდა შეძლოს ნაყოფის ჰიპოქსიასთან დაკავშირებული ადრეული ნიშნების ამოცნობა და ასეთი ნიშნების შეატყობინება ექიმის ან ექთან-ბებიაქალისთვის. თუ მშობიარობის მიმღები ექიმი არ პასუხობს დროულად ექთნის შეტყობინებას ნაყოფის პრობლემის შესახებ, ის უნდა დაუკავშირდეს კლინიკის ადმინისტრაციის იმ წევრს, რომელსაც შესაბამისი კომპეტენცია აქვს და პრობლემის აღმოფხვრამდე ჩართული იქნება ასეთი სამედიცინო შემთხვევის დროულ მართვაში.

ინტრანატალური ნაყოფის მონიტორინგის ორი მთავარი სახეობა არსებობს: დაბალტექნოლოგიური და მაღალტექნოლოგიური. თითოეულ მიდგომას აქვს უპირატესობა და შეზღუდვა. ექთანს შეუძლია გამოიყენოს ერთ-ერთი ან ორივე მიდგომა რომ შეაფასოს ნაყოფი მშობიარობის დროს. გადაწყვეტილება, თუ მონიტორინგის რა მეთოდი იქნება შერჩეული, დაკავშირებულია მშობიარის სურვილზე, რისკის სტატუსზე და კლინიკის შიდა რეგულაციაზე. მიზანშეწონილია მონიტორინგის მეთოდების ცვლა ერთი მეთოდიდან მეორეზეც.

დაბალ ტექნოლოგიური მიდგომისას ხორციელდება ნაყოფის ხანგამოშვებითი აუსკულტაცია ნაყოფის გულისცემის მონიტორინგისთვის. ამ დროს ფასდება საშვილოსნოს აქტივობაც პალპაციის გზით. ელექტრონული ნაყოფის მონიტორინგი არის ნაყოფის მონიტორინგის მაღალტექნოლოგიური მიდგომა. მიუხედავათ, ამ მეთოდის უნივერსალური გამოყენებისა, აშშ-ში უწყვეტი ელექტრონული მონიტორინგის უპირატესობა ხანგამოშვებით აუსკულტაციასთან შედარებით ჯერ არ დამტკიცებულა.

ნაყოფის ოქსიგენაცია

ნაყოფის დამაკმაყოფილებელ ოქსიგენაციას სჭირდება ხუთი დაკავშირებული ფაქტორი:

1. პლაცენტისკენ სისხლის ნორმალური მოცულობის მიდინება.
2. დედის სისხლში ჟანგბადის ნორმალური სატურაცია.
3. ჟანგბადის და ნახშირორჟანგის ადეკვატური ცვლა პლაცენტაში.
4. პლაცენტასა და ნაყოფს შორის ჭიპლარის სისხლძარღვების საშუალებით შეუფერხებელი სისხლის მიმოქცევა.
5. ნორმალური ნაყოფის სისხლის მიმოქცევა და ჟანგბადის მიწოდების ფუნქცია.

საშვილოსნოს პლაცენტალური მიმოცვლის და ნაყოფის ცირკულაციის ცოდნა კრიტიკულად მნიშვნელოვანია რათა დროულად ამოვიცნოთ მშობიარობასთან დაკავშირებული ნაყოფის საპასუხო მდგომარეობები.

უტეროპლაცენტალური მიმოცვლა

ჟანგბადით და საკვები ნივთიერებებით მდიდარი სისხლი დედიდან შედის პლაცენტის ხაოთაშორის სივრცეში სპირალური არტერიებით. ჟანგბადი და საკვები ნივთიერებები დედის სისხლდან გადავა ნაყოფის სისხლში, რომლებიც ცირკულირებს ხაოთაშორის სივრცეში ქორიონის ხაოების კაპილარებში. ამავდროულად ნახშირორჟანგი და ნარჩენი პროდუქტები გადადის ნაყოფის სისხლიდან დედის სისხლში. დედის სისხლი, რომელიც შეიცავს ნაყოფის ნარჩენ ნივთიერებებს, იცლება ხაოთაშორისი სივრციდან ენდომეტრიუმის ვენების საშუალებით და ბრუნდება დედის სისხლისმიმოქცევაში შემდგომი ელიმინაციისთვის. ნივთიერებები ისე ცირკულირებს დედასა და ნაყოფს შორის, რომ არ ხდება სისხლის შერევა.

მშობიარობის დროს შეკუმშვები თანდათანობით აწვება სპირალურ არტერიებს და ძლიერი შეკუმშვების პიკში დროებით აჩერებს დედის სისხლის მიდინებას ხაოთაშორის სივრცეში. შეკუმშვების დროს ნაყოფი დამოკიდებულია იმ ჟანგბადზე, რომელიც უკვე არსებობს სხეულის უჯრედებში, ნაყოფის ერითროციტებში და ხაოთაშორის სივრცეებში. ჟანგბადის ამ მარაგების მიწოდება საკმარისია ნაყოფის ნორმალური ცხოველქმედებისთვის 1-2 წუთის განმავლობაში. როგორც კი შეკუმშვები დასრულდება, ახალი ჟანგბადით გაჯერებული დედის სისხლი ხელახლა მიედინება ხაოთაშორის სივრცეში და სისხლი, რომელიც შეიცავს ნახშირორჟანგს და ნაყოფის სხვა ნარჩენ პროდუქტებს, გამოედინება გარეთ.

ნაყოფის სისხლის მიმოქცევა

ნაყოფის გული აცირკულირებს ჟანგბადით გაჯერებულ სისხლს პლაცენტიდან მთელს ორგანიზმში და აბრუნებს დეოქსიგინირებულ სისხლს პლაცენტისკენ. ჭიპლარის ვენას მიაქვს ჟანგბადით გაჯერებული სისხლი ნაყოფისკენ და ორ ჭიპლარის არტერიას დეოქსიგინერებული სისხლი ნაყოფიდან პლაცენტისკენ.

ნაყოფის გულისცემის სიხშირის რეგულაცია

მექანიზმი, რომელიც არეგულირებს გულის სიჩქარეს, ისეა დაბალანსებული, რომ შეინარჩუნოს გულის წუთობრივი მოცულობა, რომელიც ნაყოფის გულს და ტვინს ჟანგბადით ამარაგებს. ნაყოფის გულის წუთობრივი მოცულობა თავდაპირველად იზრდება გულის სიხშირის გაზრდის ხარჯზე. ნაყოფის გულისცემის შესამჩნევად შემცირება, პირიქით, ამცირებს ნაყოფის გულის წუთმოცულობას.

ხუთი ფაქტორი, რომელთა ერთიანობა არეგულირებს ნაყოფის გულისცემას:

1. ავტონომიური ნერვული სისტემა;
2. ბარორეცეპტორები;
3. ქემორეცეპტორები;
4. ცენტრალური ნერვული სისტემა;
5. თირკმელზედა ჯირკვალი.

ამ ძალებს შორის ბალანსი განაპირობებს ნაყოფის გულისცემის სიხშირის ცვალებადობას ბოლო ტრიმესტრში.

ავტონომიური ნერვული სისტემა

ავტონომიური ნერვული სისტემის სიმპატიკური და პარასიმპატიკური განშტოება არეგულირებს ნაყოფის გულისცემას. სიმპატიკური ნაწილის სტიმულაცია ზრდის გულისცემის სიხშირეს

და აძლიერებს მიოკარდიუმის შეკუმშვებს ეპინეფრინით ან ნორეპინეფრინის საშუალებით. შესაბამისად, სიმპათიკური სტიმულაციის საბოლოო შედეგი გულის წუთმოცულობის გაზრდაა.

პარასიმპატიკური ნერვული სისტემა, ვაგუსის ნერვის სტიმულაციით ამცირებს ნაყოფის გულისცემას და ინარჩუნებს ვარიაბელობას. პარასიმპათიკური ნაწილი თანდათანობით მეტად არის გამოხატული ნაყოფის მომწიფებასთან ერთად, ეს პროცესი იწყება გესტაციის 28-32 კვირას. ამიტომ ნაყოფის გულისცემის საშუალო სიხშირე ვადას მიღწეულ ნაყოფში უფრო მცირეა, ვიდრე მანამდე.

ბარორეცეპტორები

ნაყოფის სისხლის წნევის გაზრდასთან ერთად კაროტიდის რკალისა და მაგისტრალური სისხლძარღვების უჯრედები სისხლძარღვის გადაჭიმვაზე რეაგირებს. ბარორეცეპტორები ასტიმულირებს ვაგუსის ნერვს რომ შეამციროს ნაყოფის გულისცემა და სისხლის წნევა დაწიოს, ასე რომ ამცირებს გულის წუთმოცულობას.

ქემორეცეპტორები

აორტასა და საძილე არტერიებში არსებობენ უჯრედები რომლებიც რეაგირებენ ჟანგბადზე, ნახშირორჟანგზე და სისხლის მჟავა-ტუტოვან ბალანსზე. ჟანგბადის კონცენტრაციის შემცირება, ნახშირორჟანგის შემადგენლობის გაზრდა ან pH-ის შემცირება სისხლში ან ცერებროსპინალურ სითხეში ზრდის გულისცემის სიხშირეს. თუმცა გახანგრძლივებული ჰიპოქსია, ჰიპერკაპნია და აციდოზი (დაგროვებული მჟავა(წყალბადის იონები) ან ტუტის შემცირება (ბიკარბონატის)) ამცირებს ნაყოფის გულისცემას.

თირკმელზედა ჯირკვლები

თირკმელზედა ჯირკვლის მედულარული ნაწილი, სტრესზე საპასუხოდ ეპინეფრინს და ნორეპინეფრინს გამოყოფს, რაც თავის მხრივ აჩქარებს ნაყოფის გულისცემას. თავის მხრივ თირკმელზედა ჯირკვლის ქერქი ნაყოფის სისხლის წნევის ვარდნის საპასუხოდ გამოყოფს ალდოსტერონს და აკავებს ნატრიუმს და წყალს, რაც იწვევს ნაყოფის ცირკულაციაში სისხლის მოცულობის გაზრდას.

ცენტრალური ნერვული სისტემა

ნაყოფის ცერებრალური ქერქი იწვევს გულისცემის გაზრდას ნაყოფის მოძრაობის საპასუხოდ და შემცირებას, როცა ნაყოფი მოსვენებულ მდგომარეობაშია. როგორც კი ნაყოფი მომწიფდება იმდენად, რომ ჩამოუყალიბდეს ძილ-ღვიძილის მდგომარეობა, ნაყოფის გულისცემა პასუხობს ვარიაციას. მაგალითად, ნაყოფის ძილის დროს, გულისცემის სიხშირე უფრო ნელია და ნაკლებ ვარიაბელური, მაგრამ უფრო ჩქარი და ვარიაბელური, როცა ნაყოფი ფხიზლადაა.

ჰიპოთალამუსი ათანხმებს ავტონომიური ნერვული სისტემის ორივე განშტოების სიმპათიკურ და პარასიმპათიკურ შტოებს. მოგრძო ტვინი ინარჩუნებს ბალანსს სტიმულებს შორის, რომლებიც გულის სიჩქარის გაზრდასა და შემცირებას იწვევს.

ნაყოფის ოქსიგენაციის ცვლილებები

ნაყოფის ოქსიგენაციის შეფერხება შეიძლება მოხდეს ნაყოფის ან პლაცენტის ნებისმიერი ფაქტორის ცვლილებით ან თვითონ ორსული ქალის გამო.

დედის გულ-სისხლძარღვთა ცვლილებები

ქალის სისხლის მოცულობის მყისიერი ან თანდათანობით შემცირება ხელს უშლის ხაოთაშორის სივრცეში ჟანგბადით გაჯერებული სისხლის პერფუზიას. მაგალითად, ეპიდურალური ბლოკის ანესთეზიამ შეიძლება გამოიწვიოს დედის სისხლძარღვების ვაზოდილატაცია, რაც, თავის მხრივ, სისხლძარღვის ზედაპირის მოცულობის ზრდას ნიშნავს. თუმცა ამ დროს, საკუთრივ სისხლის მოცულობა, რომელმაც უნდა შეავსოს სისხლძარღვები არ იცვლება. ამ მექანიზმით

გამოწვეული დედის ჰიპოტენზია, პლაცენტალური სისხლის მიწოდების შემცირებით მიმდინარეობს.

ორსულის მწოლიარე მდგომარეობაში ყოფნამ შესაძლოა აორტოკავალური კომპრესია გამოიწვიოს. მწოლიარე მდგომარეობაში, საშვილოსნო აწვება აორტას და ქვედა ღრუ ვენას. აორტოკავალური კომპრესია ამცირებს სისხლის გულში უკუსვლას, ამცირებს გულის წუთმოცულობას და შეუძლია შეამციროს პლაცენტალური პერფუზია.

ვაზოსპაზმის და სპირალური არტერიების შევიწროვების ხარჯზე დედის ჰიპერტენზიას შეუძლია შეამციროს სისხლის მიწოდება პლაცენტისკენ. ჰიპერტენზია შეიძლება იყოს ორსულობასთან დაკავშირებული ან ქრონიკული, ან ის შეიძლება იყოს არალეგალური (მაგ., კოკაინით) ნივთიერებების მოხმარებით გამოწვეული.

დედის სისხლში შემცირებული ჟანგბადის დონე ამცირებს ნაყოფისთვის ოქსიგენაციასაც. დედის მჟავა-ტუტოვან ცვლილებებს, რომელსაც ერთვის სუნთქვითი პრობლემები, შეუძლია შეამციროს პლაცენტაში ნივთიერებების მიმოსვლა. დედის ჟანგბადის შემცირებული პარციალური წნევა, შეიძლება განპირობებული იყოს რესპირატორული დაავადებებით, მაგალითად, ასთმით ან თამბაქოს მოხმარებით.

ჰიპერტონური საშვილოსნო ამცირებს პლაცენტაში ჟანგბადის და ნარჩენი პროდუქტების მიმოცვლის დროს. შეკუმშვები შეიძლება იყოს ზედმეტად ხანგრძლივი, ხშირი ან მცირე ინტერვალის. თუ საშვილოსნო შესაბამისად არ მოდუნდება შეკუმშვებს შორის, ამან შეიძლება გამოიწვიოს გახანგრძლივებული ზეწოლა სპირალურ არტერიებზე და დედასა და ნაყოფს შორის ჟანგბადისა და მეტაბოლური პროდუქტების გაცვლის დროის შემცირება ხაოათაშორის სივრცეში. ჰიპერტონური საშვილოსნოს შეკუმშვები შეიძლება მოხდეს სპონტანურად ან საშვილოსნოს სტიმულანტების საშუალებით, როგორიცაა ოქსიტოცინი, პროსტაგლანდინი ან მიზოპროსტოლი.

პლაცენტის ცვლილებები

ისეთი მდგომარეობები, როგორიცაა პლაცენტის აცლა (პლაცენტის აცლა მშობიარობამდე) და ინფარქტი, ამცირებს პლაცენტის ზედაპირის ფართობს, რომელიც საკვები ნითიერებებისა და მეტაბოლური პროდუქტების მიმოცვლაში მონაწილეობს. დაზიანების მოცულობა და ლოკაცია განსაზღვრავს თუ რა ხარისხით მოხდება საშვილოსნო-პლაცენტას შორის მიმოცვლის ალტერაცია. პლაცენტის დიდი ზომის ინფარქტები და მასიური აცლა გამოიწვევეს მეტ ზიანს, ვიდრე პლაცენტის პატარა ზომის დაზიანება. აღსანიშნავია ისიც, რომ პლაცენტის ცენტრალურად მდებარე ინფარქტი ან აცლა მეტ ზიანს გამოიწვევს, ვიდრე პლაცენტის კიდეებისკენ არსებული დაზიანება.

ჭიპლარის სისხლის მიმოქცევის შეწყვეტა

ჩვეულებრივ, ჭიპლარის სისხლის მიმოქცევის შეწყვეტა გამოწვეულია ჭიპლარის კომპრესიით. ჭიპლარში სისხლის მიმოქცევა შეიძლება შემცირდეს მისი კომპრესიით ნაყოფის წინამდებარე ნაწილს და მენჯს შორის, შემოხვევის დროს (ჭიპლარი ეხვევა ნაყოფის კისერს) ან ჭიპლარზე კვანძის წარმოქნის დროს. ჭიპლარის სისხლის მიმოქცევის პათოლოგიები მეტად ხშირია ოლიგოჰიდრამნიონის დროს, რადგან ამნიონური სითხეები არ არის საკმარისი, რომ მოხდეს ჭიპლარის შემოსაზღვრა (500 მლ-ზე ნაკლები რაოდენობით ვადას მიტანებული ორსულობის დროს). ჭიპლარი ასევე შეიძლება გაიხლართოს ნაყოფის სხეულის ნაწილებში ან არასაკმარისი ვართონის ჟელის გამო ვერ მოხდეს მისი შემოსაზღვრა.

თავდაპირველად ხდება თხელკედლიანი ჭიპლარის ვენის კომპრესია, რომელიც იწვევს ჟანგბადით გაჯერებული სისხლის მიდინების შემცირებას ნაყოფისკენ. ეს იწვევს პირველად ჰიპოქსიას ჰიპოტენზიით, ვინაიდან ბარორეცეპტორები და ქემორეცეპტორები რეაგირებენ ნაყოფის აჩქარებულ გულისცემაზე. უფრო სქელკედლიანი არტერიების კომპრესიის შემთხვევაში, რომელებიც სისხლს ამოძრავებს ნაყოფიდან პლაცენტისკენ, ვითარდება ჰიპერტენზია. შედეგად ბარორეცეპტორები ჰიპერტენზიის საპასუხოდ ასტიმულირებენ ვაგუსის ნერვს, რაც ამცირებს სისხლის წნევას და ამცირებს ნაყოფის გულისცემას. ნაყოფის გულისცემა კვლავ იზრდება როცა წნევით დაწოლა მცირდება ჯერ ჭიპლარის არტერიაზე და შემდეგ ვენაზე.

ნაყოფის ცვლილებები

ნაყოფის უჯრედებმა შეიძლება განიცადოს ჰიპოქსია, მიუხედავად დედიდან საკმარისი ჟანგბადისა და საკვები ნივთიერებების მიმოცვლისა პლაცენტაში. ნაყოფის ცირკულაციაში შემცირებულმა სისხლის მოცულობამ, ნაყოფის ჰიპოტენზიამ ან ნაყოფის ანემიამ შეიძლება გამოიწვიოს უჯრედული ჰიპოქსია. ცენტრალური ნერვული სისტემის ან გულის პათოლოგიებმა შეიძლება გამოიწვიოს გულისცემის სიხშირის და რიტმის დარღვევა. მაგალითად, ნაყოფმა გულის სრული ბლოკით, შეიძლება რეაგირება არ მოახდინოს სტიმულზე, რომელიც ნორმლაურად გამოიწვევდა გულისცემის სიხშირის მატებას.

ნაყოფის წუთმოცულობა, სავარაუდოდ, ეცემა 60 შეკუმშვაზე ქვევით წუთში, მაგრამ ყველა ფაქტორი ნაყოფის მონიტორინგიდან უნდა იქნეს გამოკვლეული. ნაყოფის ტაქიკარდია შეიძლება ასახავდეს აღდგენით საპასუხო რეაქციას ჰიპოქსიაზე და აციდოზზე.

რისკის ფაქტორები

როცა ნაყოფის ოქსიგენაციის შემცირების რისკი არსებობს, აუცილებელია, რომ ხანგამოშვებითი აუსკულტაციით ან ელექტრომონიტორინგით შეფასება უფრო ხშირად ხდებოდეს. ნაყოფის ელექტრომონიტორინგის აბსოლუტური ჩვენება არ არსებობს, თუნდაც რისკ-ფაქტორების არსებობის შემთხვევაში. სწორი, ხანგამოშვებითი აუსკულტაცია ელექტრო მონიტორინგის ექვივალენტია ნაყოფის მდგომარეობის შეფასებისას.

აუსკულტაცია და პალპაცია

ნაყოფის გულისცემის ხანგამოშვებითი აუსკულტაცია შეიძლება გაკეთდეს როგორც არაელექტრონული ფეტოსკოპით, ასევე დოპლერ ულტრაბგერის ფეტოსკოპით. ექთანი პალპაციას უკეთებს საშვილოსნოს აქტივობას.

უპირატესობები

მშობიარობის დროს ნაყოფის შეფასებისთვის აუსკულტაციის და პალპაციის მთავარი უპირატესობა არის ქალის შენარჩუნებული მობილობა. ქალს შეუძლია თავისუფლად იცვალოს პოზიციები და იაროს. არაფერია რაც მას ზღუდავს მოძარაობის თავისუფლებაში და უფრო ხშირად იცვლის პოზიციებს, რომელიც უზრუნველყოფს ნორმალურ მშობიარობას. ექთანს უნდა ჰქონდეს რეგულარული, ახლო და ხშირი პირადი კონტაქტი ქალთან, როცა უკეთებს ხანგამოშვებით აუსკულტაციას და პალპაციას. ტკივილის მართვის წყალზე დაფუძნებული სამშობიარო მეთოდებიც უფრო თავისუფლად შეიძლება გამოვიყენოთ, როგორიცაა აბაზანა ან შხაპი. ასეთი მიდგომა უფრო ბუნებრივია, ვიდრე ტექნოლოგიები და ამავდროულად, ნაკლებ ინვაზიური, რაც ძალიან მნიშვნელოვანია ქალის მშობიარობის გამოცდილებისთვის. მოსასმენი მოწყობილობა უფრო ნაკლებ ხარჯიანია, ვიდრე ელექტრულად ნაყოფის მონიტორინგი, თუმცა საჭიროა პაციენტის და ექთნის 1:1 თანაფარდობა, რაც ამ უპირატესობას ამცირებს, რადგან ესეც დამატებით ხარჯებთანაა დაკავშირებული.

ნაკლოვანებები

აუსკულტაციის და პალპაციის, როგორც ნაყოფის შეფასების მეთოდის ნაკლოვანება არის ის, რომ ნაყოფის გულისცემა და საშვილოსნოს აქტივობა ფასდება მხოლოდ მცირე დროით, მთლიანი მშობიარობის განმავლობაში. ნაყოფი ყველაზე მეტად სტრესშია შეკუმშვების დროს, ანუ პლაცენტასთან სისხლის ნორმალურად მიდინების შეფერხების დროს. ნაყოფის გულისცემა ფასდება ზოგიერთი შეკუმშვის დროს და არა ყველა შეკუმშვისას. როგორც წესი, უწყვეტი რეჟიმით ამოპრინტერებული ან კომპიუტერით გაკეთებული ჩანაწერი არ არსებობს, რომ დინამიკურად აჩვენოს ექთანს ნაყოფის საპასუხო ქმედებები მშობიარობაზე ისე, რომ მან აღნიშნოს ნაყოფის მიერ სუსტად გამოვლენილი საპასუხო რეაქციები.

ზოგი ქალი ფიქრობს, რომ აუსკულტაცია არის შემაწუხებელი. მუცელზე ინსტუმენტის დაწოლის წნევა არის არაკომფორტული ზოგისთვის და შეიძლება ბევრი მოძრაობის გაკეთება და-

სჭირდეთ სანამ სამედიცინო პერსონალი საუკეთესო ადგილს მოძებნის აუსკულტაციისთვის. დედის სიმსუქნემ ან დიდი რაოდენობით ამნიონურმა სითხემ შეიძლება გააძნელოს ნაყოფის გულისცემის მოსმენა.

ACOG-ი რეკომენდაციას იწევს ნაყოფის უწყვეტ მონიტორინგს თუ მაღალი რისკის შემცვლელი მდგომარეობა არსებობს ქალში ან ნაყოფში, როგორიცაა დიაბეტი და ნაყოფის ზრდაში შეფერხება. თუ ექთანი-პაციენტის თანაფარდობა 1:1 ვერ ხერხდება, მაშინ აუსკულტაცია შეიძლება არ იყოს სასურველი არჩევანი როგორც პირველადი მეთოდი ინტრანატალური ნაყოფის მეთვალყურეობისათვის.

აუსკულტაციის მოწყობილობა

დღეისათვის ხელმისაწვდომია ორი საბაზისო ტიპის აუსკულტაციის მოწყობილობა: ფეტოსკოპი და დოპლერის ულტრაბგერის გადამცემი (მოწყობილობა, რომელიც ნაყოფის გულის მოძრაობას გარდაქმნის ელექტრულ სიგნალად). ფეტოსკოპით მოსმენისას მომსმენი უსმენს ნაყოფის გულის ხმებს. დოპლერის გადამცემი გრძნობს და ასახავს ამ მოძრაობას ხმაში რომელიც წარმოადგენს გულის მოქმედებებს. ნაყოფის გარეთა მონიტორინგი, რომელიც იგივე ტექნოლოგიაა რაც დოპლერის გადამცემი, შეიძლება გამოიყენონ ნაყოფის მონიტორინგის მიზნებისთვის (სურათი 4.1).

სურათი 4-1 ნაკლებ ინტერვენციული მეთოდი ნაყოფის გულისცემის შეფასებისთვის მშობიარობის დროს. ა.ფეტოსკოპი , ნაჩვენებია თავზე მისამაგრებელი რომ გაიზარდოს ნაყოფის სუსტი გულის ხმების გამტარიანობა.იშვიათად გამოიყენება ამერიკის სამშობიარო დაწესებულებებში. ბ, გამტარი გელი აუმჯობესებს ნაყოფის გულის მოძრაობის მკაფიოობას რომელიც აღქმულია დოპლერის ულტრაბგერის გადამცემით.

მოსმენილი გულისცემის მონაცემების შეფასება

ორივე, ფეტოსკოპი და დოპლერის გადამცემი შეიძლება გამოიყენებულ იქნეს ნაყოფის გულისცემის, საბაზისო მონაცემების, რიტმის და საბაზისო მდგომარეობიდან შეცვლის საიდენტიფიკაციოდ. რადგან ფეტოსკოპი უშუალოდ გულის ხმებს გადმოსცემს, მის მონაცემებზე დაყრდნობა შეიძლება ნაყოფის დისრითმიის გამოვლენისთვის. დოპლერის გადამცემი(და ნაყოფის გარე მონიტორინგის გამოიყენება ხანგამოშვებით აუსკულტაციისთვის) შეიძლება ასევე გამო-

ვიყენოთ საბაზისო მონაცემების, რიტმის და ამ მონაცემების ცვლილებების გამოვლენისთვის. თუმცა დოპლერის გადამცემი ან ნაყოფის გარე მონიტორი არ შეიძლება გამოვიყენოთ სარწმუნოდ დისრითმიის გამოსავლენად (პროცედურა 4.1 ხსნის ნაყოფის გულისცემის აუსკულტაციას ფეტოსკოპით და დოპლერის გადამცემით) ფეტოსკოპი იშვიათად გამოიყენება თანამედროვე პრაქტიკაში, მიუხედავად მისი მაღალი სარწმუნოობისა ნაყოფის დისრითმიების გამოსავლენად.

სამახსოვრო 4.1 პოტენციური რისკ-ფაქტორები დედისთვის, ნაყოფისთვის და და ახალშობილისთვის

ანტენატალური პერიოდი

დედის ისტორია

- წინა მკვდრადშობადობა(აუხსნელი ან პოტენციურად განმეორებითი შემთხვევა);
- გადატანილი საკეისრო კვეთა;
- ცუდი კვება, ორსულობამდე დაბალი წონა, ცუდი წონის მატება;
- მრავლობითი ორსულობა, მცირე დაშორებით;
- ქრონიკული დაავდაბები როგორიცაა გულის დაავადებები, ანემია,
- ჰიპერტენზია, დიაბეტი, ასთმა და ავტონომიური ნერვული სისტემის
- დაავადებები;
- მწვავე ინფექციები, როგორიცაა საშარდე სისტემა,
- პნევმონია, გასტროინტესტინალური და ჰემატოლოგიური პრობლემები
- როგორიცაა ანემია, ღრმა ვენების თრომბოზი;
- მედიკამენტების გამოყენება(როგორიცაა რეცეპტით გამოწერილი
- მედიკამენტები, ურეცეპტოდ გამოწერილი წამლები,ჰერბალური
- მომზადებული ნივთიერებები და არალეგალური წამლები.)
- ფსიქოსოციალური სტრესი, ოჯახური ძალადობა.

ორსულობის დროს გამოვლენილი პრობლემები

- საშვილოსნოსშიდა ზრდაში შეფერხება;
- 42 კვირაზე მეტი გესტაცია;
- ნაყოფის მოძრაობის შესამჩნევი შემცირება;
- მრავალნაყოფიანი ორსულობა;
- პლაცენტის ანომალიები(პლაცენტის ჩაზრდა, პლაცენტის აცლა);
- დედის მძიმე ანემია;
- დედის ინფექცია;
- დედის ტრამვა.

ინტრანატალური პერიოდი

დედის პრობლემები:

- ჰიპოტენზია ან ჰიპერტენზია;
- ჰიპერტონური საშვილოსნოს შეკუმშვები;
- პათოლოგიური მშობიარობა, ნაადრევი ან დისფუნქციური;
- გახანგრძლივებული სანაყოფე გარსების დარღვევა;
- ქორიოამნიონიტი;
- ცხელება.

ნაყოფის ან პლაცენტის პრობლემები

- ნაყოფის ანემია;
- პათოლოგიური ნაყოფის გულის ცემის სიჩქარე და სახეობა;
- მეკონეუმით დასვრილი ამნიონური სითხე;
- პათოლოგიური მდებარეობა და პოზიცია;
- ჭიპლარის გამოვარდნა;
- პლაცენტის აცლა.

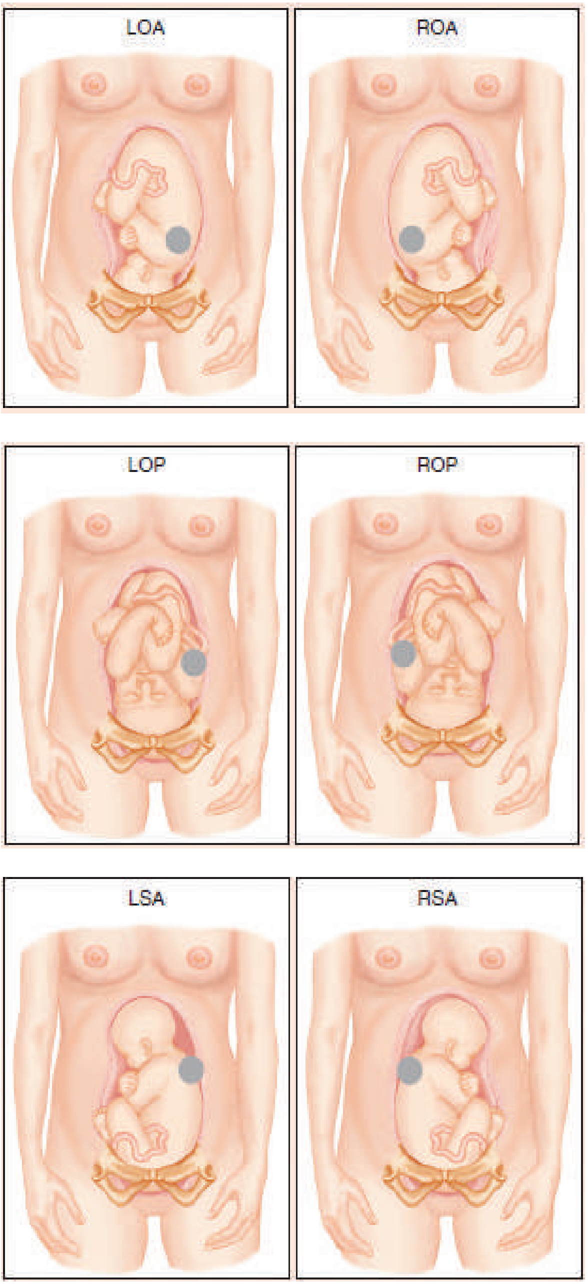
პროცედურა 4.1	ნაყოფის გულისცემის სიხშირის მოსმენა

მიზანი: ნაყოფის შეფასება მშობიარობის სტრესის მიმართ მედეგობაზე

1. პროცედურის დაწყებამდე აუხსენი პროცედურა ქალს და მის პარტნიორს. დაიბანეთ ხელები თბილი წყლით რომ შევამციროთ მიკროორგანიზმების გადაცემა და რაც შეიძლება მეტად კომფორტულად შეეხეთ ქალის მუცელს.

2. გამოიყენეთ ლეოპოლდის მანევრი რომ განსაზღვროთ ნაყოფის ზურგი, რადგან ის არის ყველაზე ახლოს დედის მუცლის ზედაპირთან, სადაც ნაყოფის გულისცემა არის ყველაზე სუფთა. ილუსტრაცია აჩვენებს ნაყოფის გულისცემის დაახლოებით ადგილმდებარეობას სხვადასხვა მდებარეობაში და პოზიციაში.

3. შეაფასეთ ნაყოფის გულისცემა ფეტოსკოპით ან დოპლერის გადამცემით. გარე ნაყოფის მონიტორი შეიძლება გამოვიყენოთ, მაგრამ უმეტესად ხანგამოშვებითი მონიტორინგისთვის გამოიყენება ფეტოსკოპი. მოათავსეთ ფეტოსკოპი (როგორც ნაჩვენებია სურათ 4-1) ნაყოფის ზურგის მხარეს, თავის მეტალის ფირფიტა მიბჯენილი თქვენს შუბლზე რომ დაამატოთ მეტი ძვლოვანი გამტარიანობა ბგერებს რომელიც მოდის ყურსასმენებიდან(ყველა არ იყენებს მეტალის ფირფიტას). ამოძრავეთ ფეტოსკოპი სანამ არ იპოვით ადგილს სადაც ყველაზე ხმამაღლა ისმის ხმა. გამოიყენეთ შუბლი რომ შეინარჩუნოთ წნევით დაწოლა მოსმენის დროს, რაც აძლიერებს ნაყოფის გულის სუსტ ხმებს. როგორც წესი, აღარ გამოიყენება დასავლურ კლინიკებში ეს პროცედურა, თუმცა არ გაუქმებულა.



4. დოპლერის გადამცემი. გადახედეთ მწარმოებ-ლის ინსტრუქციებს დოპლერის აპარატის გამო-ყენებამდე. მოათავსეთ წყალში ხსნადი გამტარი გელი გადამცემზე რომ შექმნათ უფრო მკაფიო სიგნალის გადაცემა და ჩართეთ გადამცემი. მოათავსეთ გადამცემი ნაყოფის ზურგის მხარეს და ამოძრავეთ სანამ არ იპოვით სუფთა ხმებს, რომელიც ასახავს ნაყოფის გულის მოძრაობას. 5. ერთი ხელით, პალპაცია გაუკეთეთ დედის რადიალურ პულსს, რათა დააზუსტოთ, რომ რაც გესმით ნამდვილად ნაყოფის გულისცემაა. თუ პულსი სინქრონიზებულია ბგერებთან რაც გვეს-მის ფეტოსკოპით ან დოპლერის გადამცემით, მა-შინ სხვა ადგილი მოძებნეთ ნაყოფის გულისცემის მოსასმენად. სხვა ბგერები რომლებიც შეიძლება გამოიხატოს დოპლერზე არის ფუნდალური ნაზი ხმაური (სისხლი მიედინება ჭიპლარის არტე-რიაში) ან საშვილოსნოს ნაზი ხმაური (სისხლი მიედინება საშვილოსნოს სისხლძარღვებში). ფუნდალური ნაზი ხმაური სინქრონიზირდება ნაყოფის გულისცემასთან და აქვს იგივე სიხშირე. საშვილოსნოს ნაზი ხმაური სინქრონიზირდება დედის პულსთან.	
ნაყოფის გულისცემის მოსმენა 1. დათვალეთ ნაყოფის გულისცემის საბაზისო სიხშირე მთლიანად 30-60 წამის ხანგრძლივობით შეკუმშვებს შორის. შეფასებამ აუსკულტაციის დროს შეიძლება დააზუსტოს მიღებული მონაცე-მები, მაგრამ აუსკულტაცია შეკუმშვების დროს ძნელია, აღნიშნეთ აქცელერაციები ან გულის ცემის სიხშირის შემცირება. დათვალეთ 6 წამის ინტერვალით და გაამრავლეთ თითო შედეგი 10-ზე ,მიეცით თამიმდევრობა ციფრებს, რომ-ლებიდანაც შეიძლება საშუალო გამოიყვანო. ეს მეთოდი უკეთეს სურათს გვაძლევს ნაყოფის გულისცემის სიხშირის შემცირების სიღრმის და ხანგრძლივობის შესახებ. 2. აღნიშნეთ დამაკმაყოფილებელი ნიშნები, რო-მელიც მიგვანიშნებს რომ ნაყოფი მშობიარობას კარგად იტანს: • გულისცემის საშუალო სიხშირე 110-160 და-რტყმა წუთში • რეგულარული რიტმი; • გულისცემის აქცელერაცია საბაზისო სიხში-რიდან;	

• გულისცემის შეუმცირებლობა საბაზისო სიხშირესთან. 3. აღნიშნეთ არადამაკმაყოფილებელი ნიშნები და უფრო ხშირად შეაფასეთ. დაუძახეთ ექიმს ან ბებიაქალს შეფასების სიღრმისა და სიხშირის გასაზრდელად. • გულის სიხშირე ნორმის ფარგლებს გარეთ, აუხსნელი ტაქიკარდია ან ბრადიკარდია 10 წუთის ან მეტის განმავლობაში; • არარეგულარული რითმი; • გულისცემის თანდათანობითი ან უცაბედი შემცირება.	

ნაყოფის ელექტრონული მონიტორინგი

შესაძლებლობები

ნაყოფის ელექტრონული მონიტორინგი შეიძლება იყოს უწყვეტი ან ხანგამოშვებითი. ნაყოფის ელექტრონული მონიტორით აუსკულტაციასთან შედარებით მეტი ინფორმაციის შეკრებაა შესაძლებელი. უწყვეტი ელექტრონული ნაყოფის მონიტორინგი აჩვენებს როგორ რეაგირებს ნაყოფი საშვილოსნოს თითოეულ შეკუმშვამდე, განმავლობაში და შემდეგ.

ბევრ ქალს აშშ-ში ელექტრონული მონიტორინგის მოლოდინი აქვს და გულისცემის ხმის მუდმივად მოსმენას სასაიამოვნოდ აღიქვავს. თავმდგმურმა შეიძლება თვალყური ადევნოს მონიტორის ჩანაწერს და დაეხმაროს ქალს წინასწარ განჭვრიტოს თითოეული შეკუმშვის დაწყება და დამთავრება. ექთნები, ექიმები და ბებია ქალები უფრო კომფორტულად მუშაობენ ინფორმაციის ელექტრონულად მიღების დროს.

ნაყოფის ელექტრონული მონიტორინგი, ერთი ექთნის მიერ ორ მშობიარეზე ერთდროული დაკვირვების საშუალებას იძლევა (მშობიარობის ადრეული ეტაპზე). თუმცა 1:1 ექთანი-პაციენტის თანაფარდობაა საჭირო მშობიარობის მეორე სტადიაში, ნებისმიერი მონიტორინგის მეთოდის გამოყენების მიუხედავად. გართულებულ ორსულობას სჭირდება 1:1 ექთანი-პაციენტის თანაფარდობა, თუნდაც ქალი ჯერ არ იყოს აქტიურ მშობიარობაში. ელექტრონული მონიტორინგი ექთანს მისცემს საშუალებას დრო გამოიყენოს პაციენტის განათლებასა და მხარდაჭერაში, რათა მშობიარე ქალს აუხსნას თუ როგორ უნდა გამოიყენოს სუნთქვითი და მოდუნების ტექნიკები.

შეზღუდვები

შეზღუდული მობილობა ნაყოფის ელექტრონული მონიტორინგის სუსტი მხარეა, ტელემეტრი (უსადენო გადაცემა) ან ხანგამოშვებითი მონიტორინგი აძლევს ქალს მეტ თავისუფლებას მოძრაობისთვის, ვიდრე უწყვეტი ელექტრონული მონიტორინგი ტელემეტრიის გარეშე. სხვა შემთხვევაში ქალი ან აუცილებლად უნდა იჯდეს ან იწვეს თუ ნაყოფის მონიტორინგი ელექტრონულად მიმდინარეობს.

დედის ხშირი პოზიციის ცვლილება ან ნაყოფის აქტიურობა ხელს უშლის უწყვეტ მონიტორინგს. ქამრები და თასმები, რომელიც სენსორის სწორად მიმაგრებისთვისაა, შესაძლოა ზოგიერთი ქალისთვის არაკომფორტული იყოს. საგულისხმოა ისიც, რომ შესაძლოა ქალი უფრო მეტად კონცენტრირებული იყოს სენსორის მიმაგრებაზე, ვიდრე საკუთარ კომფორტსა და პოზიციის ცვლილებაზე, რამაც შესაძლოა გააუმჯობესოს კიდეც ნაყოფის წინ მსვლელობა.

ელექტრონული ნაყოფის მონიტორინგი გამოიყენება 80% შემთხვევაში აშშ-ში და არ არის დამტკიცებული რომ ყოველთვის სარწმუნოა ნაყოფის ნამდვილად პრობლემური მდგომარეობის გამოვლენისთვის. ნაყოფის ელექტრონული მონიტორინგი საუკეთესოა ნაყოფის დამაკ-

მაყოფილებელი მდგომარეობის დროს, მაგრამ ის იმდენად სარწმუნოდ არ გამოავლენს ნაყოფის არაკეთილსაიმედო მდგომარეობას, ამიტომ ნაყოფის ელექტრონული მონიტორინგი უნდა გამოვიყენოთ უფრო სკრინინგისთვის, ვიდრე სადიაგნოსტიკოდ.

ნაყოფის მონიტორინგის მოწყობილობა

ნაყოფის ელექტრონული მონიტორინგის მოწყობილობა შედგება მონიტორისგან და სენსორისგან ნაყოფის გულისცემის და საშვილოსნოს აქტივობის მონიტორირებისთვის. ელექტრონული მონიტორინგიდან მიღებული ინფორმაცია, შესაძლებელია, რომ ამოიბეჭდოს ფურცელზეც ან მოხდეს მისი შენახვა ციფრული სახით.

თანამედროვე მონიტორინგის სისტემებს, შეუძლიათ მრავლობითი ნაყოფის გულისცემის მონიტორინგი და ჩაწერა. ასევე მასზე ფიქსირდება დედის სასიცოცხლო მონაცემები.

დისტანციური მეთვალყურეობა

დაწესებულებათა უმეტესობაში, დღეისათვის, ხელმისაწვდომია ცენტრალური მონიტორინგის სისტემა. რაც პაციენტის მეთვალყურეობის საშუალებას იძლევა მაშინაც კი, როცა ექთანი არ არის პაციენტის საწოლთან.

მოწყობილობა ნაყოფის გარეგანი მონიტორინგისთვის

ორივე, როგორც ნაყოფის გულისცემა, ისე საშვილოსნოს აქტივობა შეიძლება მონიტორზე აისახოს გარეგანი სენსორებით ან გადამცემებით. გარეგანი მოწყობილობები დამაგრებულია დედის მუცელზე ელასტიური ან წებოვანი სარტყელებით.

გარეთა მოწყობილობა ნაკლებად ზუსტია ვიდრე შიგნითა, მაგრამ არაინვაზიური. ისინი არ საჭიროებენ გარსების დარღვევას ან ყელის გაფართოვებას, ისინი არ არის გამოსადეგი ისეთი ქალებისთვის, ვისთვისაც არ შეიძლება მოწყობილობის გამოყენება ვაგინაზე ან საშვილოსნოზე, მაგალითად, ქალი ნაადრევი სანაყოფე წყლების დაღვრით (პროცედურა 4-2 შეიცავს ინსტრუქციებს ნაყოფის გარეგანი ელექტრონული მონიტორინგის გამოყენებისთვის.)

ნაყოფის გულის სიხშირის მონიტორინგი ულტრაბგერითი გადამცემით

დოპლერის ულტრაბგერითი მოწყობილობა აღიქვავს ნაყოფის გულისცემას. დოპლერის გადამცემი წარმოქმნის ორნაწილიან ხმას, რომლებიც გაჭენებული ცხენის ხმას ჰგავს. ორი ახლოს დაკავშირებული ხმა გულის სარქველების დახურვის ხმაა სისტოლისას (მიტრალური და ტრიკუსპიდური სარქვლები) და დიასტოლისას (აორტის და ფილტვის სარქვლები).

საშვილოსნოს აქტივობის მონიტორინგი სამეანო გადამცემით

სამეანო გადამცემი (ასევე ცნობილი სამეანო დინამომეტრის ან უბრალოდ ,,სამეანოს,, სახელწოდებით) წნევის ცვლილებაზე მგრძნობიარე ნაწილით აღიქვავს მუცლის კონტურების ცვლილებებს და ამით ზომავს საშვილოსნოს აქტივობას. შეკუმშვისას, საშვილოსნო იწევა გარეთ, დედის წინა აბდომინალური კედლის საწინააღმდეგოდ. გარდა უშუალოდ საშვილოსნოს კედლის აქტივობებისა, ნაყოფისა და დედის სხვა აქტივობებიც რეგისტრირდება მონიტორზე.

მაგალითად, დედის სუნთქვა გვაძლევს საშვილოსნოს აქტივობის ხაზის ზიგზაგისებრ გამოსახულებას. ნაყოფის ან დედის სხვა მოძრაობა, როგორიცაა ნაყოფის სლოკინი, ჩანს როგორც წვეტები საშვილოსნოს აქტივობის ხაზზე.

რამდენიმე ფაქტორი მოქმედებს მონიტორის მიერ მოწოდებულ მონაცემებზე:

ნაყოფის ზომა - საშვილოსნო არ მიაწვება მყარად მუცლის კედელს თითოეული შეკუმშვის დროს, როცა ნაყოფი პატარაა, რაც შეკუმშვებს ნაკლები ამპლიტუდით გვაჩვენებს.

მუცლის ცხიმის სისქე- მუცლის ცხიმის სქელი ფენა შეიწოვს საშვილოსნოს შეკუმშვების ამპლიტუდას და ამიტომ, შეკუმშვები ერთი შეხედვით შეიძლება ნაკლებ ძლიერი მოგვეჩვენოს. გამხდარი ქალის მუცლის ზედაპირიდან მიღებული მონაცემი, შეიძლება უფრო ძლიერი გამოჩნდეს, ვიდრე სინამდვილეშია. ობიექტური მონაცემის მიღების მიზნით, ექთანმა უნდა მოახდინოს მუცლის პალპაცია.

დედის პოზიცია- დედის სხვადასხვა პოზიციებმა შეიძლება გაზარდოს ან შეამციროს წნევა გადამყვანის წინააღმდეგ, რაც ცვლის აშკარა სიძლიერეს შეკუმშვების ფურცელზე.

გადამცემის ადგილმდებარეობა- საშვილოსნოს აქტივობა საუკეთესოდ აღიქმება, სადაც ის ყველაზე ძლიერია და სადაც ნაყოფი წევს საშვილოსნოს კედელთან ახლოს. ეს ხშირად არის საშვილოსნოს ფუძესთან. შეკუმშვების დროს ცვლილებები შეიძლება ვერ დაფიქსირდეს თუ გადამცემი მოთავსებულია სხვა ადგილას.

მოწყობილობები ნაყოფის შიდა მონიტორინგისთვის

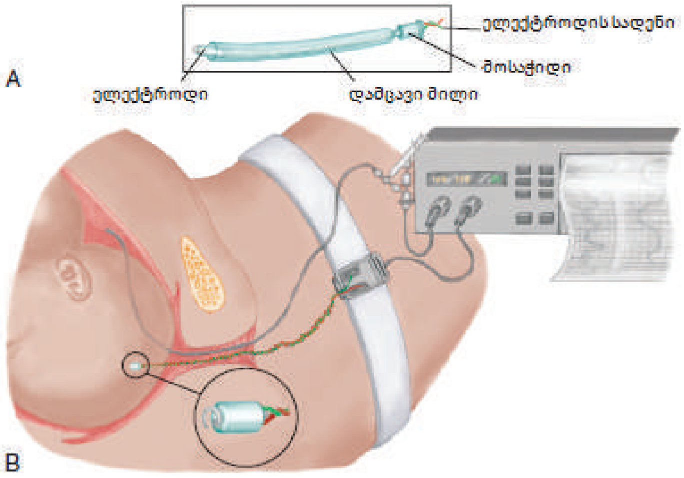
ნაყოფის მონიტორინგის შიდა მოწყობილობის გამოყენებისთვის სიზუსტე არის მთავარი უპირატესობა, თუმცა, მათი გამოყენება საჭიროებს მემბრანების დარღვევას და დაახლოებით 2 სმ-ით ყელის გაფართოვებას.

გარდა ამისა, ვინაიდან მოწყობილობა არის ინვაზიური ინფექციის რისკი გაზრდილია.

ნაყოფის გულის სიჩქარის მონიტორინგი თავის ქალაზე ელექტროდით

ნაყოფის თავის ქალის ელექტროდი (ან სპირალური ელექტროდი) ასახავს ელექტრონულ სიგნალს ნაყოფის გულიდან (სურათი 4.6). ნაყოფის და დედის მოძრაობა არ არღვევს სიზუსტეს, რადგან სიხშირე გამოითვლება ელექტრული აქტივობებით ნაყოფის გულში.

სურათი 4-6 შიდა სპირალური ელექტროდი და საშვილოსნოსშიდა წნევის კათეტერი (IUPC). A. ნაყოფის სკალპის ელექტროდის ნაწილი მის გამოყენებამდე. B. ნაყოფის სკალპის ელექტროდი და IUPC შესაბამის ადგილზე დამაგრებულია და დაკავშირებულია საწოლის მონიტორის ერთეულს.



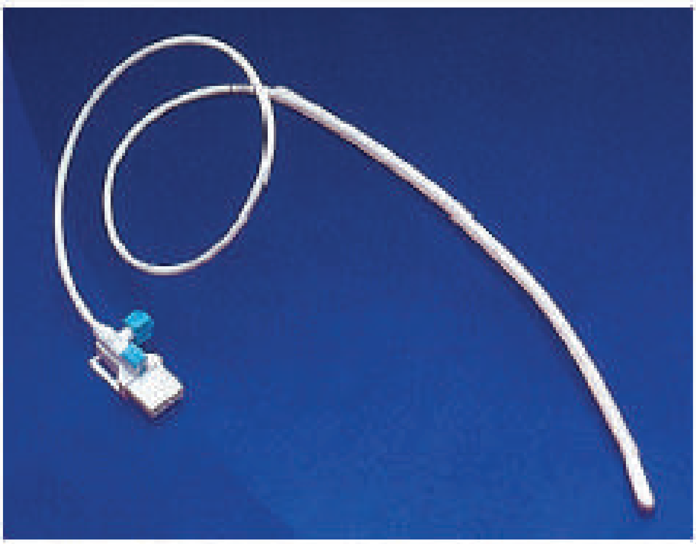
ელექტროდის გამოყენება არ უნდა მოხდეს ნაყოფის სახეზე, ყიფლიბანდზე და გენიტალიებზე. ელექტროდის სადენი გამოდის დედის ვაგინიდან და მიმაგრებულია ფეხის ფირფიტით ბარძაყზე. კაბელი ფეხის ფირფიტიდან დაკავშირებულია საწოლის გვერდითა ერთეულზე.

რადგან გადამცემი შეიძლება კარგად არ მიემაგროს ნაყოფის თავის კანს, შესაძლოა ჩანაწერი ცვალებადი ან წყვეტილი იყოს. ელექტროდის საიმედო მიმაგრება კიდევ უფრო რთულდება თუ ნაყოფს აქვს სქელი თმა. ელექტროდი ცილდება მისი მობრუნებით საათის საწინააღმდეგოდ დაახლოებით ერთი მთლიანი ან ერთნახევარი ბრუნვით სანამ არ მოძვრება.

საშვილოსნოს აქტივობის მონიტორინგი, საშვილოსნოსშიდა წნევის კათეტერი

ორი სახეობის საშვილოსნოსშიდა წნევის კათეტერი (IUPCs) შეიძლება გამოიყენებოდეს, რომ გაიზომოს საშვილოსნოს აქტივობა, რომელიც შედგება შეკუმშვების სიძლიერით და მოსვენებული ტონუსით.

1. პაციენტის შეფასებისთვის, შესაძლოა გამოიყენებოდეს მყარი კათეტერი წნევის გადამცემით წვერზე, რომელსაც აქვს დამატებითი სანათური ამნიოფუზიისთვის (სურათი 4.7).



სურათი 4-7 მყარი საშვილოსნოსშიდა წნევის კათეტერი ბოლოში გადამცემით. ამ მოდელს ასევე აქვს სანათური ამნიოინფუზიისთვის და ნაჩვენებია კათეტერზე გამტარებელით.

2. ღრუ, სითხით სავსე კათეტერი რომელიც აკავშირებს წნევის გადამცემს საწოლის გვერდით მონიტორის ერთეულს.

ორივე სახეობა აღიქვავს საშვილოსნოსშიდა წნევას და ზრდის მუცელისშიდა წნევას, როგორც ხველებისას ისე ღებინებისას.

მყარ კათეტერზე არ მოქმედებს სიმაღლე, რადგან მისი გადამცემი არის კათეტერში. თუმცა, სენსორი მის წვერზე ზომავს ჰიდროსტატიკურ წნევას ამნიონური სითხიდან ნაყოფის წინამდებარე ნაწილის ზემოდან ისევე კარგად, როგორც წნევას საშვილოსნოს აქტივობიდან. ამიტომაც, ჩაწერილი საშვილოსნოსშიდა წნევა მყარი კათეტერიდან უფრო მაღალია, ვიდრე სითხით სავსე კათეტერიდან და ექთანმა უნდა გაითვალისწინოს ეს ფაქტი როცა აფასებს საშვილოსნოს აქტივობა ნორმალურია თუ ჰიპერტონუსია. გამოყენების სიმარტივიდან გამომდინარე, მყარი კათეტერი უფრო ხშირად გამოიყენება.

სითხით სავსე კათეტერის წვეტი საშვილოსნოში უნდა იყოს გარე გადამცემის დონეზე, უკეთესი სიზუსტისთვის. თუ წვეტი უფრო ქვევით არის ვიდრე გადამცემი, ჩაწერილი წნევა უფრო დაბალია ვიდრე რეალურად საშვილოსნოსშიდა წნევა. თუ წვერი უფრო მაღალია, ჩაწერილი წნევა შეიძლება იყოს ხელოვნურად მაღალი. დედის პოზიციის ცვლილებამ შეიძლება შეცვალოს კათეტერის წვერის სიმაღლე, რაც საჭიროებს გადამყვანის სიმაღლის მორგებას.

პროცედურა 4.2	**გარეგანი ნაყოფის მონიტორინგი**
მიზანი: გარეგანი ელექტრონული მონიტორინგი გამოიყენება ნაყოფის მეთვალყურეოთვის რათა მოვახდინოთ ნაყოფის გულისცემის სიხშირის და საშვილოსნოს აქტივობის სახეობის დადგენა. 1. მიჰყევით შიდა ორგანიზაციულ ან სახელმწიფო გზამკვლევს ნაყოფის ელექტრონული მონიტორინგისთვის.	

2. გააკეთეთ ფუნქციური ტესტი მწარმოებლის ინსტრუქციების მიხედვით. დააჭირეთ ,,TEST,, ღილაკს და დააკვირდით შედეგებს.

ჩვეულებრივი სატესტო მონაცემები შეიძლება იყოს:

- ნაყოფის გულისცემის სიხშირე. მონიტორი აპრინტერებს ხაზს 120,150 ან 200 დარტყმით წუთში(bpm) რაც დამოკიდებულია მოდელზე.
- დედის ელექტროკარდიოგრამა. მონიტორი წარმოქმნის ხელოვნურ ტალღებს ელექტროკარდიოგრამაზე.

სწორი ფუნქციური ტესტი უზრუნველყოფს რომ საწოლის მონიტორის ერთეული არის დაკალიბრებული სწორად, ასე რომ პასუხისმგებელი პირი დარწმუნებულია რომ სწორი ინფორმაციაა ნაჩვენები. თითოეული მწარმოებელი აყენებს სტანდარტს მაჩვენებლბის სწორი ფუნქციისთვის.

3. აუხსენით მშობიარეს და თანმხლებ პირებს ნაყოფის ელექტრონული მონიტორინგის მიზანი. უთხარით ქალს და მის თანმხლებ პირს, რომ ნაყოფის ელექტრონული მონიტორის გამოყენება საშუალებას გვაძლევს შევაფასოთ როგორც ნაყოფის გულისცემა ისე მისი პასუხი შეკუმშვებზე.

როგორც წესი, ერთი ნაყოფით ორსულობისას ქალს უკეთია მხოლოდ ერთი ქამარი, რომელზედაც დამაგრებულია ნაყოფის გულისცემის და შეკუმშვების სენსორი. ტყუპით ორსულობისას ქალს ასეთი ორი ქამარი უკეთია.

მიეცით საშუალება ქალს იმოძრაოს მონიტორთან ერთად. ამასთან, უზრუნველყავით სენსორების საიმედო მიმაგრება.

ადეკვატური ინფორმაცია ამცირებს ქალის შიშებს იმის მიმართ რაც არ იცის. სწავლება იმისა, რომ მას შეუძლია და უნდა იმოძრაოს მონიტორთან ერთად აძლიერებს მის კომფორტს და ხელს უწყობს ნომრალურ მშობიარობას.

4. გამოიყენეთ ქამარი და ტრიკოტაჟის ქსოვილი სენსორების მესამაგრებილად. ქამარი თავისუფლად უნდა მოძრაობდეს საჭიროებისას და არსად არ უნდა იყოს გადაკვანძული.

ქამრის სწორი ფიქსაცია აძლიერებს ქალის კომფორტს და აუმჯობესებს გარეგანი სენსორების მუცელთან კონტაქტს. კარგი კონტაქტი აუმჯობესებს ჩანაწერის ხარისხს.

5. გამოიყენეთ ლეოპოლდის მანევრი ნაყოფის ზურგის ადგილმდებარეობის დასადგენად, ხანგამოშვებითი მოსმენისთვის.

6. გამოიყენეთ ულტრაბგერის გელი დოპლერის ულტრაბგერის გადამცემისთვის და მოათავსეთ ქალის მუცელზე დაახლოებით ნაყოფის ზურგის ადგილისკენ. ამოძრავეთ გადამცემი სანამ ნაყოფის სუფთა გულისცემას არ დააფიქსირებთ. საწოლების უმეტესობას გვერდით აქვთ მწვანე სინათლე ან მოციმციმე გულის ფორმა რომელიც აღნიშნავს კარგ სიგნალს. გელი აქრობს ჰაერს და აუმჯობესებს ბგერის გადაცემას და ულტრაბგერის ტალღების მიღებას.

7. მოათავსეთ საშვილოსნოს აქტივობის სენსორი ფუძის ადგილას ან ადგილას სადაც შეკუმშვა ყველაზე ძლიერია პალპაციით. ეს ხშირად არის დროული ნაყოფის ჭიპლართან ახლოს. როცა ქალს აქვს შეკუმშვები, დააკვირდით ჩანაწერს რომ იყოს ზარის ფორმის. საშვილოსნოს აქტივობის ხაზი არის არათანაბარი, რადგან ის ასევე აღიქვავს მუცლის ზევით და ქვევით მოძრაობას სუნთქვის დროს. ნაყოფის ან დედის მოძრაობა, ხველება ან დაცემინება იწვევს წვეტებს ხაზზე. დააკვირდით რამდენიმე შეკუმშვებს. გარეთა საშვილოსნოს აქტივობის მონიტორი გრძნობს მუცლის კონტურების ცვლილებებს როცა საშვილოსნო ბრუნავს წინ ყოველი შეკუმშვის დროს.შეკუმშვა არის ყველაზე ძლიერი საშვილოსნოს ფუძესთან. დაკვირვება საშვილოსნოს აქტივობის ხაზზე (ქვედა ჩანაწერზე) რამდენიმე შეკუმშვების დროს ადასტურებს სწორ მდებარეობას და ასახავს სენსორის მიმაგრების საჭირო ცვლილებებს.

8. დააკვირდით ნაყოფის საბაზისო გულისცემის ჩანაწერს, ვარიაბელობის არსებობას, პერიოდულ ცვლილებებს და საშვილოსნოს აქტივობას(შეკუმშვების ხანგრძლივობას და სიხშირეს). პალპაცია გაუკეთეთ შეკუმშვების სიძლიერეს და მოსვენებულ მდგომარეობას შეკუმშვებს შორის. შეატყობინეთ ექიმს ან ექთან-ბებიაქალს არადამაკმაყოფილებბლი მდგომარეობის ნიშნების შემთხვევაში ან ნებისმიერი ინტერესისთვის. დააფიქსირეთ ნაყოფის გულისცემის დამაკმაყოფილებელი(ნორმალური) და არადამაკმაყოფილებელი(ანომალიური) ნიშნები.(იხ. ცხრილი 4.1).

შეკუმშვების სიხშირეა მეტი ვიდრე 1 ½ წუთი (5 შეკუმშვაზე მეტი 10 წუთის განმავლობაში), ხანგრძლივობა მეტი ვიდრე 90-120 წამი, მოსვენებითი ინტერვალი 30 წამზე ნაკლები ან არასაკმარისი საშვილოსნოს მოდუნება. შეკუმშვებს შორის შეიძლება შეამციროს დედის სისხლის მიდინება ხაოთაშორის სივრცეში და ხელი შეეშალოს ჟანგბადის და ნარჩენი ნივთიერებების ცვლას. გარეგანი საშვილოსნოს აქტივობის სენსორი საჭიროა მხოლოდ შეკუმშვების სიხშირისთვის და ხანგრძლივობისთვის. ის არ არის არსებული სიძლიერის და საშვილოსნოს მოსვენებული ტონუსის ამსახველი.

ხანგამოშვებითი აუსკულტაციის და პალპლაციის მონაცემების შეფასება

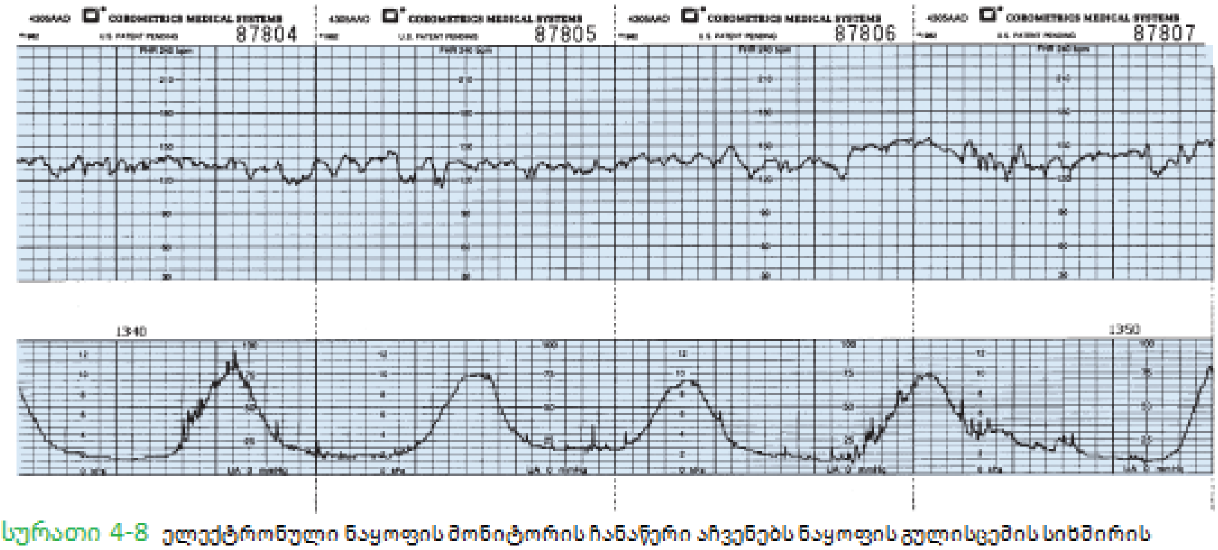
ნაყოფის გულისცემაზე და საშვილოსნოს აქტივობაზე მონაცემები მიიღება ხანგამოშვებითი აუსკულტაციით. ნაყოფის გულისცემის და საშვილოსნოს აქტივობა პალპაციით უნდა განვსაზღვროთ სწორი თანმიმდევრობით და შევაფასოთ დამაკმაყოფილებელი და არადამაკმაყოფილებელი ნიშნების არსებობა. ნაყოფის გულისცემის სიხშირის დაფიქსირება შესაძლოა მოხდეს როგორც ხანგამოშვებით, ისე უწყვეტად. აღსანიშნავია რომ ხანგამოშვებითი აუსკულტაცია შესაძლოა იყოს როგორც მანუალური ისე ელექტრონული. ამასთან, ნაყოფის ელექტრონული მონიტორინგის დროს ჩაწერილი ნაყოფის გულისცემის რიტმის ვარიაბელობის ან დეცელერაციის შეფასება არ უნდა მოხდეს ხანგამოშვებითი აუსკულტაციით.

ბაზალური რიტმი ფასდება შემდეგი მონაცემების შეფასებისთვის:

- **სიხშირე** გულსცემის დათვლა ხდება სულ მცირე 30 წამი შეკუმშვებს შორის;
- **რიტმის რეგულარობა;**
- **შემცირების არარსებობა საბაზისო გულისცემის მონაცემებიდან.**

დამაკმაყოფილებელი სიხშირე არის 110-160 bpm და რეგულარული.

თუ სიხშირე ნორმალურ საზღვრებშია მაგრამ შეიცვალა მნიშვნელოვნად წინა შეფასებისგან, უფრო ხანგრძლივ პერიოდით მოსმენით ან უფრო ხშირად შეფასებით აშკარა ხდება სიხშირის ცვლილება ბაზალური რიტმის ცვლილებაა თუ დროებით მომატება ან დაკლება. აქცელერაციის მოსმენა დამაიმედებელი ნიშანია. საბაზისო რიტმის უცაბედი შემცირება არა დამაიმედებელი ნიშანია და მას უნდა მოჰყვეს ნაყოფის სხვა მონაცემების შეფასება რომ მოხდეს ნაყოფის მდგომარეობის დადგენა.



სურათი 4-8 ელექტრონული ნაყოფის მონიტორის ჩანაწერი აჩვენებს ნაყოფის გულისცემის სიხშირის დამაკმაყოფილებელ მაჩვენებლებს და საშვილოსნოს აქტივობას. ნაყოფის გულისცემის სიხშირის საბაზისო მაჩვენებელი არის 130 - 140 დარტყმა წუთში, ვარიაბელობა დაახლოებით არის 10 დარტყმა წუთში. პერიოდული ცვლილებები არის დაახლოებით 50- 60 წამი, ინტენსივობა არის 75- 90 mmHg შიდა სპირალური ელექტროდი და საშვილოსნოს მოსვენებითი ტონუსი დაახლოებით არის 10 mm Hg.

შეკუმშვების პალპაცია ხდება სიხშირის, ხანგრძლივობის, სიძლიერის, მოსვენების ინტერვალის და მოდუნებული ტონუსის შეფასებისთვის. მშობიარობის დაწყებისას თუ ნაყოფი კარგად ოქსიგენირებული იქნება, მაშინ შეკუმშვები რომლებიც არ არის უფრო ხშირი ვიდრე ყოველ 1 ½ წუთში (ან 5 ყოველ 10 წუთში), არის 90-120 წამის ან ნაკლები ხანგრძლივობის და აქვს მოსვენების ინტერვალი ყველაზე მცირე 30 წამი. ეს შესაძლებლობას აძლევს ნაყოფს საკმარისი რეოქსიგენაცია მოახდინოს შემდეგი შეკუმშვისთვის. ნაყოფის ადეკვატური რეოქსიგენაციისთვის

საშვილოსნო სრულად უნდა მოდუნდეს რომ მოხდეს ხაოთაშორის სივრცეების შევსება დედის ოქსიგინირებული სისხლით.

ნაყოფის ელექტრონული მონიტორინგის ჩანაწერის შეფასება

ექთანი აფასებს ნაყოფის გულისცემის ჩანაწერის ბაზილარულ რიტმს, ვარიაბელობას და პერიოდული ცვლილებების არსებობას. საშვილოსნოს აქტივობა ფასდება **შეკუმშვების** სიხშირის, ხანგრძლივობის და სიძლიერის განსაზღვრით და ასევე საშვილოსნოს კუნთის მოსვენებული ან საბაზისო **ტონუსით.**

ნაყოფის გულისცემა და საშვილოსნოს აქტივობის მახასითებლები უნდა განისაზღვროს ერთად.

სხვა მონაცემები რელევანტურია ჩანაწერის ინტერპრეტაციისთვის და ინტერვენციისთვის, ესენია: დედის სასიცოცხლო ნიშნები, პულსოქსიმეტრის მონაცემები, დედის პოზიცია და პოზიციის ცვლილებები, მედიკამენტების და ჟანგბადის მიწოდება, ამნიონური სითხის დახასიათება, მშობიარობის სტატუსი და ჩატარებული პროცედურები.

ნაყოფის ბაზალური გულისცემის სიხშირე

ნაყოფის გულისცემის ბაზალური რიტმი არის საშუალო გულის სიხშირე, დამრგვალებული 5 დარტყმის ცვალებადობით (bpm), გაზომილი 2 წუთის განმავლობაში 10 წუთიან ინტერვალში. ამ 2 ან მეტი წუთის განმავლობაში, საშვილოსნო უნდა იყოს მოსვენებულ მდგომარეობაში და ეპიზოდებში სიხშირის მნიშვნელოვნად გაზრდა ან შემცირება არ უნდა მოხდეს. ბაზალური რიტმი ასევე გამორიცხავს პერიოდულ და არაპერიოდულ ცვლილებებს ან სეგმენტებს საბაზისო რიტმის, რომლებიც 25 bpm-ზე მეტად განსხვავდება. ბაზალური რიტმი კლასიფიცირდება შემდეგნაირად:

ნორმალური სიხშირე საშუალოდ 110-160 bpm. 26-28 კვირის ნაადრევი ახალშობილის გულისცემის სიხშირე საშუალოდ სხვაობის ზედა ზღვარზეა, პარასიმპათიკური სისტემის ხარჯზე, რომელიც ანელებს სიხშირეს. ზოგ ჯანსაღ ახალშობილს სრულ ვადაზე აქვს საშუალოდ 100-110 დარტყმით წუთზე სიხშირე.

ბრადიკარდია - ნაკლები 110 bpm-ზე ხანგრძლივობით ყველაზე ნაკლები 10 წუთი.

ტაქიკარდია - მეტი 160 bpm-ზე, ყველაზე მცირე 10 წუთის ხანგრძლივობით.

ზოგიერთ ჯანსაღ დროულ ახალშობილს აქვს ბრადიკარდია 100- 110 bpm შორის, სხვა არაკეთილსაიმედო მდგომარეობის ნიშნების გარეშე. ნორმალურ ნაადრევ ნაყოფს შეიძლება ჰქონდეს ბაზალური რიტმი სხვაობის ზედა მხარეს, რადგან პარასიმპატიკური ნერვული სისტემა არის მოუმწიფებელი.

ნაყოფის ბაზალური გულისცემის სიხშირის ვარიაბელობა

ვარიაბელობა აღნიშნავს ნაყოფის გულისცემის ბაზალური რიტმის მერყეობას 10 წუთის ინტერვალით,რაც იწვევს არარეგულარული ამპლიტუდის ჩანაწერს (სურათი 4-9).

ვარიაბელობა ხდება რადგან ბევრი ფაქტორი მუდმივად აჩქარებს და ანელებს ნაყოფის გულისცემას. ვარიაბელობის განსაზღვრა საშუალებას გვაძლევს გავარკვიოთ ნაყოფი როგორ უმკლავდება მშობიარობის სტრესს იმ ფაქტორების გათვალისწინებით, რომელიც იწვევს ჰიპოქსიას. ვარიაბელობა არის მნიშვნელოვანი მონაცემი ნაყოფის გულისცემის მონიტორინგისთვის ორი მიზეზის გამო:

საკმარისი ოქსიგენაცია ხელს უწყობს ავტონომიური ნერვული სისტემის განსაკუთრებით პარასიმპათიკური განშტოების ნორმალურ ფუნქციონირებას.

ვარიაბელობა შეიძლება შემცირდეს ორივე არაპათოლოგიური და პათოლოგიური ფაქტორებით, როგორიცაა:

- ნაყოფის ძილი, (ხშირად გრძელდება 40 წუთი ან ნაკლები დროულ ნაყოფში ,მაგრამ შეიძლება გაგრძელდეს 2 საათი);
- ნარკოტიკები და სხვა სედაციური წამლები ,როგორიცაა მაგნეზიუმ სულფატი;

- ალკოჰოლი და არალეგალური წამალი;
- ნაყოფის სეფსისი;
- ნაყოფის ტაქიკარდია;
- უკიდურესი მოუმწიფებლობა;
- ნაყოფის ანომალიები, რომლებიც ეფექტს ახდენს ცენტრალური ნერვული სისიტემის რეგულაციაზე, როგორიცაა ანენცეფალია;
- ჰიპოქსია, რომელიც იმდენად მძიმე ფორმებშია რომ ეფექტს ახდენს ცნს-ზე;
- ცნს-ის, გულის ან ორივეს ანომალიები;
- დედის აციდემია ან ჰიპოქსემია(შემცირებული სისხლის ჟანგბადი ან დაბალი P02);

ვარიაბელობის შემდგომი კლასიფიკაცია ერთი დარტყმით წუთში არის:

- **ნულოვანი-**არ აღინიშნება გულისცემის სიხშირის ვარიაბელობა;
- **მინიმალური** -არ აღინიშნება ან < 5 დარტყმა/წთ-ში;
- **საშუალო_** 6 - 25 დარტყმა/წთ-ში;
- **მნიშვნელოვანი -** >25 დარტყმა/წთ-ში.

ნაყოფის გულისცემის სიხშირის პერიოდული მახასიათებლები

პერიოდული მახასიათებლები არის გარდამავალი და განმეორებითი ცვლილებები ბაზალური რიტმიდან რომელიც დაკავშირებულია საშვილოსნოს შეკუმშვებთან. ისენი შეიცავენ აცელერაციას და დეცელერაციას. პერიოდული მახასიათებლები ფასდება საბაზისო მახასიათებლებით (სიხშირე და ცვალებადობა).

აქცელერაცია

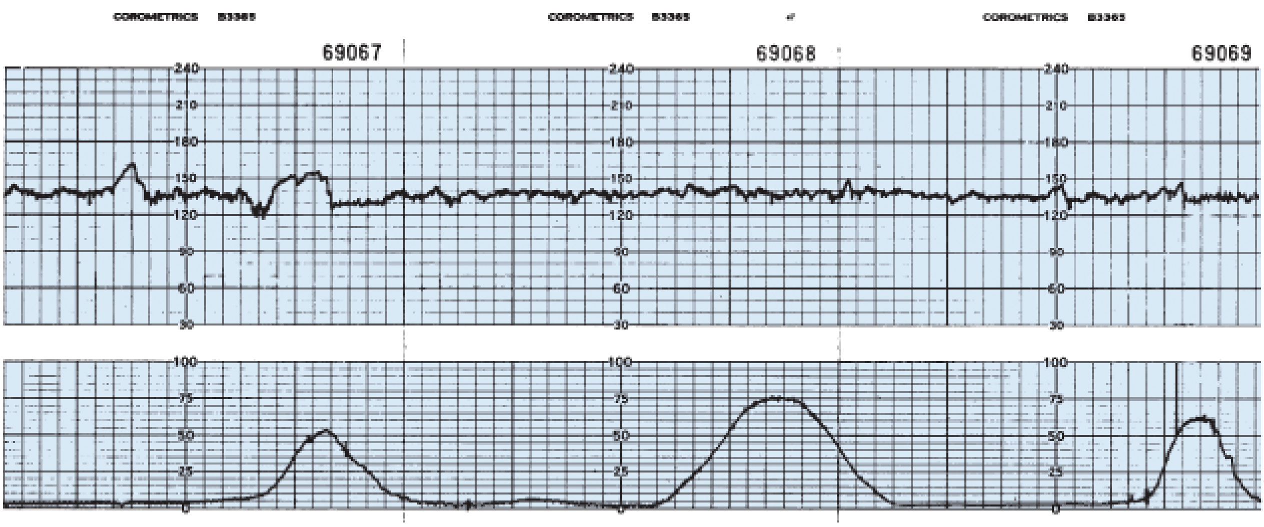
აქცელერაცია არის ნაყოფის გულისეცმის უცაბედი, დროებით ზრდა, რომელიც პიკს აღწევს ყველაზე მცირე 15 დარტყმა/წთ-ში ზემოთ საბაზისო როტმიდან და გრძელდება ყველაზე მცირე 15 წამი (სურათი 4-10). აქცელერაცია ხშირად ხდება ნაყოფის მოძრაობასთან ერთად. ის შეიძლება იყოს არაპერიოდული (დამოკიდებული არ იყოს შეკუმშვებთან) და პერიოდული. აქცელერაცია, შესაძლოა პროვოცირდეს საშოსმხრივი გასინჯვით, საშვილოსნოს შეკუმშვების დროს, ჭიპლარის კომპრესიით და ნაყოფის ჯდომით მდებარეობაში. 32 კვირის გესტაციაზე მეტი ასაკის ნაყოფებში, აქცელერაცია ხშირად არის დამაკმაყოფილებელი ნიშანი, რომელიც ასახავს რეაგირებად, არააციდოზურ ნაყოფს.

გესტაციის 32 კვირამდე, შესაძლოა ფიქსირდებოდეს ნაყოფის გულისცემის დროებითი ზრდა, რომელიც პიკს აღწევს ყველაზე მცირე 10 დარტყმა/წთ-ით ზემოთ საბაზისო რიტმიდან და გრძელდება ყველაზე მცირე 10 წამი. თუმცა უფრო ადრეულ ნაადრევ ნაყოფს შეიძლება ჰქონდეს 15 დარტყმა/წთ-ში 15 წამის ხანგრძლივობით აქცელერაციის სახეობა რომელიც მოსალოდნელია გესტაციის 32 კვირაზე ან მეტზე.

აქცელარცია რომლეიც გრძელდება 2 წუთზე მეტხანს ,მაგრამ 10 წუთზე ნაკლებ დროით არის გახანგრძლივებული აქცელერაცია. აქცელერაცია რომელიც გრძელდება 10 წუთზე მეტი არის ცვლილებები საბაზისო რიტმიდან ან შეიძლება ასახავდეს რამდენიმე აქცელერაციას რომელიც მოგვიანებით უბრუნდება წინა საბაზისო რიტმს.

დეცელერაცია

პერიოდული დეცელერაცია იყოფა სამ ტიპად მისი ფორმისა და საშვილოსნოს შეკუმშვებთან დამოკიდებულების მიხედვით.



სურათი 4-10, აცელერაცია ნაყოფის გულისცემის სიხშირის

მნიშვნელოვანი ინფორმაცია

განსხვავება ადრეულ და გვიან დეცელერაციებს შორის

ადრეული და გვიანი დეცელერაციები

შემცირება ბაზალური ნაყოფის რიტმიდან და დაბრუნება ბაზალურ რიტმამდე თანდათანობით (დაწყებიდან უმდაბლეს წერტილამდე 30 წამის განმავლობაში) ხდება შეკუმშვებთან ერთად.

სიხშირის შემცირება იშვიათად არის 30-40 დარტყმა წუთზე მეტი , ბაზალური რიტმიდან ქვემოთ.

ადრეული დეცელერაცია

არის შეკუმშვების სარკისებრი სურათი (ნაყოფის გულისცემის სიხშირის ყველაზე ქვედა ზღვარი ხდება შეკუმშვების პიკის დროს).

უბრუნდება საბაზისო ნაყოფის გულისცემას შეკუმშვების ბოლოს.

დედის პოზიციის ცვლილებას ეფექტი არ აქვს სახეობაზე.

დაკავშირებულია ნაყოფის თავის კომპრესიაზე.

არ არის დამოკიდებული ნაყოფის არაკეთლისაიმედო მდგომარეობაზე და არ სჭირდება რამე დამატებითი ჩარევა.

გვიანი დეცელერაცია

ჰგავს ადრეულ დეცელერაციას, მაგრამ იწყება შეკუმშვის დაწყების შემდეგ (პიკთან ახლოს).

უდაბლესი წერტილი ხდება შეკუმშვების პიკის შემდეგ.

უბრუნდება ბაზალურ რიტმს შეკუმშვის დასრულების შემდეგ.

ასახავს პლაცენტალური მიმოცვლის შესაძლო შეზღუდავას (უტეროპლაცენტალური უკმარისობა).

შემთხვევითი გვიანი დეცელერაციები რომლებიც დაკავშრებულია საშუალო ვარეაბელობასთან და აცელერაციები არ არის საშიში.

მუდმივი გვიანი დეცელერაცია, განსაკუთრებით აცელერაციების გარეშე და არ არსებობა ან მინიმალური ვარიაბელობა, საყურადღებოა და მოითხოვს ჩარევას რომ გაუმჯობესდეს პლაცენტალური სისხლის მიმოქცევა და ნაყოფის ჟანგბადით მომარაგება.

ბაზალური რიტმიდან რა ხარისხით ხდება ვარდნა არ არის დამოკიდებული უტეროპლაცენტალურ უკმარისობაზე.

უნდა მოხდეს ჩარევა ავადმყოფის მოვლაში, რომ გამოსწორდეს პლაცენტის სისხლის მიდინება და ნაყოფის ჟანგბადის მიწოდება.

ადრეული დეცელერაცია. ნაყოფის თავის კომპრესია მცირე დროით ზრდის ქალასშიდა წნევას, რომელიც იწვევს ვაგუსის ნერვის მიერ გულისცემის სიხშირის შემცირებას. ნაადრევი დეცელერაცია არ არის დამოკიდებული ნაყოფის არაკეთილსაიმედო მდგომარეობასთან და არ საჭიროებს რაიმე სახით ჩარევას. ის ხდება შეკუმშვების დროს როცა ნაყოფის თავი ზეწოლას განიცდის ქალის მენჯის ან რბილი ქსოვილების ,როგორიცაა ყელი,საპირისპიროდ. ადრეულ დეცელერაციებს უფრო მეტად აქვთ საბაზისო რიტმის თანდათანობით, ვიდრე უცაბედი შემცირება. ადრეული დეცელერაციის დროს მისი თანმიმდევრული სახე გავს სხვებს. ადრეული დეცელერაცია სარკისებურად გამოხატავას შეკუმშვებს, რომელიც იწყება შეკუმშვების დაწყების დროს და უბრუნდება საბაზისო რიტმს შეკუმშვების დასასრულს, დაბალი ნიშნულით (სურათი 4-11). დეცელერაციის სიხშირე ყველაზე დაბალ ნიშნულზე არის ნაკლები 30-40 დარტყმა/წთ-ზე საბაზისო რიტმიდან.

გვიანი დეცელერაცია. ჟანგბადის და ნარჩენი პროდუქტების დეფიციტურმა ცვლამ პლაცენტაში(უტეროპლაცენტალური უკმარისობა) შეიძლება გამოიწვიოს გვიანი(გადავადებული) დეცელერაცია. ეს არადამაკმაყოფილებელი ნიშანი მიანიშნებს იმას რომ ნაყოფს აქვს შემცირებული რესურსი რომ გაუძლოს განმეორებით შემცირებას ჟანგბადის მიწოდების, რომელიც ხდება შეკუმშვების დროს. უტეროპლაცენტალური უკმარისობის ისეთი მიზეზი,როგორიცაა დედის ჰიპოტენზია შეიძლება იყოს მწვავე. ის შეიძლება მოხდეს ქრონიკული მდგომარეობების დროს როგორიცაა დედის ჰიპერტენზია და დიაბეტი,რომელიც ხელს უშლის პლაცენტაში ცვლას.

გვიანი დეცელერაცია გავს ადრეულ დეცელერაციას ნაყოფის გულისცემის სიხშირის შემცირებაში და ყველაზე დაბალი მაჩვენებელი არის (30-40 დარტყმა/წთ-ში) , მაგრამ იხრება მარჯვენივ შეკუმშვებთან მიმართებით. ის ხშირად იწყება შეკუმშვების პიკის შემდეგ. ნაყოფის გულისცემის სიხშირე ბაზალურ რიტმს უბრუნდება შეკუმშვების დასრულების მერე. ნაყოფის გულისცემის სიხშირე შეიძლება დარჩეს ნორმაში და შეიძლება არ დაიწიოს საბაზისო რიტმიდან ქვემოთ (სურათი 4-12). სიხშირის რაოდენობა რომელიც მცირდება საბაზისო რიტმიდან არ არის უტეროპლაცენტალურ უკმარისობასთან დაკავშირებული .

ვარიაბელური დეცელერაცია. მდგომარეობებმა რომლებიც ამცირებს ჭიპლარში სისხლის მიდინებას შეიძლება გამოიწვიოს ვარიაბელური დეცელერაცია. ამ დეცელერაციებს არ აქვს იგივე შესახედაობა როგორც ადრეულ და გვიან დეცელერაციებს. მათი ფორმა,ხანგრძლივობა და ხარისხი განსხვავდება. ის ეცემა და მატულობს მოულოდნელად (30 წამში) ჭიპლარზე კომ-

პრესიის დაწყების და მოხსნის დროს, თანდათანობით დაცემის და აწევის ადრეული და გვიანი დეცელერაციის დროისგან განსხვავებით (სურათი 4-13). ვარიაბელური დეცელერაცია ასევე შეიძლება იყოს არაპერიოდული, რომელიც არ არის დამოკიდებული შეკუმშვებთან. ნაყოფის გულისცემის სიხშირის შემცირება ხდება სულ მცირე 15 დარტყმა წუთით და გრძელდება სულ მცირე 15 წამი მაგრამ 2 წუთზე ნაკლები.

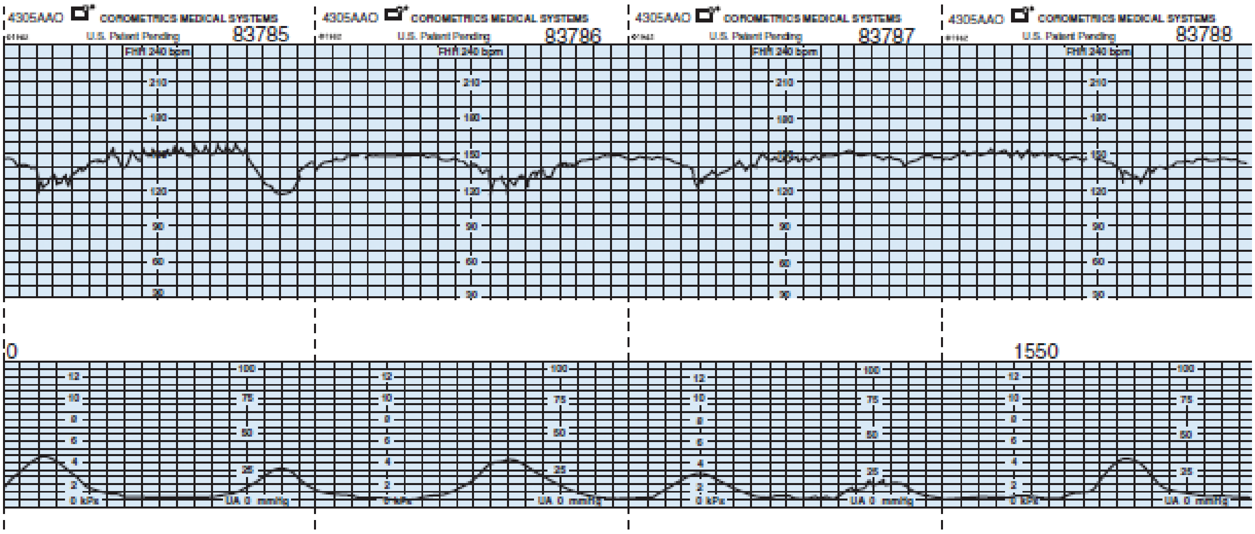
საშვილოსნოს აქტივობა

საშვილოსნოს აქტივობის შეფასება შედგება ოთხი კომპონენტისგან: შეკუმშვების სიხშირე, ხანგრძლივობა და სიძლიერე და საშვილოსნოს მოსვენებითი ტონუსი. შეკუმშვების სიხშირე შეიძლება გაიზომოს ელექტრონული მონიტორით როგორც პალპლაციის (ერთი შეკუმშვის დაწყებიდან მეორე შეკუმშვების დაწყებამდე) ან პიკიდან პიკამდე. ხანგრძლივობა ითვლება თითოეული შეკუმშვის დაწყებიდან დამთავრებამდე.

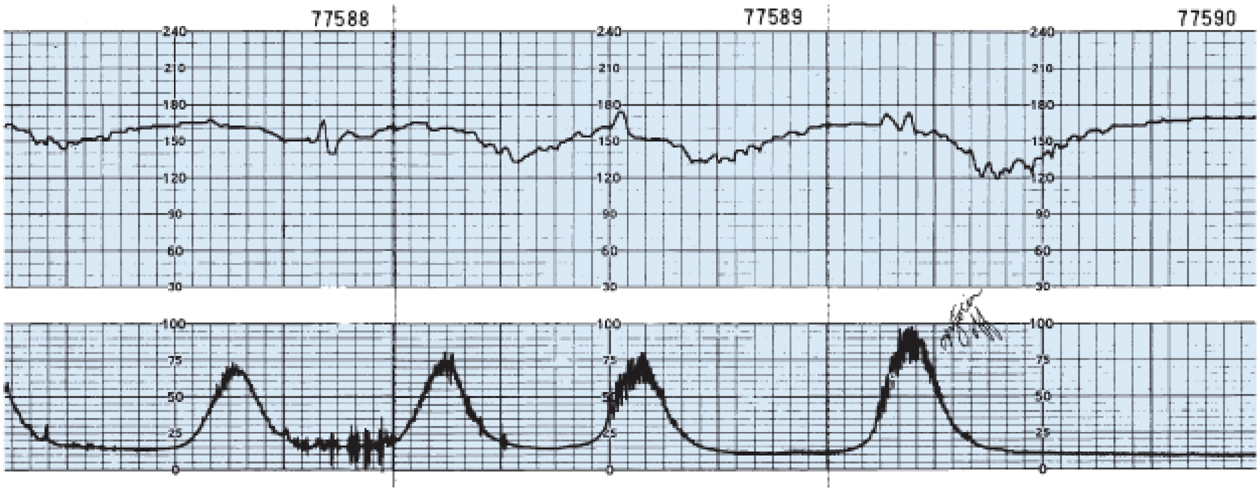
პალპაცია გამოიყენება რომ განვსაზღვროთ შეკუმშვების სიძლიერე და საშვილოსნოს მოსვენებითი ტონუსი, როცა გარეგანი საშვილოსნოს აქტივობის მონიტორი გამოიყენება. შეკუმშვების ინტენსიურობა განისაზღვრება როგორც მსუბუქი, საშუალო და ძლიერი.

ნებისმიერი სახეობის საშვილოსნოსშიდა წნევის კათეტერის სახეობა, გამოიყენება რომ აღიწეროს შეკუმშვათა სიძლიერე და მოსვენებული ტონუსი. სიძლიერე უმეტესად იზრდება მშობიარობის პროგრესთან ერთად. საშვილოსნოს შეკუმშვების ხანგრძლივობა საშვილოსნოსშიდა წნევის კათეტერით არის 50-75 mm Hg მშობიარობის დროს, ასევე მან შეიძლება მიაღწიოს 110 mm Hg ჭინთვების დროს მეორე სტადიაში. საშუალო მოსვენებითი ტონუსი არის 5-15 mm Hg.

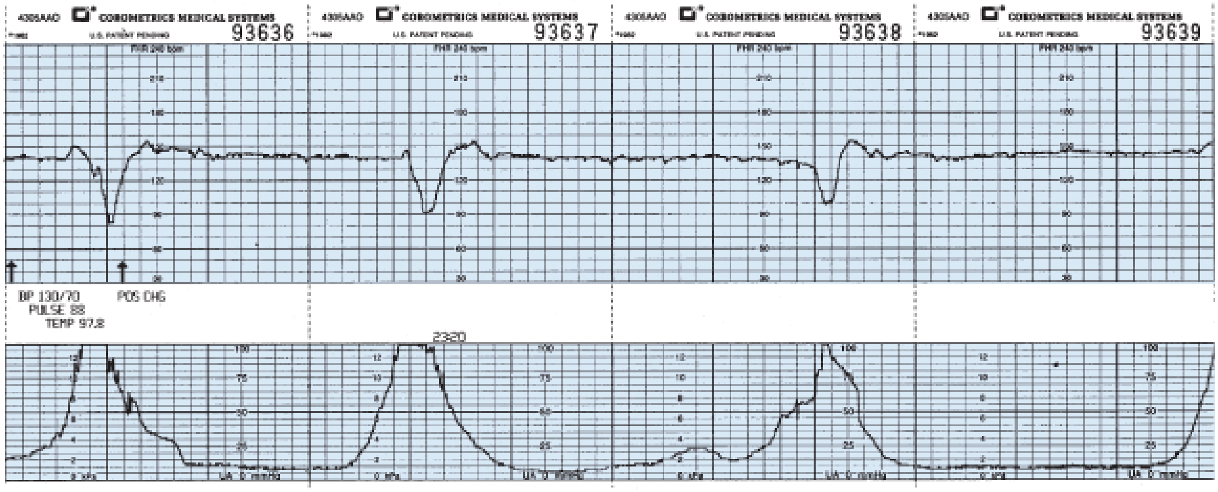
მონტევიდეოს ერთეული (MVUs) შეიძლება გამოვიყენოთ შეკუმშვების სიძლიერის ასაღწერად, ვერცხლისწყლის ერთეული მილიმეტრებში როცა საშვილოსნოშიდა წნევის კათეტერი გამოიყენება. MVU ერთეული გამოითვლება შეკუმშვების სიძლიერის აღნიშვნით ვერცხლისწყლის ერთეულით მილიმეტრებში (mm Hg), მოსვენებული ტონუსის ზემოთ და მრავლდება შეკუმშვების რაოდენობაზე 10 წუთის განმავლობაში. მაგალითად თუ ქალს აქვს სამი შეკუმშვა 10 წუთში , თითოეულს აქვს სიძლიერე 110 mm Hg და მოსვენებული ტონუსი 15 mmHg, შედეგი MVUs -ში არის 285 . ზედმეტი საშვილოსნოს აქტივობა მშბიარობის დროს იქნება 400 MVUs.



სურათი 4-11 ადრეული დეცელერაცია. აღნიშნეთ რომ ნაყოფის გულისცემის სიხშირის შენელება შეკუმშვების პარალელურია.ის იწყება შეკუმშვების დაწყებისას და უბრუნდება საბაზისო მაჩვენებელს შეკუმშვების ბოლოს. მიზეზი:ნაყოფის თავის კომპრესია



სურათი 4-12 გვიანი დეცელერაცია. აღნიშნეთ რომ დეცელერაცია გავს ადრეულ დეცელერაციას,მაგრამ ბალანსირდება მარჯვნივ. ის იწყება შეკუმშვების პიკში და უდაბლესი წერტილს ახწევს შეკუმშვების პიკის შემდეგ, ხშირად ინტერვალის დროს. მიზეზი: უტეროპლაცენტალური უკმარისობა



სურათი 4-13 ვარიაბელური დეცელერაცია.დეცელერაცია არის მკაფიო დასაწყისში და დასასრულში.აღნიშნეთ მცირედი სიხშირის აცელერაცია (მხრები) თითოეული ვარიაბელური დეცელერაციის შემდეგ. მიზეზი: ჭიპლარის კომპრესია

ნაყოფის გულისცემის სახეობები

არსებობს ნაყოფის გულისცემის შემდეგი კატეგორიები:

- კატეგორია I: ნორმალური (დამაკმაყოფილებელი)
- კატეგორია II: გაურკვეველი (საეჭვო) (ხშირად აღწერილია როგორც ორაზროვანი ან დაუზუსტებელი)
- კატეგორია III: პათოლოგიური (არადამაკმაყოფილებელი)

თუ ნაყოფს აღენიშნება კატეგორია II-ის გულისცემის სახეობა (ორაზროვანი ან დაუზუსტებელი) ან რომელიმე საეჭვო მდგომარეობა, რამდენიმე მეთოდი შეიძლება გამოვიყენოთ რომ მეტად შევაფასოთ ნაყოფის მდგომარეობა. ცხრილი 4.1 აღწერს ნაყოფის გულისცემის დამაკმაყოფილებელ და არადამაკმაყოფილებელ მაგალითებს.

დამაკმაყოფილებელი ნიშნები:

ნაყოფის დამაკმაყოფილებელი გულისცემის მაგალითებია ნორმალური სიხშირე, აცელერაცია და არადამაკმაყოფილებელი დეცელერაციის არ არსებობა. ამ მდგომარეობის დროს, არა-

ნაირი ჩარევა არ არის საჭირო რადგან ეს მონაცემები გვიჩვენებს რომ ნაყოფს აქვს საკმარისი რეზერვი რომ გაუმკლავდეს მშობიარობის შიდა სტრესორებს.

გაურკვეველი ნიშნები (საეჭვო):

გაურკვეველი(საეჭვო) ნიშნები ეხება ისეთ ორაზროვან ან დაუზუსტებელ ნიშნებს, რომლებსაც აქვთ დამაკმაყოფილებელი მახასიათებლების ელემეტები ,მაგრამ ასევე შეიცავს მონაცემებს რომლებიც შეიძლება იყოს არადამაკმაყოფილებელი. რიგ ქვეყნებში, (მაგ., კანადა)გაურკვეველ ნიშანებს პათოლოგიური ეწოდება. მაგალითად:

- ტაქიკარდია
- ბრადიკარდია ვარიაბელობასთან ერთად
- მინიმალური ან შესამჩნევი საბაზისო ვარიაბელობა
- ვარიაბელობის არ არსებობა განმეორებითი დეცელერაციის გარეშე
- აცელერაციის არ არსებობა ნაყოფის სტიმულაციის შემდეგ
- პერიოდული და ეპიზოდური ვარიაციები როგორიცა:

1. განმეორებითი ვარიაბელური დეცელერაცია, მინიმუმი ან ზომიერი საბაზისო, ვარიაბელობასთან ერთად.
2. გახანგრძლივებული დეცელერაცია >2 წუთზე , მაგრამ <10 წუთზე.
3. განმეორებითი გვიანი დეცელერაცია, ზომიერი, საბაზისო რიტმის ვარიაბელობასთან.
4. ვარიაბელური დეცელერაცია სხვა მახასიათებლებთან ერთად, როგორიცაა ნელი დაბრუნება საბაზისო რიტმთან ან აცელერაციის წინსწრებით ან შემდეგ (,,გადაცდენა,, ან ,,მხრები,,).

არადამაკმაყოფილებელი ნიშნები:

არადამაკმაყოფილებელია ან პათოლოგიურია ნიშნები, თუ სასურველი ნიშნები არ არის სახეზე ან გამოხატულია ის ნიშნები, რომელიც დაკავშირებულია ნაყოფის ჰიპოქსიასთან ან აციდოზის არსებობასთან. არადამაკმაყოფილებელი ნიშნები აუცილებლად არ მიგვანიშნებს რომ ნაყოფს ჰიპოქსია ან აციდოზი აქვს. თუმცა ამ ნიშნების გამოჩენისას აუცილებელია რომ შესაბამისი ნაბიჯები იქნეს გადადგმული და გაირკვეს არადამაკმაყოფილებელი ნიშნების სავარაუდო მიზეზი და გამოსწორების გზები.

კრიტიკულად მნიშვნელოვანი ინფორმაცია
პაციენტის მოვლა ნაყოფის არადამაკმაყოფილებელი (ანომალიური) გულისცემის სიხშირის მახასიათებლების დროს
1. არადამაკმაყოფილებელი ნიშნების აღმოჩენისას შეარჩიეთ საუკეთესო ჩარევის მეთოდი • შეაფასეთ მახასიათებლები და მათი შესაძლო მიზეზები (გვიანი ან ვარიაბელური დეცელერაციები,ბრადიკარდია ან ტაქიკარდია, ვარიაბელობის არ არსებობა). • შეაფასეთ დედის სასიცოცხლო ნიშნები რომ აღმოაჩინოთ ჰიპოტენზია,ჰიპერტენზია ან ცხელება. • აწარმოეთ ვაგინალური გასინჯვა ჭიპლარის გამოვარდნის აღმოსაჩენად.

2. შეწყვიტეთ ოქსიტოცინის ინფუზია თუ წამლი დანიშნულია.
3. მოახდინეთ ქალის რეპოზიცია, აარიდეთ თავი ზურგზე წოლას, ჭიპლარის კომპრესიის რისკის შემცირების მიზნით. სწორად შერჩეულმა პოზიციამ შეიძლება გამოასწოროს არადამაკმაყოფილებელი ნიშნები.
4. გაზარდეთ ინტრავენური სითხეების ინფუზიის სიჩქარე, რომ გავზარდოთ დედის სისხლის მოცულობა და გავაუმჯობესოთ პლაცენტალური პერფუზია.
5. მიაწოდეთ პაციენტს ჟანგბადი სახის ნიღბით 8-10 ლიტრი წუთში (ლ/წუთში) რომ გავზარდოთ მისი სისხლის ჟანგბადის სატურაცია, რაც თავის მხრივ გაზრდის ჟანგბადის ხელმისაწვდომაბას ნაყოფისთვის.
6. დაიწყეთ ნაყოფის ელექტრონული მონიტორინგი თუ ხანგამოშვებითი აუსკულტაციის მონაცემები საეჭვოა.
7. დაიწყეთ უწყვეტი ელექტრონული ნაყოფის მონიტორინგი შიდა მოწყობილობით თუ უკუჩვენება არ არის.
8. შეატყობინეთ ექიმს ან ბებია ქალს რაც შეიძლება მალე. შეატყობინეთ და აღნიშნეთ :

- ნიშნები, რომელიც აღმოჩენილი იყო.
- ექთნების ჩარევა, რომელიც მიღებული იყო მახასიათებლების საპასუხოდ.
- ნაყოფის საპასუხო რეაქცია ექთნის ჩარევის მერე.
- საპასუხო ქმედება ექიმის ან ბებია-ქალის (მაგ., მკურნალობის მეთოდი ან სხვა საპასუხო მოქმედება).

9. თუ არადამაკმაყოფილებელი ნიშნები მძიმეა, სხვა პერსონალის წევრებმა უნდა დაიწყონ მომზადება სწრაფი მშობიარობისთვის (ხშირად საკეისრო კვეთით დაბადება თუ ვაგინალური მშობაირობა გარდაუვალი არ არის). მშობიარობის მომზადებისთვის საჭიროა ბლოკში იყოს პერსონალი ნეონატალური რეანიმაციისთვის.

ცხრილი 4.1 ნაყოფის დამაკმაყოფილებელი (ნორმალური) და არადამაკმაყოფილებელი (ანომალიური) ნიშნები და მათი შეფასება	
დამაკმაყოფილებელი (ნორმალური) ნიშნები: ნაყოფის გულისცემის საბაზისო სიხშირე:სტაბილური, სიხშირე 110-160 დარტყმა წუთში. საშუალო ვარიაბელობა (6-25 დარტყმა წუთში). აცელერაცია: პიკური მონაცემი სულ მცირე 15 დარტყმა წუთში საბაზისო მონაცემების ზემოთ 15 წუთი ან მეტიან ხანგრძლივობით (10 დარტყმა წუთში და 10 წამი თუ გესტაცია 32 კვირისაა ან მეტის). ვარიაბელური დეცელერაცია 60 წამზე ნაკლები ჩქარი დაბრუნებით საბაზისო დონეზე, რომელსაც თან ახლავს ნორმალური საბაზისო სიხშირე და საშუალო ვარიაბელობა. საშვილოსნოს აქტივობა: შეკუმშვის სიხშირე: არაუმეტეს ვიდრე ყოველ 1 ½ წუთი (ან 5 10 წუთის განმავლობაში).	

შეკუმშვების სიხშირე: არაუმეტეს ხანგრძლივობით ვიდრე 90-120 წამი. შეკუმშვებს შორის ინტერვალი:სულ მცირე 30 წამი. საშვილოსნოს მოსვენებული ტონუსი :საშვილოსნო მოდუნებულია შეკუმშვებს შორის(შეფასებული პალპაციით როცა ხანგამოშვებითი აუსკულტაცია ან გარეგანი ნაყოფის მონიტორინგი გამოიყენება)საშვილოსნოს მოსვენებითი ტონუსი ნაკლები ვიდრე 20 mm Hg (გაზომილი საშვილოსნოს შიდა წნევის კათეტერით).	
არადამაკმაყოფილებელი(ანომალიური) მდგომარეობის შეფასება, მახასიათებლები და აღწერილობა	შესაძლო მიზეზი ან მიზეზები
ტაქიკარდია ნაყოფის გულისცემის საბაზისო სიხშირე (FHR) მეტი ვიდრე 160 დარტყმა წუთში სულ მცირე 10 წამის განმავლობაში.	დედის ცხელება (დედის ტაქიკარდია შეიძლება წინ უძღოდეს ცხელებას ან ინფექციის სხვა ნიშნებს). დედის დეჰიდრაცია . დედის ან ნაყოფის ჰიპოვოლემია . ნაყოფის კარდიალური დისრითმია. დედის მძიმე ანემია. დედის ჰიპერთიროიდიზმი . დედისთვის დანიშნული მედიკამენტები(მაგ., ტერბუტალინი, ბრონქოდილატატორი, შეშუპების მოხსნელი, მასტიმულირებელი მედიკამენტები)
ბრადიკარდია ნაყოფის გულისცემის საბაზისო სიხშირე ნაკლები ვიდრე 110 დარტყმა წუთში სულ მცირე 10 წუთი. საბაზისო სიხშირე 100 და 110 დარტყმა წუთში მაჩვენებელს შორის და ხშირად არ არის დაკავშირებული ნაყოფის არაკეთილსაიმედო მდგომარეობასთან თუ არ არის არადამაკმაყოფილებელი ნიშნები.	ნაყოფის თავის კომპრესია. ნაყოფის ჰიპოქსია. ნაყოფის აციდოზი. ნაყოფის კარდიალური ბლოკადა. ჭიპლარის კომპრესია. გვიანი მეორე სტადიის მშობიარობა დედის ჭინთვებთან ერთად.
შემცირებული ან ვარიაბელობის არ არსებობა. ნაყოფის გულისცემის სიხშირის საბაზისო მდგომარეობას აქვს სწორი შესახედაობა.	ნაყოფის ძილის ეპიზოდები (ხშირად 40 წუთი ან ნაკლები); იშვიათად 2 საათის ხანგრძლივობით. ნაყოფის ჰიპოქსია აციდოზთან ერთად მედიკამენტის ეფექტი: ცენტრალური ნერვული სისტემის დეპრესანტი. ლოკალური ანესთეზიური საშუალებები.

გვიანი დეცელერაციები თანდათანობითი დეცელერაციები რომელსაც აქვს გარკვეული ფორმის გამოსახულება და არის თანმიმდევრული შეკუმშვებთან უდაბლესი წერტილის დაწყება 30 წამი ან მეტი. უდაბლესი წერტილი არის შეკუმშვების პიკის შემდეგ.	უტეროპლაცენტალური უკმარისობა, რომელიც შეიძლება გამოწვეული იყოს: დედის ჰიპოტენზიით ან ჰიპერტენზიით. ზედმეტი საშვილოსნოს აქტივობა, სპონტანური ან სტიმულირებელი პლაცენტის მიმაგრების დარღვევა როგორიცაა პლაცენტის აცლა ან პლაცენტის ჩაზრდა. დედის დიაბეტი. დედის მძიმე ანემია. დედის გულის დაავადებები.
ვარიაბელური დეცელარცია შეიძლება მოხდეს სწრაფი დაწყებით და დამთავრებით პერიოდული ან არაპერიოდული(უწესრიგო) მახასიათებლებით. არადამაკმაყოფილებელი თუ: ეცემა 60 დარტყმა წამზე ნაკლებზე, 60 წამზე მეტი საბაზისო მაჩვენებელზე დაბრუნება არის გახანგრძლივებული გადაცდენები (დეცელერაციის შემდეგ აჭარბებს საბაზისო დონეს). შეიძლება იყოს თანდართულია ტაქიკარდია, ვარიაბელობის დაკარგვა ან ორივე ერთად	ჭიპლარის კომპრესია, რომელიც შიძლება გამოწვეული იყოს: ჭიპლარის მარყუჟის გამოვარდნით. ჭიპლარის შემოგრეხით. ჭიპლარი შემოხვეული ნაყოფის სხეულის ნაწილებს. ოლიგოჰიდრამნიონი (ანომალიურად მცირე რაოდენობსი ამნიონური სითხე). ჭიპლარი ნაყოფსა და დედას საშვილოსნოს ან მენჯს შორის, გამოვარდნის ნიშნების გარეშე. ჭიპლარის კვანძი.

არადამკმაყოფილებელი ნიშნები უფრო მნიშვნელოვანია თუ ისინი ერთად ხდება და მუდმივია. მაგალითად,ბრადიკარდია 3 დარტყმა/წთ-ში ნაკლები ვარიაბელობით და გვიანი დეცელერაცია ერთად მიგვანიშნებს ნაყოფის უფრო დიდ სტრესზე ვიდრე მხოლოდ ბრადიკარდია. ტაქიკარდია ჩვეულებრივ არ არის მუდმივი გაურკვეველ (საეჭვო) კატეგორიაში და შეიძლება შეგვხვდეს სხვა დამაკმაყოფილებელ ნიშნებთან ერთად.ჯანმრთელ ნაყოფს შეიძლება ჰქონდეს დროგამოშვებითი გვიანი დეცელერაცია, მაგრამ გვიანი დეცელერაციის მუდმივი ნიშნები უფრო მეტად წარმოადგენს ნაყოფის არაკეთილსაიმედო მდგომარეობას,განსაკუთრებით თუ ის სხვა არადამაკმაყოფილებელ ნიშნებთან ერთად არის.არადამაკმაყოფილებელ ნიშნების მაგალითებია:

- ტაქიკარდია
- ბაზალური რიტმის ვარიაბელობის არ არსებობა
- განმეორებითი ვარიაბელური დეცელერაციები
- ბრადიკარდია
- სპონტანური ან მედიკამენტებით სტიმულირებული ჰიპერტონუსული საშვილოსნოს აქტივობა.

არადამაკმაყოფილებელი ნიშნები ყოველთვის არ მიგვანიშნებს რომ მშობიარობა უნდა დასრულდეს სასწრაფოდ. რამდენიმე ჩარევა შეიძლება გამოვიყენოთ რომ დავაზუსტოთ ნაყოფის მდგომარეობა და განვსაზღვროთ მოქმედების საუკეთესო გზა. სწორად შერჩეულმა ჩარევებმა შეიძლება გაზარდოს ნაყოფის ოქსიგენაცია.

მონაცემების განმარტება

ორი მეთოდი გამოიყენება მშობიარობის პერიოდში, ვიბროაკუსტიკური სტიმულაცია(VAS) და ნაყოფის თავის ქალის სტიმულაცია. ჭიპლარის სისხლის აირების და pH ანალიზი კეთდება დაბადებიდან მალევე.

ვიბროაკუსტიკური სტიმულაცია - ვიბროაკუსტიკური და უბრალოდ აკუსტიკური(ან ბგერა) სტიმულაცია შეიძლება გამოყენებული იყოს ექთნის, ექიმის ან ბებია ქალის მიერ როგორც ნაყოფის სტიმულაციის თავდაპირველი მეთოდი ან მაშინ თუ ნაყოფის თავის სტიმულაცია უკუნაჩვენებია.

ხელოვნური ლარინქსი ან ვიბროაკუსტიკური სტიმულატორი გამოიყენება დედის მუცლის ქვედა ნაწილზე და ირთვება 3 წამი. დამაკმაყოფილებელი პასუხი არის აცელერაცია რომელიც პიკს აღწევს 15 დარტყმით/წთ-ში 15 წამი ან მეტი დროით. პასუხის არარსებობა, არ არის აუცილებელი ასახავდეს რომ ნაყოფი განიცდის ჰიპოქსიას ან აციდოზს.

სურათი 4-14, ნაყოფის სკალპის სტიმულაცია ეხმარება აღმოაჩინოს ნაყოფი რეაგირებს თუ არა ნაზ მასაჟზე. ნაყოფის გულისცემის სიხშირის აცელერაცია პიკს ახწევს 15 დარტყმა წუთით საბაზისო მაჩვენებლიდან და მიანიშნებს რომ ნაყოფს აქვს ნორმალური ჟანგბადის და მჟავა-ტუტოვანი ბალანსი.აცელერაცია ხშირად ხდება ვაგინალური გასინჯვის დროს, რომელიც არ არის დაკავშირებული არადამაკმაყოფილებელ ნაყოფის გულისცემსი სიხშირის ნიშნებთან.

ნაყოფის თავის ქალის სტიმულაცია - ნაყოფის თავის ქალის სტიმულაცია გამოიყენება რომ განსაზღვროს ნაყოფის პასუხი ტაქტილურ სტიმულაციაზე. ექთანს, ექიმს, ბებია ქალს შეუძლიათ ჩაატარონ პროცედურა. გამომცდელი აწვება ნაყოფის თავის ქალას (ან ნებისმიერ წინამდებარე ნაწილს) ხელთათმანიანი თითით(ან თითებით) და წრიული მოძრაობით თითებს უსვავს. ნაყოფის გულისცემის სიხშირის აცელერაცია , როგორც ვიბროაკუსტიკური სტიმულაციის დროს, არის დამაკმაყოფილებელი პასუხი და მიანიშნებს რომ ნაყოფი ოქსიგენაცია და მჟავა-ტუტოვანი ბალანსი ნორმის ფარგლებშია. აცელერაცია ხშირად უფრო გვიანია ვიდრე უცაბედი.

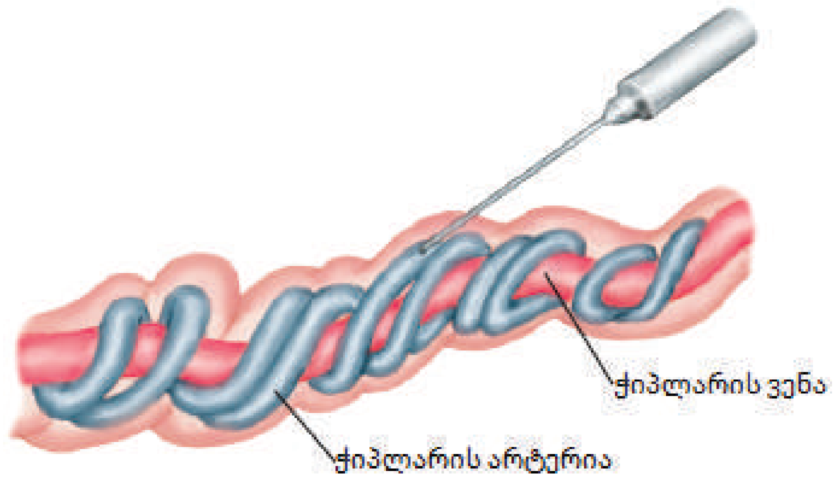
ნაყოფის თავის ქალის სტიმულაცია არ კეთდება ზოგიერთ შემთხვევაში:

- ნაადრევი ნაყოფი (შეიძლება გამოიწვიოს შეკუმშვები)

- გახანგრძლივებული სანაყოფე წყლების დაღვრა(მაღალი რისკია ინფექციების)
- ქორიოამნიონიტი (საშვილოსნოსშიდა ინფექცია)
- პლაცენტა პრევია(პლაცენტა ფარავს ყელს და შეიძლება სისხლდენა გამოიწვიოს)
- დედის გაურკვევლი წარმოშობის ცხელება (შესაძლოა საშვილოსნოს მიკროორგანიზმით დაბინძურება)

ნაყოფის თავის ქალის სისხლის ნიმუში - ხანდახან ექიმმა შეიძლება აიღოს სისიხლის ნიმუში ნაყოფის თავის ქალიდან რომ გამოიკვლიოს pH. ნორმალური ნაყოფის თავის ქალის pH არის 7.25-დან 7.35-მდე.

ჭიპლარის სისხლის აირები და pH- ჭიპლარის სისხლის ანალიზი გამოიყენება რომ შეფასდეს ნაყოფის ოქსიგენაცია და მჟავა-ტუტოვანი ბალანსი დაბადების შემდეგ მალევე. ამ ანალიზით განისაზღვრება ნაყოფის სისხლის pH, ნახშირორჟანგის პარციალური წნევა(Pco2) ჟანგბადის პარციალური წნევა (Po2) და ბიკარბონატის დონე და ტუტის დეფიციტი. ეს ანალიზი საშუალებას გვაძლევს გავარკვიოთ არის თუ არა აციდოზი და არის თუ არა ის რესპირატორული (მოკლე- ხნიანი) თუ მეტაბოლური (გახანგრძლივებული) ან შერეული. ნომრალური ჭიპლარის სისხლის აირებმა და pH -მა შეიძლება დაამტკიცოს რომ ნაყოფი ნორმალურად უძლებს სამშობიარო სტრესებს,თუნდაც ნაყოფის მონიტორინგის ნიშნები იყოს გაურკვეველი და არადამაკმაყოფილებელი. არტერიული ჭიპლარის სისხლის საუკეთესოდ ასახავს ნაყოფის ოქსიგენაციას ,რადგან ეს სისხლი გამოედინება ნაყოფიდან პლაცენტისკენ.



სურათი 4-15 ჭიპლარის სისხლის ნიმუშის აღება აირების და pH ბალანსისთვის დაბადების შემდეგ. ნიმუში აღებულია ჭიპლარის არტერიებიდან , ჭიპლარის ვენიდან ან ორივედან. ნიმუში დახურულ კონტეინერში შეიძლება შევინახოთ 60 წუთამდე ოთახის ტემპერატურაზე და 3 საათი ყინულზე

დაბადებისთანავე ჭიპლარი ორ ადგილას იკეტება (დაბადებიდან 20-30 წამის განმავლობაში) და გადასაჭრელი ნაწილი რჩება 10-30 სმ სეგმენტი. ჭიპლარის არტერიიდან (დეოქსიგენირებული) აღებული სისხლის ნიმუში, გვაჩვენებს ყველაზე მნიშვნელოვან ინფორმაციას ახალშობილის მჟავა-ტუტოვანი ბალანსის შესახებ. აღებული სისხლის მასალა უნდა მოთავსდეს ჰეპარინებულ ჭურჭელში რომ დავიცვათ კოაგულაციისგან; ამასთან ჭურჭელი უნდა იყოს თავდახურული რომ თავიდან ავიცილოთ მონაცემების ცვლილება ნიმუშის ოთახის ჰაერთან კონტაქტით (სურათი 4-15). ოთახის ტემპერატურაზე დატოვებული ნიმუში ვარგისია აღებიდან 60 წუთამდე პერიოდში.

ინტრევენციები არადამაკმაყოფილებელი (კატეგორია III) ნიშნების დროს

რამდენიმე მოვლის ან სამედიცინო ჩარევის პროცედურა შეიძლება დაინიშნოს თუ ნაყოფის არადამაკმაყოფილებელი (პათოლოგიური) გულისცემის ნიშნები არსებობს. მოქმედებები მიმართულია არადამაკმაყოფილებელი ნიშნების წარმოშობის გარკვევასა და მათ აღმოფხვრაზე რათა გავაუმჯობესოთ ნაყოფის ოქსიგენაცია რამდენიმე შესაძლო ჩარევის ხარჯზე.

მიზეზის დადგენა. ჩანაწერზე კარგად დაკვირვებამ, შეიძლება მიგვანიშნოს პათოლოგიური გულისცემის ნიშნების მიზეზებსა და მათ აღმოსაფხვრელად საჭირო ყველაზე შესაფერის ჩარევებზე. მაგალითად, გვიანი დეცელერაციების ნიშნები მიგვანიშნებს უტეროპლაცენტალურ უკმარისობაზე. თუმცა უტეროპლაცენტალური უკმარისობა შეიძლება გამოწვეული იყოს მეორადად სხვადასხვა მიზეზებით, როგორიცაა დედის ჰიპოტენზია და საშვილოსნოს გაზრდილი აქტივობები.სხვადასხვა მიზეზები საჭიროებს სხვადსხვა ჩარევებს. დედის სასიცოცხლო მაჩვენებლების შემოწმება გვაჩვენებს ჰიპოტენზიას,ჰიპერტენზიას და ცხელებას. დედის სედატიურმა მედიკამენტებმა შეიძლება შეცვალოს ვარიაბელობა კარგად ოქსიგინირებულ ნაყოფშიც კი.

საშოსმხრივმა გასინჯვამ შეიძლება გვაჩვენოს ჭიპლარის მარყუჟის გამოვარდნა,რომელიც შეიძლება იყოს ვარიაბელური დეცელერაციების ან/და ბრადიკარდიის მიზეზი, თუ ჭიპლარი კომპრესირებულია.საშოსმხრივი გასინჯვა ასევე აფასებს ქალის სამშობიარო სტატუსს, რაც ეხმარება მშობიარობის დამსწრე ექიმს მიიღოს გადაწყვეტილება მშობიარობის გაგრძელების შესახებ.მაგალითად, მშობიარობა შეიძლება გაგრძელდეს ან დასრულდეს მაშებით ან ვაკუუმ ექსტრაქციით თუ არადამაკმაყოფილებელი ნიშნები ვლინდება გვიანი მშობიარობის დროს. თუ იგივე არადამაკმაყოფილებელი ნიშნები ნარჩუნდება მშობიარობის დასაწყისშივე, მიუხედავად მათ გამოსასწორებლად მიმართული ჩარევისა, მშობიარობის საკეისრო კვეთით დასრულება უფრო სავარაუდოა.

აღსანიშნავია, რომ საშვილოსნოსშიდა მონიტორინგი ხშირად მეტად ზუსტად გადმოგვცემს ნაყოფის არადამაკმაყოფილებელ მდგომარეობას, ვიდრე გარეგანი მოწყობილობა.

ნაყოფის თავის კეფის ელექტროდი გვაძლევს უფრო გარკვეულ სურათს ვარიაბელობის შესახებ, ხოლო საშვილოსნოსშიდა წნევის მონიტორინგი საშუალებას გვაძლევს ყველაზე ზუსტად განვსაზღვროთ არსებული შეკუმშვების სიძლიერე და მოსვენებული ტონუსი.

ნაყოფის ოქსიგენაციის გაუმჯობესება- მოათავსეთ ქალი არამწოლიარე პოზიციაში რომ შევუმსუბუქოთ აორტოკავალური კომპრესია, რომელმაც შეიძლება შეამციროს პლაცენტის სისხლის დინება და დედის დისკომფორტი გააუარესოს. გაზრდილამა ინფუზიამ, როგორიცაა ლაქტატის რინგერის ხსნარი, ზრდის დედის სისხლის მოცულობას პლაცენტის უკეთესი პერფუზიისთვის თუ დედის ჰიპოტენზიაა სახეზე.

საშვილოსნოს აქტივობა ამცირებს სისხლის მიდინებას ხაოთაშორის სივრცეში და თუ ნაყოფს სტრესის გამკლავებისთვის მცირე რეზერვი აქვს, მან შეიძლება ნორმალურ შეკუმშვებსაც ვერ გაუძლოს. პერსისტირებულმა ჰიპერტონურმა საშვილოსნსო აქტივობებმა შეიძლება ნაყოფის მდგომარეობა გააუარესოს ნორმალური რეზევის შემთხვევაშიც კი. თუ ქალი იღებს ოქსიტოცინს, შეიძლება შევუწყვიტოთ ან მისი გაკეთების სიჩქარე შევამციროთ, ისე, რომ საშვილოსნოს აქტივობის სტიმულაცია აღარ ხდებოდეს. ტოკოლიტიკური მედიკამენტი, როგორიცაა ტერბუტალინი (0.125 - 0.25 მგ ინტრავენურად (IV) ან 0.25 კანქვეშ (SQ) შეიძლება გამოვიყენოთ, რომ შევამციროთ საშვილოსნოს აქტივობა.

ნაყოფის სისხლის ოქსიგენაცია შესაძლოა გაუმჯობესდეს,დედისთვის ნიღბით 100%-იანი ჟანგბადის მიწოდებით (ჩვეულებრივ მოწოდებული სიჩქარე არის 8-10 ლიტრი წუთში (ლ/წთ)).

ოქსიგენაცია შესაძლოა გაუმჯობესდეს ჭიპლარის კომპრესიის შემცირებით. თუ ჭიპლარის კომპრესიაზეა ვარაუდი მაშინ ქალის პოზიციის ცვლილება რეკომენდებულია. ის შეიძლება გადავატრიალოთ გვერდიდან გვერდზე ან მისი მენჯები ისე ავწიოთ რომ ნაყოფის წინამდებარე ნაწილი გადაიხაროს დიაფრაგმისკენ. ხელების და ფეხების პოზიციამ შეიძლება შამციროს ჭიპლარზე კომპრესია რომელიც ნაყოფის უკან არის მოქცეული. სანამ საყურადღებო ნიშნები არ გამოსწორდება, შიძლება საჭირო გახდეს პოზიციის რამდენიმე ცვლილება.

პაციენტის მოვლის პროცესის აპლიკაცია

ხანგამოშვებითი აუსკულტაცია და ნაყოფის ელექტრონული მონიტორინგი

ნაყოფის ხანგამოშვებითი აუსკულტაციით ან ელექტრონული მონიტორინგით შეფასება დამატებით ანტენატალური და ინტრანატალური პერიოდის მოვლის სპეციალობის განათლებას საჭიროებს. ახალი ექთანი ან სტუდენტი ხშირად უვლის პაციენტს გარეგანი მონიტორის გამოყენებით და მონაწილეობს დედის სასიცოცხლო ნიშნების ჩაწერისა და მონიტორინგის პროცესში. ასევე, ისინი მონაწილეობენ ქალის რეპოზიციონინებასა და მოძრაობაში, მაგრამ გაურკვეველი ან არადამკამყოფილებელი მაჩვენებლების დაფიქსირებისას, მაგალითად, ბრადიკარდიისას, პაციენტთან უნდა მობილიზდეს მეტად გამოცდილი გუნდი.

სურათი 4-16 ექთანი ასწავლის ქალს და მის პარტნიორს ელექტრონული ნაყოფის მონიტორის გამოყენების შესახებ, რომ შეამციროს შფოთვა და შეუქმნას კომფორტი მშობიარობის დროს. ექთანი უნდა ეხმარებოდეს ქალს გაგებაში რომ ელექტრონული ნაყოფის მონიტორინგი არის ერთადერთი მეთოდი გამოყენებული რომ შეფასდეს ნაყოფის კარგად ყოფნა მშობიარობის დროს.

შეფასება

გავარკვიოთ: ქალმა და მისმა თავმდგმურმა რა იციან აუსკულტაციის და ნაყოფის ელექტრონული მონიტორინგის შესახებ. ქალს, რომელსაც გავლილი აქვს მშობელთა სკოლა ან უკვე ნამშობიარებია შეიძლება ჰქონდეს მშობიარობასთან დაკავშირებული საბაზისო ცოდნა. იმის გარკვევა თუ რა იცის პაციენტმა, საშუალებას გვაძლევს რომ ქალის ცოდნა შესაბამისად შევავსოთ.

ცოდნის ნაკლებობა იწვევს აფორიაქებას. აღნიშნეთ ქალის აფორიაქების დონე,როცა მონიტორის გამოყენება ხდება. მოინიშნეთ ქალის კითხვები მონიტორთან და მის მონაცემებთან დაკავშირებით და უპასუხეთ, შემდეგ კი გადაამოწმეთ თუ კიდევ დარჩა რამე გაურკვეველი, რაც იწვევს ქალის ნერვიულობას.

საექთნო დიაგნოზები

ბევრი ქალი ელოდება ნაყოფის უწყვეტ ელექტრონულ მონიტორინგს მშობიარობის დროს. ისინი ამის შესახებ იგებენ მშობელთა სკოლის გავლის დროს ან მეგობრებისა და ოჯახის წევრებისგან, რომელთაც ჰქონდათ ნაყოფის ელექტრონულ მონიტორინგთან შეხება. ქალების უმეტესობას აქვთ დამატებით კითხვები და ზოგიერთმა ქალმა მცირედი თუ იცის ამ ფორმით ნა-

ყოფის მეთვალყურეობაზე. სხვებს შეიძლება გაუკვირდეთ იმის გაგონება რომ ხანგამოშვებითი აუსკულტაცია კიდევ კეთდება.

მშობიარობის დროს ნაყოფის ელექტრონული მონიტორინგის რუტინულოაბამ, გააჩინა ახალი საექთნო დიაგნოზი: "ნაყოფის მონიტორინგის არასრული ცოდნა".

დაგეგმვა

ამ საექთნო დიაგნოზის დასმის შემდეგ საექთნო გეგმა მშობიარისა და მისი თანმხლები პირის განათლებას მიემართება. სწავლების შემდეგ ქალი და მისი პარტნიორი ავლენენ მოწყობილობის , პროცედურების, შეზღუდვების და მოსალოდნელი მონაცემების შესახებ ინფორმაციის არსებობას.

ჩარევა

მშობიარეს და მის თავმდგმურს აუხსენით ნაყოფის ელექტრონული მონიტორინგის რაობა. მშობლები მეტად მარტივად იგებენ თუ ვეტყვით, რომ მონიტორი არის ხელსაწყო, რომელიც აფასებს ნაყოფის რეაქციებს მშობიარობაზე, განსაკუთრებით შეკუმშვების დროს. დაარწმუნეთ ქალი რომ მისი გამოყენება არ ნიშნავს რომ რამე სჭირს მის ბავშვს. აუხსენით რატომ ვცვლით ნაყოფის შეფასების რეჟიმს(მაგალითად, ხანგამოშვებით მოსმენას ელექტრონული ნაყოფის მონიტორინგით. ასევე, ძალიან დაეხმარება თუ ავუხსნით, რომ ნაყოფის მონიტორის ჩანაწერი ასახვს ბევრი ფაქტორის შეფასებას.

მშობლების ინტერესების დაკმაყოფილება უსაფრთხოებასთან დაკავშირებით

აუხსენით მშობიარეს თუ როგორ ფუნქციონირებს მოწყობილობები.ზოგიერთი ქალი შეშინებულია რომ ელექტრონულ მოწყობილობაზეა შეერთებული , განსაკუთრებით იმის გამო, რომ კაბელები და ელექტროდები სველია ამნიონური სითხით და ვაგინალური გამონადენით.დაამშვიდეთ ქალი რომ მასზე დაკავშირებული და გარე დენის წყარო არის ერთმანეთისგან იზოლირებული.

ქალი შეიძლება დაინტერესებული იყოს თავის ქალის ელექტროდის მიმაგრებით წინამდებარე ნაწილთან. აჩვენეთ რომ ელეტროდი არის კაბელი,რომელიც მხოლოდ კანის გარეთა ფენაზე(დაახლოებით 1 მმ) ემაგრება. მშობიარეს ასევე აუხსენით რომ საშვილოსნოსშიდა წნევის კათეტერი არის მოთავსებული ნაყოფის გვერდით, საშვიალოსნოს კედლის შიდა მხარეს.

გამოსავალი არასწორი ინფორმაციის შემთხვევაში

ასწავლეთ ქალს რომ ხანდახან მონიტორი ინფორმაციას გვაწვდის რომელიც მიგვანიშნებს პრობლემაზე, როცა რეალურად პრობლემა არ არსებობს. მაგალითად, ნაყოფის გულისცემის სიხშირე შეიძლება უცებ დაეცეს ნულამდე და მოსმენადი ტონი შეიძლება გაჩერდეს თუ სენსორი (გარეთა ან თავის ქალი სელექტროდი) მოძვრება. პაციენტმა უნდა დაუძახოს ექთანს შესწორებისთვის ან სენსორის ხელახლა დამაგრებისთვის.

ქალი შიძლება თავს გრძნობდეს თავგზააბნეულად , რადგან ხაზები, რომლებიც ასახავენ შეკუმშვებს, არ არის ისეთი ძლიერი ჩანაწერზე, როგორც თვითონ გრძნობს. ეს სიტუაცია ხშირია გარეგანი გადამცემის გამოყენების შემთხვევაში. აუხსენით ქალს ის ფაქტორები, რომლებმაც შეიძლება გამოიწვიოს ხაზების გამოჩენა უფრო ძლიერად ან სუსტად ვიდრე სინამდვილეშია, მაგალითად მისი პოზიცია, ნაყოფის პოზიცია და ზომა ან მუცლის ცხიმის რაოდენობა. აუხსენით ქალს, რომ ელექტრონული ჩანაწერი ძირითადათ გამოიყენება შეკუმშვების დროის და არა მათი სიძლიერის მონიტორინგისთვის. ახსენით რომ საშვილოსნოსშიდა წნევის კათეტერი (შიდა ნაყოფის მონიტორი) რეკომენდირებულია თუ საშვილოსნოსშიდა წნევაზე ნამდვლი ცოდნა გადამწყვეტია და მისი მემბრანები დარღვეულია.

დაარწმუნეთ ქალი რომ მისი შეგრძნებები საკუთარ შეკუმშვებზე და დისკომფორტზე მნიშვნელოვანია. ქალისგან მიღებული ინფორმაცია იმდენადვე მნიშვნელოვანია როგორც მანქანებიდან მიღებული ინფორმაცია. პალპაცია გაუკეთეთ შეკუმშვებს და შეაფასეთ მათი გამოჩენა მონიტორის ჩანაწერზე.

თქვენი ყურადღება ბუნებრივად მიმართულებას იღებს მონიტორისკენ, როცა მშობიარის ოთახში შედიხართ. თუმცა, ეცადეთ ფოკუსირება მოახდინოთ ქალზე და მის ოჯახზე, ვიდრე გამოიჩინოთ ზედმეტი ყურადღება მოწყობილობის მონიტორზე. ქალი ატარებს ნაყოფს და არა მონიტორი.

მშობიარის თავმდგმურიც ჩართეთ მშობიარობის პროცესში

უთხარით პარტნიორს როგორ დააფიქსიროს შეკუმშვების დაწყება და პიკი ჩანაწერზე. აქტიური მშობიარობის დროს , ზოგიერთი ქალი აღმოაჩენს რომ შეკუმშვები ხდება ინტენსიური სანამ მოამზადებენ მას. თუ ეს არის პრობლემა , აუხსენით მხარდამჭერ ადამიანს რომ გააფრთხილოს ქალი თითოეული შეკუმშვის დაწყებისას და მოამზადოს ქალი ამისთვის. ამ ადამიანს ასევე შეუძლია გაამხნევოს დედა იმის თქმით რომ შეკუმშვების პიკმა გადაიარა.

შემთხვევის გარჩევა 4-1	პაციენტის მოვლის გეგმა
გლენდა არის 30 წლის აფრო-ამერიკელი ქალი . მეორე ორსულობა, ერთი მშობიარობა და ჰყავს 7 წლის ბიჭი. გლენდას ჰქონდა ორსულობის ადრეული ეტაპიდან რეგულარული ანტენატალური მეთვალყურეობა.ორსულობის ბოლო თვეს ჩაიტარა რამდენჯერმე ბიოფიზიკური პროფილი , მცირედი არტერიული წნევის მატების გამო.	ჩარევა და რაციონალიზაცია 1. შეაფასეთ პაციენტის არსებული ცოდნა და აღქმა თუ რატომ გამოიყენება ნაყოფის ელექტრონული მონიტორინგი. ეს ხელს უწყობს არსებული ცოდნის გამყარებას და ნებისმიერი გაუგებრობის გამოსწორებას.თერაპიული კომუნიკაცია ეხმარება ექთანს გაიგოს თუ როგორ აღიქვამენ მშობლები ხშირად გამოყენებულ ტექნოლოგიებს მშობიარობის განმავლობაში.
შეფასება: გლენდას მშობიარობა არის ინდუცირებული ოქსიტოცინით 37 კვირის გესტაციაზე პრეეკლამფსიის გამო. მიღებისას სისხლის წნევა იყო 148/94 mm Hg და განმეორებით შეფასებაზეც იყო იგივე. გლენდას ნაყოფის მონიტორინგი მიმდინარეობდა ნაყოფის ელექტრონული მონიტორინგის გზით. გლენდას თან ახლავს მეუღლე პოლი. გლენდამ აღნიშნა რომ მას და მის მეუღლეს არ გაუვლიათ მშობელთა სკოლა,რადგან ჩათვალეს რომ საკმარისად ახსოვდათ პირველი მშობიარობის გამოცდილება. კრისი არის გლენდას ექთანი მშობიარობის განმავლობაში.	2. აუხსენით ინფორმაცია მონიტორის შესახებ გლენდას და პოლს. დაარწმუნეთ რომ ნაყოფის მონიტორინგი არ ნიშნავს რომ პრობლემა აქვს გლენდას და მის ბავშვს. • მიზანი:რომ ჩავიწეროთ ნაყოფის საპასუხო რეაქცია მშობიარობაზე და ვიხელმძღვანელოთ შესაბამისი ჩარევების მეთოდებით თუ არადამაკმაყოფილებელი ნიშნების აღმოჩენა მოხდება. • უსაფრთხოება:მონიტორის სენსორები არის ელექტრონულად იზოლირებული ელექტრული დენიდან. ნაყოფის თავის ელექტროდი თუ გამოყენებულია ის აღწევს კანის გარეთა ფენას 0.1 სმ სისქით. საშვილოსნოსშიდა წნევის კათეტერი მდებარეობს ბავშვს და საშვილოსნოს კედელს შორის. • გაამხნევეთ გლენდა რომ დაიძახოს დახმარებისთვის თუ რამე დააინტერესებს მონიტორინგის შესახებ როგორიცაა მაგალითად როცა არ შეუძლია ნაყოფის გულისცემის ხმის მოსმენა. უთხარით, რომ ექთანი მიეხმარება მონიტორის მორგებაში. სენსორები, განსაკუთრებით გარეთა მოწყობილობები, მარტივად გადაადგილდება მიმაგრების ადილებიდან. შემზადება გლენდასი და პოლის რომ ეს შეიძლება მოხდეს ამცირებს მათ შიშს თუ ნაყოფის გულისცემას ველარ გაიგებენ.

	• გაამხნევეთ გლენდა რომ იმოძრაოს თავისუფლად. აუხსენით რომ უნდა მოშარდოს ყველაზე მცირე ყოველ 2 საათში და რომ ექთანი დაეხმარება მიაგორებინოს მონიტორი საბაზანოს კართან ან დროებით გამოაერთოს სენსორები. დედის მოძრაობა და რეგულარული შარდვა. ქალი უფრო ნერვიულობს და არაკომფორტულად არის თუ მეტად არის კონცენტრირებული მონიტორზე, ვიდრე თვითონ მშობიარობაზე.
კრიტიკული აზროვნება: რომელი დიაგნოზი არის შესაფერისი ამ დროს? ექთანმა უნდა გაითვალისწინოს საწყისი დიაგნოზი?	შეფასება: გლენდამ და პოლმა აღნიშნეს, რომ ისინი მოელოდნენ ელექტრონულად ნაყოფის მონიტორინგს მშობიარობის დროს და მათთვის ნაცნობია გარეთა მონიტორი,რადგან მსგავსი მოდელი გამოყენებული იყო ბიოფიზიკური პროფილის დროს .გლენდა თანხმდება რომ გამოიყენოს შიდა მონიტორი თუ ამის საჭიროება იქნება, რადგან ესმის რომ უფრო მეტი სიზუსტე არის მნიშვნელოვანი მისი მომატებული რისკის გამო.
პასუხი: მიუხედავად იმისა რომ გლენდას და პოლის წინა ორსულობა წარმატებით დასრულდა,ექთანმა არ უნდა დაუშვას რომ მათ ამ ეტაპზე იციან ნაყოფის მონიტორინგის მოწყობილობის გამოყენება, რადგან მათი შვილი დაიბადა 7 წლის წინ.ის ფაქტი, რომ მათ არ გაუვლიათ წინასამშობიარო კლასები შეიძლება ნიშნავდეს რომ საჭირო გახდეს მათთვის ახსნა თუ როგორ გამოიყენონ ელექტრონული ნაყოფის მონიტორინგი. მშობიარობის დროს, განსაკუთრებით მაშინ თუ მოწყობილობა განსხვავდება იმისგან, რაც გამოიყენეს ბიოფიზიკური პროფილის გაკეთების დროს.	
დიაგნოზი:ცოდნის დეფიციტი:ელექტრონული ნაყოფის მონიტორინგი	
მოსალოდნელი გამოსავალი: გლენდა და პოლი დაადასტურებენ რომ ესმით მიზეზი თუ რატომ გამოიყენება ელექტრონული მონიტორინგი,-მასთან დაკავშირებული მოწყობილობა და პროცედურები და მონაცემები რომლის მოლოდინიც აქვთ.	

შეუქმენით კომფორტი მშობიარეს

მშობიარეზე ზრუნვა მოიცავს ისეთი გზების პოვნას რომლიც დაეხმარება დედას კომფორტულად იგრძნოს თავი და მონიტორი ნაკლებ ნაწილს იკავებდეს. ასწავლეთ ქალს გზები როგორ გაიუმჯობესოს კომფორტი, ისე რომ თან შესაძლებელი იყოს შესაბამისი ჩანაწერის გაკეთება.

აუხსენით რომ ერთ პოზიციაში დარჩენა არა მხოლოდ არაკომფორტულია, არამედ მშობიარობისაც არ უწყობს ხელს. მშობიარობისას ქალს შეუძლია ნებისმიერი პოზიციაში ყოფნა გარდა ზურგზე წოლისა. მას შეუძლია სკამზე დაჯდომა, საწოლის გვედზე დგომა, და საწოლში უმეტესი პოზიციები. მან უნდა მონახოს მისი ყველაზე კომფორტული პოზიცია, შემდეგ ექთანმა შეიძლება მორარგოს გარეთა გადამცემი ისე რომ საუკეთესოდ მოხდეს შეკუმშვების და ნაყოფის გულისცემის დეტექცია. ნაყოფის მონიტორინგის შიგნითა მოწყობილობა შეიძლება იყოს არჩევანი თუ გარეთა მოწყობილობა ისე არ ერგება მშობიარეს, რომ სასარგებლო ინფორმაცია მოგვცეს.

თუ ქალს მონიტორის ხმა აღიზიანებს, მაშინ ხმას ან დაბლა ვწევთ ან ვრთავთ. თუ რამე უკუჩვენება არ არსებობს სიარულზე, ქალს შეუძლია შევიდეს აბაზანაში მოსაშარდად ან დეფეკაციისთვის. საჭიროებისას მოვხსნათ სენსორი ქალს და საშუალება მივცეთ მას აბაზანაში ან საპირფარეშოში შევიდეს, შემდეგ კი ხელახლა დავამაგროთ გადაცემები. სხვა ალტერნატივა არის მივაგოროთ მოწყობილობა აბაზანის კართან და შევინარჩუნოთ კაბელები შეერთებული.

ნაყოფის ოქსიგენაცია

შეფასება

ნაყოფის გულისცემის შემოწმების პერიოდულობა დამოკიდებულია რისკის ხარისხზე

- დაბალი რისკის ქალი ყოველი 30 წუთში აქტიური ფაზის დროს და ყოველი 15 წუთში მეორე სტადიის დროს.
- მაღალი რისკის მქონე ქალში ყოველ 15 წუთში აქტიური ფაზის დროს და ყოველი 5 წუთში მეორე სტადიის განმავლობაში.

ამერიკის მეანობის და გინეკოლოგიის კოლეჯის (ACOG) რეკომენდაციის თანახმად, ნაყოფის გულისცემის მონიტორინგის სიხშირე არ უნდა იყოს დამოკიდებული რისკის დონეზე და იგი უნდა ხდებოდეს:

- აქტიური პირველი სტადიის მშობიარობის პერიოდში ყოველი 15 წუთში.
- მეორე სტადიის მშობიარობის დროს ყოველი 5 წუთში.

ნახეთ ცხრილში 4.2 სხვა შემთხვევბი, როცა ნაყოფის გულისცემის სიხშირე უნდა გამოვიკვლიოთ და აღვწეროთ დოკუმენტში.

გაზომეთ ქალის სხეულის ტემპერატურა ყოველი 4 საათში ერთხელ (ყოველი 2 საათში მემბრანების დარღვევის შემდეგ) დედის ცხელება ზრდის ნაყოფის სტემპერატურას და ნაყოფის ჟანგბადის მოთხოვნილებას. ექთანმა უნდა შეაფასოს ქალის პულსის სიჩქარე, სუნთქვა და სისხლის წნევა საათობრივად. ჰიპოტენზიამ ან ჰიპერტენზიამ შეიძლება შეამციროს დედის სისხლის დინება ხაოთაშორის სივრცეში.

დედის და ნაყოფის შეფასება უწყვეტად მიმდინარეობს მშობიარობის დინამიური პროცესის განმავლობაში.

ნაყოფის ოქსიგენაციის პრობლემებთან დაკავშირებული საექთნო დიაგნოზები

ნაყოფის ელექტრონული მონიტორინგის დროს აღმოჩენილი ნაყოფის მდგომარეობის გაუარესება, რომელიც დაკავშირებულია ნაყოფის ოქსიგენაციის გაუარესებასთან, რომელიც.

დაგეგმვა

ოქსიგენაციის პრობლემის წარმოშობის შემთხვევაში ექთნის პასუხისმგებლობაში შედის:

- ნაყოფის ოქსიგენაციის უზრუნველყოფა.
- შესაბამისი ზომების მიღება,რათა გაიზარდოს ნაყოფის ოქსიგენაცია თუ არადამაკმაყოფილებელი ნიშნები იქნება აღმოჩენილი.
- შეატყობინოს არადამაკმაყოფილებლი ნიშნები ექიმს ან ბებია ქალს.
- შეფასების და მიღებული ზომების დოკუმენტირებულად აღნიშვნა.

ჩარევა

მშობლების გამხნევება

ნაყოფის არადამაკმაყოფილბელი ნიშნების აღმოცენებისას, მშობლები ძალიან ნერვიულობენ, რაც სრულიად გასაგებია.შეინარჩუნეთ სიმშვიდე რომ თავი ავარდითო მათ კიდევ მეტად აფორიაქებას.საჭიროების შემთხვევაში გამოიძახეთ ბლოკში დამატებითი პერსონალი.

მშობლებს აუხსენით ნებისმიერი პრობლემა და მიზეზი იმ მოქმედებების რასაც აკეთებთ სიტუაციის გამოსაწორებლად მარტივი გასაგები ენით. გაითვალისწინეთ, რომ აფორიაქება ამცირებს მშობლების შესაძლებლობას, გაიგონ ინფორმაცია. უთახრით როცა ნაყოფის გულისცემის რიტმი კვლავ დაუბრუნდება დამაკმაყოფილებელ მდგომარეობას. ზოგიერთი გამოსასწორებელი მოქმედება, როგორიცაა ჟანგბადის მიწოდება და პოზიციონირება შეიძლება გაგრძელდეს ნაყოფის დამაკმაყოფილბელი მდგომარეობის დაბრუნების შემდეგაც. უთხარით ქალს რომ მას შეუძლია საუბარი ჟანგბადის ნიღბის ტარების დროსაც.

მშობიარობის მიმღები პირის შეტყობინება

შეატყობინეთ მშობიარობის მიმღებ პირს არადამაკმაყოფილებელი ნიშნები რაც შეიძლება ჩქარა გამოსასწორებელი მოქმედების დასრულების შემდეგ ან თანამშრომელს სთხოვეთ შეატყობინოს ექიმს.

გააგრძელეთ გულის ცემის და დედის დაკვირვება მშობიარობამდე. თუ საკეისრო კვეთა საჭიროა,გააგრძელეთ მონიტორინგი აუსკულტაციით ან ელექტრონული საშუალებით სანამ საჭირო იქნება. მოაშორეთ შიდა გადამცემი სანამ ფეხებს მოათავსებთ უსაფრთხოდ საოპერაციო მაგიდაზე.აღნიშნეთ დრო როცა მონიტორინგი წყდება და მუცელზე განაკვეთი კეთდება.

მშობლებმა უნდა იცოდნენ	
ნაყოფის ელექტრონული მონიტორინგის შესახებ	
როცა ქალი იტარებს ელექტრონულ ნაყოფის მონიტორინგს, მათ ხშირად აქვთ კითხვები ექთნებთან. მოცემულია ზოგიერთი ხშირად დასმული კითხვები და შესაფერისი პასუხები. მონიტორთან ერთად გადაადგილება შემიძლია?	რატომ იცვლება ესე ხშირად ბავშვის გულისცემის სიხშირის ციფრები ესე ხშირად ? სრული ვადის ნაყოფის გულისცემა, რომელიც გაღვიძებულ მდგომარეობაშია იცვლება მუდმივად. როცა ბავშვი მოძრაობს,გული ჩქარდება, ისევე როგორც მოზარდის .როცა ბავშვი არის ძილის მდგომარეობაში სიხშირე მცირდება და სტაბილურდება.

თქვენ შეგიძლიათ თავისუფლად იმოძრავოთ მონიტორთან ერთად.თუ შეანჩნევთ რომ ნაყოფის გულისცემა აღარ ისმის ან შეკუშვებს ვეღარ გრძნობთ, დამიძახეთ რომ გამოვასწოროთ პრობლემა. მოეწყვეთ კომფორტულად და მერე ჩვენ შესაბამისად მოგარგებთ მონიტორს,თუ საჭირო გახდება.

რა მოხდება თუ აბაზანაში გასვლა მომინდება?

თუ აბაზანაში გასვლა მოგინდებათ, ჩვენ გამოვაერთებთ სადენს მოწყობილობიდან ან შეგვიძლია მივაგოროთ მონიტორი აბაზანის კართან და შეგიძლიათ იქ იაროთ თავისუფლად.

მონიტორი დენს დამარტყამს? არ ვიცი თუ მინდა ელექტრო მისამაგრებელი, განსაკუთრებით მას შემდეგ რაც სითხეები დავღვარე და სისხლიანი გამონადენი მაქვს.

მონიტორის ნაწილი რომელიც მიმაგრებულია თქვენზე და თქვენ ბავშვზე ინფორმაციას გადასცემს მოწყობილობას. სენსორები თქვენს სხეულზე განცალკევებულია მონიტორის ელექტრული ნაწილიდან.

რატომ არის ნაყოფის გულისცემა ესე სწრაფი?

ბავშვის გულისცემა ნორმალურად უფრო სწრაფია ვიდრე მოზარდის, მშობიარობამდე და მის მერე.ნორმალური სიხშირე ბავშვისთვის არის დაახლოებით 110-160 დარტყმა წუთში. ამ მონაცემებიდან გადახრა ყოველთვის არ ნიშნავს რომ ბავშვს პრობლემა აქვს ,მაგრამ მაინც ვუყურებთ მონიტორის ჩანაწერს რომ შევამჩნიოთ პრობლემა.

რას ნიშნავს შეკუმშვების ეს ციფრები რომელიც გამოსახულია გარე მონიტორზე?ისინი იცვლებიან განუწყვეტლივ.

ციფრები ასახავს წნევის ცვლილებას რომელსაც მონიტორი აღიქვავს.მონიტორზე გამოსახულია შეკუმშვების გარდა კიდევ ბევრი სხვა ცვლილებები, როგორიცაა ცვლილებები სუნთქვის, ხველის,სიცილის ან საკუთარი ან ბავშვის მოძრაობის.

ჩემი შეკუმშვები არ არის შესაფერისად ძლიერი,მაგრამ ჩემთვის ძლიერად გამოიყურება! (გარეგანი საშვილოსნოს აქტივობის მონიტორი გამოიყენება)

გარეთა მონიტორი აღიქვავს შეკუმშვებს არაპირდაპირი გზით, და არ აღიქვავს არსებულ წნევას საშვილოსნოში. მათი გამოსახულება განსხვავდება ბევრი ფაქტორის გამო, როგორიცაა თქვენი პოზიცია,სენსორის პოზიცია მუცელზე და თქვენი მუცლის კედლის სისქეზე.შეიძლება შეამჩნიოთ წვეტები ჩანაწერის ხაზზე ან ყრუ დარტყმის ხმა რეგულარული ინტერვალებით, როცა ბავშვს აქვს სლოკინი,რაც ძალიან ხშირია.

შიდა მონიტორი ტკივილს ხომ არ მიაყენებს ჩემ ბავშვს?

სპირალური ელექტროდი ემაგრება მხოლოდ ბავშვის კანის გარეთა ნაწილს.ჩვენ ძალიან ფრთხილად ვართ თავის მგრძნობაირე ადგილებში,როგორიცაა ყიფლიბანდები(რბილი ადგილები) ან სახე.საშვილოსნოს კათეტერი ნაყოფის გვერდით არის მოთავსებული .

ცხრილი 4.2

აუსკულტაციის გზით ნაყოფის გულისცემის სიხშირის შეფასების გზამკვლევი და მონაცემთა დოკუმენტირება	
ქალები რისკ-ფაქტორების გარეშე	**ქალები რისკ-ფაქტორებით, რომელიც მას ჰქონდა მიღების დროს ან განუვითარდათ მოგვიანებით**
აქტიური პირველი სტადიის მშბიარობა	
სულ მცირე ყოველ 30 წუთში, შეკუმშვების დასრულების შემდეგ.	სულ მცირე ყოველ 15 წუთში, შეკუმშვების დასრულების მერე

მეორე-სტადიის მშობიარობა	
სულ მცირე ყოველ 15 წუთში	სულ მცირე ყოველ 5 წუთში
სხვა პერიოდები,როცა უნდა ავღნიშნოთ დოკუმენტში ნაყოფის გულისცემის სიხშრე	
• ამნიოტომიამდე, ამნიონური მემბრანების რღვევის შემდეგ,გამოწვეული ჩარევით ან სპონტანურად. • მშობიარის გადაადგილებამდე და მის შემდეგ. • თუ შეკუმშვები გახდება უფრო ხშირი ან გახანგრძლივდება ან თუ არის არასაკმარისი ინტერვალი შეკუმშვებს შორის. • ოქსიტოცინის დანიშვნამდე ან დოზის დარეგულირებისთვის,როგორიცაა მომატება,შენარჩუნება ან შემცირება. • სედაციური მედიკამენტების,ცენტრალური ნერვული სისტემის დეპრესანტების დანიშვნამდე ან მათი მოქმედების პიკურ სტადიაში. • ეპიდურალური ანესთეზიის გაკეთებამდე და ყოველ 15 წუთში 1 საათის განმავლობაში დაწყებამდე.	

შემთხვევის შესწავლა 4-1	პაციენტის მოვლის გეგმა
შეფასება:კრისი ამაგრებს ნაყოფის გარეთა მონიტორს,რომელიც აჩვენებს არარეგულარულ სპონტანურ შეკუმშვებს. ნაყოფის გულისცემის სიხშირის საბაზისო მონაცემი საშუალოდ არის 125-135 დარტყმა წუთში აცელერაციასთან ერთად. ექთანი იწყებს ოქსიტოცინის შეყვანას მშობიარობის ინდუცირებისთვის. გლენდას სისხლის წნევა არის 160/96 mm Hg, პულსის სიხშირე არის 76 დარტყმა წუთში და სუნთქვის სიხშირე არის 18 წუთში. კრიტიკული აზროვნება: სჭირდება ექთანს სხვა მონაცემები ამ ეტაპისთვის? პასუხი: დამატებითი ინფორმაცია დაგვეხმარება გავარკვიოთ გლენდას სისხლის წნევის მომატება მოხდა ნერვიულობის თუ ტკივილის საპასუხოდ და თუ არის პრეეკლამფსიის გამოვლინება. გადამოწმება მისი სისხლის წნევის, თუ არის შესაძლებელი მანუალურად, მეტი სიზუსტისთვის,	4. დოკუმენტები, რომლებიც ასახავს რომ შეფასება მიმდინარეობს. დოკუმენტირება ორივეზე ჩანაწერზე და სამშობიარო ისტორიაში შესაძლებლობას იძლევა რომ ერთი და იგივე ინფორმაცია ორ ადგილას ინახებოდეს და მოხდეს ორიგინალი ჩანაწერის ცალ-ცალკე გამოყენება. გამოიყენეთ ოთხ საფეხურიანი მიდგომა რომ შეაფასოთ ჩანაწერი რაც საშუალებას მოგვცემს რომ სისტემურად დავალაგოთ, რაც ასევე საშუალებას მოგვცემს შევაფასოთ ნაყოფის საპასუხო რეაქციები მშობიარობაზე. • საბაზისო ნაყოფის გულისცემის სიხშირე:ტაქიკარდია შეიძლება იყოს ადრეული პასუხი ჰიპოქსიაზე. ბრადიკარდია შეიძლება განვითარდეს ვაგალური სტიმულაციის ან გახანგრძლივებული ჰიპოქსიის საპასუხოდ. • ვარიაბელობა: ნორმალური ვარიაბელობა მიანიშნებს რომ ნაყოფი არის კარგად ოქსიგინირებული და არ არის აციდოზში.

მცირე ხნით დაისვენებს შემდეგ ოქსიტოცინის ინფუზიის დაწყება უზურუნველყოფს მეტ ინფორმაციას გლენდას კლინიკურ მდგომარეობაზე. ექთანმა უნდა შეამოწმოს გლენდა ჰიპერაქტიურ რეფლექსებზე და შეშუპებაზე,განსაკუთრებით სახეზე და თითებზე	• პერიოდული ცვლილებები:აცელერაციები, დეცელერაციები (აღნიშნეთ დამოკიდებულება პერიოდული ცვლილებების ნაყოფის მოძრაობასთან) ,შეკუმშვებთან და ქალის სტატუსზე და აქტივობაზე. აღნიშნეთ არაპერიოდული (უწესრიგო) აცელერაციები ან ვარიაბელური დეცელერაციები. აცელერაციები არის დამაკმაყოფილებელი ნიშანი რომ ნაყოფის მდგომარეობა სტაბილურია. ადრეული დეცელერაციები არის საპასუხო რეაქცია თავის კომპრესიის. გვიანი (უტეროპლაცენტალური უკმარისობა) და ვარიაბელური (ჭიპლარის კომპრესია) დეცელერაციები არის არადამაკმაყოფილებელი. ექთანი უნდა ეცადოს რომ გაარკვიოს თუ რა არის მიზეზი, გამოასწოროს თუ შესაძლებელია და მიიღოს ზომები რომ გააუმჯობესოს ნაყოფის ჰიპოქსია. • საშვილოსნოს აქტივობა: შეაფასეთ სიხშირე და ხანგრძლივობა გარეგანი ან შიდა გადამცემის საშუალებით. როცა გარეგანი საშვილოსნოს აქტივობის მონიტორინგი კეთდება, გასინჯეთ პალპაციით სამი ან მეტი შეკუმშვა. აღნიშნეთ საშვილოსნო დუნდება თუ არა შეკუმშვებს შორის სულ მცირე 60 წამის განმავლობაში. თუ საშვილოსნოს შიდა კათეტერი გამოიყენება ,წაიკითხეთ შეკუმშვების ინტენსივობა და საშვილოსნოს მოსვენებითი ტონუსი თავის ქალის ჩანაწერიდან. გამოთვალეთ მონტევედოს ერთეულებით თუ არის ამის პოლისი საავადმყოფოში. შეკუმშვების არსებობა რომელიც არის მნიშვნელოვნად ხანგრძლივი (მეტი ვიდრე 90-120 წამი ხანგრძლივობის) ან ხშირი (მიახლოვებული ყოველ 2 წუთში) მოსვენებული ინტერვალი ნაკლები ვიდრე 30 წამი ან საბაზისო (მოსვენებითი) საშვილოსნოს შიდა წნევა მეტი ვიდრე 20 mm Hg ამცირებს იმ დროს როცა ხდება უტეროპლაცენტალური მიმოცვლა. დიაბეტის და ორსულობით-გამოწვეული ჰიპერტენზიის გამო, უტეროპლაცენტალური მიმოცვლა შეიძლება შემცირდეს მშობიარობის დაწყებამდე. ოქსიტოცინი ასტიმულირებს საშვილოსნოს და ამატებს რისკს. 5. თუ არადამაკმაყოფილებელი ნიშნები განვითარდება , მიიღეთ შესაბამისი გამოსასწორებელი გადაწყვეტილებები, როგორიცაა ოქსიტოცინის შეწყვეტა, გაზარდეთ ინტრავენური სითხის გადასხმის , პოზიცია შეუცვალეთ გლენდას და მიაწოდეთ ჟანგბადი. შეატყობინეთ ექიმს არადამაკმაყოფილებელი ნიშნების არსებობის შესახებ, გამოსასწორებელი მოქმედებების შესახებ და მიღებული შესაბამისი ქმედებები და ასევე ნაყოფის შესაბამისი საპასუხო რეაქციები. ახალი გადაწყვეტილებები მიიღეთ. პირველი პრიორიტეტი არის რომ ალმოვაჩინოთ მიზეზი თუ რამ გამოიწვია ნაყოფის არაკეთილსაიმედო მდგომარეობა და გავაუმჯობესოთ ნაყოფის ოქსიგენაცია. უნდა მოხდეს ექიმის შეტყობინება დედის

	და ახალშობილის მდგომარეობის სტატუსზე საჭირო სამედიცინო დანიშნულებისთვის და დამატებით ჩარევისთვის რაც შეიძლება ჩქარა.
მოსალოდნელი გართულება:ნაყოფის არაკეთილსაიმედო მდგომარეობა. მოსალოდნელი გამოსავალი: მხოლოდ ექთნის მიერ ნაყოფის მოსალოდნელი გამოსავალის შეფასება არასაკმარისია, რადგან ექთნებს არ შეუძლიათ დამოუკიდებლად მართონ ნაყოფის არაკეთილსაიმედო მდგომარეობა. ექთნების გეგმები გლენდას მდგომარეობის მართვაზე უნდა მოიცავდეს შემდეგს: 1. შეაფასეთ ნაყოფის გულისცემის სიხშირის და საშვილოსნოს აქტივობის მონაცემები საბაზისო დონესთან მიმართებაში სანამ დაიწყებთ ოქსიტოცინის ინფუზიას 2. უზრუნველყავით ნორმალური ნაყოფის ოქსიგენაცია 3. იმოქმედეთ შესაბამისად რომ გამოასწოროთ არადამაკმაყოფილებელი მონაცემები 4. შეატყობინეთ გლენდას ექთანს თუ არადამაკმაყოფილებელი ნიშნები განვითარდება.	შეფასება: მიზნები არ არის მიმართული კოლაბორაციული პრობლემებისთვის. ქრისმა შეადარა მონაცემები ნაყოფის მონიტორიდან და ასევე წინა შეფისების საბაზისო მონაცემების სანამ გლენდა დაიწყებდა ოქსიტოცინის მიღებას შეკუმშვების დაწყებისთვის. ოქსიტოცინით ინდუქციისგან პირველ 4 საათში,ნაყოფის გულისცემის სიხშირე ნარჩუნდება საბაზისო დონესთან 125-135 დარტყმა წუთში, ვარიაბელობით საშუალოდ 10 დარტყმა წუთში.ნაყოფის გულისცემის სიხშირის აცელერაცია გრძელდება. არადამაკმაყოფილებელი ნიშნების აღმოჩენა არ მომხდარა.
ინტერვენცია და რაციონალიზაცია 1. განსაზღვრეთ ნაყოფის არაკეთილსაიმედო მდგომარეობის რელევანტური რისკ-ფაქტორები. პრეეკლამფსიის განვითარება არის რისკ-ფაქტორი რაც ნიშნავს რომ გლენდას უნდა ჩაუტარდეს დედის და ნაყოფის შეფასება გაზრდილი სიხშირით. 2. გაამხნევეთ გლენდა რომ მიიღოს ნებისმიერი კომფორტული პოზიცია გარდა ზურგზე წოლისა. აუხსენით რომ ვერტიკალური პოზიცია გამოიწვევს ნაყოფის ქვევით სვლას. გაამხმევეთ რომ პოზიცია იცვალოს რეგულარულად დაახლოებით ყოველ ნახევარ საათში.ზურგზე წოლამ შეიძლება შეაფერხოს სისხლის დაბრუნება გულისკენ ქვედა ღრუ ვენის კომპრესიის გამო.აორტის კომპრესია და შემცირებული გულის წუთმოცულობა ამცირებს პლაცენტის პერფუზიას.პოზიციის რეგულარული ცვლილებები იწვევს ნორმალურად მშობიარობის პროგრესს და კომფორტს.	

3. შეაფასეთ ჩანაწერი გარკვეულ დროს,ხე-ლის მოწერის დროს ან ქაღალდის ჩანაწე-რის დაწყების დროს ან გამოიყენეთ კომპი-უტერული დოკუმენტაცია თითოეულ დროს. დოკუმენტირება გაუწიეთ შეფასე-ბის შეჯამებას მშობიარობის ისტორიის დაწერის დროს. • ყოველ 15 წუთში პირველი სტადიის განმა-ვლობაში და ყოველ 5 წუთში მეორე სტადიის განმავლობაში. გლენდას სიტუაცია არის მაღალი-რისკის ორსულობა და ნაყოფის შეფა-სება უნდა მოხდეს შესაბამისი გზამკვლევით. • ისეთ პროცედურებამდე და მის შემდეგ, როგორებიცაა ამნიოტომია,მედიკამენტები,ე-პიდურალური ანესთეზია,რადგან მემბრანების გახევამ შეიძლება გამოიწვიოს ჭიპლარის კომპრესია.მედიკამენტებმა შეიძლება შე-ცვალოს ნაყოფის გულისცემის სიხშირე და ვარიაბელობა.ეპიდურალურმა ანესთეზიამ შეიძლება გამოიწვიოს ჰიპოტენზია, რამაც შეიძლება შეამციროს უტეროპლაცენტალური პერფუზია. • ისეთი მდგომარეობების ცვლილებებთან ერთად როგორიცაა შარდვა და რეპოზიციონი-რება (რადგან ესეთმა ცვლილებებმა შეი-ძლება შეცვალოს საშვილოსნოს და ჭიპლარის სისხლის დინება) სენსორები შეიძლება მიმა-გრების ადგილიდან მოძვრეს და დასჭირდეს ხელახალი მიმაგრება.	

შემთხვევის შესწავლა 4-1	**პაციენტის მოვლის გეგმა**
შეფასება:ექიმი აკეთებს ამნიოტომიას და შეყავს შიდა კათეტერი ნაყოფის გულისცემის სიხშირის და საშვილოსნოს შეკუმშვების გასა-ზომად. გლენდას სისხლის წნევა არის 145/90 mm Hg და ოქსიტოცინის ინფუზია გრძე-ლდება.მას აქვს შეკუმშვები ყოველ 4 წუთში, არის 50 წამის ხანგრძლივობის და 50 mm Hg ინტესნიურობის და საშვილოსნოს მოსვენების ტონუსი არის 10 mm Hg .ერთი საათის შე-მდეგ ამნიოტომიიდან , ქრისი აღნიშნავს რომ საბაზისო ნაყოფის გულისცემის სიხშირემ მოიმატა დაახლოებით 150 დარტყმა წუთში ვარიაბელობით საშუალოდ 5 დარტმა წუთში	ჩარევა და რაციონალიზაცია 1. შეინარჩუნეთ მშვიდი ქცევა როცა სიტუაციის გამოსასწორებლად აკეთებთ რამეს და შეატყო-ბინეთ ექიმს. მშვიდი ქცევა არავერბალურად გა-მოხატავს თქვენ კომპეტენციას მშობლებისთვის. მომვლელის აღელვებული ქცევა კი ზრდის მშობლების შფოთვას. 2. გამოიყენეთ მარტივი, გასაგები ენა როცა უხ-სნით რამეს. აღელვებული და დაძაბული ფიზი-კური მდგომარეობა ხელს უშლის მშობლებს რომ გაიგონ ახსნა.

ან უფრო მეტი. ვითრდება განმეორებითი გვიანი დეცელერაციების ნიშნები. ქრისი წყვეტს ოქსიტოცინის გადასხმას და ზრდის ლანქტატის რინგერის სითხის ინტრავენურად გადასხმას, გლენდას ეხმარება მოთავსდეს მარცხენა გვერდზე და უნიშნავს 100% ჟანგბადს 10 ლიტრზე წუთში და ასევე სახეზე ჟანგბადის ნიღბით.ხდება ექიმის შეტყობინება. საბაზისო ვარიაბელობის მაჩვენებლები უმჯობესდება 10 დარტყმა წუთში,მაგრამ განმეორებითი გვიანი დეცელერაციები გრძელდება.გლენდას პოლის ხელი უჭირავს მჭიდროდ და სუნთქავს ჩქარა.მისი სასიცოცხლო ნიშნები არის სისხლის წნევა 158/96 mm Hg;პულსის სიხშირე 90 დარტყმა წუთში; სუნთქვა 32 წუთში.საშვილოსნოს აქტიურობა უცვლელია.	3. აუხსენით პრობლემა გლენდას და პოლს რაც დაეხმარება მათ მიხვდნენ თუ რა ხდება და რატომ არის გამოყენებული გამოსასწორებელი მოქმედებები რაც დაეხმარება მათ მეტად ჩაერთონ მათ მართვაში. • პრობლემა რომელიც გამოვლინდა • პრობლემის ხშირი მიზეზი • რა არის შესაბამისი ჩარევისთვის ჩვენება • მოსალოდნელი შედეგი ცოდნა ამცირებს უცნობი პროცესების შიშს. უთხარით გლენდას რომ შეუძლია ილაპარკოს ჟანგბადის ნიღბის ტარების დროს, რაც საშუალებას მისცემს რომ დასვას კითხვები და გამოხატოს გრძნობები რაც შეამცირებს შფოთვას და შიშს. 4. შეატყობინეთ გლენდას და პოლს თუ ნიშნები გამოსწორდება ან გაივლის. მაგალითად, უთხარით როცა საბაზისო ვარიაბელობა გაუმჯობესდება და რომ ნაყოფის პულსის ოქსიმეტრიის ჩანაწერები ნორმალური რჩება. ეს ამცირებს შფოთვას ნაყოფის მდგომარეობაზე. 5. შეეკითხეთ გლენდას მისთვის სხვა პოზიცია უფრო კომფორტული თუ იქნება ან თუ სჭირდება ტკივილგამაყუჩებელი მედიკამენტი. ტკივილმა შეიძლება გაზარდოს შფოთვა და გაზარდოს სისხლის წნევა , ასევე შეიძლება შეამციროს პლაცენტის პერფუზია. 6. საშუალება მიეცით გლენდას და პოლს რომ გამოხატონ მათი შეხედულებები მშობიარობაზე ლოგინობის ხანაში. აუხსენით მათი შეხედულებების ნებისმიერი უზუსტობები, თუ რა მოხდა. ეს ეხმარება წყვილს სამომავლოდ გაითვალისწინონ რომ მოულოდნელი შემთხვევები შეიძლება მოხდეს. ეს ამცირებს შესაძლებლობას რომ მშობლებმა თავი არ იგრძნონ "უსუსრად" თუ სასწრაფო საკეისრო კვეთა გახდება საჭირო.
კრიტიკული აზროვნება: რომელი ახალი დიაგნოზი ან კოლაბორაციული პრობლემაა შესამჩნევი ბოლო შეფასების მონაცემებიდან? რატომ?	შეფასება: გლენდამ მოითხოვა ეპიდურალური გაუტკივარება და კომფორტული მდგომარეობა შეიქმნა მალევე. შემდეგი საათის განმავლობაში ,ნაყოფის გულისცემის სიხშირე თანდათანობით გაიზარდა.

პასუხი: გლენდა ავლენს შფოთვის რამდენიმე მახასიათებლებს:აჩქარებული პულსი და სუნთქვის სიხშირის გაზრდა და ხელს უჭერს ქმრის ხელს. მომატებული სისხლის წნევა შეიძლება გამოწვეული იყოს შფოთვისგან ,დაავადების განვითარებიდან ან ტკივილიდან. რადგან დამატებული გართულებები და ნაყოფის მდგომარეობის მცირედი გაუმჯობესება ემატება გლენდას მაღალი რისკის მდგომარეობას, შფოთვა მდგომარეობის შესაბამისადაა. მისი დახმარება შესაძლებელია თუ შევძლებთ შფოთვის შემცირებას რომ მოხდეს ნორმალური მშობიარობა და ასევე მისთვის კომფორტის შექმნას დამატებით.	მისი შეკუმშვების ნიშნები არ შეცვლილა.საბაზისო ნაყოფის გულისცემის სიხშირე მცირდება (130-140 დარტყმა წუთში) და გვიანი დეცელერაციები ხდება იშვიათი. აცელერაციები არის ხშირი.საბაზისო ვარიაბელობა უმჯობესდება 15 დარტყმა წუთით და ნაყოფის პულს ოქსიმეტრიის ჩანაწერი რჩება ნორმის ფარგლებში.გლენდა თანდათან ათავისუფლებს პოლის ხელს და მისი სხეულიც დუნდება. მისი სუნთქვის სიხშირე მცირდება 20 ამოსუნთქვა წუთით. გლენდას სჭირდება საკეისრო კვეთით მშობიარობა რადგან ყელი ამ დროისთვის აღარ იხსნება 7 სმ მეტს, მიუხედავათ საკმარისი შეკუმშვების და ხშირი პოზიციების ცვლილებებისა.
დიაგნოზი: მოულოდნელი გართულებებისგან გამოწვეული შფოთვა მოსალოდნელი გამოსავალი: 1. გლენდას სუნთქვის სიხშირის შემცირება მოხდება (12-20/წუთით) შესაბამისი ჩარევის შემდეგ. 2. გლენდას ექნება უფრო მოსვენებული სახე და სხეულის მდგომარეობა შესაბამისი ჩარევის შემდეგ.	

წყაროები

1. American Academy of Pediatrics (AAP) & American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) (2012). Guidelines for perinatal care (7th ed.). Elk Grove Village, IL, and Washington, DC: Author.
2. American College of Nurse-Midwives (ACNM) (2010).Intermittent auscultation for fetal heart rate surveillance. Clinical Bulletin No. 11. Journal of Midwifery & Women's Health, 55(4), 397–403.
3. American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) (2009). Intrapartum fetal heart rate monitoring: Nomenclature, interpretation and general management principles. (ACOG Practice Bulletin No. 106). Washington, DC: Author.
4. American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) (2010). Management of intrapartum fetal heart rate tracings. (ACOG Practice Bulletin No.116). Washington, DC: Author.
5. American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) (2010). Umbilical cord blood gas and acid-base analysis (ACOG Committee Opinion No. 348). Washington, DC: Author.
6. Association of Women's Health, Obstetric, and Neonatal Nurses (AWHONN) (2008). Position statement: Fetal heart monitoring. Washington, DC: Author.
7. Bashore, R. A. & Koos, B. J. (2010). Fetal surveillance during labor. In N. F. Hacker, J. C. Gambone, & C. J. Hobel (Eds.), Hacker & Moore's Essentials of obstetrics and gynecology (5th ed., pp. 119–127). Philadelphia: Saunders.
8. Beaulieu, M. J. (2009). Failure to rescue as a process measure to evaluate fetal safety during labor. MCN: American Journal of Maternal-Child Nursing, 34(1), 18–23. Blackburn, S. T. (2013). Maternal, fetal, and neonatal Normal and Problem Pregnancies (6th ed., pp.330–361). Philadelphia: Saunders.
9. Gauthier, D. (2009). Maternal-fetal assessment. In A. Lyndon & L. Usher (Eds.), AWHONN: Fetal heart monitoring: Principles and practices (4th ed., pp. 45–63).
10. Dubuque, IA: Kendall Hunt. Hall, J. E. (2011). Guyton and Hall: Textbook of medical physiology (12th ed.). Philadelphia: Saunders.
11. Harman, C. R. (2009). Assessment of fetal health. In R. K. Creasy, R. Resnik, J. D. Iams, C. J. Lockwood, & T. R. Moore (Eds.), Creasy & Resnik's Maternal-fetal medicine: Principles and practice (6th ed., pp. 361–395). Philadelphia: Saunders.
12. Harmon, K. M. (2009). Techniques for fetal heart assessment. In A. Lyndon & L. Usher (Eds.), AWHONN: Fetal heart monitoring: Principles and practices (4th ed., pp.
13. 65–97). Dubuque, IA: Kendall Hunt.
14. Irland, N. B. (2009a). The story of late decelerations and acid-base balance: Metabolic acidosis explained in story form. Nursing for Women's Health, 13(4), 159–161.
15. Irland, N. B. (2009b). The story of variable decelerations and acid-base balance: Metabolic acidosis explained in story form. Nursing for Women's Health, 13(2), 335–340.
16. Lyndon, A., O'Brien-Abel, N., & Simpson, K. R. (2009). Fetal heart rate interpretation. In A. Lyndon & L. Usher (Eds.), AWHONN: Fetal heart monitoring: Principles and practices (4th ed., pp. 101–133). Dubuque, IA: Kendall Hunt.
17. Lyndon A. & Usher L. (Eds.) (2009). AWHONN: Fetal heart monitoring: Principles and practices (4th ed., pp. 101– 133). Dubuque, IA: Kendall Hunt. maternal-fetal medicine: Principles and practice (6th ed., pp. 397–417). Philadelphia: Saunders. National Institute of Child Health and Human Development
18. Research Planning Workshop (NICHD) (1997). Electronic fetal monitoring: Research guidelines for interpretation. Journal of Obstetric, Gynecologic, and

19. Neonatal Nursing, 26(6), 635–640. National Institute of Child Health and Human Development (2008). The 2008 National Institute of Child

20. Health and Human Development Workshop Report on electronic fetal monitoring: Update on definitions, interpretation, and research guidelines. Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing, 37(5), 510–515.

21. Norwitz, E. R. & Lye, S. J. (2009). Biology of parturition. In R. K. Creasy, R. Resnik, J. D. Iams, C. J. Lockwood, & T. R. Moore (Eds.), Creasy & Resnik's maternal-fetal medicine: Principles and practice (6th ed., pp. 69–85). Philadelphia: Saunders.

თავი 5

ტკივილის მართვა მშობიარობის დროს

თითოეულ ქალს აქვს განსაკუთრებული მოლოდინი მშობიარობაზე, რომელიც ამასთანავე მოიცავს მის გარკვეულ მოლოდინებს ტკვილისა და მისი მართვის შესახებ. ქალი რაც მეტად წარმატებულად უმკლავდება ტკივილს, მით მეტად დადებით გამოცდილებად ილბეჭდება მშობიარობა მის გონებაში. ქალის გამოცდილება სამშობიარო ტკივილებზე განსხვავდება მისი ფიზიკური და ფსიქოლოგიური ელემენტებით და თითოეული ქალი სხვადასხვანარიად რეაგირებს მასზე. არსებობს ტკივილის მართვის არაფარმაკოლოგიური და ფარმაკოლოგიური მეთოდები, რომლებსაც მშობიარობაში მყოფი ქალი თავად არჩევს.

ტკივილი მშობიარობის დროს

ტკივილი არის მშობიარობის უნივერსალური გამოცდილება, მაგრამ ძნელია რომ განვმარტოთ იგი. ის არის არასასიამოვნო შეგრძნება, რომელიც გამოწვეულია სენსორული ნერვების სტიმულაციით.

ტკივილი შედგება ორი კომპონენტისგან:

- ფიზიოლოგიური კომპონენტი, რომელიც შედგება სენსორული ნერვებიდან სტიმულის მიღებასა და მისი ცენტრალურ ნერვულ სისტემაში გადაცემით.
- ფსიქოლოგიური კომპონენტი, რომელიც შედგება შეგრძნების აღქმით, მისი როგორც ტკივილის ინტერპრეტირებით და ამაზე რეაქციით.

ტკივილი არის სუბიექტური და პირადი. არავის არ შეუძლია განიცადოს სხვისი ტკივილი. ტკივილის მტკიცებულება არის პიროვნების რეაქციები. მშობიარობის ტკივილი, განსხვავდება სხვა სახეობის ტკივილისგან რამდენიმე მნიშვნელოვანი მიმართულებით:

- *ეს არის ნორმალური პროცესის ნაწილი.* მშობიარობასთან ასოცირებული ტკივილი არის ნორმალური პროცესისის ნაწილი, როცა სხვა სახის ტკივილი დაკავშირებულია დაზიანებასთან ან დაავადებასთან. ტკივილმა შეიძლება გამოიწვიოს ქალის სხვადასხვა პოზიციებში მონაცვლეობა, რაც ხელს უწყობს ნაყოფის ჩამოსვლას მენჯში.
- *მოსამზადებელი დროის არსებობა.* ორსულ ქალს აქვს რამდენიმე თვე რომ მოემზადოს მშობიარობისთვის, რაც საშუალებას აძლევს შეიძინოს უნარები რომ გაუმკლავდეს ტკივილს. ქალისთვის რეალური მოლოდინების შექმნა და მშობიარობაზე საკმარისი ინფორმაციის ქონა, ეხმარება გამოიმუშავოს უნარები, რომელც დაეხმარება მშობიარობის ტკივილების მართვას.
- *ის თავისით სრულდება.* პროგნოზირებადია თუ როდის დამთავრდება მშობიარობის ტკივილი. მიუხედავად იმისა რომ ის არის ძლიერი, ქალმა იცის რომ ტკივილი დამთავდება რამდენიმე საათში და არა დღეებში, კვირებში ან თვეებში. სხვა სახის ტკივილებიც შეიძლება იყოს ხანმოკლე, თუმცა მშობიარობის ტკივილისთვის დამახასიათებელია, რომ ის უცებ მთავრდება.
- *მშობიარობის ტკივილი მუდმივი არ არის*; ის ხანგამოშვებითია. ქალი მას აღწერს როგორც დისკომფორტს შეკუმშვების დროს მშობიარობის დასაწყისში, თუმცა მშობიარობის დასასრულში ქალი მაინც შედარებით კომფორტულადაა შეკუმშვებს შორის.
- *მშობიარობა სრულდება ბავშვის დაბადებისას.* არ შეუძლება უგულებელვყოთ ბავშვის დაბადების ემოციური მნიშვნელობა, როცა ვცდილობთ გავიგოთ ქალის საპასუხო რეაქ-

ცია ტკივილზე. ნაყოფზე ზრუნვა მეტ მოტივაციას აძლევს ქალს რომ გაუძლოს სამშობიარო ტკივილებს.

მოსალოდნელზე მეტი ტკივილების გვერდითი ეფექტები

თუ ტკივილი აჭარბებს ქალის რესურსს აიტანოს ტკივილი, ეს შესაძლებელია საზიანო იყოს ნაყოფისთვის.

ფიზიოლოგიური ეფექტი

ზედმეტმა ტკივილმა შეიძლება გააძლიეროს ქალის შიში და ფორიაქი, რომელიც ასტიმულირებს სიმპატიკურ ნერვულ სისტემას და იწვევს კატექოლამინების გაზრდილ სეკრეციას (ეპინეფრინი და ნორეპინეფრინი). კატექოლამინები ასტიმულირებს ალფა და ბეტა რეცეპტორებს, რომელიც ზეგავლენას ახდენს სისხლძარღვებზე და საშვილოსნოს კუნთზე. ეპინეფრინი ასტიმულირებს ორივეს, ალფა და ბეტა რეცეპტორებს, ხოლო ნორეპინეფრინი ასტიმულირებს უმთავრესად ალფა რეცეპტორებს.

ალფა რეცეპტორების სტიმულაცია იწვევს საშვილოსნოს და სისხლძარღვების შეკუმშვას და ზრდის საშვილოსნოს კუნთის ტონუსს. ეს ამცირებს საშვილოსნოს სისხლის მიმოქცევას, დედის სისხლის წნევის მომატებასთან ერთად.

ბეტა რეცეპტორების სტიმულაცია ადუნებს საშვილოსნოს კუნთს და იწვევს ვაზოდილატაციას. მიუხედავად იმისა რომ საშვილოსნოს სისხლძარღვები უკვე გაფართოვებულია ორსულობის დროს, დამატებით სხვა სისხლძარღვების გაფართოვება იწვევს სისხლის შეგუბებას. სისხლის შეგუბება ამცირებს პლაცენტისკენ სისხლის მიწოდებას.

ზედმეტ კატექოლამინების სეკრეციას აქვს გაერთიანებული ეფექტი როგორიცაა:

- შემცირებული სისხლის მიდინება პლაცენტისკენ და უკან, შეზღუდვა ნაყოფის ჟანგბადის და ნარჩენი პროდუქტების მიმოცვლაში.
- საშვილოსნოს შეკუმშვების შემცირებული ეფექტურობა და მშობიარობის პროცესის შენელება.

მშობიარობა ზრდის ქალის მეტაბოლურ სიჩქარეს და მის მოთხოვნას ჟანგბადის მიმართ. ტკივილი და შფოთვა ზრდის მის უკვე გაზრდილ მეტაბოლურ სიჩქარეს. ის სუნთქავს უფრო ხშირად რომ მეტი ჟანგბადი ჩაისუნთქოს და მეტი ნახშირორჟანგი ამოისუნთქოს სუნთქვის პროცესში. მშობიარობის პროცესში სხვა მნიშვნელოვანი მოსალოდნელი ცვლილებებია ქალის არტერიულ სისხლში ჟანგბადის პარციალური წნევის ცვლილება (Pao2) , ნახშირორჟანგის პარციალური წნევის ცვლილება (Paco2) და pH მაჩვენებელის გადახრა. თუ დედის სასუნთქი და მეტაბოლური ცვლილებები პერსისტირებს, ეს მნიშვნელოვნად ცვლის პლაცენტალურ მიმოცვლას. ნაყოფს შეიძლება ჰქონდეს შემცირებული ჟანგბადის მიწოდება და დაგროვილი ნახშირორჟანგის გამოყოფის ნაკლები შესაძლებლობა. შედეგად, ნაყოფი გადაერთვება ანაერობულ მეტაბოლიზმზე, რაც, თავის მხრივ, წყალბადის იონების დაგროვებას და აციდოზის ჩამოყალიბებას განაპირობებს. ამ ტიპის აციდოზი არის მეტაბოლური და მშობიარობის შემდეგ მალე არ გაივლის, როგორც, მაგალითად, რესპირატორული აციდოზის დროს ხდება.

ფსიქოლოგიური ეფექტი

ქალს აქვს განმაცვიფრებელი შესაძლებლობა გაუძლოს ტკივილს მშობიარობის დროს. თუმცა ცუდად შემსუბუქებული ტკივილი ამცირებს ამის შესაძლებლობას. დედას შეიძლება გაუჭირდეს ახალშობილთან ურთიერთობა, რადგან მტკივნეული მშობიარობისგან იყოს გადაღლილი. არასასიამოვნო გამოცდილებამ მშობიარობის შესახებ შესაძლოა ეფექტი მოახდინოს მის სექსუალურ აქტივობაზე და მომდევნო მშობიარობებზე. მშობიარის თანმხლებმა ადამიანმა

შეიძლება თავი არასაკმარისად მიიჩნიოს. ქალის პარტნიორი შეიძლება გრძნობდეს თავს უძლურად და დათრგუნულად, როცა ტკივილის მოხსნა ვერ ხერხდება.

მშობიარობის ტკივილის ცვალებადობა

სხვადასხვა ფიზიკური და ფსიქოლოგიური ფაქტორები განსაზღვრავს ქალის საპასუხო რეაქციებს მშობიარობაზე.

ფიზიკური ფაქტორები

მშობიარობის ტკივილი არის ორი სახეობის: ვისცერალური და სომატური. ვისცერალური ტკივილი არის ნელი, ღრმა, არა ლოკალიზებული ტკივილი, რომელიც ხშირად არის აღწერილი როგორც ყრუ ტკივილი. ვისცერალური ტკივილი წამყვანია მშობიარობის პირველი სტადიისთვის, როცა საშვილოსნო იკუმშება და ყელი იხსნება.

სომატური ტკივილი არის ჩქარი, მჭრელი ტკივილი, რომელიც უფრო მეტად არის ლოკალიზებული. სომატური ტკივილი უფრო გამოხატულია გვიანი მშობიარობის პირველი სტადიის დროს და მშობიარობის მეორე სტადიის განმავლობაში, ნაყოფის ქვევით მსვლელობისას, როცა ის ზეწოლას ახდენს დედის რბილ ქსოვილებზე.

ტკივილის წყარო

შემთხვევათა უმეტესობაში, მშობიარობის ტკივილის ოთხი წყარო არსებობს, თუმცა სხვა ფიზიკურმა ფაქტორებმა შეიძლება შეცვალოს მშობიარობის ტკივილი, გაზარდოს ან შეამციროს ის.

ქსოვილის იშემია. სისხლის მიწოდება მცირდება საშვილოსნოსკენ შეკუმშვების დროს, რაც იწვევს ქსოვილების ჰიპოქსიას და ანაერობულ მეტაბოლიზმს. იშემიური საშვილოსნოს ტკივილს ადარებენ გულის იშემიურ ტკივილს.

ყელის გახსნა. ყელის და საშვილოსნოს ქვედა ნაწილის გახსნა და გადაჭიმვა არის მშობიარობის ტკივილის მთავარი წყარო. ტკივილის სტიმული ყელის გახსნიდან გადაიცემა ჰიპოგასტრიუმის წნულიდან და ზურგის ტვინში შედის T10,T11, T12 და L1 დონეზე(სურათი 5-1).

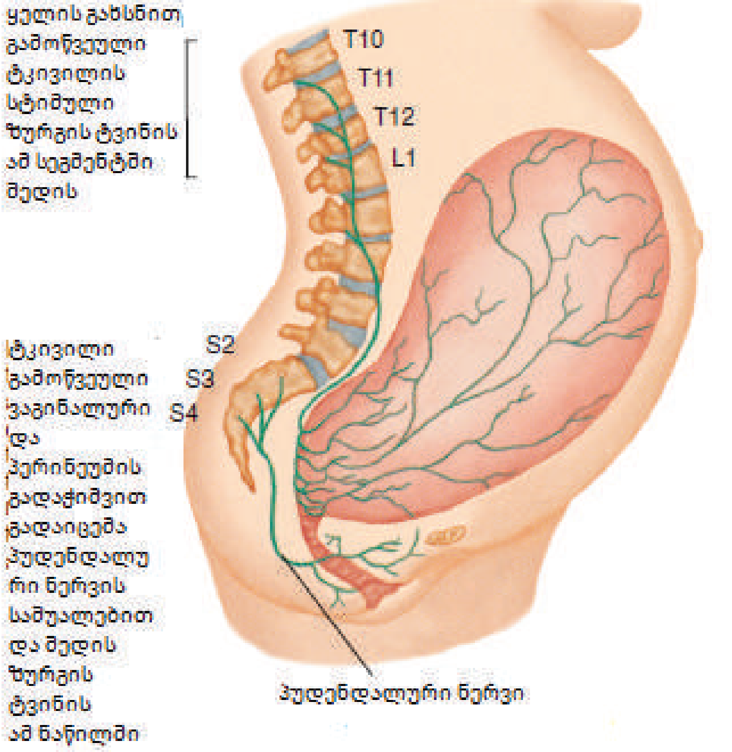
წნევა და დაწოლა მენჯის სტრუქტურებზე. ზოგიერთი ტკივილი არის გამოწვეული წნევით და დაწოლით მენჯის ისეთ სტრუქტურებზე, როგორიცაა ლიგამენტები, ფალოპის მილები, საკვერცხეები, შარდის ბუშტი და პერიტონეუმი. ტკივილი არის ვისცერალური ტკივილი, ქალი შეიძლება გრძნობდეს მას როგორც გადაცემით ტკივილს წელზე და ფეხებზე.

საშოს და პერინეუმის გადაჭიმვა. საშოს და პერინეუმის შესამჩნევი გადაჭიმვა ხდება ნაყოფის ქვევით სვლასთან ერთად, განსაკუთრებით მშობიარობის მეორე სტადიაში. ქალმა შეიძლება აღწეროს წვის, გახევის და განცალკევების შეგრძნებები (სომატური ტკივილი). ტკივილი საშოს და პერინეუმის გადაჭიმვით, წნევით და გვერდით სტრუქტურებზე დაწოლით შედის ზურგის ტვინის S2, S3, და S4 დონეზე.

ფაქტორები რომლებიც ზეგავლენას ახდენს ტკივილის შეგრძნებაზე და მის მიმართ გამძლეობაზე

მიუხედავად იმისა, რომ ფიზიოლოგიური პროცესია სამშობიარო ტკივილები, ბევრი ფაქტორი ახდენს გავლენას ტკივილის მიმართ ქალის მედეგობაზე.

მშობიარობის შეკუმშვების სიძლიერე. ქალი, რომელსაც აქვს ხანმოკლე ძლიერი შეკუმშვებით მშობიარობა, შეიძლება უჩიოდეს ძლიერ ტკივილს, რადგან თითოეული შეკუმშვა დიდი დატვირთვაა (ყელის გადასწორება, გახსნა და ნაყოფის ქვემოთ სვლა). სწრაფმა მშობიარობამ კი შეიძლება შეამციროს ქალის არჩევანის შესაძლებლობა, მიიღოს შესაფერისი ფარმაკოლოგიური გზით ტკივილის შემსუბუქება.



სურათი 5-1 მშობიარობის დროს ტკივილის გადაცემის გზები

საშვილოსნოს ყელის მზაობა. თუ მშობიარობამდე ყელის ცვლილებები (დარბილება, ცოტა გახსნით და გადასწორებით) არის არასრული, ყელი მარტივად არ იხსნება როგორც ეს დარბილებული, გახსნილი და გადასწორებული ყელის შემთხვევაში მოხდებოდა. ამ დროს, საშვილოსნოს შეკუმშვებია საჭირო რომ მივაღწიოთ გახსნას და გადასწორებას, რაც იწვევს მშობიარე ქალის გამოფიტვასა და გადაღლას.

ნაყოფის პოზიცია. მშობიარობა შესაძლებელია იყოს უფრო ხანგრძლივი და მეტად არაკომფორტული, როცა ნაყოფი არასასურველ პოზიციაშია. უკანა კეფის პოზიცია ხშირი ვარიანტია სხვა მხრივ ნორმალური მშობიარობის დროს. ამ პოზიციაში, თითოეული შეკუმშვისას ხდება ნაყოფის კეფის დაწოლა ქალის გავის ძვალზე; რის გამოც ის განიცდის წელის ძლიერ დისკომფორტს (მშობიარობის წელი), რომელიც ნარჩუნდება შეკუმშვებს შორის. ქალმა შეიძლება ვერ შეძლოს ნაყოფის დაბადება, მანამ სანამ ნაყოფი არ მობრუნდება კეფით წინა პოზიციაში. ნაყოფის თავი უნდა მოტრიალდეს უფრო ფართო რკალით სანამ გახსნის მექანიზმი და დაბადება მოხდება, ასე რომ მშობიარობა ამ სიტუაციაში უფრო ხანგრძლივია. წელის ტკივილი შეიძლება შემცირდეს, როცა ნაყოფი მობრუნდება მეტად სასურველ პოზიციაში. ამ შემთხვევაში, ასევე იზრდება მშობიარობის პროგრესის სიჩქარე. თუმცა წელის ტკივილი შეიძლება გაგრძელდეს ნებისმიერი მშობიარობის დროს.

მენჯის მზაობა. ქალის მენჯის ზომა და ფორმა ზეგავლენას ახდენს მშობიარობის მიმდინარეობაზე და ხანგრძლივობაზე. მენჯის ფორმის თავისებურებებმა, შეიძლება გამოიწვიოს ნაყოფის არასწორი მდგომარეობისა და პოზიციის ჩამოყალიბება გართულებული და ხანგრძლივი მშობიარობის განმავლობაში.

დაღლა და შიმშილი. დაღლა ამცირებს ქალის შესაძლებლობას, რომ გადაიტანოს ტკივილი და გამოიყენოს გამკლავების უნარები. დაღლილობის გამო, შეიძლება ვერ შეძლოს ფოკუსირება მოახდინოს ტექნიკებზე, რომელიც, სხვა მხრივ, დაეხმარებოდა მშობიარობის გადატანაში. ძალიან დაღლილ მშობიარეს შეიძლება ჰქონდეს გამძაფრებული საპასუხო რეაქციები საშვილოსნოს შეკუმშვებზე, ან შეიძლება არ შეეძლოს ჭინთვებზე შესაბამისი საპასუხო ქმედებები.

ბევრი ქალი აღნიშნავს ძილის პრობლემებს ორსულობის ბოლო კვირებში. ქალის სუნთქვის უკმარისობა მწოლიარე მდგომარეობის დროს, ხშირი შარდვა და ნაყოფის აქტივობა უშლის

ძილს, ამიტომ ხშირად მშობიარე, უკვე დაღლილი ხვდება მშობიარობას. თუ მშობიარობა დაეწყება საღამოს საათებში, შეიძლება დაძინება ვერ მოახერხოს 24 საათზე მეტი ხნით, სანამ არ იმშობიარებს. მშობიარობის დაწყებისას ქალი კარგად დასვენებულიც რომ იყოს, გახანგრძლივებულმა მშობიარობამ შეიძლება ის გადაღალოს და გამოფოტოს.

მომვლელის ჩარევა. მიუხედავათ იმისა, რომ შეიძლება ნაყოფის და დედის მდგომარეობა დამაკმაყოფილებელი იყოს, მშობიარობის განმავლობაში განხორციელებული ჩარევები აუარესებს ქალის ტკივილსა და დისკომფორტს.

ისეთმა მარტივმა მოწყობილობებმაც კი, როგორიცაა ინტრავენური (IV) კათეტერები და ნაყოფის მონიტორინგის მოწყობილობა, შესაძლოა გააუარესოს ქალის დისკომფორტი და შეზღუდოს ქალის მოძრაობა და ხელი შეუშალოს მას მეტად კომფორტული პოზიციის მიღებაში. ქალი, რომლის მშობიარობა არის აღძრული ან გაძლიერებული შეიძლება განიცდიდეს მეტ ტკივილს და შესაბამისად მეტად უჭირდეს მასთან გამკლავება, რადგან შეკუმშვები სიძლიერის პიკს მეტად ხანმოკლე დროში აღწევს.

გახსოვდეთ, რომ საშოზე მანიპულაცია ხშირად ასტიმულირებს საშვილოსნოს შეკუმშვებს რეფელქსით, რომლის სახელწოდებაა ფერგუსონის რეფლექსი.

ფსიქოსოციალური ფაქტორები

რამდენიმე ფსიქოსოციალური მახასიათებელი გავლენას ახდენს ქალის მედეგობაზე სამშობიარო ტკივილის მიმართ.

კულტურა. ქალის სოციოკულტურული ფესვები გავლენას ახდენს თუ როგორ აღიქვამს, აფასებს და საპასუხოდ რეაგირებს ქალი ტკივილზე მშობიარობის განმავლობაში. ზოგიერთ კულტურაში მისაღებია ტკივილის ხმამაღალი და ძლიერი ექსპრესია, ხოლო ზოგიერთში მეტი თავშეკავებაა მიღებული. თუმცა ქალებიც ინდივიდები არიან და მათი რეაქციები შესაძლოა არ მოდიოდეს შესაბამისობაში მათ კულტურულ თავისებურებებთან. ტკივილის აღქმა პერსონალურია და ამიტომ მზრუნველმა პირმა არ უნდა გააკეთოს წინასწარი დასკვნები თუ როგორ მოიქცევა ქალი მშობიარობის დროს.

ქალი წახალისებული უნდა იყოს გამოხატოს საკუთარი თავი ნებისმიერი სახით, როგორც თვითონ გრძნობს თავს კომფორტულად და მისი გამოხატვის ნაირსახეობა უნდა იყოს დაფასებული. ხმამაღალი და ძლიერი გამოხატვა შეიძლება იყოს ქალის ადაპტაციის მექანიზმი ტკივილზე, როცა ჩუმ და მშვიდ ქალს შეიძლება დასჭირდეს მედიკამენტით ტკივილის მოხსნა და ერჩივნოს რომ არ გამოხატოს იგი. ქალის ინდივიდუალური საპასუხო რეაქციის მაღალი მიმღებლობა პოზიტიურად განაწყობს მას მშობიარობის მიმართ. ექთანმა უნდა შეძლოს მეტად თავშეკავებულ პაციენტს შესაძლებლობა მისცეს გამოხატოს ემოცია. ამასთან, ზედმეტად ხმაურიანი პაციენტის წინ არ უნდა გამოხატოს თავისი პერსონალური დამოკიდებულება თავშეკავებული პაციენტის მიმართ და ამავდროულად ხმაურიანი პაციენტის მიმართ არ იყოს კრიტიკული და მომთხოვნი. ეს რთულად მისაღწევია, რადგან ძირითადად, ხმაურიანი მშობიარეები დისკომფორტს უქმნიან სხვებსაც. სამშობიარო ტკივილების განსაკუთრებული ბუნება და ქალის სხვადასხვა რეაქციები მასზე, მშობიარეზე ზრუნვას კომპლექსურს ხდის. ამ ორი რადიკალური მდგომარეობის დროს ექთანმა შეიძლება ვერ შენიშნოს კრიტიკული მდგომარეობები, როგორიცაა გართულებული მშობაირობა ან გართულებული სიმპტომები.

შფოთვა და შიში. მცირე ან საშუალო შფოთვამ შეიძლება გააძლიეროს ყურადღება და დასწავლა. თუმცა ძლიერი შფოთვა და შიში აძლიერებს მგრძნობელობას ტკივილზე და ხელს უშლის ქალს რომ ტკივილს გაუძლოს. შფოთვა და შიში ზრდის კუნთების დაძაბულობას და იწვევს ოქსიგინირებული სისხლის მიწოდებას თავის ტვინის და ჩონჩხის კუნთებისკენ. მენჯის კუნთების დაძაბულობა საზღვრავს საშვილოსნოს შეკუმშვების ძალებს და მშობიარე ქალის ჭინთვებს. გახანგრძლივებული დაძაბულობა იწვევს ზოგად დაღლას, გაზრდილ ტკივილის შეგრძნებებს ან ტკივილის ზღურბლის დაწევას (ყველაზე მცირე სტიმულის დონე, რომელიც აღიქმება როგორც ტკივილი) და ადაპტაციური მექანიზმების შემცირებას. თუ წინა ორსულობის დროს, ქალს ჰქონდა არასასურველი გამოსავალი, როგორიცაა ნაყოფის მკვდრად შობადობა ან ნებისმიერი პათოლოგიური მდგომარეობა, ქალი მეტად აღელვებულია მშობაირობის დროს და მის შემდეგ. ასეთ დროს ქალი თავად ითხოვს დამატებით სამედიცინო მომსახურებებს, რათა დამშვიდდეს და დარწმუნდეს რომ მისი ბავშვი უსაფრთხოდაა.

წინა გამოცდილება ტკივილის მიმართ. სიცოცხლის დასაწყისში ბავშვი სწავლობს რომ ტკივილი ნიშნავს სხეულის დაზიანებას. შესაბამისად, შიში და თავის არიდება არის ბუნებრივი რეაქცია ტკივილის მიმართ მშობიარობის დროს. მშობიარობის ნორმალური შეგრძნებების, მათ შორის ტკივილის შესწავლა, ქალს მისი ბუნებრივი რეაქციების: შიშის და მისგან თავის არიდების დათრგუნვაში ეხმარება, რაც საშუალებას აძლევს მის სხეულს რომ მშობიარობაში თავისი ფუნქცია შეასრულოს.

წარსულში ნამშობიარებ ქალს განსხვავებული მოლოდინები აქვს. თუ წარსულში ვაგინალური გზით იმშობიარა, მაშინ ის მეტად გათვითცნობიერებულია ნორმალურ სამშობიარო შეგრძნებებში და ნაკლებად აკავშირებს მათ დაზიანებებსა და პათოლოგიურ მდგომარეობებთან. თუმცა თუ წინა მშობიარობიდან დიდი დროა გასული, მას დავიწყებული ექნება ტკივილის წარსული გამოცდილება. თუ ქალს წარსულში ხანგრძლივი და გართულებული მშობიარობა ჰქონდა, ის შეიძლება აღელვებული იყოს მიმდინარე პრიცესის მიმართ. ის შეიძლება გაკვირვებულიც კი იყოს, რომ მისი მეორე მშობიარობა უფრო ჩქარა მიმდინარეობს ვიდრე პირველი. ქალებს განმეორებითი ვაგინალური მშობიარობისას შეიძლება ქონდეთ უფრო მტკივნეული გვიანი მშობიარობის პირველი სტადია და მეორე სტადია, რადგან ნაყოფი უფრო ჩქარა ჩამოდის ქვევით. ყველა ქალი განსხვავებულად მშობიარობს და ამავდროულად ერთნაირად.

შედარებით ნაკლები ქალი ირჩევს ვაგინალურ მშობიარობას საკეისრო კვეთის შემდეგ (VBAC). თუმცა ქალი, რომელიც გეგმავს ვაგინალურ მშობიარობას საკეისრო კვეთის შემდეგ შეიძლება მეტად ღელავდეს, ვინაიდან საკეისრო კვეთის გამოცდილება ნაცნობია მისთვის, თუნდაც არ ჰქონდეს მისი განმეორებით ჩატარების სურვილი, ხოლო მშობიარობა უცნობია. განმეორებითი საკეისრო კვეთა შეიძლება იყოს უფრო სწრაფი და ნაკლებ მტკივნეული არჩევანი ამ სიტუაციაში, ვინაიდან საკეისრო კვეთის შემდეგ შესაძლოა გაჭირდეს საკმარისი სამშობიარო ძალის წარმოქმნა საშვილოსნოს კუნთის მიერ.

წინა მშობიარობიდან მიღებულმა გამოცდილებამ შეიძლება დადებითი ეფექტი მოახდინოს ქალის შესაძლებლობაზე, გაუმკლავდეს ტკივილს. მას შეიძლება უკვე ნასწავლი ჰქონდეს გზები თუ როგორ ადაპტირდეს ტკივილთან და გამოიყენოს ეს უნარები მშობიარობის დროს.

მშობიარობისთვის მომზადება

მშობიარობისთვის მომზადება უმტკივნეულო მშობიარობის გარანტია არ არის. თუმცა მომზადება ამცირებს შფოთვას და შიშს უცნობი მოვლენების მიმართ. ის საშუალებას აძლევს ქალს, რომ წინასწარ ივარჯიშოს და დაისწავლოს სხვადასხვა უნარები რომ ტკივილი მართოს მშობიარობის პროცესში. ამასთან ქალი და მისი პარტნიორი წინასწარ იღებენ ინფორმაციას თუ რა ქცევითი ცვლილებები შეიძლება აღმოცენდეს მშობიარობის დროს, რომელიც ამცირებს მათ შფოთვებს როცა ეს ცვლილებები რეალურად ხდება მშობიარობის პროცესში.

პაციენტის მხარდაჭერა

პაციენტის აღელვებულმა თავმდგმურმა, ნაკლებ სავარაუდოა რომ შეძლოს მშობიარის ადეკვატური მხარდაჭერა. გადამეტებულმა მღელვარებამ შესაძლოა გააუარესოს მშობიარის მდგომარეობა და შეაშინოს იგი. ამასთან, თავმდგმურის ზედმეტმა გულცივობამ, შესაძლოა ასევე უარყოფითი ემოცია აღძრას მშობიარეში.

გახსოვდეთ, რომ ორი ერთნაირი მშობიარობა არ არსებობს, თუნდაც ერთსა და იმავე ქალში.

ტკივილის მართვის სტანდარტები

The Joint Commission-მა (TJC) (www.jointcommission.org) აღიარა, რომ ტკივილის მართვა, პაციენტის მოვლის უმნიშვნელოვანესი ნაწილია. ამისათვის მან დაადგინა შესაბამისი დებულებები და ინდიკატორები. ესენია:

- ყველა პაციენტს აქვს ტკივილის მართვის უფლება.
- აუცილებელია, რომ კლინიკაში მომუშავე პერსონალი კომპეტენტური იყოს ტკივილის შეფასებაში და მის მართვაში.

- კლინიკაში უნდა არსებობდეს შესაბამისი რეგულაციები და პროცედურები, რომელიც უზრუნველყოფს პაციენტისთვის ადეკვატური ტკივილის მართვის შესაძლებლობას.
- კლინიკაში უნდა ხდებოდეს პაციენტების და მათი ოჯახის წევრების განათლება ეფექტური ტკივილის მართვის შესახებ.
- ტკივილის მართვის ადეკვატური გეგმა, პაციენტს უნდა ჰქონდეს მისი კლინიკაში გაწერის შემდეგაც.

ტკივილის მართვის არაფარმაკოლოგიური მეთოდები

ექთანს, რომელიც ზრუნავს ქალზე მშობიარობის დროს, შეუძლია შესთავაზოს მშობიარეს სხვადასხვა არაფარმაკოლოგიური და ფარმაკოლოგიური ტკივილის მართვის მეთოდები. უმჯობესია, თუ ქალს ინფორმაცია ტკივილის მართვის მეთოდებზე, მათ დადებით და უარყოფით მხარეებზე მშობიარობამდე ექნება მიღებული. მშობიარობის დროს ასეთი კომპლექსური ინფორმაციის მიღება ძალიან რთულია ქალისთვის და იწვევს დამატებით დაბნეულობას.

არაფარმაკოლოგიური გაუტკივარების უპირატესობები

გაუტკივარების არაფარმაკოლოგიურ მეთოდებს ფარმაკოლოგიურ მეთოდებთან შედარებით რამდენიმე უპირატესობა აქვთ. ისინი არ ანელებენ მშობიარობას, არ აქვთ გვერდით ეფექტები ან ალერგიის განვითარების რისკი. ტკივილის არაფარმაკოლოგიური გზების ცოდნა მნიშვნელოვანია მაშინაც კი, როცა ქალი ირჩევს გაუტკივარების ფარმაკოლოგიურ მეთოდებს. ტკივილის ფარმაკოლოგიურმა მართვამ შესაძლოა ვერ გააქროს ტკივილი სრულად, ამიტომ ტკივილის არაფარმაკოლოგიური მართვის მეთოდების ცოდნა ქალისთვის ძალიან სასარგებლოა.

გახსოვდეთ, რომ ტკივილის არაფარმაკოლოგიური მართვა, შეიძლება იყოს ერთადერთი რეალური არჩევანი იმ ქალისთვის, რომელიც სამშობიაროში მიდის უკვე აქტიურ მშობიარობაში და მშობიარობს სწრაფად, ვინაიდან ამ შემთხვევაში შესაძლოა მედიკამენტებმა ვერ მოასწროს სრული ეფექტის მოხდენა ან შეიძლება სრულიად ვერ მოესწროს ეპიდურული ბლოკირების გაკეთება მშობიარობამდე. მედიკამენტის მოქმედების პიკის დროს უნდა გავითვალისწონოთ ახალშობილის სუნთქვითი მდგომარეობა, თუ გაუტკივარება მიღწეულია სისტემური ფამაკოლოგიური აგენტით.

არაფარმაკოლოგიური გაუტკივარების შეზღუდვები

თუ გაუტკივარების არაფარმაკოლოგიური მეთოდი, ტკივილის კონტროლის ერთადერთი მეთოდია მშობიარობის დროს, ის შესაძლოა არადამაკმაყოფილებელი აღმოჩნდეს ქალისთვის. მშობიარობის შესაძლო ბევრი ცვალებადობის გამო, კარგად მომზადებულ და კარგად მოტივირებულ ქალსაც კი შეიძლება დასჭირდეს გაუტკივარება და ანესთეზია დამატებით.

მომზადება ტკივილის მართვისთვის

არაფარმაკოლოგიური ტკივილის მართვისთვის მოსამზადებლად იდეალური დრო არის პერიოდი მშობიარობამდე. ორსულობის ბოლო რამდენიმე კვირის განმავლობაში, ქალი ინტენსიურად უნდა ეცნობოდეს მშობიარობის პროცესს, რაც მოიცავს ტკივილის შესახებ ინფორმაციის მიღებასაც. ამ დროის განმავლობაში, მას შეუძლია მოემზადოს ტკივილისთვის და ისწავლოს მასთან გამკლავების სხვადასხვა გზები. მნიშვნელოვანია, რომ არამხოლოდ ქალი, არამედ მისი პოტენციური თავმდგმურიც იღებდეს ამ ინფორმაციას მშობიარობამდე.

თუ ქალი მოუმზადებელია მშობიარობისთვის, ექთანს შეუძლია მშობიარეს ლატენტურ ფაზაში მისცეს გარკვეული ცოდნა გაუტკივარების მეთოდების შესახებ. მშობიარობის ლატენტური ფაზა არის საუკეთესო დრო ქალის სწავლებისთვის, რადგან ორსული იმდენად აფორიაქებულია რომ იყოს ყურადღებიანი და დაინტერესებული და ამავე დროს იმდენად კომფორტულად რომ გაიგოს რასაც ეუბნებიან. მშობიარობის გვიან პერიოდში ექთანი უნდა ეცადოს მაქსიმალურად ფოკუსირებულად მიაწოდოს მშობიარეს ინფორმაცია, რადგან ამ დროს მშობიარის ყურადღების ფოკუსი მცირეა.

არც ერთი მეთოდი ან მეთოდების კომბინაცია არ ეხმარება ყველა ქალს. მეთოდების უმეტესობა არაეფექტური ხდება ხანგრძლივი გამოყენების მერე და მისი შეცვლა აბალანსებს პრობლემას. სხვადასხვა მეთოდების ცოდნა საშუალებას აძლევს ექთანს რომ შესთავაზოს ქალს ისინი და დაეხმაროს მას ადეკვატურად მართოს ტკივილი.

ტკივილის მართვის არაფარმაკოლოგიური მეთოდების გამოყენება

მეთოდები რომლებიც გამოიყენება მშობირარობის დროს არის მოდუნება, კანის სტიმულაცია, ჰიდროთერაპია, მენტალური სტიმულაცია და სუნთქვითი მეთოდები.

რელაქსაცია- რელაქსაციის პრომოცია მნიშვნელოვანია ტკივილის მართვის როგორც ფამაკოლოგიური ისე არაფარმაკოლოგიური მართვის დროს, რადგან რელაქსაცია:

- ზრდის საშვილოსნოში სისხლის მიდინებას და აუმჯობესებს ნაყოფის ოქსიგენაციას.
- ხელს უწყობს საშვილოსნოს ეფექტურ შეკუმშვებს.
- ამცირებს დაჭიმულობას, რომელიც ზრდის ტკივილის შეგრძნებას და ამცირებს ტკივილის ამტანობას.
- ამცირებს დაჭიმულობას რომელიც აინჰიბირებს ნაყოფის ქვევით ჩამოსვლას.

კომფორტული გარემო. კომფორტული გარემო ხელს უწყობს რელაქსაციას. ექთანს შეუძლია შეამციროს ისეთი გამაღიზიანებელი ფაქტორები, როგორიცაა მკვეთრი სინათლე და არაკომფორტული ტემპერატურა, ამასთან, ხშირად უნდა გამოცვალოს დასვრილი საფენები.

მუსიკა ფარავს გარე ხმაურს და ქმნის გარემოს წარმოსახვისთვის და სუნთქვითი მეთოდებისთვის. ეს იწვევს ქალის ყურადღების გადატანს ტკივილიდან. ტელევიზორს იგივე ეფექტი აქვს ქალისთვის.

ზოგადი კომფორტი. მშობიარის პირადი კომფორტის შექმნა ზრდის მშობიარის მედეგობას ტკივილის მიმართ და მის უნარს, გამოიყენოს ტკივილის მართვის მეთოდები მშობიარობის დროს (სურათი 5-2). პირადი კომფორტის შექმნა გულისხმობს იმ ქმედებების განხორციელებას, რომელიც გაზრდის კომფორტს და შეამცირებს გამაღიზიანებლებს.

შფოთვისა და შიშის შემცირება. ექთანმა შეიძლება შეამციროს ქალის შფოთვა და გაზარდოს თვითკონტროლი შესაბამისი ინფორმაციის მიწოდებით და ფოკუსირებით მშობიარობის ნორმალურ მიმდინარეობაზე. გახსოვდეთ, რომ საავადმყოფოები დაავადებებთან და დაზიანებებთანაა დაკავშირებული, რაც შფოთვის გამომწვევია.

სურათი 5-2, ზოგადათ მიღებული ზომები კომფორტისთვის ,როგორებიცაა ექთნის გვერდში დგომა ან გრილი საფენები სახეზე დამატებითი დამხმარე მეთოდებია არაფარმაკოლოგიური და ფარმაკოლოგიური ტკივილის კონტროლის.

მარტივი მოვლის ქმედებები, ქმნის შთაბეჭდილებას, რომ მშობიარობა არის ნორმალური პროცესი, სადაც არ უნდა იყოს ის. მაგალითად, ქალის მიმართ როგორც პაციენტის მიმართ მიმართვა ქმნის შთაბეჭდილებას, რომ ქალი “ავადაა”. უმჯობესია, რომ ქალს მშობიარობისას მიმართოთ სახელით, რაც ეხმარება ორსულს რომ მშობიარობა მიიღოს როგორც ნორმალური პროცესი. მთელი მშობიარობის განმავლობაში ქალისა და მისი თავმდგმურის არჩევანის გათვალისწინება, ეხმარება მათ რომ თავი იგრძნონ პროცესის კომპეტენტურ თანამონაწილედ და წარამტებით შეასრულონ მათზე დაკისრებული მოვალეობები მშობიარობის დროს.

სპეციფიკური მოდუნების მეთოდები. სარელაქსაციო მეთოდები საუკეთესოდ მოქმედებს თუ მისი პრაქტიკული ვარჯიში ხდება მშობიარობამდე. პრაქტიკის გაკვეთილების დროს სახლში, წყვილმა შეიძლება ივარჯიშოს ,,პროგრესიული რელაქსაცია, სადაც ქალი კუმშავს და ადუნებს სპეციფიკურ კუნთებს, მანამ სანამ ყველა კუნთი არ დუნდება. ნეიროკუნთოვანი დისოციაციები ეხმარება ყველა კუნთის მოდუნებაში გარდა იმისა, რომელიც უშუალოდ იღებს მონაწილეობას პროცესში (მაგალითად, საშვილოსნო და მუცლის კუნთები ჭინთვების დროს). ქალმა შეიძლება ისწავლოს შეხებაზე რელაქსაცია, პარტნიორის შეხებაზე საპასუხოდ. ასევე რელაქსაცია ტკივილის მიმართ, როცა პარტნიორი შეგნებულად იწვევს მცირე ტკივილს და ქალიც სწავლობს მოდუნებას მიუხედავად ტკივილისა.

თუნდაც ორსულს არ ჰქონდეს ნავარჯიშები ეს სარელაქსაციო მეთოდები წინასწარ, ექთანს შეუძლია ასწავლოს მშობიარობის მსვლელობაში. პარტნიორს შეუძლია უყუროს დაჭიმულობის ნიშნებს და შეეხოს იმ ადგილს და დაეხმაროს ქალს მის მოდუნებაში.

კანის სტიმულაცია

კანის სტიმულაციას აქვს რამდენიმე სახეობა და გამოიყენება დამოუკიდებლად ან სხვა მეთოდთან ერთად.

საკუთარ სხეულზე მასაჟი. ქალს შეუძლია დაიზილოს მუცელი, ფეხები და წელი მშობიარობის დროს დისკომფორტის შესამსუბუქებლად. გაითვალისწინეთ, რომ ზოგიერთი ქალისთვის მუცელზე შეხება არის გამაღიზიანებელი, განსაკუთრებით ჭიპთან ახლოს. ქალმა ძლიერად ხელის მოსმით შეხება შეიძლება უფრო სასარგებლოდ ჩათვალოს, ვიდრე მსუბუქად(იხ. სურათი 5-3)

ზოგიერთი მშობიარე შვებას გრძნობს ხელის და ფეხის გულების სტიმულაციით მშობიარობის დროს. შეიძლება სხვა ადამიანის ხელს მოუჭირონ მჭიდროდ შეკუმშვების დროს. ექთანმა უნდა გაარკვიოს ეს არის ზედმეტი ტკივილის გამომხატველი თუ უბრალოდ ქალი ცდილობს გაუმკლავდეს ტკივილს და სარგებლის მომტანია.

სხვების მიერ გაკეთებული მასაჟი. მასაჟი ზრდის ცირკულაციას და ამცირებს კუნთების დაჭიმვას. მშობიარის თანმხლებს ან ექთანს შეუძლია დაუზილოს ქალს წელი, მხრები, ფეხები ან ნებისმიერი ადგილის სადაც მას ესურვება. ტანის პუდრი კანზე ამცირებს ხახუნს მასაჟის დროს. პუდრი უნდა მოვაცილოთ ახალდაბადებულის ცხვირს და პირს.

სურათი 5-3, დამხმარე პირი იყენებს წნევით ხელის დაჭერას გავაზე წელის ტკივილის საწინააღმდეგოთ , ესეც ხშირია მშობიარობის დროს.

წნევის საწინააღმდეგოდ დაწოლა. გავაზე ზეწოლა შეიძლება დაეხმაროს ქალს წელის ტკივილის დროს, ეს განსაკუთრებით სასარგებლო მანევრია, მაშინ როცა ნაყოფი კეფით უკანა მდებარეობაშია. გავაზე ზეწოლა შეიძლება განხორციელდეს ხელის გულებით, მუშტებით ან მყარი საგნით, როგორიცაა ორი ტენისის ბურთი წინდაში ჩადებული (სურათი 5-3). გავის ზეწოლის სხვადასხვაობა გაორმაგებულია მენჯის მოჭერით, როცა ქალის ხელის გულები მოთავსებულია ქალის მენჯზე და აწვება ქვევით და შიგნით გავის ძვლის მიმართულებით. როცა დაწოლა ხორციელდება, მშობიარემ უნდა აუხსნას მის დამხამრე ადამიანს თუ სად და რა სიძლიერით დააწვეს. დედის სწორი პოზიცია ზრდის წნევის საწინააღმდეგოდ დაწოლას მუშტებით ქვედა წელზე.

შეხება. ექთნის მიერ არაკლინიკური მიზნით შეხება ძალიან ძლიერი ხერხია, თუ რა თქმა უნდა მშობიარე არ არის წინააღმდეგი. ხელის დაჭერა, თმაზე ხელის გადასმა ან მსგავსი ქმედებები გამოხატავს ექთნის ზრუნვას, კომფორტს, დარწმუნებას და მხარდაჭერას ამ მეტად სტრესულ პერიოდში.

თერმალური სტიმულაცია. ბევრ ქალს მოსწონს სითბოს გამოყენება წელზე, მუცელზე ან პერინეუმზე, მშობიარობის დროს. სითბო ზრდის ლოკალურ სისხლის დინებას, ადუნებს კუნთებს და ზრდის ტკივილის ზღურბლს. მასაჟი უფრო კომფორტულია თუ მანამდე სითბოს გამოყენებით ხდება კუნთების მოდუნება. თბილი შხაპი, აბაზანა ან ჯაკუზი შესაძლებელია გამოვიყენოთ როგორც სარელაქსაციო და თერმული სტიმულაციის მეთოდი. მიკროტალღურ ღუმელში გამთბარი მშრალი ბრინჯით სავსე წინდა შესაძლოა გამოყენებეული იქნეს გავის საპროექციო არეში ზეწოლისთვის.

თბილ საფენებთან ერთად შესაძლოა ქალს ესიამოვნოს გრილი საფენების გამოყენებაც. გრილი, დამბალი პირსახოცი საშუალებას აძლევს ქალს გაგრილდეს თუ ქალი თავს გრძნობს გადახურებულად. მას შეუძლია გრილი საფენის მოთავსება თავზე, ყელზე, მუცელზე ან ნებისმიერ ადგილას სადაც მოუსურვებს. შეიძლება მისით პირის დასველებაც მოინდომოს თუ გამომშრალი აქვს, ყინულის ნატეხები აგრილებს პირის ღრუს და უზრუნველყოფს ჰიდრაციას.

აკუპრესურა. აკუპრესურა არის მასაჟის მეთოდი, რომლის დროსაც მშობიარის თანმხლები პირი ზეწოლით მოქმედებს სპეციფიკურ წერტილებზე ხელით, როლერით, ბურთით ან სხვა მოწყობილობის საშუალებით. მტკიცებულებების მიხედვით, აკუპუნქტურას და აკუპრესურას შეუძლია მოხსნას გულისრევა და პირღებინება, (მეთოდის გამოყენება შესაძლებელია ორსულთა ტოქსიკოზის დროსაც). განახლებული, ობიექტური ინფორმაციისთვის აკუპრესურაზე ან სხვა კომპლემენტარული ან ალტერნატიული მედიცინის მეთოდებზე ეწვიეთ კომპლემენტარული და ალტერნატიული მედიცინის ეროვნული ცენტრის ვებ გვერდს (NCCAM) რომელიც ეროვნული ჯანდაცვის ინსტიტუტის ნაწილია (NIC; www.nccam.nih.gov).

ჰიდროთერაპია. წყლით თერაპია შეიძლება მიესადაგოს ნებისმიერ სარელაქსაციო მეთოდს. სხეულის წყალში ჩაწოლით, მთელ ტანზე წნევა თანაბრდება და ეხმარება კუნთებს მოდუნებაში. დამატებით ამ დროს, სითხე ექსტრავასკულარული სივრციდან გადადის ინტრავასკულარულ სივრცეში, ამცირებს შეშუპებას, როგორც კი თირკმელი გამოყოფს ზედმეტ სითხეს. ქალმა რომელმაც გამოიყენა წყლით თერაპიის მეთოდი მშობიარობის დროს, კიდევ უჩნდება მისი განმეორების სურვილი.

შხაპი, აბაზანა ან ჯაკუზი არის სარელაქსაციო მეთოდი და იწვევს თერმალურ სტიმულაციას. რამდენიმე კვლევამ აჩვენა წყლით თერაპიის სარგებლობა მშობიარობის დროს, რაც მოიცავს აბაზანაში ან ჯაკუზში ჩაწოლას. წყალში ჩაწოლით მშობიარობის მთავარი პრობლემა არის ახალშობილის და დედის მშობიარობის შემდგომი ინფექცია რაც შეიძლება გამოწვეული იყოს წყალში მიკროორგანიზმების არსებობით. ინფექცია შეიძლება გამოწვეული იყოს ქალის საკუთარი ვაგინალური ფლორიდან ან არასწორად გასუფთავებული აბაზანიდან. თუმცა რამდენიმე კვლევამ ვერ იპოვა მნიშვნელოვანი ურთიერთკავშირი ახალშობილის და მშობიარობის შემდგომ დედის ინფექციასა და წყალში მშობიარობისას სწორად გაწმენდილ აბაზანას შორის.

მეტი კვლევაა საჭირო რომ გაირკვეს სარგებელი და ინტერესი ჰიდროთერაპიაზე (სამახსოვრო 5-1). დაწესებულებებში სამოქმედო გეგმები უნდა იყოს დაწერილი, რომ ხაზი გაესვას სპეციფიკურ გაიდლაინებს, რომლებიც დამყარებული იქნება ჰიდროთერაპიის გამოყენების ფაქტებზე.

მენტალური სტიმულაცია

მენტალური მეთოდი იკავებს ქალის გონებას და ხელს უშლის ტკივილის სტიმულს. ის ასევე ეხმარება ქალს რელაქსაციაში და მშვიდი გარემოს წარმოსახვაში.

წარმოსახვა. თუ ორსულს ჯერ კიდევ არ აქვს წარმოდგენილი სპეციფიკური წარმოსახვითი სცენარი რომელიც მას რელაქსაციაში დაეხმარება, ექთანს შეუძლია მას შეუქმნას სარელაქსაციო სცენა გონებაში.

წარმოსახვა ეხმარება ქალს განაცალკევოს საკუთარი თავი მტკივნეული მშობიარობისგან. მაგალითად, ექთანს შეუძლია დაეხმაროს ქალს წარმოიდგინოს, თუ როგორ იხსნება ყელი თითოეული შეკუმშვით ან ნაყოფი როგორ ჩამოდის ქვემოთ მისი ყოველი გაჭინთვის შედეგად. ეს მეთოდი არის წარმატების და მიზნამდე მოძრაობის ვიზუალიზაცია, რომელიც ქალს გამკლავებაში მნიშვნელოვნად ეხმარება.

გარდა ამისა, ექთანს შეუძლია დაეხმაროს ქალს წარმოიდგინოს საკუთარი თავი სასიამოვნო ან სარელაქსაციო ადგილას.

განსაზღვრულ წერტილზე ფოკუსირება. არაფარმაკოლოგიური მეთოდების გამოყენებისას მშობიარეს შეიძლება უნდოდეს დახუჭოს თვალები ან სურდეს კონცენტრირდეს განსაზღვრულ წერტილზე. განსაზღვრულ წერტილზე კონცრენტრირება, შესაძლოა დაეხმაროს მშობიარეს ტკივილიდან ყურადღების გადატანაში. ფოკუსირებისას მშობიარემ შეიძლია წარმოიდგინოს რამე სურათი სარელაქსაციო ფონით ან გამოიყენოს რაიმე საგანი გასაზღვრულ წერტილად.

სურათი 5-4 , ქალმა და მისმა პარტნიორმა რომლებიც უკვე მომზადებულები არიან მშობიარობისთვის ,ისწავლეს წინასწარ სხვადასხვა უნარები რომლებიც დაეხმარებათ მათ რომ ტკივილი აიტანონ მშობიარობის დროს. დამხმარე ადამიანი იყენებს ხელით მოძრაობის სიგნალებს თუ როგორ ცვალოს მშობიარემ სუნთქვა.

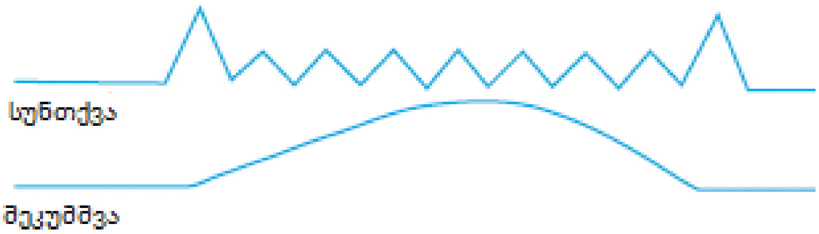
სუნთქვის მეთოდები

სუნთქვით მეთოდები საშულებას აძლევს მშობიარეს ტკივილის სენსორული ტრანსმისია შეამციროს (სურათი 5-4). სუნთქვითი მეთოდი უნდა გამოვიყენოთ როცა მშობიარეს უკვე აღარ შეუძლია სიარული ან საუბარი შეკუმშვების დროს.

მშობიარობის პირველი სტადიის სუნთქვა. სუნთქვა მშობიარობის პირველ სტადიაში შედგება მარტივი სუფთა სუნთქვისგან.

მარტივი სუფთა სუნთქვა - თითოეული შეკუმშვა იწყება და მთავრდება ღრმა ჩასუნთქვით და ამოსუნთქვით, რომელსაც სუფთა სუნთქვა ეწოდება. როგორც ოხვრა, სუფთა სუნთქვა ეხმარება მშობიარეს დაძაბულობის მოხსნაში. ის ჟანგბადს აწოდებს ორგანიზმს, რაც ეხმარება მიომეტრიუმის ჰიპოქსიის შემცირებას, რაც მშობიარობის ტკივილის წარმოქმნის მნიშვნელოვანი კომპონენტია. სუფთა სუნთქვები ქალს ფოკუსირებასა და მობილიზებაში ეხმარება. ამ მეთოდის გამოყენებისას ქალს შეუძლია ჩაისუნთქოს ცხვირით და ამოისუნთქოს პირით ან სუფთა სუნთქვა გამოიყენოს ნებისმიერი გზით, რომელიც უფრო კომფორტული იქნება მისთვის. როცა

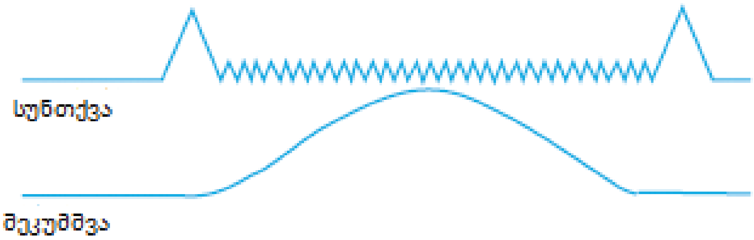
ელექტრონული მონიტორი გამოიყენება, ქალის თავმდგმურს შეუძლია დაეხმაროს ქალს და უკარნახოს თუ როდის დაიწყოს შესაბამისი სუნთქვა.



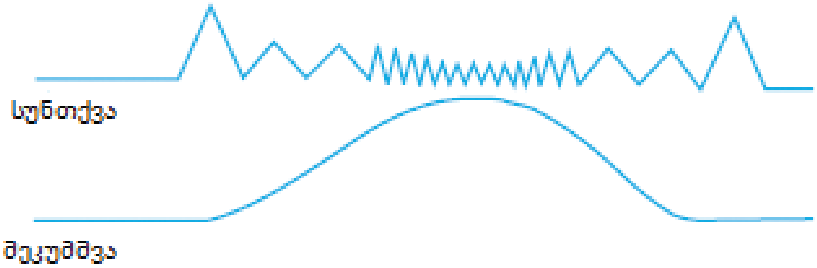
სურათი 5-5 , დაბალი სიხშირით სუნთქვა . მიუხედავათ იმ ფაქტისა, რომ სიხშირე განსაზღვრული შეიძლება იყოს ან არ იყოს ,დაბალი სიხშირით სუნთქვა არ უნდა იყოს ნაკლები ქალის ჩვეულებრივი სუნთქვის სიხშირის ნახევარზე, რომ ჟანგბადის მიწოდება უზრუნველყოფილი იყოს

ნელი სიხშირით სუნთქვა. პირველი სუნთქვა, ნელი, ღრმა სუნთქვაა რომელიც ზრდის რელაქსაციას (სურათი 5-5). ქალი უნდა იყოს კონცენტრირებული სხეულის მოდუნებაზე მეტად, ვიდრე სუნთქვის რეგულაციაზე. რელაქსაცია ბუნებრივად გამოიწვევს სუნთქვის შენელებას, ისე როგორც ძილის დროს. ქალს შეუძლია გამოიყენოს ცხვირი ან პირი, ან კომბინაციაში, რომელიც უფრო კომფორტულია მისთვის.

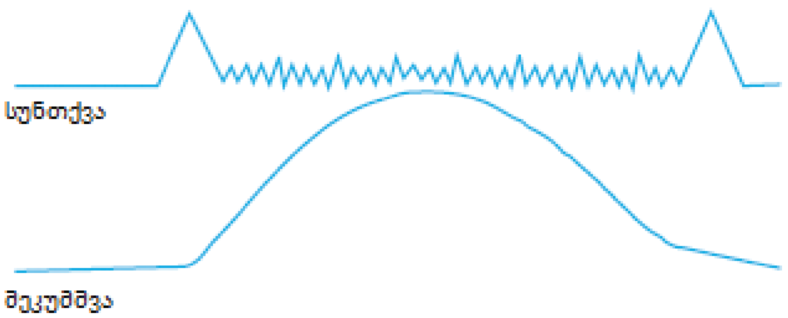
ნელი ტემპით სუნთქვა უნდა შევინარჩუნოთ რაც შეიძლება ხანგრძლივად, რადგან ის ხელს უწყობს მშობიარობის დროს რელაქსაციას და ოქსიგენაციას. ექთანი ხშირად სწორედ ამ მეთოდით სუნთქვას ასწავლის მშობიარეებს, რომლებიც არ არიან მომზადებული წინასწარ. მისი სწავლა მარტივია შეკუმშვებს შორის და ექთნის მხარდაჭერასთან ერთად ის ეხმარება შეშინებულ ქალს დამშვიდებასა და მოდუნებაში.



სურათი 5-6 , შეცვლილი სიხშირით სუნთქვა .შეცვლილი სიხშირით სუნთქვა კომფორტული უნდა იყოს ქალისთვის და მისი ნორმალური სუნთქვის სიხშირის გაორმაგებულ მაჩვენებელზე ჩქარი არ უნდა იყოს რომ მოხდეს პრევენცია ჰიპერვენტილაციის ან არ მოხდეს საშვილოსნოს მოდუნებისთვის ხელის შეშლა.



სურათი 5-7, გაერთიანებული მეთოდები , მცირე ან შეცვლილი სიხშირის გაერთიანება შეიძლება მოხდეს სუნთქვის შემცირებით დასაწყისში და შეკუმშვების დასასრულში და უფრო აჩქარებული სუნთქვა შეკუმშვების პიკში.



სურათი 5-8, სახასიათო სიხშირით სუნთქვა. სახასიათო სიხშირით სუნთქვა მეტად გამოკვეთს სუნთქვას ან ამოსუნთქვის დროს ჩაბერვის მსგავს მოქმედებას წარმოქმნის.დიაგრამა გამოკვეთს ყოველი შესამამე ჩასნთქვის დროს სუნთქვის ხასიათს.

როგორც ყველა მეთოდი, მრავალფეროვნება იცავს შეჩვევისგან. სუნთქვასთან ერთად ტკივილის მოსახსნელი სხვა მიდგომის დამატება, როგორიცაა წრიული მასაჟი ეხმარება ნელი ტემპით სუნთქვის ეფექტურობის გახანგრძლივებას. მცირე დროით სხვა სახეობის სუნთქვის გამოყენება საშუალებას აძლევს ქალს დაუბრუნდეს კვლავ ნელი ტემპით სუნთქვას მოგვიანებით.

შეცვლილი სიხშირით სუნთქვა. როცა ნელი სიხშირით სუნთქვა ეფექტური აღარ არის, ქალი იწყებს შეცვლილი ტემპით სუნთქვას (სურათი 5-6). გულ-მკერდით სუნთქვა უფრო ჩქარი ტემპით ბუნებრივ მიდრეკილებას ესადაგება, ააჩქაროს სუნთქვის სიხშირე სტრესის ან ისეთი ფიზიკური დატვირთვის დროს, როგორიცაა მშობიარობა. ასევე შეცვლილი ტემპით სუნთქვა უფრო ზედაპირულია ვიდრე ნელი ტემპით სუნთქვა, თუმცა გაზრდილი სიჩქარე ეხმარება ჩასუნთქული ჟანგბადის დონის შენარჩუნებას. ნელი ტემპით სუნთქვის მსგავსად ფოკუსირება ხდება დაძაბულობის მოხსნაზე, ვიდრე სუნთქვის რაოდენობაზე.

ხანდახან ქალი სწავლობს გააერთიანოს ნელი და შეცვლილი სიხშირით სუნთქვა შეკუმშვებს შორის (სურათი 5-7). ისინი იწყებენ ნელი სიხშირით და აგრძელებენ უფრო აჩქარებული ზედაპირული სუნთქვით შეკუმშვის პიკის პერიოდში. მშობიარობის დროს ქალი ამას აკეთებს ბუნებრივად. ყველაზე მნიშვნელოვანი საკითხი არის ის, რომ სუთნქვამ ხელი არ შეუშალოს რელაქსაციას, არამედ პირიქით, გააძლიეროს.

სახასიათო სიხშირით სუნთქვა. სახასიათო სიხშირით სუნთქვა (ხშირად ,,ამოსუნთქვით შებერვით სუნთქვად,, წოდებული) მოიცავს სუნთქვის ხასიათს (სურათი 5-8). ის არის შეცვლილი სიხშირით სუნთქვის მსგავსი. გარკვეული რაოდენობის სუნთქვის შემდეგ, ქალი ამოისუნთქავს ოდნავ ჩაბერვითი სახით და ისევ იწყებს შეცვლილი სიხშირით სუნთქვას. ეს დამატებით საშუალებას აძლევს რომ ფოკუსირდეს მეტად სუნთქვაზე და შეამციროს მიჩვევა. პირის ღრუ უნდა იყოს მოდუნებული და ქალმა თავი უნდა აარიდოს სპეციფიკური ხმების გამოცემას, რაც მეტად დაძაბავს მის ხმის იოგებს. ასევე მნიშვნელოვანია, მოხდეს სრული სხეულის მოდუნებაც.

სუნთქვის რაოდენობა შებერვით ამოსუნთქვამდე შეიძლება იყოს მუდმივი (ყველაზე ხშირად ორიდან ექვსამდე) ან შეიძლება ვცვალოთ. სხვადასხვა ვარიანტებია, როგორიცაა ,, 3-1, 5-1, 3-1,, ან კიბის საფეხურების პრინციპით შემცირება, როგორიცაა ,, 6-1, 5-1, 4-1, 3-1,,. ინსტრუქტორი აჩვენებს თითების იმ რაოდენობას, რანდენჯერაც ჩაისუნთქავს , თითო თითი თითო სუნთქვას ესადაგება. ცვალებადი რაოდენობა შეიძლება არაეფექტური იყოს საკმარისი პრაქტიკის გარეშე, რაც ინსტრუქტორს და მშობიარეს ერთად მუშაობაში უშლის ხელს.

სუნთქვა ჭინთვების შესაკავებლად. თუ ქალი ძლიერად გაიჭინთება სანამ ყელი ბოლომდე გახსნილი არ არის, ის რისკის ქვეშ აყენებს საშვილოსნოს ყელის და ნაყოფის თავის დაზიანებას. ჩაბერვა იწვევს ყიის (გლოტისის) დახურვას და სუნთქვის შეკავებას, რაც ეხმარება რომ ჭინთვის სურვილმა გადაიაროს. ქალი უბერავს განმეორებითი სუნთქვით მცირე ჰაერის ნაკადით, როცა ჭინთვების სურვილი ძლიერია. გვერდში მდგომმა ადამიანმა შეიძლება ისწავლოს მშობიარესთან ერთად ჩაბერვითი სუნთქვა რაც ხელს უწყობს ქალს, უფრო კონცენტრირდეს სუნთქვაზე. ზოგიერთი ქალი ცვლის ჩაბერვით სუნთქვას, ერთი მოკლე სუნთქვით და ერთი ჩაბერვითი სუნთქვით.

საერთო პრობლემების გადალახვა. ჰიპერვენტილაცია და პირის სიმშრალე არის ხშირი პრობლემები სუნთქვის მეთოდების გამოყენების დროს. ჰიპერვენტილაცია იწვევს ჩქარ ღრმა სუნთქვას, რომელიც იწვევს ნახშირორჟანგის მეტ დანაკარგს და ამიტომ რესპირატორულ ალკალოზს. ქალს შეიძლება ჰქონდეს თავბრუსხვევის და გონების კარგვის შეგრძნება ან აზროვნების შეფერხება. სისხლძარღვების შევიწროვება იწვევს უცნაურ შეგრძნებებს და დაბუჟებას თითებსა და მენჯში. ჰიპერვენტილაციამ, ქსოვილებში და სისხლში კალციუმის შემცირებით შეიძლება კუნთების ტეტანია გამოიწვიოს,რაც იწვევს სახის და ტუჩების გამაგრებას და კარპოპედალურ სპაზმს.

მშობიარეს ნასწავლი აქვს რომ ჩაისუნთქოს ქაღალდის პარკში ან ფიალის მსგავსად გაკეთებულ ხელებში როცა თავბრუსხვევის შეგრძნება ექნება. ასეთი სახით ჩასუნთქვა ხელს უწყობს ნახშირორჟანგის კონცენტრაციის დონის გაზრდას, როცა ქალი უკან ისუნთქებს ამოსუნთქულ ჰაერს. ქალმა უნდა შეამციროს თავისი სუნთქვის სიხშირე, რომ შეამციროს ნახშირორჟანგის კარგვა.

ქალის პირი შრება პირით გახანგრძლივებული სუნთქვის დროს. პირის სიმშრალის თავიდან აცილების მიზნით, ქალს შეუძლია ენა ნაზად მიადოს პირის ღრუს ზედა ნაწილს რომ დაატენიანოს შესუნთქული ჰაერი. მშობიარის თავმდგმურმა, სიმშრალის შემსუბუქების მიზნით, სასურველია მშობიარეს შესთავაზოს ყინული, პირში გამოსავლები, უშაქრო საწუწნი კანფეტები ან სითხეები, თუ დაშვებულია.

სუნთქვა მშობიარობის მეორე სტადიაში. მშობიარობის მეორე სტადიაში, მშობიარეზე ზრუნვა მოიცავს, მშობიარობის ფიზიოლოგიური მიმდინარეობის დასრულებას, რაც მოიცავს ქალის დახმარებას რომ ჭინთვის სურვილის დროს გაიჭინთოს ეფექტურად. მშობიარობის ამ ეტაპზე შესაძლოა საჭირო იყოს ქალი გაიჭინთოს მაშინაც კი, როცა ამის სურვილი არ აქვს. ამ ეტაპზე მართვა მიმართულია ეფექტური ჭინთვისკენ, განსხვავებით იმ პირველი სტადიისა, როცა ვცდილობთ ჭინთვების თავიდან აცილებას ყელის არასრული გახსნის გამო. გახსოვდეთ, რომ გახანგრძლივებული ჭინთვები მეორე სტადიაში, ასოცირდება დედის მეტად გადაღლასთან, ოპერაციულ მშობიარობასთან და ნაყოფის არადამაკმაყოფილებელ გულისცემასთან. ამასთან, გახანგრძლივებული ჭინთვა, საგრძნობლად არც ამცირებს მშობიარობის მეორე სტადიას.

კვლევებმა აჩვენა, რომ ძალით მართული ჭინთვები დაკავშირებულია ქალის მენჯის ფსკერის როგორც მეტ სტრუქტურულ ისე ნევროლოგიურ დაზიანებებთან. დახურული ყიით(გლოტისით) ჭინთვები იწვევს გულმკერდის შიგნითა წნევის განმეორებით მატებას, რაც იწვევს გულის წუთმოცულობის და დედის სისხლის წნევის შემცირებას. ქალის შემცირებული სისხლის წნევა იწვევს პლაცენტისთვის ნაკლები სისხლის მიდინებას, რაც იწვევს ნაყოფის ჰიპოქსიას, რაც თავის მხრივ აისახება ნაყოფის გულის არადამაკმაყოფილებელ მდგომარებაზე.

ფიზიოლოგიურად მეორე სტადიის წარმართვა იყენებს არამიმართულ ჭინთვებს. ქალი იღებს გადაწყვეტილებას ექთანთან ერთად, თუ როდისაა საჭირო დრო ჭინთვების დასაწყებად. მშობიარემ შეიძლება იბუზღუნოს, იჯუჯღუნოს, ოხრავდეს ან კვნესოდეს ჭინთვების დროს და ექთანმა უნდა იცოდეს რომ ეს ხმები ნორმლაურია. ჭინთვები 3 - 4-ჯერ 6-8 წუთის განმავლობაში ეფექტურია ნაყოფის ქვევით უსაფრთხოდ მსვლელობისთვის. ჭინთვების სიძლიერე უნდა შეესაბამებოდეს ნაყოფის ზოგადი მდგომარეობის სტატუსს.

ეპიდურული ანალგეზია-ქალი რომელიც ირჩევს ანესთეზიის ამ მეთოდს მშობიარობის ტკივილის მართვისთვის, შენარჩუნებული აქვს ჭინთვის სურვილი, თუმცა ისე ძლიერი არა როგორც იმ ქალებს, რომელთაც ამ ტიპის მედიკამენტი არ აქვთ მიღებული სამშობიარო ტკივილების მართვისთვის. შენარჩუნებული ჭინთვების სურვილი, თუნდაც შემცირებული, ეხმარება მათ რომ უფრო ეფექტურად გაიჭინთონ შეკუმშვებთან ერთად. ყელის სრული გახსნიდან ჭინთვის დაწყების 1-2 საათით გადადებამ აჩვენა რიგი ბენიფიტები, როგორც ეპიდურული ანალგეზიით ისე მის გარეშე მშობიარეთათვის.

შემთხვევის გარჩევა 5-1

შეფასება: ბეთი არის 28 წლის, პირველი ორსულობა, არანამშობიარები, რომელიც მიიღეს 1 საათის წინ. ბეთის ყელი არის 3 სმ-ით გახსნილი და 100%-ით გადასწორებული, ჩადგმა -2 დონეზე და მემბრანები არ არის დარღვეული. შეკუმშვები ხდება ყოველ 3 წუთში, 40-50 წამის ხანგრძლივობით და საშუალო ინტენსივობით. ნაყოფის გულისცემა საშუალოდ არის 135-145 დარტყმა წუთში და დამაკმაყოფილებელია. ბეთი ამბობს, რომ წელის ტკივილი შემაწუხებელია, მაგრამ ამ დროისთვის შეუძლია გაუძლოს. ბეთმა და მისმა მეუღლემ გაიარეს წინასამშობიარო კლასები და იყენებენ სუნთქვის მეთოდებს, რომლებიც შეისწავლეს.

დიაგნოზი: მწვავე ტკივილი დაკავშირებული საშვილოსნოს შეკუმშვებთან და დაწოლა მენჯის სტრუქტურებზე.

მოსალოდნელი გამოსავალი: მშობიარობის დროს, ბეთი შეძლებს გააგრძელოს სუნთქვის იმ მეთოდების გამოყენება, რომლებიც შეისწავლა წინასამშობიარო კლასებში.

მას აქვს სახისა და სხეულის მოსვენებული გამომეტყველება შეკუმშვებს შორის.

კრიტიკული აზროვნება: ამ დროისთვის ტკივილის მართვის რომელი მეთოდი არის შესაფერისი რომ შევთავაზოთ, არაფარმაკოლოგიური თუ ფარმაკოლოგიური?

პასუხი: თუ ჯერ ცნობილი არაა, ექთანმა უნდა დაადგინოს, ტკივილის გაყუჩების რომელი მიდგომა ურჩევნია ბეთს სანამ მშობიარობა უფრო გაძლიერდება. არაფარმაკოლოგიური მეთოდები არის იდეალური მშობიარობის ადრეულ სტადიაში თუ საკმარისად უზრუნველყოფს ტკივილის გაყუჩებას. სიარული და სხეულის სხვა სწორი მდგომარეობები ხშირად ამსუბუქებს წელის დისკომფორტს და ეხმარება ნაყოფს ქვემოთ სვლაში; თუმცა ბეთის შესაძლებლობა, რომ გამოიყენოს ეს არაფარმაკოლოგიური მეთოდები შემცირდებოდა ფარმაკოლოგიური მეთოდებით ტკივილის მართვის დროს, როგორიცაა სისტემური ანალგეზია. მისი მშობიარობა მიმდინარეობს ნორმალურად, მემბრანები ინტაქტურია და ნაყოფის გულისცემის სიხშირე სტაბილურია ნორმალურ მაჩვენებლებს შორის, ამიტომ სიარული არ არის უკუნაჩვენები.

ჩარევა და რაციონალიზაცია

1. მოაწყვეთ გარემო ისე კომფორტულად, რომ გამოიწვიოს მოსვენება. მოსვენებული მდგომარეობა ხელს უწყობს ჩარევის სხვა ყველანაირ განხორციელებას, რადგან ის ზრდის ქალის შესაძლებლობებს, რომ გაუძლოს დისკომფორტს.

გარემოს მეტი სიმყუდროვისთვის შესაძლოა მოხდეს:

ოთახის ტემპერატურის რეგულირება;

თბილი პლედისა და წინდების დაამატება სითბოსთვის;

პატარა ხელის ელექტრული ვინტილიატორის ან მარაოს შეთავაზება საჭიროების შემთხვევაში.

2. შეამცირეთ გარე შემაწუხებელი ფაქტორები, რომელიც ხელს უშლის მშობიარეს ტკივილის მართვის უნარების გამოყენებაში. დაკეტეთ კარი, რომ შეამციროთ გარე სივრციდან ხმაური.

დაუკარით ის მუსიკა, რომელიც ბეთს სურს, რომ შენიღბოთ გარე ხმაური.

არ დაუდგეთ წინ, ისე რომ დაეფაროთ მას.

შეეცადეთ დაელოდოთ შეკუმშვების დასრულებას კითხვების დასასმელად და შეფასებისთვის.

3. შეამცირეთ გამაღიზიანებელი სტიმულები, რომელიც შემაწუხებელია და ამცირებს ქალის შესაძლებლობას, რომ გამოიყენოს უნარები მშობიარობის გასამარტივებლად და მოემატოს დისკომფორტი.

შეინარჩუნეთ ქვეშაგები და საფენები მშრალად.

დაუწიეთ განათებას ბეთის სურვილისამებრ.

გამოიყენეთ მკაფიო სინათლე მხოლოდ საჭიროების დროს.

შეასრულეთ ყველა პროცედურა და პაციენტის მოვლის მოქმედებები, რაც შეიძლება ნაზად.

თავი შეიკავეთ საწოლის პოზიციების ცვლისგან.

შეზღუდეთ ვიზიტორები წყვილის სურვილის შესაბამისად.

4. გაამხნევეთ ბეთი, რომ მიიღოს ყველაზე კომფორტული პოზიცია და ცვალეთ პოზიციები რეგულარულად(დაახლოებით ყოველი 30-60 წუთში ერთხელ) თუ არ არის უკუჩვენება, მას შეუძლია იაროს ან დაჯდეს სკამზე ან სამშობიარო ბურთზე. დახვეული ბალიში ან პლედი უზრუნველყოფს გვერდით წოლის დროს საყრდენს. ხშირი პოზიციის ცვლილება ხელს შეუწყობს ნაყოფის ქვემოთ სვლას და მენჯის ზომებთან ადაპტაციას ეფექტურად. პოზიციის ცვლილება ასევე ამცირებს კუნთების დაჭიმულობას და დაწოლის შეგრძნებას.

მდგომარე პოზიცია ხელს უწყობს ნაყოფის ქვემოთ სვლას მიზიდულობის ძალის მიმართულებით.

თუ წოლა ურჩევნია, მაშინ გვერდზე წოლა ან გვერდზე მოხრა არის ყველაზე კომფორტული პოზიცია და ამასთან ეს ამცირებს აორტოკავალური კომპრესიის რისკს, რაც თავის ხმრივ პლაცენტის შემცირებული პერფუზიის წინაპირობაა.

5. შეამოწმეთ შარდის ბუშტის გადავსებაზე საათობრივად ან უფრო ხშირად, თუ იღებს დიდი რაოდენობით ინტრავენურ და ორალურ სითხეებს. ხელი შეუწყვეთ რომ მოშარდოს ყოველ 2 საათში. მისი სურვილისამებრ, გააკეთეთ შარდის ბუშტის კათეტერიზაცია როცა სავსეა და არ შეუძლია მოშარდვა. შარდვის შეგრძნება შეიძლება შემცირდეს მშობიარობის დროს. სავსე შარდის ბუშტმა შეიძლება გამოიწვიოს მთლიანი დისკომფორტი, ხელი შეუშალოს ნაყოფის ქვემოთ სვლას და გაახანგრძლივოს მშობიარობა.

6. მიეცით ბეთს სუფთა სითხეები, როგორიცაა ყინულის ნატეხები ან წვენი. თუ არ შეიძლება ან არ სურს სითხის დალევა, დაუსველეთ პირი სველი პირსახოცის ჩაწურვით ან ოდნავ ჩაასხით წყალი პირში. ქალები ხშირად იყენებენ ჩქარ პირით სუნთქვას მშობიარობის დროს, რაც იწვევს პირის სიმშრალეს. ამ მეთოდებმა შეიძლება გამოიწვიოს ზოგიერთი დისკომფორტის მოხსნა, რომელიც დაკავშირებულია მშრალ პირის ღრუსთან. შეიძლება მოხდეს სუფთა სითხეების დანიშვნა რომ მოხდეს ასპირაციის რისკის შემცირება თუ ზოგადი ანესთეზია გახდა საჭირო.

7. შესთავაზეთ წელზე მასაჟი და მუდმივი დაწოლა. შეეკითხეთ ბეთს, თუ სად როგორი სიძლიერით უნდა რომ დააწვეთ. გამოიყენეთ ბავშვის პუდრი როცა წელს უსვამთ ხელს. უთხარით, რომ დაუკავშირდეს მომვლელს თუ ეს მეთოდი გახდება არაეფექტური ან თუ სემი ამასაჟებს მის წელს, შესთავაზეთ მას რომ შიგადაშიგ დაისვენოს. წელზე მასაჟმა შეიძლება შეამციროს სამშობიარო დისკომფორტი რაც დაკავშირებულია წელით მშობიარობასთან, ნერვულ ბოჭკოებში ტკივილის ტრანსმისიის ხელის შეშლით. თუ მშობიარობა პროგრესირებს, წელზე მასაჟი შეიძლება გახდეს ნაკლებ ეფექტური და უფრო მეტად არაკომფორტული. პუდრი ამცირებს ხახუნს, რომელიც შეიძლება იყოს კიდევ ერთი წყარო დისკომოფრტისა. პარტნიორს სჭირდება დასვენება რომ შეინარჩუნოს ენერგია და უკეთესად დაეხმაროს ქალს მშობიარობაში.

8. ინფორმაცია მიაწოდეთ ბეთს და სემს მშობიარობის პროგრესის შესახებ და მათი ბავშვის მდგომარეობის შესახებ რომ შეამციროთ შფოთვა და შიში უცნობი პროცესების მიმართ. შფოთვა და შიში ზრდის ტკივილის შეგრძნებას და ამცირებს ტკივილის ამტანობას.

შეფასება: ბეთი კონცენტრაციას აკეთებს თავისი სუნთქვის მეთოდზე თითოეული შეკუმშვის დროს, მაგრამ აქვს მოსვენებული სხეულის მდგომარეობა. ის აგრძელებს ნასწავლი უნარების ეფექტურად გამოყენებას დაახლოებით 2 საათის განმავლობაში, რის შემდეგაც შეიძლება უფრო გაუძნელდეს გაუძლოს მშობიარობას შეკუმშვებთან ერთად.

ტკივილის მართვა ფარმაკოლოგიური მეთოდით

ქალების უმეტესობა ითხოვს სამშობიარო ტკივილის მართვას ფარმაკოლოგიური მეთოდით მშობიარობის გარკვეულ ეტაპზე, თუნდაც მანამდე ტკვილის მართვის არაფარმაკოლოგიური მეთოდი იყოს გამოყენებული. ფარმაკოლოგიური მეთოდებით ტკივილის მართვა შედგება სისტემური წამლებისგან, რეგიონალური ტკივილის მართვის მეთოდებისგან (ტკივილის დაბლოკვა სხეულის გარკვეულ ნაწილზე, ცნობიერების შენარჩუნებით) და ზოგადი ანესთეზიისგან. გადაწყვეტილება ნებისმიერი მეთოდის გამოყენებაზე მიღებული უნდა იყოს რისკის შეფასებით.

ორსული ქალისთვის მედიკამენტის დანიშნვნის დროს განსაკუთრებული გარემოებების გათვალისწინება

ორსული ქალისთვის მედიკამენტის დანიშვნა იმდენად მარტივი არ არის, როგორც ორსულობამდე იყო, შემდეგი მიზეზების გამო:

- ქალის მიერ მიღებული ნებისმიერი მედიკამენტი, სავარაუდოდ, გავლენას ახდენს ნაყოფზეც.
- მედიკამენტებს შეიძლება ისეთი ეფექტი ჰქონდეს ორსულობის დროს, რაც მას არაორსული ადამიანის შემთხვევაში არ ექნებოდა.
- მედიკამენტები გავლენას ახდენს მშობიარობის მიმდინარეობასა და ხანგრძლივობაზე.
- ორსულობასთან ასოცირებულმა გართულებებმა შეიძლება შეამციროს გაუტკივარების მეთოდის ჩამონათვალი.
- ქალს, რომელსაც სჭირდება სხვა სამკურნალო მედიკამენტები, ჰერბალური და ბოტანიკური პრეპარატები, ან წამალზე დამოკიდებულია, შეიძლება ნაკლები არჩევანი ჰქონდეს მშობიარობის ტკივილის მოხსნის მართვისთვის.

საანესთეზიო საშუალებების ეფექტი ნაყოფზე

დედისთვის მიცემული მედიკამენტიდან ნაყოფზე მიღებული ეფექტი შეიძლება იყოს პირდაპირი, რაც გულისხმობს მედიკამენტის ან მისი მეტაბოლიტის პლაცენტის გავლით ნაყოფში გადასვლას. პირდაპირი ეფექტის მაგალითია ნაყოფის გულისცემის შემცირებული ვარიაბელობა ტკივილგამაყუჩებელის დანიშვნის შემდეგ.

ნაყოფზე ეფექტი შეიძლება იყოს არაპირდაპირი, ან დედაზე წამლის გავლენის მეორეული ეფექტი. მაგალითად, თუ მედიკამენტი იწვევს დედის ჰიპოტენზიას, სისხლის მიდინება პლაცენტისკენ მცირდება, რის შედეგადაც ნაყოფის ჰიპოქსია და აციდოზი შეიძლება მოხდეს.

დედის ფიზიოლოგიური ცვლილებები

ნორმალური ორსულობის დროს ოთხი სისტემის ფიზიოლოგიურ ცვლილებას აქვს ყველაზე დიდი ზეგავლენა ფარმაკოლოგიური მეთოდით ტკივილის მართვაზე.

გულ-სისხლძარღვთა სისტემის ცვლილება- აორტის და ქვედა ღრუ ვენის ზეწოლა ხდება საშვილოსნოს მიერ როცა ქალი ზურგით მწოლიარე მდგომარეობაშია (აორტოკავალური კომპრესია). თუ ქალი უნდა იწვეს ზურგით რაღაც დროის განმავლობაში, საშვილოსნო ხელით არის გვერდით გადაწეული ან პატარა დახვეული პირსახოცი არის მენჯის ქვემოთ დადებული. გადანაცვლება ხშირად ხდება მარცხნივ (მარცხნივ საშვილოსნოს გადანაცვლება),თუმცა ნებისმიერი მხარე შეიძლება იყოს გამოყენებული. საოპერაციო მაგიდა ოდნავ გვერდით არის გადახრილი საკეისრო კვეთის ჩატარების დროს, რომ მოხდეს საშვილოსნოს გვერდით გადანაცვლება.

სასუნთქი სისტემის ცვლილებები- ორსული ქალის გაზრდილი საშვილოსნო ამცირებს სასუნთქი სისტემის მოცულობას. კომპენსაციისთვის, ის სუნთქავს უფრო ჩქარა და ღრმად. ამის შედეგად, ის მეტად შეიძლება დაზიანდეს არტერიული სისხლის ოქსიგენაციის შემცირებით ზოგადი ანესთეზიის გაკეთების დროს(სრული მგრძნობელობის და ცნობადობის დაკარგვა) და მეტად მგრძნობიარეა ანესთეზიური საშუალებების ინჰალაციის გზით მიღების დროს. ორსულობის დროს ფიზიოლოგიური შეშუპება არის ზედა სასუნთქ გზებში და შეიძლება ამის გამო ზოგადი ანესთეზიისთვის განხორციელებული ინტუბაციის დროს შეიქმნას პრობლემა.

კუჭ-ნაწლავის სისტემის ცვლილებები- ორსული ქალის კუჭი არის ზემოთ გადაადგილებული გაზრდილი საშვილოსნოს მიერ და ამავდროულად გაზრდილია მისი შიდა წნევა. პროგესტერონი ანელებს პერისტალტიკას და ამცირებს სპინქტერის ტონუსს, რომელიც არის კუჭსა და საყლაპავს შორის. ეს ცვლილებები ხდის ორსულ ქალს მეტად მიდრეკილს კუჭის შიგთავსის რეგურგიტაციაზე და ასპირაციაზე (ინჰალაცია) ზოგადი ანესთეზიის დროს.

ნერვული სისტემის ცვლილებები-ორსულობის და მშობიარობის დროს ენდორფინების და ენკეფალინების(ბუნებრივი ნივთრებები ტკივილის შემსუბუქების თვისებებით) მოცირკულირე

დონე არის მაღალი. ეს ნივთიერებები ცვლის ტკივილის შეგრძნებას და ამცირებს ანალგეზიაზე და ანესთეზიაზე მოთხოვნას.

ეპიდურული და სუბარაქნოიდული სივრცე, რომელიც მდებარეობს ტვინის ქსელებში გარსის და რბილი გარსის შორის, არის შემცირებული ორსულობის დროს, რაც აჩქარებს ანესთეტიკური ნივთიერებების გავრცელებას, რომელიც გამოიყენება ეპიდურული ან სუბარაქნოიდული ბლოკის დროს (SABs). თავზურგტვინის სითხის (CSF) წნევა მაღალია შეკუმშვების დროს და როცა ქალი იჭინთება. ნერვული ბოჭკოები უფრო მგრძნობიარეა ლოკალური ანესთეტიკური ნივთირებების მიმართ. მაღალი მუცელშიდა წნევა იწვევს ეპიდურალური ვენების გაჯირჯვებას, რაც ზრდის ანესთეტიკური აგენტების სისხლძარღვშიდა შესვლას. ამ ცვლილებების შედეგად ანესთეზიის მისაღწევად ნაკლები რაოდენობით საანესთეზიო საშუალებაა საჭირო (SAB).

ეფექტები მშობიარობის მიმდინარეობაზე

იდეალურ შემთხვევაში, ტკივილის გაყუჩება ხდება როცა მშობიარობა უკვე კარგად ჩამოყალიბებულია, რომ არ მოხდეს პროგრესის შენელება. თუმცა მზრუნველმა უნდა გაითვალისწინოს ზედმეტი ტკივილის გვერდითი ეფექტები მშობიარობის პროგრესზე, ყელის გახსნის მიუხედავად. რეგიონალურად ტკივილის მართვამ, პირველ რიგში ეპიდურალურმა ბლოკირებამ, შეიძლება შეამციროს პროგრესი მშობიარობის მეორე სტადიაში, ქალის სპონტანური ჭინთვის სურვილის შემცირებით.

ორსულობის გართულებების ეფექტები მშობიარობის ტკივილის მართვაზე

ორსულობის განმავლობაში გართულებებმა შეიძლება შეამციროს ანალგეზიის ან ანესთეზიის არჩევანი. მაგალითად, თუ დიდი მოცულობით ინტრავენური სითხე არის გადასხმული ჰოპიტენზიის პრევენცირებისთვის და ამავე დროს ქალს აღენიშნება გულის დაავადება, ეს სითხეები შეიძლება იყოს საზიანო. თუმცა საგულისხმოა ისიც, რომ ამ ინფუზიის გარეშე ჰიპოტენზიის რისკის გამო, ნაყოფი შესაძლოა რისკის ქვეშ დადგეს.

სხვა ნივთიერებებთან ურთიერთქმედება

ქალი, რომელიც იღებს მედიკამენტებს (სამკურნალო, ურეცეპტო ან უკანონო), მცენარეების ან ბოტანიკური ნივთიერებებით მომზადებულს, შესაძლოა წამალთშორისი ურთიერთქმედების ან სხვა ნივთიერებებს ანალგეზიკების ან ანესთეტიკების ურთიერთქმედების რისკის ქვეშ აღმოჩნდეს. მაგალითად, ალკოჰოლის მიღებამ შეიძლება გაზარდოს ოპოიდური ტკივილგამაყუჩებლების დეპრესანტული ეფექტი, რაც დედას და შვილს ხდის მიდრეკილს სუნთქვითი უკმარისობისკენ.

ტკივილის მართვის მეთოდები რეგიონალური ანესთეზიით

ტკივილის მართვისთვის რეგიონალური ანესთეზიის მეთოდები შეიძლება გამოყენებულ იქნას მშობიარობისშიდა ანალგეზიისთვის, ქირურგიული ანესთეზიისთვის ან ორივე. ეს მეთოდი იწვევს ტკივილის მოხსნას ცნობიერების დაკარგვის გარეშე. ის შეიძლება გამოვიყენოთ მხოლოდ მშობიარობის, მხოლოდ დაბადების ან ორივე შემთხვევაში ერთად.

ეპიდურალური ბლოკირება გვაძლევს ტკივილის შემსუბუქებას მშობიარობების უმეტესობის დროს და ნაყოფის დაბადების დროსაც უშუალოდ. ინტრათეკალური ოპიოიდები გამოიყენება ტკივილის კონტროლისთვის მშობიარობის დროს, დამატებითი ზომები საჭიროა მშობიარობის გვიანი სტადიის ან მშობიარობის დროს. სხვა რეგიონალური ბლოკირება, კერძოდ სუბარაქნოიდალური გაყუჩება, გამოიყენება უშუალოდ დაბადების პროცესში. გაერთიანებული სპინალურ-ეპიდურული ანალგეზია სუბარაქნოიდულ სივრცეში ოპიოიდების შეყვანის საშუალებას იძლევა ნემსის საშუალებით ან ეპიდურული კათეტერით. მცირე მასშტაბის რეგიონალური ანესთეზია შეიძლება გამოყენებულ იქნას მშობიარობის დროს, მაგალითად, ლოკალური პუდენდალური ბლოკირება.

რეგიონალურად ტკივილის მოხსნის მთავარი უპირატესობა არის ის, რომ ქალი თვითონ მონაწილეობს მშობიარობაში და ამავდროულად კარგად აკონტროლებს ტკივილს. ქალები კარგად გრძნობენ დაწოლის და დისკომფორტის შეგრძნებას, თუმცა ეს საგრძნობლად არის შემცირებული. ტკივილის მართვის ამ მეთოდის გამოყენებისას სასუნთქი გზების დამცველობითი რეფლექსები შენარჩუნებულია. საანესთეზიო საშუალების ნაყოფზე ეფექტი დამოკიდებულია უფრო მეტად ქალის რეაქციაზე, ვიდრე უშუალოდ წამლის პირდაპირ ეფექტზე.

ეპიდურალური ბლოკირება

ლუმბარული ეპიდურალური ბლოკირება არის პოპულარული რეგიონალური ბლოკირება, რომელიც იწვევს ანალგეზიას და ანესთეზიას მშობიარობის ან დაბადების პროცესში ქალის და ნაყოფის სედაციის გარეშე, ის გამოიყენება ორივე ვაგინალური და საკეისრო კვეთის დროს. ეპიდურალური ბლოკირება კეთდება და ნარჩუნდება ანესთეზიოლოგის მიერ (ექიმი, რომელსაც სწავლება გავლილი აქვს ანესთეზიის წარმართვაში) ან ექთანი-ანესთეზიოლოგიის მიერ (სპეციალური განათლების საფეხურით და ლიცენზირებული ექთანი სპეციალურად ანესთეზიური საშუალებების შეყვანაში).

ეპიდურალური სივრცე არის ტვინის მაგარი გარსის გარეთ, მაგარი გარსის და ხერხემლის არხს შორის. ის ამოფენილია ცხიმით, შემაერთებელი ქსოვილით და ეპიდურალური ვენებით (რომლებიც გაფართოვებულია ორსულობის დროს) (სურათი 5-9).

ეპიდურალური ბლოკირება კეთდება ლოკალური ანესთეზიური საშუალებების შეყვანით, ხშირად ოპიოდებთან კომბინირებაში, ვიწრო ეპიდურულ სივრცეში. ის მნიშვნელოვნად ამცირებს შეკუმშვებითა და სამშობიარო არხების გაფართოვებით გამოწვეულ ტკივილს. ეპიდურალური ბლოკირების ეფექტი შეიძლება იმდენად მდგრადი იყოს, რომ მან საკეისრო კვეთის ან კვერცხსავალი მილების ლიგირების გაკეთების საშუალებაც მოგცეთ მშობიარობის შემდეგ. ტკივილის გაყუჩება, რომელიც განსხვავდება სრული ანესთეზიისგან, რომელიც იწვევს მოძრაობის და მგრძნობელობის სრულიად დაკარგვას, უკეთესია მშობიარობის დროს. ქალების უმეტესობაში, საანესთეზიო საშუალებების მინიმალური თერაპიული დოზა და ეპიდურალური ოპიოიდები ეფექტურად ახდენენ ტკივილის შემსუბუქებას სრული მოტორული ბლოკის გარეშე (ნებითი მოძრაობების დაკარგვა). ანესთეტიკების უფრო მაღალი დოზა გამოიყენება მუცლის ქირურგიული ოპერაციების დროს, როცა უფრო მეტი მოტორული და სენსორული ფუნქციის დაკარგვა გვჭირდება.

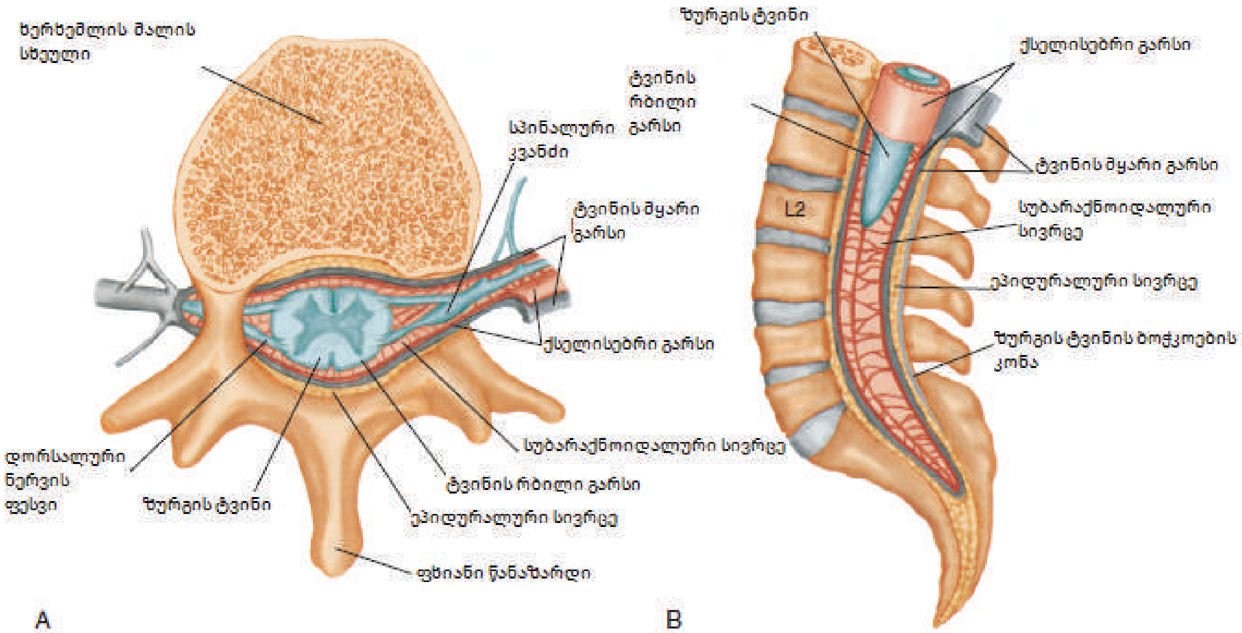
ეპიდურალური ანესთეზიის დასაწყებად შერჩეული დრო ინდივიდუალურია. ის, როგორც წესი, კეთდება დაგეგმილი საკეისრო კვეთის წინ. მშობიარობის დროს, ანესთეზიის მისაღწევად საუკეთესო დრო არის აქტიური მშობიარობის პერიოდი, რათა თავიდან ავიცილოთ მშობიარობის ნორმალური პროგრესის შენელება. რამდენიმე გზა არსებობს რომ მოვითხოვოთ ეპიდურალური ბლოკირება სხვადასხვა ტკივილის მართვის საჭიროებისთვის. თუ ის არის მშობიარობის საწყისს პერიოდში და ჭირდება ტკივილის შემსუბუქება, შეგვიძლია მივცეთ პარენტერალური გზით ოპიოიდები მანამ, სანამ მისი მშობიარობა უფრო აქტიურ ფაზაში შევა. ან შეიძლება გავუკეთოთ სათადარიგო ეპიდურალური ოპიოიდი ეპიდურალური კათეტერით, შემდეგ კი უფრო ძლიერი ეპიდურალური ანესთეტიკური საშუალება მშობიარობის აქტიურ ფაზაში შესვლის დროს. ამ მიდგომით, მშობიარეს ტკივილი უმსუბუქდება და დუნდება მშობიარობის დასაწყისში, ისე რომ არ ხდება სამშობიარო მოქმედების შენელება.

ეპიდურალურ სივრცეში შევდივართ L3- L4 მალთაშუა სივრცეში (ზურგის ტვინის ბოლოს ქვევით) და კათეტერით შევდივართ ნემსის გავლით, რომელიც ეპიდურულ სივრცემდეა. (სურათი 5-10) კათეტერი უზრუნველყოფს უწყვეტ ინფუზიას ან მედიკამენტის ხანგამოშვებით ინექციას რომ შევინარჩუნოთ ტკივილის შემსუბუქება მშობიარობის განმავლობაში, ვაგინალური თუ საკეისრო კვეთის დროს. ეპიდურალური მედიკამენტის ინექცია შეიძლევა ვაკონტროლოთ პაციენტის მიერ კონტროლირებად ეპიდურალური ტკივილის მართვის გზით.

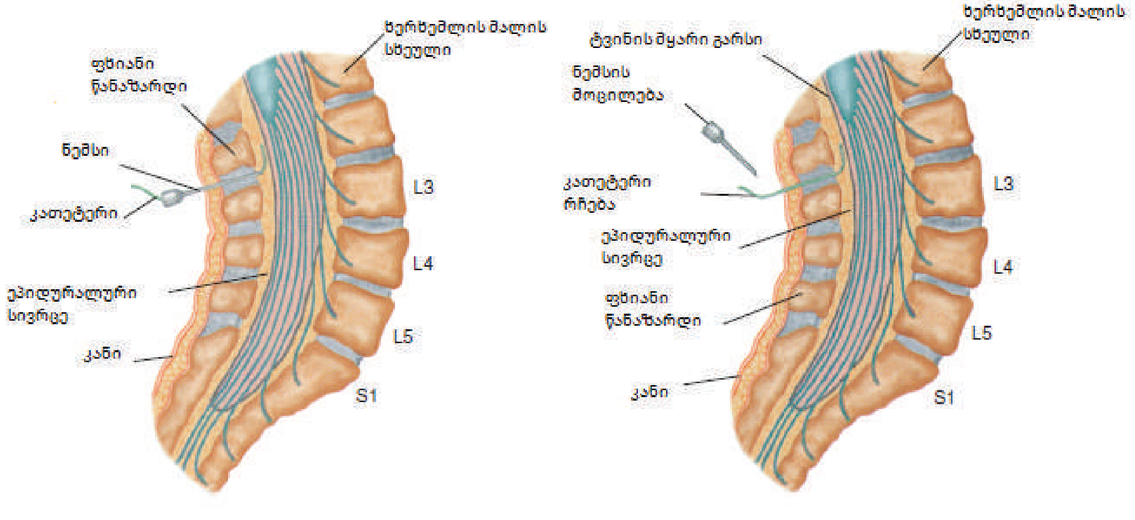
ეპიდურალურ ბლოკირებას სჭირდება უფრო დიდი დოზა ანესთეტიკური აგენტი ვიდრე სუბარაქნოიდულს, რადგან ის მენინგების გარეთა სივრცეა. სანამ საანესთეზიო მედიკამენტის სრული დოზა გაკეთდება, მცირე სატესტო დოზით (3 მლ) ხდება ინექცია ანესთეზიოლოგის მიერ, რომ მოხდეს გადამოწმება, შემთხვევით კათეტერი ხომ არ არის სისხლძარღვში ან ტვი-

ნის გარსში მოხვედრილი. თუ დიდი დოზით საანესთეზიო საშუალება მოხვდება სუბარაქნოიდულ სივრცეში ეპიდურალური სივრცის მაგივრად, ქალი განიცდის ჩქარ, ძლიერ მოტორულ და სენსორულ ბლოკირებას (შეგრძნებების დაკარგვა). ენის და ტუჩების დაბუჟება, გონების დაკარგვის შეგრძნება, თავბრუსხვევა, ყურებში ხმაური შეიძლება მოხდეს ინტრავასკულარულად საანესთეზიო საშულების მოხვედრისას. შესამოწმებლად ვიყენებთ ეპინეფრინის სატესტო დოზას, რომელიც ინტავასკულარულად მოხვედრის შემთხვევაში იწვევს ტაქიკარდიას და ტკივილის შეგრძნებას.

ეპიდურალური ოპიოიდები, რომლებიც გამოიყენება მშობიარობის დროს არის ფენტანილი(სუბლიმაზი), სუფენტანილი(სუფენტა) როპივაკაინი (ნაროპინ) და მორფინი(დურამორფი, ასტრამორფი). ყველა მედიკამენტის ეპიდურალურ და სუბარაქნოიდალურ სივრცეში ინექცია უნდა იყოს დამცავი დანამატების გარეშე.



სურათი 5-9, A, განივი ჭრილი ზურგის ტვინის, ტვინის გარსების და ხერხემლის მალების. ტვინის მყარი გარსი და ქსელისებრი გარსი ერთმანეთთან ახლოს მდებარეობენ. ტვინის რბილი გარსი არის ყველაზე შიდა ფენა ტვინის გარსების და ფარავს თავის ტვინს და ზურგის ტვინს. სუბარაქნოიდალური სივრცე არის ქსელისებრ გარსსა და ტვინის რბილ გარსს შორის. B.საგიტალური ჭრილი ზურგის ტვინის, ტვინის გარსების და ხერხემლის მალების. ეპიდურალური და სუბარაქნოიდალური სივრცეები არის მოცემული.აღნიშნეთ რომ ზურგის ტვინი მთავრდება L2 ხერხემლის მალასთან.



ნემსით შევდივართ ეპიდურალურ სივრცეში ზურგის ტვინის დაბოლოების ქვემოთ.კათეტერი არის შეყვანილი ნემსის გავლით

კათეტერის ეპიდურალურ სივრცეში შეყვანის შემდეგ, ხდება ნემსის მოცილება.შემდეგ მედიკამენტების შეყვანა შეიძლება ეპიდურალურ სივრცეში ხანგამომვებით ან უწყვეტი ინფუზიით ტკივილის შესამსუბუქებლად მშობიარობის დროს.

სურათი 5-10, ეპიდურალური ბლოკირების ტექნიკა

ერთი დოზა ხანგრძლივი მოქმედების ეპიდურალური ტკივილგამაყუჩებელი, როგორიცაა მორფინი ხშირად კეთდება საკეისრო კვეთის შემდეგ, ეპიდურალური კათეტერის ამოღებამდე, რომ მოხდეს ხანგრძლივად ტკივილის შემსუბუქება მცირე დოზა ოპიატებით. დედას შეიძლება არ დაჭირდეს დამატებითი ტკივილგამაყუჩებელი მედიკამენტი მომავალი 24 საათი, ან ორალური გზით მიღება საკმარისი იყოს. დედის სუნთქვითი სტატუსი უნდა ვაკონტროლოთ გახანგრძლივებული აქტივობის ეპიდურალური ტკივილგამაყუჩებლების მიღებიდან მომდევნო 24 საათი.

ტვინის გარსის გახვრეტა. იქიდან გამომდინარე, რომ ტვინის მყარი გარსი და ქსელისებრი მემბრანა ახლოს არის ერთმანეთთან, მყარი გარსის გახვრეტა იწვევს ქსელისებრი მემბრანის გახვრეტასაც. თუ მყარი გარსის უნებლიე გახვრეტა მოხდა ნემსით, ეპიდურალური კათეტერის გამოყენებით, შეიძლება თავზურგტვინის სითხის გამოჟონვა მოხდეს, რაც ეპიდურალური ტკივილის მართვის შემდგომ თავის ტკივილს იწვევს. ტვინის მყარი გარსის გახვრეტა და თავის ტკივილი შეიძლება გამოვლინდეს თავზურგტვინის სითხის გამოჟონვის შემდეგ.

უკუჩვენება და უსაფრთხოების ზომები. ეპიდურალური ბლოკირება არ არის შესაფერისი ყველა მშობიარე ქალისთვის და ზოგი უარს ამბობს ამაზე. იგი უკუნაჩვენებია ისეთი მდგომარეობების დროს, როგორიცაა კოაგულაციის დაავადებები, გამოუსწორებელი ჰიპოვოლემია, ჩხვლეტის ადგილას ინფექცია ან რთული სისტემური ინფექცია, ალერგია ან ნაყოფის მდგომარეობა, რომელიც მოითხოვს სასწრაფო მშობიარობას. ასევე მაშინ, როცა პაციენტს გადატანილი აქვს ხერხემლის ოპერაცია (მაგ, სქოლიოზის დროს).

ეპიდურალური ბლოკირების გვერდითი ეფექტები

ეპიდურალურ ბლოკირებას შეიძლება ჰქონდეს რამდენიმე გვერდით ეფექტი.

დედის ჰიპოტენზია. სიმპატიკური ნერვების ბლოკირება ხდება ტკივილის ნერვებთან ერთად, რაც იწვევს ვაზოდილატაციას და ჰიპოტენზიას. დედის ჰიპოტენზია შესაძლო პლაცენტის პერფუზიის შემცირებით, ყველაზე მეტად ხდება პირველი 15 წუთის განმავლობაში ეპიდურალური ინექციის დაწყებიდან და დამატებითი ინექციებისას. თუმცა ქალების მნიშვნელოვან პროცენტს შეიძლება ჰქონდეს ჰიპოტენზია, რომელიც ხდება დაწყებიდან 1 საათში. დამატებით, შესაძლებელია რომ ნაყოფს ჰქონდეს არადამაკმაყოფილებელი ნიშნები ელექტრონული მონიტორინგის ჩანაწერზე, მაგალითად, ბაზისური დონიდან აწევა, ტაქიკარდია, გვიანი დეცელერაცია. თუ დედას აქვს ჰიპოტენზია, ნაყოფის არადამაკმაყოფილებელ ნიშნებს შეიძლება ჰქონდეს სხვა ეტიოლოგია(იხილეთ თავი 4).

არა-დექსტროზიანი სითხის ჩქარი ინფუზია, გამთბარი ლაქტატის რინგერი ან ნორმალური ფიზიოლოგიური ხსნარის ინტრავენურად ინფუზია ეპიდურალური გაუტკივარების დაწყებამდე გამოიწვევს ინტრავასკულარული სისტემის შევსებას, რაც ხელს შეუშლის ვაზოდილატაციას. წინასწარი პრევენციული ინტრავენური რაოდენობა არის 500- 1000 მლ-ის ჩქარი გადასხმა. თუ ჰიპოტენზია გამოვლინდება და მანამდე მიღებული ღონისძიებები (სწრაფი არა-დექსტროზიანი ინტრავენური ინფუზია, დედის პოზიციის ცვლილება და ჟანგბადის მიწოდება) არაეფექტურია, ინტრავენური ეპინეფრინი 5-10 მგ ინექცია გამოიწვევს ვაზოკონსტრიქციას, რაც გამოიწვევს სისხლის წნევის მატებას.

შარდის ბუშტის გადაჭიმვა. ქალის შარდის ბუშტი ივსება ჩქარა დიდი რაოდენობით ინტრავენური სითხის გადასხმის გამო, მაგრამ მისი შარდვის შეგრძნება შემცირებულია. შარდის ბუშტის გადაჭიმვამ შეიძლება გამოიწვიოს ტკივილი, რომელიც რჩება ბლოკირების დაწყების შემდეგ.

მშობიარობის მეორე სტადიის გახანგრძლივება. ჭინთვის სურვილი შეიძლება ნაკლებ ძლიერი იყოს ქალისთვის, რომელსაც ეპიდურალური ბლოკირება აქვს, განსაკუთრებით თუ ძლიერი მოტორული ბლოკირება აქვს. მენჯის კუნთები შეიძლება მოდუნებული იყოს, რაც ხელს უშლის შიდა ბრუნვის მექანიზმს (იხილეთ სურათი 5-12); ეს კი ზრდის ვაკუუმ ექსტრაქციით ან მაშებით მშობიარობის რისკს.

კათეტერის ადგილმდებარეობის ცვლილება. სწორად ჩადგმის შემდეგ, ეპიდურალურმა კათეტერმა შეიძლება მდებარეობა შეიცვალოს. ამ დროს ქალს შეიძლება ქონდეს ინტრავასკულარული ინექციის სიმპტომები. ძლიერი ბლოკირება ან ანესთეზიის არ არსებობა ან ცალმხ-

რივი ბლოკირება. კათეტერზე ნებისმიერი კითხვის არსებობისას უნდა მოხდეს ანესთეზიოლოგისთვის კითხვის დასმა.

საკეისრო კვეთა. ადრეულმა კვლევამ არ დაადასტურა ვარაუდი იმის შესახებ, რომ საკეისრო კვეთა უფრო ხშირია იმ ქალებში, რომლებიც ეპიდურალურ ბლიკრებას გადიან; თუმცა დაფიქსირდა მეორე სტადიის გახანგრძლივება, განსხვავებით იმ ქალებისგან, რომელთაც ეპიდურალური ბლოკირება არ ჰქონდათ.

დედის ცხელება. ეპიდურალურად ტკივილის მართვის შემდეგ ცხელება ხშირია. ეპიდურალურ ანალგეზიასთან დაკავშირებული სიცხე არ არის ინფექციით გამოწვეული, მაგრამ შეიძლება დაკავშირებული იყოს ჰიპერვენტილაციის მოხსნასა და სითბოს შემცირებულ გამოყოფასთან (მაგალითად, შემცირებული ოფლისდენა, რომელიც ხდება ქალის ტკივილის მოხსნის შემდეგ). გახსოვდეთ, რომ დედის ცხელება ზრდის ნაყოფის ტემპერატურას და ნაყოფის ჟანგბადის მიმართ მოთხოვნას, რამაც შეიძლება გამოიწვიოს ნაყოფის ჰიპოქსია და აციდოზი. არსებული მტკიცებულებების მიხედვით, თუ დედის ტემპერატურა 38.3 C-ზე მეტია, ნაყოფის ბლოკშიდა რეანიმაციის საჭიროების რისკი და აპგარის შკალის ქულის 7-ზე ნაკლები მაჩვენებლის მიღება, დაბადების 1 წუთზე, იზრდება. ყველა, ვინც ჩართულია პაციენტის მოვლაში უნდა ეცადოს ტემპერატურის შემცირებას და უმკურნალოს შესაძლო გამომწვევს.

შესაძლო სიგნალები, რომლებიც მოქმედებს ჰიპოთალამუსზე და სავარაუდოდ იწვევს დედის ცხელებას ეპიდურალური ბლოკირების შემდეგ არის:

1. შემცირებული ჰიპერვენტილაცია, ოფლისდენა და აქტივობა ტკივილის შემსუბუქების დაწყების შემდეგ ამცირებს სითბოს წარმოქმნას და სიგნალს უგზავნის ჰიპოთალამუს რომ აწიოს დედის ტემპერატურა.
2. ვაზოდილატაცია სითბოს განაწილების რედისტრიბუციას ახდენს. სისხლი სხეულის შიდა ნაწილიდან პერიფერიაზე მიედინება, საიდანაც ხდება სითბოს გარემოში გამოყოფა. შემცირებული სხეულის შიდა ტემპერატურა სიგნალს უგზავნის ჰიპოთალამუს რომ გაზარდოს სითბოს წარმოქმნა.
3. კანკალი ხშირად ხდება სიმპათეტიკური ბლოკირების შემდეგ, რასაც თან ახლავს ცხელი და ცივი მგრძნობელობის დისოციაცია. ეფექტი მდგომარეობს იმაში, რომ ორგანიზმს სჯერა, რომ ტემპერატურა ნამდვილ ტემპერატურასთან შედარებით დაბალია და სწევს მაღლა ,,თერმოსტატს,, რომ წარმოქმნას სითბო კანკალის საშუალებით რომელიც ზრდის შიდა ტემპერატურას.

ეპიდურალური ოპიოიდების გვერდითი ეფექტები. ეპიდურალური გვერდითი ეფექტები შედგება პირღებინების შეგრძნებით და პირღებინებით, ქავილით და მოგვიანებით დედის სუნთქვითი უკმარისობით.

პირღებინების შეგრძნება და პირღებინება. დამატებითი მედიკამენტები, როგორიცაა პრომეტაზინი(ფენერგანი) ამცირებს პირღებინების შეგრძნებას და პირღებინებას, რომელიც შეიძლება გამოწვეული იყოს ეპიდურალური ოპიოიდებით.

ქავილი. სახის და კისრის ქავილი ძალიან შემაწუხებელი გვერდითი ეფექტია, რომელიც შეიძლება მოხდეს ეპიდურალური ოპიოიდებით. შემაწუხებელი სახის და კისრის ქავილი შესაძლოა შეამსუბუქოს დიფენჰიდრამინმა (ბენადრილი), ნალოქსონმა (ნარკანი), ნალბუფინმა (ნუბაინი) ან ნალტრექსონმა (ტრექსანი) (ცხრილი 5-1).

დაგვიანებული რესპირატორული უკმარისობა. ეპიდურალური ოპიოიდების დანიშვნიდან შემდგომი 12 საათის განმავლობაში არსებობს დაგვიანებული სუნთქვითი უკმარისობის განვითარების რისკი. გართულებების თავიდან აცილების მიზნით, მნიშვნელოვანია შესაბამისი მეთვალყურეობა.

პაციენტზე ზრუნვა. ექთანმა უნდა აღნიშნოს დედის საბაზისო სასიცოცხლო მაჩვენებლები და ნაყოფის გულისცემის ნიშნები, რომ შეადაროს ანტენატალური მაჩვენებლები ბლოკირების შემდგომ მაჩვენებლებს. ინტრავენურად გადასხმა უკვე გაკეთებულია და უკვე შესაძლებელია სითხეებით დატვირთვა. ექთნები უკვე ათავსებენ მშობიარეს შესაფერის პოზიციაში და ეუბნებიან ანესთეზიოლოგს, როდის აქვს ქალს შეკუმშვა. მშობიარეს შეიძლება ჰქონდეს მოკლე ელექტრული შოკისმაგვარი შეგრძნება კათეტერის ჩადგმისას. ექთანი გვერდში უნდა ედგეს

და დაეხმაროს მშობიარეს, სანამ სრულად არ მოხდება ბლოკირება. მედიკამენტის შეყვანის შემდეგ, ექთანი აკვირდება ნიშნებს, ხომ არ მოხდა სუბარაქნოიდული ჩხვლეტა ან ინტრავასკულარულად შეყვანა.

მტკიცებულებაზე დაფუძნებული მედიცინის პრაქტიკული გზამკვლევი AWHONN (2011) გვირჩევს დედის სისხლის წნევისა და ნაყოფის გულისცემის შემოწმებას ყოველ 5 წუთში ერთხელ ეპიდურალური ინექციის გაკეთებიდან პირველი 15 წუთის განმავლობაში ან დამატებითი დოზა ეპიდურალური მედიკამენტის შეყვანიდან 15 წუთის განმავლობაში. მშობიარობის შემდგომი მიმდინარეობისას, სასიცოცხლო მაჩვენებლების შემოწმება და დოკუმენტირება სასურველია მოხდეს ყოველ 30 წუთში ან ერთ საათში. ინდივიდუალურ დაწესებულებებს შეუძლიათ გამოიყენონ ეს გზამკვლევი ან თავიანთი საკუთარი განავითარონ. მშობიარობის დროს, დედისა და ნაყოფის შეფასება კეთდება უფრო ხშირად ისეთი სიტუაციების დროს, როგორიცაა დედის სისხლდენა ან ნაყოფის გულისცემის არადამაკმაყოფილებელი ნიშნები.

მშობიარობის პროცესში დედის შარდის ბუშტი უნდა შემოწმდეს ხშირად, რადგან ის შეიძლება გადაიჭიმოს, გახდეს მტკივნეული და ამასთან ხელი შეუშალოს ნაყოფის ქვევით მსვლელობას დიდი რაოდენობით ინტრავენური სითხით დატვირთვის და მოშარდვის შეგრძნების შემცირების გამო. მუდმივი კათეტერი უფრო ხშირად კეთდება, მაგრამ ხანგამოშვებითი კათეტერიზაცია მეტადაა რეკომენდებული თუ ქალს არ შეუძლია მოშარდვა. სხვადასხვა კვლევებმა დაადასტურა რომ უმჯობესია, ეპიდურალური ანესთეზიის დროს მოხდეს ნორმალური შარდვის წახალისება ან ხანგამოშვებითი კათეტერიზაცია და არა ყველა ქალის კათეტერიზაცია ეპიდურალური ანალგეზიის დროს.

ექთანი უნდა დააკვირდეს, ხომ არ შეიცვალა კათეტერის პოზიცია ეპიდურალური სივრციდან და ასევე ხომ არ გამოვლინდა გვერდითი ეფექტები ეპიდურალური ოპიოიდების მიღების შედეგად (მაგ., პირღებინების შეგრძნება, პირღებინება და ქავილი).

ინტრათეკალური ოპიოიდებით ანალგეზია

ინტრათეკალური ინექცია ოპიოიდური ანალგეზიკებით არის ტკივილის მართვის კიდევ ერთი მეთოდი სედაციის გარეშე. წამალი შეყვანილია სუბარაქნოიდულ სივრცეში, სადაც ის ემაგრება ოპიატურ რეცეპტორებს, რაც საშუალებას გვაძლევს უფრო დაბალი დოზებით მივაღწიოთ შედეგს, ვიდრე სისტემური ანესთეზიისას. ქალს შეუძლია შეიგრძნოს შეკუმშვები, მაგრამ არა ტკივილი, რომელსაც იგრძნობდა ამ ანესთეზიის გამოყენების გარეშე.

ინტრათეკალური ანალგეზიკების უპირატესობებია:

- ტკივილის მოხსნის ჩქარი დაწყება სედაციის გარეშე.
- ანესთეზია მოტორული ბლოკის გარეშე, რაც ქალს მოძრაობის საშუალებას აძლევს მშობიარობის დროს.
- ჰიპოტენზიური ეფექტი სიმპათეტიკური ბლოკირების გარეშე.

ტკივილის მართვის ამ მეთოდის ნაკლოვანებებია:

- მოქმედების მცირე ხანგრძლივობა, შესაძლებელია დასჭირდეს დამატებითი პროცედურა ტკივილის შემსუბუქების გაგრძელებისთვის.
- ტკივილის არასაკმარისი შემსუბუქება გვიანი მშობიარობის დროს და დაბადების პროცესში. მოითხოვს ტკივილის მართვის დამატებით ზომებს ამ პერიოდში.

ინტრათეკალური ოპიოიდები ეპიდურალური ბლოკირებით

კომბინირებული სპინალურ-ეპიდურული ანესთეზია

მეთოდი- სუბარაქნოიდულ სივრცეში შევდივართ სპინალური ნემსით, ისევე როგორც სუბარაქნოიდალური ბლოკირების დროს. პუნქციის ადგილას შეჰყავთ ოპიოიდები დანამატების გარეშე. მედიკამენტის არჩევანი დამოკიდებულია დროზე, რომელშიც დასრულდება მშობიარობა, სავარაუდოდ. მედიკამენტები რომლებიც ამ გზით შეიყვანება შემდეგია: ფენტანილი, სუფენტალინი და მორფინიი.

სპინალურ-ეპიდურალური ანესთეზიის გაკეთების ერთი მეთოდია, ეპიდურალური ნემსის შეყვანა ეპიდურალურ სივრცეში. შემდეგ უფრო წვრილი ნემსი შეჰყავთ უფრო დიდი ეპიდურალური ნემსის გავლით რომ მიაღწიონ სუბარაქნოიდალურ სივრცეს ინტრათეკალური ოპიოიდების შესაყვანად. უფრო პატარა ნემსი შემდეგ გამოაქვთ და ეპიდურალური კათეტერი რჩება ჩადგმული ეპიდურალური მედიკამენტის შესაყვანად.

ინტრათეკალური ოპიოიდების გვერდითი ეფექტები- ეპიდურალური ოპიოიდებით გამოწვეული შეიძლება იყოს პირღებინების შეგრძნება, პირღებინება და ქავილი. ასევე შესაძლოა დედის გვიანი სუნთქვითი უკმარისობა განვითარდეს, კონკრეტული მედიკამენტების გამოყენებისას.

ცხრილი 5-1	**მშობიარობის დროს ტკივილის მართვაში ხშირად გამოყენებული მედიკამენტები**
მედიკამენტი/დოზა	განმარტება
ოპიოდი ტკივილგამაყუჩებლები მეპერიდინი (დემეროლი) 12.5-50 მგ ყოველ 2-4 საათში IV,შეიძლება დაინიშნოს პაცენტის მიერ მართული ტკივილის გაყუჩების მიდგომით მართვისას. ფენტანილი(სუბლიმაზი) 50-100 mcg, შეიძლება განმეორდეს საათობრივად, შეიძლება დაინიშნოს პაციენტის მიერ მართული ტკივილის გაყუჩების მიდგომით. ეპიდურაული ანალგეზია გააკეთეთ ინდივიდუალურად მშობიარობის დროს. ბუტორფანოლი(სტადოლი) 1 mg ყოველ 3-4 საათში, 0.5 - 2 mg საზღვრებში IV, შესაძლებელია ასევე დაენიშნოს პაციენტის მიერ მართული ტკივილის გაყუჩების მეთოდით. ნალბუფინი (ნუბაინი) 10 mg ყოველ 3-6 საათში, IV , შეიძლება ასევე დაენიშნოს პაციენტის მიერ მართული ტკივილის გაყუჩების მეთოდით.	რესპირატორული დეპრესია (უპირატესად ახალშობილებში) არის უმთავრესი გვერდითი ეფექტი. დაწყება არის სწრაფი (5 წუთი IV მიღებისთვის), მაგრამ მოქმედების ხანგრძლივობა არის მოკლე. ნაკლები პირღებინების შეგრძნება, ღებინება და რესპირატორული დეპრესია გვხდება მეპერიდინთან შედარებით. ეპიდურალურმა გამოყენებამ შეიძლება გამოიწვიოს პრურიტუსი თუ აქვს მცირედი ნარკოტიკების ანტაგონისტური ეფექტები, არ უნდა დავუნიშნოთ ოპიატ-დამოკიდებულ ქალს(შეიძლება გამოწვიოს აბსტინენტური სინდრომი) ან სხვა ნარკოტიკის მიღების შემდეგ, როგორიცაა მეპერიდინი (შეიძლება შეაბრუნოს მისი ანალგეზიური ეფექტი) ასევე რესპირატორული დეპრესანტი. იგივე რაც ბუტორფანოლის შემთხვევაში. 5 -10 მგ შეიძლება დავუნიშნოთ პრურიტუსის შესამცირებლად რომელიც დაკავშირებულია ეპიდურალური ნარკოტიკების გამოყენების დროს.
დამატებითი მედიკამენტები პრომეტაზინი (ფენერგანი) 12.5- 25 mg ყოველ 4-6 საათში IV; განაზავეთ 10-20 მლ 0.9 % ნომარლურ ფიზიოლოგიურ ხსნარში ან 50 მლ ნორმალურ ფიზიოლოგიურ ხსნარში; დაუნიშნეთ 10-20 წუთის განმავლობაში.	პრევენციას აკეთებს და ხსნის პირღებინების შეგრძნებას, რომელიც ხშირად დაკავშირებულია ოპიოდებთან. მოქმედების ხანგრძლივობა არის უფრო გრძელი ვიდრე ნებისმიერი ნარკოტიკი, შეიძლება გააძლიეროს ნარკოტიკების რესპირატორული დეპრესანტული ეფექტი.

დიფენჰიდრამინი (ბენადრინი) 10-50 მგ ყოველ 4-6 საათში IV. ჰიდროქსიზინი (ატარაქსი,ვისტარილი) 25-100 მგ IM Z მეთოდით მხოლოდ.	განზავება და დიდ ვენაში ნელი შეყვანა ამცირებს ქსოვილის ნეკროზს. ინიშნება ეპიდურალური ნარკოტიკების მიერ გამოწვეული პრურიტუსის შესამცირებლად. იხილეთ პრომეთაზინი.
ნარკოტიკების ანტაგონისტები ნალოქსონი(ნარკანი) მოზრდილი: ოპიოდების მიერ გამოწვეული რესპირატორული დეპრესიის შესამცირებლად : 0.4 - 2 მგ IV პრურიტუსის შესამცირებლად გამოწვეული ეპიდურალური ოპიოდების მიერ: 0.04- 0.2 მგ IV ან IV ინფუზიით 5-10 mcg/კგ/საათში ნეონატალური რეანიმაცია 0.1 მგ/კგ IV (ჭიპლარის ვენა) ან ინტრათეკალურად. ნალტრექსონი (ტრექსანი) 3-6 მგ PO x 1 დოზა.	ამცირებს მოქმედების ხანგრძლივობას, რომლებიც უფრო მცირეა ვიდრე ნარკოტიკების უმეტესობაში: უნდა დააკვირდეთ განმეორებითი რესპირატორულ დეპრესიას და მოემზადოთ რომ მისცეთ დამატებითი დოზები. მცირე დოზები (0.05- 0.08 მგ) შეიძლება დავუნიშნოთ ეპიდურალური ოპიოიდებით გამოწვეული პრურიტუსის შესამცირებლად. ნეონატალური რესპირატორული დეპრესიის სამკურნალოდ, პირველი რიგის მოქმედება ნიღბით ვენტილაციაა. ეპიდურული ანესთეზიით გამოწვეული პრურიტის შესამცირებლად გამოიყენება ხანგრძლივი მოქმედების მედიკამენტები. შეიძლება შეამციროს ანალგეზიური ეფექტი, როცა დანიშნულია პრურიტუსისთვის.
ვაზოპრესორი ეფედრინი 5-10 მგ IV , 25 მგ მდე IV .	ასწორებს ეპიდურალურ ან სუბარაქნოიდალურ ბლოკირებასთან დაკავშირებულ ჰიპოტენზიას.

ზრუნვა - დედის სასიცოცხლო მაჩვენებლები და ნაყოფის გულისცემის სიხშირე უნდა შეფასდეს დადგენილი ინტერვალებით, მშობიარობის სტადიების განმავლობაში. ამ დროს აღმოცენებული გვერდითი ეფექტების, გულისრევის, პირღებინებისა და ქავილის მართვა უნდა ხდებოდეს ისე, როგორც ეს ეპიდურალური ბლოკირების დროს ხდება. გაყუჩების შემცირებული ეფექტურობა მიგვანიშნებს რომ წამლის ხანგრძლივობა სრულდება ან ქალი არის მშობიარობის გვიან ეტაპზე. დარჩენილი დროის განმავლობაში შეიძლება სხვა მეთოდები გამოვიყენოთ მშობიარობის ტკივილის სამართავად.

კომბინირებული სპინალური-ეპიდურული ანესთეზიის დროს მშობიარის მოვლა ისეთივეა, როგორც ამ მედიკამენტების ცალ-ცალკე გაკეთების შემთხვევაში.

სუბარაქნოიდალური(სპინალური) ბლოკირება

სუბარაქნოიდალური ბლოკირება არის უფრო მარტივი პროცედურა, ვიდრე ეპიდურალური ბლოკირება და შეიძლება გამოვიყენოთ სასწრაფო საკეისრო კვეთის გაკეთების საჭიროების შემთხვევაში და მაშინაც, როცა ეპიდურალური კათეტერი არ არის დამაგრებული. სუბარაქნოიდალური ბლოკირება კეთდება უშუალოდ აქტიური მშობიარობის დროს, სრული მშობიარობის პროცესის ტკივილის მოხსნის გარეშე.

ექიმს ან ექთან-ანესთეზიოლოგს შეჰყავს ლოკალური ანესთეტიკური საშუალება სუბარაქნოიდალურ სივრცეში ერთჯერადი დოზით. ქალი კარგავს სენსორულ და მოტორულ ფუნქციებს და შეკუმშვებით გამოწვეულ ტკივილს.

მეთოდი- 25-27 კალიბრის კათეტერი თავსდება სუბარაქნოიდალურ სივრცეში. თავზურგტვინის სითხის გამოჩენა ნემსში ადასტურებს მის სწორ მდებარეობას, შედეგად, ლოკალური ანესთეტიკის შეყვანა ხდება სუბარაქნოიდალურ სივრცეში (სურათი 5-11).

ეპიდურალური ბლოკირების და სუბარაქნოიდალური ბლოკირების დროს ანესთეზიის დონე განისაზღვრება მოცულობით, კონცენტრაციით და წამლის სიმკვირივით (სურათი 5-12).

უკუჩვენება და სიფრთხილის ზომები ანესთეზიის ამ მეთოდის გამოყენებისას, უკუჩვენება და სიფრთხილის ზომები იგივეა, რაც ეპიდურალური ბლოკირების დროს, ესენია: ქალის უარი, კოაგულაციის დაავადებები, გამოუსწორებელი ჰიპოვოლემია, ინფექცია კათეტერის ჩამაგრების ადგილას, სისტემური ინფექცია და ალერგია. სუბარაქნოიდალური ბლოკირება უფრო სწრაფად კეთდება ვიდრე ეპიდურალური ბლოკირება თუ სასწრაფო მშობიარობაა საჭირო.

შემთხვევის გარჩევა 5-1

შეფასება: მიღებიდან 3 საათის შემდეგ, ბეთის ყელი გახსნილია 4 სმ-ით და 100%-ით გადასწორებულა, ნაყოფის დგომა არის -1 დონეზე. მემბრანები დარღვეულია და ამნიონური სითხე არის სუფთა. შეკუმშვები ხდება ყოველ 2-3 წუთში, 50 წამის ხანგრძლივობით და არის მკვრივი. ნაყოფის გულისცემის სიხშირე და მონიტორის მაჩვენებლები არის დამაკმაყოფილებელი. წელის დისკომფორტი გრძელდება მიუხადავად სიარულისა, წინ გადახრისა ან სხვა პოზიციური ცვლილებისა. მას შეკუმშვებს შორის მოდუნების სირთულეები აქვს და იმედგაცრუებულია, რადგან მშობიარობა არ პროგრესირებს ისე, როგორც ის მოელოდა. ის უკვე აღარ იყენებს წინასწარ ნასწავლ მეთოდებს ეფექტურად და მისი ტკივილის შეფასება იწევს 8-მდე 0-დან 10 ქულიან შკალაზე. ბეთი ითხოვს ეპიდურალურ გაუტკივარებას, რომელიც დანიშნული იქნება უწყვეტი ინფუზიის სახით.

კრიტიკული აზროვნება: ამ დროისთვის რა არის ეპიდურალური ბლოკირების უპირატესობა და ზიანი? ეპიდურალური ბლოკირების დროს საჭიროა თუ არა დამატებითი ზომები ნაყოფის უსაფრთხოებისთვის?

პასუხი: ეპიდურალურმა გაუტკივარებამ შეიძლება შეანელოს მშობიარობა თუ გაკეთდა მშობიარობის ადრეულ ეტაპზე, მაგრამ მშობიარობის პროგრესი შეიძლება გაუმჯობესდეს კიდეც თუ ტკივილის და დაძაბულობის მოხსნით ქალი მოდუნდება. ეპიდურალური ბლოკირების არასასურველი ეფექტი არის ბეთის აქტივობის შეზღუდვა, რაც ამცირებს მის არჩევანს პოზიციის შერჩევისას, რომელმაც შეიძლება გააუმჯობესოს ნაყოფის ქვემოთ სვლა და ბრუნვა მენჯში გამოსვლის დროს.

ნაყოფის დაცულობისთვის, ექთანი ასხამს IV სულ მცირე 500 მლ ლაქტატის რინგერის ხსნარს სანამ ბლოკირება დაიწყება, რაც დააკომპენსირებს ეპიდურალური ბლოკირებით გამოწვეულ ჰიპოტენზიურ ეფექტს. ნაყოფის უწყვეტი მონიტორინგი, ხშირად გვეხმარება არადამაკმაყოფილებელი ნიშნების აღმოჩენაში, რომლებიც შეიძლება გამოიწვიოს გაუტკივარების ამ მეთოდმა. ბეთმა შეიძლება მიიღოს რამდენიმე პოზიცია, მაგრამ თავიდან უნდა აიცილოთ წოლითი პოზიცია, რომელმაც შეიძლება გამოიწვიოს აორტოკავალური კომპრესია.

დიაგნოზი: დაზიანების რისკი რომელიც დაკავშირებულია ქვედა კიდურების მგრძნობელობის შეცვლასთან.

მოსალოდნელი გამოსავალი: ბეთი ვერ განიცდის დაზიანებებს სანამ განიცდის ეპიდურალური ბლოკირების ეფექტს. ეს ნაყოფი არ დაიბადება უკონტროლო პროცესით.

ინტერვენცია და რაციონალიზაცია

დაეხმარეთ ბეთს, რომ იცვალოს პოზიცია რეგულარულად. მშობიარობის შემდგომ გადაადგილება უნდა იყოს გადავადებული მანამ, სანამ ნორმალური მოძრაობა და ძალა აღდგება და დახმარება უნდა იყოს ხელმისაწვდომი სანამ ფეხებს ნორმალური ძალა დაუბრუნდება. პოზიციის ცვლილებები ამცირებს მუდმივ წნევით დაწოლას ერთ ადგილას და ეხმარება კუნთის დაჭიმულობის პრევენციას. ეპიდურალური ბლოკირება იწვევს სხვადასხვა ხარისხით მოტორულ ბლოკირებას და სისუსტეს სხვადასხვა ქალებში. ასისტენტი ეხმარება ბეთს დაცემის პრევენციაში, როცა ის პირველად გადაადგილდება.

დააკვირდით მშობიარობის პროგრესის ნიშნებს:

- შეკუმშვების სიხშირის გაზრდა ხანგრძლივობით და ინტესიურობით.
- ნაყოფის გულისცემის სიხშირის ცვლილებები, როგორიცაა ადრეული ან ვარიაბელური დეცელერაციები, რომელიც ასახავს თავის ან ჭიპლარის კომპრესიას.
- სისხლიანი საცობის გამონადენის გაზრდა.
- პაციენტის განცხადება, რომ ჭინთვების სურვილი აქვს (რაც ხშირად არ არის).
- გადავადებული ჭინთვები ნაყოფის ქვემოთ სვლა და მისი ბუნებრივად როტაცია, ეპიდურალურმა ბლოკირებამ შეიძლება შეაფერხოს. ნაყოფის ქვემოთ სვლასთან დაკავშირებული დაწოლის შეგრძნება რექტუმზე, შესაძლოა შესუსტდეს.

გვერდით დაუდექით ბეთს სპონტანური ჭინთვების დროს. ასწავლეთ როგორ შეიკავონ სუნთქვა ჭინთვების დროს როცა ეს გრძელდება უფრო ხანგრძლივად ვიდრე 6-8 წამი ყოველ ჯერზე. აუხსენით ბეთს და სემს რომ შეუძლიათ გამოსცენ სხვადასხვა ხმები ჭინთვების დროს, რომ თავიდან აიცილონ სუნთქვის ზედმეტად შეკავება. ჭინთვების სურვილი შეიძლება ისე ძლიერი არ იყოს, მაგრამ ხშირად ის საკმარისია ნაყოფის ქვემოთ მსვლელობისთვის მენჯში. სუნთქვის გახანგრძლივებულმა შეკავებამ ან მრავლობითმა ხანგრძლივმა ჭინთვებმა შეიძლება ნაყოფის ჰიპოქსია და არადამაკმაყოფილებელი გულის ცემის ნიშნები გამოიწვიოს. ქალმა შეიძლება გამოსცეს სხვადასხვანაირი ხმები ჭინთვების დროს.

შეფასება: ბეთი კმაყოფილია ეპიდურალური ბლოკირების შემდეგ ტკივილის გაყუჩებით და ტკივილს აფასებს როგორც 0-ს 10-დან. მას აქვს მცირე მოტორული ბლოკირება. მისი სისხლის წნევა და ნაყოფის გულისცემა რჩება ნორმის საზღვრებში. ყელის გახსნა პროგრესირებს 10 სმ-მდე ბეთისა და ნაყოფის დაზიანების გარეშე. მიუხედავად მისი ძლიერი ჭინთვებისა, ნაყოფის ჩადგმა რჩება 0 დონეზე. ბეთის ჩაუტარდა საკეისრო კვეთით მშობიარობა, 3912 გრამის მდედრობითი ნაყოფით.

დამატებითი დიაგნოზი და კოლაბორაციული პრობლემები, რომლებიც მხედველობაში უნდა მივიღოთ.

შფოთვა.

ასპირაციის რისკი.

უღონობა.

სიტუაციური დაბალი თვითშეფასება.

შარდის შეკავება.

პოტენციური გართულებები: ნაყოფის არაკეთილსაიმედო მდგომარეობა.

გვერდითი ეფექტები მოსალოდნელია სამი გვერდით ეფექტი სუბარაქნოიდალური ბლოკირების დროს :

- დედის ჰიპოტენზია.
- შარდის ბუშტის გადავსება.
- პოსტდურალური გახვრეტით გამოწვეული თავის ტკივილი.

ჰიპოტენზია უფრო სუბარაქნოიდალური ბლოკირებისთვის არის დამახასიათებელი ვიდრე ეპიდურალური ბლოკირებისთვის და იკურნება იგივე გზით: დიდი მოცულობის სითხის გადასხმით.

პოსტდურალური გახვრეტით გამოწვეული თავის ტკივილი

პოსტდურალური გახვრეტით გამოწვეული თავის ტკივილი შეიძლება დაფიქსირდეს სუბარაქნოიდალური ბლოკირების შემდგომ ზოგიერთ ქალში, რადგან თავზურგტვინის სითხის გაჟონვა ხდება მყარი გარსის გახვრეტის დროს. ზურგის ტვინის ტკივილი არის დამოკიდებული პაციენტის სხეულის მდგომარეობაზე. ის უარესდება როცა ქალი ფეხზე დგას და ქრება, როცა წევს. თავის ტკივილი ნაკლებად შესაძლებელია თუ მცირე კალიბრიანი ნემსი იქნება გამოყენებული.

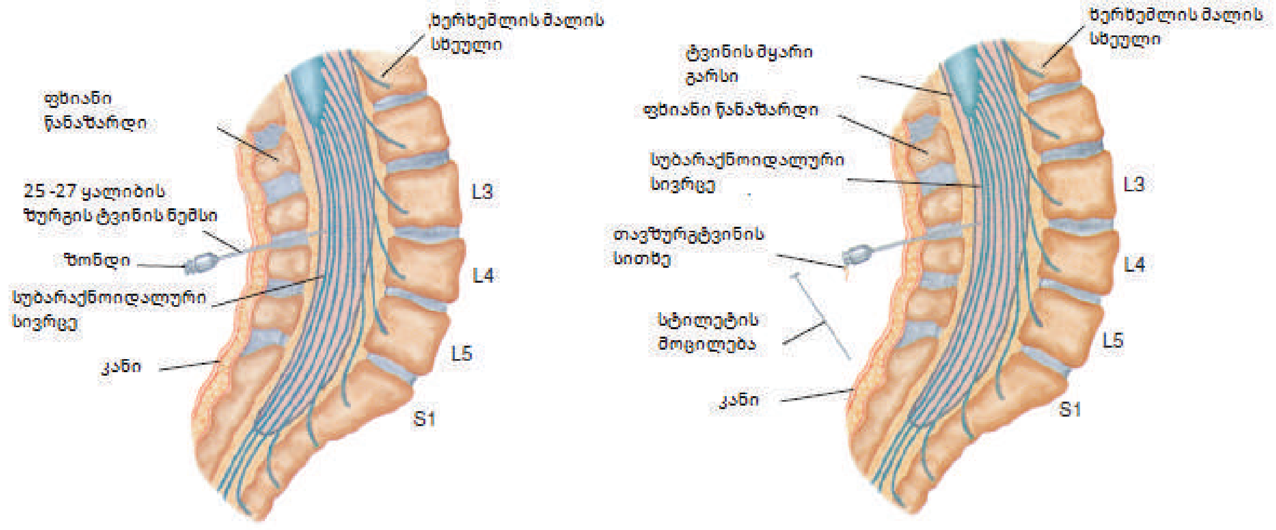
საწოლში მოსვენება და ორალური ან ინტრავენური ჰიდრაცია ეხმარება პოსტდურალური გახვრეტით გამოწვეული თავის ტკივილის შემსუბუქებას. კოფეინი სხვა ორალური თერაპიული საშუალებაა. სისხლის საცობით დაცობამ შეიძლება შეამციროს თავის ტკივილი. სისხლის საცობით დაცობა მოიცავს 10-15 მლ ქალის სისხლის (მიღებული სტერილური გზით) შეყვანას ნახვრეტით ეპიდურალურ სივრცეში. სისხლი მყარი გარსის ნახვრეტის ჰერმეტულად დახშობას იწვევს და ამცირებს თავზურგტვინის სითხის გამოჟონვას (სურათი 5-13). სისხლის საცობის შექმნის მანიპულაცია შეიძლება გავამეოროთ, თუ საჭირო გახდა. დექსტრანის, სტერილური ფიზიოლოგიური სითხის ან ადამიანის პლაზმისგან მიღებული ფიბრინული წებოს შეყვანა ასევე წარმატებული მეთოდია.

სისტემური საანესთეზიო მედიკამენტების გამოყენება მშობიროობის დროს

სისტემური მედიკამენტები ბევრ სისტემაზე ახდენენ ეფექტს, რადგან ისინი მთელ სხეულში დისტრიბუტირდება. ამ მედიკამენტებს მიეკუთვნება ოპიოდური ტკივილგამაყუჩებლები და დამხმარე მედიკამენტები. ასევე ზოგადი ანესთეზია სისტემურია და ის განიხილება ცალკე, რადგან გამოიყენება მხოლოდ მშობიარობის დროს და იწვევს ცნობიერების დაკარგვას.

აზოტის ოქსიდი

წინა თაობის ექთნებს შეიძლება ახსოვდეთ აზოტის ოქსიდის გამოყენება მშობიარობის ტკივილის მოსახსნელად. დღეისათვის შეიძლება ევროპაში მოხდეს აზოტის ოქსიდის მშობიარობის და მტკივნეული პროცედურის ჩატარების დროს გამოყენება. თუმცა, აზოტის ოქსიდის გამოყენება (,,სიცილის გაზი,,) ხელახლა გადაიხედა სამშობიარო ტკივილის და ჩახევის აღდგენის დროს ტკივილის შესამსუბუქებლად. პირღებინების შეგრძნება, პირღებინება და თავბრუსხვევა არის ის გვერდითი ეფექტები, რომელიც მხედველობაში უნდა მივიღოთ. სამშობიარო ტკივილის მართვისთვის, გამოიყენება 50% აზოტის ოქსიდისა და 50% ჟანგბადის ინჰალაცია.



25-27 ყალიბის ზურგის ტვინის ნემსი ზონდთან ერთად რომელიც მის სანათურში გადის შედის სუბარაქნოიდალურ სივრცეში ზურგის ტვინის დაბოლოვების ქვემოთ.

ზონდი არის მოცილებული და ერთი ან მეტი წვეთი სუფთა თავზურგტვინის სითხის ნემსის ძირში ადასტურებს რომ ნემსი სწორ ადგილას არის მოთავსებული.შემდეგ ხდება მედიკამენტების შეყვანა და ნემსის მოცილება

სურათი 5-11, სუბარაქნოიდალური ბლოკირების ტექნიკა

სურათი 5-12, ეპიდურალური და სუბარაქნოიდალური ბლოკირების დროს ანესთეზიის დონე.
T10- S5 დონემდე ანესთეზია საკმარისია ვაგინალური მშობიარობისთვის. საკეისრო კვეთისთვის T4 -T5-ზე უფრო მაღალი დონეა საჭირო.

პარენტერალური ანალგეზია

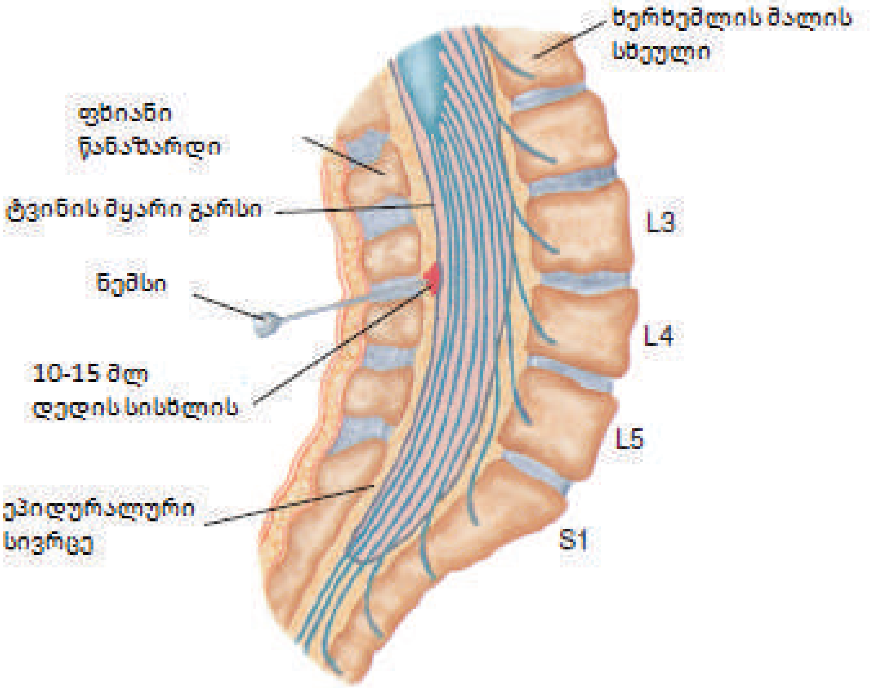
ოპიოიდური ანალგეზია არის ყველაზე ხშირი პარენტერალური მედიკამენტი, რომელიც გამოიყენება ტკივილის შეგრძნების მოსახსნელად ცნობიერების დაკარგვის გარეშე. ტკივილგამაყუჩებლები რომლებიც გამოიყენება მშობიარობის დროს არის მეპერიდინი(დემეროლი),ფენტანილი(სუბლიმაზი), ბუტორფანოლი (სტადოლი) და ნალბუფინი(ნუბაინ)(ცხრილი 5.1)

მიუხედავად იმისა რომ მედიკამენტი გამოიწერება მშობიარობის ანალგეზიის მიზნით, მეპერიდინი ხშირად წარმოქმნის დისფორიულ ვიდრე ანალგეზიურ ეფექტს ქალებში. ის შეიძლება იყოს მოუსვენრად ან აღგზნებული და ქონდეს კრუნჩხვითი ქმედებები, მკვეთრი მოძრაობები, კანკალი, ტრემორი ან თუნდაც დელირიუმი. მეტად საყურადღებოა ის, რომ მეპერიდინი წარმოქმნის ხანგრძლივად მოქმედ მეტაბოლიტს, ნორმეპერიდინს, რომელსაც აქვს ნახევრად დაშლის დრო 3 - 6 საათი და 3 დღე ან მეტი ახალშობილში. ამ მიზეზით მეპერიდინი ხშირად არ გამოიყენება მშობიარობის დროს.

მეპერიდინი და ფენტანილი არის სუფთა ოპიოიდური აგონისტი ან ნივთიერებები რომელიც იწვევს ფიზიოლოგიურ ეფექტს, მაგრამ ბუტორფანოლს და ნალბუფინს აქვს შერეული ოპიოიდური აგონისტის და ანტაგონისტის (ნივთიერება, რომელიც ბლოკავს სხვა ნივთიერებას ან სეკრეციას) ეფექტი. ქალთან რომელიც დამოკიდებულია ოპიატებზე(როგორიცაა ჰეროინი) არ უნდა გამოვიყენოთ აგონისტ-ანტაგონისტ კომბინირებული მედიკამენტი, რადგან მან შეიძლება დედაში და ახალშობილში აბსტინენციის ეფექტი გამოიწვიოს. ის არ უნდა მივცეთ ქალს, რომელსაც უკვე გაკეთებული აქვს სუფთა ოპიოდი, რადგან ტკივილის გაყუჩების ეფექტის საწინააღმდეგოდ იმოქმედებს. აგონისტ-ანტაგონისტს აქვს ,,პიკის ეფექტი,, ტკივილგამაყუჩებელის მიღებისას და ბევრი ქალისთვის სრული მშობიარობის განმავლობაში ტკივილის გაყუჩებისთვის არა რელევანტურია.

ოპიოიდების პირველადი ეფექტი არის სუნთქვის უკმარისობა, რომელიც მეტ ეფექტს ახდენს ახალშობილზე ვიდრე დედაზე. ამ მედიკამენტის მიღების დრო ფრთხილად დასაგეგმია, რადგან შევამციროთ ახალშობილის სუნთქვითი უკმარისობის რისკი. ახალშობილი რომელიც იბადება წამლის მოქმედების პიკში მეტად არის მიდრეკილი რომ დაემართოს სუნთქვითი უკმარისობა ვიდრე მანამდე ან მის მერე. ნორმეპერიდინი შეიძლება იწვევდეს გვიან სუნთქვით უკმარისობას ახალშობილებში, რადგან ის ხანგრძლივი მოქმედებისაა ახალშობილებში.

ოპიოდების ტკივილგამაყუჩებლების მიღება ხდება მცირე, ხშირი დოზებით ინტრავენური გზით მშობიარობის დროს, რომ მოხდეს ანალგეზიური ეფექტის ჩქარი დაწყება, მოქმედების წინასწარ განსაზღვრული ხანგრძლივობით. ქალისთვის სასიკეთოა მისი ჩქარი დაწყება, ეს შეამცირებს ნეონატალური სუნთქვითი უკმარისობის შანსს. მისი შეყვანის დაწყება შეკუმშვების დაწყებისას, როცა პლაცენტალური სისხლის მიდინება არის ნორმლაურად შემცირებული, ამცირებს მის ნაყოფში გადასვლას. მედიკამენტის მიწოდება შეიძლება მოხდეს პაციენტით-გაკონტროლებული ანალგეზიის (PCA) ტუმბოთი.



სურათი 5-13, სისხლის საცობი ზურგის ტვინის ტკივილის დროს.
10-15 მლ დედის სისხლი არის შეყვანილი რომ მოხდეს მყარი გარსის ნაჩხვლეტის დახშობა. სხვა სითხეები როგორიცაა ნორმალური ფიზიოლოგიური ხსნარი ან დექსტრანი შეიძლება შევიყვანოთ მსგავსი მეთოდით.

ოპიოიდების ანტაგონისტები

ნალოქსონი(ნარკანი) იწვევს ოპიოიდებით გამოწვეული სუნთქვითი უკმარისობის შებრუნებას, თუმცა ის ძალიან იშვიათად გამოიყენება მეანობაში. ნალოქსონი ვერ არევერსებს სხვა მედიკამენტებით (მაგალითად, როგორიცაა ბარბიტურატები, ანესთეტიკები, არაოპიოიდური მედიკამენტები და პათოლოგიური მდგომარეობები) გამოწვეულ სუნთქვით უკმარისობას. ნალოქსონს აქვს მოკლე მოქმედების ხანგრძლივობა, ყველა იმ ოპიოიდთან შედარებით, რომელიც ეფექტის შებრუნებისთვისაც გამოიყენება და ამიტომ სუნთქვითი უკმარისობა შეიძლება განმეორდეს. ოპიატებზე დამოკიდებულ დედასთან ან ახალშობილში ნალოქსონმა შეიძლება გამოიწვიოს აბსტინენციის სიმპტომები.

სასუნთქი გზების მართვას (მაგალითად, პარკით და მასკით ვენტილაცია) უპირატესობა ენიჭება ნალოქსონის გამოყენებასთან შედარებით ახალშობილებში და ეს მედიკამენტი რუტინულად არ გამოიყენება ახალშობილებში. დამატებითი ინფორმაციისთვის იხილეთ თავი ახალშობილის რეანიმაციის შესახებ. მცირე დოზით ნალოქსონი შეიძლება მივცეთ ქალს მშობიარობის შემდგომ პერიოდში რომ ინტრათეკალური და ეპიდურალური ნარკოტიკებით გამოწვეული ქავილი მოეხსნას. ნალტრექსონი (ტრექსანი), სხვა ოპიოიდური ანტაგონისტები და დიფენჰიდრამინი (ბენადრულ) ანტიჰისტამინური მედიკამენტები შეიძლება ასევე გამოვიყენოთ ქავილის მოსახსნელად.

დამატებითი მედიკამენტები

დამატებითი მედიკამენტების სია, რომლებიც გამოიყენება ინტრანატალური პერიოდის დროს, შედგება პირღებინების საწინააღმდეგო და დამამშვიდებელი და სედატიური მედიკამენტებისგან. ეს წამლები გამოიყენება პირღებინების შეგრძნების და აღგზნებადობის შესამცირებლად და ასევე მიმართულია პაციენტის მოსვენებისთვის (იხილეთ ცხრილი 5.1).

პრომეტაზინი(ფენერგანი) ამცირებს გულისრევის შეგრძნებას და პირღებინებას, რომელიც გამოწვეულია ოპიოიდი მედიკამენტების მიღებით. პარენტერალური პრომეტაზინის დანიშნვნა შეიძლება მოხდეს, თუმცა მისი დანიშვნა შეიძლება კუნთშიდა (უკეთესია , მაგრამ მტკივნეული) ან ინტრავენური გზით. პრომეტაზინი არ აძლიერებს ოპიოიდების ანალგეზიურ ეფექტს, მაგრამ შეიძლება გააძლიეროს ოპიოიდების სუნთქვითი უკმარისობის ეფექტი. ქსოვილებზე ბუშტუკების წარმოქმნის უნარის გამო პრომეტაზინის, ინტრავენული გადასხმა უნდა მოხდეს ფართოდ განზავებული ფორმით, უმეტესად 50მლ ნორმალური ფიზიოლოგიური ხსნარით ან დაწესებულების მიერ შემუშავებული პროტოკოლით. ჰიდროქსიზინი (ატარაქსი, ვისტარილ) არის ასევე პარენტერალური ჰიდროქსინის ანტიჰისტამინური მედიკამენტი ანტიემეტური ეფექტით და შეიძლება მივცეთ მხოლოთ კუნთშიდა ინექციით, დიდი ზომის კუნთში, ღრმა Z-ისებრი გზით შეყვანის მეთოდით. ჰიდროქსიზინი ინტრავენურად არ გამოიყენება.

წამლის გზამკვლევი

ბუტორფანოლი

კლასიფიკაცია: ოპიოიდური ტკივილგამაყუჩებელი

მოქმედების მექანიზმი: ოპიოიდური ტკივილგამაყუჩებელი დამატებით აგონისტ-ანტაგონისტის ეფექტით, ზუსტი მოქმედების მექანიზმი უცნობია. იწვევს რესპირატორულ დეპრესიას, რომელიც არ იზრდება უფრო დიდი დოზებით.

დანიშნულება: სისტემური ტკივილგამაყუჩებელი მშობიარობის დროს.

დოზა და მიღების გზა

ინტრავენური

1 მგ ყოველ 3-4 საათში , 0.5-2 მგ დოზით გამოყენებისას, შეიძლება მიეწოდოს არაგანზავებული.

შეწოვა: ანალგეზიური ეფექტის დაწყება თითქმის იმ წამსვე ხდება ინტრავენური გზით შეყვანის დროს, რომელიც პიკს აღწევს დაახლოებით 30 წუთის მერე და გრძელდება დაახლოებით 30 წუთი. მას ახასიათებს მოქმედების უფრო ჩქარი დაწყება და მოქმედების უფრო ხანმოკლე ხანგრძლივობა ვიდრე მეპერიდინს ან მორფინს აქვს.

გამოყოფა: გამოიყოფა შარდით,გაივლის პლაცენტის ბარიერს, გამოიყოფა ძუძუს რძეშიც.

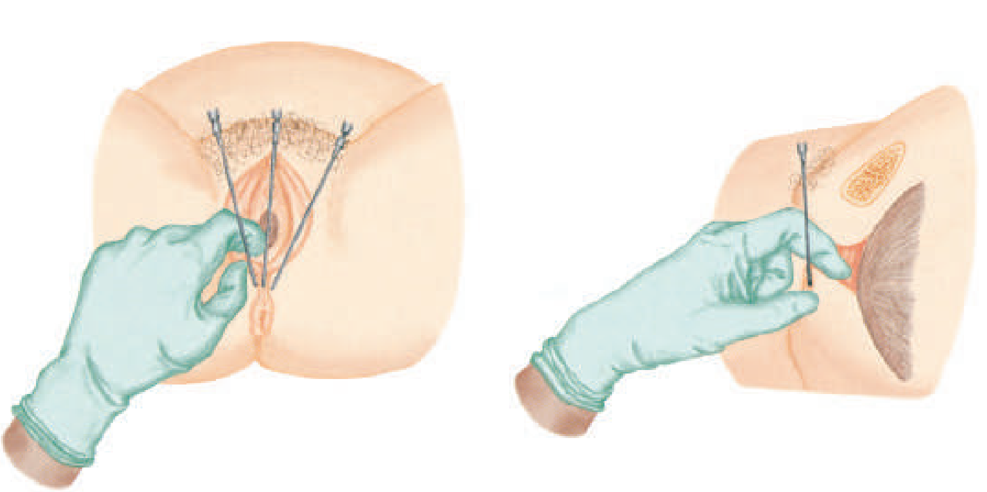
უკუჩვენება და სიფრთხილის ზომები: უკუნაჩვენებია იმ ადამიანებში, რომლებიც არიან ჰიპერმგრძნობიარენი; არ გამოიყენება ოპიატებზე დამოკიდებულ ქალებში, რადგან წამლის ანტაგონისტურმა მოქმედებამ შეიძლება გამოიწვიოს აბსტინენციური სინდრომი ქალში ან ახალშობილში, ფრთხილად გამოიყენება ნაადრევი ახალშობილის მშობიარობის დროს; წამლის მოქმედება ძლიერდება ბარბიტურატებით, ფენოთიაზიდით, ციმეტიდინით და სხვა ტრანკვილიზატორებით.

გვერდითი რეაქციები: რესპირატორული დეპრესია ან აპნოე (ქალში ან ახალშობილში), ანაფილაქსია, თავბრუსხვევა, გონების კარგვის შეგრძნება, სედაცია, ლეთარგია, თავის ტკივილი, ეიფორია, მენტალური დაბინდვა, გონების დაკარგვა, მოუსვენრობა, აღგზნება, ტრემორი, დელირიუმი, ინსომნია, პირღებინების შეგრძნება, ღებინება, ყაბზობა, გაზრდილი ბილიარული წნევა, პირის სიმშრალე, ანორექსია, წამოწითლება, შეცვლილი გულისცემის სიხშირე და სისხლის წნევა, სისხლის მიმოქცევის კოლაფსი, შარდის შეკავება, სიცივის მიმართ გაზრდილი მგრძნობელობა.

პაციენტის მოვლისთვის გასათვალისწინებელი მნიშვნელოვანი მითითებები: შეაფასეთ ქალი ალერგიაზე და ოპიატების მიმართ დამოკიდებულებაზე. დააკვირდით სასიცოცხლო მაჩვენებლებს და რესპირატორულ ფუნქციებს ქალებში(რესპირატორული სიხშირე სულ მცირე 12 სუნთქვა წუთში). გამზადებული უნდა იყოს ნალოქსონი და მოწყობილობა რომელიც გამოიყენება ქალებში და ახალშობილებში რესპირატორული დეპრესიის სამკურნალოდ. შეატყობინეთ პირღებინების შეგრძნება და ღებინება მშობიარობის მიმღებ პირს რათა დაინიშნოს ანტიემეზური მკურნალობა. ანტიემეზურმა ან ცენტრალურ ნერვულ სისტემაზე მოქმედმა სხვა დეპრესანტებმა შეიძლება გააძლიერონ ბუტორფენოლის რესპირატორული დეპრესანტების ეფექტები.

დამამშვიდებელი საშუალებები

ისეთ დამამშვიდებელ საშუალებებს, როგორიცაა ბარბიტურატები რუტინულად არ ვუნიშნავთ, რადგან მათ შეიძლება გახანგრძლივებული დეპრესანტული ეფექტი ჰქონდეს ახალშობილში. თუმცა მცირე დოზა მცირე ხანგრძლივობის ბარბიტურატებით შეიძლება გამოვიყენოთ, რათა მშობიარემ მოახერხოს დასვენება ცრუ მშობიარობის ან გახანგრძლივებული ლატენტური ფაზის დროს.



სურათი 5-14, ანესთეზიის ლოკალური ინფილტრაცია აბუჟებს პერინეუმს ეპიზიოტომიის ჩასატარებლად მშობიარობამდე ან მშობიარობის შემდეგ ჩახევის გასაკერად. მშობიარობის მიმღები პირი იცავს ნაყოფის თავს ვაგინაში თითის მოთავსებით , სანამ პერინეუმში აკეთებს ინექციას მარაოს ფორმის მსგავსად.

ანესთეზია ვაგინალური მშობიარობის დროს

ლოკალური ანესთეზია

ლოკალური ანესთეტიკების შეყვანა პერინეუმში კეთდება ექიმის ან ბებია ქალის მიერ, ეპიზიოტომიის გაკეთების წინ ან ჩახევის გაკერვის დროს (სურათი 5-14). ლოკალურად მედიკამენტის შეყვანა არ ცვლის საშვილოსნოს შეკუმშვებთან ან ვაგინის გადაჭიმვასთან დაკავშირებულ ტკივილს. ლოკალური აგენტი იწვევს იმ მცირე ადგილის ანესთეზიას სადაც კეთდება ეპიზიოტომია ან გვაქვს ჩახევა. მცირე დროა საჭირო ანესთეტიკის ინექციიდან დაბუჟებამდე. წამალი იწვევს წვის შეგრძნებას სანამ მისი ანესთეტიკური ეფექტი დაიწყება. ლოკალური ინექცია იშვიათად იწვევს გვერდით ეფექტებს დედაში ან ნაყოფში.

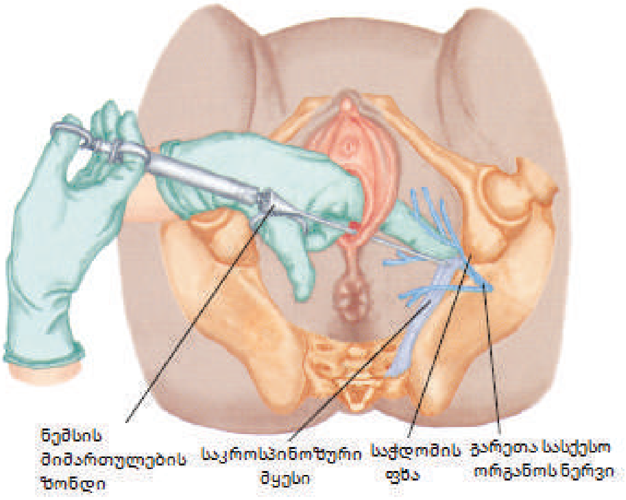
პუდენდალური ბლოკირება

პუდენდალური ბლოკირება ანესთეზიას უკეთებს საშოს ქვედა ნაწილს და პერინეუმს ეპიზიოტომიისთვის. იგი გამოიყენება ვაგინალური მშობიარობისას, თუ მაშების გამოყენების საჭიროება დადგება. პუდენდალური ბლოკირება არ აქრობს საშვილოსნოს შეკუმშვებიდან გამოწვეულ ტკივილის და დედა გრძნობს დაწოლის შეგრძნებას. პუდენდალური ბლოკირება არის კარგად ლოკალიზებული რეგიონალური ბლოკირება, დენტალური ანესთეზიის მსგავსად, რომელიც იწვევს დენტალური პროცედურების დროს დაბუჟებას.

ექიმი ან ბებია ქალი ახდენს ლოკალური ანესთეტიკის შეყვანას პუდენდალური ნერვის საჯდომის ძვლის წვეტებთან. პერინეუმის ინექცია ხდება ლოკალური ანესთეზიური საშუალებით(სურათი 5-15). ლოკალურად ინექციის დროს მცირე დაყოვნება ხდება ინექციასა და დაბუჟების დაწყებას შორის. დედისმიერი შესაძლო გართულებებია: ანესთეტიკების მიმართ ტოქსიკური რეაქცია, რექტალური ჩხვლეტა (იატროგენია), ჰემატომის და საჯდომის ნერვის ბლოკირება. თუ დედის ტოქსიკურობას თავიდან ავიცილებთ, ნაყოფზე ეფექტს არ ახდენს.

ზოგადი ანესთეზია

ზოგადი ანესთეზია არის ტკივილის კონტროლი სისტემურად, რომელიც მოიცავს ცნობიერების დაკარგვას. ის იშვიათად გამოიყენება ვაგინალური მშობიარობის დროს, თუმცა ჯერ კიდევ იყენებენ საკეისრო კვეთის დროს, როცა გეგმიური ეპიდურალური ბლოკირება და სუბარაქნოიდალური ბლოკირება საკმარის ანესთეზიას ვერ აღწევს. ზოგადი ანესთეზია შეიძლება საჭირო გახდეს სასწრაფოდ რათა მყისიერად მოხდეს გადაუდებელი პროცედურების ჩატარება ორსულობის ნებისმიერ პერიოდში.

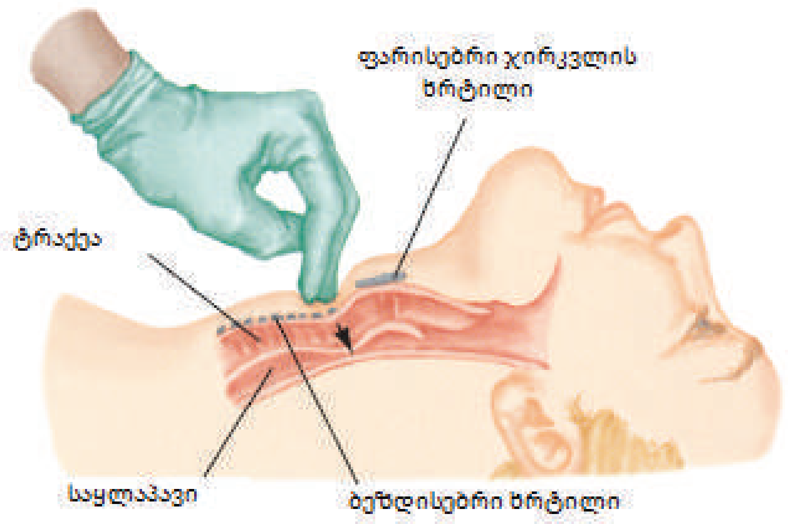


სურათი 5-15, პუდენდალური ბლოკირება უზრუნველყოფს ანესთეზიას ეპიზიოტომიისთვის და მცირე მაშების გამოყენებისთვის .ნემსის მიმართულების ზონდი იცავს დედის და ნაყოფის ქსოვილს გრძელი ნემსისგან, რომელმაც უნდა მიაღწიოს გარეთა სასქესო ორგანოების ნერვამდე. მხოლოდ დაახლოებით 1.25 სმ ნემსის სიგრძის რჩება გარეთ.

ჩატარების მეთოდი. ანესთეზიის გაკეთებამდე, ქალი სუნთქავს ჟანგბადს 3-5 წუთის განმავლობაში ან ყველაზე მცირე ოთხი ღრმა სუნთქვა, რომ გაზარდოს თავისი ჟანგბადის მარაგი და ასევე ნაყოფის სატურაცია თუ სწრაფად გაკეთებული ანესთეზიის ფონზე, ნაყოფის სუნთქვის შეჩერებას ექნება ადგილი. აორტოკავალური კომპრესიის შესამცირებლად ქალს ერთ მხარეს აქვს სპეციალურად დადებული მოწყობილობა, უმეტესად მარჯვენა მხარეს, ან საწოლი გადახრილია ოდნავ, რომ შემცირდეს და გაიზარდოს პლაცენტის სისხლის მიდინება.

გვერდითი ეფექტები. ზოგადი ანესთეზიით გამოწვეული შესაძლო გვერდით ეფექტებია:

დედისმიერი- *კუჭის შიგთავსის ასპირაცია.* კუჭის მჟავე შიგთავსის რეგურგიტაცია ასპირაციით, ზოგადი ანესთეზიის ფატალური გართულებაა. საკვების ნაწილაკების ასპირაციამ შეიძლება გამოიწვიოს სასუნთქი გზების დახშობა. ასევე კუჭის მჟავე სეკრეციის ასპირაციამ შეიძლება გამოიწვიოს სასუნთქი გზების ქიმიური დაზიანება და ასპირაციული პნევმონია.



სურათი 5-16, კრიკოიდზე დაწოლა ან სელიკის მანევრი, გამოიყენება რომ მოხდეს ვომიტუსის ქალის ტრაქეაში მოხვედრის პრევენცია, მანამ სანამ ის ინტუბირებულია ზოგადი ანესთეზიისთვის. ასისტენტი გამოიყენებს დაწოლას კრიკოიდის ხრტილზე რომ გამოიწვიოს საყლაპავის ოსტრუქცია. როგორც კი ქალის წარმატებით ინტუბირება ხდება საინტუბაციო მილით, კუჭის სეკრეტი ვეღარ შევა ტრაქეაში.

სუნთქვის უკმარისობა-სუნთქვის უკმარისობა შეიძლება მოხდეს ან დედაში ან ნაყოფში, უფრო ხშირად კი ახალშობილში. ეს ხშირად ხდება როცა ანესთეზიის გაკეთებიდან ჭიპლარზე მომჭერის დამაგრებამდე ინტერვალი ხანგრძლივია.

საშვილოსნოს მოდუნება-ზოგიერთმა საინჰალაციო ანესთეტიკებმა შეიძლება გამოიწვიოს საშვილოსნოს მოდუნება. ამან შესაძლოა გამოიწვიოს ისეთი არასასურველი გართულება, როგორიცაა საშვილოსნოს გადმობრუნება. ამასთან, მშობიარობის შემდგომი სისხლდენა შეიძლება მოხდეს თუ საშვილოსნოს მოდუნება მოხდა მშობიარობის შემდგომაც.

გვერდითი ეფექტების შემცირების მეთოდები

დედის ასპირაციის ან ასპირაციის შემთხვევაში ფილტვის დაზიანების შემცირების მეთოდებია:

- შევზღუდოთ სუფთა სითხეების მიღება ან შევინარჩუნოთ საკვების არ მიღება (NPO status) თუ ოპერაციაა მოსალოდნელი.
- ზედმიწევნით შევასრულოთ დანიშნულება რომელიც:

- ხელს უწყობს კუჭის pH-ის აწევას და ნაკლები მჟავის გამოყოფას, მაგალითად, ნატრიუმის ციტრატი ან ლიმონის მჟავა (ბიციტრა), რანიტიდინი (ზანტაკი) ციმეტიდინი (ტაგამეტი) ან ფამოტიდინი(პეპსიდი).
- ახდენს სეკრეციის შემცირებას, მაგალითად, გლიკოპიროლატი(რობინული).
- აჩქარებს კუჭის დაცლას, მაგალითად, მეტოკლოპრამიდი(რეგლან) .

- ბეჭდისებრ ხრტილზე ძეწოლა (სელიკის მანევრი), საყლაპავის ბლოკირებისთვის, რიგიდულ ტრაქეაზე ზეწოლით (სურათი 5-16).

ახალშობილის სუნთქვითი უკმარისობის პრევენცია შეიძლება მოხდეს:

- ანესთეზიის გაკეთების და ჭიპლარზე მომჭერის დამაგრების დროის შემცირებით;
- სედაციური მედიკამენტების და ანესთეტიკების მინიმუმადე შემცირებით, სანამ ჭიპლარზე მომჭერია დამაგრებული.

ანესთეზიის გაკეთებიდან ჭიპლარის მომჭერის დამაგრებამდე დრო რომ შევამციროთ, მშობიარე მომზადებული უნდა იყოს ადეკცატურად, ხოლო ექიმი მზად ანესთეზიის გაკეთებისთვის. ანესთეზია მსუბუქად არის გაკეთებული სანამ ნაყოფი დაიბადება და ქალს შეუძლია ოდნავ იმოძრაოს საწოლზე, ანესთეზიის ეფექტის მომატება ხდება ჭიპლარის მომჭერით დამაგრების შემდეგ.

პაციენტის მოვლის პროცესის მიმდინარეობა

ტკივილის მართვა

შეფასება

ტკივილის შეფასება ხდება მიღების დროს და გრძელდება მთელი მშობიარობის და ასევე ლოგინობის განმავლობაში. ტკივილთან დაკავშირებული შეფასება შედგება შემდეგი მოქმედებებისა და შეფასებებისგან:

- ტკივილის მართვის მეთოდის არჩევა;
- წინა ქირურგიული ჩარევების ანამნეზი, ანესთეზიის ტიპები და ანესთეზიაზე დამოკიდებული პრობლემები;
- დედის სასიცოცხლო მაჩვენებლები;
- ნაყოფის გულისცემის მონიტორინგი და ნაყოფის ელექტრონული მონიტორის მონაცემები;
- ალერგიები, განსაკუთრებული ყურადღება სჭირდება ოპიოიდების ტკივილგამაყუჩებლებზე ალერგიას, დენტალურ ანესთეზიაზე და იოდზე (რომელიც გამოიყენება კანის ზოგიერთ დასამუშავებელ პრეპარატებში);
- ორალური გზით კვება, ბოლო მიღებული საკვების დრო და ტიპი;
- ტკივილის ნიშანი, სიტყვიერი დადასტურება, მოთხოვნა ტკივილის შემსუბუქებაზე, ტირილი, მთქნარება და არასიტყვიერი დამადასტურებელი ნიშნები, როგორიცაა დაჭიმული პოზა და სახის გამომეტყველება.

მშობიარობის სტატუსი

რუტინული შეფასების დამატებით კითხეთ ქალს თუ სჭირდება ტკივილის მართვა. უმოძრაო ქალმა შეიძლება მცირე ნიშანი მოგცეთ იმისა რომ სტკივა, მაგრამ უნდოდეს ტკივილის მედიკამენტოზურად მართვა, თუ ვკითხავთ.

ტკივილის შეფასების დროს, გაარკვიეთ ზუსტად რას გულისხმობს ქალი. თუ ვკითხავთ თუ აქვს ,, ტკივილი,, შეიძლება უარყოს, მაგრამ თუ გამოვიყენებთ სხვა სიტყვას, როგორიცაა

,,დისკომფორტი,, ,,შეზღუდვა,, ,,ტკივილის მსგავსი შეგრძნება,, ,,დაწოლა,, ან ნებისმიერი სხვა სიტყვა რომელიც შეიძლება გამოვიყენოთ სამშობიარო ტკივილებზე, შეიძლება სხვა პასუხი მივიღოთ. არ იფიქროთ, რომ ყველა ერთი და იმავე სიტყვას იყენებს ტკივილის აღსაწერად. ტკივილი და მისი გამოხატვა ინდივიდუალური გამოცდილებაა.

სთხოვეთ ქალს შეაფასოს მისი ტკივილი, ტკივილის შკალაზე 1-10 ქულით (ან თქვენი დაწესებულების სტანდარტით), რაც დაეხმარება გარკვევით აღწეროს ტკივილის სიძლიერე. ნული ნიშნავს ტკივილის არ არსებობას, 10 კი ყველაზე ძლიერ ტკივილს რაც კი ჰქონია. კითხეთ ამ მეთოდის გამოყენებით შეაფასოს ტკივილი გამაყუჩებელი მეთოდების გამოყენებამდე და გამოყენების შემდეგ, რომ გავარკვიოთ გამოყენებული ტკივილგამაყუჩებლის ეფექტურობა. მულტიენობრივი და სურათების შემცველი შკალები არსებობს იმ მშობიარეებისთვის, რომლებიც არ საუბრობენ ძირითად სასაუბრო ენაზე. ბევრ ქალს აქვს ამ შკალების გამოყენების პრობლემა, რადგან მანამდე არასდროს არ გამოუცდიათ ესეთი ტკივილი. ამიტომ შეიძლება კარგად ვერ შეაფასონ დასაწყისში და მშობიარობის ბოლოს ტკივილის ხარისხი, შეიძლება ისიც თქვან რომ არც იციან, ყველაზე ძლიერი ტკივილი რა არის და ამიტომ ამ შკალით ვერ შეაფასებენ. სხეულის ენა საშუალებას გვაძლევს გავარკვიოთ თუ კომფორტის რა დონეზე იმყოფება ქალი. მთქნარება, ტირილი, აგრესიული ქმედებები და ტკივილის მართვის არაფარმაკოლოგიური მეთოდების გამოყენების არაეფექტურობა არის ნიშანი იმისა, რომ ქალს სჭირდება დახმარება ტკივილის მართვაში, რაც მოიცავს ფარმაკოლოგიური ტკივილის მართვასაც.

შეაფასეთ ქალის მშობიარობის სტატუსი რომ დაეხმაროთ მას შესაბამისი ტკივილის მართვის მეთოდის შერჩევაში. შეამოწმეთ თუ მიიღო გადაწყვეტილება რომელ სპეციფიკურ ტკივილის მართვის მეთოდს გამოიყენებს მშობიარობის განმავლობაში. თავი შეიკავეთ დასკვნების გამოტანისგან მშობიარის ტკივილზე მისი მშობიარობის პროგრესირების შეფასებით, ყელის გახსნით ან შეკუმშვების არსებული სიძლიერით. არ დაასკვნათ, რომ ქალს რომლის ყელიც 2 სმ-ით არის გახსნილი ტკივილები არ აქვს, ან 8 სმ-ის შემთხვევაში ტკივილები ძლიერია. გახსოვდეთ, რომ სიმსუქნის დიაგნოზის მქონე მშობიარეზე ცხიმის ფენის გამო, შეიძლება მოგვეჩვენოს რომ შეკუმშვები სუსტია, რადგან ამ დროს როგორც პალპაციით ისე გარეგანი მონიტორით შესაძლოა ვერ მოხდეს შეკუმშვების სწორი აღქმა.

მშობიარობის პროგრესი ან შეკუმშვების სიძლიერე არ შეიძლება დავაკავშიროთ ქალის მიერ ტკივილის აღქმასთან ან ამტანობასთან. ქალის საჭიროება ტკივილის შემსუბუქებაზე არ უნდა იყოს დამოკიდებული მხოლოდ მის გარეგან გამოხატულებაზე. ჩუმ ქალს შეიძლება სჭირდებოდეს მედიკამენტი მაგრამ ვერ გამოხატავდეს, ან ზოგი გამოხატავდეს ტკივილის შემსუბუქებას მხოლოდ არაფარმაკოლოგირი მეთოდის გამოყენების შედეგადაც.

დააკვირდით და აღნიშნეთ ტკივილი რომელიც არ არის დამახასიათებელი ნორმალურ მშობიარობასთან. თუმცა მშობიარობის ტკივილები ხშირად ძლიერია, ის შეიძლება მოვიდეს ან წავიდეს თითოეული შეკუმშვის დროს. საშვილოსნო არ უნდა იყოს დაჭიმული ან დაფის მაგვარი შეკუმშვებს შორის და არ უნდა იწვევდეს მუდმივ ტკივილს.

საექთნო დიაგნოზი

ტკივილი მოსალოდნელია ნორმალური მშობიარობის დროს და ქალების უმეტესობას აქვთ მოვლის საჭიროების მოთხოვნა. მშობიარობისას საექთნო დიაგნოზი არის ,,მწვავე ტკივილი დამოკიდებული საშვილოსნოს შეკუმშვებზე და ნაყოფის ქვევით სვლაზე".

დაგეგმვა

რადგან ტკივილი სუბიექტური გამოცდილებაა და მოსალოდნელია მშობიარობის დროს, ექთნის მოქმედებები შემდეგია:

- ტკივილის შემსუბუქების სახეობების (არაფარმაკოლოგიური და ფარმაკოლოგიური) გაცნობა ქალისთვის, მშობიარობის დროს.
- დაეხმარეთ ქალს ეფექტურად გამოიყენოს ის სუნთქვის და რელაქსაციის მეთოდები, რომელიც მან მშობელთა სკოლაში ისწავლა ან თქვენ ასწავლეთ მშობიარობის განმავლობაში.

ჩარევა

პაციენტის მოვლა დაკავშირებული ინტრანატალურ ტკივილის მართვასთან მიმართულია იმ ფაქტორების შემცირებისკენ, რომელიც აფერხებს ტკივილის მართვას. რადგან ეპიდურალური გაუტკივარება ძალიან ხშირია, ეს არ ნიშნავს რომ ყველა ქალს სურს მისი გაკეთება. ექთნის მზრუნველი დამოკიდებულება აძლიერებს ტკივილის მართვის შესაძლებლობას გაუტკივარების გარეშე და ქალის მიერ სრული გამოცდილების მიღებას მშობიარობაზე.

რელაქსაციის პრომოცია. შექმენით მშვიდი გარემო, თუ ხმაურია პრობლემა, შესთავაზეთ ტელევიზორი ან მუსიკა რომ დაფაროს ის. თბილი პლედი, გრილი სამოსი ან თბილი სათბილო-ბელი საგრძნობლად ქმნის კომფორტს და ექთნის მზრუნველ დამოკიდებულებას გადასცემს მშობიარეს. საცვლების და საფენების ცვლა საჭიროების მიხედვით ქალს უქმნის მშრალ და სუფთა გარემოს.

შესთავაზეთ ქალს თბილი შხაპი ან აბაზანა, განსაკუთრებით თუ დაძაბულია და უკუჩვე-ნება არ არსებობს (იხილეთ სამახსოვრო 5.1). ზოგადად სიარული კარგია მშობიარობის საწყის ეტაპზე და წყლით თერაპია აქტიურია მშობიარობის პერიოდში. ძუძუსთავების მცირედმა სტი-მულაციამ ჯაკუზის ან შხაპის მიღების დროს შეიძლება გააძლიეროს შეკუმშვები ქალში, რაც დაკავშირებულია ამ დროს უკანა ჰიპოფიზის მიერ ოქსიტოცინის გამოყოფასთან.

თავი შეიკავეთ მშობიარის სივრცის ხშირი დარღვევისგან. მაგალითად, დაელოდეთ სანამ შეკუმშვები დასრულდება რომ კითხვა დაუსვათ ან რამე პროცედურა ჩაატაროთ. ხანგრძლივმა შეფასებამ შეიძლება ბევრი შეკუმშვა მოიცვას, მაგრამ მაინც ეცადეთ რომ დაელოდოთ შეკუმ-შვებს შორის არსებულ დროს.

შეამცირეთ გარეთა დისკომფორტის წყარო. ინტრავენური კათეტერის დაყენებამდე ანესთე-ზია გაუკეთეთ იმ ადგილას, სადაც ნემსი უნდა შეიყვანოთ ლიდოკაინით(ქსილოკაინი), თუ ქალი ალერგიული არ არის ამ მედიკამენტის მიმართ. ანესთეზიის ეფექტს გვაძლევს ნორმალური ფი-ზიოლოგიური ხსნარის შეყვანაც. შეახსენეთ რომ ხშირად იცვალოს პოზიციები რომ შეამციროს დაძაბულობა და დისკომფორტი მუდმივი ზეწოლისგან.

დააკვირდით ქალს შარდის ბუშტს გადაჭიმვაზე საათობრივად და გაამხნევეთ რომ მოშა-რდოს ყოველ ორ საათში ან უფრო ხშირად თუ დიდი რაოდენობით სითხის გადასხმა მოუწიათ. მშობიარობის პერიოდის განმავლობაში თუ ქალს არ შეუძლია მოშარდვა და შარდის ბუშტი გადავსებულია საჭიროა კათეტერიზაცია. მუდმივი კათეტერიზაცია შეიძლება გამოვიყენოთ მშობიარეებში ეპიდურალური გაუტკივარებით, რომ შევამციროთ ხანგამოშვებით კათეტერი-ზაციის სიხშირე.

შფოთვის და შიშის შემცირება. შესაბამისი ინფორმაცია ამცირებს ნეგატიურ ფსიქოლოგიურ ზეწოლას უცნობი მოვლენის მიმართ. უთხარით ქალს მშობიარობის და მისი პროგრესის შესა-ხებ. შეიძლება იმის თქმა ვერ მოახერხოთ ზუსტად როდის იმშობიარებს, მაგრამ მშობიარობის მიმდინარეობაზე შეგიძლიათ ინფორმაცია მიაწოდოთ. ხანდახან მშობიარეს სჭირდება მხოლოდ გამხნევება გამოცდილი ექთნისგან რომ მისი ძლიერი შეკუმშვები ნორმალურია. შეიძლება მან უფრო მეტი დისკომფორტი განიცადოს თუ მისი პროგრესის შესახებ არ ეცოდინება.

გულწრფელად უთხარით თუ რამე პრობლემა გაჩნდება. მშობიარე ხვდება რომ პრობლემაა და უფრო ნერვიულობს როცა არ იცის რა პრობლემაა. აუხსენით ყველაფერი, რითიც აპირებთ პრობლემის მოგვარებას და შეატყობინეთ შედეგები.

დაეხმრეთ ქალს გამოიყენოს ტკივილის მართვის არაფარმაკოლოგიური მეთოდები. თუ არა-ფარმაკოლოგიური მეთოდები უსაფრთხოა ქალისთვის და ნაყოფისთვის და ეფექტურიც, მაშინ ხელს ნუ შეუშლით ქალს მათ გამოყენებაში. ეცადეთ არ შეზღუდოთ გამკლავების ნებისმიერი მეთოდი, რომელსაც ქალი იყენებს.

მასაჟი. ნაყოფის მონიტორის ქამარი ხელს უშლის მასაჟს. გაამხენევთ ქალი რომ გაიკეთოს მასაჟი დაუფარავ ადგილას და თეძოებზე.

გამოიყენეთ პუდრა ხახუნის შესამცირებლად და კითხეთ თუ სად არის საუკეთესო ადგილი და სურს თუ არა ძალით დაწოლა გავის ძვალზე. გაესაუბრეთ პაციენტს ყოველი ზეწოლის ან მასაჟის დროს რადგან პაციენტის მდგომარეობა შეიძლება შეიცვალოს მშობიარობის განმა-ვლობაში და მასაჟი არაკომფორტული გახდეს მისთვის, ამიტომ მშობიარის აზრი გადაამოწმეთ რეგულარულად.

მენტალური სტიმულაცია. გამოიყენეთ დაბალი, სასიამოვნო ხმა როცა ეხმარებით მშობიარეს წარმოსახვაში. ყურთან ახლოს საუბარი ხშირად ქმნის მშვიდ წარმოსახვით გარემოს და ეხმარება მას დამშვიდებაში. მუსიკამ ასევე შეიძლება გააძლიეროს მენტალური სტიმულაციის მეთოდი.

სუნთქვა. ქალები ხშირად ცვლიან წინასწარ დასწავლილ მეთოდებს და ზოგსაც თვითონ გამოიგონებენ ხოლმე. გაამხნევეთ ქალი, რომ ცვალოს მეთოდები როცა საჭიროდ თვლის და მოიტოვოს რთული მეთოდები მშობიარობის ბოლოსკენ. თუ კონცენტრაციის შენარჩუნებაში პრობლემა აქვს, ექთანმა ან მისმა თავმდგმურმა უნდა დაამყაროს თვალით თვალთან კონტაქტი (თუ კულტურულად მიღებულია) და ისუნთქოს მასთან ერთად.

ჰიპერვენტილაციის სიმპტომები (თავბრუსხვევა , ჩხველიტის შეგრძნება და დაბუჟება თითებზე და თეძოებზე, კარპოპედალური სპაზმი) მეტად არის თუ ქალი სუნთქავს ჩქარა ან ღრმად. ჰიპერვენტილაციის დროს, მან უნდა ისუნთქოს თავის თასისებურად გაკეთებულ ხელებში, ქაღალდის პარკში ან პირსახოცი უნდა დაიფაროს ცხვირზე და პირზე. ესაუბრეთ მშვიდად რომ შეანელოს სუნთქვა.

ასწავლეთ სუნთქვის მეთოდები მოუმზადებელ ქალებს და მათ დამხმარეებს მიღების დროს. განიხილეთ მათთან ერთად სხვა მეთოდის საჭიროება.

როცა ასწავლით ტკივილის მართვის მეთოდებს მოუმზადებელ ქალს რომელიც უკვე მშობიარობაშია, შემდეგი გზამკვლევით იმოქმედეთ:

- ასწავლეთ ერთი მეთოდი ერთჯერადად.
- აჩვენეთ მეთოდი შეკუმშვებს შორის.
- გამოიყენეთ სუნთქვის მეთოდები როცა ქალი იყენებს თვალით კონტაქტს.
- მიეცით საკუთარი მშობიარობის კონტროლის საშუალება (მაგალითად, ვინ დაესწრება ან რა მეთოდი იქნება გამოყენებული).
- ესაუბრეთ ნაზი, მშვიდი ტონით.

ფარმაკოლოგიური მეთოდების გამოყენება. ყველა ფარმაკოლოგიურ მეთოდს სჭირდება სამედიცინო პერსონალის კოლაბორაცია. მიღებისას უთხარით ქალს თუ რომელი მედიკამენტების გამოყენებაა შესაძლებელი საჭიროების შემთხვევაში. ეს არის გასათვალისწინებელი რომ მისი საკუთარ თავის რწმენა არ უგულვებელყოთ და საშუალება მივცეთ რომ ინფორმირებული არჩევანი გააკეთოს მედიკამენტებზე, როცა საჭიროა. ანალგეზია უფრო ეფექტურია როცა გაკეთებულია ძლიერი ტკივილების დაწყებამდე.

უთხარით მშობიარეს რომ მისი არჩევანი ტკივილის შემსუბუქებასთან დაკავშირებით გათვალისწინებული იქნება. ასევე აუხსენით, რომ ტკივილის მართვის მისი არჩეული მეთოდი შეიძლება შესაფერისი არ იყოს თუ მშობიარობა მოულოდნელად სხვანაირად განვითარდა. დაარწმუნეთ რომ არცერთი ფარმაკოლოგიური მეთოდი არ იქნება გამოყენებული მისი ინფორმულობის და თანხმობის გარეშე.

მშობლებს სურს იცოდნენ

როგორ იმოქმედებს ეს მედიკამენტი ჩვენს ბავშვზე

ქალები და მათი პარტნიორები ხშირად კითხულობენ ტკივილის მართვისთვის გამოყენებული მედიკამენტები ან ანესთეზია თუ დააზიანებს ბავშვს. ექთანს შეუძლია დაეხმაროს მშობლებს არსებული შემოთავაზებებიდან გონივრული არჩევანის გაკეთებაში თუ მათ მივაწვდით ზუსტ ინფორმაციას ტკივილის მართვის შესახებ.

- ტკივილი რომელიც თქვენთვის აუტანელია, არ არის კარგი თქვენთვის და თქვენი ბავშვისთვის და ის ამცირებს თქვენი სიხარულის განცდას.

- ზოგიერთი რისკი დაკავშირებულია ყველა სახის მედიკამენტთან რომელიც გამოიყენება ტკივილის მართვაში და ანესთეზიაში,მაგრამ ფრთხილად არჩევა და პრევენციული ზომების გამოყენება ამცირებს რისკებს. თუ გართულებები მოხდება, შესაბამისმა გამოსასწორებელმა ზომებმა შეიძლება შეამციროს რისკი თქვენთვის და თქვენი ბავშვისთვის.
- ზოგიერთი ტკივილგამაყუჩებელმა შეიძლება გამოიწვიოს თქვენი ბავშვის სუნთქვის შენელება მშობიარობის დროს, მაგრამ დაკვირვებამ და მიღებული დოზის ფრთხილმა კონტროლმა შეიძლება შეამციროს გართულებების შესაძლებლობა. ამასთან, უთხარით ქალს, რომ შეგვიძლია გამოვიყენოთ სხვა მედიკამენტი რომ შევაბრუნოთ რომელიმე მედიკამენტის არასასურველი ეფექტი, საჭიროების შემთხვევაში.
- ეპიდურალურმა და სპინალურმა ანესთეზიამ შეიძლება გამოიწვიოს სისხლის წნევის დაცემა, რაც შეამცირებს სისხლის მიდინებას თქვენს ბავშვთან. თუმცა ჩვენ ამავდროულად დავნიშნავთ დიდი რაოდენობით ინტრავენურ სითხეებს რომ შემცირდეს ეს ეფექტი. ჩვენ გვაქვს სხვა მედიკამენტებიც, რომლებიც გაზრდიან თქვენს სისხლის წნევას თუ სითხეები საკმარისი არ იქნება.
- ზოგადმა ანესთეზიამ შეიძლება გამოიწვიოს თქვენი ბავშვის სუნთქვის შენელება მშობიარობის დროს. ამ რისკის შესამცირებლად, ანესთეზია არ გაკეთდება სანამ ყველაფერი მზად არ იქნება ოპერაციული ჩარევისთვის და ექიმები არ გადაკეტავენ ჭიპლარს რაც შეიცლება ჩქარა.

თუ ქალი არაფარმაკოლოგიურ მეთოდს არასაკმარისად მიიჩნევს, დაეხმარეთ სხვა მეთოდის არჩევაში ან შესთავაზეთ მედიკამენტური დახმარება. როცა ექიმს ან ბებია ქალს ეკონტაქტებით მედიკამენტების მიღებისთვის, შეატყობინეთ ასევე ნაყოფის და დედის მდგომარეობა და სასიცოცხლო მაჩვენებლები, მშობიარობის სტატუსი და მისი მოთხოვნა მედიკამენტებზე. თუ ქალს უწყვეტი ეპიდურალური გაუტკივარება აქვს, დაეკონტაქტეთ იმ ადამიანს ვინც ჩადგა კათეტერი თუ რამე პრობლემა წარმოიშვება (ცხრილი 5-2).

გამოკვლევა

მშობიარობა არ ითვლება რომ არის უმტკივნეულო, თუნდაც ყველაზე ეფექტური ფარმაკოლოგიური მეთოდის გამოყენების შემთხვევაშიც კი. პირველი მიზანი და მოსალოდნელი შედეგი მიღწეულია თუ ქალი არის დაკმაყოფილებული მისი შესაძლებლობით, რომ მართოს ტკივილი. ბევრ ქალს აქვს სიძნელეები სუნთქვითი და სხვა მეთოდების შესრულების დროს. მდგომარეობის შესაფასებლად, ექთანმა პაციენტს შეიძლება დაუსვას შემდეგი კითხვები:

- როგორ შეიცვალა ტკივილის შეფასების შკალა ტკივილის მოხსნის მეთოდების გამოყენებამდე და მერე.
- კმაყოფილია თუ არა ტკივილის მოხსნის ხარისხით?

ეპიდურალური ანალგეზია- ბევრი ქალი ირჩევს ეპიდურალურ ანალგეზიას ტკივილის მოხსნისთვის მშობიარობის დროს, რადგან ის ეფექტურია ცნობიერების დაკარგვის გარეშე. ეპიდურალური ბლოკირება მოითხოვს სპეციფიკურ მოვლის შეფასებებს და ინტერვენციებს.

შეფასება-მიღებისას შეფასება ფოკუსირდება ლოკალური ანესთეტიკების ან ოპიოიდური საშუალებების შესაძლო ალერგიებზე, რომლებიც შეიძლება გამოიყენონ ბლოკირების დროს. განსაზღვრეთ დედის საბაზისო სასიცოცხლო მაჩვენებლები და ნაყოფის გულისცემის სიხშირე და სახეობა. შეაფასეთ ნებისმიერი ინფექციის არსებობა კანის იმ ნაწილზე, სადაც უნდა მოხდეს ეპიდურალური კათეტერის შეყვანა.

საექთნო დიაგნოზები

ეპიდურალურ ანალგეზიასთან დაკავშირებული პირველადი რისკია დედის ჰიპოტენზია და დაზიანება. ეს იწვევს ერთიან პრობლემას და დიაგნოზს:

- პოტენციური გართულება - დედის ჰიპოტენზია მეორადად ნაყოფის ჰიპოქსიით.
- დაზინების რისკი დაკავშირებული შემცირებულ მგრძნობელობასთან და მოძრაობასთან იმის მიხედვით თუ ეპიდურალური ანალგეზიის როგორი ეფექტი აქვს.

დაგეგმვა

ჰიპოტენზიის გართულების აღმოცენების შემთხვევაში, ექთნის პასუხისმგებლობაში შედის შემდეგი:

- საკმარისი სითხის მომარაგება ინტრავენური გადასხმისთვის;
- დააკვირდით ჰიპოტენზიის ნიშნებს და შეატყობინეთ პროფესიონალს ვის პასუხისმგებლობაშიც არის ანესთეზია, რომ მოახდინოს შესაბამისი მკურნალობა.

ინტერვენცია

დედის ჰიპოტენზია

დედის ჰიპოტენზია ამცირებს სისხლის მიწოდებას პლაცენტისკენ, ამცირებს ნაყოფის ჟანგბადს და საკვები ნივთირებების მიწოდებას და ნარჩენი ნივთირებების მოშორებას. სამშობიარო დაწესებულებებს აქვთ შესაბამისი რეგულაციები თუ როგორ უნდა მოიქცნენ შესაბამისი ეპიდურალური ბლოკირების დროს. გადაასხით ინტრავენური სითხე, ყველაზე მცირე 500 -1000 მილილიტრი, ბლოკირების დაწყებამდე. თუ ქალს არ მიუღია სრულად სითხეები ბლოკირებამდე შეატყობინეთ ანესთეზიოლოგს. ეპიდურალური ბლოკირება შეიძლება გაკეთდეს ქალის მჯდომიარე ან გვერდით მწოლიარე პოზიციაში, ბალიშის ჩახუტება ან მცირე სამშობიარო ბურთი ეხმარება სწორი პოზიციის მიღებაში. პროცედურისას უთხარი ანესთეზიოლოგს როდის აქვს ქალს შეკუმშვები.

ქალს შეიძლება ჰქონდეს მცირე ,,ელექტრული შოკის,, მსგავსი შეგრძნება კათეტერის გაკეთების დროს. ეპიდურალური ანესთეზიის დაწყების შემდეგ, მისი პოზიცია ისე შეინარჩუნეთ რომ არ მოხდეს აორტოკავალური ზეძოლა, მაგალითად, ბალიშის მოთავსებით მენჯის ქვევით.

ცხრილი 5.2	მშობიარობის დროს ტკივილის მართვის ფარმაკოლოგიური მეთოდები
მეთოდები და გამოყენება	**პაციენტის მოვლაზე მსჯელობა**
ოპიოიდური ანალგეზია სისტემური ანალგეზია მშობიარობის და საკეისრო კვეთის პოსტოპერაციული ტკივილის დროს. შეიძლება გამოყენებული იყოს დამატებით მედიკამენტებთან ერთად, როგორებიცაა პრომეთაზინი რომ შემცირდეს პირღებინების შეგრძნება და ღებინება რომელიც ხანდახან ხდება ნარკოტიკული საშუალებების გამოყენების და ოპერაციის შემდეგ. ხშირად ინიშნება პაციენტის მიერ მართული ტკივილის გაყუჩების მეთოდით პოსტოპერაციულ პერიოდში.	1. შეაფასეთ ხომ არ არის ქალი წამალდამოკიდებლი სანამ დაიწყებთ ანესთეზიას. ქალებს, რომლებიც არიან ოპიოიდებზე დამოკიდებულები არ უნდა მიიღონ ანალგეზიური საშუალებები რომლებსაც აქვს შერეული ანუ აგონისტ და ანტაგონისტური მოქმედება (ბუტორფანოლი და ნალბუფინი). 2. შეაფასეთ ახალშობილი, ხომ არ აქვს მას რესპირატორული დეპრესია (სუნთქვის დაგვიანებული დაწყება ან შენარჩუნება, სუნთქვის ანორმალური სიღრმე და სიხშირის- რესპირატორული სიხშირე <30/წუთში და შემცირებული კუნთების ტონუსი)

	განსაკუთრებით თუ: • დედას ჰქონდა დანიშნული ოპიოიდური ნარკოტიკი მშობიარობიდან 4 საათის განმავლობაში; • თუ ქალმა იმშობიარა მედიკამენტის პიკური მოქმედების დროს; • თუ დედას მიღებული ჰქონდა ოპიოიდების მრავალობითი დოზები მშობიარობის დროს. გამოიყენეთ დამატებით მედიკამენტები პირღებინების შეგრძნების და ღებინების დროს, როგორებიცაა პრომეტაზინი, რომელიც აძლიერებს რესპირატორულ დეპრესანტულ ეფექტს. 3. იქონიეთ ნალოქსონი იმ ახალშობილებისთვის რომლებსაც შეხება ჰქონდათ ოპიოიდებთან მშობიარობის დროს. რესპირატორული და გულის ფუნქციის დასტაბილურება ხდება ნალოქსონის მიღებამდე. დააკვირდით განმეორებით რესპირატორულ დეპრესიას ნალოქსონის დანიშვნის შემდეგ.
ეპიდურალური ოპიოიდები მშობიარობა: აქვს შერეული მოქმედება ლოკალურ ანესთეზიურ აგენტებთან ერთად რომ მოხდეს უკეთესი ტკივილის შემსუბუქება ნაკლები მოტორული ბლოკირებით, პოსტოპერაციულად. ანესთეზიის ეს მეთოდი საშუალებას იძლევა მივიღოთ ხანგრძლივი-მოქმედების ანალგეზია სედაციის გარეშე რაც საშუალებას აძლევს დედას და ახალშობილს რომ უფრო მარტივად დაამყარონ ურთიერთობა.	1. მონიტორინგი გაუკეთეთ იმავე შედეგებზე, როგორიც შეიძლება განვითარდეს ეპიდურალური ბლოკირების დროს. 2. არ გამოიყენოთ დამატებითი ოპიოიდები ან სხვა ცნს დეპრესანტები, გარდა იმისა რაც დანიშნულია ანესთეზიოლოგის მიერ. არასტეროიდული ანტიანთებითი მედიკამენტები ან ორალური ანალგეზიკები ხშირად ინიშნება ეპიდურალური ოპიოიდების გამოყენების შემდეგ. 3. დედის რესპირატორული დეპრესია შეიძლება არ განვითარდეს 24 საათამდე ან სხვადახვა დროს მედიკამენტების დოზების მიხედვით. დააკვირდით რესპირატორულ სიხშირეს და სიღრმეს, ჟანგბადის სატურაციას და რეაგირებას სტიმულებზე საათობრივად 24 საათის განმავლობაში ან დანიშნულების მიხედვით. შეატყობინეთ ანესთეზიოლოგს როცა რესპირატორული სიხშირე არის <12/წუთში, ჟანგბადის სატურაცია <95% პულსის ოქსიმეტრზე, შემცირებულია რესპირატორული დატვირთვა, სტიმულზე რეაგირება გაძნელებულია. ციანოზი რესპირატორული დეპრესიის გვიანი ნიშანია. 4. იქონიეთ ნალოქსონი 0.4 მგ , საინტუბაციო მოწყობილობა დ ამბუს ჩანთა და ნიღაბი სასწრაფოდ გამოყენებისთვის.

	5. დააკვირდით პრურიტუსს ან სახის და კისრის ქავილს. რუტინული პოსტოპერაციული დანიშნულება პრურიტუსის სამართავად როგორც წესი დანიშნულია, თუმცა თუ ის არასაკმარისია შეატყობინეთ ექიმ ანესთეზიოლოგს. 6. შარდის შეკავება შეიძლება მოხდეს მუდმივი კათეტერის მოხსნის შემდეგ. დააკვირდით არასაკმარის შრადვას. 7. გულისრევია და პირღებინების სიმპტომები შეატყობინეთ ანესთეზიოლოგს. 8. შეამოწმეთ მგრძნობელობა და მობილობა სანამ პაციენტი დაიწყებს გადაადგილებას.
ინტრატეკალური ოპიოიდური ანალგეზია უზრუნველყოფს ანალგეზიას პირველი სტადიის მშობიარობის დროს დედის სედაციის გარეშე. მედიკამენტის ძალიან მცირე დოზა არის საჭირო რადგან მისი შეყვანა ხდება ზურგის ტვინთან ახლოს სენსორული ბოჭკოების ზურგის ტვინში შესვლის ადგილას. ხშირად, ეპიდურალურ ბლოკირებასთან ერთად სპინალური ეპიდურალური მეთოდის კომბინირებაც ხდება.	1. დააკვირდით ისეთი ხშირი გვერდითი ეფექტების გამოჩენას, როგორიცაა პირღებინების შგრძნება, ღებინება და პრურიტი. შეატყობინეთ ანესთეზიოლოგს თუ ეს ეფექტები განვითარდება და გქონდეთ ხელმისაწვდომად ნალოქსონი ან ნალტრექსონი. 2. დააკვირდით დაგვიანებულ რესპირატორულ დეპრესიას, იმის მიხედვით, თუ რომელი მედიკამენტის დანიშვნა ხდება. გამოიყენეთ პულსოქსიმეტრია საჭიროებისამებრ 3. დააკვირდით ნაყოფის გულისცემის არადამაკმაყოფილებელი სიხშირის ნიშნებს რომელიც შეიძლება დამოკიდებული იყოს დედის შემცირებულ ოქსიგენაციასთან.
ლოკალური ინფილტრაციული ანესთეზია აბუჟებს პერინეუმს ეპიზიოტომიისთვის ან ჩახევის აღდგენისთვის ვაგინალური მშობიარობის დროს. მშობიარობის ტკივილის შემსუბუქება არ ხდება. არ არის საკმარისი ინსტრუმენტალური ვაგინალური მშობიარობის დროს.	1. შეამოწმეთ ხომ არ არის ქალი ალერგიული ამ მედიკამენტზე. განსაკუთრებით დააკვირდით, ხომ არ აქვს ქალს ანამნეზში დენტალურ საანესთეზიო საშუალებებზე ალერგია. 2. გამოიყენეთ ყინული პერინეუმზე მშობიარობის შემდეგ რომ შევამციროთ შეშუპება, ჰემატომის წარმოქმნა და გაზარდოთ კომფორტი.
პუდენდალური ბლოკირება აბუჟებს ქვედა ვაგინას და პერინეუმს ვაგინალური მშობიარობის დროს. მშობიარობის ტკივილის შემსუბუქება არ ხდება, რადგან ის კეთდება ზუსტად მშობიარობამდე უზრუნველყოფს საკმარისს ანესთეზიას ოპერაციული ვაგინალური მშობიარობის დროს.	1. გამოიყენეთ იგივე ინტერვენციული მეთოდები, როგორც ლოკალური ინფილტრაციის დროს. ქალი და მისი პარტნიორი შეიძლება შეშფოთდნენ დიდი ნემსის დანახვაზე (დაახლოებით 15 სმ). აუხსენით რომ საჭიროა ნემსი იყოს გრძელი რომ მიაღწიოს პუდენდალურ ნერვამდე ვაგინის გავლით და რომ მისი შეყვანა მოხდება მხოლოდ 1.24 სმ-მდე ნერვის ლოკაციის არეში. აუხსენით, რომ მიმართულების მიმცემი მოწყობილობა იქნება გამოყენებული რომ თავიდან ავიცილოთ ვაგინის ქსოვილის ან ბავშის დაზიანება.

ცხრილი 5-2	**ფარმაკოლოგიური მეთოდები მშობიარობის დროს, ტკივილის მართვის გაგრძელება**
მეთოდი და გამოყენება	პაციენტის მოვლაზე მსჯელობა
ეპიდურალური ბლოკირება მშობიარობა: კათეტერის შეყვანა უზრუნველყოფს ტკივილის შემსუბუქებას მშობიარობის და ვაგინალური მშობიარობის დროს (T10-S5 დონეზე). საკეისრო კვეთა: თუ ეპიდურალური ბლოკირება გამოიყენებოდა მშობიარობის დროს, ბლოკირების დონე შეიძლება გავრცელდეს უფრო ზემოთ (T4-T6 დონეზე). ასევე გამოიყენება საკეისრო კვეთით მშობიარობის დროს, რომელსაც წინ არ უძღვოდა ფიზიოლოგიური მშობიარობა.	1. ანესთეზიის დაწყებამდე შეასრულეთ წინასწარი ჰიდრაციის დანიშნულება. ჰიდრაცია შესაძლოა შესრულდეს თბილი კრისტალოიდების ხსნარით (გლუკოზის გარეშე), როგორიცაა რინგერის ლაქტატი ან ნორმალური ფიზიოლოგიური ხსნარი. გადასასხმელი სითხის მოცულობა შეიძლება იყოს მინიმუმ 500-1000 მლ ვაგინალური მშობიარობისას. ხოლო დაგეგმილი საკეისრო კვეთის შემთხვევაში 1500- 2000 მლ. 2. გადაადგილეთ საშვილოსნო ხელით ან რამე მოწყობილობა დადეთ ქალის რომელიმე მხარეს, რომელიც გააძლიერებს პლაცენტის პერფუზიას. 3. შეაფასეთ მშობიარე ჰიპოტენზიაზე სულ მცირე ყოველ 5 წუთში 15 წუთის განმავლობაში ბლოკირების დაწყების შემდეგ და თითოეული ახალი დოზის დანიშვნის შემდეგ სანამ სასიცოცხლო მაჩვენებლები არ დასტაბილურდება. შეატყობინეთ შემდეგი ანესთეზიოლოგს თუ სისტოლური სისხლის წნევაა (BP) < 100 mm Hg ან შემცირებაა 20%-ზე მეტით საბაზისო მაჩვენებლიდან, ან თუ მშობიარე ფერმკრთალი ან ოფლიანობისკენ მიდრეკილი გახდება. 4. შეამოწმეთ ნაყოფის გულისცემის სიხშირე დარღვეული პლაცენტის პერფუზიის ნიშნებზე და შეატყობინეთ ანესთეზიოლოგს ან ბებიაქალს თუ ნაყოფს აღენიშნება: ტაქიკარდია (>160 bpm 10 წუთის განმავლობაში). ბრადიკარდია (<110 bpm 10 წუთის განმავლობაში), ან/და გვიანი დეცელერაციები (იხილეთ ცხრილი) . 5. თუ ჰიპოტენზია ან დარღვეული პლაცენტის პერფუზიის ნიშნები განვითარდება, გაზარდეთ IV სითხეების გადასხმის სიჩქარე, შეუცვალეთ ქალს პოზიცია, დააწვინეთ რომელიმე გვერდზე და დაუნიშნეთ ჟანგბადი ნიღბის საშუალებით (8-10 მლ/წუთში). გქონდეთ ეფედრინი დაუყოვნებლივი გამოყენებისთვის (ხშირად არის ეპიდურალური პროცედურისთვის გამზადებულ ლანგარზე).

	6. დააკვირდით სავსე შარდის ბუშტის ნიშნებს და მოახდინეთ შარდის ბუშტის კათეტერიზაცია თუ ქალს არ შეუძლია მოშარდვა. 7. გახსოვდეთ, რომ მშობიარის ფეხების მოძრაობა და სიძლიერე მცირდება ეპიდურალური ბლოკირების შემდეგ. გადაიყვანეთ სიფრთხილით, რომ აიცილოთ როგორც ქალის ისე საკუთარი ტრავმატიზმი. 8. ქალის გადაადგილება დასაშვებია მხოლოდ თუ საკმარისი მგრძნობელობა და მოძრაობის უნარი არის კიდურებში და ასევე უზრუნველყავით სხვა ადამიანის დახმარება პირველად გადაადგილების დროს.
სუბარაქნოიდალური ბლოკირება საკეისრო კვეთით მშობიარობა: შეიძლება ეფექტი დაიწყოს უფრო ჩქარა ვიდრე ეპიდურალური ბლოკირების დროს. იშვიათად არის გამოყენებული გართულებული ვაგინალური მშობიარობის დროს. არ უზრუნველყოფს ტკივილის შემცირებას მშობიარობის დროს, რადგან მისი გაკეთება ხდება მშობიარობის დაწყებამდე მალევე. შეიძლება გაკეთდეს ეპიდურალური ბლოკირების დროს ან გაერთიანებულ სპინალურ-ეპიდურალურ ანესთეზიის დროს. იხილეთ ინტრათეკალური ოპიოიდური ანალგეზია მეტი ინფორმაციისთვის.	1. იხილეთ ეპიდურალური გაუტკივარების ბლოკი; IV წინასწარი ჰიდრაცია, საშვილოსნოს გადაადგილება, დაკვირვება სისხლის წნევაზე და ნაყოფის გულისცემის სიხშირეზე. ჰიპოტენზიის მართვა დარღვეული პლაცენტის პერფუზიის ნიშების დროს, დაკვირვება და შესაბამისი ჩარევა შარდის ბუშტის გადავსებაზე. გადაყვანისთვის და მოძრაობის დაწყებისთვის წინასწარი მომზადება. 2. დააკვირდით პოსტსპინალურ თავის ტკივილს - ტკივილს, რომელიც უარსედება როცა ქალი სწორ მდგომარეობაშია და შეიძლება გაიაროს როცა წევს. შეატყობინეთ ანესთეზიოლოგს თუ განვითარდა ეს სიმპტომები (შეიძლება გაკეთდეს სისხლის საცობი სიმპტომების შემსუბუქებისთვის). 3. პაციენტის მოვლაში ჩარევა პოსტსპინალური ბლოკირების თავის ტკივილის დროს: შესთავაზეთ საწოლში მოსვენება, გაზარდეთ ორალურად სითხეების მიღება თუ უკუნაჩვენები არ არის, მიეცით ორალური კოფეინი და ორალური ანალგეზიური საშუალებები, დანიშნულებისამებრ.

ზოგადი ანესთეზია საკეისრო კვეთით მშობიარობა ხდება თუ ეპი-დურალური ან სპინალური ბლოკირება შესაძლე-ბელი არ არის ან თუ ქალი უარს იტყვის რეგიონა-ლურ ანესთეზიაზე. შეიძლება საჭირო იყოს ისეთი სასწარფო პროცედურებისთვის, როგორიცაა ამობრუნებული საშვილოსნოს მდგომარეობის ხელახლა აღდგენა.	1. განსაზღვრეთ ბოლოს მიღებული საკვების სახეობა და დრო. 2. შეუზღუდეთ ორალური მიღება. 3. შეატყობინეთ ანესთეზიოლოგს: ორალურად საკვების მიღება მშობიარობამდე ან მის შე-მდეგ, ასევე ღებინების ეპიზოდი. 4. გადააადგილეთ საშვილოსნო. 5. მიეცით ისეთი დანიშნული მედიკამენტები, როგორიცაა ნატრიუმის ციტრატი და ლიმო-ნის მჟავა. 6. შეინარჩუნეთ ბეჭდისებრ ხრტილზე დაწოლა (სელიკის მანევრი) ინტუბაციის დროს. 7. ქალი იქნება ინტუბირებული სანამ პრო-ტექციული (პირღებინების) რეფლექსი არ დაბრუნდება. იქონიეთ სასუნთქი გზების აღმდგენი მოწყობილობა და მქაჩი თუ სა-სწრაფოდ საჭირო გახდა სუნთქვის ფუნქციის კომპრომეტირების გამო. ჟანგბადი ექსტუბაციის შემდეგ სახის კანუ-ლით ან ნიღბით უნდა გავუკეთოთ. 8. პოსტოპერაციული რესპირატორული დეპ-რესიის დროს: მიაწოდეთ დადებითი-წნევით ჟანგბადი სახის ნიღბის საშუალებით; დაა-კვირდით ჟანგბადის სატურაციას პულსოქ-სიმეტრით სანამ ქალი ფხიზლადაა და რეაგი-რებს გარემო გამღიზიანებელზე, საშუალება მიეცით ქალს გააკეთოს რამდენიმე ღრმა ჩასუნთქვა თუ ჟანგბადის სატურაცია დაე-ცემა 95%-ზე ქვემოთ. შეატყობინეთ ანესთე-ზიოლოგს.

გაზომეთ ქალის სისხლის წნევა და პულსის სიხშირე ყოველ 2-3 წუთში ან დაწესებულების პროტოკოლის მიხედვით, ყოველი 15 -20 წუთის განმავლობაში მედიკამენტის თავდაპირველი შეყვანის შემდეგ, შეადარეთ მაჩვენებელი მის საბაზისო სისხლის წნევას და პულსის სიხშირეს. შეინარჩუნეთ ნაყოფის უწყვეტი ელექტრო მონიტორინგი. გახსოვდეთ, მნიშვნელოვანი სისხლის წნევის დაწევა არის 20%-ით დავარდნა საბაზისო მაჩვენებლებთან შედარებით ან მისი 100 mm Hg-მდე დაწევა.

ნებისმიერი ხარისხის ჰიპოტენზიასთან დაკავშირებული ნაყოფის გულისცემის დეცელე-რაცია მნიშვნელოვანია. თუ ჰიპოტენზია დაფიქსირდება, გაზარდეთ ინტრავენური სითხეების გადასხმა და შეინარჩუნეთ მშობიარის პოზიცია, ისე რომ თავი აარიდოთ აორტოკავალურ კომ-პრესიას.

ჰიპოტენზიის სამკურნალოდ, როგორც წესი, ექიმი ნიშნავს ეფედრინს, ძირითადათ 5 -10 მგ თუ ჰიპოტენზია არის მნიშვნელოვანი და სითხეების გაზრდა არ აგვარებს პრობლემას. სისხლის წნევის დარეგულირების შემდეგ, შეამოწმეთ იგი ყოველ 15 წუთში ერთხელ. მკურნალობის და-ნიშვნამდე შესაძლოა გაუარესდეს სატურაცია და იყოს <95%-ზე.

გააგრძელეთ ნაყოფის გულისცემის სიხშირეზე დაკვირვება. პლაცენტის პერფუზიის შემცირების ნიშნები შეიძლება შესამჩნევი იყოს ჰიპოტენზიის ნიშნების გამოვლენამდე. კერძოდ, შესაძლოა გამოვლინდეს შემდეგი ნიშნები: ნაყოფის ტაქიკარდია (160 დარტყმა/წუთში მეტი) ან ბრადიკარდია (110 დარტყმა/წუთში ნაკლები) და გვიანი დეცელერაცია(იხილეთ თავი 4). ნაყოფის ჰიპოქსიის ნიშნების აღმოჩენისას გაზომეთ დედის ტემპერატურა რომ აღამოაჩინოთ ამ ნიშნების გამოვლინების წყარო.

ზიანის თავიდან აცილება

ეპიდურალური ბლოკირება ამცირებს ქვედა კიდურების მგრძნობელობას და მოძრაობას სხვადასხვა ხარისხით. ზოგიერთ ქალს იმდენად მსუბუქი ეპიდურალური ბლოკირება აქვს რომ ,,მოსიარულე ეპიდურალური,, ჰქვია. თუმცა დაცემის პრევენციისთვის ეს ქალი მარტო არ უნდა დადიოდეს. ქალი უნდა დარჩეს საწოლში ან იქვე სკამზე როცა ეპიდურალური ტკივილის შემსუბუქება დაიწყება, შემცირებული მგრძნობელობის გამო.

შეაფასეთ მოტორული ბლოკირების და სენსორული ბლოკირების ხარისხი საათობრივად. თუ განსაზღვრული ზრდა ან ცვლილება შეიმჩნევა, აცნობეთ ეს ანესთეზიოლოგს, რადგან შეიძლება მოხდეს კათეტერის გადაადგილება და სხვა გართულებები.

ქალი შემცირებული მოძრაობით და მგრძნობელობით ისე უნდა გადავაადგილოთ, რომ ანატომიური პოზიცია შეინარჩუნოს. თავი შეიკავეთ გახანგრძლივებული დაწოლისგან ერთ ადგილას. გახსოვდეთ, რომ პოზიციის ცვლილება ხშირად აუმჯობესებს მშობიარობის მსვლელობას, თუნდაც ქალს არ სურდეს პოზიციის ცვლილება კომფორტისთვის. თუ ქირურგიული ჩარევაა საჭირო, ძვლოვან ამოზნექილობებს რბილი ქსოვილი დაუდეთ რომ შეამციროთ ზეწოლა.

ნებისმიერი მოძრაობის წინ, მაგ., მოსაშარდად გასვლა მშობიარობის შემდგომ, შეამოწმეთ შეუძლია თუ არა ქალს ფეხის აწევა და მოძრაობა. საშუალება მიეცით რომ ფეხით დაგაწვეთ ხელებზე რათა შეამოწმოთ მისი ძალა ფეხებში. მოძრაობის დროს გვერდით დაუდექით და დააკვირდით მისი მოძრაობის შესაძლებლობას და მის ძალას სანამ ეპიდურალური ბლოკირების ეფექტი აქვს. ქალი ჯერ უნდა წამოჯდეს რომ შეაფასოთ მდგომარეობითი (ორთოსტატიური) ჰიპოტენზია, რომელიც შეიძლება ნებისმიერ ქალს დაემართოს მშობიარობის შემდგომ, ტკივილის მართვის ნებისმიერი მეთოდის გამოყენების შემთხვევაში.

გამოკვლევა

ექთანი ადარებს ქალის საბაზისო სისხლის წნევას და ნაყოფის გულისცემის სიხშირეს ბლოკირების შემდგომ რომ დააფიქსიროს მნიშვნელოვანი ცვლილება. მიზანი და მოსალოდნელი გამოსავალი დაზიანებასთან დაკავშირებით მიღწეულია თუ ქალს არ აქვს დაზიანება დაკავშირებული შეცვლილ მგრძნობელობასთან და მობილობასთან, ეპიდურალური ბლოკირების ეფექტის განმავლობაში.

სუნთქვის უკმარისობა

შეფასება

ზოგადი ანესთეზია შეიძლება საჭირო გახდეს ნებისმიერ დროს, მშობიარობის განმავლობაში, განსაკუთრებით საკეისრო კვეთის დროს. აღწერეთ ორსულის ბოლოს მიღებული საკვების ტიპი (მკვრივი ან თხევადი) და დრო. კითხეთ თუ აღნიშნავს განსაკუთრებით ხანგრძლივ ინტერვალს მისი ბოლო კვებიდან. ანესთეზიოლოგს შეუძლია ივარაუდოს და პრობლემის პრევენცია მოახდინოს თუ უკეთესად ეცოდინება როდის იყო ბოლო ორალური კვება. როგორც წესი, ანესთეზიოლოგი მოქმედებს ისე, თითქოს ქალს აქვს საკვები კუჭში და აკეთებს ზოგად ანესთეზიას შესაბამისად.

საექთნო დიაგნოზი

საექთნო დიაგნოზი სუნთქვითი უკმარისობის რისკის მინიმუმამდე დაყვანაზეა მიმართული, რომელიც თავის მხრივ ზემოქმედებს როგორც ქალზე ისე მის ნაყოფზე. შესაბამისად საექთო

დიაგნოზი არის შემდეგი: ,,ასპირაციის რისკი, რომელიც დაკავშირებულია ლარინგეალური რეფლექსის შესუსტებული დამცველობით”.

მოსალოდნელი გამოსავალი არის ის, რომ ქალს არ ექნება კუჭის წვენის ასპირაცია პერიოპერაციულ პერიოდში.

დაგეგმვა

ორსული ქალის მოვლას შეიძლება დასჭირდეს ზოგადი ანესთეზია, რომელიც შეიცავს მოკლე ხნიანი რისკების შეფასებას ასპირაციის პრევენციისთვის. შეუძლებელია ვიწინასწარმეტყველოთ თუ რომელ მშობიარე ქალს დასჭირდება ზოგადი ანესთეზია და ექნება თუ არა მას ეს გართულება. დამატებით, შეიძლება დასჭირდეს ისეთი ქირურგიული ჩარევა ორსულობის დროს, როგორიცაა აპენდექტომია ან დაზიანება.

ჩარევა

ექთნის ჩარევა დაკავშირებულია იმ ფაქტორების გამოვლენასთან, რომელიც ზრდის ქალის ასპირაციის რისკს. ექთანი მოქმედებს ისე, რომ შეამციროს ასპირაციის რისკი ან ფილტვების დაზიანება.

რისკ-ფაქტორების გამოვლენა

აღნიშნეთ ორალური საკვების მიღება ანესთეზიის გაკეთებამდე და მის შემდგომ. ორალური კვება მშობიარობის დროს შეიძლება შეზღუდული იყოს მხოლოდ სუფთა სითხეებით ან ყინულით, სუფთა ხილის წვენით და გაზიანი სასმელებით, სუფთა ჩაი ან ყავა, სპორტული სასმელები და ხილის ნაყინით. ან შაქრის გარეშე კამფეტებით.

პირღებინება არის ნორმალური მოვლენა, რომელიც არ არის დაკავაშირებული ქალის მიერ მიღებულ საკვებზე. თუ პირღებინება მოხდება აღნიშნეთ დიაგარამაზე დრო, რაოდენობა და მახასიათებელი ნიშნები(რაოდენობა, ფერი, მოუნელებელი საკვების არსებობა).

პერიოპერაციული მოვლა

შეამცირეთ ორალურად საკვების მიღება, თუ ქირურგიული ჩარევა მასალოდნელია. მიეცით შესაბამისი თანმიმდევრობით მედიკამენტები, როგორიცაა ნატრიუმის ციტრატი და ლიმონმჟავა (ბიციტრა). იმის მიხედვით თუ მედიკამენტი როდის არის საჭირო, ექთანი ან ანესთეზიოლოგი ნიშნავს პარენტერალურად მედიკამენტებს, როგორიცაა გლიკოპიროლატი (რობინული).

გამოცდილი ექთანი ან შესაბამისი პრაქტიკის მქონე ანესთეზიოლოგის ასისტენტი აწარმოებს ბეჭდისებრ ხრტილზე ძეწოლას(სელიკის მანევრი), რომ დაბლოკოს საყლაპავი სანამ მოხდება ქალის ინტუბირება ან ენდოტრაქეალური მილის ამოღება. წარმატებული ინტუბაცია ენდოტრაქეალური მილით ბლოკავს ნებისმიერი კუჭის შიგთავსის ტრაქეაში გატარებას.

პოსტოპერაციული მოვლა

სამშობიარო დაწესებულებებს აქვთ პოსტოპერაციული მოვლის პროტოკოლი/გზამკვლევი, რაც მოიცავს ზოგადი ანესთეზიის შემდეგ პრეექსტუბაციის და პოსტექსტუბაციის დროს ქალის მოვლას. ქალის ექსტუბაცია ხდება მაშინ, როცა მას დამცველობითი ლარინგეალური რეფლექსი დაუბრუნდება, (ხშირად ეს ხდება საოპერაციო საწოლიდან გადაყვანამდე). ამოსაქაჩი მოწყობილობა და შესაბამისი ზომის ამბუს პარკი ნიღბით უნდა არსებობდეს ხელმისაწვდომ ადგილას როგორც საოპერაციო ოთახში და პოსტანესთეზიის ოთახში, ისე პაციენტის ოთახშიც. მიაწოდეთ ჟანგბადი ნიღბით ან კანულით 2-5 წუთის განმავლობაში სანამ ქალი ბოლომდე არ გამოფხიზლდება, რადგან აგენტები რომლებიც გამოყენებულია ზოგადი ანესთეზიის დროს არის სუნთქვის დეპრესანტები. პულსოქსიმეტრით მოახდინეთ ჟანგბადის სატურაციის მონიტორინგი. თუ ქალის ჟანგბადით სატურაცია არის 95%-ზე ნაკლებზე, უთხარით ქალს, მოახდინოს რამდენიმე ღრმა ჩასუნთქვა; ღრმა სუნთქვა ასევე ეხმარება ინჰალაციური ანესთეტიკების მოშორებაში და პულმონალური სეკრეციის შეგუბებას ამცირებს.

შეაფასეთ ქალის პულსის სიხშირე, სუნთქვა და სისხლის წნევა ყოველ 15 წუთში ერთი საათის განმავლობაში ან სანამ დასტაბილურდება, შემდეგ გააგრძელეთ რეგულაციის მიხედვით. პულსოქსიმეტრის გამოყენებასთან ერთად, დააკვირდით ქალის ფერს და შეაფასეთ ციანოზის არსებობა, რაც შესაძლოა მიანიშნებდეს შოკს ან ჰიპოვენტილაციას.

შეფასება

მოვლის დროს განვითარებული დიაგნოზების შესაბამისი ინტერვენცია არის პრევენციული და მოკლე ხანგრძლივობის, რადგან ის დროებითი მაღალი რისკის შემცველელი სიტუაციის მართვას ისახავს მიზნად. საექთნო მოვლის მიზანი მიღწეულია, თუ არ მოხდება კუჭის წვენის ასპირაცია პერიოპერაციულ პერიოდში.

წყაროები:

1. Adams, E. D. & Bianchi, A. L. (2008). A practical approach to labor support. Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing, 37(1), 106–115.
2. American Academy of Pediatrics (AAP) & American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). (2012). Guidelines for perinatal care (7th ed.). Elk Grove Village, IL, and Washington, DC: Authors.
3. American College of Obstetricians and Gynecologists. (2012). Obstetric analgesia and anesthesia. (Practice Bulletin No. 36).Washington, DC: Author.
4. American College of Obstetricians and Gynecologists (2011). Oral intake during labor (ACOG Committee Opinion No. 441). Washington, DC: Author.
5. American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) and American Society of Anesthesiologists (ASA). (2008). Pain relief during labor. (ACOG Committee Opinion No. 295). Washington, DC: Author.
6. Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses (AWHONN). (2011). Evidence-based clinical practice guideline: Nursing care of the woman receiving regional analgesia/anesthesia in labor (2nd ed.). Washington, DC: Author.
7. Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses (AWHONN). (2008). Nursing care and management of the second stage of labor: Evidence-based clinical practice guidelines (2nd ed.). Washington, DC: Author.
8. Santos, A. C., & Bucklin, B. A. (2009). Local anesthetics and opioids. In D. H. Chestnut, L. S. Polley, L. C. Tsen, & C.A. Wong (Eds.), Chestnut's obstetric anesthesia: Principles and practice (4th ed., pp. 247–282). St. Louis: Mosby.
9. Segal, S. (2009). Fever and infection. In D. H. Chestnut, L. S. Polley, L. C. Tsen, & C. A. Wong (Eds.), Chestnut's obstetric anesthesia: Principles and practice (4th ed., pp. 795–810). St. Louis: Mosby.
10. Sharts-Hopko, N. C. (2010). Oral intake during labor: A review of the evidence. MCN: American Journal of Maternal-Child Nursing, 35(4), 197–203.
11. Simkin, P., & Bolding, A. (2004). Update on nonpharmacologic approaches to relieve labor pain and relieve suffering. Journal of Midwifery & Women's Health, 49(6), 489–504.
12. Stark, M. A., Rudell, B., & Haus, G. (2008). Observing position and movements in hydrotherapy: A pilot study. Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing, 37(1), 116–122.
13. Stewart, L. S., & Collins, M. (2012). Nitrous oxide as labor analgesia: Clinical implications for nurses. Nursing for Women's Health, 16(5), 372–408.
14. Stremler, R., Halpern, S., Weston, J., et al. (2009). Hands and knees positioning during labor with epidural analgesia. Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing, 38(4), 391–398.
15. Tsen, L. C. (2009). Anesthesia for cesarean delivery. In D. H. Chestnut, L. S. Polley, L. C. Tsen, & C. A. Wong (Eds.),Chestnut's obstetric anesthesia: Principles and practice (4th ed., pp. 521–573).St. Louis: Mosby.
16. Van de Veide, M. (2009). Nonobstetric surgery during pregnancy. In D. H. Chestnut, L. S. Polley, L. C. Tsen, & C. A. Wong(Eds.), Chestnut's obstetric anesthesia: Principles and practice (4th ed., pp. 337–360). St. Louis: Mosby.
17. Wong, C. A. (2009). Epidural & spinal analgesia/anesthesia for labor & vaginal delivery. In D. H. Chestnut, L. S.Polley, L. C. Tsen, & C. A. Wong (Eds.), Chestnut's obstetric anesthesia: Principles and practice (4th ed., pp. 429– 492). St. Louis: Mosby.

18. Wong, C. A., Nathan, N., & Brown, D. L. (2009). Spinal, epidural, and caudal anesthesia: Anatomy, physiology, and technique. In D. H. Chestnut, L. S. Polley, L. C. Tsen, & C. A. Wong (Eds.), Obstetric anesthesia: Principles and practice (4th ed.). St. Louis: Mosby.
19. Zauderer, C. (2009). Maternity care for Orthodox Jewish couples: Implications for nurses in the obstetric setting. Nursing for Women's Health, 13(2), 112–120.
20. Zwelling, E. (2010). Overcoming the challenges: Maternal movement. MCN: American Journal of Maternal-Child Nursing, 35(2), 72–78.

თავი 6

სამეანო პროცედურების დროს პაციენტების მოვლა

მიუხედავად იმისა, რომ მშობიარობა ნორმალური პროცესია, ზოგიერთ ქალს სჭირდება სპეციალური პროცედურები საკუთარი და ნაყოფის კეთილდღეობისთვის. ამ პროცედურებს ექიმი ან ბებიაქალი ასრულებს. ამ თავში განხილულია მოვლასთან დაკავშირებული მსჯელობა თითოეული პროცედურისთვის.

ამნიოტომია

ჩვენება

- ამნიოტომია (ხელოვნურად დარღვევა ამნიონური გარსების) ხშირად კეთდება მშობიარობის ინდუქციასთან (ხელოვნურად , მშობიარობის დაწყებასთან) და აუგმენტაციასთან (საშვილოსნოს არაეფექტური შეკუმშვების ხელოვნურად სტიმულაცია) ერთად. ამნიოტომია არაა მშობიარობის ინდუცირებისა და აუგმენტაციის ერთადერთი საშუალება, ის ასევე დაკავშირებულია რისკებთან, რომელიც მხედველობაში უნდა მიიღოს მშობიარობის მიმღებმა პირმა მის გაკეთებამდე.

რისკები

ამნიოტომია კეთდება ექიმის ან ბებიაქალის მიერ. ექთანი უნდა დააკვირდეს სამ რისკფაქტორს, რომელიც დაკავშირებულია ამნიოტომიასთან:

- ჭიპლარის მარყუჟის გამოვარდნა;
- ინფექცია და
- პლაცენტის აცლა, რა დროსაც უნდა შეძლოს სასწრაფო პროცედურის ჩატარება ქალის დასახმარებლად.

გახსოვდეთ, რომ გარსების სპონტანურად დარღვევა, იმავე რისკებთან არის ასოცირებული.

ჭიპლარის მარყუჟის გამოვარდნა

პირველადი რისკი ის არის, რომ ჭიპლარის მარყუჟის ამნიონური სითხის დაღვრის დროს გამოყვება მას. ჭიპლარის კომპრესია შეიძლება მოხდეს ნაყოფის წინამდებარე ნაწილსა და დედის მენჯს შორის, პლაცენტისკენ სისხლის მიდინების შეფერხებით და ნაყოფის ნივთიერებების გაცვლის შემცირებით.

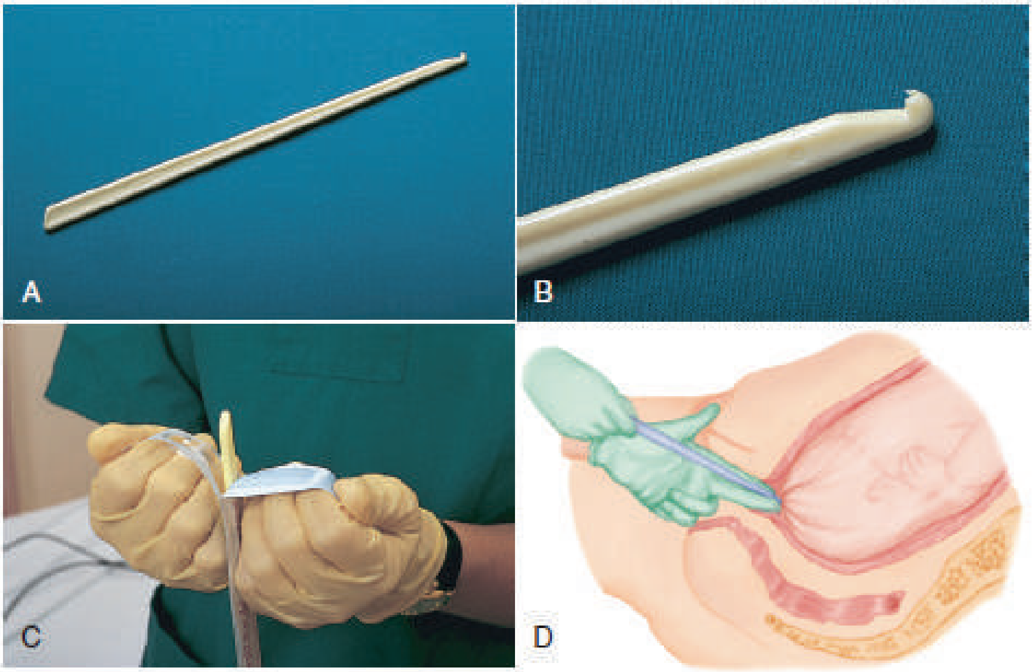
ინფექცია

მემბრანული ბარიერის დარღვევის გამო, ვაგინალურ ორგანიზმებს საშვილოსნოს ღრუში შეღწევის საშუალება აქვთ და შეიძლება გამოიწვიოს ქორიოამნიონიტი (ამნიონური გარსების ანთება, გამოწვეული ბაქტერიული ან ვირუსული ინფექციით). თავდაპირველად რისკი არის მცირე, მაგრამ იზრდება მემბრანების დარღვევასთან და მშობიარობას შორის ინტერვალის დარღვევასთან ერთად. მემბრანების დარღვევიდან 24 საათში რეკომენდებულია მშბიარობა, თუმცა ინფექცია არ ხდება რამე განსაზღვრულ დროს.

პლაცენტის აცლა

პლაცენტის აცლა შეიძლება მოხდეს როცა საშვილოსნო გადაჭიმულია ზედმეტი ამნიონური სითხით, მემბრანების დარღვევის დროს. ამნიონური სითხით დაცლის დროს, თან ხდება საშვილოსნოს დაპატარავება. პლაცენტის მიმაგრების ადგილი იჭმუხნება. ამის შემდეგ პლაცენტა

უკვე ველარ ერგება თავის ადგილს და ხდება ნახევრად მოცილებული. დიდი მოცულობის პლაცენტალურმა აცლამ შეიძლება შესამჩნევად შეამციროს ნაყოფის ოქსიგენაცია, კვება და დარჩენი პროდუქტების მოცილება.



სურათი 6-1, A. ერთჯერადი პლასტმასის მემბრანის პერფორატორი. B. პლასტიკური მემბრანის პერფორატორის კაუჭი C. სწორი მეთოდი თუ როგორ უნდა გავხსნათ შეკვრა D.ხელოვნურად მემბრანების გახევის მეთოდი.

ამნიოტომიის მეთოდი

ერთჯერადი პლასტმასის კაუჭი (როგორიცაა ამნიკაუჭი) გამოიყენება ამნიონური გარსების დასარღვევად (სურათი 6-1) . მშობიარობის მიმღები პირი აკეთებს ვაგინალურ გასინჯვას რომ გაანსაზღვროს ყელის გახსნა და გადასწორება, ნაყოფის დგომის პოზიცია და ნაყოფის წინამდებარე ნაწილი. ამნიოტომია ხშირად გადავადებულია თუ ნაყოფის წინამდებარე ნაწილი მაღალ დონეზეა ან წინამდებარე ნაწილი თავი არ არის. ჭიპლარის მარყუჟის გამოვარდნის რისკი მაღალია ამ დროს, რადგან მეტი სივრცეა რომ ჭიპლარი ჩამოსრიალდეს. ნაყოფი რომელიც თავით წინმდებარეობით არ არის, მეტი შანსია რომ გაჩნდეს საკეისრო კვეთით(ნაყოფის დაბადება ქირურგიული მეთოდით) და ამნიოტომია კეთდება ოპერაციისას მუცლის კვეთის დროს.

პაციენტის მოვლის განხილვა

საბაზისო ინფორმაციის შეგროვება

ნაყოფის გულისცემის სიხშირე ფასდება ელექტრონული მონიტორინგით ან აუსკულტაციით რომ დადასტურდეს დამაკმაყოფილებელი სიხშირე და სახეობა ამნიოტომიის გაკეთებამდე. ნაყოფის თავდაპირველი შეფასება გვაძლევს საბაზისო ინფორმაციას, რომ შევადაროთ მოგვიანებით შეფასებულ მონაცემებს. მინიმუმ 20-30 წუთია საჭირო ნაყოფის საკმარისი საბაზისო მონაცემების შესაფასებლად.

ამნიოტომიის ასისტირება

ამნიოტომიის ჩატარებამდე, ორი ან სამი საფენი უნდა იყოს მოთავსებული ქალის დუნდულოების ქვემოთ, რომ მოხდეს სითხის შეწოვა. საფენები უნდა იყოს ისე, რომ ფარავდეს წელი-

დან მუხლამდე მანძილს. დუნდულების ქვევით მოთავსებული დაკეცილი აბაზანის პირსახოცი მეტ ამნიონურ სითხეს იწოვს. აუხსენით მშობიარეს, რომ ამნიოტომია აღარ არის მტკივნეული პროცედურა, რადგან ამნიონური ბუშტი არ შეიცავს სენსორულ რეცეპტორებს. ამასთანავე, ამნიონური გარსები ნაყოფის ქსოვილია და არა დედის ქსოვილი.

სხვა საჭირო მოწყობილობებია პლასმასის კაუჭი, სტერილური ხელთათმანი, ვინც პროცედურას აკეთებს მისთვის და სტერილური ლუბრიკანტის შეკვრა. ექთანმა ნახევრად უნდა გახსნას შეკვრა, რომელშიც მოთავსებულია პლასტიკური კაუჭი და უნდა ეჭიროს ბოლოებით სანამ მშობიარობის მიმღები პირი არ ამოიღებს მას სტერილური ხელთათმანით.

ამნიოტომიის შემდგომი ზრუნვა პაციენტზე

პაციენტის მოვლა ამნიოტომიის შემდეგ ისეთივეა, როგორიც სპონტანურად დარღვეული მემბრანების შემდეგ.

გართულებების იდენტიფიცირება

ნაყოფის გულისცემის სიხშირე ფასდება მინუმუმ 1 სრული წუთით ამნიოტომიის შემდეგ. არადამაკმაყოფილებელი მონიტორინგის მაჩვენებლები ან მონაცემების მნიშვნელოვანი ცვლილებები წინა შეფასებასთან შედარებით, მოითხოვს სწრაფ რეაგირებას მშობიარობის მიმღები პირისგან, ხოლო ექთანმა უნდა განაგრძოს მონიტორინგი. ჭიპლარის კომპრესია ხშირად ასოცირდება ნაყოფის გულისცემის შემცირებასთან 100 დარტყმა წუთზე ნაკლები მაჩვენებლით, რომელიც უფრო ეცემა შეკუმშვების დროს.

აუცილებელია ამნიონური სითხის რაოდენობის, ფერისა და სუნის დოკუმენტირება. სითხე უნდა იყოს სუფთა (ხშირად მცირედი პირველადი საცხით) და მსუბუქი სუნის მქონე. დიდი რაოდენობით პირველადი საცხი ამნიონურ სითხეში მიგვანიშნებს, რომ ნაყოფი შეიძლება ვადამდელი იყოს. მომწვანო, მეკონეუმის მქონე სითხე შეიძლება შეგვხვდეს ვადაგადაცილებულ ორსულობაში ან პლაცენტის უკმარისობის დროს.

ცუდი, მძაფრი სუნით, მღვრიე შესახედაობის ან მოყვითალო სითხე ქორიოამნიონიტს ასახავს. ჰიდრამნიონი (ამნიონური სითხის ჭარბი რაოდენობა) დაკავშირებულია ნაყოფის ანომალიებთან. ოლიგოჰიდრამნიონი (მცირე რაოდენიბის ამნიონური სითხე) შეიძლება დაკავშირებული იყოს პლაცენტალურ უკმარისობასთან ან ნაყოფის საშარდე სისტემის ანომალიებთან.

საკმარისი ამნიონური სითხე აუცილებელია ფილტვების განვითარებისთვის ორსულობის განმავლობაში. ნაყოფს გახანგრძლივებული ოლიგოჰიდრამნიონით შეიძლება ჰქონდეს სუნთქვის პრობლემები დაბადების შემდეგ, რადგან ფილტვები ვერ გაიხსნას შესაბამისად.

ქალის ტემპერატურა უნდა შეფასდეს მინიმუმ ყოველი 2-4 საათის განმავლობაში მემბრანების დარღვევის შემდეგ. ტემპერატურა 38 Celsius-ის ზემოთ უნდა ეცნობოს ექიმს. ნაყოფის გულისცემის სიხშირის მატება და ნაყოფის ტაქიკარდია (160 წუთ დარტყმაზე ზემოთ) შეიძლება წინ უძღოდეს დედის ცხელებას.

კომფორტის შექმნა

ამნიონური სითხე აგრძელებს ვაგინიდან დენას. რეგულარულად საფენების ცვლა უზრუნველყოფს სიმშრალეს დ ამცირებს ტენიან გარემოს, რომელიც ხელს უწყობს ბაქტერიულ გამრავლებას.

მშობიარობის ინდუქცია და აუგმენტაცია

ინდუქცია და აუგმენტაცია იყენებს ხელოვნურ მეთოდებს რომ გამოიწვიოს საშვილოსნოს შეკუმშვები. მეთოდები და მოვლა ერთი და იგივეა ინდუქციისთვისაც და აუგმენტაციისთვისაც.

მშობიარობის ინდუქცია მზარდი ხშირი პროცედურაა სამშობიარო განყოფილებაში და გაორმაგდა ბოლო ათწლეულებში.

ჩვენებები

მშობიარობის ინდუქცია ტარდება როცა გახანგრძლივებული ორსულობა საფრთხეს უქმნის ქალის და ნაყოფის ჯანმრთელობას და ვაგინალური მშობიარობა ითვლება უსაფრთხოდ. ინდუქცია არ ტარდება როცა ნაყოფის დაბადება უნდა მოხდეს იმაზე ჩქარა, ვიდრე მშობიარობის ხანგრძლივობა, ამ შემთხვევაში ტარდება საკეისრო კვეთა. ინდუქციის ჩვენებებია შემდეგი (ACOG 2009):

- მდგომარეობა როცა საშვილოსნოსშიდა გარემო საზიანოა ნაყოფის კარგად ყოფნისთვის(საშვილოსნოსშიდა ნაყოფის ზრდის შეფერხება, დედის და ნაყოფის სისხლის შეუთავსებლობა);
- ამნიონური მემბრანების სპონტანური დარღვევა(SROM) ვადამდელი ან დროული გესტაციის მშობიარობაზე;
- ვადაგადაცილებული ორსულობა;
- ქორიოამნიონიტი (ამნიონური გარსების ანთება);
- ორსულობასთან ასოცირებული ჰიპერტენზია ან ქრონიკული ჰიპერტენზია, ორივე დაკავშირებულია შემცირებული პლაცენტალური სისხლის დინებასთან;
- პლაცენტის აცლა (დიდი ზომის აცლა საჭიროებს ჩქარ მშობიარობას);
- დედის სამედიცინო მდგომარეობა რომელიც საფრთხეს უქმნის მშობიარობის გაგრძელებას(როგორიცაა დიაბეტი, ჰიპერტენზია, თირკმლის, ფილტვის და გულის დაავადბები) ;
- ნაყოფის სიკვდილი.

ინდუქცია მხოლოდ პირადი კომფორტისთვის არ არის რეკომენდებული. თუმცა ისეთი ფაქტორების არსებობა, როგორიცა ისტორიაში ჩქარი მშობიარობა და საავადმყოფოდან შორ მანძილზე ცხოვრება შეიძლება გახდეს დასაბუთებული მიზეზი მშობიარობის ინდუქციისთვის, რადგან შესაძლოა ბავშვის დაბადება არაკონტროლირებად ვითარებაში მოხდეს. ასევე, დედის დეკრეტულ შვებულებაში ყოფნა შეიძლება იყოს ინდუქციის დასაბუთებული მიზეზი. ნაყოფის ფილტვების მომწიფებაში დარწმუნება აუცილებელია, სანამ ისეთ არჩევით პროცედურებს ჩავატარებთ, როგორიცაა ინდუქცია ან საკეისრო კვეთა.

უკუჩვენებები

მშობიარობაზე ნებისმიერი უკუჩვენება ინდუქციისა და აუგმენატაციის უკუჩვენებაა. პროცედურის უკუჩვენებებია:

- პლაცენტის ჩაზრდა(პლაცენტის იმპლანტაცია ქვედა საშვილოსნოში) რომელიც გამოიწვევს სისხლდენას მშობიარობის დროს.
- სისხლძარღვების წინამდებარეობა, სადაც ნაყოფის ჭიპლარის მარყუჟი გადაკვეთს ამნიონურ გარსს, პლაცენტაში მიმაგრების ნაცვლად. ნაყოფის სისხლდენა შესაძლებელია მემბარების დარღვევის გამო.
- ჭიპლარის მარყუჟის გამოვარდნა, რადგან სასწრაფო საკეისრო კვეთა არის მოწოდებული რომ შევაჩეროთ ჭიპლარის კომპრესია.
- ნაყოფის არანორმალური მდგომარეობა, როცა ვაგინალური მშობიარობა საშიშროებას წარმოადგენს.
- ნაყოფის წინამდებარე ნაწილის მენჯის შესასვლელის ზემოთ მდებარეობა, რომელიც შეიძლება დაკავშირებული იყოს ნაყოფის თავმენჯის შეუთავსებლობასთან (ნაყოფის თავი რომელიც ზედმეტად დიდია რომ მოერგოს დედის მენჯს) ან ნაადრევი მშობიარობა.
- გადატანილი საკეისრო კვეთა საშვილოსნოს ზედა სეგმენტში, როგორიცაა საკეისრო კვეთის კლასიკური კვეთა ან გაფართოვებული ქირურგია საშვილოსნოს ფიბროიდული წარმონაქმნების დროს.

დედის და ნაყოფის სხვა მდგომარეობა არ არის უკუჩვენება, მაგრამ საჭიროებს მეტ გამოკვლევას, ესენია:

- საშვილოსნოს ქვედა სეგმენტში ერთი ან მეტი განივი საკეისრო კვეთა.
- ჯდომით წინმდებარეობა(ვაგინალური მშობიარობა შეიძლება უფრო სახიფათო იყოს, ასევე ნაყოფი შეიძლება მობრუნდეს ნორმალურ პოზიციაში თუ სპონტანურად მშობიარობას დაველოდებით).
- მდგომარეობები, როცა საშვილოსნო ზედმეტად გადაჭიმულია, როგორიცაა მრავალნაყოფიანი ორსულობა და ჰიდრამნიონი, რადგან საშვილოსნოს გახეთქვის რისკი მაღალია.
- დედის მძიმე მდგომარეობები, როგორიცაა გულის დაავადებები და ძლიერი ჰიპერტენზია.
- ნაყოფის წინამდებარე ნაწილი მენჯის შესასვლელის ზემოთ, რომელიც შეიძლება დამოკიდებული იყოს თავმენჯის შეუთავსებლობასთან ან ნაადრევ ნაყოფთან.
- ნაყოფის გულისცემის არადამაკმაყოფილებელი სიხშირე, რადგან გაძლიერებული შეკუმშვების დამატებული სტრესი შეამცირებს პლაცენტის სისხლით მიდინებას.

რისკები

მშობიარობის ინდუქცია და აუგმენტაცია, ისევე როგორც სპონტანურად მშობიარობა, დაკავშირებულია შემდეგ რისკებთან:

- საშვილოსნოს ჰიპერტონური აქტივობა (გაზრდილი სიხშირე, ხანგრძლივობა ან შეკუმშვების სიძლიერე), პლაცენტის შემცირებული პერფუზია და ნაყოფის ოქსიგენაცია. საშვილოსნოს ჰიპერსტიმულაცია შეიძლება იყოს ან არ იყოს დაკავშირებული ნაყოფის გულისცემის არადამაკმაყოფილებელ სახეობასთან.
- შეიძლება მოხდეს საშვილოსნოს გახეთქვა, რომელიც დაკავშირებულია საშვილოსნოს გადაჭიმვასთან ზედმეტი ამნიონური სითხით ან მრავალნაყოფიან ორსულობასთან.
- დედის სითხით ინტოქსიკაცია, რომელიც უფრო შესაძლებელია თუ ჰიპოტონური ინტრავენური (IV) სითხე გამოიყენება ოქსიტოცინის გასაზავებლად და უფრო მეტი სიჩქარით, ვიდრე 20 მილიერთეული/წუთში.
- გაზრდილი ქორიოამნიონიტის და საკეისრო კვეთის რისკი.

ვადა მიღწეული ორსულობის დროს ინდუქცია დაკავშირებულია საკეისრო გზით მშობიარობის გაზრდილ რისკთან და ახალშობილის რესპირაციულ პრობლემებთან. კვლევებმა აჩვენა რომ არანამშობიარებ ქალს, რომლის მშობიარობა ინდუცირებულია ქირურგიული გზით მშობიარობის ორჯერ ან სამჯერ მეტი რისკი აქვს. ქალებს, რომლებსაც ბიშოპის ქულით შეფასებისას 5-ზე ნაკლები ქულა აქვთ რაც მიგვანიშნებს რომ ყელი არ არის შესაფერისი ინდუქციისთვის, მეტი რისკი აქვთ საკეისრო კვეთის, ვიდრე იმ ქალებს, რომელთაც ბიშოპის ქულა 5-ზე მეტი აქვთ. ქორიოამნიონიტის რისკი იზრდება გარსების დარღვევის ხანგრძლივობასთან ერთად.

ინდუქციის და აუგმენტაციის მეთოდი

ქირურგიული და სამედიცინო მეთოდები შეიძლება გამოვიყენოთ მშობიარობის ინდუქციისთვის და აუგმენტაციისთვის. ამნიოტომია არის ქირურგიული ინდუქციის და აუგმენტაციის მეთოდი. მემბრანების რღვევა ასტიმულირებს საშვილოსნოს შეკუმშვებს და ხანდახან საკმარისიც შეიძლება იყოს თუ ყელიც მომწიფებულია. ინდუქციისა და აუგმენტაციისას გამოიყენება ისეთი მედიკამენტები, როგორიცაა პროსტაგლანდინები, ინტრავენური ოქსიტოცინი(ფიტოცინი) ან ორივე.

ინდუქციის ჩვენების დადგენა

მშობიარობის მიმღები პირი აფასებს ორსულობის დასრულება უკეთესია დედისთვის და ნაყოფისთვის, თუ გაგრძელება. მშობიარობის ინდუქცია არ ხდება თუ გესტაციის სრული ვადა,

ნაყოფის ფილტვის მომწიფება ან ორივე არ არის დაზუსტებული. ასევე ინდუქცია მეტად წარმატებულია დროულ ვადაზე, რადგან მშობიარობამდე ყელის ცვლილებები ხელს უწყობს მის გაფართოვებას.

ყელის შეფასება საზღვრავს ყელი შესაფერისია თუ არა ინდუქციისთვის. ბიშოპის შეფასების სისტემა(ცხრილი 6-1) გამოიყენება ყელის მზაობის შესაფასებლად. ის შედგება ხუთი კომპონენტისგან: ყელის დილატაცია, გადასწორება, კონსისტენცია, პოზიცია და ნაყოფის ჩადგმა. ვაგინალური მშობიარობა მეტად შესაძლებელია თუ ბიშოპის ქულა 8-ზე მაღალია (ACOG, 2009).

ცხრილი 6-1	საშვილოსნოს ყელის მდგომარეობის ბიშოპის შეფასების სისტემა			
		ქულა		
ფაქტორი	0	1	2	3
გახსნა	0 სმ	1-2 სმ	3-4 სმ	5-6 სმ
გადასწორება	0-30%	40-50%	50-70%	>80%
ნაყოფის ჩადგმა	-3	-2	-1 ან 0	+1 ან +2
ყელის კონსისტენცია	მკვრივი	საშუალო	რბილი	
ყელის პოზიცია	უკან	შუაში	წინ	

ეს სისტემა გამოიყენება იმის გასარკვევად თუ რამდენად მარტივად ინდუცირდება ქალის მშობიარობა. უფრო მაღალი ქულები დაკავშირებულია წარმატებული ინდუცირების მეტ შესაძლებლობასთან, რადგან ყელმა მეტად განიცადა წინასამშობიარო ცვლილებები, ხშირად წოდებული როგორც “ყელის გახსნა”. ნამშობიარებ ქალს ხშირად აქვს წარმატებული ინდუქცია როცა მისი ბიშოპის ქულა არის 5 ან მეტი. პირველად მშობიარეში ყველაზე წარმატებით ტარდება ინდუცირება თუ მისი ყელის ბიშოპის ქულა არის 7 ან უფრო მაღალი.

ყელის გახსნა

ყელის გასახსნელად და დასარბილებლად ხშირად იყენებენ დამხმარე საშუალებებს. ხშირად ამ საშუალებების გამოყენება დაგეგმილ ინდუქციამდე ერთი დღით ადრე ხდება.

სამედიცინო მეთოდები

პროსტაგლანდინი არის ფარმაკოლოგიური აგენტი, რომლიც იწვევს ყელის გაფართოვებას. პროსტაგლანდინი E2-ის (PGE2) პრეპარატი შეიძლება გამოვიყენოთ როგორც ინტრავაგინალური და ინტრაცერვიკალური გელი (ცხრილი 6-2). PGE2-ის შემცველი ნივთიერებების დანიშვნა ხდება მხოლოდ ისეთ დაწესებულებაში, სადაც ნაყოფის მონიტორინგი და სასწრაფო ჩარევა, როგორიცაა სასწრაფო საკეისრო კვეთა შესაძლებელია.

მიზოპროსტოლი (ცაიტოტეკი) არის პროსტაგლანდინი E1-ის (PGE1) ანალოგი, რომელიც ინიშნება კუჭის წყლულის სამკურნალოდ. მიზოპროსტოლი გამოიყენება როგორც ყელის გახსნისთვის ისე მშობიარობის ინდუქციისთვის. მიზოპროსტოლი ყელის გახსნისთვის არ არის დამტკიცებული მედიკამენტი (მისი მწარმოებლები არც ცდილობენ ამ ავტორიზაციის მოპოვებას). მისი ეფექტურობის გარდა, მიზოპროსტოლი სასურველია მისი დაბალი ფასის და ოთახის ტემპერატურაზე სტაბილურობის გამო. გახსოვდეთ, რომ ეს მედიკამენტი არ უნდა მივცეთ ქალს რომელსაც გადატანილი აქვს საკეისრო კვეთა, საშვილოსნოს შეკუმშვების მაღალი რისკის გამო.

არსებობს მიზოპროსტოლის 100 და 200 მგრ ტაბლეტებში. ჩვეულებრივი დოზა არის 25 მგრ ვაგინალურად. ვინაიდან მედიკამენტს არ აქვს საორიენტაციო აღმნიშვნელი, უმჯობესია თუ მას ფარმაცევტი დაამზადებს. ერთი მეოთხედი ანუ მიზოპროსტოლის 25 მგ თავსდება ვაგინაში ღრმად. მიზოპროსტოლის ორალური დოზა არის 100 მგ და ასევე ძალიან ეფექტურია.

მედიკამენტის გამოჟონვა რომ შევამციროთ ქალი უნდა იყოს მწოლიარე მდგომარეობაში 15 -20 წუთი პროსტაგლანდინების გელის გაკეთების შემდეგ. ნაყოფის გულისცემის სიხშრის მონიტორინგი უნდა ხდებოდეს 30 წუთის განმავლობაში ცვლილებების დასაფიქსირებლად, ამასთან უნდა კონტროლდებოდეს, ხომ არ ხდება ზედმეტი შეკუმშვები.

ყელის გაფართოების მექანიკური მეთოდები. მექანიკური მეთოდები იშვიათად გამოიყენება ყელის გაფართოვებისთვის. თუმცა, ყველაზე ხშირად, მექანიკური გაფართოებისსას, იყენებენ ჰიდროფილურ (ტენინაობის შემწოვ) ნივთიერებას ყელის არხში, სადაც ის იწოვს წყალს და იბერება, ამით თანდათანობით აფართოვებს ყელს. ყელის გამხსნელების მაგალითებია:

- დილაპანი სინთეტური ქსოვილი.
- ლამიცელი სინთეტური ღრუბელი, რომელიც შეიცავს 450 მგ მაგნეზიუმის სულფატს.
- ლამინარია ტენტი სტერილური, კონუსის ფორმის გამომშრალი ზღვისმცენარის პრეპარატი.

ოქსიტოცინის შეყვანა

ოქსიტოცინი არის ყველაზე ხშირად დანიშვნადი მედიკამენტი მშობიარობის ინდუქციისთვის და აუგმენტაციისთვის. ოქსიტოცინი არის ძლიერი მედიკამენტი და წინასწარ ქალის საპასუხო რეაქციის განსაზღვრა შეუძლებელია. რამდენიმე სიფრთხილის ზომა ამცირებს გვერდითი ეფექტების შანსებს, როგორც დედისთვის ისე ნაყოფისთვის.

- ოქსიტოცინი ზავდება იზოტონურ ხსნარში და ვაძლევთ როგორც მეორადი ხსნარის ინფუზიას, ასე რომ მისი შეჩერება ხდება ჩქარა გართულებების განვითარების შემთხვევაში (სურათი 6-2).
- ოქსიტოცინის ხაზი არის დაყენებული პირველად(არა- დამატებით ან შემანარჩუნებელ) ინტრავენურ ხაზად რამდენადაც შესაძლებელია ვენოპუნქციის ადგილთან ახლოს (პროქსიმალურად).
- ოქსიტოცინის შეყვანა იწყება ნელა, იზრდება თანდათანობით და რეგულირდება ინფუზიური ტუმბოთი.
- საშვილოსნოს აქტივობა,ნაყოფის გულისცემის სიხშირე და ნაყოფის გულისცემის სახეობის საბაზისო მონაცემების მონიტორინგი ხდება ინდუქციამდე და ასევე მთლიანი მშობიარობის განმავლობაში.

ქალის საშვილოსნო ხდება უფრო სენსიტიური ოქსიტოცინის მიმართ მშობიარობის პროგრესირებასთან ერთად. ამიტომ ოქსიტოცინის შეყვანის სიჩქარე შეიძლება შემცირდეს თანდათანობით როცა ქალი უკვე აქტიურ მშობიარობაშია(დაახლოებით 5-6 სმ ყელის გახსნიდან). მისი მიწოდება შეიძლება შეწყდეს ან სიჩქარე შემცირდეს მემბრანების დარღვევის შემდეგ. მშობიარობის ოქსიტოცინით აუგმენტაციის დროს, მისი მცირე დოზა ხშირად საკმარისია სტაბილური შეკუმშვების მისაღწევად.

ცხრილი 6-2	პროსტაგლანდინებით ყელის გახსნის ინდუცირება სრული ვადით ორსულსში	
პროსტაგლანდინის გელი (დინოპროსტონი[პრეპიდილი])	ვაგინალურად ჩასადები (დინოპროსტონი[სერვიდილი])	მიზოპროსტოლი (ცაიტოტექი)
დოზა		
0.5 მგ გამოყენებული ყელში, შეიძლება განმეორდეს მოგვიანებით, 6-12 საათში. მაქსიმუმ რეკომენდირებული დოზა არის 1.5 მგ გამოყენებული ყელში 24 საათის პერიოდში, 2.5 მგ ვაგინალურად.	10 მგ დროში გამოსათავისუფლებელი ჩადებული ვაგინალურად და დატოვებული 12 საათამდე ან უფრო მეტი დროით. მოაცილეთ აქტიური მშობიარობის დაწყებასთან, მემბრანების გახევასთან ან საშვილოსნოს ჰიპერსტიმულაციასთან ერთად.	100 მგ ტაბლეტის მეოთხედი ვაგინალურად (დაახლოებით 25 მგ იხილეთ შესაბამისი გამაფრთხილებელი ზომები ქვემოთ). ასევე გამოიყენება მშობიარობის ინდუქციისთვის განმეორებითი 25 მგ დოზებით ყოველ 3-6 საათში. 50 მგ დოზა დაკავშირებულია ჰიპერტონულ შეკუმშვებთან
ჰიპერტონული შეკუმშვები, ნაყოფის გულისცემის არადამაკმაყოფილებელ სიხშირესთან ერთად ან მის გარეშე.		
მოათავსეთ ქალი გვერდი წოლით პოზიციაში. უზრუნველყავით ჟანგბადი სახის ნიღბით 8-10 ლ/წუთში. დაუნიშნეთ ტოკოლიტიკური მედიკამენტები, როგორიცაა ტერბუტალინი ან მაგნეზიუმ სულფატი. ჩვეულებრივ, მოქმედებას იწყებს გელის გამოყენებიდან 1 საათში. უფრო მეტი შემთხვევებია ვაგინალურად გამოყენების დროს.	იგივე როგორც დინოპროსტონის გელი. მოაცილეთ ჩადებული მედიკამენტი. ჰიპერტონული საშვილოსნოს აქტიურობა შეიძლება მოხდეს 9 ½ საათში მისი გამოყენებიდან. უფრო მეტი შემთხვევაა, ვიდრე მცირე-დოზით საშვილოსნო ყელში დინოპროსტოლის გელით გამოყენების დროს.	იგივე როგორც დინოპროსტონის გელი.უფრო მაღალი დოზა ან უფრო ხშირად დანიშვნამ შეიძლება გამოიწვიოს ზედმეტი შეკუმშვები, რომელიც შეიძლება დაკავშირებული იყოს ან არ იყოს ნაყოფის გულისცემის არადამაკმაყოფილებელ ნიშნებთან
როდის შეიძლება ოქსიტოცინის დანიშვნა		
უსაფრთხო ინტერვალი ჯერ არ არის ჩამოყალიბებული. გადადებული ოქსიტოცინის დანიშვნა 6-12 საათით , 1.5 მგ ან 2.5 მგ დოზის ვაგინალურად ყელის შიგნით დანიშვნა შეიძლება მოხდეს.	30-60 წუთში, ჩადებული მედიკამენტის მოშორებიდან	სულ მცირე 4 საათში ბოლო დოზიდან.

წინასწარი ზომები და შენიშ-ვნები		
შეზღუდეთ დინოპროსტოლის გელის გამოყენება მაქსიმუმ 1.5 მგ დოზით 24 საათში. **ქალი უნდა დარჩეს მოხრილი, მოხრილი საშვილოსნოს გვე-რდით გადახრით 30 წუთით გამოყენებიდან.** **აქვს გაზრდილი ეფექტი თუ გამოიყენება სხვა ოქსიტოცი-ნებთან ერთად.** **გამოიყენეთ სიფრთხილით ქა-ლებში, რომლებსაც აღენიშე-ბათ ასთმა,ჰიპერტენზია,გლა-უკომა, თირკმლის ან ღვიძლის მძიმე დისფუნქცია ან იშემი-ური გულის დაავადებები.**	**მოაცილეთ 12 საათის შემდეგ ან როცა აქტიური მშობიარობა დაიწყება.** **გვერდითი ეფექტები შეიძლება შემცირდეს ამოღებიდან 15 წუთში.** **ყველაზე ძვირადღირებული არჩევანი პროსტაგლანდინე-ბის ანალოგებიდან.**	**მიზოპროსტოლი FDA-ის მიერ არის ნებადართული მხოლოდ კუჭის და თორმეტგოჯა წყლუ-ლის სამკურნალოდ, მაგრამ ფართოდ გამოიყენება ყელის გასაფართოვებლად და მშო-ბიარობის ინდუცირებისთვის. მწარმოებლები არ ცდილობენ რომ გახდეს ნებადართული მისი გამოყენება, მაგრამ ACOG მხარს უჭერს მის გამო-ყენებას.** **100მგ ტაბლეტი არ გამოი-ყენება. უნდა დამზადდეს 25 მგ დოზით უფრო მეტი სი-ზუსტისთვის.** **ღირებულება არის დაახლოე-ბით 1%-2% , ვიდრე სხვა პრო-სტაგლანდინები** **უკუნაჩვენებია ქალებში გადა-ტანილი საკეისრო კვეთით ან წარსულში სხვა საშვილოსნოს ოპერაციული ჩარევით.**

მშობიარობის თანმიმდევრული ინდუქცია

თანმიმდევრული ინდუქცია შეიძლება ჩატარდეს როცა ქალის ყელი არ არის საკმარისად მომწიფებული და აქვს ინდუქციის ჩვენება, მაგრამ იმავე დღეს მშობიარობა არ არის სასწრაფო. ინდუქციის რისკის შედარება საკეისრო კვეთასთან უნდა იქნას გათვალისწინებული. მაგალითად, თანმიმდევრული ინდუქცია არ უნდა იყოს გამოყენებული ვადაგადაცილებული ორსულობის გამო (გესტაცია გადაცილებული სავარაუდო მშობიარობის თარიღთან).

ოქსიტოცინის ხსნარი ენიშნება 2- 3 დღის პერიოდის განმავლობაში დაახლოებით 8-10 საათით ყოველ დღე. თუ ქალის მშობიარობამ, პროგრესი არ განიცადა, ოქსიტოცინი ჩერდება, მსუბუქი საკვები ეძლევა და გადასხმა აღდგება მეორე დღეს. მესამე დღის ბოლოს, ქალის ხელახლა შეფასება ხდება თუ ჯერ კიდევ არ არის მშობიარობაში.

პაციენტის მოვლასთან დაკავშირებული მსჯელობა

ყელის გახსნის და მშობიარობის ინდუქციის ან აუგმეტაციის დროს, ექთანი აკვირდება ქალს და ნაყოფს და აფასებს მათ შესაძლო გართულებებზე და იღებს გამოსასწორებელ ზომებს შესაბამისი ჩვენების შემთხვევაში. ექთანს აქვს ძალიან დიდი პასუხისმგებლობა როცა საშვილოსნოს სტიმულანტის დანიშვნა ხდება ორსულში.

წამლის გზამკვლევი	
ოქსიტოცინი კლასიფიკაცია:ოქსიტოცინი მოქმედების მექანიზმი: სინთეტური ნივთიერება რომელიც იდენტურია უკანა ჰიპოფიზის მიერ გამოყოფილ ბუნებრივ ჰორმონთან. ასტიმულირებს საშვილოსნოს გლუვ კუნთს, რაც იწვევს საშვილოსნოს შეკუმშვების სიძლიერის, ხანგრძლივობის და სიხშირის გაზრდას. საშვილოსნოს მგრძნობელობა ოქსიტოცინის მიმართ იზრდება თანდათანობით გესტაციის მატებასთან ერთად. ოქსიტოცინს აქვს ვაზოაქტიური და ანტიდიურეზული თვისებები. ჩვენება: სრული ვადის ორსულობის დროს მშობიარობის ინდუქცია და აუგმენტაცია. იგი ასევე ხელს უწყობს საშვილოსნოს მკვრივად შეკუმშვას მშობიარობის შემდეგ რათა გაკონტროლდეს მშობიარობის შემდგომი სისხლდენა. ეს მედიკამენტი ასევე გამოიყენება გარდაუვალი ან არასრული აბორტის მართვისთვის.	უკუჩვენება და წინასწარი ზომები მოიცავს ჩამოთვლილს და არამხოლოდ: პლაცენტის ჩაზრდა, წინამდებარე პლაცენტა, ნაყოფის გულისცემის არადამაკმაყოფილებელი ნიშნები, ანომალიური ნაყოფის პრეზენტაცია, ჭიპლარის გამოვარდნა, წინამდებარე ნაწილი მენჯის შესასვლელთან ზემოთ, წინა კლასიკური და საშვილოსნოზე სხვა ფუნდალური ნაწიბური, აქტიური გენიტალური ჰერპესი, ინფექცია, მენჯის სტრუქტურული დეფორმაციები, საშვილოსნოს ყელის ინვაზიური ავთვისებიანი სიმსივნე. გვერდითი ეფექტები: უმეტესობა განპირობებულია მედიკამენტზე ჰიპერმგრძნობელობით ან ზედმეტი დოზით. გვედითი ეფექტები შედგება ჰიპერტონული საშვილოსნოს აქტივობით (ტაქისისტოლა), შეფერხებული საშვილოსნოს სისხლის დინებით, საშვილოსნოს გახევით და პლაცენტის აცლით. საშვილოსნოს ჰიპერტონულობამ შეიძლება გამოიწვიოს ნაყოფის ბრადიკარდია, ნაყოფის ტაქიკარდია, შემცირებული ნაყოფის გულისცემის ვარიაბელობა და გვიანი დეცელერაციები. ნაყოფის ასფიქსია შეიძლება გამოწვეული იყოს შემცირებული საშვილოსნოს სისხლის მიდინებით. ნაყოფის და დედის ტრავმით ან ორივე, რაც შეიძლება გამოწვეული იყოს ჩქარი მშობიარობით. გახანგრძლივებულად მედიკამენტის დანიშვნამ შეიძლება გამოიწვიოს წყლით მოწამვლა. ჰიპოტენზია(გამოწვეული ინტრავენურად ჩქარი ინექციით) ტაქიკარდია, კარდიული დისრითმია და სუბარაქნოიდალური ჰემორაგია (არის იშვიათი გვერდითი ეფექტი). მედიკამენტი ურთიერთქმედებაში შეიძლება შევიდეს ვაზოპრესორთან და ჰერბ ეფედრასთან, რაც გამოიწვევს ჰიპერტენზიას.
დოზა და მიღების გზა მშობიარობის ინდუქცია და აუგმენტაცია 1. ინტრავენური ინფუზია მეორეული ხაზით. ოქსიტოცინის ინფუზია კონტროლდება ტუმბოთი. სხვადასხვა დოზით განზავებული ოქსიტოცინი ან ბალანსირებული ელექტროლიტების სითხე შეიძლება გამოვიყენოთ. ნარევი რომელიც შედგება 60 მილიერთეული/მლ არის შესაფერისი რადგან ინფუზიური ტუმბოთი მილილიტრები საათში არის იგივე რაოდენობის როგორც მილილიტრები წუთში, რაც ამცირებს გადაცდომებს. ხშირი კომბინაცია, რომელიც უზრუნველყოფს 60 მილიერთეულის/მლ ოქსიტოცინს შედგება (1) 15 ერთეული ოქსიტოცინი 250 მლ ხსნარში. (2) 30 ერთეული(3 მლ) ოქსიტოცინის დამატებით	პაციენტის მოვლისთვის გასათვალისწინებელია: ინტრანატალურად შეაფასეთ ნაყოფის გულისცემის სიხშირე სულ მცირე 20 წუთით ადრე ინდუქციამდე რომ აღმოაჩინოთ დამაკმაყოფილებელი და არადამაკმაყოფილებელი ნიშნები. ჩაატარეთ ლეოპოლდის მანევრი, ვაგინალური გასინჯვა ან ორივე ერთად რომ დაადასტუროთ ნაყოფის თავით წინმდებარეობა. თუ ნაყოფის გულისცემის არადამაკმაყოფილებელი ნიშნები აღმოჩნდება ან თუ ნაყოფის პრეზენტაცია სხვაა ვიდრე თავით წინმდებარეობა, შეატყობინეთ ექიმს და არ დაიწყოთ ინდუქცია სანამ ულტრაბგერა არ გაკეთდება რომ დაზუსტდეს ნაყოფის მდებარეობა. დააკვირდით საშვილოსნოს აქტივობას სანამ არ ჩამოყალიბდება ეფექტური კუმშვები. შეკუმშვების სიხშირე ყოველ 2-3 წუთში, ხანგრძლივობა 40-80

500 მლ ხსნარში და (3) 60 ერთეული (6 მლ) ოქსიტოცინი 1000 მლ ხსნარში. დაბალი კონცენტრაცია როგორიცაა ოქსიტოცინის 10 - 20 ერთეული 1000 მლ ხსნარში შეიძლება გამოვიყენოთ. მედიკამენტის გამოყენება შეიძლება მოხდეს 10 წუთის ინტერვალით პულსური ინფუზიით, ვიდრე უწყვეტად. ოქსიტოცინის ხსნარი შეიძლება წინასწარ სტანდარტულად განზავდეს და დამზადდეს აფთიაქში. 2. ACOG-ის მიერ მოწოდებული გზამკვლევი გვთავაზობს მაგალითებს დაბალი და მაღალი დოზის ოქსიტოცინის მშობიარობის ინდუქციის პროტოკოლისთვის. იმის მიხედვით თუ პროტოკოლის რომელი რეკომენდაციით ხდება დანიშვნა არის: (1) საწყისი დოზა 0.5 - 6 მილიერთეულის და (2) დოზის გაზრდა 1-2 მილიერთეულის/წუთში ყოველ 15- 40 წუთში. მაღალი დოზის პროტოკოლის მიხედვით დოზა შეიძლება გაიზარდოს 6 მილიერთეულამდე ან უფრო მეტად. არსებული ოქსიტოცინის დოზა დამოკიდებულია საშვილოსნოს საპასუხო რეაქციაზე და გვერდითი ეფექტების არარსებობაზე. უფრო მაღალი საწყისი დოზები, ასევე იზრდება მაღალი დოზებიც და მცირდება ინტერვალი დოზებს შორის, ამ ყველაფერმა შეიძლება გამოიწვიოს საშვილოსნოს ჰიპერსტიმულაცია. უფრო დაბალი საწყისი დოზა და დაბალი სიხშირე ზრდის შეკუმშვების ზრდას და ხშირად საჭიროა მშობიარობის გასაძლიერებლად. 3. როგორც კი შესაბამისი შეკუმშვების მახასიათებლები ჩამოყალიბდება და ყელი გაიხსნება 5-6 სმ-მდე, ოქსიტოცინი შეიძლება შემცირდეს იგივე მაჩვენებელით.	წამი, ინტენსიურობა 50-80 mm Hg, (თუ გაიზომება საშვილოსნოსშიდა კათეტერით) .დააკვირდით ჰიპერტონულ საშვილოსნოს აქტივობას: შეკუმშვები 2 წუთის შუალედზე ნაკლები , მოსვენების ინტერვალი ნაკლები ვიდრე 30 წამი , ხანგრძლივობა უფრო გრძელი ვიდრე 90-120 წამი ან მომატებული მოსვენების ტონუსი მეტი ვიდრე 20 mm Hg (თუ მოხდა გაზომვა საშვილოსნოს შიდა კათეტერით). დააკვირდით ნაყოფის გულისცემის სიხშირეს არადამაკმაყოფილებელ ნიშნებზე, როგორიცაა ტაქიკარდია, ბრადიკარდია, შემცირებული ვარიაბელობა და გვიანი დეცელერაციები. თუ საშვილოსნოს ჰიპერტონუსი ან ნაყოფის არადამაკმაყოფილებელი გულისცემის ნიშნები განვითარდება, ჩაერიეთ რომ შეამციროთ საშვილოსნოს აქტივობა და გაზარდოთ ნაყოფის ოქსიგენაცია: შეწყვიტეთ ოქსიტოცინის ინფუზია, გაზარდეთ სითხეების გადასხმა, მედიკამენტის გარეშე, მოათავსეთ ქალი გვერდით წოლით პოზიციაში და დაუნიშნეთ ჟანგბადი სახის ნიღბით 8-10 ლიტრ წუთში. შეატყობინეთ ექიმს გვერდითი ეფექტები, პაციენტის მოვლაზე ჩარევები და საპასუხო რეაქციები ამ ჩარევების მიმართ და ექიმის საპასუხო ქმედება. აღნიშნეთ დედის სისხლის წნევა, პულსის სიხშირე და სუნთქვა ყოველ 30- 60 წუთში ან ყოველი დოზის გაზრდის დროს. აღნიშნეთ მიღება და გამოყოფა.
მშობიარობის შემდგომი სისხლდენის კონტროლი. ინტრავენური გადასხმა: განაზავეთ 10 -40 ერთეული 1000 მლ ინტრავენურ ხსნარში. ინფუზიის სიჩქარემ უნდა აკონტროლოს საშვილოსნოს ატონია. დაიწყეთ 20-40 მილიერთეული/წუთში სიხშირით,რაც გაზრდის ან შეამცირებს სიჩქარეს საშვილოსნოს საპასუხო რეაქციის მიხედვით და მშობიარობის შემდგომი სისხლდენის სიხშირის მიხედვით. ნებისმიერი აღმოჩენილი მიზეზი ჰემორაგიისა უნდა გამოსწორდეს. კუნთშიდა ინექცია გააკეთეთ 10 ერთეული ინექცია პლაცენტის დაბადების შემდეგ.	მშობიარობის შემდგომ დააკვირდით საშვილოსნოს სიმკვრივეზე, სიმაღლეზე და გადახრაზე. დაამასაჟეთ სანამ საშილოსნო არ გამკვრივდება, როცა დარბილებულია. დააკვირდით ლოქიების ფერს, რაოდენობას და კოლტების არსებობას. შეატყობინეთ მშობიარობის მიმღებ პირს თუ საშვილოსნო ვერ გამკვრივდება ან თუ ლოქიები არის ღია წითელი ფერის და შეიცავს დიდი ზომის კოლტებს. შეაფასეთ კუმშვებზე. შეაფასეთ სასიცოცხლო ნიშნებზე ყოველ 15 წუთში ან პროტოკოლის მიხედვით გამოჯანმრთელების პერიოდში. მონიტორინგი გაუკეთეთ მიღებას და გამოყოფას და სუნთქვით ხმებს რომ აღმოაჩინოთ სითხის შეკავება ან შარდის ბუშტის გადაჭიმვა.

გარდაუვალი ან არასრული აბორტი განაზავეთ 10 ერთეული 500 მლ ინტრავენურ ხსნარში და გადაასხით 10-20 მილიერთეული/წუთში. სხვა სახის განზავებაც მისაღებია. შეწოვა: ინტრავენურად , სწრაფად; კუნთშიდა ინექციის დროს 3- 5 წუთში. გამოყოფა: ღვიძლი და შარდი.	გარდაუვალი ან არასრული აბორტი დააკვირდით მუცლის ტკივილზე, ვაგინალურ სისხლდენაზე და ნაყოფის პროდუქტების გამოყოფაზე. დააკვირდით დედის სასიცოცხლო ნიშნებს, მიღებას და გამოყოფას, როგორც აღნიშნულია მშობიარობის შემდგომ პაციენტის მოვლის მიდგომებში.

სურათი 6-2, ინტრავენური (IV) ტუმბოს მოწყობილობა გადასხმისთვის ორი IV ხაზით. სითხე პირველადი გადასხმის ხაზიდან (არადამატებითი ან შემანარჩუნებელი ხაზი) არ შეიცავს მედიკამენტს , მაგრამ რეგულირდება გადასხმის ტუმბოდან რომ შეინარჩუნოს სწორი სიჩქარე. ოქსიტოცინის ხსნარი რეგულირდება მეორე გადასხმის ხაზიდან იგივე ტუმბოში,რაც საშუალებას აძლევს ექთაანს რომ შეცვალოს ან შეწყვიტოს გადასხმის სიჩქარე. ტუმბოს ქვედა ნაწილში ერთი IV ხაზი აკავშირებს ქალის გადასხმის ადგილს.

ნაყოფის საპასუხო რეაქციები

ოქსიტოცინი ასტიმულირებს საშვილოსნოს შეკუმშვებს და ისინი შეიძლება გახდეს ზედმეტად ძლიერი(ტაქისისტოლა). ტაქისისტოლამ შეიძლება შეამციროს პლაცენტის სისხლის მიდინება (უტეროპლაცენტალური უკმარისობა), რომელიც ამცირებს ნაყოფის ჟანგბადის და ნარჩენი პროდუქტების მიმოცვლას. მშობიარობის ინდუქციის და აუგმენტაციის გაკეთებამდე, ექთანი საზღვრავს არის თუ არა ნაყოფის გულისცემის სიხშირე და სახეობა დამაკმაყოფილებელი. ნაყოფის გულისცემის სიხშირე უნდა იყოს აღნიშნული მშობიარობის ისტორიაში სულ მცირე ყოველი 15 წუთის განმავლობაში მშობიარობის პირველი სტადიისას და ყოველი 5 წუთის განმავლობაში მშობიარობის მეორე პერიოდში.

კრიტიკულად მნიშვნელოვანი

ტაქისისტოლიის ნიშნები
(ჰიპერტონული საშვილოსნოს აქტივობა)

- შეკუმშვების ხანგრძლივობა მეტი ვიდრე 90-120 წამი.
- შეკუმშვები 2 წუთზე ნაკლებ შუალედში ან მოდუნებული მდგომარეობა 30 წამზე ნაკლებ შეკუმშვებს შორის.
- საშვილოსნოს მოსვენებული ტონუსი უფრო მაღალი, ვიდრე 20 mm Hg (საშვილოსნოს შიდა კათეტერით გაზომილი).
- პიკური წნევა უფრო მაღალი, ვიდრე 90 mmHg მშობიარობის პირველ სტადიაში (საშვილოსნოსშიდა წნევის კათეტერით).
- მონტევიდოს ერთეული (საშვილოსნოს შეკუმშვების ინტენსიურობის საზომი ერთეული) 400-ზე მეტი.
- ნაყოფის გულისცემის გვიანი დეცელერაციების ნიშნები რომელიც თან ერთვის ჰიპერტონულ საშვილოსნოს აქტივობას.

პაციენტის მოვლის გეგმა ტაქისისტოლიის დროს
(ჰიპერტონული საშვილოსნოს აქტივობა)

- შეამცირეთ ან შეწყვიტეთ ოქსიტოცინის ინფუზიის სიჩქარე.
- გაზარდეთ ინფუზიის სიხშირე.
- მოათავსეთ მშობიარე ქალი გვერდით წოლით პოზიციაში.
- მიაწოდეთ ჟანგბადი სახის ნიღბით, 8-10 ლიტრი წუთში(L/min).
- შეატყობინეთ ექიმს ან ბებიაქალს.

ექთანი განაგრძობს ყურადღებით დაკვირვებას და აფასებს ნაყოფის გულისცემის სახეობას, რათა დროულად ამოიცნოს შემცირებული პლაცენტარული მიმოცვლა, რაც შესაძლოა გამოვლინდეს ტაქისისტოლიასთან და ზედმეტად ხშირ და ძლიერ შეკუმშვებთან ერთად. საყურადღებო რიტმების მაგალითებია: ნაყოფის ბრადიკარდია (სიხშირე < 110 დარტყმა/წუთში სრულ ვადაზე), ტაქიკარდია (მუდმივი სიხშირე >160 დარტყმა/წუთში სრულ ვადაზე), გვიანი დეცელერაცია (შემცირება შეკუმშვების პიკის შემდეგ) და ნაყოფის გულისცემის სიხშირის ვარიაბელობის შემცირება (შემცირებული სიხშირის ცვალებადობა). შემცირებულ პლაცენტალურ მიმოცვლას (ეს შესაძლოა გამოწვეული იყოს დედის ჰიპოტენზიით ან დედის დიაბეტით) შეიძლება ასევე თან ახლდეს საშვილოსნოს ზედმეტი აქტივობა. ექთანმა ქალი და ნაყოფი სიფრთხილით უნდა შეაფასოს, რომ აღმოაჩინოს პრობლემის ყველაზე სავარაუდო მიზეზი და მიიღოს გამოსასწორებელი მოქმედებები.

თუ არადამაკმაყოფილებელი ნიშნები გამოვლინდა ან ტაქისისტოლა არსებობს, ექთანი იღებს შემდგომ ზომებს, რათა შეამციროს საშვილოსნოს აქტივობა და გაზარდოს ნაყოფის ოქსიგენაცია:

1. შეამციროს ან შეწყვიტოს ოქსიტოცინის ინფუზია და გაზარდოს პირველადი არადამატებითი ინფუზია.
2. მოათავსოს ქალი არა ზურგზე მწოლიარე მდგომარეობაში, არამედ უმეტესად გვერდზე მწოლიარე პოზაში, რომ თავიდან იქნეს აცილებული აორტოკავალური კომპრესია და ამით გაზარდოს პლაცენტალური სისხლის დინება.
3. სახის ნიღბით მიაწოდოს 100% ჟანგბადი 8-10 ლიტრი წუთში(L/min) რომ გაიზარდოს ქალის ჟანგბადით სატურაცია, რაც ნაყოფს მეტ ჟანგბადს მიაწვდის.

საშვილოსნოს აქტივობის შესამცირებლად, ექიმი, როგორც წესი, ნიშნავს ტერბუტალინს (ბრეტინი) ან მაგნესიუმ სულფატს. ტერბუტალინი 0.25 მგ კანქვეშ, შეიძლება გაკეთდეს სწრაფად, რომ შემცირდეს საშვილოსნოს ჰიპერსტიმულაცია.

დედის საპასუხო რეაქციებზე დაკვირვება

საშვილოსნოს აქტივობა უნდა შეფასდეს ჰიპერტონიაზე რაც ამცირებს ნაყოფის ოქსიგენაციას და ზრდის საშვილოსნოს გახეთქვის რისკს. შეკუმშვა ფასდება სიხშირის, ხანგრძლივობის და სიძლიერის მიხედვით. ამასთან, გახსოვდეთ, რომ საშვილოსნოს მოსვენებული ტონუსი ფასდება რელაქსაციის დროს, სულ მცირე 30 წამის განმავლობაში, შეკუმშვებს შორის. სამედიცინო დოკუმენტაციაში, საშვილოსნოს აქტივობაზე დაკვირვება აღინიშნება იმავე სიხშირით, როგორც დაკვირვება ნაყოფის გულისცემის სიხშირეზე.

თუ ოქსიტოცინი უნდა შეწყდეს, სამედიცინო გადაწყვეტილება მის განახლებაზე ინდივიდუალურად მიიღება. ოქსიტოცინის ინფუზია შეიძლება განახლდეს იგივე ან მცირე დოზით თუ მისი შეწყვეტის შემდეგ შეკუმშვები იგივე არ არის სიხშირის ან სიძლიერის თვალსაზრისით და ნაყოფის გულისცემის სიხშირე არის დამაკმაყოფილებელი. თუ ოქსიტოცინი შეწყდა 40 წუთის განმავლობაში, ქალის ორგანიზმში არსებული წამალი მეტაბოლიზირდება. ასე რომ ის უნდა აღდგეს საწყისი დოზის დანიშვნით და გაიზარდოს შედარებით ნელა რომ არ მოხდეს საშვილოსნოს ჰიპერსტიმულაცია და ნაყოფის არადამაკმაყოფილებელი გულისცემის სიხშირის მაჩვენებლების მიღება.

ქალის სისხლის წნევა და პულსის სიხშრე ისინჯება ყოველი 30 წუთის ან თითოეული ოქსიტოცინის დოზის ცვლილებისას. ოქსიტოცინის დოზის ცვლილებამ შესაძლოა გაზარდოს საბაზისო მონაცემების ცვლილების ალბათობა. ტემპერატურა ისინჯება ყოველ 2- 4 საათში ინფექციის გამოსავლენად.

ქალს შეიძლება დასჭირდეს ფარმაკოლოგიური და არაფარმაკოლოგიური ტკივილის მართვის მეთოდები. მშობიარობის ინდუქციის და აუგმენტაციის მიზანი, მაქსიმალურად ბუნებრივი მშობიარობის მიღებაა, თუმცა სტიმულირებული შეკუმშვების სიძლიერე ხშირად უფრო ჩქარა იზრდება. ყელის გახსნამ შეიძლება კიდევ მეტად გააძლიეროს შეკუმშვები.

სითხის მიღების და გამოყოფის აღრიცხვა გვეხმარება სითხის შეკავების აღმოჩენაში, რომელიც შეიძლება წინ უძღოდეს წყლით მოწამვლას. წყლით მოწამვლის ნიშნები და სიმპტომები მოიცავს თავის ტკივილს, ბუნდოვან მხედველობას, ქცევით ცვლილებებს, გაზრდილ სისხლის წნევას და სუნთქვას, შემცირებულ პულსის სიხშირეს, ხიხინს, სტვენას და ხველას.

მშობიარობის შემდეგ, დედა რჩება დაკვირვების ქვეშ მშობიარობის სისხლდენის ადრეული აღმოჩენის მიზნით, რომელიც გამოწვეულია საშვილოსნოს რელაქსაციით. მშობიარობის შემდგომი ატონია მეტად შესაძლებელია, თუ მას აქვს მიღებული ოქსიტოცინი ხანგრძლივი პერიოდით, რადგან საშვილოსნოს კუნთები იღლება და არ იკუმშება ეფექტურად რომ შეკუმშოს სისხლძარღვები პლაცენტის ადგილას. ის გამოიხატება რბილი საშვილოსნოს ფუძით და ზედმეტი რაოდენობის ლოქიებით, ხშირად დიდი კოლტებით. ჰიპოვოლემიური შოკი შეიძლება მოხდეს ჰემორაგიის გამო.

მობრუნება

ნაყოფის პრეზენტაციის შესაცვლელად შეიძლება გამოყენებულ იქნეს გარეგანი თავით მობრუნება (ECV) და შიგნითა მობრუნება. თითოეულს აქვს სხვადასხვა ჩვენება და მეთოდი. როგორც წესი, გარეგანი თავით მობრუნება უფრო ხშირია.

ჩვენება

გარეგანი თავით მობრუნება

ნაყოფის გარეგანი თავით მობრუნების მიზანია მისი ჯდომით, მხრებით (გარდიგარდმო) ან დახრილი მდებარეობიდან ცვლილება. წარმატებულმა მობრუნებამ შეიძლება ქალს აარიდოს საკეისრო კვეთა. კვლევები ასევე აჩვენებს, რომ ხშირად, მშობიარობის დასაწყისში, ნაყოფი სპონტანურად იცვლის მდებარეობას თავით წინმდებარეობის პოზიციაში.

შინაგანი ბრუნვა

ნაყოფის არასწორი განლაგება ტყუპებზე ორსულობის დროს ხშირად იმართება საკეისრო კვეთით, მაგრამ შიგნითა მობრუნება ხანდახან გამოიყენება მეორე ტყუპის დაბადების დროს, ვაგინალური მშობიარობისას.

უკუჩვენება

გარეგანი თავით მობრუნება არ კეთდება თუ ქალი ვაგინალურად არ მშობიარობს, რაც თავის მხრივ ამ პროცედურის მიზანია. შინაგანი და გარეგანი მობრუნებისთვის უკუჩვენებები საერთოა. დედის მდგომარეობები, რომლებიც შეიძლება გარეგანი თავით მობრუნების უკუჩვენება იყოს ან შეამციროს მისი წარმატებით შესრულება შემდეგია:

- საშვილოსნოს მალფორმაციები, რომელიც ამცირებს საშვილოსნოს შიდა მოცულობას, რაც შესაძლოა ნაყოფის არასწორი მდებარეობის პირდაპირი მიზეზი იყოს.
- წინა საკეისრო კვეთა საშვილოსნოს ვერტიკალური განაკვეთით. ნაყოფზე საშვილოსნოსში მანიპულაციამ, შეიძლება გაჭიმოს და გახეთქოს ძველი განაკვეთი. ვერტიკალური საშვილოსნოს განაკვეთი მეტად შესაძლებელია რომ გაიხეს.
- ნაყოფის ზომა > 4000 გრ.
- ნაყოფის ზომის და დედის მენჯის ზომების არაპროპორციულობა.

ნაყოფის მდგომარეობები რომლებიც შეიძლება უკუჩვენება იყოს შემდეგია:

- პლაცენტის ჩაზრდა, ნაყოფზე მანიპულაციამ საშვილოსნოს შიგნით შეიძლება გამოიწვიოს სისხლდენა და დედის და ნაყოფის საფრთხეში ჩაგდება. პლაცენტის ჩაზრდა(გარდა კიდეზე მიმაგრებისა), შეიძლება საკეისრო კვეთის ჩვენება იყოს, თუნდაც სახეზე არ იყოს ზედმეტი სისხლდენა.
- ოლიგოჰიდრამნიონი, გახეთქილი მემბრანები და ჭიპლარის მარყუჟი ნაყოფის ტანზე და კისერზე(კეფაზე შემოხვეული ჭიპლარი). ეს მდგომარეობა ამცირებს მოცულობას ნაყოფის შემოსაბრუნებლად და შეიძლება გამოიწვიოს ჭიპლარის კომპრესია და ნაყოფის ჰიპოქსია.
- უტეროპლაცენტალური უკმარისობა. საშვილოსნოს შეკუმშვებმა, რომელიც ხდება მობრუნების და მშობიარობის დროს შეიძლება გააუარესოს უკმარისობა და გამოიწვიოს ნაყოფის მდგომარეობის გაუარესება.
- ნაყოფის თავის ჩადგმა მენჯში.

რისკები

მობრუნებისას არსებობს რისკები როგორც ქალისთვის ისე ნაყოფისთვის. ნაყოფის გულისცემის სიხშირის ცვლილების მაჩვენებლები ხშირია, მაგრამ ეს მაჩვენებლები უბრუნდება ნორმალურს მობრუნების შემდეგ. სერიოზული რისკი მდგომარეობს იმაში, რომ ნაყოფი შეიძლება გაიხლართოს ჭიპლარში, კომპრესირდეს სისხლძარღვები და გამოიწვიოს ჰიპოქსია. პლაცენტის აცლა შეიძლება მოხდეს თუ მოხდა პლაცენტის მიმაგრების ადგილის დაზიანება. ნაყოფის და დედის სისხლი შეიძლება შეერიოს ერთმანეთს პლაცენტის სისხლძარღვების მეშვეობით, რასაც შესაძლოა მოჰყვეს დედის სენსიბილიზაცია ნაყოფის სისხლის ტიპის მიმართ. საკეისრო კვეთით დაბადება შეიძლება საჭირო გახდეს თუ ნაყოფის მდგომარეობა გაუარესდა გარეგანი მობრუნების დროს ან უფრო გვიან თუ ნაყოფი დაუბრუნდება ანომალიურ მდგომარეობას.

მეთოდები

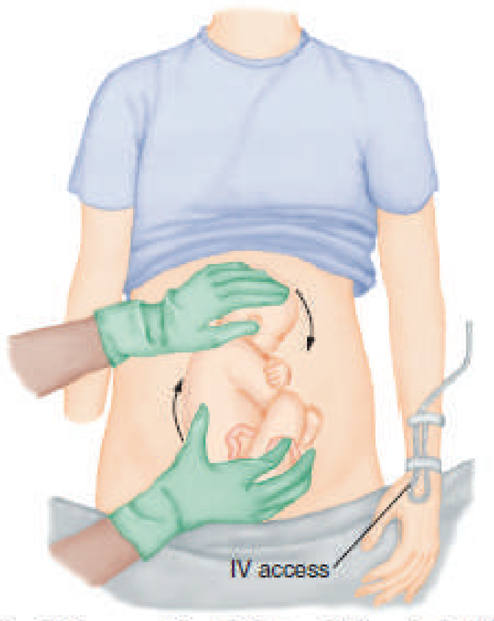
გარეგანი თავით მობრუნება

გარეგანი თავით მობდუნება კეთდება ისეთ ადგილას და დროს რომ შესაძლებელი იყოს სასწრაფო საკეისრო კვეთა საჭიროებისამებრ. არასტრესული ტესტი და ბიოფიზიკური პროფილი

კეთდება პროცედურამდე, რომ შეფასდეს ნაყოფის ჯანმრთელობა და პლაცენტის ფუნქციონირება. თუ ნაყოფის არადამაკმაყოფილებელი მდგომარეობის ნიშნები გამოვლენილია, მობრუნება არ კეთდება. გარეგანი თავით მობრუნება უფრო მეტ სტრესსში ჩააგდებს ნაყოფს, რომელსაც უკვე შეზღუდული ფიზიოლოგიური რეზერვი აქვს. ულტრასონოგრაფიული კვლევა ადასტურებს ნაყოფის გესტაციურ ასაკს და მდებარეობას და აღწერს ამნიონური სითხის საკმარის რაოდენობას.

გარეგანი თავით მობრუნება კეთდება 37 -39 კვირის გესტაციაზე, მანამ სანამ ქალს მშობიარობა დაეწყება, შემდეგი მიზეზების გამო:

- სრულ ვადაზე, ნაყოფი შეიძლება სპონტანურად მობრუნდეს თავით წინმდებარეობაზე.
- ნაყოფი მეტად შეიძლება დაუბრუნდეს არანორმალურ მდებარეობას თუ მობრუნება ხდება 37 კვირის გესტაციამდე.
- თუ ნაყოფის მდგომარეობის გაუარესება და მშობიარობის დაწყება მოხდება, 37 კვირის გესტაციის შემდეგ დაბადებულ ნაყოფს, სავარაუდოდ არ ექნება ნაადრევი ახალშობილის ისეთი პრობლემები, როგორიცაა სუნთქვის დისტრესის სინდრომი.



სურათი 6-3, გარეგანი ნაყოფის მობრუნება. ინტრავენური (IV) ხაზი დაყენებულია , თუ გახდა საჭირო. თუ ტერბუტალინი გამოიყენება ტოკოლიზურ ან საშვილოსნოს მოსადუნებელ მედიკამენტად ის კეთდება კანქვეშ ინექციით.

ქალს ხშირად ეძლევა ტოკოლიტიკი, როგორიცაა ტერბუტალინი 0.25 მგ კანქვეშ საშვილოსნოს მოსადუნებლად, სანამ მობრუნება კეთდება. ეპიდურალური და სპინალური ბლოკირება შეიძლება გაკეთდეს რომ შეამცირონ დედის დისკომფორტი ექიმის მიერ ნაყოფზე მანიპულაციების ჩატარების დროს. ულტრასონოგრაფია მიმართულებას აძლევს ნაყოფზე მანიპულაციას გარეგანი თავით მობრუნების დროს და აკონტროლებს ნაყოფის გულისცემის სიხშირეს ყოველ 2 წუთში. ექიმი ნაზად აწვება ჯდომით მდებარეობაში ნაყოფს მენჯიდან გარეთ მიმართულებით, წინ და უკან ბრუნვით(იხილეთ სურათი 6-3).

დანიშნულებისამებრ, Rh იმუნოგლობულინი (RhoGAM) ეძლევა Rh-ნეგატიურ ქალს გარეგანი მობრუნების შემდეგ, რომ დაიცვას Rh სენსიტიზაცია.

მშობიარობის ინდუქცია შეიძლება გაკეთდეს წარმატებული გარეგანი თავით მობრუნებიდან მალევე, ან ქალი შეიძლება დაელოდოს სპონტანურ მშობიარობას ან მოგვინაებით ინდუქციას. ნაყოფის ელექტრონული მონიტორინგი ნაყოფის მდგომარეობის შეფასების საშუალებას იძლევა მობრუნების შემდეგ.

შიგნითა მობრუნება

შიგნითა მობრუნება არის იშვიათი პროცედურა, რომელიც კეთდება მეორე ტყუპის მობრუნების დროს პირველის თავით დაბადების შემდეგ. ექიმი შედის საშვილოსნოში ერთი ხელით, მეორე ხელით დედის მუცელზე , აბრუნებს ნაყოფს სიგრძივ მდებარეობაში (თავით ან ჯდომით) რომ ვაგინალური მშობიარობა გახდეს შესაძლებელი.

პაციენტის მოვლასთან დაკავშირებული მსჯელობა

იმ ქალზე ზრუნვისას, რომელსაც ჩაუტარდა გარეგანი მობრუნების პროცედურა, ექთანი ახორციელებს შემდეგ ნაბიჯებს: აწვდის ინფორმაციას ქალს, აფასებს მას და ნაყოფს და ეხმარება ქალს შფოთვის შემცირებაში.

ინფორმაციის მიწოდება

მშობიარობის მიმღები პირი უხსნის ქალს გარეგანი თავით მობრუნების დანიშნულებას და რისკებს სანამ ორსული ხელს მოაწერს თანხმობის ფურცელს. ნებისმიერი დაგეგმილი ტოკოლიტიკური მედიკამენტის დანიშვნის მიზანი და გვერდითი ეფექტი უნდა იქნეს განხილული. ტაქიკარდია და ტრემორი არის ტოკოლიტიკების ხშირი, მაგრამ ხანმოკლე გვერდითი ეფექტი. თუ ეპიდურალური ან სხვა ანალგეზიაა დაგეგმილი, მისი მიზნისა და გვერდითი ეფექტების ახსნა დამატებითაა საჭირო. პროცედურის დაწყებამდე ექთანი უნდა დარწმუნდეს ქალის აღქმის უნარიანობაში, რომ ორსულმა კარგად გაიგო დანიშნული მკურნალობის მიზანი, რისკები და შეზღუდვები. ასევე დარწმუნდით, რომ ქალს აღქმული აქვს, რომ პროცედურის განმავლობაში ან მის შემდეგ საკეისრო კვეთის ჩატარება შეიძლება სასწრაფოდ გახდეს საჭირო.

დედის და ნაყოფის ჯანმრთელობის ხელშეწყობა

მიმღებ განყოფილებაში, ინფორმაციის შეკრება ერთნაირია როგორც ორსულის, ისე მშობიარის და საკეისრო კვეთის შემთხვევაში. აუცილებელია ინფორმაციის შეგროვება პროცედურამდე, ვინაიდან ეს უკანასკენლი შეიძლება საჭირო გახდეს გადაუდებელად შექმნილი მდგომარეობის გამო. ქალს არაფერი არ უნდა ჰქონდეს ორალურად მიღებული 4 საათის განმავლობაში პროცედურის ჩატარებამდე ან განმავლობაში, იმ შემთხვევისთვის თუ უცებ საკეისრო კვეთა გახდა საჭირო. ინტრავენური ხაზი დაყენებულია , შესაძლო წამლის შეყვანის ან სითხის გადასხმის შემთხვევაში თუ ნაყოფის გულისცემის სიხშირე არ არის დამაკმაყოფილებელი (კატეგორია III).

დედის სასიცოცხლო ნიშნები ფასდება და ნაყოფის მონიტორინგი იწყება, რომ შევაფასოთ საბაზისო მაჩვენებლები და შეფასდეს თავდაპირველი არასტრესული ტესტი ან ბიოფიზიკური პროფილი. ნაყოფის გულისცემის სიხშრის არადამაკმაყოფილებელი ნიშნების შეტყობინება უნდა მოხდეს სწრაფად. ნაყოფის ბრადიკარდია შეიძლება წარმოიშვას პროცედურის დროს, მაგრამ ნაყოფის გულისცემის სიხშრე ნორმალურს უბრუნდება მანიპულაციის დასრულების შემდეგ. ექთანს შეჰყავს ტოკოლიტიკური მედიკამენტები. ტერბუტალინის მოქმედება იწყება 6-15 წუთის განმავლობაში მისი კანქვეშ ინექციის შემდეგ. სისხლის წნევა და პულსი მოწმდება ყოველ 5 წუთში.

ულტრასონოგრაფიული კვლევა გამოიყენება გზამკვლევად მობრუნების დროს და ამოწმებს ნაყოფის გულისცემის სიხშირეს პერიოდულად, პროცედურის განმავლობაში.

დედის და ნაყოფის დაკვირვება გრძელდება 1 საათის განმავლობაში პროცედურის შემდეგ, სანამ საბაზისო მონაცემები არ დაუბრუნდება საბაზისო მაჩვენებლებს. ნაყოფის დამაკმაყოფილებელი ნიშნები არის გულის სიხშირე იგივე საზღვრებში , როგორიც იყო მიღების დროს, ბრადიკარდიის მოხსნა და ნაყოფის გულისცემის სიხშირის აცელერაციის არსებობა.

დედის სასიცოცხლო ნიშნები ისაზღვრება ყოველი 15-30 წუთის განმავლობაში მანამ, სანამ არ დაუბრუნდება საბაზისო დონეს. ქალის პულსი არ უნდა იყოს 120 დარტყმა/წუთზე მეტი. დისკომფორტი უნდა მოიხსნას მალევე მობრუნების შემდეგ, ნაყოფის პოზიციის წარმატებით შეცვლისთანავე. მუდმივი და უწყვეტი ტკივილი მიგვანიშნებს ისეთ გართულებაზე როგორიცაა

პლაცენტის აცლა. დედის ტაქიკარდია, ალები ან თავის ტკივილი შეიძება აღინიშნოს 4 საათის განმავლობაში თუ ტერბუტალინი იყო დანიშნული საშვილოსნოს მოსადუნებლად.

თუ ეპიდურალური ან სპინალური ანალგეზია გამოყენებული იყო და შემდეგ შეწყდა, დააკვირდით მგრძნობელობის აღდგენას პირველ მოძრაობამდე. გვერდში დაუდექით პირველად სიარულის და ასევე შემდგომ შემთხვევაშიც, სანამ არ დარწმუნდებით რომ პაციენტს შეუძლია დაცემის შიშის გარეშე სიარული.

რეგულარული შეკუმშვები მიგვანიშნებს მშობიარობის დაწყებას. ხდება მემბრანების სპონტანური გახევა, ამნიონური სითხის ვაგინაში გამოჟონვით. Rh იმუნოგლობულინების მიცემა ხდება თუ დანიშნულია. ინტრავენური ხაზი იხსნება დედის და ნაყოფის მდგომარეობის ნორმის ფარგლებში დაბრუნების შემდეგ.

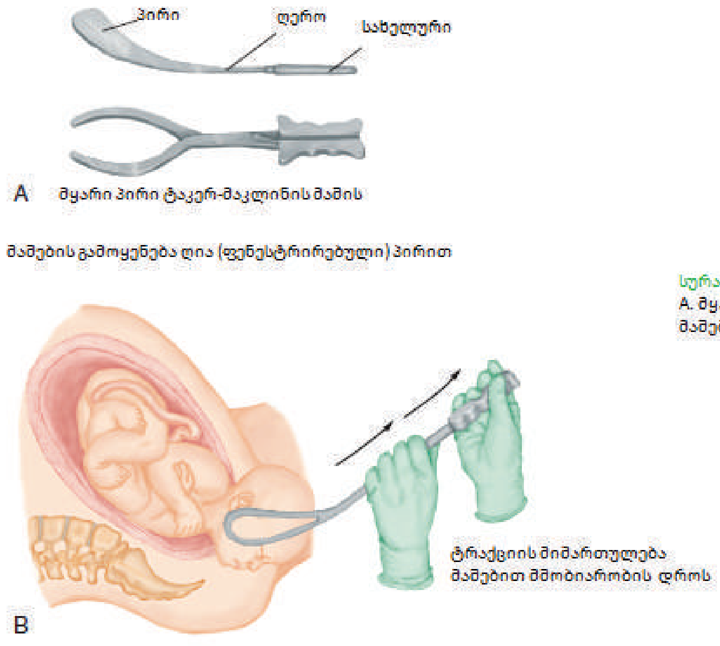
რადგან ქალი რომელსაც აქვს გარეგანი თავით მობრუნების პროცედურა ჩატარებული არის სრულ ვადაზე, ექთანმა უნდა გადახედოს ნამდვილი მშობიარობის ნიშნებს და ამნიონური მემბრანების დარღვევას და აუხსნას თუ როდის უნდა დაბრუნდეს საავადმყოფოში, გაწერის შემთხვევაში.

შფოთვის მოხსნა

ქალი შეიძლება იყოს აფორიაქებული მობრუნების პროცედურის ჩატარებამდე, რადგან პროცედურის წარმატებით დასრულება უზრუნველყოფილი არ არის და გართულებამ შეიძლება გამოიწვიოს სასწრაფო საკეისრო კვეთა.

ვინაიდან, ნაყოფი კვლავ შეიძლება დაუბრუნდეს წინა პოზიციას და ვაგინალური მშობიარობა კვლავ ვერ მოხერხდეს, აუცილებელია რომ ქალს ჰქონდეს სრული ინფორმაცია წინასწარ. ასე ის უფრო უკეთ შეძლებს სტრესულ სიტუაციასთან გამკლავებას.

ქალთან კომუნიკაციისას, ექთანმა უმჯობესია ხაზი გაუსვას ნაყოფის მონიტორინგის დამაკმაყოფილებელ ნიშნებს, როგორიცაა გულისცემის ნორმალური სიხშირე და სიხშირის აცელერაცია, რათა ხელი შეუწყოს შფოთვის შემცირებას. თუ პროცედურის ჩატარებისას ბრადიკარდია წარმოიშვება, ექთანმა ქალისთვის გასაგებ ენაზე უნდა აღწეროს რა მოხდა და რა ნაბიჯები არის გადადგმული მის გამოსასწორებლად.



სურათი 6-4. სამეანო მაშები და მათი გამოყენება.
A. მყარი პირი ტაკერ-მაკლინის მაშის. B. მიმართულება ტრაქციის მაშებით მშობიარობის დროს.

ოპერაციული ვაგინალური მშობიარობა

ოპერაციული ვაგინალური მშობიარობა, იგივე მაშებითა და ვაკუუმ ექსტრაქციით მშობიარობა, შეიძლება გამოყენებული იყოს ექიმის მიერ ნაყოფის თავის ტრაქციით მშობიარობის პროცესში, რაც ეხმარება ქალის ჭინთვების ძალას. ორივე მეთოდი ეხმარება ნაყოფის ქვემოთ სვლას და როტაციას ნაყოფის თავის უკანა კეფის ან განივი კეფის პოზიციიდან წინა კეფის პოზიციაში. მაშების გამოყენება თანდათანობით მცირდება, ამავდროულად ვაკუუმით ექსტრაქცია იზრდება. თუმცა, საკეისრო კვეთის ზრდასთან ერთად, მაშებით და ვაკუუმ ექსტრაქციით მშობიარობა შემცირდა.

ვაკუუმის ექსტრაქტორი იყენებს შემწოვს რომ მოეკიდოს ნაყოფის თავს ტრაქციის დროს (სურათი 6-4). ის არ გამოიყენება იმ ნაყოფის მშობიარობისთვის, რომელიც არის არაკეფით წინმდებარეობაში, როგორიცაა ჯდომით ან სახე, სხვა მხრივ მათი გამოყენება მაშების მაგვარია. მშობიარობის ეს მეთოდი არ გამოიყენება 34 კვირის ან უფრო პატარა გესტაციის ნაყოფთან, რადგან ვაკუუმი უმეტესად აზიანებს თავს, ქალას და ინტრაკრანიალურ სისხლძარღვებს. ვაკუუმ ექსტრაქციით არ შეიძლება გაკეთდეს სამ გამოწევაზე მეტი და ასევე მაშების გამოყენების შემდეგ მათი გამოყენება არ შეიძლება. პროცედურა უნდა დასრულდეს ამ წერტილში.

მაშეები არის მოხრილი, მეტალის ინსტრუმენტი ორი მოხრილი პირით, რომელიც იკეტება ცენტრში. სხვადასხვა სტილისაა სხვადასხვა საჭიროებისთვის. მაშის პირები შეიძლება გაიხსნას ან დაიხუროს და ისეთი ფორმაა აქვს რომ თავს კარგად ერგებიან(იხილეთ სურათი 6-4). შესაძლოა გამოყენებული იქნეს მსუბუქი ნაჭერი, რომელიც ეკვრის თავს რომ არ დააზიანოს ნაყოფის თავი. მილისებრი მაშები არის სპეციალური სახეობის მაშა, რომელიც ეხმარება ნაყოფის თავის დაბადებას ჯდომით მდებარეობის დროს. მაშები და ვაკუუმ ექსტრაქტორი შეიძლება გამოიყენოს ექიმმა საკეისრო კვეთის დროს.

ჩვენება

მაშები და ვაკუმ ექსტრაქტორი გამოიყენება თუ მშობიარობის მეორე სტადის შემოკლება უნდა მოხდეს დედის ან ნაყოფის ან ორივეს უკეთესი გამოსავლისთვის და ვაგინალური მშობიარობა შეიძლება დასრულდეს ჩქარა ტრამვის გარეშე. დედის ჩვენება შეიძლება იყოს გადაღლა, ეფექტური ჭინთვების უუნარობა და გულის და ფილტვების დაავადებები. ნაყოფისმიერი ჩვენება შეიძლება იყოს ნაყოფის გულისცემის არადამაკმაყოფილებელი სიხშირე, ნაყოფის წინამდებარე ნაწილის სრული როტაციის და ჩამოსვლის წარუმატებლობა მენჯში, პლაცენტის ნახევრად აშრევება ან ნაყოფის გულისცემის არადამაკმაყოფილებელი სიხშირის ნიშნები დაბადების პერიოდთან ახლოს.

უკუჩვენება

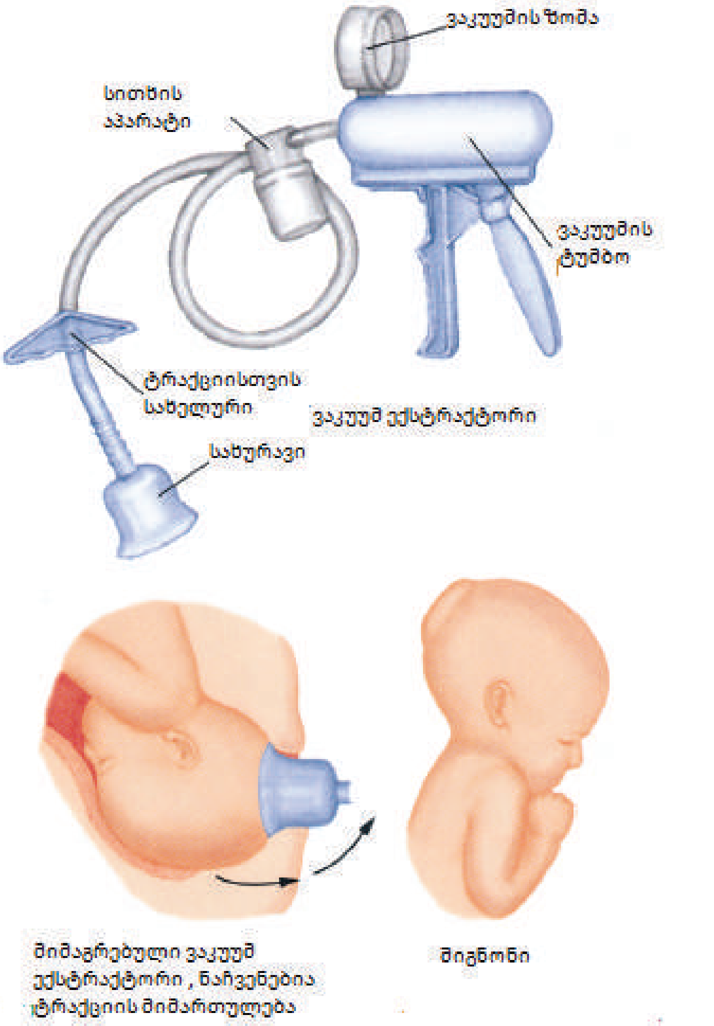
საკეისრო გზით მშობიარობა არის უპირატესი თუ დედის და ნაყოფის მდგომარეობა მოითხოვს უფრო ჩქარ მშობიარობას ვიდრე მაშებით ან ვაკუუმ ექსტრაქციით არის შესაძლებელი და თუ ვაკუუმ ექსტრაქცია ან მაშებით დახმარება მაღალი ალბათობით იქნება ტრამვული. მდგომარეობის მაგალითები, რომლის დროსაც უპირატესობა ენიჭება საკეისრო კვეთას არის ნაყოფის არაკეთილსაიმედო მდგომარეობა, დედის მწვავე მდგომარეობა, როგორიცაა გულის შეგუბებითი უკმარისობა და ფილტვის შეგუბება, მაღალი ნაყოფის ჩადგმის პოზიცია და არაპროპორციულობა ნაყოფის თავსა და დედის მენჯს შორის.

რისკები

მაშების და ვაკუუმ ექსტრაქტორის მთავარი რისკები არის დედის და ნაყოფის ქსოვილების ტრამვა. ვინაიდან ამ თვალსაზრისით საკეისრო კვეთა შედარებით მეტად უსაფრთხოა, ინსტრუმეტით მშობიარობის მცდელობა ხშირად აღარ კეთდება თუ ნაყოფის თავი მარტივად არ ჩამოდის ქვევით.

დედის რისკები, რომელთანაც დაკავშირებულია ინსტრუმენტული მშობიარობა არის ჩახევა და ვაგინალური ჰემატომა. ახალშობილს შეიძლება ჰქონდეს სისხლჩაქცევები, სახის და ქალის ნახეთქები ან ნაკაწრები, სახის ნერვის დაზიანება, ცეფალოჰემატომა, სუბგალეალური სისხლ-

დენა და ინტრაკრანიალური სისხლდენა. ვაკუუმ ექსტრაქტორმა შეიძლება გამოიწვიოს სკალპის ედემა, სახელწოდებით ჩიგნონი, მოჭიდების ადგილას (სურათი 6-5).



სურათი 6-5, მშობიარობა ვაკუუმ ექსტრაქტორით. ჩიგნონი არის შეშუპება სკალპზე, რომელიც ხშირად ჩნდება ვაკუუმ ექსტრაქტორის შემწოვი სახურავის გამოყენების ადგილას.

მეთოდი

ვაკუუმ ექსტრაქციით ან მაშებით მშობიარობის წინასწარი მომზადება არის ვაგინალური მშობიარობის იდენტური. ნაყოფის თავის მდებარეობა, პოზიცია და ჩადგმა უნდა იყოს დანამდვილებით ცნობილი. მემბრანები დარღვეული უნდა იყოს და ყელი ბოლომდე გახსნილი მაშებით და ვაკუუმ ექსტრაქტქციით მშობიარობის დროს. ქალს სჭირდება საკმარისი ანესთეზია, უმეტესად რეგიონალური ბლოკირება, როგორიცა ეპიდურაული ბლოკირება.

მაშებით და ვაკუუმ ექსტრაქტორის დახმარებით მშობიარობა კლასიფიცირდება ნაყოფის თავის ჩამოსვლის ხარისხით და ხშირად საჭირო ხარისხით მობრუნებული ნაყოფის თავი უნდა იყოს დაბადებული. უმჯობესია თუ ზუსტად გვეცოდინება ნაყოფის ქვევით ჩამოსვლის დონე სანტიმეტრების სიზუსტით. გამოსასვლელის ოპერაციული ვაგინალური ექსტრაქტორი_ ნაყოფის თავი არის პერინეუმითან, თავის ქალა ჩანს ვაგინალურ გამოსასვლელში სასირცხო ბაგეების დაშორების გარეშე. პოზიცია არის მარჯვენა ან მარცხენა წინა კეფის (ROA,LOA) ან მარჯვენა ან მარცხენა კეფით უკანა (ROP, LOP).

- ქვედა ოპერაციული ვაგინალური მშობიარობა_ ნაყოფის ქალის წამყვანი კიდე არის +2 ჩადგმის ან უფრე ქვედა დონეზე. ქვედა ოპერაციული ვაგინალური მშობიარობა იყოფა

ნაყოფის თავის მობრუნების რაოდენობის მიხედვით. მშობიარობა რომელსაც სჭირდება 45 გრადუსით ან ნაკლებით ნაყოფის თავის მობრუნება.

- შუამენჯის ოპერაციული ვაგინალური მშობიარობა_ წამყვანი კიდე ნაყოფის თავის ქალის არის 0 (საჯდომის წვეტების დონეზე ან შესული) და + 2 სმ ჩადგმის დონეზე.

ექიმი განსაზღვრავს მდებარეობას, პოზიციას და ნაყოფის თავის ჩადგმას და ყელის გახსნას. როცა მაშების პირის სწორად დამაგრება ხდება, მაშების პირის გრძელი ღერძი ებჯინება ნაყოფის ლოყებს და თხემის ძვლებს. სწორად დამაგრების შესამოწმებლად, ექიმი კეტავს ორივე მაშის პირს ცენტრში და ქაჩავს ქალის ჭინთვებთან ერთად, რომელიც მოყვება მენჯის სიმრუდეს. ეპიზიოტომია (პერინეუმის ქირურგიულად გაჭრა) შეიძლება გაკეთდეს ნაყოფის თავის ქვევით მსვლელობასთან ერთად. ექიმმა შეიძლება მაშები არ მოხსნას თავის დაბადებამდე ან შეიძლება მოხსნას თავის დაბადებამდე ცოტა ხნით ადრე. ნაყოფის დანარჩენი ნაწილი იბადება ჩვეულებრივ.

ვაკუუმით ექსტრაქციის დროს ხელის ტუმბო გამოიყენება რომ შეიქმნას გამოწოვა და ვაკუუმის სახურავი მიმაგრებულია ნაყოფის თავზე კეფის შუაში. ექიმი აკეთებს ტრაქციას დროგამოშვებით, ისევე როგორც მაშებით მშობიარობის დროს. ვაკუუმის მოშვება საშუალებას აძლევს სახურავის მოცილებას. რეკომენდებულია, რომ ტრაქცია გამოყენებული იყოს მაქსიმუმ 3-ჯერ.

პაციენტის მოვლასთან დაკავშირებული მსჯელობა

როცა მაშებით ან ვაკუუმის ექტრაქციით მშობიარობა დაჩქარებულია, კათეტერი ხშირად ემატება ინსტრუმენტის მაგიდას მშობიარობისთვის, მანამ სანამ ქალს არ აქვს მუდმივი კათეტერი. ექიმი ახარისხებს ვაკუუმის თავების და მაშების სახეობებს. თუ ექთანმა უნდა მიამაგროს გამომქაჩი თავს, გამომქაჩი არ უნდა გავიდეს გამომქაჩის ინდიკატორის მწვანე ზონიდან გარეთ. ნაყოფის გულისცემის სისხშირე უნდა აღინიშნოს და დოკუმენტირდეს.

მშობიარობის შემდეგ დედა და ნაყოფი არის დაკვირვების ქვეშ, ტრამვების დროულად აღმოჩენის მიზნით. დედას შეიძლება ჰქონდეს ვაგინალური კედლების ჩახევები და ჰემატომა. ვაგინალური კედლის ჩახევებით გამოწვეული სისხლდენისას, სისხლი უფრო ღიაა ვიდრე ნორმალური ლოქიები და უწყვეტი. ფუძე არის მკვრივი, თუ ატონია არ არის. ქალს, რომელსაც აქვს საშოს კედლის ჰემატომა, როგორც წესი, აქვს მწვავე და შეუპოვარი ტკივილი. ამასთან შეიძლება ჰქონდეს სასირცხო ბაგეების და პერინეუმის შეშუპება. პირველი 12 საათის განმავლობაში ცივი საფენების გამოყენება ამცირებს ტკივილს დაბუჟებით და ამასთან ეს ღონისძიება ამცირებს პერინეუმის დალურჯებას და ქსოვილების შეშუპებას. ცხელი საფენის გამოყენება 12 საათის შემდეგ ეხმარება შეშუპების და დალურჯების შემცირებაში.

ნაყოფს ხშირად აქვს სიწითლე და მსუბუქი დალურჯებები კანიზე სადაც მაშების დადება ხდება. ამ ადგილს მკურნალობა არ შეუძლია. ცივი საფენებით მკურნალობა არ გამოიყენება ახალშობილისთვის ჰიპოთერმიის გამო. კანზე ნახეთქები რომლების საშუალებას აძლევს მიკროორგანიზმების შეღწევას უნდა აღინიშნოს და სუფთად შენარჩუნდეს. სახის ასიმეტრია, რომელიც აშკარაა როცა ახალშობილი ტირის, მიგვანიშნებს სახის ნერვის დაზიანებას. დროებითი თავზე შეშუპება (ჩიგნონი) ხშირია ვაკუუმ ექსტრაქტორის გამოყენების ადგილას.

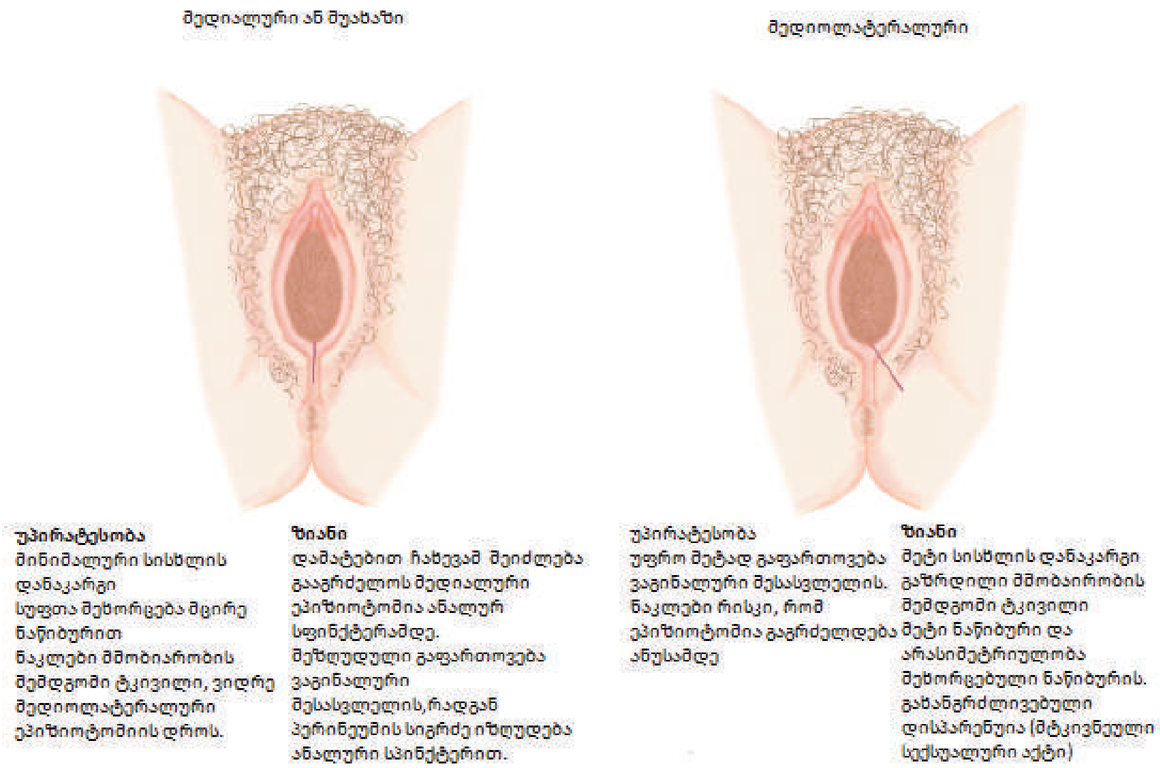
მაშებით მშობიარობის შემდეგ, დედამ შეიძლება იკითხოს ბავშვის ლოყები რატომ არის შეწითლებლი ან დალურჯებული. კარგი პასუხია შემდეგნაირი ახსნა, რომ მაშები წნევით აწვება ბავშვის ნაზ კანს და შეიძლება გამოიწვიოს მცირედი დალურჯებები, რომლებიც გადის მკურნალობის გარეშე. აღნიშნეთ გაუმჯობესება ამ ადგილას ლოგინობის ხანის პერიოდში. ვაკუუმ ექსტრაქციით ვაგინალური მშობიარობის შემდეგ მშობლებს შეიძლება დასჭირდეთ ახსნა თავის ქალის შეშუპებაზე ან ჩიგნონზე,.

ეპიზიოტომია

ეპიზიოტომია არის პერინეუმის ჩაჭრა მშობიარობამდე. ერთ პერიოდში, ეპიზიოტომია, ვაგინალური მშობიარობის რუტინული შემადგენელი ნაწილი იყო, ვინაიდან ფიქრობდნენ რომ ეს ამცირებდა ტკივილს. დღეს ეს პროცედურა ტარდება მხოლოდ აუცილებელი ჩვენების შემთხვევაში.

ჩვენებები

ქვემოთ მოცემულია სიტუაციური მაგალითები, როცა მშობიარობის მიმღებ პირს შეუძლია ჩაატაროს ეპიზიოტომია.



სურათი 6-6, ეპიზიოტომიის სახეობები

- ნაყოფის მხრების დისტოციის სწრაფი გამოსწორება, სადაც ნაყოფის მხრები იჭედება დედის სიმფიზის ქვეშ მშობიარობის დროს.
- ვაკუუმ ექსტრაქტორით ან მაშების დახმარებით მშობიარობა.
- ნაყოფის უკანა კეფით (სახით ზემოთ) პოზიციაში მშობიარობა.
- მცირე ზომის ნაყოფის ნაადრევი მშობიარობა, რომ შემცირდეს წნევა ნაყოფის თავზე.

რისკები

ეპიზიოტომიის მთავარი რისკი ინფექციაა. გახანგრძლივებული პერინეალური ტკივილი არის ეპიზიოტომიის ხშირი გართულებაა, რაც ხელს უშლის სექსუალური ცხოვრების დაწყებას და ქალისთვის არაკომფორტულია.

1980 წლიდან მონაცამები ადასტურებს რომ შუახაზის ეპიზიოტომიის უფრო ხშირი გაკეთება ვიდრე მედიოლატერალურის, ზრდის ქალის მეტად გაფართოვებული მესამე-ხარისხის(ანალურ სპინქტერამდე) ან მეოთხე- ხარისხის (რექტალურ სპინქტერამდე) ჩახევის რისკს. სპონტანური ჩახევა უფრო ხშირად ტარდება თუ ქალს აქვს ეპიზიოტომია გაკეთებული წინა ორსულობის დროს. მიუხედავად იმისა, რომ მონაცემები ამას ადასტურებს, დედისთვის უმჯობესია თუ ეპიზიოტომიას თავიდან ავირიდებთ, შემთხვევათა დაახლოებით 10-17%-ში ელექტიური, ან რუტინული ეპიზიოტომიების გაკეთება გრძელდება.

მეთოდი

ეპიზიოტომია კეთდება როცა ნაყოფის წინამდებარე ნაწილი გამოიჭრება 3-4 სმ დიამეტრით. ეპიზიოტომიის ორივე სახეობას აქვს საკუთარი უპირატესობა და ნაკლი: მედიალური (შუა-ხაზზე) და მედიოლატერალური (სურათი 6-6).

პაციენტის მოვლასთან დაკავშირებული მსჯელობა

შესაბამისი საექთნო ინტერვენციებით ხანდახან შესაძლებელია, რომ ეპიზიოტომია თვაიდან ავიცილოთ ან შევამციროთ სიგრძეში. ვერტიკალური პოზიცია ჭინთვებთან ერთად იწვევს ქალის პერინეუმის თანდათანობით გადაჭიმვას. ჭინთვების გადავადება, მანამ სანამ გარდაუვალი ჭინთვის შეგრძნება არ დადგება, ეხმარება მენჯის ფსკერის ქსოვილებს თანდათანობითი ადაპტაცია მოახდინონ. ღია- ყიით (გლოტისით) ჭინთვების მეთოდი ვიდრე გახანგრძლივებული სუნთქვის შეკავება ჭინთვების დროს, ხელს უწყობს პერინეუმის თანდათანობით გადაჭიმვას.

კვლევებმა აჩვენა, რომ 36 კვირიდან ზემოთ, ყოველდღიური პერინეალური მასაჟი და გაჭიმვები ამცირებს პერინეალური ტრამვების მიღების რისკს მშობიარობის დროს. კვლევების მიხედვით, 30 წელზე ზემოთ ქალები, რომლებიც პირველად მშობიარობენ და ყოველდღიურად იკეთებენ 10 წუთიან პერინეალური მასაჟს, მნიშვნელოვნად ამცირებენ ტრავმის რისკს.

გამოჯანმრთელების პერიოდში და ლოგინობის ხანაში ეპიზიოტომიისა და პერინეალური ჩახევის მოვლის პროცედურები ერთნაირია. ექთანმა აუცილებლად უნდა შეაფასოს პერინეუმი ჰემატომის არსებობაზე ან შეშუპებაზე. მაშების გამოყენების გამო, პერინეუმის ცივი საფენები კეთდება სულ მცირე პირველი 12 საათი, რასაც მოჰყვება თბილი საფენები მომდევნო 12 საათი.

საკეისრო კვეთით მშობიარობა

1965 წელს აშშ-ში საკეისრო კვეთით მშობიარობა დახალოებით 5% იყო, 1996 წელს 21%-ზე ავიდა, შემდეგ შედარებით შემცირდა. 1996 წლიდან კი მყარად დაიწყო 50%-მდე ზრდა, ყველა ჯგუფში.

ბევრი ფაქტორი განაპირობებს საკეისრო კვეთით მშობიარობის სიხშირეს. მათ შორის:

- ქალი, რომელიც პირველად მშობიარობს, უფრო მაღალი ალბათობით იმშობიარებს საკეისრო კვეთით ვიდრე ქალი, რომელიც რამდენჯერმეა ნამშობიარები.
- ქალებს, რომლებსაც აქვთ ინდუცირებული პირველი მშობიარობა უფრო მეტი შანსი აქვთ საკეისრო კვეთით იმშობიარონ.
- წარსულში საკეისრო კვეთით ნამშობიარები ქალი, თითქმის ყოველთვის საკეისრო კვეთით მშობიარობს შემდგომი მშობიარობების დროსაც.
- ქალები, რომლებიც უფრო გვიან აჩენენ შვილებს, შედარებით უფრო ხშირად მშობიარობენ საკეისრო კვეთით.
- ნაყოფის ელექტრონული მონიტორინგი ხშირად იწვევს დამატებით დაძაბულობას ნაყოფის ჟანგბადის და მჟავა-ტუტოვანი სტატუსის ან მშობიარობის პროგრესის შესახებ და მეტად უბიძგებს ქალს იმშობიაროს საკეისრო კვეთით.
- საკეისრო კვეთის არჩევა ხდება, თუ ნაყოფი რჩება ჯდომით პოზაში ორსულობის ბოლო ტრიმესტრში.
- თუ დაბადების შემდეგ ნაყოფის მდგომარეობა არაკეთილსაიმედოა, ექიმი დგება მნიშვნელოვანი ლეგალური რისკების წინაშე. ამიტომ იგი ხშირად სწრაფად გადადის საკეისრო კვეთაზე თუ დედის ან/და ნაყოფის მდგომარეობა რისკის ქვეშაა.
- გაზრდილი საკეისრო კვეთების რაოდენობა დედის მოთხოვნით.

კველევები ადასტურებს, რომ ქალებს ინდუცირებული მშობიარობით ორჯერ ან სამჯერ მეტად აქვთ გაზრდილი ქირურგიული გზით მშობიარობის რისკი. ქალებს, რომლებსაც ბიშოპის ქულა 5-ზე ნაკლები აქვთ ინდუქციის დროს (გვაჩვენებს რომ ყელი არ არის მომზადებული)

აქვთ მომატებული რისკი საკეისრო კვეთისა ვიდრე იმ ქალებს, რომელთაც ბიშოპის ქულა 5-ზე მეტი აქვთ. საკეისრო კვეთის ალბათობა იზრდება რაც უფრო ინდუცირებულია მშობიარობის ხანგრძლივობა.

საკეისრო კვეთა ვაგინალური მშობიარობის შემდეგ (VBAC)

გადაწყვეტა იმისა, იმშობიაროს თუ არა ქალმა საკეისრო კვეთის შემდეგ ყველაზე რთულად მისაღებია. ერთ დროს გავრცელებული გამონათქვამი ,,ერთხელ საკეისრო, ყოველთვის საკეისრო,, მიღებული იყო კითხვის დაუსმელად. ასე იყო წლების მანძილზე და ვაგინალური მშობიარობა საკეისრო კვეთის შემდგომ იყო მხოლოდ ისეთ შემთხვევებში, როცა ქალი მშობიარობის უკვე იმ სტადიაში იყო, როცა განმეორებითი საკეისრო კვეთისთვის დრო აღარ იყო.

დღეისათვის, საკეისრო კვეთები უმეტესად კეთდება საშვილოსნოს ქვედა განივი განაკვეთით, რაც საკეისრო კვეთის შემდეგ ვაგინალურ მშობიარობას მეტად უსაფრთხოს ხდის. ეს გახდა ნორმა ყველა ქალისთვის, რომელიც საკეისრო კვეთას იკეთებდა. რადგან VBAC-ი დაკავშირებულია საშვილოსნოს გახეთქვის მნიშვნელოვან რისკთან, ბევრი ექიმი არჩევს კონსერვატიულ მიდგომას, როცა მშობიარობას განიხილავს ქალთან. საკეისრო კვეთის შემდგომ ვაგინალურად მშობიარობის რისკები და სარგებელი განიხილება ორსულის და ექიმის მიერ. მაგალითად, საშვილოსნოს გახეთქვის რისკი მატულობს საშვილოსნოს კვეთის სიხშირის ზრდასთან ერთად და ქალი რომელსაც რამდენიმე საკეისრო კვეთა აქვს ჩატარებული შესაძლოა საშვილოსნოს გახეთქვის მეტი რისკის ქვეშ იყოს. საგულისხმოა ისიც, რომ ფინანსურად განმეორებითი საკეისროს მართვა მეტად ძვირია ინფექციის განვითარების მაღალი რისკის გამო, როგორც დედისთვის ისე ჩვილისთვის. მრავლობით საკეისრო კვეთას აქვს კიდევ დამატებითი რისკები, როგორიცაა პლაცენტის ანომალიები, კერძოდ წინამდებარე პლაცენტა (პლაცენტის ქვევით მდებარეობა) ან პლაცენტის ჩაზრდა (არანორმალური მიმაგრება პლაცენტის საშვილოსნოს კედელზე, ხშირად წინა ჭრილობის ადგილას), ამიტომ ქალმა და მისმა ექიმმა მხედველობაში უნდა მიიღონ მშობიარობის ორივე გზის რისკები და სარგებელი.

VBAC-ი უნდა განიხილებოდეს როგორც ორსულობის დადებითი გამოსავალი, თუ ნამდვილად არის იგი ქალისა და მისი ჩვილისთვის უსაფრთხო (სამახსოვრო 6-1).

ჩვენებები

საკეისრო კვეთა უნდა ჩატარდეს თუ ვაგინალური მშობიარობისთვის ლოდინი საფრთხეს უქმნის დედას, ნაყოფს ან ორივეს. საკეისრო კვეთის ჩატარების ჩვენებების მაგალითებია:

- დისტოცია.
- თავმენჯის(ცეფალოპელვიკ) შეუსაბამობა.
- ჰიპერტენზია, თუ სწრაფი მშობიარობა საჭიროა.
- დედის დაავადეებები როგორიცაა დიაბეტი, გულის დაავადებები ან საშვილოსნოს ყელის სიმსივნე, თუ მშობიარობა არ არის სასურველი.
- აქტიური გენიტალური ჰერპესი.
- საშვილოსნოს ზოგიერთი წინა ქირურგიული პროცედურები, როგორიცაა კლასიკური საკეისრო კვეთა ან ფიბროიდური სიმსივნეების მოცილება.
- ნაყოფის გულისცემის მუდმივი არადამაკმაყოფილებელი სიხშრის ნიშნები.
- ჭიპლარის მარყუჟის გამოვარდნა.
- ნაყოფის მალპრეზენტაცია, როგორიცაა პლაცენტის აცლა ან პლაცენტის წინმდებარეობა.

წინა საკეისრო კვეთა არ არის განმეორებითი საკეისრო კვეთის უკუჩვენება შემთხვევათა უმეტესობაში. თუმცა ქალების უმრავლესობა ირჩევს განმეორებით საკეისრო კვეთას, თუნდაც შესაფერისი კანდიდატები იყვნენ VBAC-ისთვის, რადგან მათთვის არსებობს საშვილოსნოს გახეთქვის მცირე, მაგრამ რეალური რისკი.

სამახსოვრო 6-1. ვაგინალური მშობიარობა საკეისრო კვეთის შემდეგ

ქალების 60-80%-მა, რომლებსაც ჩატარებული ჰქონდათ წინა საკეისრო კვეთა ქვედა განივი განაკვეთით საშვილოსნოზე წარმატებით იმშობიარეს ვაგინალური გზით.

ქალებს, რომლებსაც წინა საკეისრო კვეთა ჩაუტარდათ ჩვენებით, რომლის განმეორების რისკიც ძალიან დაბალია, მაგალითად, ჯდომით წინმდებარეობა, მეტი შანსი აქვთ, რომ მომდევნო ვაგინალური მშობიარობა წარმატებით დასრულდეს, ვიდრე მათთვის ვისი საკეისროს ჩვენებაც იყო დისტოცია.

ქალებმა, რომლებმაც იმშობიარეს ვაგინალურად, საკეისრო კვეთამდე ან მის შემდეგ, წარმატებული ვაგინალური მშობიარობის მეტი შანსი აქვთ.

აღსანიშნავია, რომ სპონტანურად დაწყებული მშობიარობის შემთხვევაში, წარმატებით მშობიარობის დასრულების მეტი ალბათობაა.

საკეისრო კვეთის შემდგომ ვაგინალური მშობიარობის შესაძლო კანდიდატები

- ქალი, რომელსაც ჰქონდა წარსულში ქვედა განივი განაკვეთი საშვილოსნოზე.
- ქალს წინა ორი საკეისრო მშობიარობით შეიძლება ჰქონდეს საშვილოსნოს გახეთქის დაბალი რისკი ვაგინალური მშობიარობის დროს, საკეისრო კვეთის შემდეგ.
- საშვილოსნოს ნაწიბურის არ არსებობა, მაგ., ფიბროიდების ამოკვეთის შემდეგ, ან წინა საშვილოსნოს გახეთქვიდან დარჩენილი.
- მენჯი, რომელიც საკმარისია გამოთვლილი ზომის ნაყოფი რომ გამოვიდეს.
- ექიმის ყოლის შესაძლებლობა სასწრაფო მშობიარობისთვის.
- ანესთეზიის და პერსონალის ყოლის შესაძლებლობა რომ ჩაატაროს სასწრაფო საკეისრო კვეთა.

ქალის მართვა რომელიც გეგმავს ვაგინალურ მშობიარობას საკეისრო კვეთის შემდგომ

- გარეგანი ნაყოფის მობრუნება უკუნაჩვენები არ არის ქალებში წინა საკეისრო კვეთით.
- ეპიდურალური ანალგეზია და ანესთეზია შეიძლება ჩატარდეს.
- შეიძლება გაკეთდეს მშობიარობის ინდუცირება და გაძლიერება ოქსიტოცინით. პროსტაგლანდინის გელის გამოყენება უფრო უსაფრთხოა. მიზოპროსტოლი(საიტოტეკი) არ უნდა იყოს გამოყენებული.
- ავტორების უმეტესობა ნაყოფის ელექტრონულად მონიტორინგის საჭიროებისკენ მოგვიწოდებენ, მთელი მშობიარობის განმავლობაში.

უკუჩვენება

არსებობს საკეისრო კვეთის რამდენიმე აბსოლუტური უკუჩვენება და არსებობს ასევე მდგომარეობები, რომლებიც არ არის აბსოლუტური უკუჩვენება, მაგრამ ზრდის გართულების რისკებს როგორც ქალისთვის ისე ნაყოფისთვის. ეს მდგომარეობები არის ნაყოფის სიკვდილი, ნაყოფით მშობიარობა, რომელიც მოუმწიფებელია რომ გადარჩეს და დედის კოაგულაციური დეფექტები.

რისკები

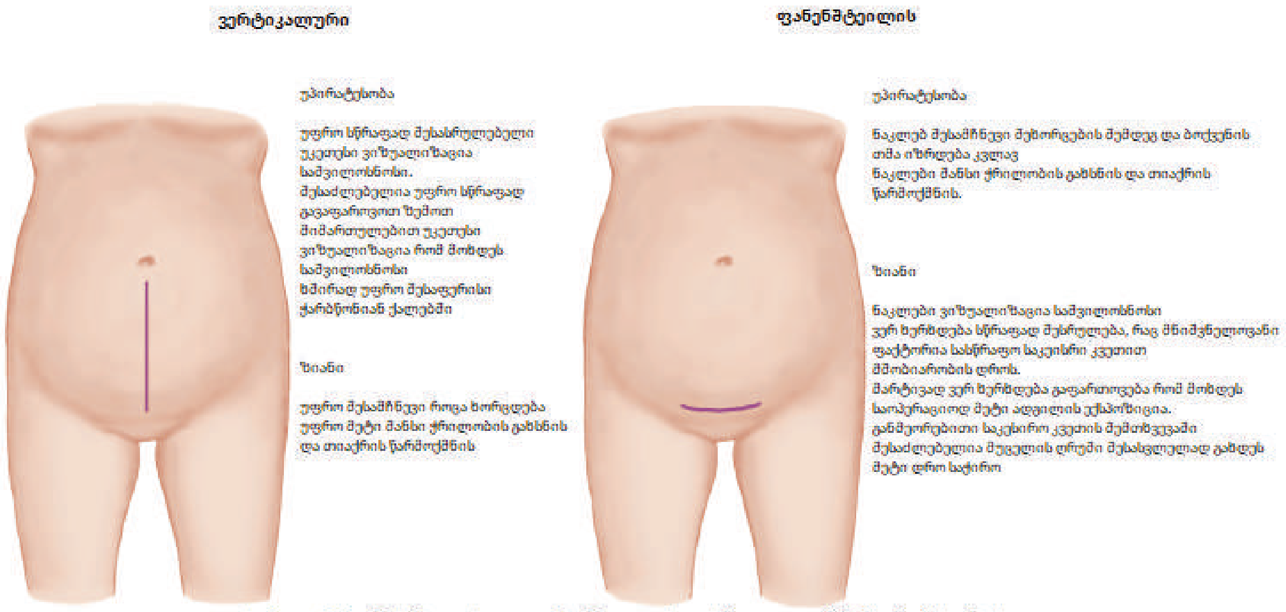
საკეისრი კვეთა არის ერთ-ერთი ყველაზე უსაფრთხო ქირურგიული პროცედურა. თუმცა ის ვაგინალურ მშობიარობასთან შედარებით მეტ რისკს შეიცავს დედისთვის.

დედის რისკები შედგება შემდეგისგან:

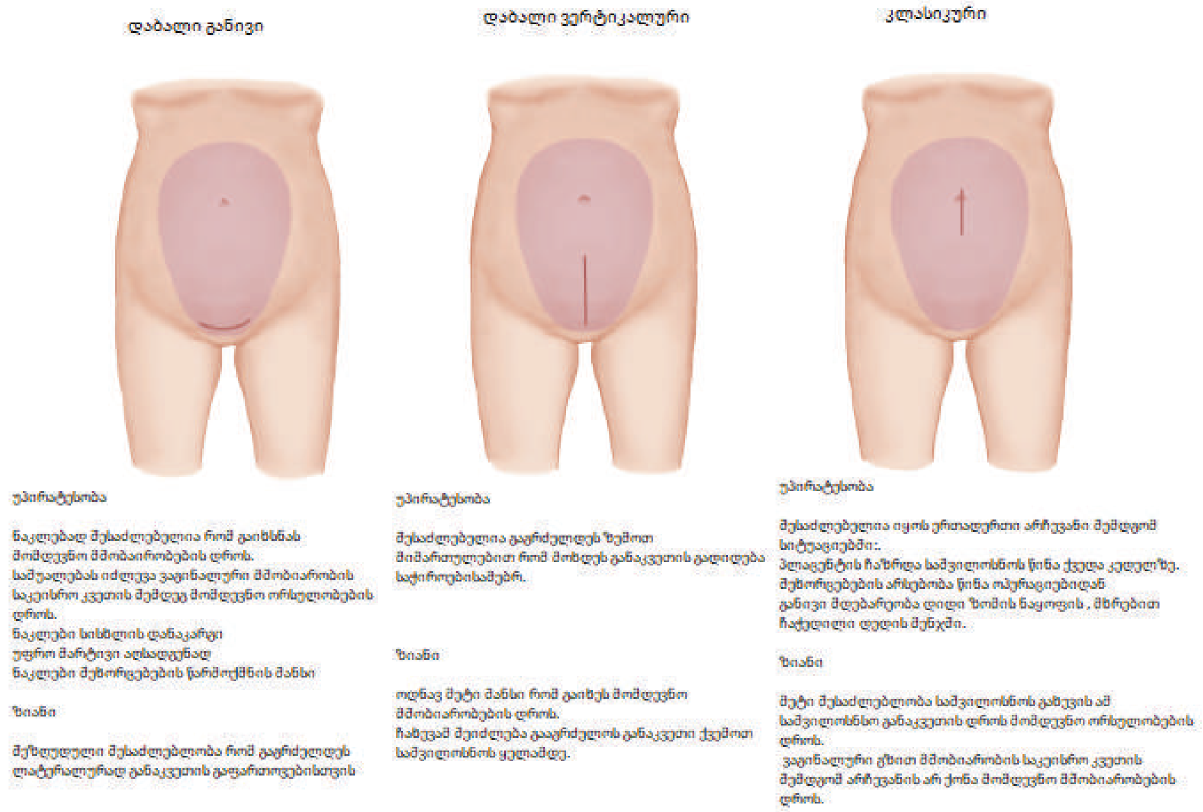
- ინფექცია.
- სისხლდენა.
- საშარდე სისტემის ტრამვა ან ინფექცია.
- თრომბოფლებიტი, თრომბოემბოლიზმი.
- პარალიტეული ნაწლავის გაუვალობა.
- ატელექტაზი.
- ანესთეზიის გართულებები.

ნაყოფისმიერი რისკები, რომელიც დაკავშირებულია საკეისრო კვეთასთან.:

- ახალშობილის გარდამავალი ტაქიპნოე, რომელიც გამოწვეულია ფილტვის სითხის დაგვიანებული შეწოვით.
- ახალშობილის მუდმივი პულმონალური ჰიპერტენზია.
- ისეთი დაზიანება როგორიცაა ჩახევა, დალურჭება, მოტეხილობა ან ტრამვა.



სურათი 6-7, კანის (მუცლის კედლის) განაკვეთი საკეისრო კვეთით მშობიარობის დროს



სურათი 6-8, საშვილოსნოს განაკვეთები საკეისრო კვეთისთვის. ,მუცლის და საშვილოსნოს განაკვეთები ხშირად არ ემთხვევა ერთმანეთს.

ფილტვის მოუმწიფებლობა არის ყველაზე დიდი რისკი ნაყოფისთვის ნაადრევად დაბადების დროს. ამიტომ კეთდება ნაყოფის ფილტვების მომწიფების ტესტები თუ არჩევითი საკეისრო კვეთაა დაგეგმილი. საკეისრო კვეთით მშობიარობის დროს ნაყოფის ფილტვების მომწიფების სხვა კრიტერიუმებია:

- ნაყოფის გულის ტონების დოკუმენტაცია 20 კვირაზე არაელექტრონული ფეტოსკოპით ან 30 კვირაზე დოპლერით.
- 36 კვირის გასვლა ორსულობის ლაბორატიული გზით დადასტურებიდან.
- ულტრასონოგრაფიული კვლევა თხემ-კუდუსუნის სიგრძე 6-11 კვირაზე, რომელიც ადასტურებს 39 კვირის გესტაციას ან მეტს.
- კლინიკური გასინჯვა 12-20 კვირებს შორის, რომელიც გვადგება 39 კვირის გესტაციის ან მეტის განსამტკიცებლად.

მეთოდები

მომზადება

წინასაოპერაციოა რუტინული ლაბორატორიული კვლევები განსხვავდება დედის მდგომარეობის მიხედვით ან ანესთეზიის სახეობის მიხედვით, რომელიც შეიძლება შედგებოდეს სრული სისხლის ანალიზისგან, შედედების ფაქტორების კვლევისგან, როგორიცაა პროთრომბინი (PT), ნახევრად თრმობლასტინის დრო (PTT) და სისხლის ჯგუფი და რეზუსი.

ეპიდურალური ან გაერთინაბეული სპინალური-ეპიდურალური (CSE) ბლოკირება ხშირია საკეისრო კვეთის დროს. ზოგადი ანესთეზია შეიძლება საჭირო გახდეს ნაცნობი ან მოულოდნელი მიზეზების გამო. სასწრაფო საკეისრო კვეთის დროს ეპიდურალური ტკივილის მართვა როცა ადგილზე შეუძლიბელია, ზოგადი ანესთეზია შეიძლება იყოს არჩეული, რადგან ის უფრო ჩქარა კეთდება. მედიკამენტი, როგორიცაა ფამოტიდინი(პეპცინი) ან ნატრიუმის ციტრატი ლი-

მონჟავასთან ერთად(ბიციტრა) ეძლევა, რომ შეამციროს კუჭის მჟავიანობა ოპერაციის დაწყებამდე. ქალს არ აქვს რაიმე განსაკუთრებული რუტინული პრემედიკაცია გარდა იმ წამლებისა, რომელიც აკონტროლებს კუჭის წვენის და სუნთქვითი სეკრეციას.

დამატებითი პრეოპერაციული ზრუნვა შედგება "ტაიმ-აუტისგან" რომლის დროსაც გუნდის ყველა წევრი ადასტურებს ქალის იდენტურობას, ქირურგიულ ადგილს და თანხმობას. სამედიცინო პერსონალიც ასევე აცნობს საკუთარ თავს მშობიარეს.

ნაყოფის მეთვალყურეობა გრძელდება მანამ, სანამ სტერილურად არ მოხდება მუცლის კანის მომზადება (ხანგამოშვებითი აუსკულტაცია და გარეგანი მობრუნება) ან მომზადების შემდეგ (შინაგანი მობრუნება). საყრდენი თავსდება მენჯის ქვევით აორტოკავალური კომპრესიის თავიდან ასაცილებლად და პლაცენტალური სისხლის მიდინების გასაუმჯობესებლად.

საპროფილაქტიკო ანტიბიოტიკების ერთჯერადი ინტრავენური დოზა, როგორიცაა ამპიცილინი ან ცეფალოსპორინი ხშირად ეძლევა დედას ჭიპლარის მომჭერებით დამაგრების შემდეგ. დამატებითი ანტიბიოტიკების დოზა 24 საათის განმავლობაში ხშირია რომ პოსტოპერაციული ინფექციის პრევენცია მოვახდინოთ რომელიც უფრო ხშირია გავრცელდეს მშობიარეში, გახანგრძლივებული გარსების დარღვევის ან ხანგრძლივი მშობიარობის დროს.

თუ ფანენშტეილის (ტრანსვერსული ან"ბიკინი") კანის განაკვეთი იგეგმება, ქალის ბოქვენის თმა მოცილებულია დაახლოებით 7 სანტიმეტრით ბოქვენის ზემოდან ფეხების დაწყების ადგილამდე. თმა სცილდება ასევე ზედა თეძოების წინა მხარეზეც, ვერტიკალური კანის განაკვეთისთვის მუცლის თმა მოცილებულია ჭიპის დონემდე. გახსოვდეთ, რომ თმის პარსვის პროცესი, ინფექციის შეჭრის კიდევ ერთი რისკის ფაქტორია.

მუდმივი კათეტერი კეთდება რეგიონული ბლოკირების შემდეგ, და ის ნარჩუნდება მანამ, სანამ ოპერაციის მსვლელობა საშუალებას იძლევა. კათეტერი ასევე შეიძლება გაკეთდეს ბლოკირებამდე. კათეტერი საშუალებას გვაძლევს ზუსტად შევაფასოთ შარდის გამოყოფა ქირურგიულ ოპერაციამდე ან მის მერე. ეს გვეხმარება შევაფასოთ ჰემოდინამიური სტატუსი. კათეტერი ასევე მოძრაობის მოგვიანებით დაწყებას უზრუნველყოფს მოშარდვისთვის, როცა უკვე პაციენტი უსაფრთხოდ იგრძნობს თავს, რომ იმოძრაოს.

დასამიწებელი სადენი ემაგრება ელექტროდანისთვის ისეთ ადგილზში სადაც ძვლოვანი ნაწილები არ არის ამოწეული, უმეტესად თეძოებზე. სადენის გამოყენების შემდეგ ქალის ფეხები მოთავსებულია დაცულად, საოპერაციო მაგიდაზე, ფართო ღვედებით.

სტერილურად მუცლის დამუშავება ხდება სტერილურად დაფარვამდე (მანამდე ვაშრობთ და ამის მერე ვფარავთ). როგორც ყველა ქირურგიული ოპერაციის დროს კანის მომზადებისას, საოპერაციო ნაჭერი უმეტესად წრიულია საოპერაციო ადგილიდან ბოქვენის მიმართულებით ქვევით, თითოეულ ბარძაყზე. შეიძლება დამატებით საჭირო გახდეს ფართო დასამაგრებელის გამოყენება, რათა მოხდეს ზედმეტი ცხიმის ზემოთ დამაგრება გასაჭრელი ადგილის გასათავისუფლებლად. ზოგადი ანესთეზიის შემთხვევაში, წინასწარი მომზადება სრულდება ანესთეზიამდე, რომ ნაკლებად მოხდეს ნაყოფის კონტაქტი საანესთეზიო საშუალებებთან. გუნდისა და პაციენტი მომზადება საოპერაციო ჩაცმულობით, წინსაფრებით, ხელთათამანებით და ქალის დაფარვა ხდება ანესთეზიამდე.

კანის განაკვეთი

ორი განაკვეთი კეთდება, ერთი მუცლის კედელზე(კანზე განაკვეთი) და მეორე საშვილოსნოს კედელზე. ორი კანის განაკვეთიდან კეთდება ერთ-ერთი: შუა ვერტიკალური განაკვეთი ჭიპლარის და სიმფიზს შორის, ქვედა განივი (ფანენშტეილი) განაკვეთი სიმფიზის ზემოთ (სურათი 6-7).

სამი ტიპის საშვილოსნოს განაკვეთია შესაძლებელი, თითოეული სხვადასხვა ჩვენებით და შეზღუდვით: (1) ქვედა განივი, (2) ქვედა ვერტიკალური და (3) კლასიკური, ვერტიკალური განაკვეთი ზედა საშვილოსნოზე (სურათი 6-8) . ქვედა განივი განაკვეთი საშვილოსნოზე უმჯობესია, რადგან შემდგომი ორსულობის დროს საშვილოსნოს გახეთქვის შედარებით მცირე რისკია. საშვილოსნოს განაკვეთი ყოველთვის არ ემთხვევა კანის განაკვეთს. მაგალითად, ქალს შეიძლება ჰქონდეს ვერტიკალური კანის განაკვეთი და ქვედა განივი საშვილოსნოს განაკვეთი, განსაკუთრებით თუ ის არის მსუქანი ან აქვს მანამდე არსებული ვერტიკალური ნაწიბური.

საშვილოსნოს ქვედა განივი განაკვეთი შეიძლება შესაფერისი არ იყოს თუ ნაყოფი არის ძალიან დიდი. ამ განაკვეთის სიგრძე არის შეზღუდული რადგან საშვილოსნოს არტერია და ვენები საშვილოსნოში შედის ქვედა მარჯვენა და მარცხენა მხარეს. ქვედა განივი განაკვეთი შეიძლება საკმარისი არ იყოს დიდი ნაყოფის ამოსაყვანად და მოხდეს დიდი სისხლძარღვების გახევა. ხანდახან, ვერტიკალური საშვილოსნოს განაკვეთი შეიძლება დაემატოს განივ განაკვეთს (გადმობრუნებული "T"-ის ფორმის განაკვეთი) რომ მოხდეს დიდი ზომის ნაყოფის დაბადება.

საშვილოსნოს კლასიკური განაკვეთი უნდა გაკეთდეს მაშინ, როცა სხვა ორი განაკვეთის გაკეთება შეუძლებელია, როცა წინამდებარე პლაცენტა მდებარეობს წინა საშვილოსნოს ქვედა ნაწილში. ვერტიკალური საშვილოსნოს განაკვეთი, განსაკუთრებით კლასიკური, მეტად შესაძლებელია რომ გასკდეს შემდგომი ორსულობის დროს.

საკეისრო კვეთის დროს მოვლენების თანმიმდევრობა

საკეისრო კვეთის დროს მოვლენების თანმიმდევრობა ისეთივეა, როგორიც ვაგინალური მშობიარობის დროს. როცა ქალი ანესთეზიის ქვეშაა და დაფარულია, ექიმი აკეთებს კანზე განაკვეთს. თუ ზოგადი ანესთეზიაა საჭირო, მისი დონე შედარებით დაბალია და ნაყოფის დაბადების და ჭიპლარის გადაჭრის მერე მეტად იზრდება ანესთეზიის დონე.

შარდის ბუშტი ცალკევდება საშვილოსნოს კედლიდან და მაგრდება ქვემოთ, ფართე შარდის ბუშტის რეტრაქტორით. საშვილოსნო იჭრება, ხშირად ქვედა განივი განაკვეთით. თუ გარსები ინტაქტურია, ის ირღვევა მჭრელი ინსტრუმენტით და ამნიონური სითხე ამოიწოვება საოპერაციო გარემოდან. როგორც ვაგინალური მშობიარობის სამედიცინო დოკუმენტებში ფიქსირდება ამნიონური მემბრანების დარღვევის დრო და სითხის ფერი, სუნი და რაოდენობა.

ექიმი წევს ნაყოფის წინამდებარე ნაწილს საშვილოსნოს განაკვეთიდან. ასისტენტი შეიძლება დაეხმაროს ფუძეზე დაწოლით და დაეხმაროს ექიმს მუცლის განაკვეთიდან ნაყოფის ამოყვანაში. ვაკუუმ ექსტრაქტორი ან მაშები შეიძლება გახდეს საჭირო რომ დაჩქარდეს ნაყოფის თავის მშობიარობა.

ახალშობილის სახე მშრალდება და პირი და ცხვირი ასპირატორით ამოიწოვება რომ მოხდეს სეკრეტის მოცილება რომელიც ხელს უშლის სუნთქვას. ჭიპლარის დამჭერით მოჭერა და გადაჭრა ხდება ჩქარა. ექიმი აგროვებს ჭიპლარის სისხლს ანალიზისთვის.

ახალშობილის დაბადების შემდეგ ექიმი აშორებს პლაცენტას. ოქსიტოცინის დანიშვნა ხდება ინტრავენურად რომ მოხდეს საშვილოსნოს შეკუმშვა მჭიდროდ. ექიმი შემდეგ ხურავს საშვილოსნოს და მუცლის განაკვეთებს, აახლოვებს თითოეულ ფენას ცალცალკე. ექიმებმა შეიძლება ამორეცხონ საოპერაციო ადგილი ფიზიოლოგიური ხსნარით ან ანტიბიოტიკების ხსნარით მუცლის კედლის დახურვამდე.

ახალშობილზე ზრუნვა ისეთივეა, როგორც ვაგინალურად მშობიარობის შემდგომ. სარეანიმაციო მოწყობილობა მზად უნდა იყოს გამოსაყენებლად დაბადების შემდეგ. პედიატრი, ექთანი ან ნეონატალაური გუნდი ხშირად თან ახლავს ახალშობილს საკეისრო კვეთის დროს. ახალშობილიზე მზრუნველი პერსონალი მზად უნდა იყოს მოულოდნელი სარეანიმაციო ზომების მისაღებად, ნებისმიერი მშობიარობის დროს.

პაცინეტის მოვლასთან დაკავშირებული მსჯელობა

ქალის მოვლა საკეისრო კვეთის შემდეგ განსხვავდება სიტუაციების მიხედვით. მას შეიძლება დაგეგმილი ჰქონოდა საკეისრო კვეთა ან ქირურგიული ჩარევა იყო მოულოდნელი. გასათვალისწინებელია ისიც, დაგეგმილი საკეისრო კვეთა პირველია თუ ადრეც ჰქონდა ქალს ეს ოპერაცია ჩატარებული. დაუგეგმავი საკეისრო კვეთის გაკეთება შეიძლება საჭირო გახდეს ექსტრემალურ სიტუაციაში. "ტაიმ-აუტი" რომელიც წინ უძღვის ბევრ სამედიცინო პროცედურას უნდა შემოკლდეს გადაუდებელ საკეისრო კვეთაში.

პაციენტის მოვლა საკეისრო კვეთის დროს ისეთივეა, როგორიც ვაგინალური მშობიარობის დროს, მაგრამ მიდგომა თითოეულ სიტუაციაში განსხვავებულია (იხილეთ სამახსოვრო 6.2). მაგალითად პრეოპერაციული სწავლება მნიშვნელოვანია, ის უნდა შემოკლდეს ან გამოტოვებული იყოს სასწრაფო სიტუაციების დროს.

ემოციური მხარდაჭერა

ემოციური მხარდაჭერა შეიძლება დაიწყოს ან გაგრძელდეს მშობიარობის შემდეგაც. დედას რომლესაც ჰქონდა გადატანილი საკეისრო კვეთა, შეიძლება ჰქონდეს მწუხარების, დანაშაულის და შეუსაბამობის შეგრძნება, რადგან ის თვლის რომ მან წარუმატებლობა განიცადა მოსალოდნელი მშობიარობის გამო. ის შეიძლება იყოს აფორიაქებული რომ განმეორებითი საკეისრო კვეთა არჩია ფიზიოლოგიურ მშობიარობას. თერაპიული კომუნიკაცია ეხმარება ქალს სტრესორების, გაურკვევლობის დაძლევაში და ბავშვის დაბადებისგან გამოწვეული დადებითი ემოციების სრულად აღქმაში (სამახსოვრო 6-3) .

შფოთვა არის ნორმალური რეაქცია ქირურგიულ ჩარევაზე, თუმცა მისი ინტენსივობა სხვადასხვა შედეგს გვაძლევს. მაგალითად, მსუბუქმა ან საშუალო შფოთვამ შეიძლება ქალს რომელიც საკეისრო კვეთას გეგმავს სურვილი გაუჩინოს მეტი ცოდნა მიიღოს მომავალი სამშობიარო გამოცდილების შესახებ. თუმცა, ზედმეტი შფოთვა აფერხებს შეკუმშვებს. ქალს რომელსაც უტარდება სასწრაფო საკეისრო კვეთა მეტად მაღალი დონე აქვს შფოთვის, ვიდრე ქალს რომელიც გეგმავს საკეისრო კვეთას, თუმცა ისიც შეიძლება იყოს რისკის ქვეშ.

პერსონალის ქცევამ შეიძლება შეამციროს ან გააძლიეროს ქალის შფოთვა. მშვიდი და დარწმუნებული მანერები ეხმარება ქალს, იგრძნოს რომ მასზე ზრუნავს კომპეტენტური პროფესიონალები. მშვიდი, დაბალი ხმა დამამშვიდებელია პაციენტისთვის.

ექთანი და ასევე ქალისთვის მნიშვნელოვანი სხვა ადამიანები, მნიშვნელოვანი წყაროა ემოციური მხარდაჭერისთვის. ექთანი უნდა დარჩეს მშვიდად და საშუალება მისცეს მშობიარეს გამოხატოს თავისი შიშები. თერაპიული კომუნიკაცია ეხმარება ქალს თავისი შიშების დაძლევაში.

ბავშვის მამა და მშობიარის სხვა თანმხლები პირები უნდა გავამხნევოთ რომ დარჩეს ქალთან ოპერაციის დროს თუ მშობიარეს ჩატარებული აქვს რეგიონალური ანესთეზია. ბევრ კლინიკაში მშობიარის თანმხლები პირი შედის საოპერაციოში, ზოგადი ანესთეზიის დროსაც, რათა მოხდეს ბავშვის მშობელთან კონტაქტი დაბადებისთანავე და ამასთან ანესთეზიიდან გამოსვლისთანავე მოხდეს ქალთან ემოციების და გამოცდილელების გაზიარება.

მნიშვნელოვანია, რომ ექთანი ამხნევებდეს ქალის პარტნიორს და ასევე მისთვის მნიშვნელოვან ადამიანებს მშობიარობის პროცესში. პარტნიორი შეიძლება თვითონ შფოთავდეს მაგრამ არ გამოხატავდეს, რადგან მისი დახმარება სჭირდებოდეს მშობიარეს. პარტნიორი შეიძლება გადაღლილი იყოს, საათობით მშობიარობის ლოდინის გამო. მომუშავე პერსონალმა პარტნიორს არ უნდა მოსთხოვს იმაზე მეტი მხარდაჭერა, ვიდრე მას შეუძლია აღმოუჩინოს ქალს.

სამახსოვრო 6-2. მოვლის გეგმა ქალისთვის, რომელსაც უნდა ჩაუტარდეს საკეისრო კვეთა
საკეისრო კვეთის ჩატარებამდე: • შეაფასეთ როდის იყო ბოლო საკვების მიღების დრო და რა იყო საკვები. • შეაგროვეთ ანამნეზი ალერგიების შესახებ. • განსაზღვრეთ რომელი მედიკამენტი იყო მიღებული ბოლოს და რა დოზა მიიღო, მათ შორის, არატრადიციული მედიცინის სამკურნალო საშუალებებიც. • თანმიმდევრულად შეუკვეთეთ ლაბორატორიული კვლევები. • ჩაუტარეთ წინასაოპერაციო სწავლება, თუ რას უნდა მოელოდეს ქალი საოპერაციო და პოსტოპერაციულ ოთახში. როგორ მოხდება ახალშობილზე ზრუნვა და ვინ იქნება მასთან. • დაიწყეთ თანმიმდევრული ინტრავენური გადასხმა და დიდი დოზით სითხის ინექცია რეგიონული ანესთეზიისთვის სწორ დროს. • თანმიმდევრულად მიაწოდეთ მედიკამენტები რათა გააკონტროლდეს კუჭის სეკრეცია. • დაუყენეთ მუდმივი კათეტერი (ან დაუყენეთ საოპერაციო ოთახში ან რეგიონალური ბლოკირების მერე). • დაეხმარეთ ქალს საოპერაციო ოთახში, მოათავსეთ მენჯის ქვეშ საყრდენი რომ ადგილი შეიცვალოს საშვილოსნომ თუ მაგიდა ბრტყელია. ქალს რომელსაც აქვს დაგეგმილი საკეისრო კვეთა შეუძლია იაროს საოპერაციო ოთახში.

- გამოიყენეთ დასამიწებელი მოწყობილობა ელექტრომოწყობილობისთვის.
- დაამუშავეთ მუცელი სტერილურად.
- დაუკავშირდით ახალშობილთა რეანიმაციურ განყოფილებას თუ ამას მოითხოვს შიდა განაწესი ან თუ ახალშობილის გართულებებია მოსალოდნელი.

1. ოპერაციის შემდგომი მეთვალყურეობის დროს დაიწყეთ ანესთეზიაზე დამოკიდებული ჩარევები, პულს ოქსიმეტრი, ჟანგბადის მიწოდება, გულის მონიტორინგი. ასევე:
- შეაფასეთ მგრძნობელობის და მოძრაობის დაბრუნება თუ რეგიონალური ანესთეზია იყო გამოყენებული.
- შეაფასეთ ცნობიერების დონე, თუ რეგიონალური ანესთეზია იყო გამოყენებული.

2. რუტინულად შეაფასეთ ყოველ 15 წუთში პირველი საათის განმავლობაში, ყოველ 30 წუთის განმავლობაში მეორე საათის განმავლობაში და საათობრივად სანამ ქალი გადაყვანილი იქნება მშობიარობის შემდგომ განყოფილებაში:
- სასიცოცხლო ნიშნები: ჟანგბადის სატურაცია.
- ელექტროკარდიოგრამის (ECG) მახასიათებლები.
- საშვილოსნოს ფუძის სიმკვრივე, სიმაღლე და გადახრა(დაამასაჟეთ თუ ცუდათ არის შეკუმშული).
- ლოქიები ფერზე, რაოდენობაზე და დიდი ზომის კოლტების არსებობაზე.
- გამოყოფილი შარდი ფერზე, რაოდენობაზე და კათეტერის და მილების გამავლობაზე.
- მუცლის საფენები.
- ქვედა ტანის მოძრაობის დაბრუნება, რეგიონალური ბლოკირების დროს.

3. შეაფასეთ ანალგეზიის საჭიროება და მიაწოდეთ მედიკამენტები თანმიმდევრულად.

4. ცვალეთ პოზიცია საათობრივად თუ უკუჩვენება არ არის. საშუალება მიეცით ქალს ისუნთქოს ღრმად და დაახველოს ყოველი შეფასების დროს. უზრუნველყავით პატარა ბალიში რომ ჭრილობა იყოს დაფიქსირებული დახველების ან გადაბრუნების დროს თუ მგრძნობელობა დაბრუნებული აქვს.

5.გააგრძელეთ კომპრესიული მოწყობილობის გამოყენება, თუ იგი გამოიყენება ქირურგიული ჩარევების დროს თქვენს კლინიკაში.

მხედველობაში უნდა მივიღოთ ის, რომ საკეისრო კვეთა არის ჩვეული მოვლენა ექიმისთვის და დაწესებულებისთვის, მაგრამ ეს არის უნიკლაური მოვლენა ორსულისთვის და მისი ოჯახისთვის. ეცადეთ, რომ ადეკვატურად შეაფასოთ ქალის მშობიარობასთან დაკავშირებული შიშები.

დაბადების შემდეგ, რაც შეიძლება მალე უნდა მოხდეს პოსტანესთეზიურ განყოფილებაში (PACU) დედისა და ოჯახის მონახულება, რა დროსაც ექთანმა უნდა უპასუხოს ოპერაციასთან დაკავშირებულ ყველა კითხვას და ქალსა და მის ოჯახს მიაწოდოს ინფორმაცია ოპერაციის მათთვის გაურკვეველ მოვლენებზე. ეს ეხმარება მათ ბავშვის დაბადების პროცესის დადებითად აღქმაში.

სწავლება

პაციენტის განათლება ეხმარება ქალს, მშობიარობის შეუცნობელი შიშის დაძლევაში. ამასთან ინფორმირებულობა, ქალის უჩენს მშობიარობის პროცესის კონტროლის შეგრძნებას. ექთანმა არ უნდა დაასკვნას რომ ქალს რომელსაც გადატანილი აქვს საკეისრო კვეთა იცის რა

მოხდება და რატომ. თუ წინა ოპერაცია ჩატარდა ხანგრძლივი პროცესის შემდეგ ან სასწრაფოდ, შეიძლება ახსოვდეს მხოლოდ ფრაგმენტები და ვერ ხვდებოდეს იმ ნაწილებს, რომელიც არ ახსოვს. პაციენტის სწავლება უნდა მოხდეს გასაგებ ენაზე და უნდა მოიცავდეს მშობიარის თანმხლებ პირსაც, ასეთის არსებობის შემთხვევაში.

სამახსოვრო 6-3. დიაგნოზები ქალისთვის, რომელიც იტარებს ოპერაციულ სამეანო პროცედურებს
• შფოთვა. • შიში. • მწვავე ტკივილი. • სპონტანური ვენტილაციის შეფერხების რისკი (დედა ან ახალშობილი). • ასპირაციის რისკი (ზოგადი ანესთეზია). • დაზიანების რისკი. • ჰიპოთერმია (დედა ან ახალშობილი). • ოჯახის ურთიერთობის ჩამოყალიბების მზაობა.

შემთხვევის შესწავლა 6-1	**პაციენტის მოვლის გეგმა**

შეფასება: ქრისტინა არის 22 წლის და ელოდება პირველ ბავშვს. სავარაუდო მშობიარობის დღე დაახლოებით ორ კვირაშია ამ დღიდან და საკეისრო კვეთა დაიგეგმა დღეიდან ერთ კვირაში, რადგან ბავშვი არის სრულ ჯდომით პოზიციაში. რადგან ამ შუადღეს მოხდა მემბრანების მთლიანობის სპონტანური დარღვევა და ქალი პრაქტიკულად იმყოფება მშობიარობის ადრეულ სტადიაში, გადაწყდა გადაუდებელი საკეისრო კვეთის ჩატარება დღესვე. ეპიდურალური ანესთეზია იგეგმება საკეისრო კვეთისთვის. მიუხედავად იმისა, რომ ქრისტინას ექიმმა დაგეგმა საკეისრო კვეთა მასთან ერთად, ის მაინც ნერვიულობს და აინტერესებს თუ რა მოუვა მას და მის ბავშვს. ის ამბობს რომ ძალიან ნერვიულობს ოპერაციაზე; რომ არასდროს ყოფილა მშვიდად საავადმყოფოში. ქრისტინას დედა და ქმარი არიან მასთან ერთად.

დიაგნოზი: ნერვიულობა დაკავშირებული უცხო გარემოსთან და საკეისრო კვეთის პროცედურებთან.

შესაძლო გამოსავალი

ქრისტინა იქნება

1. შეშინებული.
2. სიტყვიერად გამოხატავს რომ ესმის წინასაოპერაციო და პოსტოპერაციული მოვლის პრინციპები.
3. გამოხატავს პოსტოპერაციული მეთოდების ცოდნას ხველებით და ღრმა სუნთქვით.

ჩარევა და რაციონალიზაცია

1. შეაფასეთ ქრისტინას შფოთვის დონე. შფოთვის მცირე და საშუალო დონე მოსალოდნელია და შეიძლება დააჩქაროს სწავლების პროცესი. მაღალი შფოთვა ხელს უშლის სწავლებას.
2. დარჩით ქრისტინასთან რაც შესაძლებელია მეტად. საშუალება მიეცით რომ გამოხატოს შიში. გაამხნევეთ მისი დედა და ქმარი რომ დარჩნენ მასთან. როცა კრისტინა გამოხატავს შიშს, ეს საშუალებას მისცემს ექთნებს რომ ზუსტად უპასუხონ სპეციფიკურ ინტერესის ნაწილს. მხარდაჭერა მისთვის მნიშვნელოვანია ადამიანებისგან და მზრუნველი ექთნისგან.

3. გაიგეთ ქრისტინას შეგრძნებები ოპერაციის შესახებ ისეთი ღია კითხვების დასმით როგორიცაა "რას ფიქრობდით როცა გაიგეთ რომ საკეისრო კვეთით უნდა გემშობიარათ? ეს ასახავს მშობიარობის გამოცდილების მოლოდინს, ამიტომ შესაბამისად უნდა ვიმოქმედოთ რომ ეს გახდეს სასიამოვნო პროცესი. თუ ქრისტინას მოსალოდნელი და არსებული გამოცდილება ერთმანეთს ემთხვევა, ის მეტად კმაყოფილი იქნება. გაარკვიეთ გაურკვევლობა და შესაძლო უკმაყოფილების მიზეზი.

4. აუხსენით წინასაოპერაციო მომზადების პროცედურა მარტივი ენის გამოყენებით, დააზუსტეთ ქრისტინას აღქმა და მიეცით საშუალება რომ დასვას კითხვები.

• ანესთეზიოლოგი უხსნის ანესთეზიის პროცედურას. ეპიდურალური ანესთეზია დაიწყება საოპერაციო ოთახში. პოსტოპერაციული ტკივილის კონტროლი დაგეგმილია რომ იყოს მორფინი.

• კანის მომზადება ხორციელდება კლიპერების გამოყენებით (ქვედა განივი განაკვეთი იგეგმება) 7 სმ-ით ზემოთ ბოქვენის თმისგან. დაარმუნეთ ქრისტისნა, რომ ყველა კლიპერი რომელიც გამოყენებულია ერთჯერადია.

• მოათავსეთ მუდმივი კათეტერი, რომელიც ხშირად კეთდება ეპიდურალური ანესთეზიის შემდეგ.

• დარწმუნდით რომ წესრიგშია საოპერაციო მაგიდა, გარემო, მენჯის ქვემოთ საყრდენი (ან გადახრილი მაგიდა), გრილი ტემპერატურა, ყველა საჭირო საოპერაციო მოწყობილობა.

• დარწმუნდით, რომ ადგილზე არიან ადამიანები რომლებიც საჭირონი არიან საოპერაციო ოთახში, მორიგე ექთანი, საოპერაციო ექთანი, ქირურგის ასისტენტი, ნეონატალური ექთანი, პედიატრი და ნებისმიერი სხვა.

ცოდნა ამცირებს შფოთვას და შიშს უცნობი პროცესის მიმართ. კომუნიკაციაში მარტივი ენა ხელს უწყობს ნერვიულობის შემცირებას.

5. აუხსენით ქალს თუ რას უნდა მოელოდეს პოსტოპერაციულად:

• ჟანგბადის ნიღაბი გამოყენებული იქნება მცირე დროით.

• გამოყენებული იქნება პულს ოქსიმეტრი ხელის და ფეხის თითებზე, ავტომატური წნევის საზომი მოწყობილობა.

• მოხდება სასიცოცხლო ნიშნების, საშვილოსნოს ფუძის, ლოქიების ხშირი შემოწმება. ხაზი გაუსვით რომ ექთნები მაქსიმალურად ფრთხილობენ საშვილოსნოს ფუძის მასაჟისას.

• კათეტერი ხშირად დატოვებულია 24 საათამდე.

• ის იქნება კომფორტულად ტკივილგამაყუჩებლების მოხმარების დროს. საუკეთესო ეფექტისთვის, სთხოვს ექთანს მედიკამენტის დამატებას თუ დასჭირდება დამატებით ტკივილის მართვა. აუხსენით თუ როგორ მოხდება უფრო ხანგრძლივი რესპირატორული სტატუსის შემოწმება საათობრივად, თუ ეპიდურალური პოსტოპერაციული ტკივილის შემსუბუქება არის მოსალოდნელი.

• მას მოსთხოვენ რომ იმოძრაოს და ცვალოს პოზიცია რამდენჯერმე.

• აჩვენეთ თუ როგორ უნდა დაახველოს ეფექტურად (ბალიშის მოცელზე მიწოლით) და ღრმად სუნთქვის მეთოდი.

ჩამოთვლილი მეთოდების ახსნის შემდეგ შეამოწმეთ თუ როგორ გაიგო ქრისტინამ თქვენ მიერ მიწოდებული ინფორმაცია.

ახსნა ამცირებს შფოთვას და შიშს უცნობი პროცესის მიმართ და უზრუნველყოფს ქალის მხირდან იმ ფაქტის მიღებას, რომ შეიძლება ტკივილის გაყუჩების პროცედურამ გამოიწვიოს დისკომფორტი. გახსოვდეთ, რომ ანალგეზიური საშუალებების მოქმედება არის ყველაზე ეფექტური თუ მისი მიღება მოხდება სანამ ტკივილი არ არის ძალიან ძლიერი.

6. ამცირებს არასაჭირო სტიმულაციას:

• დატოვეთ სინათლეები დაბალზე და შეამცირეთ ხმაური მინიმუმამდე.

- შეზღუდეთ არასაჭირო სტუმრები და პერსონალი.
- დაგეგმეთ საოპერაციო მზადება, ასე უფრო ეფექტური იქნება პროცედურა.
- შეინარჩუნეთ მშვიდი და მეგობრული ქცევა.

ეს ზომები თავიდან აცილებს ქრისტინას დამატებით შფოთვას და ხაზს უსვამს იმას, რომ საკეისრო კვეთა მშობიარობის სახეობაა და არა ოპერაცია.

შეფასება: ქრისტინა დარწმუნებულია რომ საკეისრო კვეთა საუკეთესოა ბავშვისთვის, თუმცა ერჩივნა რომ ფიზიოლოგიურად ემშობიარა. მას ჰყავს რამდენიმე მეგობარი და ნათესავი რომლებსაც გაუკეთდათ საკეისრო კვეთა, ასე რომ ეს არ არის მოულოდნელი, რომ მასაც დასჭირდა საკეისრო კვეთა. ის რამდენიმე კითხვას სვავს და შემდეგ ადასტურებს რომ მისთვის გასაგებია წინასაოპარციო და პოსტოპერაციული მოვლა. მას შეიძლია ეფექტურად დახველება და ღრმად სუნთქვა.

ექთანი უხსნის ისეთ პრეოპერაციულ პროცედურებს, როგორიცაა თმის მოცილება კვეთის ადგილას, მუდმივი კათეტერის გაკეთება, ინტრავენური ხაზი და შეხვევა და ამ ყველაფრის მიზანი. კათეტერი და ინტრავენური ხაზი არ უნდა დარჩეს 24 საათზე დიდხანს. ხელსაწყოები, როგორიცაა გეტრები ან დასახვევი კომპრესირებადი სახვევი შეიძლება გამოყენებული იყოს მთლიანი ოპერაციის დროს მოძრაობის დაწყებამდე, რომ შეამციროს ღრმა ვენების თრომბოზის რისკი.

ქალს, რომელსაც აქვს რეგიონალური ანესთეზია, როგორიცაა ეპიდურალური ან სუბარაქნოიდალური ბლოკირება, ხშირად ეშინია რომ იგრძნობს ტკივილს ოპერაციის დროს. ოპერაციისას ქალი შესაძლოა გრძნობდეს დაწოლას და დაქაჩვას, მაგრამ ეს შეგრძნებები არ ნიშნავს რომ ანესთეზიის ეფექტი გადის. ექთანი არწმუნებს ქალს რომ მისი ტკივილის მართვა რეგულარულად მოწმდება ანესთეზიოლოგის მიერ.

თუ ქალს აქვს ზოგადი ანესთეზია, ექთანი ხსნის რატომ სრულდება საოპერაციო მომზადება ანესთეზიის გაკეთებამდე. პაციენტი უნდა დარწმუნდეს რომ მისი ოპერაცია არ დაიწყება სანამ არ დაიძინებს და არ გაეღვიძება პროცედურის დროს.

ექთანი აღწერს საოპერაციო ოთახს და იმას თუ ვინ იქნება შიგნით, რათა ნაკლებად მოხდეს პირადი სივრცის დარღვევა. მომუშავე პერსონალმა, შეძლებისდაგვარად უნდა აუხსნას თუ ვინ რას აკეთებს და ვინ ვინ არის. საოპერაციო ოთახი გრილია ხშირად და საოპერაციო მაგიდა ვიწრო. თუმცა საოპერაციო ოთახი შეიძლება გათბეს პატარა-წონის ან ნაადრევი ახალშობილის შემთხვევაში.

მშობიარე ქალის თანმხლებ პირს უნდა ავუხსნათ თუ როდის შემოვიდეს საოპერაციო ოთახში, თუ უკვე გაკეთებული არ არის, მაშინ ეპიდურალური ბლოკირება კეთდება საოპერაციო ოთახში შესვლის შემდეგ. პარტნიორი შეიძლება არ შეუშვან საოპერაციო ოთახში სანამ რეგიონალური ბლოკირება ან სხვა მოსამზადებელი მოქმედებები, როგორიცაა მუდმივი კათეტერი არ გაკეთდება. ამ მომზადებას სჭირდება 30-45 წუთი თუ არანაირი სასწრაფო მდგომარეობა არ არსებობს. გახსოვდეთ, რომ ქირურგიული ოპერაციის მომზადების დროს რომელიც მიდის ჩქარა და ეფექტურად პერსონალისთვის, ძალიან ნელა მიდის ოჯახისთვის და მშობიარის თანმხლები პირებისთვის.

პოსტანესთეზიის ოთახი და ნებისმიერი მოწყობილობა, რომელიც გამოიყენება, მაგალითად, პულს ოქსიმეტრი, ელექტროგარდიოგრამის (ECG) მონიტორი და ავტომატური სისხლის წნევის საზომი , ახსნილი უნდა იყოს როგორც მშობიარისთვის ისე მისი თანმხლები პირისთვის. ექთანი განიხილავს რუტინულ შეფასებებს და ისეთ ინტერვენციებს როგორიცაა ფუძე და ლოქიები, ხველა და ღრმა სუნთქვა. ქალს ასწავლიან მარტივ ვარჯიშებს რომ ხელი შეეწყოს ნორმალურ ცირკულაციას. ექთანი არწმუნებს მას რომ ყველა ღონისძიება იქნება მიღებული მისი კომფორტისთვის, მედიკამენტებით, პოზიციონირებით და სხვა ინტერვენციით.

უსაფრთხოების პრომოცია

ქალის საკვების მიღება ფასდება ქალის სამშობიაროში მიღების დროს და დგინდება თუ რა სახეობის ან რა დროს იყო ბოლო კვება. ეს ინფორმაცია აუცილებლად უნდა შეგროვდეს კლი-

ნიკაში მიღებისთანავე, რადგან შეიძლება ზოგადი ანესთეზია საჭირო გახდეს ნებისმიერ დროს. ინფორმაცია საკვების მიღებისა და პირღებინების შესახებ აღინიშნება სამედიცინო დოკუმენტაციაში და გადაეცემა ანესთეზიოლოგს. ორალური მიღება, გარდა გამოწერილი მედიკამენტებისა და ყინულის ნატეხებისა წყდება თუ საკეისრო კვეთის გაკეთება ხდება სავარაუდო. მედიკამენტები კუჭის და რესპირატორული სეკრეციის კონტროლისთვის ინიშნება და მიეწოდება დანიშნულებისამებრ.

ქალის საოპერაციოში გადაყვანა და მოთავსება აუცილებლად ხდება სიფრთხილის ზომების დაცვით, განსაკუთრებით თუ მას მიღებული აქვს რეგიონალური ანსეთეზია რომელიც ამცირებს მოტორულ კონტროლს და მგრძნობელობას. საოპერაციო მაგიდის ზომები განისაზღვრება ქალის ზომის შესაბამისად. ძვლოვანი ამოზნექილობები არის დაფარული. უსაფრთხოების სარტყლები კეთდება ბარძაყების გარშემო რომ ქალი უსაფრთხოდ იყოს წვრილ საოპერაციო მაგიდაზე. ერთი მენჯის ქვეშ საყრდენის მოთავსება ან საოპერაციო მაგიდის გადაწევა იცავს აორტოკავალურ კომპრესიას და ამცირებს პლაცენტალურ სისხლის დინებას. პოზიციონირების დროს მუდმივი კათეტერის მილი უნდა გატარდეს ფეხების ქვემოთ რომ მოხდეს ადეკვატური დრენაჟი და დაიცვას მილები საოპერაციო მაგიდისგან. კათეტერის ჩანთა მოთავსებულია საწოლის თავთან, ისე რომ ანესთეზიოლოგს შეუძლია დააკვირდეს შარდის გამოყოფას, რაც სითხის ბალანსის მნიშვნელოვანი საზომია.

შემთხვევის შესწავლა 6-1. პაციენტის მოვლის გეგმა

შეფასება: ქრისტინას მიღებული ჰქონდა წვნიანი და სენდვიჩი დაახლოებით 2 საათით ადრე მიღებამდე. მას გაუკეთებენ ეპიდურალურ ანესთეზიას მშობიარობისთვის. მისი სასიცოცხლო ნიშნები არის შემდეგი: ტემპერატურა 37. 2 ცელსიუსი; პულსის სიხშირე 88 დარტყმა წუთში: სუნთქვა 20 ჩასუნთქვა წუთში: სისხლის წნევა 122/70 mm Hg . ნაყოფის გულისცემის სიხშირე 130-140 დარტყმა წუთში და ხშირი აცელერაციები.

კრიტიკული აზროვნება: ეს შეფასება აჩვენებს სხვა დიაგნოზის შესაძლებლობას? რა უნდა მოიმოქნედოს ექთანმა ამ დიაგნოზისთვის?

პასუხი: ასპირაციის რისკი უნდა შეფასდეს მშობიარობის პერიოდში რადგან ზოგადი ანესთეზია შეიძლება საჭირო გახდეს მოულოდნელად და ქრისტინას შესაძლოა კუჭში საკვები ჰქონდეს, რომელიც შეიძლება ამოაღებინოს და ასპირაცია მოხდეს. ქალმა არაფერი არ უნდა მიიღოს ორალურად თუ ზოგადი ანესთეზია გახდება საჭირო. ექთანი მიიღებს დანიშნულებას იმ მედიკამენტებზე რომლებიც უნდა გამოიყენოს რომ შეამციროს კუჭის მჟავიანობა, იმ შემთხვევაში როცა ზოგადი ანესთეზიაა საჭირო.

შემთხვევის შესწავლა 6-1. პაციენტის მოვლის გეგმა

შეფასება: ქრისტინა გადაყვანილია საოპერაციო ოთახში და ეპიდურალური ანესთეზიის დაწყება ხდება. ის გააჩენს 3856 გრამის მდედრობითი სქესის ახალშობილს.

ქრისტინა გადაყვანილია ბავშვით ანესთეზიის შემდგომ განყოფილებაში მშობიარობის შემდგომი მეთვალყურეობისთვის. დედის და ბავშვის საწყისი შეფასება დამაკმაყოფილებელია. ქრისტინას მეუღლეც მასთან ერთადაა.

დიაგნოზი: დაზიანების რისკი, რომელიც დაკავშირებულია

1. ეპიდურალური ანესთეზიით განპირობებულ შეცვლილ მგრძნობელობასთან და
2. ელექტრო მოწყობილობის გამოყენებასთან ოპერაციის დროს.

მოსალოდნელი გამოსავალი: ქრისტინას არ ექნება დაზიანება დაწოლის ადგილებზე, კუნთების დაჭიმულობა და ელექტრო დაზიანება ოპერაციული პერიოდის დროს.

ჩარევა და რაციონალიზაცია

1. დააფარეთ საოპერაციო მაგიდას ფრთხილად, განსაკუთრებით ძვლიან ადგილებზე. მოერიდეთ მუხლის უკანა მხარეს დაწოლას. გამოიყენეთ კომპრესიული წინდები ან საფენები რომ მოახდინოთ ღრმა ვენების თრომბოზის პრევენცია. ანტითრომბოზური დანიშნულება ეხმარება ცირკულაციის შენარჩუნებას ქვედა კიდურებში სანამ არ მოხდება რეგულარულად მისი გადაადგილება.
2. გადაიყვანეთ ქრისტინა საოპერაციო მაგიდიდან ფრთხილად და დაამაგრეთ მისი ფეხები ფრთხილად სამაგრებით. მას უნდა ჰქონდეს საყრდენი მენჯის ქვემოთ ან მაგიდა უნდა იყოს გადახრილი.
3. ეპიდურალირი ბლოკირების შემდეგ, მოათავსეთ ქრისტინა საოპერაციო მაგიდაზე და დაამაგრეთ ფეხები უსაფრთხოების სამაგრებით. მას უნდა ჰქონდეს საყრდენი მენჯის ქვემოთ ან მაგიდა უნდა იყოს გადაწეული.
4. გამოიყენეთ დასამიწებელი მოწყობილობა ელექტრული შოკის ან დამწვრობის თავიდან ასაცილებლად თუ ელექტრო დანა გამოიყენება.

გამოკვლევა: ოპერაციის დროს, ქრისტინას სხეული უსაფრთხოდ იყო მოთავსებული სწორ პოზიციაში სწორად დაფენილი საფენებით მის ძვლოვან ადგილებზე. დასამიწებელი მოწყობილობა უზრუნველყოფს ელექტრო უსაფრთხოებას ელექტროდანით. ქრისტინა გადაიყვანეს პოსტანესთეზიის ოთახში გართულებული შემთხვევების გარეშე. აღდგენის პერიოდში მას არ გამოუვლინდა დაწოლითი, ელექტრული და ძვალსახსროვანი დაზიანებების ნიშნები.

ექთანი ამოწმებს მოწყობილობის გამართულ მუშაობას, როგორიცაა გამწოვი მოწყობილობა, მონიტორები და ელექტროკაუტერი. გულის მონიტორის, ტემპერატურის და პულს ოქსიმეტრის მოწყობილობები მაგრდება ქალზე, რომ მოხდეს სასიცოცხლო მაჩვენებლებზე დაკვირვება. დასამიწებელი სადენი ელექტროკაუტერის უსაფრთხო გამოყენების საშუალებას იძლევა.

ქირურგიული ოპერაციის შემდეგ, ჭრილობის ადგილი სუფთავდება სტერილური წყლით და ედება სტერილური სახვევი. სისხლი და ამნიონური სითხე არის ამოსუფთავებული ქალის მუცლიდან, საჯდომიდან და წელიდან საწოლზე გადაყვანამდე. სწორად გადაყვანა ამცირებს ტკივილს და ჰიპოტენზიას.

პოსტოპერაციული მოვლა

საკეისრო კვეთის პოსტოპერაციული მოვლა ისეთივეა, როგორიც ვაგინალური მშობიარობის დროს, თუმცა ხორციელდება დამატებით ჩარევები ქირურგიული ჭრილობის მოვლის მიზნებიდან გამომდინარე. ქალის ტემპერატურა ფასდება მიღების დროს პოსტანესთეზიის ოთახში და მოვლა გრძელდება შესაბამისად პროტოკოლის მიხედვით. თუ მისი მდგომარეობა სტაბილურია, სხვა შეფასებები კეთდება ყოველ 15 წუთში ერთხელ პირველი ერთი საათი, მეორე საათს ყოველ 30 წუთში ერთხელ, ხოლო შემდეგ ყოველ ერთ საათში ერთხელ, სანამ გადაყვანილი არ იქნება მშობიარობის შემდგომი ლოგინობის ხანის ოთახში. გარდა ტემპერატურისა, რუტინული პოსტოპერაციული შეფასება შედგება შემდეგით:

- სასიცოცხლო ნიშნები, რესპირატორული მახასიათებლები და ჟანგბადის სატურაცია.
- მოტორიკის და მგრძნობელობის დაბრუნება რეგიონალური ბლოკირების დროს.
- ცნობიერების დონე, განსაკუთრებით თუ ზოგადი ანესთეზიური და სედაციური მედიკამენტები იყო გაკეთებული.
- მუცლის შეხვევა.
- საშვილოსნოს სიმკვრივე და პოზიცია(შუაში ან გადახრილი გვერდით).
- ლოქიები(ფერი, რაოდენობა, ნებისმიერი ზომის ლოქიების არსებობა).
- შარდის გამოყოფილი რაოდენობა (რაოდენობა , ფერი , სხვა მახასიათებლები).

- ინტრავენური ინფუზია (სითხეები, სიჩქარე , მდგომარეობა ინტრავენური ხაზის დაყენების ადგილას).
- ტკივილის შემსუბუქების საჭიროება.
- კომპრესიული მოწყობილობების ფუნქცია.

ექთანი აკვირდება მოძრაობის და მგრძნობელობის დაბრუნებას ქალებში, რომელთაც გეკეთებული აქვთ ეპიდურალური ან სუბარაქნოიდალური ბლოკირებით ანესთეზია. ცნობიერების დონე და სუნთქვითი სტატუსი (კანი და ლორწოვანი მემბრანების ფერი, სუნთქვის სიხშირე და ხარისხი, პულს ოქსიმეტრის მაჩვენებელბი) არის მნიშვნელოვანი ზოგადი ანესთეზიის დროს. სუნთქვაზე დაკვირვება ასევე მნიშვნელოვანია თუ ქალს მიღებული აქვს ოპიოიდური ნარკოტიკური საშუალება, რომელმაც შეიძლება გამოიწვიოს გვიანი რესპირაციული დეპრესია. ნალოქსონი (ნარკანი) უნდა იყოს ხელმისაწვდომი რომ შეაბრუნოს ოპიოდებით გამოწვეული რესპირატორული დეპრესია.

პულსის სიჩქარე, სუნთქვა, სისხლის წნევა და ჟანგბადის სატურაცის დონე გვაძლევს მნიშვნელოვან მინიშნებას ქალის ცირკულაციის და სუნთქვითი სტატუსის შესახებ. თუ ჟანგბადის სატურაცია დაეცემა 95%-ზე ქვევით, იგი რამდენიმე ღრმა ჩასუნთქვით შეიძლება აიწიოს. მუდმივი სუნთქვით სიხშირე 12 ჩასუნთქვაზე ნაკლები წუთში მიანიშნებს სუნთქვით დეპრესიას. ღრმა ჩასუნთქვა და ხველა მეტ სეკრეტს ამოიღებს ფილტვებიდან. პატარა ბალიში, ჭრილობის დასაყრდნობად ამცირებს ტკივილს ხველების დროს. პოზიციის ცვლილება ყოველი 2 საათის განმავლობაში აუმჯობესებს ვენტილაციას, ამცირებს ფილტვებში სეკრეტის დაგროვებას და დისკომფორტს მუდმივი დაწოლისგან.

როგორც ვაგინალური მშობიარობის დროს, ფუძე იზომება სიმაღლის, სიმკვრივის და პოზიციის მიხედვით. ეს გასინჯვა მტკივნეულია რეგიონული ანესთეზიის გავლის შემდეგ, მაგრამ პოსტსაკეისროს დროს შეიძლება ქალს ჰქონდეს საშვილოსნოს ატონია. მუცლის კუნთების მოსადუნებლად და ტკივილის შესამცირებლად ფუძის გასინჯვის დროს, საჭიროა მოხაროს მუხლები და ნელა და ღრმად ისუნთქოს. ექთანი ნაზად თითებით ამოწმებს საშვილოსნოს ფუძეს რომ გაარკვიოს საშვილოსნოს სიმკვრივე. ქალს რომელსაც აქვს ფანენშტეილის კანის განაკვეთი ხშირად აქვს ნაკლები ტკივილი ფუძის გასინჯვის დროს, ვიდრე ქალს ვერტიკალური განაკვეთით. მყარ ფუძეს არ სჭირდება მასაჟი. შესახვევი მოწმდება ჭრილობიდან გამონადენის არსებობაზე ფუძის გასინჯვის დროს.

ექთანი აფასებს ლოქიებს და შარდის გამოყოფას სხვა მანიშნებლებთან ერთად. ლოქიები შეიძლება ჩაიღვაროს ქალის დუნდულების ქვეშ და ქვედა წელში. საშვილოსნო შეიძლება იყოს სისხლიანი დროებით, თუ საკეისრო კვეთა გაკეთდა ხანგრძლივი მშობიარობის ან მაშებით ოპერაციის დროს. შარდი უნდა შემოწმდეს შესაძლო სისხლის არსებობაზე. შარდის ბუშტი უნდა დაიცალოს თანდათანობით რომ არ მოხდეს საშვილოსნოს გადაჭიმვა, რომელიც აუარესებს ტკივილს და ზრდის მშობიარობის შემდგომ სისხლდენის რისკს. ექთანმა უნდა იცოდეს რომ შარდის გამოყოფის შემცირება ჰიპოვოლემიის პირველი ნიშანია.

ქალის საჭიროება ტკივილის მოხსნასთან დაკავშირებით რეგულარულად უნდა შემოწმდეს. ქალმა, რომელმაც მიიღო ეპიდურალური ოპიოდები შეიძლება აღარ დასჭირდეს მეტი ანალგეზია, ადრეულ პოსტპარტუმ პერიოდში. თუ მას სჭირდება დამატებით ტკივილის შემსუბუქება ეპიდურალური ოპიოდების მოქმედების ქვეშ, დოზა არის შედარებით მცირე, ვიდრე მას დასჭირდებოდა ამ ფორმის ანალგეზია რომ არ ჰქონოდა მანამდე მიღებული. ორალური ანალგეზიური საშუალებები ცვლის პარენტერალურს ოპერციების შემდგომ. არასტეროიდული საშუალბები როგორიცაა იბუპროფენი, უზრუნველყოფს ხანგრძლივად მოქმედ ანალგეზიას ეპიდურალური ოპიოდების მიღების დროს. თუ მას არ მიუღია ეპიდურალური ოპიოდები, მაშინ ტკივილის გაყუჩება ხდება პაციენტის მიერ კონტროლირებული ანალგეზიის ტუმბოთი.

წყაროები

1. Albers, L., & Borders, N. (2007). Minimizing genital tract trauma and related pain following spontaneous vaginal birth. Journal of Midwifery & Women's Health, 52(3), 246–253.
2. Akinsipe, C., Villalobos, L. E., & Ridley, R. T. (2012). A systematic review of implementing an elective labor induction policy. Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing, 41(1), 5–16.
3. Alperin, M., Krohn, M. A., & Parviainen, K. (2008). Episiotomy and increase in the risk of obstetric laceration in a subsequent vaginal delivery. Obstetrics and Gynecology, 111(6),1274–1278.
4. American Academy of Pediatrics (AAP) & American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). (2012). Guidelines for perinatal care (7th ed.). Elk Grove Village, IL: Authors. American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). (2011a). Dystocia and augmentation of labor. Practice Bulletin No. 49. Washington, DC: Author.
5. American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). (2011b). Episiotomy. Practice Bulletin No. 71. Washington, DC: Author.
6. American College of Obstetricians and Gynecologists. (ACOG). (2012a). External cephalic version. Practice Bulletin No. 13. Washington, DC:Author.
7. American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). (2009). Induction of labor. Practice Bulletin No. 107. Washington, DC: Author.
8. American College of Obstetricians and Gynecologists. (2012b). Operative vaginal delivery. Practice Bulletin No. 17. Washington, DC: Author.
9. American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). (2010). Vaginal birth after previous cesarean delivery. Practice Bulletin No. 115. Washington, DC: Author.
10. Berghella, V., & Foley, M. R. (2012). Cesarean delivery. In S. G. Gabbe, J. R. Niebyl, J. L. Simpson, et al. (Eds.), Obstetrics: Normal and Problem Pregnancies (6th ed., pp. 445–478). Philadelphia: Saunders.
11. Martin, J. A., Hamilton, B. E., Ventura, S. J., et al. (2011). Births: Final data for 2009. National Vital Statistics Reports, 60(1). Hyattsville, MD: National Center for Health Statistics.
12. Martin, J. A., Kirmeyer, S., Osterman, M., & Shepherd, R. A. (2009). Born a bit too early: Recent trends in late preterm births. National Center for Health Statistics Data Brief No. 24. Hyattsville, MD: National Center for Health Statistics.
13. Menacker, F., & Hamilton, B. E. (2010). Recent trends in cesarean delivery in the United States. National Center for Health Statistics Data Brief No. 35. Hyattsville, MD: National Center for Health Statistics.
14. Michelson, K. A., Carr, D. B., & Easterling, T. R. (2008). The impact ofduration of labor on cesarean rate. American Journal of Obstetrics & Gynecology, 199, 299e1–299e4.
15. Moleti, C. A. (2009). Trends and controversies in labor induction. (2009). MCN: American Journal of MaternalChild Nursing, 34(1), 40–47.
16. Neilsen, P. E., & Galan, H. L. (2012). Operative vaginal delivery. In S. G. Gabbe, J. R. Niebyl, J. L. Simpson, et al. (Eds.), Obstetrics: Normal and Problem Pregnancies (6th ed., pp. 311–329). Philadelphia: Saunders.
17. O'Rourke, P. T., Girardi, G. J., Balaskas, T. N., Havlisch, R. A., Landstrom, G., Kirby, B., Knox, G. E., &
18. Simpson, K. R. (2011). Implemation of a system-wide policy for labor induction. MCN: American Journal of MaternalChild Nursing, 36(5), 305–311.

19. Oshiro, B. T., Henry, E., Wilson, J., Branch, D. W., & Varner, M. W. (2009). Decreasing elective deliveries before 39 weeks of gestation in an integrated health care system. Obstetrics and Gynecology, 113(4), 804–811.
20. Pearson, N. (2011). Oxytocin safety: Legal implications for perinatal nurses. Nursing for Women's Health, 15(2), 110–117.
21. Scott, J. R., & Porter, T. F. (2008). Cesarean delivery. In J. R. Scott, R. S. Gibbs, B. Y. Karlan, & A. F. Haney (Eds.), Danforth's obstetrics and gynecology (10th ed., pp. 491– 503). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
22. Simpson, K. R. (2008a). Cervical ripening and induction and augmentation of labor (3rd ed.). Washington, D.C.: Association of Women's Health, Obstetric, and Neonatal Nurses.
23. Simpson, K. R. (2008b). Fetal assessment during labor. In K. R. Simpson & P. A. Creehan (Eds.), AWHONN perinatal nursing (3rd ed., pp. 399–442). Philadelphia: Lippincott.
24. Simpson, K. R. (2008c). Labor and birth. In K. R. Simpson & P. A. Creehan (Eds.), AWHONN perinatal nursing (3rd ed., pp. 300–388). Philadelphia: Lippincott.
25. Simpson, K. R., & Knox, G. E. (2009). Oxytocin as a highalert medication: Implications for perinatal patient safety. MCN: American Journal of Maternal-Child Nursing, 34(1), 8–15.

თავი 7

ახალშობილის ნორმალური მდგომარეობა: ადაპტაციის პროცესი

მშობიარობის დროს ახალშობილმა უნდა განიცადოს ძირეული ცვლილებები რომ მოახდინოს ადაპტაცია საშვილოსნოსგარე ცხოვრებასთან და საკუთარი სასუნთქი, მომნელებელი და რეგულატორული მოთხოვნები შეუსაბამოს ახალ გარემოს. ამ თავში დეტალურადაა აღწერილი ის ცვლილებები, რომელიც დაეხმარება ექთნებს, მოახდინონ იმ ნიშნების იდენტიფიკაცია, რომლებიც მიანიშნებს პრობლემას ან ანომალიას.

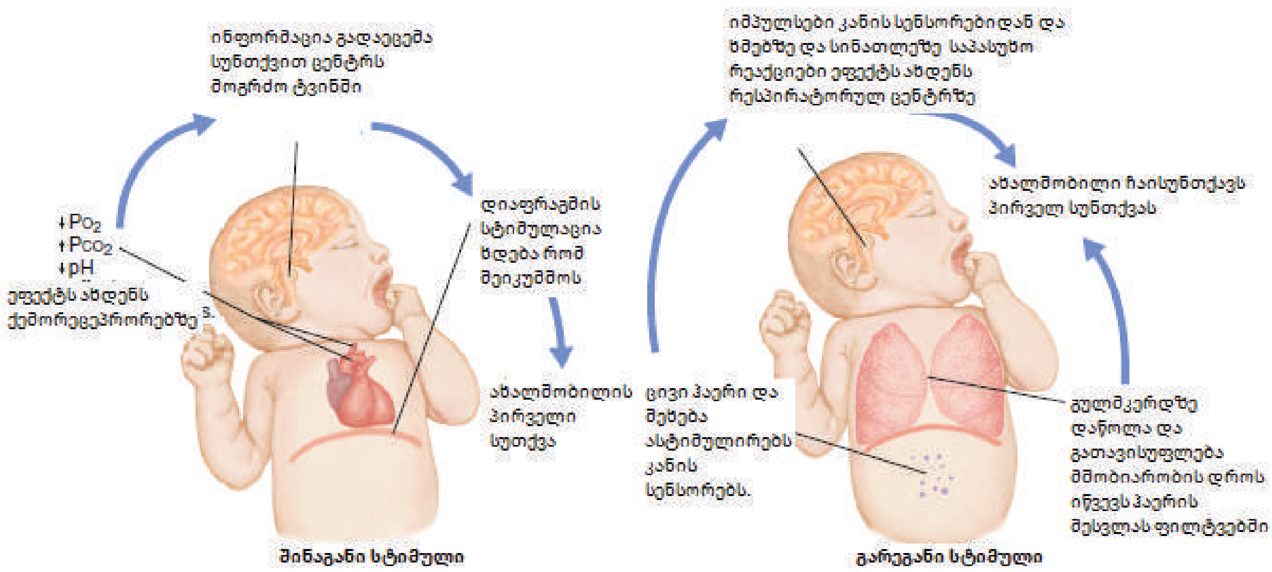
სუნთქვის დაწყება

სუნთქვის დაწყება პირველი სასიცოცხლო ამოცანაა, რომელიც უნდა შეასრულოს ახალშობილმა; ეს ასევე მნიშვნელოვანი ფაქტორია ფილტვების შემდგომი ნორმალური განვითარებისთვის. ზოგიერთი სითხე თავისუფლდება ფილტვებიდან ამნიონურ სითხეში. სითხის წარმოქმნა ხდება განუწყვეტლივ 4-5 მლ/კგ/საათის სიჩქარით. ნაყოფის სრულ ვადასთან მიახლოებისას, ნაყოფის ფილტვის სითხის წარმოქმნა მცირდება იმისათვის რომ ნაყოფი მშობიარობისთვის მოემზადოს; ამ დროს უნდა მოხდეს სითხის გამოთავისუფლება ნაყოფის ფილტვიდან რომ მან მოახერხოს სუნთქვა. ფილტვის სითხის უკუშეწოვა ხდება მშობიარობის ადრეულ პერიოდში და დაბადების დროს ნაყოფის ფილტვში სითხის თავდაპირველი ოდენობის მხოლოდ 35% არის დარჩენილი.

მშობიარობის დროს, სითხე იწყებს გადასვლას ინტერსტიციუმის სივრცეში, სადაც ის შეიწოვება. შეწოვა დაჩქარებულია ნაყოფის ეპინეფრინის და კორტიკოსტეროიდების მიერ, მაგრამ შეიძლება უკუშეწოვა შეფერხდეს საკეისრო კვეთით დაბადების დროს. სითხის მოშორება ამცირებს ფილტვის რეზისტენტობას სისხლის დინების მიმართ და აჩქარებს სუნთქვას.

სურფაქტანტი. ლიპოპროტეინების შემცველი ნივთიერება, შეიმჩნევა 24-25 კვირის გესტაციის ვადაზე. სურფაქტანტი ამოფენს ალვეოლს შიგნით და ამცირებს ზედაპირულ დაჭიმულობას ალვეოლაში, რაც საშუალებას აძლევს ალვეოლს რომ ნახევრად ღია იყოს როცა ნაყოფი სუნთქვას იწყებს დააბდების პროცესში. სურფაქტანტის გარეშე ალვეოლი ჩაიფუშება ნაყოფის ჩასუნთქვასთან ერთად. ალვეოლი უნდა გაიხსნას ყოველი ჩასუნთქვის დროს, რაც სუნთქვით მუშაობას და ატელექტაზის განვითარების რისკს ზრდის. 34-36 კვირის გესტაციაზე საკმარისი სურფაქტანტი წარმოიქმნება რომ მოხდეს რესპირატორული დისტრესის სინდრომის პრევენცია. სურფაქტანტის წარმოქმნა იზრდება მშობიარობის დროს და მშობიარობიდან მალევე რომ დაეხმაროს ნაყოფს ცხოვრების ტრანსფორმაციაში.

ნაადრევი მშობიარობის დროს სტეროიდების მიწოდება ეხმარება ნაყოფს სურფაქტანტის წარმოქმნის და ფილტვების მომწიფების დაჩქარებაში. სურფაქტანტის წარმოქმნის სტიმულირების მიზნით, სტეროიდების მიწოდება ნაჩვენებია, თუ სახეზეა ნაყოფის საშვილოსნოსშიდა ზრდის შეფერხება ან არის ნაყოფისთვის სტრესული ისეთი მდგომარეობები როგორებიცაა დედის ჰიპერტენზია, ჰეროინზე დამოკიდებულება, პრეეკლამფსია ან ინფექცია, პლაცენტალური უკმარისობა ან ვადამდელი მემბრანების დარღვევა. გახსოვდეთ, გესტაციური დიაბეტით დაავადებული დედების ახალშობილებში, შენელებულია ფილტვების მომწიფება.



სურათი 7-1.შინაგანი მიზეზი სუნთქვის დაწყების არის ქიმიური ცვლილებები რომელსაც ადგილი აქვს მშობიარობის დროს. გარეგანი მიზეზი სუნთქვის შედგება თერმული,სენსორული და ქიმიური ფაქტორისგან.

სუნთქვის გამომწვევი მიზეზები

დაბადების დროს ნაყოფის პირველმა ჩასუნთქვამ უნდა გააძლიეროს ფილტვების სითხის გამოსვლა ალვეოლებიდან და ინტერსტიციალურ სივცეში გადასვლა. ამას სჭირდება მეტად ძლიერი ნეგატიური წნევა (ამოწოვა) ვიდრე მხოლოდ მომდევნო ჩასუნთქვა. სუნთქვის წამოწყება ხდება ქიმიური, მექანიკური, თერმალური და სენსორული ფაქტორების მიერ, რომელიც ასტიმულირებს სუნთქვის ცენტრს მოგრძო ტვინში და იწვევს სუნთქვას(სურათი 7-1).

ქიმიური ფაქტორები

საძილე არტერიების და აორტის ქემორეცეპტორები რეაგირებენ სისხლის ქიმიური შემადგენლობის ცვლილებებზე, რაც თავის მხრივ გამოწვეულია ჰიპოქსიით, რომელიც თან ახლავს ნორმალურ მშობიარობას. ჟანგბადის პარციალური წნევის (PO2) და pH-ის შემცირება და სისხლში ნახშირორჟანგის პარციალური წნევის (Pco2) გაზრდა ასტიმულირებს სუნთქვის ცენტრს მოგრძო ტვინში. დამატებით, ზურგის ტვინში სისხლძარღვების ოკლუზია აჩერებს პლაცენტალური ნივთიერებების დინებას, რამაც შეიძლება შეაფერხოს სუნთქვა. დაბადებისას დიაფრაგმის ძალისმიერი შეკუმშვა ხდება, რომელიც იწვევს ჰაერის შესვლას ფილტვებში. თუმცა სუნთქვითი ცენტრის სტიმულაცია და სუნთქვა არ ხდება თუ გახანგრძლივებული ჰიპოქსია იწვევს ნაყოფის ცენტრალური ნერვული სისტემის დეპრესიას.

მექანიკური ფაქტორები

მშობიარობის დროს ნაყოფის გულმკერდის კომპრესია ხდება სამშობიარო გზის ვიწრო არხში. დაახლოებით ნაყოფის ფილტვების სითხის ერთი მესამედის გამოსვლა ხდება ფილტვებიდან ზედა სასუნთქ გზებში, მშობიარობის დროს. ნაყოფის ფილტვიდან სითხე გამოდის გარეთ მისი პირიდან და ცხვირიდან. დაბადების შემდეგ, გულმკერდზე იხსნება ზეწოლა რაც ასტიმულირებს გულმკერდის ელასტიურ გაშლას.

თერმული ფაქტორები

ტემპერატურული ცვლილებები, რომელიც ხდება მშობიარობის დროს ასევე ასტიმულირებს სუნთქვის დაწყებას. დაბადების დროს ახალშობილი საშვილოსნოს თბილი, სითხით სავსე გარემოდან ხვდება გარემოში, სადაც ტემპერატურა შეიძლება ბევრად მცირე იყოს. კანზე განთავსებული სენსორები ამ უცაბედი ტემპერატურული ცვლილების საპასუხოდ აგზავნიან იმპულსებს მოგრძო ტვინში, რაც ასტიმულირებს სუნთქვის ცენტრს და სუნთქვას.

სენსორული ფაქტორები

ნაყოფის ტაქტილური, ვიზუალური და ყნოსვითი სტიმულირება ხდება მშობიარობის განმავლობაში და მის შემდგომ. დაბადების შემდეგ ექთანი ამშრალებს ნაყოფს და კანი-კანზე შეხებისთვის აწვენს მას დედაზე და ახვევს პლედებში, რაც კიდევ იწვევს კანის სენსორების სტიმულაციას, სტიმულაცია სინათლით, ხმით, ყნოსვით და ტკივილით მშობიარობის დროს ასევე შეიძლება დაეხმაროს ნაყოფს სუნთქვის დაწყებაში.

სუნთქვის გაგრძელება

ალვეოლის გაშლის შემდეგ, სურფაქტანტი ინარჩუნებს ალვეოლას ნახევრად ღია მდგომარეობაში. პირველი ჩასუნთქვიდან დაახლოებით 20-30 მლ ჰაერი რჩება ფილტვებში- ფუნქციური ნარჩენი მოცულობა (FRC). სუნთქვის დაწყებიდან 80-90% FRC ყალიბდება. რადგან ალვეოლები ნახევრად ღია მდგომარეობაში რჩება, შემდგომ ჩასუნთქვებს მეტად ნაკლები ძალისხმევა სჭირდება, ვიდრე პირველს.

ნაყოფის ტირილთან ერთად, ფილტვებში წნევა იზრდება, რაც იწვევს ნაყოფის ფილტვის დარჩენილი სითხის მოძრაობას ინტერსტიციულ სივრცეებში, სადაც მისი შეწოვა ხდება ფილტვის ცირკულაციის და ლიმფური სისტემის მიერ. სრულ შეწოვას შეიძლება დასჭირდეს რამდენიმე საათი, ეს ხსნის თუ რატომ ისმის სველი ხიხინი პირველი მოსმენის დროს და თუ რატომ სუფთავდება სუნთქვის ტონები რამდენიმე საათში.

გულ-სისხლძარღვთა სისტემის ადაპტაცია.

გარდამავალი პერიოდი

ნაყოფის განვითარების პერიოდში მას აქვს სამი ანასტომოზი, ვენური სადინარი, ოვალური ხვრელი და არტერიული სადინარი. ამ ანასტომოზების მეშვეობით ხორციელდება ფეტალური სისხლის მიმოქცევა.

ვენური სადინარი

ოქსიგინირებული სისხლი პლაცენტიდან გადადის ნაყოფის სისხლის მიმოქცევაში, ჭიპლარის ვენით. სისხლის დაახლოებით ერთი მესამედი, ღვიძლიდან გადადის ვენურ სადინარში, რომელიც უკავშირდება ქვედა ღრუ ვენას. ჭიპლარის ვენის ნაწილი ქვედა ღრუ ვენაში შეერთებამდე ღვიძლს გაივლის. ორსულობის ბოლოსკენ ღვიძლს სჭირდება მეტი პერფუზია, 70-80% ოქსიგინირებული სისხლი მიედინება ღვიძლისკენ პირველად და შემდეგ ვენურ სადინარში.

სისხლი ვენური სადინარიდან ან ღვიძლის პორტალური სისტემიდან შედის ქვედა ღრუ ვენაში და უერთდება სხეულის ქვედა ნაწილიდან მომავალ სისხლს. მარჯვენა წინაგულში მოხვედრილი სისხლი ჩაედინება მაღალი ოქსიგინირებული ნაკადიდან, წინაგულის გავლით, ოვალურ ხვრელში.

ოვალური ხვრელი

ოვალური ხვრელი მოთავსებულია გულის მარჯვენა და მარცხენა წინაგულებს შორის. მარჯვენა წინაგულში ჩამდინარე სისხლის 50 - 60 % გადაედინება მარცხენა წინაგულში ოვალურ ხვრელს გავლით. მარცხენა წინაგულში გადასული სისხლი პულმონალური არტერიებიდან შემოსულ მცირე რაოდენობის სისხლს ერევა, შემდეგ კი ჩაედინება მარცხენა პარკუჭში და შემდეგ აორტაში. უმეტესი სისხლი აღმავალი აორტიდან მიედინება კორონარულ, მარცხენა საძილე არტერიასა და ლავიწქვეშა არტერიაში. ამიტომ უმეტესობა უკეთესად ოქსიგინირებული სისხლი გვერდს უვლის არაფუნქციურ ფილტვებს და მიედინება გულში, ტვინში და სხეულის ზედა ნახევარში.

სისხლი რომელიც არ გაივლის ოვალურ ხვრელს მიედინება მარჯვენა პარკუჭში, მაგრამ ფილტვებში სისხლის მიმოქცევა შეზღუდულია შევიწროვებული პულმონალური არტერიებისა და პულმონალური სისხლძარღვების გამო- აქ არსებული ძლიერი სპაზმი იწვევს მაღალ წნევას გულის მარჯვენა მხარეს. წნევა დაბალია გულის მარცხენა მხარეს, რადგან მცირე რეზისტე-

ნტობა იქმნება როცა სისხლი ტოვებს მარცხენა პარკუჭს და მიედინება დანარჩენ სხეულში და გაფართოვებულ პლაცენტალურ სისხლძარღვებში. წნევის განსხვავება მარჯვენა და მარცხენა წინაგულებში განაპირობებს სისხლის დინებას ოვალური ხვრელის გავლით.

პულმონალური სისხლძარღვები

სისხლი ზემო ღრუ ვენიდან და ნაკლებად ოქსიგინირებული სისხლი ქვედა ღრუ ვენიდან ჩაედინება მარჯვენა წინაგულში, მარჯვენა პარკუჭში და პულმონალურ არტერიებში. 30 კვირის გესტაციის შემდეგ, სისხლის რაოდენობა ფილტვებში იზრდება. სისხლის დინება ფილტვებში შეზღუდულია, რადგან პულმონალური სისხლძარღვები შევიწროვებულია, რაც იწვევს პულმონალური სისხლძარღვების რეზისტენტობას. სისხლი რომელიც ფილტვებში მიედინება მარცხენა წინაგულში ბრუნდება პულმონალური ვენებით.

არტერიული სადინარი

არტერიული სადინარი აკავშირებს პულმონალურ არტერიას და დაღმავალ აორტას ნაყოფის მუცლადყოფნის პერიოდში. არტერიული სადინარის შენარჩუნებას განაპირიბებს პლაცენტის მიერ გამომუშავებული პროსტაგლანდინები და სისხლში ჟანგბადის დაბალი კონცენტრაცია.

ცვლილებები დაბადებისას

დაბადებისას, ანასტომოზები იხურება და პულმონალური სისხლძარღვები ფართოვდება. ეს ცვლილებები სისხლში გაზრდილი ჟანგბადის დონის საპასუხოდ, გულში, ფილტვებსა და სისტემურ სისხლის მიმოქცევაში (მათ შორის, ჭიპლარის ვენასა და არტერიაში), წნევის მკვეთრი ცვალებადობის გამო ხდება. ნაყოფის სისხლის მიმოქცევიდან ნეონატალურ სისხლის მიმოქცეაზე გადართვა დაბადებიდან პირველი რამდენიმე წუთის განმავლიბაში ხდება (ცხრილი 7-1).

როგორც კი ახალშობილი ჩაისუნთქავს პირველად, ჟანგბადის კონცენტრაციის ზრდა იწვევს არტერიული სადინარის შევიწროვებას. პულმონალური სისხლძარღვები გაზრდილი ოქსიგენაციის საპასუხოდ ფართოვდება. ამავდროულად ნაყოფის ფილტვების სითხე გადადის ინტერსტიციალურ სივრცეში საიდანაც დრენირდება სისხლძარღვებითა და ლიმფური სადინრებით. ეს ცვლილებები ამცირებს პულმონალური სისხლძარღვების რეზისტენტობას 80%-ით და საშუალებას აძლევს სისხლძარღვებს, რომ გაფარდოვდეს პულმონალური არტერიებიდან გაზრდილი სისხლის მიდინების საპასუხოდ.

დაბადების დროს, წნევა მარჯვენა და მარცხენა გულის მხარეს საპირისპიროდ ბრუნდება. ფილტვების სისხლძარღვების უცაბედი დილატაცია განაპირობებს სისხლის თავისუფალ გადინებას მარჯვენა პარკუჭიდან, რაც ამცირებს მარჯვენამხრივ წნევას. ჭიპლარის გადაკვეთა ხურავს ვენურ სადინარს და უფრო მეტად ამცირებს წნევას გულის მარჯვენა მხარეს. გაზრდილი სისხლის დინება პულმონალური ვენებიდან მარცხენა წინაგულში იწვევს გულის მარცხენა მხარეს წნევის მატებას. სისტემური სისხლის მიმოქცევის რეზისტენტობა იზრდება, რამდენადაც სისხლის მიდინება პლაცენტისკენ იზრდება ჭიპლარის გადაკვეთასთან ერთად და ესეც ასევე ზრდის წნევას მარცხენა გულში.

ოვალური ხვრელი იხურება როცა წნევა მარცხენა წინაგულში უფრო მაღალია ვიდრე მარჯვენა წინაგულში. ეს ცვლილება სისხლს აიძულებს იდინოს მარჯვენა წინაგულიდან მარჯვენა პარკუჭში და პულმონალურ არტერიებში. რადგან არტერიული სადინარი ასევე იხურება, სისხლი მიედინება ფილტვებში რომ მოხდეს ოქსიგენაცია და დაუბრუნდეს მარცხენა წინაგულს პულმონალური ვენებით. სისხლი მარცხენა წინაგულიდან ჩაედინება მარცხენა პარკუჭში და ტოვებს გულს აორტის საშუალებით რომ იცირკულიროს დანარჩენ სხეულში. სისხლის დინება გულიდან ფილტვებისკენ გავლით იცვლება ნაყოფის ცირკულაციიდან ახალშობილის ცირკულაციით, რაც ზრდასრული ადამიანის სისხლის მიმოქცევის მსგავსია.

მდგომარეობებმა, როგორიცაა ასფიქსია (არასაკმარისი ჟანგბადი და ზედმეტი ნახშირორჟანგი სისხლში და ქსოვილებში) და მუდმივი პულმონალური ჰიპერტენზია, შესაძლოა შეაბრუნოს წნევები გულში და გამოიწვიოს ოვალური ხვრელის ხელახლი გახსნა.

არტერიული სადინარი იხურება თანდათანობით ოქსიგენაციის გაუმჯობესებასთან ერთად და პროსტაგლანდინები, რომლებიც ინარჩუნებდა მათ ღია მდგომარეობაში, მეტაბოლიზირდება. სანამ სადინარის დახურვა დასრულდება, მცირე რაოდენობის სისხლი შეიძლება გადავიდეს არტერიული სადინარის გავლით აორტიდან პულმონალურ არტერიებში. ამ დროს ფიზიკალური გასინჯვისას, შეიძლება გავიგოთ სისხლის დინების შუილი.

ჟანგბადის დაბალმა დონემ სისხლში შეიძლება გამოიწვიოს არტერიული სადინარის დილატაცია და პულმონალური სისხლძარღვების შევიწროვება, რაც ზრდის რეზისტენტობას ფილტვებში. შედეგად შეიძლება გაიხსნას ოვალური ხვრელი, რაც საშუალებას მისცემს სისხლს იმოძრაოს მარჯვნიდან მარცხნივ შუნტირების გზით და იდინოს პულმონალური არტერიებიდან არტერიული სადინრის გავლით აორტაში. ღია არტერიული სადინარი შესაძლოა შენარჩუნდეს ახალშობილში რომელიც განიცდის ასფიქსიას დაბადების დროს, ხდება ჰიპოქსიური ან არის ნაადრევი.

ცხრილი 7-1	სისხლის მიმოქცევის ცვლილებები ნაყოფის დაბადებისას				
სტრუქტურა	ფუნქცია ნაყოფის მუცლადყოფნის დროს	ცვლილება დაბადებისას	ცვლილების მიზეზი დაბადებისას	ცვლილების შედეგი დაბადებისას	ფუნქციური და მუდმივი ცვლილებების დრო
ჭიპლარის სისხლძარღვები	მიაქვს სისხლი პლაცენტიდან ნაყოფისკენ და უკან	სისხლის დინების დახშობა სისხლძარღვებში	ჭიპლარის არტერიის გადაკეტვა	ხდება მარჯვენა წინაგულში წნევის შემცირება და სისტემური რეზისტენტობის მომატება	ფუნქციური: გადაკეტვიდან დაუყოვნებლივ. მუდმივი: 1-2 კვირაში
ვენური სადინარი	სისხლის ერთი მესამედის შუნტირება ჭიპლარის ვენიდან ქვედა ღრუ ვენაში და მოუმწიფებელი ღვიძლიდან საპირისპიროდ	სისხლის დინება დახშობილია ჭიპლარის ცირკულაციის შეწყვეტით	ჭიპლარის დახშობა აჩერებს სისხლის დინებას ჟიპლარის ვენის გავლით ვენურ სადინარში	სისხლი გაივლის ღვიძლში გასაფილტრად როგორც მოზარდების ცირკულაციაში	ფუნქციური: ჟიპლარის გადაკეტვისას. გარდაიქმნება ვენურ ლიგამენტად
ოვალური ხვრელი	უზრუნველყოფს ნაჭრისებრ სარქველს მარჯვენა და მარცხენა წინაგულებს	იხურება როცა წნევა მარხენა წინაგულში უფრო მაღალია ვიდრე	ჭიპლარის დახშობა ზრდის სისტემურ რეზისტენტობას, სისხლი	სისხლმა რომელიც შედის მარჯვენა წინაგულში შეიძლება აღარ გაიაროს მარცხენა	იხურება დაბადებისას წნევის ცვლილების გამო.

	შორის, ისე რომ სისხლი გვერდს აუვლის არაფუნქციურ ფილტვებს და გადავა პირდაპირ მარცხენა პარკუჭში და აორტაში: იხსნება მარჯვნიდან- მარცხნივ მიმართულებით, გამომდინარე მარჯვენა წინაგულის მაღალი და მარცხენა წინაგულის დაბალი წნევების გამო	მარჯვენა წინაგულში	ბრუნდება პულმონალური ვენიდან მარცხენა წინაგულში; ორივე ზრდის მარცხენა გულის წნევას. შემცირებული პულმონალური რეზისტენტობა საშუალებას აძლევს თავისუფალ სისხლის მიდინებას ფილტვებში და ამცირებს წნევას მარჯვენა წინაგულში	წინაგულის გავლით, ამის მაგივრად ის მიდის მარჯვენა პარკუჭში და პულმონალური არტერიის გასწვრივ ფილტვებში	ფუნქციური: 3 თვეში, ან შეიძლება უფრო მოგვიანებით გარდაიქმნას ოვალურ ჩაღრმავებად
პულმონალური სისხლძარღვები	შევიწროვებული სისხლძარღვები ზრდის სისხლის მიმოქცევის რეზისტენტობას ფილტვებში	ფილტვებში ყველა სისხლძარღვის გაფართოვება	სისხლის ჟანგბადის გაზრდა და ნაყოფის ფილტვების სითხის მოცილება	პულმონალური რეზისტენტობის შემცირება საშუალებას აძლევს სისხლს რომ თავისუფლად მოხდეს მიდინება კარგად ოქსიგენაციისთვის	იწყება პირველი ჩასუნთქვიდან
არტერიული სადინარი	არის ფართოდ გაფართოვებული რომ გადაიტანოს სისხლი პულმონალური არტერიიდან აორტისკენ და გვერდი აუაროს არაფუნქციურ ფილტვებს	შევიწროვება პრევენციას უკეთებს სისხლის შესვლას პულმონალური არტერიიდან	ზრდის ჟანგბადის დონეს სისხლში	სისხლი პულმონალური არტერიიდან გადადის ფილტვებისკენ რომ მოხდეს ოქსიგენაცია	ფუნქციური: იწყება დაბადებიდან, მშობიარობის შემდეგ წუთებში; სრული შეკუმშვა 1-8 დღეში; მუდმივი:1-4 თვე, გადაიქმნება არტერიულ ლიგამენტად

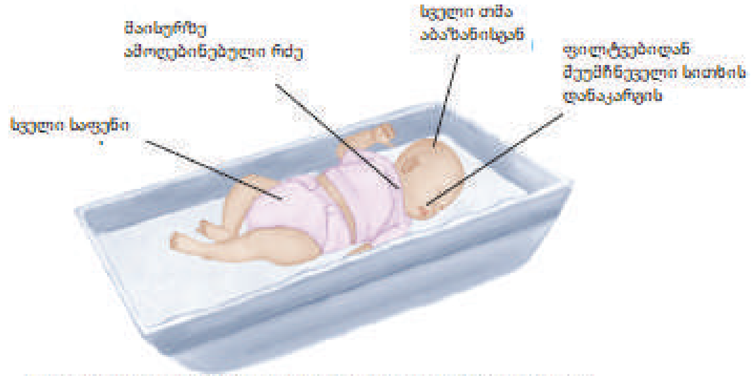
ნევროლოგიური ადაპტაცია: თერმორეგულაცია

დაბადებისას ნაყოფი თავად მონაწილეობს თერმორეგულაციაში, მან უნდა შეძლოს სხეულის ტემპერატურის შენარჩუნება. მიუხედავად იმისა რომ ნაყოფი სითბოს წარმოქმნის საშვილოსნოში, საშვილოსნოში არსებული მუდმივად თბილი ტემპერატურა ნაყოფის საკუთარ თერმორეგულაციის აუცილებლობას ანელებს. ნაყოფის ტემპერატურა შეიძლება შემცირდეს 0.2- 1 Celsius წუთში თუ არ მოხდა საკმარისად გათბობა დაბადების დროს. ახალშობილმა უნდა წარმოქმნას და შეინარჩუნოს საკმარისი სითბო, რომ მოახდინოს გადაციების სტრესის პრევენცია, რომელსაც შეიძლება ჰქონდეს სერიოზული და შესაძლოა საბედისწერო ეფექტი.

ფაქტორები, რომლებიც ხელს უწყობს სითბოს დაკარგვას

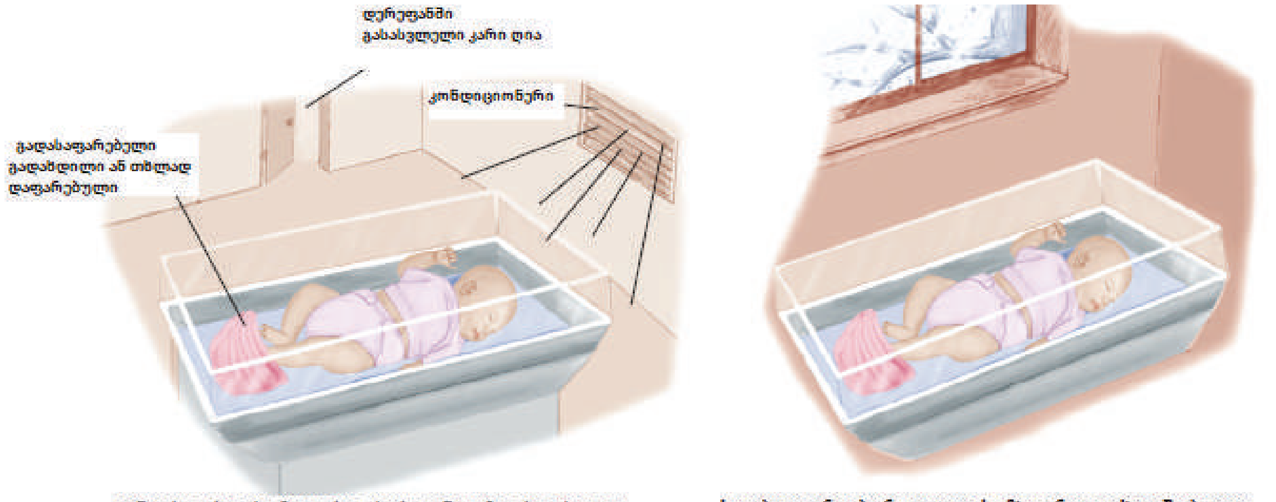
გარკვეული მახასიათებლები წინასწარ განაწყობს ახალშობილს სითბოს კარგვისკენ. კანი თხელია და სისხლძარღვები ახლოს არის ზედაპირთან. სითბო მალევე გადაიცემა სხეულის შინაგანი თბილი ნაწილიდან უფრო მეტად გრილ კანს და შემდეგ ჰაერში გამოიყოფა. ახალშობილების სხეულის ზედაპირის ფართობის ფარდობა სხეულის მასასთან, სამჯერ აღემატება ზრდასრულების ზედაპირის ფართობისა და მასის თანაფარდობას, ამიტომ ახალშობილი ადვილად კარგავს სითბოს; ისინი ოთხჯერ უფრო მეტად კარგავენ სითბოს ვიდრე მოზრდილები.

დაბადების შემდეგ ჯანმრთელი სრული ვადის ახალშობილი ინარჩუნებს მოხრილ პოზიციას, რითიც ამცირებს კანის ზედაპირის ფართობს და შესაბამისად ამცირებს სითბოს დანაკარგსაც. ავადმყოფ ან ნაადრევ ახალშობილს არ აქვს საკმარისი კუნთების ტონუსი რომ შეინარჩუნოს მოხრილი პოზიცია. ნაადრევ ახალშობილებს ასევე აქვთ უფრო თხელი კანი და უფრო ნაკლებად გამოხატული თეთრი კანქვეშა ცხიმოვანი ქსოვილი ვიდრე სრულ ვადაზე დაბადებულ ახალშობილებს. ამიტომაც ისინი მეტად არიან გადაციების სტრესის რისკის ქვეშ.



ევაპორაცია შეიძლება მოხდეს მშობიარობის დროს ან ბანაობის დროს დასველებული კანიდან, სველი საფენების ან ტანსაცმლის გამო და ასევე შეუმჩნეველი სითბის დანაკარგის მიერ.

გამტარიანობა ხდება როცა ახალშობილი შეეხება ცივ საგნებს ან ზედაპირებს, როგორიცაა მეტალის დასაფენი, წინდაცვეთის დაფა,ცივი ხელები ან სტეტოსკოპი



კონვექცია ხდება როცა სითბოს დანაკარგი ხდება ღია კარებებიდან, კონდიციონერიდან ან თუნდაც ჰაერის ნაკადიდან რომელიც გამოწვეულია ხალხის მოძრაობით

სითბო იკარგება რადიაციის გზით როცა ახალშობილი ახლოს არის ცივ ზედაპირთან. ამიტომ სითბო იკარგება ახალშობილის სხეულიდან საწოლის ან ინკუბატორის გვერდების და გარეთა კედლების და ფანჯრების საშუალებით.

სურათი 7-2 , სითბოს დაკარგვის მეთოდები

სითბოს დაკარგვის გზები

სითბოს დაკარგვა ხდება ოთხი გზით: აორთქლებით, გამტარიანობით, კონვექციით და რადიაციით (სურათი 7-2). ექთანს შეუძლია მოახდინოს სითბოს კარგვის პრევენცია და საჭიროებისას ინტერვენციაც.

ევაპორაცია

ევაპორაცია ანუ სხეულიდან სითხის აორთქლებისას სხეულის გაგრილება. ახალშობილის სწრაფი გამშრალება, განსაკუთრებით კი თავის გამშრალება, ახდებს სითბოს კარგვის პრევენციას.

გამტარიანობა

სითბოს მოძრაობა სხეულიდან გარეთ ხდება როცა ახალშობილს აქვს პირდაპირი კონტაქტი ისეთ საგნებთან რომლებიც უფრო გრილია, ვიდრე მათი კანი. ახალშობილის მოთავსება ცივ ზედაპირზე ან შეხება ცივი საგნებით იწვევს სითბოს კარგვას. თბილ საგნებთან კონტაქტი კი ზრდის სხეულის ტემპერატურას გამტარრიანობის პრინციპით. საგნების გათბობა რომლითაც ახალშობილს უნდა შევეხოთ ან ჩაუცმელი ახალშობილის მოთავსება დედის კანთან (კანი კანთან კონტაქტი) გამტარიანობით სითბოს კარგვის პრევენციას ახდენს.

კონვექცია

ნაყოფიდან თავის გარშემო უფრო გრილ ჰაერზე სითბოს გადაცემა ხდება კონვექციით. როცა ახალშობილი ინკუბატორშია, მოცირკულირე თბილი ჰაერი კონვექციის პრინციპით ეხმარება მას თბილად ყოფნაში.

რადიაცია

რადიაცია არის სითბოს გადაცემა უფრო გრილ საგნებზე ახალშობილთან პირდაპირი კონტაქტის გარეშე. ახალშობილები ინკუბატორში გადასცემენ სითბოს ინკუბატორის კედლებს. თუ ინკუბატორის კედლები ცივია, რაც უნდა თბილი იყოს ჰაერი მაინც ხდება ახალშობილის მიერ მეტი სითბოს კარგვა. ამ პრობლემის გადაწყვეტა ხდება ინკუბატორის ორმაგი კედლით. საბავშვო საწოლის და ინკუბატორის ფანჯრიდან და კედლებიდან შორს მოთავსება ამცირებს რადაიციით სითბოს კარგვას (სურათი 7-3).

სურათი 7-3, ღია გამათბობელი საშუალებას აძლევს მარტივად ახალშობილთან მიახლოვებას, მეტი სითბოს დანაკარგის გარეშე. ექთანი არის ფრთხილად რომ არ დაეფაროს ახალშობილს და სითბოს გამომყოფ წყაროს როცა უვლის ახლაშობილს

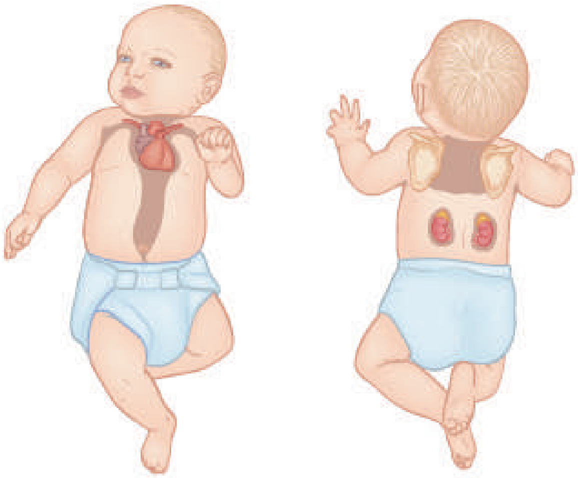
თერმოგენეზი (სითბოს წარმოქმნა)

როცა მოზრდილს სცივა, ის კანკალებს, რათა გაზრდილი კუნთების აქტივობით წარმოქმნას სითბო. კანკალი არ არის თერმოგენეზის (სითბოს წარმოქმნის) მნიშვნელოვანი მეთოდი ახალშობილებისთვის, რომლებიც ძალიან იშვიათად კანკალებენ, მხოლოდ იმ შემთხვევაში თუ ხანგრძლივად მოხდა მათი დაბალ ტემპერატურასთან ყოფნა. ამის მაგივრად ისინი მოუსვენრად არიან და ტირიან. მათი გაზრდილი აქტივობა და მოხრილი პოზიცია ეხმარება რომ წარმოქმნან ცოტაოდენი სითბო და შეამცირონ სითბოს კარგვა სხეულის ღია ზედაპირიდან.

გრილი ტემპერატურა იწვევს პერიფერიულ ვაზოკონსტრიქციას და სისხლის შემცირებულ ნაკადს კანზე. ეს მოვლენები კანიდან სითბოს კარგვის პრევენციას ახდენს და კანს ხდის უფრო გრილს შეხებისას. გადაციებისას შესაძლოა გამოვლინდეს აკროციანოზი (მოლურჯო შეფერილობა ხელების და ფეხების). ტემპერატურის ვარდნით იზრდება მეტაბოლური სიხშირე 200-300%-ით, რაც ჟანგბადის და გლუკოზის მოხმარების გაზრდას იწვევს.

ახალშობილებში სითბოს წარმოქნის ძირითადი მეთოდი არის არა კანკალის გზით თერმოგენეზი, არამედ ყავისფერი ცხიმის მეტაბოლიზმი. ახალშობილებმა ამ გზით შეიძლება 100%-ით გაზარდოს სითბოს წარმოქმნა. ყავისფერი ცხიმი (ასევე სახელწოდებით ყავისფერი ცხიმოვანი ქსოვილი) შეიცავს ჭარბად სისხლძარღვებს, რაც აძლევს ყავისფერ შეფერილობას. ყავისფერი ცხიმი უპირველესად მოთავსებულია კისრის უკანა ნაწილში, იღლიაში, გულში, თირკმელებში და თირკმელზედა ჭირკვლებში, ბეჭის ფართო ბრტყელ ძვლებს შორის და მუცლის აორტის გასწვრივ. (სურათი 7-4) ყავისფერი ცხიმის მეტაბოლიზმის დროს, ის წარმოქნის უფრო მეტ სითბოს ვიდრე თეთრი კანქვეშა ცხიმი. სისხლი რომელიც გაივლის ყავისფერ ცხიმს თბება და გადასცემს სითბოს დანარჩენ სხეულს.

როცა კანის თერმული რეცეპტორები აღიქვამს კანის ტემპერატურას 35- 36 C-ზე იწყება თერმოგენეზი. თერმალური რეცეპტორების სტიმულაცია გადაიცემა ჰიპოთალამუსის თერმულ ცენტრში. ამის შედეგად, ნორეპინეფრინი გამოიყოფა ყავისფერი ცხიმიდან და იწყება ყავისფერი ცხიმის მეტაბოლიზმი.



სურათი 7-4, ადგილები ყავისფერი ცხიმის ახალშობილებში.

არა კანკალის გზით თერმოგენეზი ეფექტს ახდენს მანამდე, ვიდრე ცვლილება მოხდება სხეულის შიდა ტემპერატურაში, რომელიც იზომება რექტალურად. თერმოგენეზის აქტივაცია სანამ სხეულის შიდა ტემპერატურა შემცირდება, საშუალებას აძლევს სხეულს რომ შეინარჩუნოს შიდა სითბო გარკვეულ დონეზე. ამიტომ არა კანკალის გზით თერმოგენეზი შეიძლება დაიწყოს ახალშობილში როცა კანის ტემპერატურა შემცირებულია, თუმცა სხეულის შიდა ტემპერატურის მაჩვენებლები ნორმალურია. სხეულის შიდა ტემპერატურის შემცირება არ მოხდება მანამ, სანამ არა კანკალის გზით თერმორეგულაცია არაეფექტური არ გახდება.

ზოგიერთ ახალშობილს აქვს არასაკმარისი ყავისფერი ცხიმის მარაგი. ის გროვდება უმეტესად მესამე ტრიმესტრის პერიოდში, ამიტომ ნაადრევი ახალშობილები შეიძლება დაიბადონ ყავისფერი ცხიმის არასაკმარისი რაოდენობით. ზრდის საშვილოსნოს შიდა შეფერხებამ ასევე შეიძლება გამოიწვიოს ყავისფერი ცხიმის დაბადებამდე განლევა. ჰიპოქსიამ, ჰიპოგლიკემიამ და აციდოზმა შეიძლება შეაფერხოს ახალშობილის უნარი გამოიყენოს ყავისფერი ცხიმი სითბოს წარმოქმნისთვის. ამ ახალშობილებს არ შეუძლიათ საკუთარი სხეულის ტემპერატურის გაზრდა თუ არიან გადაციების სტრესის ქვეშ და შეიძლება ჰქონდეთ სერიოზული გართულებები.

კრიტიკულად მნიშვნელოვანი ინფორმაცია

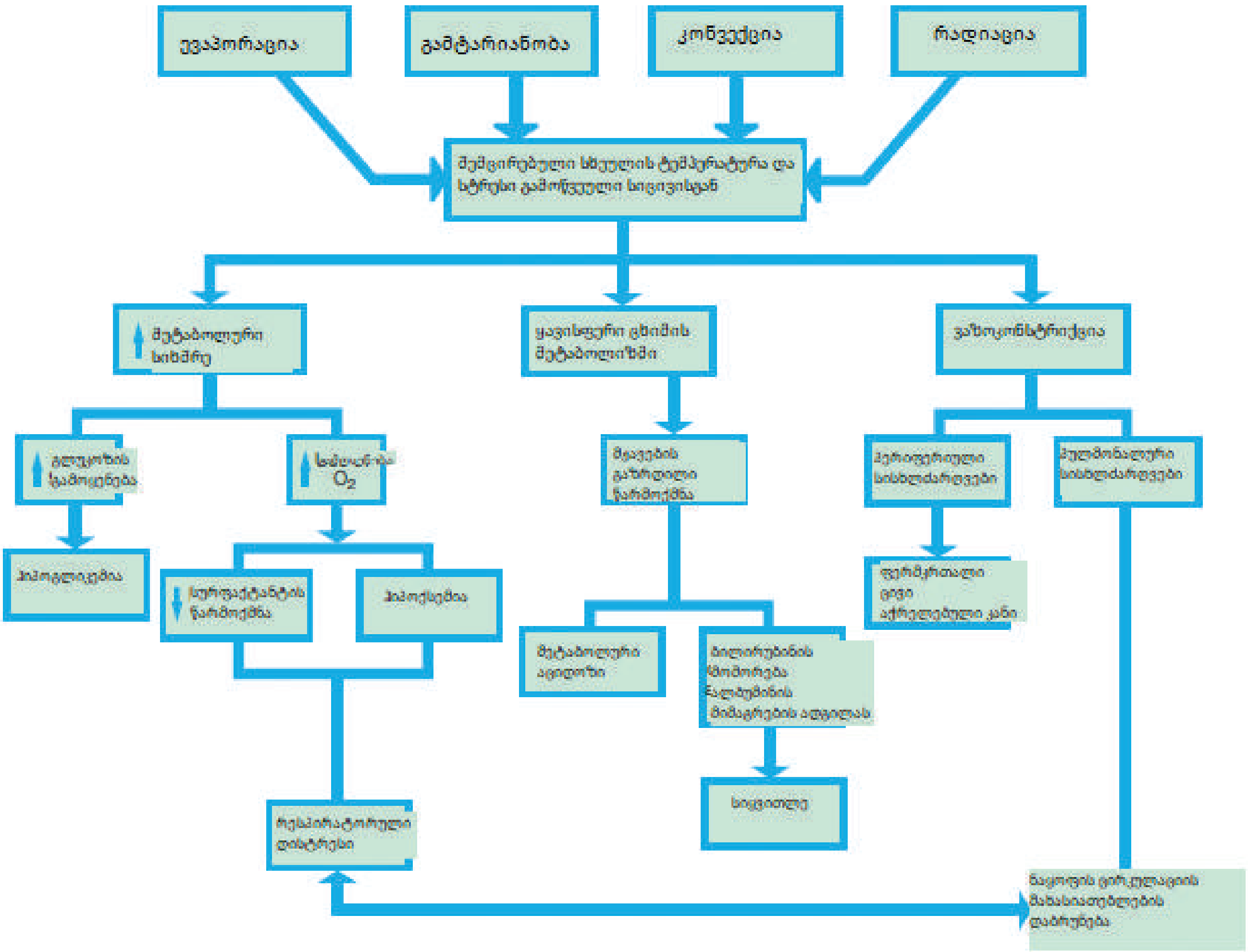
გადაციების სტრესის საშიშროება შესაძლოა დაკავშირებული იყოს ქვემოთ ჩამოთვლილ მდგომარეობებითან:

გაზრდილი ჟანგბადის მოთხოვნა;
შემცირებული სურფაქტანტის წარმოქმნა;
რესპირატორული დისტრესი;
ჰიპოგლიკემია;
მეტაბოლური აციდოზი;
სიყვითლე.

გადაციების სტრესის ეფექტი

გადაციების სტრესს შეუძლია გამოიწვიოს ბევრი ცვლილება სხეულში(სურათი 7-5). გაზრდილმა მეტაბოლურმა სიხშირემ და ყავისფერმა ცხიმის მეტაბოლიზმა რომელიც გამოწვეულია გადაციების სტრესით, შეიძლება გამოიწვიოს ჟანგბადის საჭიროების მნიშვნელოვანი ზრდა. თუ ახალშობილს აქვს თუნდაც მცირე რესპირატორული დისტრესი, პრობლემა შეიძლება გამ-

წვავდეს თუ დამატებით ჟანგბადი გამოიყენება სითბოს წარმოქმნისთვის. გადაციების სტრესი ასევე იწვევს სურფაქტანტის შემცირებულ წარმოქმნას, ფილტვების გახსნის შეფერხებას და რესპირატორულ სინდრომს.



სურათი 7-5, სტრესის ეფექტები გამოწვეული სიცივით

მეტაბოლური სიჩქარის გაზრდასთან ერთად იზრდება მოთხოვნა გლუკოზაზე. როცა გლიკოგენის მარაგი გადაიქცევა გლუკოზად, შეიძლება ჩქარა მოხდეს მისი განლევა, რაც იწვევს ჰიპოგლიკემიას. გლუკოზის უწყვეტად გამოყენება ტემპერატურის შესანარჩუნებლად გამოიწვევს მის ნაკლებ ხელმისაწვდომობას ახალშობილის ზრდისთვის.

გლუკოზის მეტაბოლიზმი არასაკმარის ჟანგბადთან ერთად გამოიწვევს მჟავის დაგროვებას. ყავისფერი ცხიმის მეტაბოლიზმი ასევე გამოათავისუფლებს ცხიმოვან მჟავებს. შედეგი შეიძლება იყოს მეტაბოლური აციდოზი, რომელიც შეიძლება იყოს სიცოცხლისთვის საშიში მდგომარეობა. გაზრდილმა ცხიმოვანმა მჟავებმა სისხლში შეიძლება შეაფერხოს ბილირუბინის ტრანსპორტი ღვიძლში, რაც ზრდის სიყვითლის რისკს (კანის და სკლერის მოყვითალო შეფერილობა რომელიც დაკავშირებულია სისხლში ზედმეტი ბილირუბინის დაგროვებასთან).

ნაყოფის სხეულის მცდელობა რომ შეინარჩუნოს სითბო, გამოიწვევს პერიფერიული სისხლძარღვების ვაზოკონსტრიქციას რომ შეამციროს სითბოს კარგვა კანის ზედაპირიდან. სისხლში შემცირებული ჟანგბადის კონცენტრაციამ, შეიძლება ასევე გამოიწვიოს პულმონალური სისხლძარღვების ვაზოკონსტრიქცია, რაც რესპირაციული დისტრესსის წინაპირობაა.

ნეიტრალური თერმული გარემო

ნეიტრალური თერმული გარემო არის გარემოს ისეთი ტემპერატურა, რომლის დროსაც ახალშობილი ინარჩუნებს სხეულის სტაბილურ ტემპერატურას მინიმალური ჟანგბადის საჭიროებით და მეტაბოლიზმის დონის გაზრდის გარეშე. გარემო ტერმპერატურის საშუალო ზღვარს, რომელიც ამ სტაბილურობას ქმნის, ეწოდება თერმონეიტრალური ზონა. ჯანმრთელ, შიშველ, სრული ვადით ახალშობილში, გარემო ტემპერატურა 32 -33.5 Celsius-ს შორის ქმნის თერმონეიტრალურ ზონას. როცა ახალშობილს სამოსი აცვია, თერმონეიტრალური ზღვარი არის 24-27 Celsius-ს შორის. თერმონეიტრალური ზონა თითოეულ ახალშობილში განსხვავდება ახალშობილის გესტაციური ასაკის, ზომისა და პოსტნატალური ასაკის მიხედვით.

ჰიპერთერმია

ახალშობილები ჰიპერთერმიაზე რეაგირებენ ცუდად. მეტაბოლური სიჩქარის გაზრდასთან ერთად ის იწვევს გაზრდილ მოთხოვნას ჟანგბადსა და გლუკოზაზე. დამატებით, პერიფერიული ვაზოდილატაცია იწვევს გაზრდილ უმნიშვნელო სითბოს დანაკარგს. ოფლის დენა შეიძლება მოხდეს, მაგრამ ხშირად გვიან პერიოდში, რადგან საოფლე ჯირკვლები ჯერ მოუმწიფებელია.

ახალშობილები შეიძლება გადახურდნენ ცუდად დარეგულირებული მოწყობილობის გამო, რომელიც გამოიყენება მათ გასათბობად. მაგ., რადიაციული გამათბობელი, გამათბობელი ნათურა ან გამთბარი ინკუბატორი. ტემპერატურის მექანიზმი უნდა დაყენდეს ახალშობილის კანის ტემპერატურის საჭიროების მიხედვით და მოხდეს ზედმეტად მაღალი ან დაბალი ტემპერატურის დაყენების პრევენცია. განგაშის სიგნალი რომელიც ახალშობილის ტემპერატურის ზედმეტად მაღალ ან დაბალ ნიშნულზე უნდა რეაგირებდეს უნდა ფუნქციონირებდეს გამართულად.

ჰემატოლოგიური ადაპტაცია

ფაქტორები, რომლებიც ეფექტს ახდენს სისხლზე

სისხლის მოცულობა ნაყოფის სრული ვადის გესტაციის დროს არის 80-100 მლ/კგ, მაგრამ ეს განსხვავდება ჭიპლარის გადაჭრის დროის, ახალშობილის გესტაციური ასაკის და ახალშობილის პოზიციის მიხედვით, როცა ჭიპლარი გადაიჭრება.

ცხრილი 7-2	ლაბორატორიული მაჩვენებლები ახალშობილში	
ტესტი, ნიმუში და საზომი ერთეული	ასაკი	ნორმალური მაჩვენებლები
ერითროციტი (წითელი სისხლის უჯრედების რაოდენობა, მთლიანი სისხლი)	ახალშობილი	4.8- 7.1 (მილიონი/მიკროლიტრი)
ჰემოგლობინი (მთლიანი სისხლი)	ახალშობილი	15-24 g/dl
ჰემატოკრიტი (მთლიანი სისხლი)	ახალშობილი	44%-70%
ლეიკოციტები (მთლიანი სისხლი)	დაბადების დროს	9.1- 34 (ათასი/ mm3)

ლეიკოციტები, დიფერენციული რაოდენობა (მთლიანი სისხლი)		
მიელოციტები		0%
ნეიტროფილები(ჩხირბირთვი-ანი)		3%-5%
ნეიტროფილები (სეგმენტბი-რთვიანი)		54%-62%
ლიმფოციტები		25%-33%
მონოციტები		3%-7%
ეოზინოფილები		1%-3%
ბაზოფილები		0-0.75%
თრომბოციტები (მთლიანი სისხლი)	ახალშობილი	84-478(ათასი/mm3)
გლუკოზა, შრატი	ჭიპლარი	45-96% mg/dl
	ახალშობილი 1 დღეს	40-60% mg/dl
	ახალშობილი >1 დღეს	50-90mg/dl

კალციუმი, მთლიანი შრატი	ჭიპლარი	9-11.5 mg/dl
	3-24 საათი	9- 10.6 mg/dl
	24-48 საათი	7-12 mg/dl
	4-7 დღე	9-10.9 mg/dl
მაგნეზიუმი, პლაზმა	0-6 დღე	1.2- 2.6 mg/dl
ბილირუბინი	ჭიპლარი	<2 mg/dl
	0-1 დღე	1.4-8.7 mg/dl
	1-2 დღე	3.4-11.5 mg/dl
	3-5 დღე	1.5-12 mg/dl
	>5 დღე - მოზარდი	0.3 mg/dl

ნაადრევად დაბადებულ ახალშობილს უფრო მეტი მოცულობის სისხლი აქვს კილოგრამ წონაზე ვიდრე ვადამოსულ ახალშობილს. ქუსლიდან აღბული სისხლის ნიმუში, სადაც სისხლის მიმოქცევა შენელებულია, აჩვენებს ჰემოგლობინის, ჰემატოკრიტის და ერითროციტების შედარებით მაღალ მაჩვენებელს ვიდრე ჩვეულებრივ ცენტრალური სისხლძარღვიდან აღებული სისხლის ნიმუში. ვენური სისხლის ნიმუში უფრო მეტად სწორია და მისი აღება ხდება როცა ზუსტი

მაჩვენებლებია საჭირო (იხილეთ ცხრილი 7-2 ახალშობილის სპეციფიკური ლაბორატორიული მაჩვენებლებისთვის).

სისხლის მაჩვენებლები

ერითროციტები და ჰემოგლობინი

დაბადების დროს, ახალშობილს აქვს შედარებით მეტი ერითროციტისა (4.8 მილიონი/მიკროლიტრზე) და ჰემოგლობინის (15-24 გ/დლ) დონე ვიდრე ზრდასრულ ადამიანს. ეს განსხვავება მნიშვნელოვანია რადგან ჟანგბადის პარციალური წნევა ნაყოფის სისხლში უფრო დაბალია, თუმცა უჯრედების საკმარისი ოქსიგენაცია მაინც შესაძლებელია, რადგან ნაყოფის ჰემოგლობინი (ჰემოგლობინი F) -20-50 %-ით მეტ ჟანგბადს გადაიტანს ვიდრე მოზარდის ჰემოგლობინი.

ჰემატოკრიტი

ჰემატოკრიტის დონე ნორმალურ ახალშობილში 44 -70 %-ს უტოლდება სიცოცხლის პირველ თვეს. ცენტრალური უბნებიდან მიღებული სისხლის ნიმუშში 65%-ზე მაღალი მაჩვენებელი პოლიციტემიის (ნორმაზე მაღალი ერითროციტების რაოდენობა) მანიშნებელია. პოლიციტემია ზრდის სიყვითლის და თავის ტვინის დაზიანების რისკს ორგანოებში სისხლის შეგუბების შედეგად. რესპირატორული დისტრესი და ჰიპოგლიკემია უფრო ხშირია ასეთ ახალშობილებში.

ლეიკოციტები

ლეიკოციტების (სისხლის თეთრი უჯრედი [WBC]) რიცხვი დაბადებისას არის 9100- 34,000 /mm3. საშუალოა WBC 15 000 /mm3 სრულ ვადიან ახალშობილში. WBC-ის რიცხვი ეცემა 12 000 mm3-მდე დაბადებიდან 4-5 დღეში. ახალშობილებში გაზრდილი WBC-ის რიცხვი არაა ინფექციის აუცილებელი მანიშნებელი. ფაქტობრივად, WBC-ის რიცხვი შეიძლება შემცირებულიც კი იყოს ინფექციის დროს. მოუმწიფებელი ლეიკოციტების გაზრდილი რაოდენობა ინფექციის ან ახალშობილთა სეფსისის მანიშნებელი შეიძლება იყოს. ასევე შეიძლება შემცირებული იყოს თრომბოციტების რაოდენობა ინფექციის გამო.

შედედების ფაქტორების დეფიციტის რისკი

ცხოვრების პირველი რამდენიმე დღე ახალშობილებს მომატებული აქვთ შედედების ფაქტორების დეფიციტის რისკი, რადგან მათ აქვთ ვიტამინი K-ს დაბალი დონე (იგი მოქმედებს რამდენიმე შედედების ფაქტორზე, ფაქტორი II (პროთრომბინი) ,VII , IX და X). ვიტამინი K-ს სინთეზი ხდება ნაწლავებში, მაგრამ საკვები და ნორმალური ინტესტინალური ფლორა საჭიროა ამ პროცესისთვის. დაბადებისას ნაწლავები არის სტერილური და ამიტომ არ შეუძლია ვიტამინი K-ს წარმოქმნა. ახალშობილებში სისხლდენის რისკი რომ შევამციროთ, ვიტამინი K-ს დანიშვნა ხდება კუნთში. ისეთი მედიკამენტების მიღება ორსულობის დროს, როგორიცაა ფენიტოინი (დილანტინი), ფენობარბიტალი და ანტიტუბერკულიოზის მედიკამენტები, ხელს უშლის სისხლის შედედების შესაძლებლობას ახალშობილში, მშობიარობის შემდეგ.

თრომბოციტების რაოდენობა მერყეობს 84,000/mm3 - 478,000/ mm3 შორის დაბადების დროს. პირველი კვირა თრომბოციტების დონე არის იგივე რაც მოზარდებშ 150,000/mm3-400,000/mm3 შორის. ასევე თრომბოციტების რაოდენობა სრული ვადის ახალშობილში მიახლოვებულია მოზარდების დონეს, თრომბოციტების დონე მცირდება ცხოვრების პირველ რამდენიმე დღის განმავლობაში.

კუჭნაწლავის სისტემა

ახალშობილმა დაბადებისთანავე უნდა დაიწყოს კვება, ვინაიდან პლაცენტა აღარ კვებავს მას.

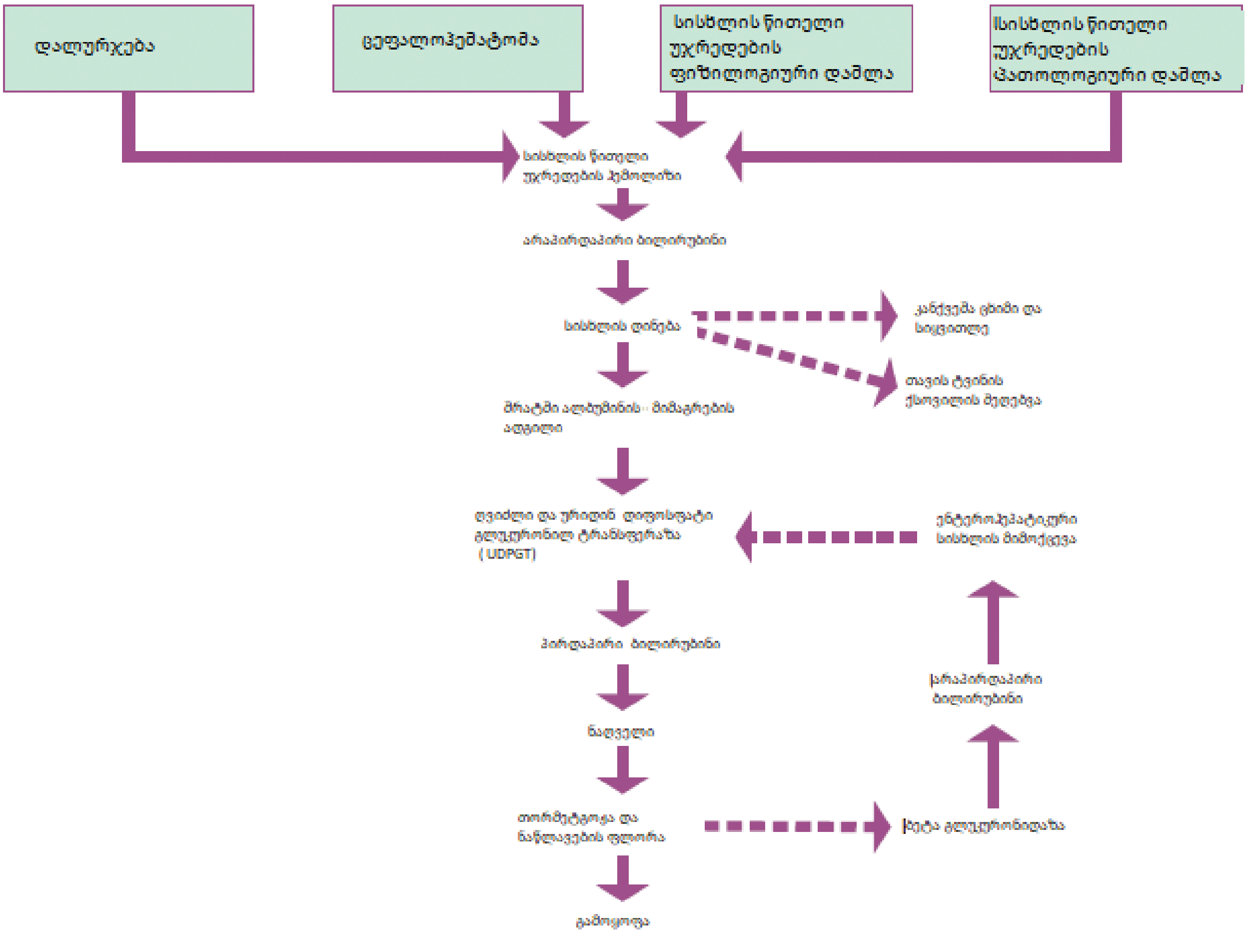
კუჭი

ახალშობილის კუჭის მოცულობა არის დაახლოებით 6 მლ/კგ დაბადების დროს. კუჭის პირველი დაცლა, შესაძლოა შედარებით ნელა მოხდეს. აღსანიშნავია რომ მისი დაცლა ორჯერ

უფრო ჩქარა ხდება ადამიანის რძის მონელების დროს, ვიდრე ფორმულის მიღებისას და უფრო ნელია თუ ახალშობილმა ლორწო გადაყლაპა. გასტროკოლიკური რეფლექსი სტიმულირდება როცა კუჭი ივსება, რაც იწვევს ნაწლავების გაზრდილ პერისტალტიკას. ახალშობილებში ხშირად ხდება დეფეკაცია კვების განმავლობაში ან მის შემდეგ. კარდიაკული სფინქტერი საყლაპავს და კუჭს შორის ხშირად არის მოსვენებულ მდგომარეობაში, რაც ხსნის რეგურგიტაციისკენ მიდრეკილებას.

ნაწლავები

ახალშობილის ნაწლავები შედარებით გრძელია. დამატებული სიგრძე უზრუნველყოფს მეტი შეწოვის ზედაპირის არსებობას მაგრამ ასევე მეტად მიდრეკილს ხდის ახალშობილს სითხის დაკარგვისკენ ფაღარათის არსებობის შემთხვევაში. ჰაერი შედის კუჭ-ნაწლავის ტრაქტში დაბადებიდან მალევე და კუჭ-ნაწლავის ტრაქტის ხმები შეიძლება გავიგონოთ აუსკულტაციით დაბადებიდან 15 წუთში.



სურათი 7-6, ბილირუბინის წყარო და როგორ ხდება მისი ორგანიზმიდან გამოყოფა

მომნელებელი ტრაქტი სტერილურია დაბადების დროს. მას მერე რაც ახალშობილი ეხება გარეთა გარემოს და იწყებს სითხეების მიღებას, ბაქტერია შედის კუჭ-ნაწლავის ტრაქტში. ნორმალური ნაწლავური ფლორა ყალიბდება ცხოვრების პირველ რამდენიმე დღეს.

მომნელებელი ფერმენტები

შეწოვისა და მონელების უნარების განვითარება ეტაპობრივად ხდება. მაგალითად, კუჭქვეშა ჯირკვლის მიერ გამოყოფილი ამილაზა, რომელიც საჭიროა რომ მოვინელოთ კომპლექსური ნახშირწყლები, დაბადებიდან პირველ 4-6 თვეს არასაკმარისია. ამილაზა ასევე წარმოიქმნება

სანერწყვე ჯირკვლების მიერ, მაგრამ მცირე რაოდენობით, დაბადებიდან მესამე თვემდე პერიოდში. ამილაზა არის ასევე ძუძუს რძეში.

ახალშობილს აქვს კუჭქვეშა ჭირკვლის მიერ გამომუშავებული ლიპაზის ნაკლებობა, რაც ცხიმების შეწოვას მნიშვნელოვნად ამცირებს. ლიპაზა რომელიც არის პირის ღრუში და კუჭში ეხმარება მცირედით ცხიმების მონელებაში. ლიპაზა ალინიშნება ძუძუს რძეში, რომელიც მას უპირატესს ხდის მონელებისთვის, ფორმულასთან შედარებით. პროტეინი და ლაქტოზა, ახალშობილის რაციონის უმთავრესი ნახშირწყალი, ახალშობილის მიერ კარგად მოინელება.

განავალი(ფეკალიები)

მეკონეუმი არის პირველი განავალი რომელიც გამოიყოფა ახალშობილში. ის არის ამნიონური სითხის, პირველადი საცხის, კანის უჯრედებისა და თმის მონელებული მასა, იმ უჭრედებთან ერთად, რომელიც ნაწლავის ტრაქტიდან, ნაღვლის წვენიდან და სხვა ნაწლავური სეკრეტიდან გამოიყოფა. მეკონეუმი არის მომწვანო-მოშავო სქელი, წებოვანი, კუპრის მსგავსი შემადგენლობის მასა. პირველი მეკონეუმის განავალი გამოიყოფა ცხოვრების პირველი 12 საათის განმავლობაში. ახალშობილების 99% გამოყოფს მეკონეუმს პირველ 48 საათში. თუ მეკონეუმი არ გამოიყოფა ამ დროში, ნაწლავების ობსტრუქციაა საეჭვო.

მეკონეუმის განავალს მოჰყვება გარდამავალი განავალი, რომელიც არის მეკონეუმის და რძის განავლის კომბინაცია. ის არის მომწვანო, მოყავისფრო და უფრო თხელი შემადგენლობის, ვიდრე მეკონეუმი.

ახალშობილის განავალი, რომელიც იკვებება დედის რძით არის მარცვლოვანი და ფერი და შემადგენლობა აქვს მდოგვის მსგავსი, ამასთან მას აქვს მოტკბო - მომჟავო სუნი. ძუძუთი კვებაზე მყოფი ახალშობილი უფრო ხშირად გადის კუჭში, ვიდრე ფორმულაზე მყოფი ახალშობილი. დეფეკაცია შეიძლება მოხდეს თითოეული კვების დროს. ზოგიერთ უფრო დიდი ხნის ახალშობილებს დეფეკაცია აქვთ 2-3 დღეში ერთხელ. ძუძუთი კვების დროს, ახალშობილი დღეში სულ მცირე ოთხჯერ ან მეტჯერ უნდა გადიოდეს კუჭში.

ფორმულით კვებაზე მყოფ ახალშობილს აქვს ფერმკრთალი, მოყვითალო ან ღია ყავისფერი შეფერილობის განავალი. ის უფრო მკვრივია, ვიდრე ძუძუთი კვებაზე მყოფი ახალშობილის განავალი. ახალშობილს შეუძლია დღეში რამდენჯერმე გამოყოს განავალი, ან მხოლოდ ერთხელ ან ორჯერ. განავალს აქვს ფეკალიებისთვის დამახასიათებელი სუნი.

ღვიძლი

დაბადების შემდეგ ღვიძლი ასრულებს ბევრ სხვადასხვა ფუნქციას. მათგან ყველაზე მნიშნველოვანია სისხლის გლუკოზის დონის შენარჩუნება, ბილირუბინის კონუგაცია, შემადედებელი ფაქტორების წარმოქმნა, რკინის შენახვა და მედიკამენტების მეტაბოლიზმი.

სისხლში გლუკოზის დონის შენარჩუნება

გესტაციის განმავლობაში, გლუკოზა ნაყოფში პლაცენტის მეშვეობით ხვდება. მესამე ტრიმესტრში, გლუკოზა გროვდება როგორც გლიკოგენი ნაყოფის ღვიძლში, ხოლო ჩონჩხის კუნთში დაბადების შემდეგ. ეს მარაგი თითქმის მთლიანად ამოიწურება მშობიარობიდან 12 საათში. მშობიარობამდე დაგროვებული გლიკოგენი გამოიყენება მშობიარობის სტრესთან გამკლავებისა და სუნთქვისთვის, ასევე სხეულის სითბოს წარმოქმნისთვის, მიზიდულობის ძალის საწინააღმდეგოდ მოძრაობისთვის და ყველა იმ ფუნქციის აქტივაციისთვის, რომელიც ახალშობილს უნდა ჰქონდეს დაბადების დროს.

მანამ სანამ ახალშობილი დაიწყებს რეგულარულ კვებას და მისი მიღებული საკვები საკმარისი იქნება მისი ნორმალური ცხოველქმედებისთვის, ორგანიზმში არსებული გლუკოზა გამოიყენება. სისხლის გლუკოზის დონის შემცირებასთან ერთად, შენახული გლიკოგენი ღვიძლში გადაიქცევა გლუკოზად, რათა მოხდეს მისი გამოყენება. ასევე ტვინს შეუძლია გამოიყენოს ალტერნატიული ნივთიერები საკვებად, როგორიცაა კეტონები და ცხიმოვანი მჟავები საჭიროების შემთხვევაში, გლუკოზა მაინც პირველადი წყაროა ენერგიისთვის. გლუკოზის კონცენტრაცია სისხლში ხშირად ეცემა ყველაზე დაბალ მაჩვენებელზე დაბადებიდან 60-90 წუთის შემდეგ, მაგრამ მატულობს და ხდება სტაბილიზაცია საბადებიდან 2-3 საათში.

სრული ვადის ნაყოფში, გლუკოზის დონე უნდა იყოს 40 - 60 მგ/დლ პირველ დღეს და 50-90 მგ/დლ შემდგომ. ჯერჯერობით არ არის ზოგადი კონსესუსი მიღწეული იმაზე, თუ გლუკოზის რა დონე განსაზღვრავს ჰიპოგლიკემიას, მაგრამ გლუკოზის დონე 40-45 მგ/დლ-ზე ნაკლები გამოიყენება სრული ვადის ახალშობილში.

ბევრი ახალშობილია გაზრდილი ჰიპოგლიკემიის რისკის ქვეშ. მაგალითად, თუ ჩვილი ნაადრევია, გვიანი ნაადრევია (დაბდებული 34-36 6/7 გესტაციის კვირაზე) ან გესტაციურ ასაკთან შედარებით მცირე ზომისაა, შესაძლოა მას არ ჰქობდეს გლიკოგენის საკმარისი მარაგი ან თუნდაც ცხიმი მეტაბოლიზმისთვის. ამასთან, არსებული მარაგი შეიძლება ნაყოფმა დაბადებამდე გამოიყენოს (მაგალითად, ვადაგადაცილებული ნაყოფის შემთხვევა, რომელიც ვერ იკვებება გადაგვარებული პლაცენტიდან). გესტაციურ ასაკთან შედარებით დიდი ზომის ნაყოფის და გესტაციური დიაბეტის შემთხვევაში, დედამ შეიძლება წარმოქმნას ზედმეტი ინსულინი, რომელიც მოიხმარს არსებულ გლუკოზას სწრაფად.

ახალშობილებმა, რომლებსაც ჰქონდათ ისეთი სტრესორები, როგორიცაა ასფიქსია და ინფექცია შეიძლება ამოწურონ გლიკოგენის მარაგი მალევე. გადაციების სტრესის ქვეშ მყოფმა ახალშობილმა შეიძლება სრულად ამოწუროს გლიკოგენი რომ გაზარდოს მეტაბოლიზმი და სხეულის ტემპერატურა (იხილეთ კრიტიკულად მნიშვნელოვანი ინფორმაციის პარაგრაფი რომ დავიმახსოვროთ: ჰიპოგლიკემიის ნიშები ახალშობილებში).

ბილირუბინის კონუგაცია

ახალშობილის ღვიძლის უმთავრესი ფუნქცია ბილირუბინის კონუგაციაა. თუმცა ახალშობილის ღვიძლი შეიძლება საკმარისად მომწიფებული არ იყოს რომ სიყვითლის პრევენცია მოახდინოს სიცოცხლის პირველ კვირას. სიყვითლე ხდება ჰიპერბილირუბინემიის გამო. ის გვხვდება სრულ ვადაზე დაბადებულ ახალშობილთა 60% -ში, ხილო ნაადრევად დაბადებული ახალშობილების 80%-ში.

ბილირუბინის წყარო და ეფექტი

ბილირუბინის მთავარი წყარო ერითროციტების ჰემოლიზია. ეს არის ნორმალური მდგომარეობა დაბადების შემდეგ. ამ დროს ნაკლები ერითროციტებია საჭირო ვიდრო მუცლადყოფნის დროს. სისხლის წითელი უჯრედების დაშლა იწვევს მისი კომპონენეტების სისხლში გამოშვებას რომ მოხდეს მათი ხელახლა გამოყენება სხეულის მიერ. ეს ნივთიერებები არის ტოქსიკური სხეულისთვის და უნდა მოხდეს მათი გამოყოფა.

ბილირუბინის გამოთავისუფლება ხდება არაკონუგირირებული ფორმით. არაკონუგირირებული ბილირუბინი, იგივე არაპირდაპირი ბილირუბინი, არის ცხიმში ხსნადი, მაგრამ წყალში უხსნადი ნივთიერება. გამოყოფამდე, ღვიძლმა უნდა გარდაქმნას ის წყალში ხსნად ნივთიერებად კონუგაციის პროცესის მეშვეობით. ამის შემდეგ ბილირუბინს ეწოდება კონუგირებული ანუ პირდაპირი ბილირუბინი. კონუგირინებული ბილირუბინი არ არის ტოქსიკური ორგანიზმისთვის და შეიძლება გამოიყოს.

რადგან არაკონუგირირებული ბილირუბინი არის ცხიმში ხსნადი, ის შეიძლება შეიწოვოს კანქვეშა ცხიმოვანმა ქსოვილმა, რაც გამოიწვევს კანის მოყვითალო შეფერილობას, სიყვითლის სახელწოდებით. თუ საკმარისი არაკონუგირირებული ბილირუბინი დაგროვდება ორგანიზმში, შეიძლება მოხდეს თავის ტვინის ქსოვილის შეღებვა. ეს გამოიწვევს მწვავე ბილირუბინულ ენცეფალოპათიას; ეს არის ნევროლოგიური მდგომარეობა, რომელიც გამოწვეულია ბილირუბინის ტოქსიკურობით. თუ ეს მდგომარეობა გახდება ქრონიკული, ეს გამოიწვევს მუდმივ ნევროლოგიურ დაზიანებას, სახელწოდებით კერნიქტერუსი. ბილირუბინის რა დოზაა საჭირო რომ გამოიწვიოს ცენტრალური ნერვული სისტემის დაზიანება უცნობია და შიძლება იყოს სხვადასხვა განსხვავებულ ბავშვებში.

ნორმალური კონუგაცია

როცა არაკონუგირებული ბილირუბინის გამოთავისუფლება ხდება სისხლში, ის ემაგრება ალბუმინის მიმაგრების ადგილს პლაზმაში და მიაქვს ღვიძლში. თუ საკმარისი რაოდენობით არ

არის მიმაგრების ადგილი ალბუმინზე, ბილირუბინი ცირკულირებს თავისუფალი არაკონუგირებული ბილირუბინის სახით. ცირკულაციაში არსებული თავისუფალი ცხიმოვანი მჟავები, აციდოზი და ინფექციები ამცირებენ ბილირუბინის ალბუმინზე მიმაგრებას. არაკონიუგირებული ბილირუბინი შედის ქსოვილებში და ამასთან ის გადის ჰემატოენცეფალურ ბარიერს.

როცა ალბუმინზე მიმაგრებული ბილირუბინი მიდის ღვიძლთან, ის იცვლება ბილირუბინის კონუგირებულ ფორმად ურიდინ დიფოსფატ გლუკორონილ ტრანსფერაზის ფერმენტის მეშვეობით (UDPGT). კონუგირებული ბილირუბინი გამოიყოფა ნაღვლის წვენში და შემდეგ თორმეტგოჯა ნაწლავში. ნაწლავებში არსებული ნორმალური ფლორა მოქმედებს ბილირუბინზეც, ისე რომ შეამციროს ბილირუბინი და გარდაქმნას ის ურობილირუბინად და სტერცობილინად, რომელიც გამოიყოფა განავალში. ზოგიერთი ურობილინოგენი გამოიყოფა თირკმელების მიერ.

კონუგირებული ბილირუბინის მცირე პროცენტი შეიძლება დეკონუგირდეს. ან გადავიდეს არაკონუგირირებულ მდგომარეობაში, ნაწლავების ფერმენტ ბეტა- გლუკორონიდაზას მეშვეობით. ეს ენზიმი მნიშვნელოვანია მუცლადყოფნის პერიოდშიც, რადგან მხოლოდ არაკონუგირებული ბილირუბინი გაივლის პლაცენტას და შემდეგ დედის ღვიძლში განიცდის კონუგაციას. ახალშობილში დეკონუგირებული ბილირუბინი ნაწლავებში შეიწოვება პორტალურ ცირკულაციაში და მიდის უკან ღვიძლში, სადაც კიდევ ერთხელ განიცდის კონუგაციის პროცესს. ბილირუბინის ამ რეცირკულაციას ეწოდება ენტეროჰეპატიკური წრე და ის ღვიძლისთვის დამატებითი ფუნქციონირებაა.

ქვემოთ მოცემულია ის ლაბორატორიული ანალიზები, რომლებიც განსაზღვრავს ბილირუბინის დონეს სისხლში:

- მთლიან შრატის ბილირუბინი (TSB) და
- პირდაპირ (კონუგირებული) ბილირუბინი შრატში.

მთლიანი შრატის ბილირუბინი (TSB) არის არაპირდაპირის (არაკონუგირებული) და პირდაპირი ბილირუბინის კომბინაცია.

ფაქტორები რომლებიც ზრდის ბილირუბინის დონეს სისხლში

რამდენიმე ფაქტორი იწვევს ბილირუბინის ზედმეტი რაოდენობის წარმოქმნას ან ხელს უშლის მისი კონუგაციის ნორმალურ პროცესს. ეს ფაქტორები ზრდის სიყვითლის შემთხვევებს სიცოცხლის პირველ კვირას.

ზედმეტი პროდუქცია - დაახლოებით 8-10 მგ/კგ ბილირუბინი წარმოიქმნება ახალშობილში ყოველ დღე, რაც ორჯერ მეტია ვიდრე მოზრდილებში. წარმოქნის სიხშირე რჩება მაღალი 3- 6 კვირა. ბილირუბინის ზედმეტი პროდუქცია, დაკავშირებულია სისხლის წითელი უჯრედების სიჭარბეზე კილოგრამ წონაზე.

სისხლის წითელი უჯრედების სიცოცხლის ხანგრძლივობა. ნაყოფის სისხლის წითელი უჯრედები უფრო ჩქარა იშლება ვიდრე მოზრდილის ერითროციტები. მათი სიცოცხლის ხანგრძლივობა არის 80 -100 დღე სრული ვადის ახალშობილში და 60-80 დღე ნაადრევ ახალშობილში. მოზდრდილებში კი, ერითროციტების სიცოცხლის ხანგრძლივობა 120 დღეა. დამატებით ახალშობილების ერითროციტები მეტად სუსტია და მეტად არის მიდრეკილი დაზიანებისკენ. ვინაიდან ახალშობილებში ერითროციტების დაშლის სისწრაფე მეტია, ბილირუბინის წარმოქმნის სიჩქარეც პროპორციულად მაღალია. მათ აქვთ ალბუმინზე - მიმაგრების შემცირებული მოცულობა, ამასთან მათ ალბუმინს ნაკლები აფინურობა აქვს ბილირუბინის მიმართ.

ღვიძლის მოუმწიფებლობა. ახალშობილის მოუმწიფებელმა ღვიძლმა შეიძლება არ წარმოქმნას საკმარისი რაოდენობის UDPGT და სხვა ნივთიერებები სიცოცხლის პირველ დღეებში. ეს ამცირებს ბილირუბინის რაოდენობას რომელიც შეიძლება კონუგირდეს.

სისხლის შეუთავსებლობა. Rh, ABO ან სისხლის სხვა შეუთავსებლობამ დედასა და ნაყოფს შორის შეიძლება გაზარდოს RBC-ის დაშლა.

გესტაცია. ნაადრევ ახალშობილებს აქვთ მოუმწიფებელი კონუგირირების შესაძლებლობა.

ნაწლავების ფაქტორი. დაბადებისას ახალშობილის ნაწლავები არის სტერილური. კონუგირირებული ბილირუბინი არ შეიძლება გარდაიქმნას ურობილინოგენად და სტერკობილინად გამოყოფისთვის, ნაწლავის ფლორის მოქმედების გარეშე. დამატებით, ახალშობილის ნაწლავებს

აქვს დიდი მოცულობით ფერმენტი ბეტა-გლუკურონიდაზა, რომელიც ცვლის ბილირუბინს უკან არაკონუგირირებულ მდგომარეობაში. ნაწლავების მოძრაობა შემცირებულია, რაც საშუალებას აძლევს ფერმენტებს მეტი დროით იმოქმედონ მათში არსებულ მასაზე. ამ ფაქტორებმა შეიძლება გამოიწვიოს მაღალი დონით არაკონუგირირებული ბილირუბინი, რომელიც შეიწოვება სისხლის ცირკულაციაში.

დაგვიანებული კვება. ახალშობილის კვება ეხმარება ნორმალური ინტესტინული ფლორის ჩამოყალიბებაში და იწვევს მეკონეუმის გამოყოფას, რომელშიც მაღალი ბილირუბინის დონეა. როცა კვება დაგვიანებულია ან არასაკმარისია, ნორმალური ფლორა ჩამოყალიბებული არ არის და მეკონიუმის გამოყოფა, რომელშიც მაღალი ბილირუბინის დონეა, დაგვიანებულია. დეფეკაციის გადავადება იწვევს მეტ დროს რომ მოხდეს ბეტა-გლუკურონიდაზასთან შეხება, რაც ზრდის შანსებს, რომ კონუგირირებული ბილირუბინი გარდაიქმნება არაკონუგირირებულ მდგომარეობაში და შეიწოვება სისხლში.

ტრავმა. მშობიარობის ისეთი ტრავმა, როგორიცაა დალურჯება ან ცეფალოჰემატომა, იწვევს გაზრდილ ჰემოლიზს. როცა RBC დაზიანებულ ადგილებში იშლება, ისინი კიდევ უფრო ზრდის ბილირუბინის დატვირთვის სიმძიმეს.

ცხიმოვანი მჟავები. ცხიმოვან მჟავებს აქვთ მეტი აფინურობა ალბუმინის მიმაგრების ადგილას ვიდრე ბილირუბინს და ის უპირატესად ემაგრება ბილირუბინის მიმაგრების ადგილას. ცხიმოვანი მჟავეები გამოიყოფა ყავისფერი ცხიმის მეტაბოლიზმის შედეგად, რაც, თავის მხრივ, სითბოს წარმოქმნის მიზნებისთვის იშლება ახალშობილში გადაციების სტრესის დროს. ასფიქსიის დროს, ანაერობული მეტაბოლიზმი წარმოქმნის თავისუფალ ცხიმოვან მჟავებს. ამიტომ დაუკავშირებელი არაკონუგირებული ბილირუბინი გაზრდილია ასეთ ახალშობილებში და შეიძლება სიყვითლე განვითარდეს.

ოჯახური ფაქტორები. ახალშობილები რომლებიც არიან აზიელები, ადგილობრივი ამერიკელები, ესკიმოსები ან ჰყავდათ დედმამიშვილი, რომელსაც სიყვითლის შემთხვევა ჰქონდა, მეტად არიან მიდრეკილები სიყვითლისკენ. დიაბეტით დაავადებული დედების ახალშობილები ასევე არიან სიყვითლის გაზრდილი რისკის ქვეშ.

სხვა ფაქტორები. ზოგიერთი მედიკამენტის მიღება ორსულობისას (როგორიცაა სულფისოქსაზოლი) ან ახალშობილობისას, ზრდის სიყვითლის რისკს. დაბადების დროს ჩაყლაპული სისხლი, ჰიპოგლიკემია, ინფექცია და ჰემოლიტიკური ანემია ასევე იწვევს სიყვითლეს.

კრიტიკულად მნიშვნელოვანი ინფორმაცია!
ფაქტორები, რომლებიც ზრდის ჰიპერბილირუბინემიის რისკს

- ერითროციტების ზედმეტი ჰემოლიზი
- წითელი სისხლის უჯრედების სიცოცხლის მოკლე ხანგრძლივობა
- ალბუმინის მიმაგრების ადგილის ნაკლებობა
- ღვიძლის მოუმწიფებლობა
- ნაწლავის ფლორის არარსებობა
- ძუძუთი კვება
- დაგვიანებული ან არასაკმარისი კვება
- სისხლის შეუთავსებლობა
- ნაადრევი ან ვადაგადაცილებული მშობიარობა
- ტრამვისგან გამოწვეული დალურჯებები ან ცეფალოჰემატომა
- პოლიციტემია
- გადაციების სტრესისგან გამოწვეული ცხიმოვანი მჟავების წარმოქმნა ან ასფიქსია
- დედმამიშვილი სიყვითლით
- მამრობითი სქესი
- აზიელები, ადგილობრივი ამერიკელები, ესკიმოსის წარმომავლობის ახალშობილები
- დედის დიაბეტი ან პრეეკლამფსია

ჰიპერბილირუბინემია

ფიზიოლოგიური სიყვითლე

ფიზიოლოგიური სიყვითლე, ასევე სახელწოდებით არაპათოლოგიური ან განვითარების შესაბამისი სიყვითლე, არის გარდამავალი ჰიპერბილირუბინემია (ზედმეტი ბილირუბინი სისხლში) და მიჩნეულია როგორც ნორმალური შემთხვევა. სიყვითლე არ აღინიშნება დაბადებიდან პირველ 24 საათში, სრული ვადის ნაყოფში, მაგრამ ჩნდება მეორე ან მესამე დღეს დაბადების მერე. სიყვითლე ხდება შესამჩნევი, როცა ბილირუბინის დონე არის 5 მგ/დლ-ზე მეტი. სიჩქარე, რომლითაც ბილირუბინის დონე სისხლში მატულობს და მცირდება მნიშვნელოვანია, რადგან ის გვეხმარება ვივარაუდოთ, სიჩქარე მოცემულ ახალშობილში შესაბამისი იქნება თუ არა ასაკთან ან დაბადების წონასთან. ფიზიოლოგიური სიყვითლის დროს, ბილირუბინის დონე პიკს აღწევს სიცოცხლის მეორე და მეოთხე დღეს და უბრუნდება ნორმალურ მაჩვენებელს მეხუთე, მეშვიდე დღეს. ბილირუბინის დონე იმატებს უფრო მაღლა და მცირდება უფრო ნელა აზიელ ახალშობილებში.

არაფიზიოლოგიური სიყვითლე

სიყვითლე რომელიც ფიზიოლოგიური ან ნორმალურია უნდა განვასხვავოთ არაფიზიოლოგიური ან პათოლოგიური სიყვითლისგან, რომელიც საჭიროებს მეტ გამოკვლევას. ერთ-ერთი ყველაზე მნიშვნელოვანი განსხვავება არის დრო, თუ როდის ემართებათ სიყვითლე. პათოლოგიური სიყვითლე შეიძლება გამოვლინდეს პირველ 24 საათში. როცა ბილირუბინი მატულობს უფრო მაღლა და უფრო ჩქარა ვიდრე მოსალოდნელია, საჭიროა ნაადრევი მკურნალობა რომ მოხდეს მძიმე ჰიპერბილირუბინემიის პრევენცია.

არაფიზიოლოგიური სიყვითლე არის RBC-ების გაზრდილი დესტრუქციის ან ბილირუბინის კონუგაციის პრობლემის შედეგი. ეს მოიცავს შეუთავსებლობას დედისა და ნაყოფის სისხლის ტიპებს შორის, ინფექციებს და მეტაბოლურ დაავადებებს. არაფიზიოლოგიური სიყვითლის მკურნალობა ხშირად ხდება ფოტოთერაპიით.

არსებობს არაკონიუგირებული ბილირუბინის დონისა და თანმდევი რისკის კორელაციური სახელმძღვანელო დოკუმენტები. მაგალითად, სრულ ვადაზე ახალშობილი გართულებების გარეშე, რომელიც არის 24 საათის ასაკის, მიჩნეულია დაბალი რისკის მქონედ თუ TSB არის მეტი ვიდრე 8 მგ/დლ. 48 საათის ასაკზე. მიიჩნევა, რომ ამ ახალშობილს აქვს დაბალი რისკი თუ TSB იყო 8.5 მგ/დლ, ხოლო მაღალი რისკი თუ TSB იყო მაღალი 48 საათამდე პერიოდში. ახალშობილებს, რომლებიც არიან ნაადრევი, გვიანი ნაადრევი ან რომელთაც აქვთ სხვა რისკ-ფაქტორები, შეიძლება დაენიშნოთ მკურნალობა ჰიპერბილირუბინემიისთვის დაბალი TSB-ის დონეზეც კი.

ძუძუთი კვებასთან დაკავშირებული სიყვითლე

ძუძუთი კვებაზე მყოფ ბავშვს სიყვითლის განვითარების უფრო მაღალი რისკები აქვს.

ძუძუთი კვება ან ადრეული სიყვითლე. ბილირუბინის დონე 12 მგ/დლ-ზე მაღალი მაჩვენებლით ვითარდება ძუძთი კვებაზე მყოფ ბავშვთა 13%-ში, დაბადებიდან ერთი კვირის ასაკში. სიყვითლის ყველაზე ხშირი გამომწვევი მიზეზი ძუძუთი კვებაზე მყოფ ახალშობილებში, არასაკმარისი კვებაა. სიყვითლე იწყება დაბადებიდან პირველ კვირას და სისხლის შრატში ბილირუბინის დონემ შეიძლება სარისკო მაჩვენებელს მიაღწიოს თუ კვება არ გაიზარდა.

ახალშობილებს ძილიანობით, აქვთ სუსტი წოვის რეფლექსი. ამის გამო მათ შეიძლება საკმარისი ოდენობით კოლოსტრუმი ვერ მიიღონ. კოლოსტრუმს აქვს საფაღარითო ეფექტი, რაც ხელს უწყობს ბილირუბინით მდიდარი მეკონიუმის გამოყოფას. როცა მეკონიუმი არ გამოიყოფა, ბილირუბინი შეიძლება დეკონუგირდეს ბეტა- გლუკორინიდაზას ზემოქმედებით ნაწლავებში, მოხდეს მისი შეწოვა, ხელახლა ცირკულაცია ღვიძლში და ხელახალი კონუგაცია.

საკმარისი წოვის რეფლექსის არარსებობა ამცირებს ძუძუს მიერ რძის წარმოქმნას და პრობლემას უფრო ზრდის. დედების დახმარება ძუძუთი კვებაში, რომ გაიზარდოს ახალშობილის კვება და მოახდინოს რძის სტიმულაცია შეიძლება ყველაზე მნიშვნელოვანი მკურნალობა იყოს. ფორმულით კვებამ შეიძლება ხელი შეუშალოს დედის რძის წარმოქმნას. თუმცა, თუ ძუძუთი კვება არასაკმარისია და ახალშობილი დეჰიდრირებულია ან კარგავს ზედმეტ წონას, გამოწუ-

რული ძუძუს რძის ან ფორმულის მიცემა შეიძლება საჭირო გახდეს. გლუკოზიანი წყალი ბილირუბინის დონეს არ ამცირებს და უნდა მოხდეს მისი მიღების თავიდან აცილება.

ნამდვილი ძუძუს რძის სიყვითლე. ნამდვილი ძუძუს რძის სიყვითლე, ასევე სახელწოდებით გვიან- დაწყებული ძუძუს რძის სიყვითლე, ხდება დაბადებიდან მე- 3 მე-5 დღეს. ის გრძელდება 3 კვირა და ზოგიერთ ახალშობილში შეიძლება 3 თვემდე გაგრძელდეს. TSB-ის პიკია 5-10 მგ/დლ და თანდათანობით მცირდება რამდენიმე თვის განმავლობაში. ზოგიერთ ახალშობილში ის 20-30 მგ/დლ-მდე აღწევს.

ნამდვილი ძუძუს რძის სიყვითლის ზუსტი მიზეზი უცნობია. ნივთიერებები ძუძუს რძეში ზრდის ბილირუბინის შეწოვას ნაწლავებში ან ხელს უშლის კონუგაციას. ეს შეიძლება ფიზიოლოგიური სიყვითლის ფორმა იყოს ძუძუთი კვების მეთოდის მქონე ახალშობილში. ახალშობილებს ამ დროს დაავადების სხვა ნიშნები არ აქვთ.

ძუძუს რძის სიყვითლის მკურნალობა შეიცავს ახლო მონიტორინგს TSB-ზე და ყველაზე მცირე 8-12 კვებას 24 საათში. თუ ბილირუბინის დონე ძალიან მოიმატებს, იწყება ფოტოთერაპია სანამ დედა აგრძელებს ჩვილის ხშირ კვებას. ძუძუთი კვებაში ჩარევა ზოგადად არ არის რეკომენდებული. თუმცა თუ TSB-ის დონე საშიშად მაღალია, მკურნალმა შეიძლება ფორმულით კვება დაამატოს 1-3 დღემდე, სანამ დედა გამოიყენებს ძუძუს რძის გამოტუმბვას რომ შეინარჩუნოს რძის მიწოდება. დროებით ფორმულით კვებაზე გადაყვანა იწვევს ბილირუბინის დონის ჩქარ დავარდნას. თუ ბილირუბინის დონე კვლავ იმატებს, ძუძუთი კვების შეწყვეტის შემდეგ, მაშინ სხვა მიზეზი უნდა გამოვიკვლიოთ. ბილირუბინის დონე შეიძლება კვლავ აიწოს ძუძუთი კვების განახლების შემდეგ, თუმცა არა იმდენად მაღალ დონეზე რომ ხელი შეუშალოს მომავალში ძუძუთი კვებას.

სისხლის კოაგულაცია

პროთრომბინი და შედედების ფაქტორები II, VII, IX da X წარმოიქმნება ღვიძლის მიერ და აქტივირდება ვიტამინი K-ს მეშვეობით, რომელიც ახალშობილებში დეფიციტურია.

რკინის მარაგი

რკინა ნაყოფის ღვიძლში და ელენთაში გროვდება ორსულობის ბოლო კვირებში. სრული ვადის ახალშობილს, რომელიც ძუძუთი კვებაზეა არ სჭირდება რკინის დამატება 6 თვის ასაკამდე. ამ დროს უნდა დაიწყოს რკინის-შემცველელი საკვების ან რკინის მიცემა. ყველა ახალშობილი რომელიც ძუძუთი კვებაზე არაა რკინით გამდიდრებული ფორმულით უნდა ვკვებოთ.

მედიკამენტების მეტაბოლიზმი

ახალშობილების ღვიძლში მედიკამენტები არასაკმარისად მეტაბოლიზირდება. ეს უნდა გავითვალისწინოთ როცა მედიკამენტების დანიშვნა ხდება ახალშობილებში. დამატებით, მეძუძურმა დედამ უნდა შეიატყობინოს ექიმს მედიკამენტის მიღების შესახებ ინფორმაცია მის მიღებამდე, რადგან მიღების შემდეგ მედიკამენტი შესაძლოა საზიანო რაოდენობით გადავიდეს ახალშობილში დედის რძით.

საშარდე სისტემა

თირკმელების განვითარება

34-36 კვირის გესტაციაზე, ნაყოფის თირკმელებს აქვს იმდენივე ნეფრონი, რამდენიც მოზრდილებს. სისხლის მიდინება თირკმელებისკენ იზრდება დაბადების შემდეგ და თირკმლის სისხლძარღვების რეზისტენტობა მცირდება. თირკმელების ფუნქციის გაზრდილი პერფუზია მდგრად განვითარებას უზრუნველყოფს.

თირკმელის ფუნქცია

ახალდაბადებულის თირკმელების ფუნქცია არის მოუმწიფებელი მოზრდილებთან შედარებით. გლომერულების ფილტრაციის და რენალური ტუბულების რეაბსორბციის უნარი მოზრდი-

ლებთან შედარებით სუსტია. გლომერულარული ფილტრაციის სიჩქარე ორმაგდება ან სამმაგდება ცხოვრების პირველ კვირებში, მაგრამ არ აღწევს მოზრდილის შესაბამის მდგომარეობას 1- 2 წლის ასაკამდე. ამიტომ ახალშობილებს, თირკმლის მიერ შედარებით სუსტი აქვთ მეტაბოლიტების ექსკრეციის უნარი.

სიცოცხლის პირველ რამდენიმე საათში შესაძლოა ინახოს გლუკოზა ან ამინომჟავები შარდში, თუმცა რამდენიმე დღეში, თირკმლის ფუნცქიის გაუმჯობესებასთან ერთად მათი შარდში აღმოჩენა აღარ ხდება. შარდმჟავას კრისტალებმა შეიძლება მოგვცეს შარდის მოწითალო შეფერილობა, რომელიც ხანდახან სისხლში ერევათ.

შარდვა პირველ 12 საათში ახდება ხალშობილთა 50%-ში , 92% შარდავს 24 საათში და 99% შარდავს სიცოცხლის 48 საათში. ამ დროის განმავლობაში შარდვის არ არსებობა, შეიძლება გამოწვეული იყოს ჰიპოვოლემიით, არასაკმარისი სითხის მიღებით. თირკმელების არ არსებობა ან ანომალიები რომელიც ხელს უშლის შარდვის გამოყოფას ხშირად აღმოჩენილია დაბადებამდე, რადგან ეს პათოლოგიები, იწვევენ ოლიგოჰიდრამნიონს ანუ ამნიონური სითხის მცირე მოცულობას. მხოლოდ 1-2 მოშარდვა შეიძება მოხდეს სიცოცხლის პირველ ორ დღეს. ახალშობილი შარდავს მინიმუმ ექვსჯერ სიცოცხლის მეოთხე დღისთვის.

სითხის ბალანსი

ახალშობილებს აქვთ უფრო დაბალი ტოლერანტობა სხეულის მთლიანი სითხის მოცულობის ცვლილებაზე. ადაპტაციის ეს დაბალი რესურსი დაკავშირებულია სითხის ლოკაციასთან და თირკმლის შეზღუდულ ადაპტაციურ უნარებთან. სითხის ბალანსის შესანარჩუნებლად, დროულ ახალშობილს სჭირდება 60-100 მლ/კგ-ზე ყოველდღიურად სიცოცხლის პირველი 3-5 დღე და 150 -175 მლ/კგ დღიურად 7 დღის ასაკისთვის.

წყლის დისტრიბუცია

ახალშობილის სითხის 78% შედგება წლისგან. უჯრედშიდა წყალი შეადგენს სხეულის 34%-ს და უჯრედგარე სითხე შეადგენს სხეულის 44%-ს. აღსანიშნავია, რომ სითხე უჯრედებში არის შედარებით სტაბილური, ხოლო უჯრედგარეთა სითხეები მარტივად იკარგება სხეულიდან. რადგან ახალშობილებს მათ ზომასთან შედარებით მეტი სითხე აქვთ და რადგან მისი უმეტესი ნაწილი მოთავსებულია უჯრედების გარეთ, მთლიანი სხეულის წყლის შემადგენლობა მარტივად იხარჯება. მდგომარეობებმა, როგორიცაა პირღებინება ან ფაღარათი შეიძლება სწრაფად გამოიწვიოს სიცოცხლესთვის საშიში დეჰიდრაცია. დაბადებისას, ნორმალური დიურეზი იწვევს 5-10% წონის კლებას, ამ დროს ზედმეტი უჯრედგარეთა სითხე იკარგება.

სამსახსოვრო 7-1 ყოველდღიური მიღება და გამოყოფა ახალშობილებში
სიცოცხლის პირველი 3-5 დღე მიღება: 60- 100 ml/kg (27 -45 ml/lb) გამოყოფა: სულ მცირე 1-2 მოშარდვა
პირველი 3-5 დღის მერე მიღება: 150-175 ml/kg (68- 80 ml/lb) გამოყოფა: სულ მცირე 6 მოშარდვა მეოთხე დღეს

წყლის უმნიშვნელო დანაკარგი

წყლის კარგვა კანიდან და სასუნთქი გზებიდან წლის უმნიშვნელო დანაკარგია. წყლის უმნიშვნელო დანაკარგი მეტია ახალშობილებში, რადგან მათი ზედაპირი დიდია მასასთან შედარებით და ამასთან ისინი უფრო ხშირად სუნთქავენ. სითხის დანაკარგი იზრდება მნიშვნელოვნად

როცა ახალშობილს ათავსებენ გამათბობელის ან ფოტოთერაპიის ნათურების ქვეშ, რომელიც აჩქარებს კანიდან სითხის აორთქლებას. თუ ახალშობილი დაბალი ტენიანობის გარემოშია, მისი წყლის დანაკარგი მეტია.

შარდის განზავება და კონცენტრაცია

ახალშობილის თირკმელების შესაძლებლობა, რომ განაზავოს შარდი მოზარდების მსგავსია. თუმცა ახალშობილის თირკმელებს არ შეუძლია დიდი რაოდენობით სითხით დატვირთვას გაუძლოს. ეს უმეტესად ხდება ახალშობილებში, რომლებმაც მიიღეს ზედმეტი სითხე გადასხმების გზით. ნორმალური შარდის გამოყოფა არის 2-5 მლ/კგ/საათში და შარდის კუთვნილი მასა(specific gravity) არის 1.002 - 1.01. როცა პათოლოგიური მდგომარეობა, როგორიცაა ფაღარათი იწვევს ზედმეტ სითხის კარგვას, ახალშობილის შესაძლებლობის შეზღუდვამ რომ შეინარჩუნოს წყლის შემადგენლობა შეიძლება გამოიწვიოს დეჰიდრაცია უფრო ჩქარა, ვიდრე უფრო დიდი ასაკის ბავშვებში.

მჟავა-ტუტოვანი და ელექტროლიტური ბალანსი

მჟავა-ტუტოვანი და ელექტროლიტური ბალანსის შენარჩუნება არის თირკმელების უმთავრესი ფუნქცია, თუმცა ის შეიძლება სრულად ჩამოყალიბებული არ იყოს ახალშობილებში. ახალშობილები ითვლება რომ უფრო ნელა კარგავენ ბიკარბონატს ვიდრე მოზრდილები, რაც ზრდის მათი მეტაბოლური აციდოზის განვითარების რისკს. ხსნადი ნივთიერებების გამოყოფა თირკმელების მიერ ნაკლებად ეფექტურია ახალშობილებში. ასევე ახალშობილები ინარჩუნებენ საჭირო ნატრიუმს კარგად, მაგრამ ვერ გამოყოფენ ზედმეტს ეფექტურად. ეს არის განსაკუთრებული პრობლემა თუ ახალშობილმა, რაიმე მიზეზით დიდი რაოდენობის ნატრიუმი მიიღო.

იმუნური სისტემა

ახალშობილები ნაკლებ ეფექტურად ებრძვიან ინფექციას, ვიდრე მოზრდილი ახალშობილები და ბავშვები. ლეიკოციტების მოძრაობა დაგვიანებულია ინფექციის შემოჭრის ადგილას და არასკმარისია შემოჭრილი მიკრობების გასადანდგურებლად. ახალშობილის შემცირებული შესაძლებლობა, მოახდინოს ინფექციის ლოკალიზაცია გვაძლევს მიდრეკილებას სეფისის მიმართ.

ცხელება და ლეიკოციტოზი, რომელიც ხდება ინფექციის დროს უფრო მოზრდილ ბავშვებში, ახალშობილებში არ გვხვდება ინფექციის დროს. ამ საპასუხო რეაქციის ნაკლებობა დაკავშირებულია ჰიპოთალამუსის და ანთებითი პასუხის უმწიფრობის გამო. არასპეციფიკური ნიშნები, როგორიცაა აქტივობის ცვლილება, ფერი, ტონუსი და კვება შეიძლება იყოს სეფსისის ერთადერთი ნიშნები.

მოუმწიფებელი იმუნური სისტემის გამო, ახალშობილები არიან მიდრეკილები ზოგიერთი პათოგენის მიმართ, რომელიც ხშირად ეფექტს არ ახდენს მოზრდილ ბავშვებზე. სრულ ვადაზე ახალშობილები იღებენ ანტისხეულებს დედისგან ორსულობის ბოლო ტრიმესტრში. დედა აგრძელებს პასიური გზით ანტისხეულების გადაცემას საკუთარი რძის საშუალებით თუ ის აირჩევს ძუძუთი კვებას. იმუნოგლობულინები (შრატის გლობულინები ანტისხეულების აქტივობით) იცავს ახლაშობილს ინფექციისგან. უმთავრესი იმუნოგლობულინი არის IgG,IgM და IgA, თითოეულს აქვს განსხვავებული ფუნქცია. დაბადებისას ახალშობილის მთლიანი იმუნოგლობულინის დონე მოზრდილის რაოდენობის 55- 80%-ია.

იმუნოგლობულინი G

მხოლოდ იმუნოგლობულინი G (Ig G) კვეთს პლაცენტარულ ბარიერს. ამ ანტისხეულის პლაცენტაში გადასვლა იწყება ორსულობის პირველ ტრიმესტრში. ნაადრევ ახალშობილს IgG-ის რაოდენობა შედარებით მცირე აქვს, ვინაიდან ანტისხეულების მაქსიმალური რაოდენობის გადასვლა მესამე ტრიმესტრში ხდება. IgG უზრუნველყოფს ნაყოფს პასიური დროებითი იმუნიტეტით ბაქტერიის, ბაქტერიის ტოქსინის და ვირუსების მიმართ, რომლისგანაც დედას განუვითა-

რდა იმუნიტეტი. სრულ ვადაზე დაბადებულ ახალშობილს აქვს Ig G დონე რომელიც საკმაოდ მაღალია. იმდენად, რომ შეიძლება დედის იმუნიტეტზე მაღალიც იყოს.

თავდაპირველად ნაყოფი წარმოქმნის ცოტაოდენ Ig G-ს, ხოლო 6 თვის ასაკიდან IgG-ის წარმოქმნის რესურსი ემსგავსება მოზრდილის წარმოქმნის რესურსს. ახალშობილი თანდათანობით წარმოქმნის უფრო დიდი რაოდენობით იმუნოგლობულინს რომ ჩაენაცვლოს დედის IgG-ს, რომელიც კატაბოლიზდება. დედისგან მიღებული პასიური იმუნიტეტი თანდათანობით განილევა და აღწევს ყველაზე მცირე დონეს 2-4 თვის ასაკში.

იმუნოგლობულინი M

იმუნოგლობულინი M (IgM) მწვავედ განვითარებული საპასუხო რეაქციაა. ეს იმუნოგლობულინი სხეულს გრამ-ნეგატიური ბაქტერიების წინააღმდეგ დაცვაში ეხმარება. IgM-ის წარმოქმნა იწყება დაბადებიდან რამდენიმე დღეში, გარემოს ანტიგენებთან შეხების შედეგად. თუ IgM არის ჭიპლარის სისხლში, ეს ნიშნავს რომ საშვილოსნოში მოხდა ინფიცირება.

იმუნოგლობულინი A

იმუნოგლობულინი A (IgA) ასევე არ კვეთს პლაცენტას და წარმოიქმნება ახლაშობილის მიერ. IgA მნიშვნელოვანია კუჭ-ნაწლავის და სასუნთქი გზების დაცვაში. ახალშობილები განსაკუთრებით მიდრეკილები არიან ამ სისტემის ინფექციების მიმართ. სეკრეტორული Ig A არის კოლოსტრუმში და ძუძუს რძეში. ამიტომ ძუძუთი კვებით ახალშობილებმა შეიძლება მიიღონ დაცვა და კვებითი ფორმულით ნაკვებმა არა.

ფსიქოსოციალური ადაპტაცია

რეაქტიულობის პერიოდი

დაბადებიდან ადრეულ საათებში, ახალშობილი გადის ცვლილებებს რასაც ეწოდება რეაქტიულობის პერიოდი. რეაქტიულობის ორი პერიოდი გაყოფილია ძილის ან შემცირებული აქტივობის პერიოდად.

რეაქტიულობის პირველი პერიოდი

რეაქტიულობის პირველი პერიოდი იწყება დაბადების დროს და გრძელდება 30 წუთის განმავლობაში. ახალშობილები აქტიურები არიან ამ დროს და ჩანან გამოღვიძებულები, არიან ფხიზლები და დაინტერესებულები თავიანთი გარემოთი. მშობლებს უხარიათ ახალშობილების მზერის მათკენ მომართვა და უკავიათ სახე-სახით პოზიციაში. ახალშობილები ამოძრავებენ ხელებს და ფეხებს ენერგიულად გარემოში და ჩანან მშივრები. ამ დროს მნიშვნელოვანია ძუძუთი კვების დაწყება.

ამ პერიოდში შეიძლება მოხდეს ტემპერატურის შემცირება. სუნთქვის სიხშირე შეიძლება იყოს ისეთი მაღალი, როგორიცაა 80 სუნთქვა წუთში. გულის სიხშირე შეიძლება აიწიოს 180 დარტყმამდე წუთში. ხმაურიანი სუნთქვა, ხიხინი, გულმკერდის რეტრაქცია და ნესტოების დაბერვა შეიძლება ასევე გამოხატული იყოს. პულსი და სუნთქვითი სიხშირე თანდათანობით მცირდება და ახალშობილი იძინებს.

ძილის პერიოდი ან შემცირებული აქტივობა

რეაქტიულობის პირველი პერიოდის შემდეგ, ახლაშობილები ხდებიან უფრო ჩუმები და ღრმა ძილით იძინებენ. ამ დროს, პულსი და სუნთქვა ეცემა ნორმალურ მაჩვენებლებზე. მუცლის ხმები ისმინება და შეიძლება მეკონიუმი გამოიყოს.

რეაქტიულობის მეორე პერიოდი

რეაქტიულობის მეორე პერიოდი გრძელდება 4- 6 საათი. ახალშობილებს აქვთ ფხიზელი პერიოდი და მშობლებს შეიძლება ჰქონდეთ დრო რომ ისიამოვნონ შესაძლებლობით და მათი ახალ-

შობილი უკეთ გაიცნონ. ახალშობილი ინტერესს იჩენს კვების მიმართ და შეიძლება მეკონიუმი გამოყოს. შეიძლება გვქონდეს ტაქიკარდია და ჩქარი სუნთქვა. ლორწოვანი სეკრეცია იზრდება და ახალშობილებს შეიძლება ქონდეთ პირღებინების ან რეგურგიტაციის ეპიზოდი.

ქცევის მდგომარეობები

ახალშობილობის პირველი პერიოდის განმავლობაში შეიძლება აღინიშნოს ექვსი გარდამავალი საფეხური ქცევაში. ჩუმი ძილიდან ტირილამდე მონაცვლეობით. დროის რაოდენობა რომელსაც ახალშობილი ატარებს სხვადასხვა ძილ-ღვიძილის მდგომარეობაში არის ინდივიდუალური თითოეულ ბავშვში.

ღრმა და ჩუმი ძილის მდგომარეობა

ჩუმი ძილის მდგომარეობის განმავლობაში ახალშობილი არის ღრმა ძილში დახუჭული თვალებით და თვალის მოძრაობის გარეშე. სუნთქვა არის ჩუმი, რეგულარული და შენელებული ვიდრე სხვა მდგომარეობაში. ასევე შეკრთომები ხდება ინტერვალით. ახალშობილის გამოფხიზლება ძალიან ძნელია და არ იკვებებიან.

მსუბუქი ან აქტიური ძილის მდგომარეობა

აქტიური ძილის მდგომარეობა არის უფრო ზედაპირული ძილი, რომლის დროსაც ახალშობილის თვალები დახურულია. ისინი ამოძრავებენ კიდურებს, იჭიმებიან, ცვლიან სახის გამომეტყველებას, აქვთ წოვის მოძრაობები და შეიძლება აღელვებულები იყვნენ მცირე ხნით. ამ პერიოდის განმავლობაში, სუნთქვა მეტად ჩქარია, არარეგულარული და თვალების ჩქარი მოძრაობები ხდება. ახალშობილები მეტად კრთებიან ხმაურის ან რამე შემაწუხებელი სტიმულის მიმართ და მერე შეიძლება დაბრუნდნენ ძილში ან დარჩნენ ფხიზელ მდგომარეობაში.

მთვლემარე მდგომარეობა

მთვლემარე მდგომარეობა არის გარდამავალი პერიოდი ძილსა და ღვიძილს შორის. თვალები შეიძლება დარჩეს დახუჭული ან თუ გახელილი ექნებათ, მაშინ მიშტერებული და არაფოკუსირებული მზერით გამოხატული. ახალშობილები კრთებიან და ამოძრავებენ მათ კიდურებს ნელა. მათ შეიძლება გააგრძელონ ძილი, ან ნაზი სტიმულაციით მოხდეს მათი გამოფხიზლება.

ჩუმი ფხიზელი მდგომარეობა

ჩუმი ფხიზელი მდგომარეობა (ასევე ცნობილი სახელწოდებით ფხიზელი აქტივობა) უნდა აღინიშნოს მშობლებთან, რადგან ეს საუკეთესო დროა გაზარდონ ურთიერთკავშირი. ახალშობილი ფოკუსირებას ახდენს საგნებზე და ადამიანებზე, რეაგირებს მშობლებზე ინტესიური მზერით და ჩანან გონიერები და დაინტერესებულები გარემოთი. ისინი პასუხობენ სტიმულს და სხვებთან ურთიერთობაში შედიან. სხეულის მოძრაობები არის მინიმალური, რადგან ცდილობენ კონცენტრაცია მოახდინონ გარემოზე.

აქტიური ფხიზელი მდგომარეობა

აქტიურ ფხიზელ მდგომარეობაში ახალშობილი ჩანს მოუსვენრად, გაზრდილია მოტორული მოძრაობები და შეიძლება იყოს მოუსვენრად. ახალშობილებს აქვთ უფრო ჩქარი და მეტად არარეგულარული სუნთქვა, შეიძლება ჰქონდეთ სლოკინი ან რეგურგიტაცია. მათი თვალები შეიძლება გახელილი იყოს, ახალშობილი ჩანს ნაკლებად ფოკუსირებული ვიზუალურ სტიმულზე ვიდრე ჩუმი ფხიზელი მდგომარეობის დროს.

ტირილის მდგომარეობა

ტირილის მდგომარეობა შეიძლება მალევე მოჰყვეს აქტიურ ფხიზელ მდგომარეობას თუ არანაირი ჩარევა არ მოხდა რომ კომფორტი შეუქმნან ახალშობილს. ტირილი არის უწყვეტი და მძლავრი, ხდება აქტიური სხეულის მოქმედებები და ახალშობილი არ რეაგირებს პოზიტიურად სტიმულაციაზე. სუნთქვა არარეგულარული და ჩქარია.

წყაროები

1. American Academy of Pediatrics & American College of Obstetricians and Gynecologists. (2012). Guidelines for perinatal care (7th ed.). Elk Grove Village, IL: Author.
2. American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). (2011). Thromboembolism in pregnancy. ACOG practice bulletin; no. 123. Washington, DC: Author.
3. Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses. (2009). Standards for professional nursing practice in the care of women and newborns (7th ed.). Washington, DC: Author.
4. Atkinson, W., Wolfe, S., & Hamborsky, J. (Eds.). (2012). Centers for Disease Control and Prevention. Epidemiology and prevention of vaccine-preventable diseases (12th ed.) Washington DC: Public Health Foundation.
5. Beckmann, C. R. B., Ling, F. W., Barzansky, B. M., et al. (Eds.). (2010). Obstetrics and gynecology (6th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams &Wilkins.
6. Bick, D., MacArthur, C., & Winter, H. (2009). Postnatal care: Evidence and guidelines for management. Edinburgh: Churchill Livingstone.
7. Blackburn, S. T. (2013). Maternal, fetal, and neonatal physiology: A clinical perspective (4th ed.). St. Louis: Saunders.
8. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (2011). General recommendations on immunization practices. Morbidity and Mortality Weekly Report, 60(2), 1–60.
9. Centers for Disease Control and Prevention. (2012). Pertussis—What you need to know. Retrieved from www.cdc.gov/vaccines.
10. Convery, K. M., & Spatz, D. L. (2009). Sexuality & breastfeeding: What do you know? MCN: The American Journal of Maternal/Child Nursing, 34(4), 218–223.
11. Cunningham, F. G., Leveno, K. J., Bloom, S. L., et al. (Eds.) (2010). Williams obstetrics (23rd ed.). New York: McGraw-Hill.
12. Dahlen, H., & Homer, C. (2008). Perineal trauma and postpartum perineal morbidity in Asian and non-Asian primiparous women giving birth in Australia. Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing, 37(4), 455–463.
13. Declercq, E., Cunningham, D. K., Johnson, C., et al. (2008). Mothers' reports of postpartum pain associated with vaginal and cesarean deliveries: Results of a national survey. Birth, 35(1), 16–30.
14. Dennis, C. L., & Kingston, D. (2008). A systematic review of telephone support for women during pregnancy and theearly postpartum period. Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing, 37(3), 301–314.
15. Lockwood, S., & Anderson, K. (2013). Postpartum safety: a patient-centered approach to fall prevention. MCN: The American Journal of Maternal/Child Nursing, 38(1), 15–18.
16. Lucia, M. A., & Mullaly, L. M. (2009). The discharge brunch: Reducing chaos and increasing smiles on the OB unit. Nursing for Women's Health, 13(5), 402–409.
17. National Quality Forum. (2009). National voluntary consensus standards for perinatal care 2008: A consensus report. Washington, DC: Author. Ohlendorf,
18. J. M. (2012). Stages of change in the trajectory of postpartum weight self-management. Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing, 41(1), 57–70.
19. Ohlendorf, J. M., Weiss, M. E., & Ryan, P. (2012). Weight management information needs of postpartum women. MCN: The American Journal of Maternal/Child Nursing, 37(1), 56–63. Petersen,
20. M. R. (2011). Review of interventions to relieve postpartum pain from perineal trauma. MCN: The American Journal of Maternal/Child Nursing, 36(4), 241–245.

21. Radestad, I., Olsson, A., Nissen, E., et al. (2008). Tears in the vagina, perineum, sphincter ani, and rectum and first sexual intercourse after childbirth: A nationwide follow-up. Birth, 35(2), 98–106.
22. Simpson, K. R. (2009). Postoperative pain relief measures. MCN: The American Journal of Maternal/Child Nursing, 34(2), 136.
23. Webb, D. A., Bloch, J. R., Coyne, J. C., et al. (2008). Postpartum physical symptoms in new mothers: Their relationship to functional limitations and emotional well-being. Birth, 35(3), 179–187.
24. Whitmer, T. (2011). Physical and psychological changes. In S. Mattson & J. E. Smith (Eds.), AWHONN core curriculum for maternal-newborn nursing (4th ed., pp 301–314). St. Louis: Saunders.
25. Woods, A. B., Crist, B., Kowalewski, S., et al. (2012). A cross-sectional analysis of the effect of patient-controlled epidural analgesia versus patient controlled analgesia on postcesarean pain and breastfeeding. Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing, 41(3), 339–346.
26. Woolhouse, H., Perlen, S., Gartland, D., et al. (2012), Physical health and recovery in the first 18 months postpartum: Does cesarean section reduce long-term morbidity? Birth, 39(3), 221–229.

თავი 8

ნორმალური ახალშობილის შეფასება

ახალშობილის პათოლოგიური მდგომარეობების და საშვილოსნოს გარე ადაპტაციის პრობლემების იდენტიფიცირებაში, ექთნის როლი ძალიან მნიშვნელოვანია. ახალშობილის პირველ, სრული მიღების დროს, შემოწმებას შეფასება ეწოდება. მომდევნო შეფასებები ნაკლებად დეტალურია. დანართი B (ძირითადი ფაქტორები კლინიკური პრაქტიკის დროს) აღწერს თავდაპირველი შეფასების და ზრუნვის თანმიმდევრობას.

ადრეული ფოკუსირებული შეფასება

ახალშობილის დაბადებიდან მალევე, ექთანი ახდენს მისი ჯანმრთელობის შეფასებას, რომელიც კრიტიკულად მნიშვნელოვანია, რომ დაბადებიდან რაც შეიძლება მალე მოხდეს. პირველადი გასინჯვა მოიცავს გულ-სისხლძარღვთა და სუნთქვითი სტატუსის დადგენას, თერმორეგულაციისა და თანდაყოლილი ანომალიების არსებობის შეფასებას. ექთანი წყვეტს საჭიროა თუ არა ახალშობილის რეანიმაცია ან სხვა სასწრაფო ჩარევა. თუ ახალშობილი სტაბილურადაა და კარგად ოქსიგინირებულია, შეიძლება მეტად სრული შეფასება ჩატარდეს.

უსაფრთხოების ზომები
მშობიარობის შემდგომ, როცა ხდება ბავშვის გამშრალება, შესაძლებელია დაგვავიწყდეს რომ მისი კანი არის დაბინძურებული სისხლით და ამნიონური სითხით. ექთანმა უნდა ატაროს ხელთათმანები როცა უჭირავს ბავშვი მის დაბანამდე და სანამ სისხლი მთლიანად არ მოშორდება კანიდან და თმიდან. ხელთათმანების ტარება ეხმარება ექთანს თავი დაიცვას ინფექციებისგან, რომელიც გადაიცემა სისხლის საშუალებით.

ისტორია

დედის ასაკმა, ჯანმრთელობის პრობლემებმა და ორსულობის დროს წარმოშობილმა ნებისმიერმა გართულებამ ან დაბადების დროს წარმოქმნილმა პრობლემამ, შეიძლება გავლენა იქონიოს ახალშობილის ადაპტაციის პროცესზე. მაგალითად, თუ დედა მიიღებს ნარკოტიკული ჯგუფის ტკივილგამაყუჩებელს მშობიარობის გვიანი პერიოდის დროს, ნაყოფის ცენტრალური ნერვული სისტემის დეპრესიამ შეიძლება ხელი შეუშალოს სუნთქვის დაწყებას ახალშობილებში. ამასთან, თუ ნაყოფი მიღებულია ნაადრევი მშობიარობის შედეგად ახალშობილმა შეიძლება არ წარმოქმნას საკმარისი რაოდენობით სურფაქტანტი და შესაძლოა ალვეოლების ატელექტაზი განვითარდეს.

გულ-სისხლძარღვთა და სასუნთქი სისტემების სტატუსის შეფასება

გულ-სისხლძარღვთა და სასუნთქი სისტემის სტატუსის შეფასება ხდება ერთდროულად, რადგან გარდამავალი ცვლილებები ერთსა და იმავე დროს ხდება ორივე სისტემაში. ადაპტაციის პრობლემები ერთ სისტემაში, პრობლემებს იწვევს მეორე სისტემაში.

სასუნთქი გზები

მშობიარობის დროს, ნაყოფის ფილტვების სითხის ნაწილი ინაცვლებს ზედა სასუნთქ გზებში და გამოიყოფა. ზედმეტმა სითხემ და ლორწომ ახალშობილის სასუნთქ გზებში შეიძლება გამოიწვიოს სუნთქვითი პრობლემები დაბადებიდან რამდენიმე საათში.

სუნთქვის სიხშირე

ექთანი აფასებს სუნთქვის სიხშირეს ყველაზე მცირე ყოველ 30 წუთში, სანამ ახალშობილი არ გახდება სტაბილური 2 საათის განმავლობაში დაბადების შემდეგ. თუ პათოლოგიური მდგომარეობა შეინიშნება, სუნთქვა მოწმდება უფრო ხშირად.

ნორმალური სუნთქვის სიხშირე არის 30-60 სუნთქვა წუთში. საშუალო სიჩქარე არის 40-49 სუნთქვა წუთში. ახალშობილმა შეიძლება ისუნთქოს უფრო სწრაფად დაბადების შემდეგ, ტირილის დროს და აქტიურობის პირველ და მეორე პერიოდში. ნორმალური სუნთქვა არ უნდა იყოს გაძნელებული, ქოშინით სუნთქვა და გულმკერდის მოძრაობა უნდა იყოს სიმეტრიული. იქიდან გამომდინარე, რომ სუნთქვის სახეობა და სიღრმე არარეგულარულია, მისი დათვლა უნდა მოხდეს ერთი წუთის განმავლობაში სიზუსტისთვის(იხილეთ პროცედურა 8-1).

პროცედურა 8-1	**სასიცოცხლო მაჩვენებლების შეფასება ახალშობილში**
მიზანი: ახალშობილის სასიცოცხლო მაჩვენებლების სწორი შეფასება **სუნთქვა** 1. რამდენადაც შესაძლებელია შეაფასეთ სუნთქვა როცა ახალშობილი მშვიდადაა, სძინავს და სანამ მოხდება მისი სხვა გასინჯვისთვის შეწუხება. ეს საშუალებას გვაძლევს რომ ფილტვის ხმები ისმინებოდეს უფრო სუფთად. 2. დააკვირდით, მოუსმინეთ და პალპაცია გააკეთეთ გულმკერდზე და მუცელზე. ჩქარი, ზედაპირული, არარეგულარული სუნთქვა შეიძლება შეგვეშალოს სხვა ხმებში, როცა ბავში აქტიურია. ასეთ დროს შეფასების მეთოდების კომბინაცია ზრდის სიზუსტეს. 3. აწიეთ ახალშობილის გადასაფარებელი და ტანსაცმელი რომ დაინახოთ გულმკერდი და მუცელი. დააკვირდით სუნთქვის ხასიათს სანამ დაიწყებდეთ მის დათვლას. სუნთქვა ხშრად არის არარეგულარული, მაგრამ სახასიათო. სუნთქვის ხასიათზე დაკვირვება საშუალებას გვაძლევს რომ უფრო მარტივად დავთვალოთ სიხშირე. 4. შეგიძლიათ ხელი ახალშობილის გულმკერდზე ან მუცელზე მოათავსოთ რომ შეიგრძნოთ მოძრაობა. თავი შეიკავეთ გულმკერდის სრულად დაფარვისგან, რადგან ასე უფრო კარგად შეძლებთ დააკვირდეთ და პალპაციით გასინჯოთ. პალპაცია გვეხმარება რომ სიხშირეს ზუსტად მივყვეთ.	**პულსი** 1. რამდენადაც შესაძლებელია მოუსმინეთ აპიკალურ პულსს როცა ახალშობილი მშვიდადაა. გულის ტონები უფრო მკაფიოდ ისმის როცა ახალშობილი მშვიდადაა ან სძინავს. 2. გამოიყენეთ სტეტოსკოპის პედიატრიული მხარე თუ შესაძლებელია რომ მოუსმინოთ აპიკალურ პულსს. ასევე სტეტოსკოპის დიდი ზომის ზედაპირიც შეიძლება გამოვიყენოთ, თუმცა მცირე ზომის ზედაპირი უკეთესად ესადაგება გულმკერდს და გამოყოფს გულის ტონებს სუნთქვის და ნაწლავების ხმებისგან. 3. თუ ახალშობილი ტირის, მიაწოდეთ საწოვარა ან ხელთათმანიანი თითი. წოვება ხშირად ამშვიდებს ახალშობილს. 4. თუ ახალშობილის დამშვიდება ვერ ხერხდება, გაზარდეთ ყურადღება და მოსმენის დრო. მეტი კონცენტრაცია ეხმარება მოსმენილი ხმების გამოყოფას და მეტი ფოკუსირება ხდება გულის ტონებზე. 5. მოუსმინეთ მცირე ხანგრძლივობით სანამ დაიწყებდეთ დათვლას. შეიძლება გამოგავდგეს თითის დარტყმა რიტმულად გულის დარტყმების დროს. დათვალეთ სრული ერთი წუთის განმავლობაში. ივარაუდეთ რომ გულისცემის სიხშირე უნდა იყოს 120-160 დარტყმა წუთში, მოსვენების დროს. გულისცემის ტონების ნიშნების მოსმენა გვაძლევს დროს რომ მივეჩვიოთ მის ხმას სანამ უფრო არ აჩქარდება გულისცემა. სრული ერთი წუთის განმავლობაში დათვლა ზრდის შანსებს რომ აღმოვაჩინოთ პათოლოგიური ნიშები.

5. სუნთქვის აუსკულტაციისთვის, ამოძრავეთ სტეტოსკოპი გულმკერდზე სანამ სუნთქვა არ მოისმინება სუფთად. ეს ხშირად ხდება ახალშობილის გულმკერდის მარჯვენა მხარეს. დათვლის შემდეგ, გადაადგილეთ სტეტოსკოპი ისე რომ მოისმინოთ სუნთქვა ყველგან. ეს საშუალებას გვაძლევს რომ მოვუსმინოთ ფილტვებს ისე, რომ ნაკლებად მოხდეს მისი არევა გულის ტონებთან. 6. დათვალეთ სრული ერთი წუთის განმავლობაში. სუნთქვა, როგორც წესი, არარეგულარულია ახალშობილებში. სრული ერთი წუთის განმავლობაში დათვლა ზრდის სიზუსტეს. 7. თუ ახალშობილი ტირის, საშუალება მიეცით რომ მოწოვოს საწოვარა ან ხელთათმანიანი თითი. თუ ტირილს აგრძელებს, დათვალეთ სუნთქვა და დიაგრამაზე აღნიშეთ რომ შეფასების დროს ახალშობილი ტიროდა. გადაამოწმეთ თავიდან როცა ახალშობილი დამშვიდდება. წოვებამ შეიძლება დაამშვიდოს ახალშობილი. მიუხედევათ იმისა, რომ სუნთქვა ყველაზე კარგად ითვლება როცა ახალშობილი მშვიდათ არის, მისი დათვლა ასევე შესაძლებელია ტირილის დროს. სუნთქვა შეიძლება უფრო ჩქარი იყოს როცა ახალშობილი ტირის. 8. სუნთქვის სიხშირე მოსალოდნელია რომ იყოს საშუალოდ 30-60 სუნთქვა/წუთში საშუალოდ ყველაზე მეტი სიხშირით 40-49 სუნთქვა/წუთში როცა ახალშობილი მოსვენებულია. აღნიშნეთ სუნთქვის დისტრესის ნიშები, რაც შედგება ტაქიპნოესგან, ნესტოების დაბერვისგან, ციანოზისგან, სტერტოროზული სუნთქვისგან, პარადოქსული სუნთქვისაგან, სუნთქვის გაჩერებისგან და გულმკერდის მოძარობის ასიმეტრიისგან. გააგრძელეთ დაკვირვება ახალშობილის სუნთქვაზე როცა არის ნორმიდან უკიდურეს წერტილში გადახრილი. ეს საშუალებას გვაძლევს ადრეულად აღმოვაჩინოთ და თვალყური ვადევნოთ ანომალიების გამოვლენას. სიხშირე რომელიც არის ახლოს პათოლოგიურ მაჩვენებელთან, შეიძლება მალევე გადაიზარდოს პათოლოგიურად.	6. გადაადგილეთ სტეტოსკოპი რომ მოუსმინოთ მთლიანად გულის ადგილს. შეაფასეთ არითმია, შუილი და სხვა პათოლოგიური ხმები. აღნიშეთ ნებისმიერი ანომალია. სრულ სიბრტყეზე მოსმენა ზრდის შანს რომ აღმოვაჩინოთ გულის პათოლოგიური ხმები. პათოლოგიური ხმების აღმოჩენა და მისი პედიატრისთვის შეტყობინება საშუალებას გვაძლევს რომ უფრო ზუსტად გამოვიკვლიოთ. **ტემპერატურა** **აქსილარული** 1. მოათავსეთ თერმომეტრი ვერტიკალურად გულმკერდის მიმართ , თერმომეტრის წვერი იღლიის ცენტრში კანზე და ახალშობილის ხელი მჭიდროდ მიდებული სხეულთან. თუ თერმომეტრი მოთავსდება ჰორიზონტალურად, ის შეიძლება გამოიშვიროს იღლიის უკან და არაზუსტი მაჩვენებლი მოგვცეს. მხრის დაკავება გვეხმარება თერმომეტრის სწორად მოთავსებაში და თავიდან გვარიდებს შემთხვევით დაზიანებებს თუ ახალშობილი გამოძრავდა მოულოდნელად. 2. გაშიფრეთ თერმომეტრი შესაფერისს დროს, იმის მიხედვით ელექტრონულია თუ დიგიტალური, როცა ინდიკატორი ხმას გამოსცემს, ზოგი ზომავს მწარმოებლის ინსტრუქციით. ნორმალური მაჩვენებლები: 36.5 Celsius- 37.5 Celsius. უზრუნველყავით სწორი ჩანაწერის გაკეთება.

ახალშობილის ჩქარი, ზედაპირული, არარეგულარული სუნთქვის დათვლა შეიძლება თავიდან პრობლემას წარმოადგენდეს. ახალშობილის გულმკერდზე სხვა მოძრაობების დაკვირვებით განსხვავება სუნთქვითი მოძრაობებისგან შეიძლება რთული იყოს. დაკვირვება, აუსკულტაცია ან პალპაცია მარტო ან კომბინაციაში, შეიძლება გამოვიყენოთ რომ გავიგოთ ზუსტი სუნთქვითი სიჩქარე.

ექთანი აკვირდება პერიოდულ სუნთქვას, მან შეიძლება აღმოაჩინოს პაუზები სუნთქვის დროს რომელიც გრძელდება 5-10 წამის განმავლობაში სხვა ცვლილებების გარეშე, რომელსაც მოსდევს ჩქარი სუნთქვა 10-15 წამის განმავლობაში. ეს ხდება სრულ ვადაზე დაბადებულ ახალშობილებში პირველი რამდენიმე დღე, მაგრამ უფრო ხშირია ნაადრევ ახალშობილებში. აპნოე არის პაუზა სუნთქვაში რომელიც გრძელდება 20 წამის ან მეტი ხანგრძლივობით, ან თან ახლავს ციანოზს, სიფერმკთალეს, ბრადიკარდიას ან შემცირებულ კუნთთა ტონუსს. აპნოე არის პათოლოგიური და საჭიროებს დროულ ჩარევას.

სუნთქვითი ტონები. ფილტვის წინა და უკანა არის აუსკულტაცია ხდება სუნთქვითი ტონების შესაფასებლად. სუნთქვითი ტონები უნდა იყოს სუფთა, უმეტეს ადგილას. თუმცა, ხიხინის ტონების მოსმენა ფილტვებში დაბადებიდან პირველი ერთი-ორი საათის განმავლობაში არ არის იშვიათი, რადგან ნაყოფის ფილტვების სითხე მთლიანად არ არის შეწოვილი. ახალშობილები, რომლებიც დაბადებულები არიან საკეისრო კვეთით არ განიცდიან იმ ცვლილებებს რაც ხდება ფილტვებში მშობიარობის და დაბადების დროს და უმეტესად აქვთ უხეში სუნთქვითი ტონები მცირე ხანგრძლივობით. თუ მშობიარობის შემდეგ ნარჩუნდება სტვენა, ტკაცუნი, ხიხინი ამის შესახებ უნდა მოხდეს შესაბამისი რეაგირება. პათოლოგიური და შემცირებული ტონების არსებობა ყოველთვის უნდა ეცნობოს მკურნალ ექიმთს, მათი გახანგრძლივების შემთხვევაში. ისინი შეიძლება მიანიშნებდეს პნეუმოთორაქს. ნაწლავური ხმები გულმკერდში შეიძლება დიაფრაგმატული თიაქრის ნიშანი იყოს.

რესპირატორული დისტრესის ნიშნები. შეფასების განმავლობაში ექთანი უნდა იყოს ფხიზლად რესპირატორული დისტრესის ნიშნების მიმართ, რომელიც შეიძლება განვითარდეს დაბადების დროს ან განვითარდეს მოგვიანებით. პათოლოგიური სუნთქვის ნებისმიერი ერთი ნიშანის არსებობის შემთხვევაშიც კი, შეფასება უნდა გაფართოვდეს რომ მოხდეს სხვა ნიშნების ამოცნობაც.

ტაქიპნოე. ტაქიპნოე, არის სუნთქვითი სიხშირე, მეტი ვიდრე 60 სუნთქვა წუთში. ის არის რესპირატორული დისტრესის ყველაზე ხშირი ნიშანი. იშვიათია დაბადებიდან პირველი საათის განმავლობაში და აქტიურობის პერიოდისთვის, თუმცა გახანგრძლივებული ტაქიპნოე პათოლოგიურია.

გულმკერდის რეტრაქცია. რეტრაქცია ხდება როცა გულმკერდის ძვლების გარშემო რბილი ქსოვილი შიგნით იზნიქება ფილტვებში ჰაერის ფიზიკური დატვირთვით შესვლის დროს. ქსიფოიდის (მკერდის უკანა ძვლის) რეტრაქცია ხდება როცა მკერდის ძვლის უკანა ადგილი რეტრაქციას აკეთებს თითოეულ ჯერზე, ახალშობილის ჩასუნთქვის დროს. როცა კუნთები ნეკნებს შორის ისე იზნიქება, რომ თითოეული ნეკნი გამოიკვეთება, ნეკნთაშორის რეტრაქცია გვაქვს.

სურათი 8-1. აკროციანოზი

მკერდის ძვლის ზემოთ და ლავიწების გარშემო კუნთები შეიძლება გამოყენებული იყოს სუნთქვაში როგორც დამხმარე კუნთები. ამ დროს ვიზუალურად შესამჩნევია ლავიწზედა რეტრაქცია. რეტრაქცია შეიძლება იყოს მსუბუქი ან მძიმე, სუნთქვის სიძნელის ხარისხის მიხედვით. შემთხვევითი მსუბუქი რეტრაქცია ხშირია დაბადებიდან მალევე, მაგრამ არ უნდა გაგრძელდეს პირველ ერთ საათზე მეტხანს.

ნესტოების დაბერვა. ნესტოების რეფლექსურად გაფართოვება ხდება როცა ნაყოფი არასაკმარის ჟანგბადს იღებს. ნესტოების დაბერვა სასუნთქი გზების რეზისტენტობის შემცირებას და ფილტვებში ჰაერის მეტი რაოდენობის პასაჟს ეხმარება. ნესტოების ხანგამოშვებითი დაბერვა შეიძლება მოხდეს დაბადებიდან პირველ ერთ საათში. გახანგრძლივებულად ნესტოების დაბერვა უფრო სერიოზულ სუნთქვით პრობლემას მიანიშნებს.

ციანოზი. ციანოზი არის მოიასამნისფრო, მოლურჯო შეფერილობა, რომელიც მიგვანიშნებს რომ ახალშობილი არ იღებს საკმარის ჟანგბადს. მას შეიძლება წინ უძღოდეს მუქი, ნაცრისფერი კანის შეფერილობა. ცენტრალური ციანოზი მოიცავს ტუჩებს, ენას, ლორწოვან მემბრანებს და სხეულს და მიგვანიშნებს ნამდვილ ჰიპოქსიაზე. ეს ნიშნავს რომ საკმარისი ჟანგბადი არ მიდის სასიცოცხლო ორგანოებისკენ და მდგომარეობა საჭიროებს სწრაფ რეაგირებას.

სახის დალურჯება შეიძლება მოხდეს ჭიპლარის მჭიდროდ შემოხვევის დროს ან დაწოლის გამო მშობიარობის დროს და შეიძლება გავდეს ცენტრალურ ციანოზს. ციანოზის დალურჯებისგან გასასხვავებლად გავაკეთოთ დაწოლა შეფერილ ადგილას, ციანოზის შემთხვევაში გათეთრდება, მაგრამ დალურჯებული კვლავ დარჩება ლურჯი. ახალშობილებში ცენტრალური ციანოზი მუქი ფერის კანის მქონე ადამიანებში შეიძლება შემოწმდეს ლორწოვან მემბრანებზე. პულსის ოქსიმეტრია შეიძლება გამოვიყენოთ რომ გავარკვიოთ ჟანგბადით სატურაცია ახალშობილებში.

ცენტრალური ციანოზი უნდა განვასხვავოთ აკროციანოზისგან, რომელიც არის პერიფერიული ციანოზი და მოიცავს მხოლოდ კიდურებს. აკროციანოზი ნორმალურია, სიცოცხლის პირველ დღეს და თუ ახალშობილის გადაციება მოხდება. ის გამოწვეულია სისხლის ცუდი პერფუზიით სხეულის პერიფერიაზე.

ციანოზი შეიძლება აღინიშნოს დაბადებისას ან შეიძლება მოგვიანებით გამოჩნდეს. ნორმალურია, დაბადებისას ციანოზური ბავშვის ნახვა რომელიც ვარდისფერდება სუნთქვის დაწყებასთან ერთად. ციანოზი ხდება როცა ახალშობილის სუნთქვა შეფერხებულია. ის შეიძლება მოხდეს კვების დროს, რადგან გართულებულია კოორდინირებული წოვის, ყლაპვის და სუნთქვის ფუნქციები. ახალშობილებს, რომლებიც ხდებიან ციანოზურები დატვირთვაზე ან ტირილის განმავლობაში, შეიძლება ჰქონდეთ თანდაყოლილი გულის დეფექტები.

სტერტოროზული(თუხთუხით, ღრუტუნით, ხიხინით) სუნთქვა. სტერტოროზული სუნთქვა ნიშნავს ხმარურიან ამოსუნთქვას, როცა ჰაერი გაივლის ნახევრად ჩაკეტილ ხმის იოგებს. ეს ზრდის წნევას ალვეოლებში, რომელიც ინარჩუნებს ალვეოლებს ღიად და აჩქარებს სუნთქვითი გაზების მიმოცვლას ფილტვებში. სტერტოროზული სუნთქვა შეიძლება იყოს მსუბუქი და ისმინებოდეს მხოლოდ სტეტოსკოპით ან იყოს საკმარისად ხმამაღალი რომ შესაძლებელი იყოს მოსმენა დამხმარე საშუალების გარეშე ახალშობილებში, მძიმე რესპირატორული სირთულეებით. მუდმივი სტერტოროზული სუნთქვა არის რესპირატორული დისტრესს სინდრომის ხშირი ნიშანი და საჭიროებს უფრო ფართო კვლევებს და მკურნალობის დანიშვნას.

საქანელა აიწონა-დაიწონას ეფექტით ან პარადოქსული სუნთქვა. ნორმალურად გულმკერდი და მუცელი ქვევით და ზემოთ მოძრაობს ერთდროულად, შეთანხმებით სუნთქვის დროს. მძიმე რესპირატორული დისტრესის მქონე ახალშობილებში მუცელი ვარდება ქვევით, როცა გულმკერდი ზემოთ იწევს და პირიქით რაც იწვევს საქანელა აიწონა-დაიწონას ეფექტს.

ასიმეტრია. გულმკერდის ექსპენსია უნდა იყოს ერთნაირი ორივე მხარეს. ასიმეტრია ან შემცირებული მოძრაობა ერთ მხარეს შეიძლება მიანიშნებდეს ფილტვების კოლაფსს(პნეუმოთორაქსს).

ქოანალური ატრეზია. ქოანალური ატრეზია არის ერთ ან ორივე მხარეს ცხვირის არხების დახშობა ან შევიწროვება ძვლით ან ქსოვილით. ქოანალურ ატრეზიაზე შემოწმება მნიშვნელო-

ვანია რადგან ახალშობილები მეტად არიან მიდრეკილები ცხვირით სუნთქვისკენ სიცოცხლის პირველი 4-6 კვირის განმავლობაში. ეს ნიშნავს რომ ისინი უფრო მეტად სუნთქავენ ცხვირით, ტირილის დროს გარდა. ორმხრივი ქოანალური ატრეზია იწვევს მძიმე რესპირატორულ დისტრესს და საჭიროებს ოპერაციას. ცხვირის ერთი მხარის ოკლუზია ახალშობილს აყენებს რისკის ქვეშ, რესპირატორული დისტრესის გამო, თუ ერთდროულად მეორე მხარეც დაიხშობა ლორწოს ან შეშუპების გამო.

ექთანს შეუძლია შეამოწმოს ქოანალური ატრეზია ახალშობილის პირის დაკეტვით და თითო ჯერზე თითო ნესტოს ოკლუზიით. ახალშობილზე დაკვირვება ხდება მისი სუნთქვის და სუნთქვითი ხმიანობის აუსკულტაციით, თითოეული ნესტოს ოკლუზიის დროს. შეფასების ალტერნატიული მეთოდი კათეტერის თითოეულ ნესტოში გატარებაა, რათა შევამოწმოთ მისი გამოვლობა. ახალშობილები ქოანალური ატრეზიით ხდებიან ციანოზურები წყნარ მდგომარეობაში, მაგრამ ვარდისფერდებიან ტირილის დროს, რადგან ჰაერი ამ დროს პირის საშუალებით შედის ფილტვებში.

ფერი. ციანოზის დამატებით ექთანი აფასებს სიფერმკრთალეს და სიწითლეს.

სიფერმკრთალე. სიფერმკრთალე შეიძლება მიანიშნებდეს რომ ახალშობილი ოდნავ ჰიპოქსიური ან ანიმიურია. პრობლემის გამოსარიცხად, ხორციელდება ჰემოგლობინის და ჰემატოკრიტის ლაბორატორიული გამოკვლევა ან საერთო სისხლის ანალიზი.

წითელი ფერი. წითელი კანის ფერი (პლეტორა) შეიძლება ასახავდეს პოლიციტემიას, ანუ სისხლის წითელი უჯრედების ზედმეტი რაოდენობის არსებობას. ჰემატოკრიტის მაჩვენებლი 65%-ის ზემოთ აზუსტებს პოლიციტემიას. ახალშობილები მომატებული ჰემატოკრიტის დონით არიან სიყვითლის გაზრდილი რისკის ქვეშ, ზედმეტი წითელი სისხლის უჯრედების დესტრუქციის გამო, რომელიც ხდება მშობიარობის შემდეგ.

გულის ტონები

გულის აუსკულტაცია ხდება სიხშირის, რითმის და შუილების არსებობის და პათოლოგიური ტონების ალმოსაჩენად. ექთანმა უნდა დათვალოს აპიკალური პულსი სრული მთლიანი წუთით სიზუსტისთვის და მოუსმინოს პათოლოგიურ მდგომარეობებს. სიხშირე უნდა მერყეობდეს 120-160 დარტყმას შორის წუთში ნორმალური აქტივობით. ის შეიძლება აიწიოს 180 დარტყმამდე წუთში, ახალშობილის ტირილის დროს ან დაეცეს ისე დაბლა როგორც 100 დარტყმაა წუთში ღრმა ძილის დროს.

თუ დაბადების დროს პრობლემები არ აღინიშნება, გულის სიხშირე უნდა ჩაიწეროს ყველაზე მცირე ყოველი 30 წუთის განმავლობაში, სანამ ახალშობილი სტაბილურად არ იქნება მშობიარობის შემდეგ 2 საათის განმავლობაში. მონიტორინგი უფრო მნიშვნელოვანია პათოლოგიური მდგომარეობის შემთხვევაში. დასტაბილურების შემდეგ გულის სიხშირე მოწმდება ყოველ 8-12 საათში ერთხელ ან საავადმყოფოს რეგულაციების მიხედვით ან მანამ, სანამ უფრო ხშირად შემოწმების საჭიროების მიზეზი გაჩნდება.

პოზიცია. გულის აპექსი მდებარეობს იმპულსის მაქსიმუმ წერტილში, სადაც პულსი ყველაზე მარტივად შეიგრძნობა და ტონები ყველაზე მაღალია. ეს არის მესამე და მეოთხე ნეკნთაშუა სივრცის საოპროექციო არეში, ლავიწის შუახაზის ლატერალურად (ხაზი დახაზული მარცხენა ლავიწის შუაში). აპექსის მდებარეობა შესაძლოა შეიცვალოს ისეთი მდგომარეობების დროს, როგორიცაა პნევმოთორაქსი ან დექსტროკარდია (გულის ნორმალური პოზიციის მარჯვნიდან მარცხნივ შებრუნება).

რითმი და შუილები. გულის რითმი უნდა იყოს რეგულარული და პირველი და მეორე ტონები უნდა მოისმინებოდეს სუფთად. რითმის და შუილის პათოლოგიური მდგომარეობები, მაგ., შუილი უნდა აღინიშნოს. შუილი არის გულში სისხლის პათოლოგიური დინების ტონი და შეიძლება აღნიშნავდეს გულის ძგიდის დეფექტს ან სარქვლებში სისხლის დინების პრობლემებს. ის ხდება ახალშობილთა დაახლოებით 10%-ში. შემთხვევათა უმეტესობაში, შუილი არის დროებითი. შუილი ხშირია სანამ არტერიული სადინარი ღიაა. გაწერამდე ხშირად ტარდება გულის დეფექტების პულს ოქსიმეტრით სკრინინგი.

მხრის(ბრაქიალური) და ბარძაყის(ფემორალური) პულსი

ბრაქიალური და ფემორალური პულსი უნდა არსებობდეს და ერთნაირი უნდა იყოს ორივე მხარეს. ბრაქიალური პულსი მოთავსებულია იდაყვის სახსრიდან წინა ნაწილის სივრცეში და ფემორალური პულსი მოთავსებულია საზარდულზე. პულსი უნდა იყოს ერთნაირი ორივე მხარეს და ბრაქიალური და ფემორალური პულსის სიხშირე უნდა იყოს ერთი და იგივე. ფემორალური პულსი რომელიც უფრო სუსტია ვიდრე ბრაქიალური პულსი შეიძლება გამოწვეული იყოს აორტის კოარქტაციის, თანდაყოლილი გულის დეფექტის, სისხლის დინების დარღვევით. ამ მდგომარეობაში, აორტის შევიწროვებული ადგილი ხელს უშლის სისხლის მიდინებას სხეულის ქვედა ნაწილისკენ და იწვევს უფრო სუსტ პულსს ქვედა კიდურებში.

სისხლის წნევა

სისხლის წნევის გაზომვა ახალშობილის რუტინული შეფასების აუცილებელი ნაწილი არ არის. სისხლის წნევის გაზომვა ხდება ყველა კიდურზე, თუ ახალშობილს აქვს არათანაბარი პულსი, შუილი ან გულ-სისხლძარღვთა გართულების სხვა ნიშნები. საჭიროებისას შესაძლოა გამოყენებული იქნას დოპლერის ულტრასონოგრაფიული კვლევა ან სხვა სადიაგნოსტიკო მეთოდი. სისხლის წნევის ზუსტად გაზომვისთვის, ახალშობილი უნდა იყოს მშვიდად როცა ხდება სისხლის წნევის გაზომვა, რადგან ტირილი იწვევს წნევის მომატებას. წნევის საზომი მანჟეტის სიგანე უნდა იყოს ხელის ან ფეხის გარშემოწერილობის 40 - 50%-ზე ან 25-50 %-ზე უფრო ფართე ვიდრე კიდურის დიამეტრი. მანჟეტი რომელიც არის შედარებით ვიწრო გვაძლევს ცრუ მაღალ მაჩვენებელს, როცა მანჟეტი უფრო ფართოა გვაძლევს ცრუ დაბალ მაჩვენებლებს.

სისხლის სისტოლური არტერიული წნევა დღე სრულ ახალშობილში არის 65-95 mmHg ხოლო დიასტოლური 30- 60 mmHg . სისხლის წნევა განსხვავდება ახალშობილის ასაკის, წონის და გესტაციური ასაკის მიხედვით. ჰიპოტენზია შეიძლება მოასწავებდეს პათოლოგიის არსებობას.

სისხლის წნევა ქვედა კიდურებში უნდა იყოს იგივე ან ოდნაც მაღალი ვიდრე ზედა კიდურებში. თუ სისტოლური სისხლის წნევა ზედა კიდურებში 20 mmHg-ზე უფრო მეტით მაღალია ვიდრე ქვედა კიდურებში შეიძლება ეჭვი მივიტანოთ აორტის კოარქტაციაზე.

კაპილარული ავსება

კაპილარული ავსების შეფასება ხდება პერფუზიის ადეკვატურობის შეფასების მიზნით. ის მოწმდება გულმკერდზე, მუცელზე ან კიდურების კანზე დაწოლით სანამ ის ადგილი არ გათეთრდება. ზეწოლის შემდეგ კანის გავარდისფრება უნდა მოხდეს ზეწოლიდან 3-4 წამზე ნაკლებ დროში.

თერმორეგულაციის შეფასება

ახალშობილის ტემპერატურა მოწმდება დაბადებიდან მალევე, სანამ ახალშობილი უჭირავს დედას ან არის რადიაციულ გამათბობელში კანზე მიმაგრებული მოწყობილობით მუცელზე. მოწყობილობა რომელიც არ უნდა იყოს მიმაგრებული ძვლოვან გამოზნექილ ნაწილებზე ან ყავისფერი ცხიმის ადგილას, საშუალებას აძლევს გამათბობელს რომ გაზომოს და გადასცეს ახალშობილის კანის ტემპერატურა მუდმივად. ტემპერატურის კონტროლი ხდება სითბოს რეგულაციის მიზნით, ახალშობილის კანის ტემპერატურის მიხედვით. ტემპერატურა უნდა შეფასდეს სულ მცირე ყოველ 30 წუთში ერთხელ, დაბადებიდან ორი საათის განმავლობაში, მშობიარობის შემდეგ. ის ხშირად მოწმდება კიდევ ერთხელ ყოველ 4 საათში და შემდეგ ყოველი 8-12 საათში ერთხელ ან საავადმყოფოს რეგულაციების მიხედვით მანამ, სანამ პაციენტი სტაბილური ხდება (სამახსოვრო 8-1).

ახალშობილის ტემპერატურის გაზომვის ყველაზე ხშირი მეთოდი არის ტემპერატურის აქსილაური (იღლიაში) გაზომვა. იღლიის ტემპერატურის ნორმალური ზღვარი არის 36. 5 - 37. 5 Celsius (სამახსოვრო 8-1). აქსილარული ტემპერატურის გაზმოვა უფრო უსაფრთხოა ვიდრე რექტალური ტემპერატურის გაზომვა, რადგან ამ დროს რექტუმის დაზიანების ან გაღიზიანების შესაძლებლობა ნაკლებია. ტემპერატურის მაჩვენებელთან ერთად ასევე უნდა აღინიშნოს მიღებული მაჩვენებლების ლოკაცია.

სურათი 8-2 ახალშობილის დაკავება ხდება უსაფრთხოდ რომ მოხდეს დაზიანების პრევენცია და ტემპერატურის გაზომვა სიზუსტით.

სამახსოვრო 8-1. ნორმალური სასიცოცხლო მაჩვენებლები ახალშობილში
• ტემპერატურა: 36.5 - 37.5 Celsius აქსილარულად • აპიკალური პულსი: 120-160 დარტყმა წუთში (100 ძილის დროს, 180 ტირილის დროს) • სუნთქვა: 30- 60 სუნთქვა/წუთში

თუ რექტალური ტემპერატურა არის მნიშვნელოვანი, ექთანი უნდა იყოს ძალიან ფხიზლად, რადგან თერმომეტრის შორს შეყვანით შეიძლება ნაწლავის კედლის პერფორაცია გამოიწვიოს. თერმომეტრის ძალით შეყვანა არ უნდა მოხდეს რადგან შეიძლება იყოს შეხორცებული (დახურული) ანუსი.

ტემპერატურა, ჩვეულებრივ, იზომება ელექტრონული ციფრული თერმომეტრით. ვერცხლისწყლის თერმომეტრი აღარ გამოიყენება, რადგან დაზიანების და ვერცხლისწლით დაბინძურების რისკი მაღალია თუ თერმომეტრი გატყდება.

ზოგადი შეფასება

თუ მნიშვნელოვანი პათოლოგიური მდგომარეობა აღინიშნება დაბადებისას, ექთანმა უნდა შეინარჩუნოს სიმშვიდე და წყნარი ტონი რომ არ შეაშინოს მშობლები. ექიმს უნდა ეცნობოს მდგომარეობა და ასევე უნდა მოხდეს მშობლების შეტყობინებაც, შესაძლო მკურნალობის გეგმის შესახებ.

თავი

ახალშობილის თავი და კისერი შეადგენს სხეულის ზედაპირის ერთ მეოთხედს. დანარჩენ სხეულთან შედარებით, ის პროპორციულად მეტად დიდი ზომისაა ვიდრე მოზრდილებში. ხდება თავის პალპაცია რომ შეფასდეს ფორმა და აღინიშნოს პათოლოგიური მდგომარეობები. ახალშობილები, რომლებიც დაიბადნენ საკეისრო კვეთით ფიზიოლოგიური მშობიარობის მცდელობის გარეშე, აქვთ თავის მრგვალი ფორმა, ხოლო ვაგინალურად დაბადებულებს აქვთ შეცვლილი თავის ფორმა სამშობიარო გზებში გამოსვლის დროს ზეწოლის გამო რასაც “მოლდინგი“ (სამ-

შობიარი სიმსივნე) ეწოდება. ახალშობილის თავი რომელიც ჯდომით მდგომარეობაში იყო შეიძლება გასწორებული იყოს ზედაპირზე. დაბადების შემდეგ უნდა შეფასდეს მოლდინგის ხარისხი, ყიფლიბანდების ზომა, კაპუტ სუკედანეუმი (ჩვენ ენაზე “სიმსივნე”), ან მოგვიანებით ცეფალოჰემატომის არსებობა. თმის პათოლოგიური ზრდის მდგომარეობა შეიძლება მიანიშნებდეს გენეტიკურ პათოლოგიას. ექთანი თმას გადასწევს გვერდით, თუ საჭიროა, რომ მოხდეს სილურჯეების, გამონაყარის, ან თავის სკალპის სხვა პათოლოგიური ნიშნების გამოვლენა და მათი დაფიქსირდება. პატარა, წითელი ნიშანი არის შესამჩნევი თუ ნაყოფის მონიტორის ელექტროდი იყო დამაგრებული სკალპის კანზე. ამ ადგილას მოგვიანებით პატარა ფუფხი წარმოიქმნება. ხანდახან შესაძლოა ამ ადგილას ინფექცია განვითარდეს ამ დროს შესაძლოა საჭირო გახდეს ადგილობრივად ანტიბიოტიკების გამოყენება.

მოლდინგი (სამშობიარო სიმსივნე). მოლდინგი ასახავს თავის ფორმის ცვლილებას , რომელიც ნაყოფს საშუალებას აძლევს სამშობიარო გზებში გავლა გაუადვილდეს. ეს მოვლენა გამოწვეულია თავის ქალის ძვლების ერთმანეთში შესრიალებით ნაკერების ადგილას და ხშირია, უმეტესად ვაგინალური მშობიარობის შემდეგ. თხემის ძვლები ხშირად გადაფარავს თხემის და შუბლის ძვალს. შედეგად შესაძლოა ამობურცული ადგილი გაჩნდეს ამ ადგილას. უხშირესად, სიცოცხლის პირველივე დღეს უმჯობესდება მდგომარეობა, თუმცა შესაძლოა საჭრო გახდეს მშობლების დამშვიდებაც.

დაბადების შემდეგ ყველა ნაკერი უნდა იყოს გასინჯული. განცალკევება შეიძლება მოლდინგის დროებითი შედეგი იყოს, თუ ის პერსისტირებს ან ფართოვდება , შეიძლება მიანიშნებდეს შიდა ქალის წნევის ზრდას. თუ არანაირი სივრცე არ არის ნაკერის ხაზებს შორის, ის შეიძლება გამოწვეული იყოს მოლდინგით ან ძვლების ურთიერთ ჩაჭდომით. თუმცა მაგარი, ამოზნექილი ადგილი რომელიც არ არის გამოწვეული მოლდინგით შეიძლება მიანიშნებდეს ქალას ნაკერების ნაადრევ დახურვას. ამ მდგომარეობამ, სახელწოდებით კრანიოსინოსტოზისი , შეიძლება ხელი შეუშალოს თავის ტვინის ზრდას და თავის ფორმის ნორმალურ ჩამოყალიბებას და იგი საჭიროებს ქირურგიას.

ყიფლიბანდები. ყიფლიბანდები არის ადგილები თავზე სადაც ნაკერები ძვლებს შორის ერთმანეთს ხვდება. ახალშობილებში ეს ადგილები არ არის გამაგრებული კალციფირერბული ნაწილით, არამედ დაფარულია მემბრანებით რომ საშუალება მისცეს თავის ტვინს რომ გაიზარდოს.

ექთანი პალპაციას უკეთებს ყიფლიბანდებს და აღნიშნავს პოზიციებს თავის ქალის ძვლებთან მიმართებით (სურათი 8-3). ხდება ახალშობილის თავის აწევა პალპაციის მიზნით უფრო ზუსტი შეფასებისთვის. ახალშიბილი შეიძლება დავიჭიროთ ნახევრად მჯდომარე ან ვერტიკალურ მდგომარეობაში. ყიფლიბანდის პალპაცია უნდა მოხდეს როცა ახალშობილი არის მშვიდად, რადგან ძლიერმა ტკივილმა შეიძლება გამოიწვიოს მათი გამოწევა.

წინა ყიფლიბანდი არის ალმასის ფორმის, სადაც შუბლის და თხემის ძვლები ერთმანეთს უერთდება. ის არის 4-6 სმ-ის ზომის ძვლიდან ძვლამდე (ეს განსხვავდება მოლდინგის და ინდივიდუალური განმასხვავებელი ნიშნების გამო). ყიფლიბანდი იხურება 18 თვის ასაკისთვის.

სურათი 8-3 წინა ყოფლიბანდის პალპაცია. აღნიშნეთ თავის ელევაცია.

წინა ყიფლიბანდი უნდა იყოს რბილი, ბრტყელი და მხოლოდ ოდნავ ჩაძირული. მოლდინგის გავლის შემდეგ, ჩავარდნილი ყიფლიბანდი შეიძლება დეჰიდრაციის ნიშანი იყოს. წინა ყიფლიბანდი შეიძლება ოდნავ გამობერილი იყოს ახალშობილის ტირილის დროს, თუმცა მოსვენებულ მდგომარეობაში გამობერილი ყიფლიბანდი შეიძლება გაზრდილი თავის ქალაშიდა წნევის ნიშანი იყოს. ნორმალურზე უფრო დიდი ყიფლიბანდი შეიძლება ქალაში გაზრდილი წნევის ნიშანი იყოს. თუ ექთანმა პათოლოგიური ნიშნები შენიშნა, ისინი აუცილებლად უნდა გადასცეს ექიმს.

უკანა ყიფლიბანდი არის სამკუთხა ადგილი, სადაც კეფა და თხემის ძვლები ერთმანეთს ხვდებიან. ის მეტად მცირე ზომისაა, ვიდრე წინა ყიფლიბანდი 0.5 - 1 სმ და იგრძნობა როგორც ჩაღრმავება კეფისა და თხემის ძვლების შეერთების ადგილას. ეს ყიფლიბანდი იხურება როცა ახალშობილი ორ თვეს აღწევს.

კაპუტ სუკედანეუმი(სიმსივნე). კაპუტ სუკედანეუმი არის ლოკალური შეშუპების ადგილი, რომელიც ჩნდება ახალშობილის თავის ზედა ნაწილში, დედის საშვილოსნოს ყელის ნაყოფის თავზე ზეწოლის შედეგად (სურათი 8-4). წნევა ხელს უშლის სისხლის დინებას ამ ადგილთან, რაც იწვევს ლოკალურად შეშუპებას, დაბადების დროს. შეშუპების ადგილი კვეთს ნაკერების ხაზებს, არის რბილი და განსხვავდება ზომებში. ის გაივლის ჩქარა და სრულად ქრება დაბადებიდან 12-48 საათში. კაპუტი შეიძლება განვითარდეს როცა ვაკუუმ ექსტრაქტორი გამოიყენება. ამ დროს თავის ქალაზე არსებული კაპუტი შეესაბამება იმ ადგილს სადაც ექსტრაქტორი იყო გამოყენებული. აუცილებლად მოწმდება შეშუპების რაოდენობა და სილურჯეების არსებობა.

ცეფალოჰემატომა. ცეფალოჰემატომა არის სისხლდენა პერიოსტეუმსა და თავის ქალას შორის. ის გამოწვეულია მშობიარობის დროს თავზე დაწოლით. ის ვლინდება თავის ერთ ან ორივე მხარეს, ხშირად თხემის ძვლების ზედაპირზე. შეშუპება შეიძლება არ აღინიშნებოდეს დაბადების დროს, მაგრამ განვითარდეს პირველ 24- 48 საათში.

ამ დაზიანების აღმოჩენისას ხდება ადგილის ფრთხილად პალპაცია რომ განისაზღვროს შეშუპება კვეთს თუ არა ნაკერების ხაზს. ცეფალოჰემატომას აქვს სუფთა კიდეები რომელიც მთავრდება ნაკერების ხაზთან. ის არ კვეთს ნაკერების ხაზს, განსხვავებით კაპუტ სუკედანეუმისგან, რადგან სისხლდენა მოთავსებულია ძვლებს შორის და ფარავს პერიოსტეუმს. ცეფალოჰემატომა იწოვება ნელა და შეიძლება დასჭირდეს 2- 3 თვე მის სრულად მორჩენას. ჰემატომაში სისხლის წითელი უჯრედების დაშლის გამო, იმატებს სიყვითლის განვითარების რისკი. დალურჯებული ნაწილებიც ზრდის სიყვითლის რისკს.

ორივე, კაპუტ სეკუდანეუმი და ცეფალოჰემატომა შეიძლება შემაშფოთებელი იყოს მშობლებისთვის. მათ ამ დროს სჭირდებათ დაიმედება, რომ მდგომარეობა შეიძლება საზიანო არ იყოს ახალშობილისთვის. თუ მშობლები არ იკითხავენ, მათ მაინც სჭირდებათ ინფორმაცია თუ რა არის ამის გამომწვევი მიზეზი და რა დრო დასჭირდება მორჩენას.

სურათი 8-4 კაპუტ სუკედანეუმი არის ედემატოზური ადგილი თავზე ,გამოწვეული საშვილოსნოს ყელის საწინააღმდეგოდ დაწოლით. შეიძლება გადავიდეს ნაკერის ხაზებზე.

სურათი 8-5 ცეფალოჰემატომა ხასიათდება სისხლდენით ძვალსა და გარს შორის,პრეიოსტეუმს შორის. ის შეიძლება განვითარდეს ერთ ან ორივე მხარეს და არ გადაკვეთოს ნაკერის ხაზი.

სურათი 8-6 **A.** ექთანი ატარებს ლავიწის ძვლის პალპაციას მოტეხილობის აღმოსაჩენად. ფიქსირდება მარცხენა ლავიწის ძვლის მოტეხილობა **B.** მოტეხილი ლავიწის ძვლის მხარეს ხდება ხელის იმობილიზაცია პერანგის სახელოს ფიქსაციის შემვეობით.

სახე. სახე უნდა შეფასდეს სიმეტრიის, სახის ნაკვთების მდგომარეობის, ასევე მათი მოძრაობისა და გამომეტყველების მიხედვით. საშვილოსნოსშიდა წნევის გამო გარდამავალი ასიმეტრია შეიძლება აღინიშნოს, რომელიც შესაძლოა რამდენიმე კვირა ან თვე გაგრძელდეს. პირის მოდუნება ან ცალმხრივი ტირილი შეიძლება გამოწვეული იყოს სახის ნერვის ტრავმით. სახის ნაკვთების უსწორმასწორობა უნდა აღიწეროს, ასეთის არსებობის შემთხვევაში.

კისერი და ლავიწის ძვლები

ექთანი აფასებს ახალშობილის კისერს და მისი თავისუფლად მოძრაობის უნარს, როცა თავი ბრუნავს ერთი მხრიდან მეორეზე. ჩვილის კისერი ძალიან მოკლეა. მისი ნაკეცები შეიძლება ტერნერის ან დაუნის სინდრომის (ტრისომია 21) ნიშანი იყოს. ცხიმის სქელი ფენა კეფასა და მხრებს შორის შეიძლება აღნიშნავდეს ქრომოსომალურ ანომალიებს. კისერზე არანაირი მასა არ უნდა არსებობდეს. როცა ახალშობილი წევს გულაღმა პოზიციაში, სრული ვადით ახალშობილს უნდა შეეძლოს თავის მცირე დროით მაღლა აწევა და სხვა მხარეს შემოტრიალება.

ლავიწის მოტეხილობა უმეტესად ხდება დიდი ზომის ახალშობილებში, განსაკუთრებით როცა მხრის დისტოცია ყალიბდება. თითების სრიალისებური მოძრაობა თითოეული ლავიწის გასწვრივ, სანამ ახალშობილი ამოძრავებს მხარს, საშუალებას გვაძლევს აღმოვაჩინოთ ლავიწის მოტეხილობა. თუ მოტეხილობა არსებობს, ამოზნექილი, შესიებული ან გამაგრებული ადგილი შეინიშნება ძვლის ზედაპირზე. კრეპიტუსი (ძვლის ჭრაჭუნი) და მოძრაობა შეიძლება გვქონდეს ძვლის პალპაციის დროს. დაზიანებული მხრის შემცირებული მოძრაობა განსაკუთრებით შესამჩნევია, როცა მოროს რეფლექსის გამოწვევა ხდება.

ბრაქიალური პლექსუსის დაზიანებამ შეიძლება გამოიწვიოს მხრის პარალიზი მოტეხილობის მხარეს. მოტეხილი ლავიწის მკურნალობა შედგება დაზიანებული მხრის იმობილიზაციით მცირე დროის განმავლობაში. მოტეხილობა ხორცდება მალევე.

ჭიპლარი

ჭიპლარში სამი სისხლძარღვი უნდა იყოს. ორი არტერია არის მცირე ზომის და მოჭრილ ბოლოში შეიძლება იყოს. ერთი ვენა, რომელიც ზომით უფრო დიდია ვიდრე არტერიები გავს ნაპრალს, რადგან მისი კედლები უფრო მეტად კომპრესირდება. ერთი არტერიის არსებობის შემთხვევაში, ახალშობილის შემოწმება ხდება სხვა ანომალიების არსებობაზე. ორ სისხლძარღვიანი ჭიპლარი შეიძლება იყოს მხოლოდ იზოლირებული ანომალია ან დაკავშირებული იყოს ქრომოსომალურ და რენალურ ანომალიებთან. ვართონის ჟელესებრი სტრუქტურა გვხვდება ჭიპლარში. თუ ჭიპლარი თხელია, ეს შეიძლება მიანიშნებდეს რომ ახალშობილის კვება საშვილოსნოში არ იყო შესაბამისი. ჭიპლარის მოყვითალო-მოყავისფრო ან მომწვანო შეფერილობა მიანიშნებს რომ მეკონეუმის გამოყოფა მოხდა დაბადებამდე, ნაყოფის არაკეთილსაიმედო მდგომარეობის გამო. სიწითლე და გამონადენი ჭიპლარიდან ნორმალურია.

კიდურები

ახალშობილმა აქტიურად თანაბრად უნდა ამოძრაოს კიდურები თვითნებურად. სრულ ვადაზე დაბადებული ახალშობილის კიდურები უნდა დარჩეს მკვეთრად მოხრილი და გაუძლოს გაშლას გასინჯვის დროს. კუნთების ცუდმა ტონუსმა შეიძლება გამოიწვიოს კოჭლობა ან მოდუნებული ახალშობილი, რომელიც შეიძლება გამოწვეული იყოს არასაკმარისი ჟანგბადით მშობიარობის დროს, მაგრამ უნდა მოხდეს გამოსწორება რამდენიმე წუთში, როგორც კი ჟანგბადის მიწოდება გაიზრდება. გახანგრძლივებული კუნთების ცუდი ტონუსი შეიძლება გამოწვეული იყოს მოუმწიფებლობით ან ნევროლოგიური დაზიანებით. ახალშობილებს, რომლებსაც თავდაპირველად ჰქონდათ კუნთთა კარგი ტონუსი, შეიძლება აღენიშნებოდეთ კიდურების შემცირებული მოხრა თუ ისინი გახდებიან ჰიპოგლიკემიურები ან განიცდიან სუნთქვით სიძნელეებს.

დაბადების შემდეგ უნდა მოხდეს ყველა კიდურის გასინჯვა ისეთი მოტეხილობის ნიშნების აღმოსაჩენად, როგორიცაა კრეპიტუსი, სიწითლე, ამოზნექილი მასა ან შესიება. კიდურების არ გამოყენებამ შეიძლება აჩვენოს ნერვების დაზიანება, რომელიც შეიძლება მოხდეს მოტეხილობით ან მის გარეშე.

ბრაქიალური ნერვების პლექსუსის დაზიანებამ შეიძლება გამოიწვიოს ერბის პარალიზი(ერბ-დუშენის პარალიზი), მხრების და ხელების კუნთების პარალიზი. ჩვეულებრივი მოხრილი პოზიციის მაგივრად, დაზიანებული მხარი იშლება ახალშობილისკენ მკლავის პრონაციის პოზიციაში. დაზიანებული ხელის მოძრაობა შემცირებულია მოროს რეფლექსის დროს. მდგომარეობის მკურნალობა ხდება არტაშანით, ვარჯიშით ან ორივე მეთოდის გამოყენებით.

ხელები და ფეხები. ხელის და ფეხის თითების გასინჯვა ხდება ზედმეტი თითების (პოლიდაქტილიტი) და თითების აპკით დაკავშირების (სინდაქტილიტი) არსებობის გამოსარიცხად. ზედმეტი თითები არის ხშირად მცირე ზომის და შეიძლება მათ ძვლები არ ჰქონდეთ. ზედმეტი თითების შეკვრა ნაკერებით, იწვევს მათ ატროფიას და მოძრობას. ზედმეტ თითში ძვლის არსებობა საჭიროებს მის ქირურგიულ მოშორებას. ხელის და ფეხის თითების აპკისებრი სინდაკტილიის გამოსწორება ხდება ქირურგიულად. ფრჩხილები სრული ვადით დაბადებულ ახალშობილებში უნდა იყოს თითების ბოლომდე ან ოდნავ გადაცილებული.

ხელის ნაკეცები ასევე მოწმდება, ნორმალურად, ორი გრძელი ტრანსვერსული ნაკეცი გადაიჭიმება ხელის გულზე. ერთი ნაკეცი, რომელიც თითების ქვევით გადაიჭიმება ხელის გულზე

წყვეტის გარეშე, ეწოდება სიმიანის ნაკეცი ან ხაზი. ის შეიძლება იღუნებოდეს ნეკა თითთან და-უნის სინდრომის დროს (ტრისომია 21). მხოლოდ სიმიანის ხაზი არ არის დიაგნოსტიკური ნიშანი ტრისომია 21-ისთვის. იგი შეიძლება შეგვხვდეს ნორმალურ ახალშობილთა 5-10%-ში.

ფეხები მოწმდება ტალიპეს ექუინოვარუსისთვის ანუ ფეხმრუდობისთვის, რაც ფეხის ხშირი მალფორმაციაა. თუ ფეხი გამოიყურება პათოლოგიურად, უნდა მოხდეს მისი ფრთხილად მანი-პულირება. თუ ის უბრუნდება ნორმალურ პოზიციას, მაშინ პათოლოგიური მდგომარეობა დრო-ებითია, რაც, თავის მხრივ, გამოწვეულია ნაყოფის საშვილოსნოსშიდა პოზიციით. ნამდვილი ფეხმრუდობის დროს, ფეხი მოხრილია შიგნითა მიმართულებით და შუახაზზე არ სწორდება. დაფიქსირება და მანიპულაცია არის ზოგადი მკურნალობა , მაგრამ ხანდახან ქირურგიული ჩა-რევაც საჭიროა.

მენჯი. მენჯის გამოკვლევა ხდება დისპლაზიის ნიშნებზე. ამ მდგომარეობის არსებობისას, მენჯის სახსარი არასტაბილურია და ბარძაყის თავი შეიძლება ვამოძრავოთ აცეტაბულუმში. ნაყოფი შეიძლება დაიბადოს ბარძაყის ნახევრად დისლოკაციით ან არასაკმარისად განვითარე-ბული აცეტაბულუმით. მენჯის პრობლემების ადრეული აღმოჩენა მნიშვნელოვანია, რათა მოხ-დეს სახსრის მუდმივი დაზიანების პრევენცია.

ბარლოუ და ორთოლანი არის მეთოდები, რომლებიც გამოიყენება მენჯის არასტაბილუ-რობის შესაფასებლად ახალშობილობის პერიოდში (სურათი 8-7). ორივე ფეხის ებდუქცია (გა-ნზიდვა) უნდა მოხდეს ერთნაირად. პათოლოგიის არსებობისას დაზიანებული მენჯის განზიდვა შეიძლება რთული იყოს. გასინჯვისას შესაძლოა გავიგოთ ან შევიგრძნოთ არა პათოლგიური მენჯის ტკაცუნი, მაგრამ პათოლოგიური მდგომარეობის არსებობისას, გასინჯვისას შეი-გრძნობა ნორმალურისგან განსხვავებული “ძლიერი დარტყმის” ხმა, რომელიც დამახასიათებე-ლია დისპლაზიისთვის, როცა ბარძაყის თავი მოძრაობს მენჯის ფოსოში.

სურათი 8-7. მენჯების შეფასება.მოათავსეთ თითები ახალშობილის დიდ ტროქანტერზე და ცერა თითი ბარძაყის ძვალზე. მოხარეთ მუხლები და მენჯი. **A.**ბარლოუს ტესტი .მენჯის ადდუქცია და გამოიყენეთ ნაზი დაწოლა ცერა თითით ზემოთ და ქვემოთ მიმართულებით. მენჯის დისპლაზიის დროს,შემფასებელმა შეიძლება შეიგრძნოს მენჯის ძვლის თავის გამოვარდნ აცეტაბულუმიდან. **B.** ორთოლანის ტესტი.ბარძაყების ებდუქცია და გამოიყენეთ ნაზი დაწოლა დიდი ტროქანტერის ზედაპირზე. ტკაცუნების შეგრძნება მიანიშნებს , ამოვარდნილი ბარძაყის თავის ჩასმას აცეტაბულუმში.მენჯის ტკაცუნი არის გამოწვეული მყესის მოძრაობით და არ წარმოადგენს პრობლემას

გასინჯვისას ახალშობილის მუხლები უნდა მოვხაროთ ფეხების სწორად მდებარეობით ლოგინზე, რომ შევამოწმოთ მუხლის სახსრების სიმაღლე. თუ მენჯის დისლოკაცია (ამოვარდნა) აღინიშნება მუხლის სახსარი დაზიანებილ მხარეს ქვედა ზღვარზეა. გასინჯვის მეორე ეტაპზე, ფეხები გაშლილია, ახალშობილი წევს გულაღმა პოზიციით; ამ დროს მოწმდება არის თუ არა ფეხები ერთნაირი ზომის სიგრძეში და ბარძაყი და დუნდულოების ნაკეცი თუ არის სიმეტრიული (სურათი 8-8). თუ არის მენჯის დისლოკაცია, დაზიანებულ მხარეს ფეხი არის უფრო მოკლე და ნაკეცი ასიმეტრიულია. გახსოვდეთ, რომ ვინაიდან მენჯი შეიძლება იყოს არასტაბილური, მაგრამ ჯერ ამოვარდნილი არ იყოს, პათოლოგიური ნიშნები შეიძლება გასინჯვისას არ არსებობდეს.

მენჯის დისპლაზიის მკურნალობა მოიცავს ფეხის ღვედებით იმობილიზაციას მოხრილ, განზიდულ პოზიციაში. დისპლაზიის ადრეული აღმოჩენა და მკურნალობა ძალიან მნიშვნელოვანია, რომ მივიღოთ საუკეთესო შედეგი.

ხერხემალი

ექთანი პალპაციით სინჯავს ხერხემალს მთელ სიგრძეზე, რომ აღმოაჩინოს ნებისმიერი დეფექტი ხერხემლის მალებზე. გასინჯვისას ხდება სპინა ბიფიდა ოკულტას არსებობის შემოწმება (ხერხემლის მალების დახურვის დეფექტი). დეფექტი თვალსაჩინო არ არის ვიზუალური ინსპექციით, რადგან ის დაფარულია კანით, მაგრამ ხანდახან დეფექტის ადგილას ხდება თმის ამოსვლა. სხვა მნიშველოვანი ნერვული არხის დეფექტებია მენინგოცელე (გამობერვა სპინალური სითხით და გარსებით) ან მიელომენინგოცელე(გამობერვა სპინალური სითხით, გარსებით და ზურგის ტვინით) ხერხემლის მალების დეფექტის მეშვეობით. ის ჩანს როგორც ტომარა ზურგზე და შეიძლება დაფარული იყოს კანით ან მხოლოდ გარსებით. ქსოვილი დაფარული უნდა იყოს დატენიანებული, სტერილური, ფიზიოლოგიური ხსნარით დაბადებიდან მალევე. ხერხემლის ქვედა ნაწილში შეიძლება შეინიშნებოდეს პილონიდალური ჩაღრმავება. უნდა მოხდეს მისი გამოკვლევა სინუსის ან სიღრმის აღნიშვნის მიზნით.

სურათი 8-8 აღნიშნეთ სიმეტრიულობა დუნდულოების და ბარძაყების ნაკეცების.

ზომები

ახალშობილის ზომები გვაძლევს ინფორმაციას ახალშობილის საშვილოსნოსშიდა ზრდის შესახებ. წონის, სხეულის სიგრძის, თავისა და გულმკერდის გარშემოწერილობის გაზომვა თავდაპირველი შეფასების ნაწილია (სამახსოვრო 8-2). ზომებს ადარებენ ახალშობილის გესტაციის

მიხედვით არსებულ განვითარების ნორმებს; როცა მოსალოდნელი და არსებული მონაცემები არ ესადაგება უფრო გაფართოვებული შეფასებაა საჭირო.

წონა

ნორმალური ახალშობილის წონა მერყეობს 2500 - 4000 გრამამდე შუალედში. თუ ახალშობილის წონა არის ნორმალური მაჩვენებლების ზღვარს მიღმა, შესაძლო გამომწვევი მიზეზის გამოვლენა ხდება. ფაქტორები, რომლებიც ეფექტს ახდენს წონაზე არის გესტაციის ასაკი, პლაცენტის ფუნქციონირება, გენეტიკური ფაქტორები, როგორიცაა რასა, მშობლების ზომა და დედის დიაბეტი, ჰიპერტენზია და ნარკოტიკულ ნივთირებაზე დამოკიდებულება.

სამახსოვრო 8-2	ახალშობილის აწონვა და გაზომვა
მიზანი: ახალშობილის საციცოხლო მაჩვენებლების სწორი შეფასება **წონა** 1. სასწორს გადააფარეთ პლედი. მოათავსეთ ქაღალდის დასაფენი პლედს, სურვილისამებრ. პრევენცია გაუკეთეთ კონდუქციურ სითბოს დანაკარგს ახალშობილსა და ცივ ზედაპირს შორის, ეს ასევე ურთიერთდაბინძურების თავიდან აცილებას ეხმარება და გასუფთავებას უფრო ამარტივებს. 2. დააბალანსეთ და მოარგეთ შკალა ნოლ მაჩვენებელს დაფარების მერე. ელექტრონული შკალის შემთხვევაში: დააჭირეთ “on” ღილაკს, შეამოწმეთ რომ წასაკითხი ციფრი არის ნოლი სანამ დააფარებდეთ პლედს. ელექტრონული შკალა ხშირად არის თავისით დარეგულირებადი. დააბალანსეთ შკალა: მოარგეთ სანამ დასაბალანსებელი მხარე არის ჰორიზონტალური. საშუალებას გვაძლევს ახალშობილის ზუსტ აწონვას სასწორის გადასაფარებლის გამოკლებით. 3. მოაშორეთ ტანსაცმელი და გადასაფარებელი ახალშობილს და სასწორზე ზურგზე დააწვინეთ. მოათავსეთ ერთი ხელი ახალშობილის ზემოთ და დააკვირდით ყურადღებით მთლიანი პროცედურის განმავლობაში. ახალშობილებს ხშირად არ მოსწონთ როცა პირველად ათავსებენ სასწორზე და ამ დროს შეკრთომის ან მოროს რეფლექსი შეიძლება გამოიწვიოს. შეიძლება ახალშობილს საფრთხე ემუქრებოდეს რომ არ ჩამოსრიალდეს სასწორიდან.	**სიგრძე** **სახაზავი შკალაზე ან ბავშვის საწოლზე** 1. მოათავსეთ ახალშობილი ზურგით პოზიციაში, თავი სახაზავის ზედა ნაწილზე. იგი უნდა იყოს სწორ პოზიციაში. 2. ერთი ხელით დაიკავეთ ახალშობილი ისე რომ თავმა არ იმოძრაოს, გამოიყენეთ მეორე ხელი რომ სწორად გაშალოთ ახალშობილის ფეხი. აღნიშნეთ სიგრძე სადაც არის ქუსლის ძირი. ახალშობილის დაკავება მყარად უზრუნველყოფს უსაფრთხოებას და საშუალებას აძლევს სწორად გაზომვას.

3. დაელოდეთ სანამ ახალშობილი არ დამშვიდდება. ელექტრონული სასწორი წონას აჩვენებს გრამებში. ზოგიერთი ელექტრონული სასწორი მონაცემებს აჩვენებს როცა ზუსტი წონა გაიზომება. დაბალანსებული შკალის შემთხვევაში ნელ-ნელა ხდება მოძრაობა სანამ არ აიწონება. მოცდა სანამ ახალშობილი არ დამშვიდდება ზრდის სიზუსტეს.
4. ჩაიწერეთ ციფრები დაუყოვნებლივ. თუ სასაწორს აქვს დაფარებული ქაღალდი, შესაძლებელია მასზე ჩაწერა. შეიყვანეთ ახალშობილის წონა ექთნის დოკუმენტაციაში როცა ახალშობილი უსაფრთხოდ არის მოთავსებული. ეს საშუალებას აძლევს ექთანს, რომ არ დაავიწყდეს წონა.
5. შეადარეთ წონა ნორმალურ მაჩვენებლებს. სრული ვადის ახალშობილში: 2500-4000 გრ. შუალედი აჩვენებს ახალშობილი არის თუ არა მოსალოდნელ მაჩვენებლებში.

პროცედურა 8-2 — **ახალშობილის აწონვა და გაზომვა-გაგრძელება**

ზონრით გაზომვა

1. შეამოწმეთ რომ ქაღალდის ზონარი არ იყოს ნახევრად გახეული. გახეული ზონრით გაზომვა მოგვცემს არასწორ მაჩვენებლებს.
2. მოათავსეთ ზონარი ახალშობილის გვერდით, ზედა ბოლოთი თავის ზემოთ. მოკეცეთ მხრებზე და ჩაიყვანეთ ქვემოთ, ფეხის გასწვრივ. ეს მოძრაობის პრევენციას ახდენს და უზრუნველყოფს სწორ გაზომვას.

3. მოათავსეთ ზონარი ახალშობილის სხეულის გვერდით სწორად, როცა ახალშობილის ერთი ფეხი არის სრულად გასწორებული. დარწმუნდით რომ ზონარი არ მოშორებულა თავს. ყურადღებით იყავით რადგან ზონრის მოთავსება უზრუნველყოფს სწორ გაწომვას.

4. სხვა მეთოდი არის რომ ავღნიშნოთ ქაღალდი სადაც ახალშობილი წევს თავის ზედა ნაწილიდან ქუსლამდე. შემდეგ გაზომეთ დისტანცია ორ მონიშნულ ადგილს შორის. ასე გაზომვა საშუალებას გვაძლევს უფრო სწორად გავზომოთ როცა ახალშობილი აქტიურია.

5. შეადარეთ ნორმალურ მაჩვნებელებს, რომელიც 48- 53 სმ-ია. ეს ეხმარება პათოლოგიური ნიშების გამოვლენას.

თავისა და გულმკერდის გარშემოწერილობა.

1. გაზომეთ თავის ყველაზე დიდი გარშემოწერილობა ზონრით რომელიც მოთავსებულია კეფის გარშემო და წარბების ზემოთ. საშუალებას გვაძლევს გავზომოთ თავის ყველაზე დიდი დიამეტრი.

2. ჩამოსწიეთ ზონარი ქვემოთ რომ გაზომოთ გულმკერდი სარძევე ჯირკვლების დონეზე. შეინარჩუნეთ ზონარი თანაბრად და მჭიდროდ. სწორი გაზომვის საშუალებას გვაძლევს.

3. მოათავსეთ ზონარი ახალშობილზე ზემოთ აწევით და აგორებით. ზონრის მოქაჩვამ შეიძლება გამოიწვიოს ახალშობილის კანის გაჭრა.

4. შეადარეთ ზომები ნორმალურ მაჩვენებლებს. თავი 32-38 სმ. გულმკერდი 30-36 სმ. განსაზღვრეთ ახალშობილის ზომები ნორმალურია თუ არა.

ახალშობილი იწონება ყოველდღე სამშობიარო დაწესებულებაში და ასევე მომდევნო ვიზიტებზე. მოსალოდნელია დაბადების წონის 10%-ის დაკლება სიცოცხლის პირველ კვირას. კარგვა ხდება მეკონეუმის გამოყოფის, უჯრედგარეთა სითხის ნორმალური კარგვით და პირევლი რამდენიმე დღის განმავლობაში კალორიების არასაკმარისი მიღების გამო. ახალშობილები, როგორც წესი, ხელახლა იმატებენ ან აჭარბებენ დაბადების წონას 14 დღის განმავლობაში. ამის შემდეგ, ისინი დაახლოებით იმატებენ 30 გრამს დღეში, პირველი თვის განმავლობაში.

სიგრძე

ახალშობილის სიგრძე იზომება თავის ზედა ნაწილიდან ქუსლამდე, გაჭიმული ფეხით. სრული ვადის ახალშობილების საშუალო სიგრძე არის 48-53 სმ.

თავის და გულმკერდის გარშემოწერილობა

თავის დიამეტრი იზომება კეფის გარშემო, წარბების ზემოთ. თავის გარშემოწერილობის ნორმალური ზომა სრული ვადით ახალშობილში არის 32- 38 სმ . ზომებზე შეიძლება იმოქმედოს მშობიარობის დროს განვითარებულმა თავის ქალის მოლდინგმა(სამშობიარო სიმსივნემ). თუ დიდი ზომის მოლდინგი (სამშობაირო სიმსივნე) ჩამოყალიბდა, თავის ხელახლა გაზმოვა ხდება როცა თავი უბრუნდება ნორმალურ ფორმას. პათოლოგიურად მცირე ზომის თავი მიგვანიშნებს თავის ტვინის ზრდის შეფერხებას და მიკროცეფალიას. ძალიან დიდი ზომის თავი შეიძლება ჰიდროცეფალიის ნიშანი იყოს.

გულმკერდის გაზომვა ხდება ძუძუსთავების დონეზე. ის ხშირად 2-3 სმ პატარაა ვიდრე თავი. გულმკერდის ნორმალური გარშემოწირულობა არის 30 -36 სმ. თავის მოლდინგის შემთხვევაში, თავისა და გულმკერდის ზომები შეიძლება ერთმანეთს დაემთხვას.

სხეულის სისტემების შეფასება

ნერვული სისტემა

რეფლექსები

რეფლექსების შეფასება მნიშვნელოვანია, რათა მოხდეს ახალშობილის ცენტრალური ნერვული სისტემის ჯანმრთელობის შეფასება. ექთანი აღნიშნავს რეფლექსების არსებობას, მის სიძლიერეს და სხეულის ორივე მხარეს მათ სიმეტრიულ არსებობას. სრულად შემცირებული საპასუხო რეაქცია ხდება ნაადრევ და დაავადებულ ახალშობილებში. რეფლექსების არარსებობა მიანიშნებს სერიოზულ ნევროლოგიურ პრობლემებს. ასიმეტრიული საპასუხო რეაქციები შეიძლება მიანიშნებდეს მშობიარობის დროს განვითარებულ ტრავმულ ნერვული დაზიანებაზე, პარალიზზე ან მოტეხილობაზე. ზოგიერთი ახალშობილობის რეფლექსი თანდათანობით სუსტდება და ქრება თვეების განმავლობაში (ცხრილი 8-1).

სენსორული შეფასება

ყურები. ყურების შეფასება ხდება ადგილმდებარეობის, ზოგადი დათვალიერების და მომწიფების ხარისხის მიხედვით. წარმოსახვითი ჰორიზონტალური ხაზი, თვალის გარეთა ხვრელიდან გავლებული, თა ნაბარი უნდა იყოს ყურის ზედა ნაწილის(ჰელიქსის) მიმართ. ქვემოთ მდებარე ყურები შეიძლება ქრომოსომული ანომალიების ნიშანი იყოს. ყურები თითქმის ვერტიკალურად უნდა იყოს განლაგებული თავზე. კუთხე უფრო დიდი ვიდრე 10 გრადუსი პათოლოგიური ნიშანია.

ცხრილი 8-1	ახალშობილების რეფლექსების ჩამონათვალი			
რეფლექსი	გასინჯვის მეთოდი	მოსალოდნელი საპასუხო რეაქცია	პათოლოგიური საპასუხო რეფლექსი/შესაძლო მიზეზი	რეფლექსის გაქრობის დრო

ბაბინსკი	ფეხის ლატე-რალურ მხარეს შეხება ქუსლიდან ფეხის გულის გაყოლებით, ფე-ხის თითის ქვედა საზღვრამდე.	ფეხის თითები იშ-ლება, ცერა თითი დორსოფლექსიას აკეთებს.	საპასუხო რეაქცია არ არის. ბილატე-რალური :ცნს-ის დეფიციტი. უნილატერალუ-რი:ლოკალური ნე-რვის დაზიანება.	8-9 თვე
გალანტი (სხეუ-ლის მოხრა)	ახალშობილი გულაღმა დაწო-ლილია. მსუბუქად შეეხეთ ხერხე-მალს მთლიან სიგრძეზე გაყო-ლებით.	მთლიანი სხეული მოიხრება სტი-მულის ადგილის მიმართულებით.	საპასუხო რეაქცია არ არის ცნს-ის დეფიციტი.	4 თვის
ჩაჭიდება (ხელისა და ფეხის გულე-ბის)	დააჭირეთ თითი ახალშობილის ხელის და ფეხის თითების შიდა ზედაპირს	ხელის თითები მო-იხრება მჭიდროდ, ფეხის თითები მოიხრება პირდა-პირი მიმართლე-ბით.	სუსტი ან არ არის: ნევროლოგიური დეფიციტი ან კუნთების დაზია-ნება.	ხელის გულების ჩაჭიდება: 2-3 თვე. ფეხის გულების ჩაჭიდება: 8-9 თვე.
მორო	საშუალება მიეცით ახალშო-ბილის თავს რომ გადაიხაროს უკან დაახლოებით 30 გრადუსით.	სწრაფი გაშლა და ხელების აბდუქცია, რასაც მოყვება მოხრა და ადდუქცია “ჩახუ-ტების” პოზიციის მსგავსად	არ არის: ცნს-ის დისფუნქცია. ასიმეტრია: ბრა-ქიალური წნულის დაზიანება, პარა-ლიზი ან კიდუ-რების მოტეხილი ძვლები. გაძლიერებუ-ლი:დედის წა-მალზე დამოკიდე-ბულება.	5- 6 თვე
ფესვები	შეეხეთ ან ხელით გაუსვით პირის კუთხიდან ლოყის მიმართულებით.	ახალშობილი მოაბრუნებს თავს იმ მხარეს სადაც შეეხნენ. რთულად გამოსა-წვევია თუ ახალ-შობილს სძინავს ან ახალი ნაკვე-ბია.	სუსტი ან არ არის: ღლენაკლობა, ნე-ვროლოგიური დე-ფიციტი, დეპრე-სია გამოწვეული დედის წამალზე დამოკიდებულე-ბით.	3-4 თვე
ნაბიჯების გადა-დგმა	დაიჭირეთ ახალ-შობილი ისე, რომ ფეხები შეეხოს მყარ ზედაპირს.	ახალშობილი აწევს ალტერნა-ტიულ ფეხს სია-რულის დროს.	ასიმეტრია: კიდუ-რების მოტეხი-ლობა, ნევროლო-გიური დეფიციტი.	3-4 თვე

წოვება	მოათავსეთ სარძევე ჯირკვლის თავი ან ხელთათმანიანი თითი პირში, გაუხახუნეთ მყარ სასას.	ახალშობილი დაიწყებს წოვას. შეიძლება იყოს სუსტი თუ ნაკვებია.	სუსტი ან არ არის: დღენაკლულობა, ნევროლოგიური დეფიციტი, დედის წამალზე დამოკიდებულება.	1 წელი
ყლაპვა	მოათავსეთ სითხე ენის უკანა ნაწილში.	ახალშობილი გადაყლაპავს სითხეს. კოორდინირებული უნდა იყოს წოვასთან.	ხველა, პირღებინება, გადაცდენა, ციანოზი, დღენაკლულობა, ტრაქეოესოფაგეალური რეფლექსი,ესოფაგეალური ატრეზია, ნევროლოგიური დეფიციტი.	არის მთელი სიცოცხლის განმავლობაში
ტონური კისერი	ნაზად მოაბრუნეთ თავი ერთ მხარეს სანამ ახალშობილი ზურგზე მწოლიარეა.	ახალშობილი შლის კიდურებს იმ მხარეს სადაც თავი მობრუნებულია, საპირისპირო მხარეს მოხრით.	პოზიციის ხანგრძლივი პერიოდი, ნევროლოგიური დეფიციტი.	შეიძლება იყოს სუსტი დაბადების დროს, ქრება 4 თვეში.

მორო რეფლექსი

მოროს რეფლექსი ყველაზე შესამჩნევი რეფლექსია. ის გვხდება როცა ახალშობილის თავი და ტანი გადახრილია 30 გრადუსით უკან, როცა ახალშობილი ოდნავ აწეულია. ახალშობილის ხელები და ფეხები იშლება და აბდუქციას აკეთებს, ხელის თითები გაშლილია ფართოდ და ცერა და საჩვენებელი თითები ქმნიან C პოზიციას. მკლავები შემდეგ უბრუნდება თავის ნორმალურ მოხრილ მდგომარეობას შემოხვევის მოძრაობით. ფეხები შეიძლება ასევე გაიშალოს და შემდეგ მოიხაროს.

ხელის ჩაჭიდების რეფლექსი

ხელის ჩაჭიდების რეფლექსი ხდება როცა ახალშობილის ხელისგულებს ვეხებით თითების ქვედა საზღვარით. ხელი იხურება მჭიდრო მუშტის სახით. ჩაჭიდების რეფლექსი შეიძლება იყოს სუსტი ან არ იყოს თუ ახალშობილი დაიზიანებს მხრების ნერვებს.

ფეხის ჩაჭიდების რეფლექსი

ფეხის ჩაჭიდების რეფლექსი არის ხელის ჩაჭიდების რეფლექსის მსგავსი. როცა ფეხის თითების ქვედა ნაწილს ვეხებით, ახალშობილის ფეხის თითები ეხვევა ექთნის თითს.

ბაბინსკის რეფლექსი

ბაბინსკის რეფლექსის გამოწვევა ხდება როცა ვეხებით ახალშობილის ფეხის გულის ლატერალურ მხარეს ქუსლიდან ფეხის თითის ბალიშამდე. ეს იწვევს ფეხის თითების გაშლას გარეთ მიმართულებით და დიდი თითის დორსოფლექსიას.

სურათი 8-9. რეფლექსები

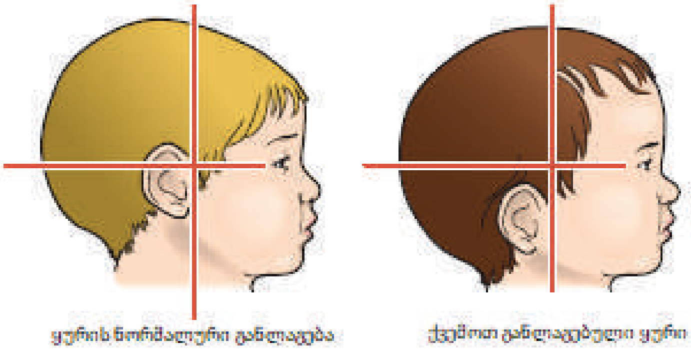
ფესვების რეფლექსი

ფესვების რეფლექსი არის მნიშვნელოვანი კვებაში და ყველაზე ხშირად გამოკვეთილია როცა ახალშობილი მშიერია. როცა ახალშობილის ლოყას ვეხებით პირთან ახლოს, თავს აბრუნებს იმ მხარეს სადაც შევეხეთ. ეს საპასუხო რეაქცია ეხმარება ახალშობილს ძუძუს თავის მოძებნაში კვების დროს. რეფლექსის გამოწვევა ხდება როცა ვეხებით ნებისმიერ მხარეს. ორივე მხარეს ერთდროულად შეხება აბნევს ახალშობილს.

წოვების რეფლექსი

წოვების რეფელქსი არის აუცილებელი ნორმალური ცხოვრებისთვის. როცა ძუძუს თავის ან ხელის თითის შეხება ხდება პირზე ან მყარ სასაზე, ახალშობილი იწყებს წოვებას. წოვების რეფლექსი ფასდება არსებობის და სიძლიერის მიხედვით. კვების პრობლემები შეიძლება დაკავშირებული იყოს ახალშობილის წოვების უნართან და წოვების კოორდინაციასთან, მათ შორის, ყლაპვასთან და სუნთქვასთან.

	ტონური კისრის რეფლექსი ტონური კისრის რეფლექსი ეხება პოზას, რომელიც მიიღება ახალშობილის მიერ როცა ის არის ზურგით მწოლიარე. ახალშობილი შლის ხელს და ფეხს იმ მხარეს, სადაც თავი ბრუნდება და ხრის კიდურებს მეორე მხარეს. ამ საპასუხო რეაქციას ხშირად უწოდობენ “მოფარიკავის რეფლექსს”, რადგან ახალშობილის პოზა გავს იმ ადამიანს, რომელიც ფარიკაობს.
	ნაბიჯების გადადგმის რეფლექსი ნაბიჭების გადადგმის რეფლექსი ხდება როცა ახალშობილი ეხება ფეხებით მყარ ზედაპირს. ისინი ჯერ ერთ ფეხს წევენ, ხოლო მერე მეორეს, რაც გვაძლევს შესახედაობას, რომ ისინი ცდილობენ სიარულს.
სურათი 8-9. რეფლექსები, გაგრძელება	



სურათი 8-10 წარმოსახვითი ხაზი არის გავლებული თვალის ხვრელის გარეთა კუთხიდან ყურამდე. ხაზი უნდა კვეთდეს ადგილს სადაც ყურის ზედა ნაწილი უერთდება თავს

ექთანი სინჯავს ყურების კანის წამონაზარდებს და პერიაურიკულარული სინუსების ღრმულების აღმოსაჩენად. თუ მათთან დაკავშირებულია სხვა პათოლოგიური მდგომარეობები, მაშინ ხდება თირკმელების ულტრასონოგრაფიული კვლევა. ყურის ანომალიები შეიძლება მიანიშნებდეს ქრომოსომალურ ანომალიებს, სმენის პრობლემებს ან თირკმელების დეფექტებს. ხრტილის სიმკვრივის ან ყურის ნიჟარის მოხრის ხარისხის შეფასება ხდება გესტაციური ასაკის შეფასების შესაბამისად.

სმენის განვითარება ხდება 23- 24 კვირის გესტაციის ვადაზე. ახალშობილებს შეუძლიათ გაიგონ ორსულობის ბოლო ტრიმესტრიდან და მათი სმენა ძალიან კარგია დაბადების შემდეგ. სმენის შემოწმება ხდება ახალშობილის რეაქციების შემოწმებით მოულოდნელი ხმამაღალი ხმების მიმართ, რომელიც იწვევს შეკრთობით რეაქციებს. ახალშობილები უნდა რეაგირებდნენ ხმის ბგერებზე და უპირატესობას უნდა ანიჭებდნენ ხმის მაღალი სიხშირის ტონებს და რითმულ ხმებს. ისინი ბრუნდებიან დედის ან სხვა საინტერესო ხმებისკენ. სმენის სკრინინგი ხდება გაწერამდე, სამშობიარო დაწესებულებებში.

თვალები. თვალების გამოკვლევა ხდება ანომალიების ან ანთებითი ნიშნების გამოსავლენად. ისინი უნდა იყოს სიმეტრიული და ერთი და იმავე ზომის. თვალის ფერადი გარსი არის მუქი ნაცრისფერი, ლურჯი ან ყავისფერი, მაგრამ შეიძლება შეიცვალოს ფერი ექვსი თვის ასაკში. დახრილი ეპიკანტუსი, (ქუთუთოს და ცხვირს შორის ნაკეცი) არა აზიელი წარმოშობის ახალშობილებში შეიძლება 21-ე ქრომოსომის ტრისომიის ან სხვა ანომალიური მდგომარეობის ნიშანი იყოს.

ქუთუთოების შეშუპება და სუბკონუქტივალური ჰემორაგია(სკლერის ადგილის შეწითლება) ჩნდება მშობიარობის დროს თავის დაწოლით, რომელიც იწვევს კაპილარების გახეთქვას სკლერაზე. შეშუპება მცირდება რამდენიმე დღეში და ჰემორაგია გადის 7-10 დღეში. სკლერა უნდა იყოს თეთრი. ყვითელი ფერი მიანიშნებს სიყვითლეს. ლურჯი შეფერილობა არის ოსტეოგენეზის იმპერფექტას მიმანიშნებელი.

კონიუქტივიტი შეიძლება გამოწვეული იყოს ინფექციისგან ან მშობიარობის დროს გამოყენებული მედიკამენტების მიერ კონიუქტივის ქიმიური გაღიზიანებისგან. სტაფილოკოკუსი, ქლამიდია, ნეისერია გონორეა არის ინფექციის ხშირი გამომწვევი პათოგენები. ოფთალმია ნეონატორუმი არის მდგომარეობა, რომელმაც შეიძლება სიბრმავე გამოიწვიოს. ამ მდგომარეობის პრევენციისთვის, ყველა ახალშობილის პროფილაქტიკა ხდება ანტიბიოტიკების თვალებში ჩაწვეთებით. ნებისმიერი გამონადენი თვალებიდან უნდა გამოკვლეული იყოს შესაძლო პათოგენზე და შესაბამისი მკურნალობა ჩატარდეს.

გარდამავალი სტრაბიზმი (სიელმე, გადაჯვარედინებული თვალები) ხშირია დაბადებიდან პირველი 3-4 თვე, რადგან ახალშობილები საკუთარ თვალების კუნთებს ცუდად აკონტროლებენ. თოჯინის თვალის ნიშანი არის ნორმალური ახალშობილებში. როცა თავი ჩქარა ბრუნავს ერთ მხარეს, თვალები მოძრაობს მეორე მხარეს. მზის ჩასვლის ნიშანი (თვალის ფერადი გარსი ჩანს ქვევით თვალში და სკლერის ნაწილი ჩანს ფერადი გარსის ზემოთ.) ეს შეიძლება ჰიდროცეფალუსის ნიშანი იყოს.

გუგები უნდა იყოს თანასწორი ზომაში და სინათლეზე თანაბრად რეაგირებდეს. კატარაქტა (თვალის ბროლის შემღვრევა) ჩანს როგორც თეთრი ადგილი გუგებზე. ის შეიძლება განუვითარდეს ახალშობილებს, რომლთა დედებსაც ჰქონდათ წითურა (რუბელა) ან სხვა ინფექცია ორსულობის განმავლობაში. როცა სინათლე მიმართულია თვალებში, ნორმალური თვალის წითელი რეფლექსი შეიძლება ვერ დავინახოთ შორს წასული კატარაქტის შემთხვევაში. ცრემლები არის მცირე ან საერთოდ არ არის დაბადებიდან პირველი ორი თვე. ზედმეტი ცრემლდენა შეიძლება მიანიშნებდეს დახშობილ საცრემლე არხებს, რომლის მკურნალობაც ხდება მასაჟით ან ქირურგიით.

მხედველობის სიმახვილე. თვალი აკომოდაციას ვერ ახერხებს კარგად, მაგრამ ნორმალური განვითარების ახალშობილმა უნდა აჩვენოს ვიზუალური რეაქცია გარემო გამღიზიანებელზე საპასუხოდ. მათ ფხიზლად მყოფ მდგომარეობაში უნდა ჰქონდეთ თვალით თვალთან კონტაქტის უნარი. ასევე ისინი ფოკუსირებას ახდენენ საგნებზე ყველაზე კარგად, როცა 20-30 სმ-ით დაშორებულები არიან, მათ შეუძლიათ საგნების დანახვა 76 სმ-ის მოშორებითაც. ისინი კარგად უნდა რეაგირებდნენ ადამიანის სახეებზე და გეომეტრიულ ფიგურებზე თეთრი და შავი ფერით ან საშუალო ტონალობის ღია ფერებზე, მაგრამ მცირე ინტერესს გამოხატავენ პასტელურ ფერებზე.

ახალშობილებმა უნდა დაახამხამონ ან დახუჭონ თვალები ნათელი ფერების მიმართ. ნებისმიერი ახალშობილი, რომელიც არ რეაგირებს ვიზუალურ სტიმულზე უნდა გადამისამართდეს ექიმთან დამატებითი გამოკვლევებისთვის.

ყნოსვის და გემოს გრძნობათა ორგანოები. ყნოსვის შეგრძნების დემონსტრირება ხდება, როცა ახალშობილი ამოიცნობს დედის რძით დასველებულ ნაჭერს და გაარჩევს მას წყლით დასველებული ნაჭრისგან. მათი გემოს გარჩევის უნარის დემონსტრირება ხდება როცა შეთავაზებისას უპირატესობას ანიჭებენ ტკბილ სითხეებს და უარობენ მწარე და მჟავე გემოს.

სხვა ნევროლოგიური ნიშნები

ახალშობილის შემოწმება ხდება ტრემორზე და სწრაფ მოძრაობებზე. ტრემორის არსებობის შემთხვევაში, სისხლის გლუკოზის შემოწმება უნდა მოხდეს, რადგან ჰიპოგლიკემია არის ტრემორის ყველაზე ხშირი გამომწვევი მიზეზი. თუ სისხლის გლუკოზა არის ნორმალურ ზღვარში, ტრემორის მიზეზი შეიძლება იყოს დაბალი კალციუმი ან ნარკოტიკულ ნივთიერებებთან პრენატალურ პერიოდში შეხება. ტრემორი ძლიერდება ყოველთვის როცა ახალშობილს ვეხებით ან ვამოძრავებთ, მაგრამ ჩერდება მცირე დროით როცა კიდურები იხრება ან დაკავებულია მჭიდროდ.

გულყრები მიანიშნებს ცენტრალური ნერვული სისტემის ან მეტაბოლურ პათოლოგიურ მდგომარეობებს. რომ განვასხვავოთ ტრემორი და გულყრები, ახალშობილის კიდურები ფიქსირდება მოხრილ მდგომარეობაში. ეს გამოიწვევს ტრემორის შეჩერებას, მაგრამ გულყრები გაგრძელდება. გულყრები შეიძლება გამოვლინდეს ასევე თვალის და პირის ანომალიური მოძრაობებით და სხვა სუსტად გამოვლენილი ნიშნებით. ნებისმიერი ახალშობილი რომელზეც ფიქრობენ რომ შეიძლება ჰქონდეს გულყრები, უნდა გადამისამართდეს უფრო ფართო შემოწმებისა და მკურნალობისთვის.

უსაფრთხოების ზომები

თრთოლვა ან ტრემორი

- ჩერდება როცა კიდურები მჭიდროდ არის დაკავებული მოხრილ პოზიციაში
- ხშირად გამოწვეულია გლუკოზის ან კალციუმის დაბალი დონით

კრუნჩხვები

- გრძელდება მაშინაც კი, როცა კიდურები არის მჭიდროდ დაკავებული
- შეიძლება გაგრძელდეს პირის და თვალების პათოლოგიური მოძრაობა
- მიანიშნებს ცენტრალური ნერვული სისტემის ან მეტაბოლურ პათოლოგიას

ტირილის ხარისხი მნიშვნელოვანია. ტირილი რომელიც არის მკვეთრი, მაღალ სიხშირიანი, ხრინწიანი ან კატის მაგვარი პათოლოგიურია. ამ სახის ტირილი შეიძლება მიანიშნებდეს ნევროლოგიურ დაავადებას ან სხვა პრობლემას.

ნორმალური ახალშობილები ხელში აყვანის საპასუხოდ მშვიდდებიან და დაკმაყოფილებულები არიან. რწევითი მოძრაობები ხშირად ეფექტურია გაღიზიანებული ახალშობილის დასამშვიდებლად. ახალშობილთა უმეტესობა მყუდროდ ეხუტება ან სხეულით ეკვრის ადამიანს, რომელსაც ის უჭირავს, რაც ამარტივებს მათ დაჭერას და მოფერებას. ახალშობილების მოქმე-

დება, როდესაც ისინი ამაგრებენ სხეულს, ცდილობენ დაშორდნენ სხეულით მას, ვისაც უჭირავს ისინი ან ზურგით უკან თაღის ფორმით იწევიან, შეიძლება გვანიშნებდეს ცენტრალური ნერვული სისტემის დაზიანებას.

ახალშობილებს რეაქცია უნდა ჰქონდეთ მტკივნეულ სტიმულზე ტირილით და გაზრდილი სასიცოცხლო მაჩვენებლებით. ზედმეტი გაღიზიანება შეიძლება ცენტრალური ნერვული სისტემის დაზიანების ნიშანი იყოს. ნებისმიერი ამ პათოლოგიური ნიშანის არსებობის შემთხვევაში უნდა მოხდეს უფრო ფართო ნევროლოგიური შეფასება.

ღვიძლის შეფასება

ღვიძლის ადრეული შეფასება დაკავშირებულია სისხლის გლუკოზისა და ბილირუბინის კონუგაციის შეფასებასთან.

სისხლის გლუკოზა

ექთანმა ადრეული რეაგირება უნდა მოახდინოს თუ ახალშობილში გაზრდილია ჰიპოგლიკემის რისკი, ვინაიდან ამან შეიძლება გამოიწვიოს თავის ტვინის პერმანენტული დაზიანება. ფაქტორები, რომლებიც შესაძლოა იყოს ახალშობილთა ჰიპოგლიკემიის მიზეზი მოცემულია 8-2 სამახსოვროში.

სამახსოვრო 8-2. ნეონატალური ჰიპოგლიკემიის რისკ-ფაქტორები

- დღენაკლულობა
- მოუმწიფებლობა
- გვიანი ნაადრევი ახალშობილი
- საშვილოსნოსშიდა ზრდის შეფერხება
- გესტაციურ ასაკთან შედარებით დიდი ან პატარა ზომა
- ასფიქსია
- პრობლემები დაბადებისას
- სტრესი გამოწვეული სიცივით
- დედის დიაბეტი
- დედის მიერ ტერბუტალინის მიღება

ჰიპოგლიკემიის ნიშნებზე დაკვირვება და ზრუნვა აუცილებელია რუტინული შეფასების განმავლობაში. ექთანმა უნდა ამოიცნოს ჰიპოგლიკემიის ისეთი ადრეული ნიშნები, როგორებიცაა უნებლიე მოძრაობები, ცენტრალური ნერვული სისტემის ნიშნები, სუნთქვითი გართულებები, ტემპერატურის შემცირება და ცუდი კვება. გახსოვდეთ, რომ ზოგიერთ ახალშობილს ჰიპოგლიკემიის არანაირი ნიშანი არ აქვს საერთოდ.

კრიტიკულად მნიშვნელოვანი
ნეონატალური ჰიპოგლიკემიის ნიშნები
• თრთოლვა, ტრემორი • კუნთთა ცუდი ტონუსი • დიაფორეზი (ოფლდენა) • სუსტი წოვა • ტაქიპნოე • დისპნოე • სუნთქვა თუხთუხით, ხიხინით • ციანოზი • აპნოე • დაბალი ტემპერატურა • მაღალი ხმის ტემბრით ტირილი • აღგზნებადობა • ლეთარგია • კრუნჩხვები, კომა • ნიშნები არ არის (ახალშობილი შეიძლება იყოს ასიმპტომური)

სკრინინგული ტესტი სისხლის გლუკოზის გასარკვევად აუცილებელი არ არის სრული ვადის ახალშობილში. რისკის ჯგუფის კატეგორიაში ან ადრეული სიმპტომების მქონე ახალშობილებში უნდა მოხდეს სისხლში გლუკოზის დონის სკრინინგი. გლუკოზის ნორმალური დონე სრული ვადით ახალშობილებში დაბადებიდან პირველ დღეს არის 50-90 მგ/დლ.

რადგან კაპილარული სისხლი გამოიყენება სკრინინგის ტესტისთვის, ეს ტესტები ნაკლებად ზუსტია ვიდრე ლაბორატორიული ტესტები, რომლებიც გამოიყენებენ ვენურ სისხლს. ამიტომ, ლაბორატორიული ანალიზი (დაწესებულების რეგულაციების მიხედვით) უნდა იყოს გამოყენებული რომ დადასტურდეს მაჩვენებელი 40-45 მგ/დლ ან ქვემოთ.

ახალშობილის ფეხის დაზიანების თავიდან აცილება მნიშვნელოვანია როცა სისხლს იღებენ ქუსლიდან. გახსოვდეთ, რომ თუ რაიმე მიზეზით დაზიანდა ქუსლის ძვალი შესაძლოა ოსტეომიელიტი განვითარდეს. ქუსლიდან სისხლის აღებისთვის შექმნილი კომერციული მოწყობილობები ისეა აწყობილი, რომ შესაფერისს სიღრმემდე ჩავიდეს. მისი გამოყენება შესაძლებელია სრული ვადის ახალშობილში ან ნაადრევ ახალშობილებში. სისხლის ასაღებად, უნდა ირჩიოთ ისეთი ადგილი, რომელიც არ გამოიწვევს ნერვის და არტერიის დაზიანებას. გართულებები, რომლებიც შესაძლოა მოჰყვეს სისხლის აღებას არის: ცელულიტის, აბსცესის, ნაწიბურის ან დალურჯების წარმოქმნა ან/და ტკივილი.

ახალშობილების კვება ხშირად ხდება როცა ნაჩვენებია 40-45 მგ/დლ ან ნაკლები, რათა გლუკოზის უფრო მეტად შემცირების პრევენცია მოხდეს, განსაკუთრებით თუ ახალშობილს აქვს ჰიპოგლიკემიის ნიშნები. სისხლის გლუკოზის გადამოწმება ხდება 30-60 წუთის შემდეგ კვებიდან და კიდევ ერთხელ კვებამდე, მანამ სანამ მისაღები შედეგი არ გვექნება. რისკის კატეგორიაში მყოფი ახალშობილების მონიტორირება ხდება ყველაზე მცირე 24 საათის განმავლობაში მშობიარობიდან.

ბილირუბინი

ექთანი ახალშობილს სიყვითლეზე სულ მცირე ყოველ 8-12 საათში ამოწმებს. განსაკუთრებული მეთვალყურეობა ხდება როცა ახალშობილები გაზრდილი ჰიპერბილირუბინემიის რისკის ქვეშ არიან. სიყვითლის აღნიშვნა ხდება ახალშობილის სხეულის მყარი ნაწილის კანზე ზეწოლით, როგორიცაა ცხვირის ბოლო ან მკერდის ძვალი. კანი თეთრდება როგორც კი სისხლი დაწოლით გაიდევნება ადგილიდან, რაც უფრო მარტივს ხდის რომ დავინახოთ კანის ყვითელი ფერი. სიყვითლე მეტად შესამჩნევია თუ მას დღის სინათლეზე შევამოწმებთ. ის იწყება თავიდან და ვრცელდება მთელ სხეულზე ქვემოთ. უნდა მოხდეს იმის დოკუმენტირება თუ სხეულის რა ადგილები ხდება მოცული. სიყვითლე უფრო შესამჩნევია როცა ბილურიბინი მეტია ვიდრე 5 მგ/დლ.

სიყვითლე რომელიც ჩნდება დაბადებიდან მეორე დღემდე შეიძლება ასახავდეს რომ ბილირუბინის დონე იზრდება უფრო ჩქარა და უფრო მაღალ დონეზე ვიდრე ნორმას შეესაბამება და შეიძლება არ იყოს ფიზიოლოგიური. ექიმმა ან პრაქტიკოსმა ექთანმა შეიძლება შეუკვეთოს ბილირუბინის დონის განსაზღვრა ექთნის შემოწმების საფუძველზე. ბევრ დაწესებულებაში, ექთანს შეუძლია გაზომოს კანში ბილირუბინი (TcB) ბილირუბინომეტრის გამოყენებით ან ლაბორატორიულად გაზომოს მთლიანი შრატის ბილირუბინი (TSB) ექიმის დანიშნულების მიხედვით. ბილირუბინომეტრი არის არაინვაზიური მოწყობილობა, რომელიც ზომავს ბილირუბინს ახალშობილის კანში, ეს თავიდან გვაცილებს სისხლის ნიმუშის მისაღებად კანზე ჩხვლეტას. გაზომეთ TSB-ის ან TcB-ის მაჩვენებლები სიყვითლის მქონე ყველა ახალშობილში, პირველი 24 საათის განმავლობაში.

თუ ბილირუბინის თანმიმდევრული ანალიზები არის შეკვეთილი, ექთანი აღნიშავს ცვლილებას ერთი პასუხიდან მეორემდე და ადარებს შედეგს ახალშობილის ასაკს. TcB-ის პათოლოგიური შედეგები უნდა დადასტურდეს TSB-ის შედეგებით. არსებობს ცხრილები, რომლებიც აჩვენებს ახალშობილის რისკის ხარისხს სხვადასხვა ასაკში(საათობრივად) TSB-ის დონის მიხედვით.

კუჭ-ნაწლავის სისტემა

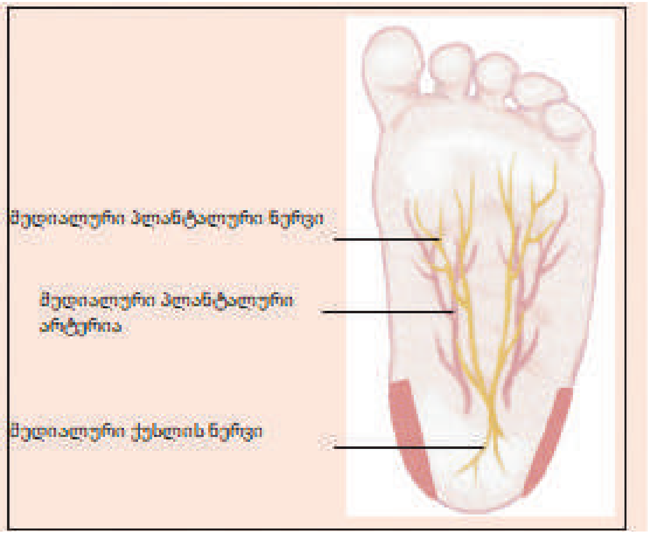
კუჭ-ნაწლავის სისტემის თავდაპირევლი შეფასება ხდება დაბადებიდან პირველ საათში, როცა ექიმი ვიზუალურად ათვალიერებს ახალშობილს და როცა ახალშობილი თავდაპირველად დაიწყებს კვებას.

პირის ღრუ

პირის ღრუს გასინჯვისას ხდება მისი ვიზუალურად ინსპექცია და პალპაცია. ზოგიერთი ახალშობილი იბადება ნაადრევი კბილებით, უმეტესად ქვედა საჭრელებით(სურათი 8-11). თუ კბილების მიმაგრება არის რყევადი, მაშინ ხდება მათი მოცილება, რომ არ მოხდეს მათი ასპირაცია. ეპშტეინის მარგალიტები შეიძლება იყოს მტკიცე სასაზე ან ღრძილებზე. ეს მცირე, თეთრი, მყარი ჩართული ცისტები არის ეპითელიალური უჯრედების გროვა და გაივლის მკურნალობის გარეშე რამდენიმე კვირაში, ეს გროვები არის მილია-ს ერთ-ერთი სახეობა.

სურათი 8-11 ნაადრევი კბილები

პროცედურა 8-3. სისხლის ნიმუშის აღება ახალშობილის ქუსლიდან



მიზანი: ახალშობილის სისხლის ნიმუშის აღება ქუსლიდან სისხლის გლუკოზის დონის განსაზღვრისთვის, ახალშობილის სკრინინგისთვის ან სხვა ტესტებისთვის. (აქ მოწოდებულია ინსტრუქციები ახალშობილის სისხლში გლუკოზის დონის გასაზომად, გლუკომეტრის გამოყენებით, მაგრამ იგივე მეთოდი შეესაბამება სხვა ტესტებსაც)

1. დაიბანეთ ხელები. ეხმარება ინფექციის გავრცელების პრევენციას.
2. მოაგროვეთ საჭირო მასალები. მარაგი ხშირად შეადგენს ხელთათმანებს, ალკოჰოლის საფენებს, სახვევებს, გლუკომეტრს, მომცრო ნემს, რომლითაც ხდება სისხლის აღება, მისაწებებელ სახვევს, ბამბის ბურთულებს და სისხლის შესაგროვებელ მოწყობილობებს (გლუკოზის სკრინინგის რეაგენტების მოწყობილობას. საშრობ ქაღალდს მეტაბოლური სკრინინგ ტესტებისთვის, კაპილარულ სისხლის მილს) ყველა მოწყობილობის სასწრაფო ხელმისაწვდომობა ხელს უწყობს პროცედურის ეფექტურ ჩატარებას.
3. თუ ახალშობილი არ აბანავეს დაბადების შემდეგ, აბანავეთ ახალშობილი ან ჩხვლეტის ადგილი კარგად გაუსუფთავეთ, სანამ ნემს გაუკეთებდეთ. ეს თავიდან გვაცილებს ახალშობილის კანის ნაჩხვლეტი ადგილის დაბინძურებას დედის სისხლით. მნიშვნელოვანია განსაკუთრებით მაშინ, თუ დედას აქვს ისეთი ინფექცია, რომელიც არ ვიცით, მაგ., ჰეპატიტი B ან ადამიანის იმუნოდეფიციტური ვირუსი.
4. შეამოწმეთ და დააპროგრამეთ გლუკომეტრი და გამოიყენეთ ხარისხის კონტროლის საზომი მწარმოებლის გზამკვლევის მიხედვით. დარწმუნდით მოწყობილობის სწორ მუშაობაში.
5. გაათბეთ ქუსლი ქუსლის გასათბობით ან გაათბეთ სველი ტანსაცმელი პოლისის მიხედვით. ფრთხილად იყავით რომ არ დაწვათ ახალშობილი. გათბობა ეხმარება სისხლძარღვების გაფართოვებას.
6. უზრუნველყავით კომფორტული ზომები(საავადმყოფოს პოლისის მიხედვით) , როგორიცაა საფენები, საწოვარა, საშუალება მიეცით დედას დაიკავოს ახალშობილი ან ძუძუთი კვებოს, ან მიეცით ორალური სუკროზა (თუ არ ამოწმებთ გლუკოზის დონეს). შეაფასეთ ახალშობილის ტკივილის დონე პროცედურამდე, უშუალოდ პროცედურის განმავლობაში და მის შემდგომ, ახალშობილის ტკივილის შკალის გამოყენებით. კომფორტულობის ზომები ეხმარება ახალშობილს შეამციროს ტკივილი. ტკივილის შეფასება პროცედურამდე, ეხმარება ტკივილგამაყუჩებელი ზომების ეფექტურობის განსაზღვრას პროცედურამდე და მის შემდგომ.

7. გამოიყენეთ ხელთათმანები. გვიცავს ხელების სისხლით დაბინძურებისგან.
8. დაიჭირეთ ქუსლი ერთი ხელით და დააფიქსირეთ ადგილი. ქუსლის ძვალს შეეხეთ და მოათავსეთ ცერა თითი ფეხის გულზე. დაასტაბილურეთ ქუსლი, რომ თავიდან აიცილოთ მოძრაობა და უნებლიე დაზიანება ლანცეტისგან. ძვლის ადგილის ლოკაციის განსაზღვრა თავიდან გვაცილებს ქუსლის ძვლის ჩხვლეტას, რამაც შეიძლება ოსტეომიელიტი გამოიწვიოს.
9. აირჩიეთ საჩხვლეტი ადგილი ქუსლის ლატერალურ მხარეს, რომელიც ადრე არ იყო ნაჩხვლეტი.უკვე ნაჩხვლეტი ადგილის ხელახალი ჩხვლეტა, ამცირებს ინფექციის და ნაწიბურის გაჩენის შანსს.
10. გაასუფთავეთ ქუსლის ლატერალური მხარე ალკოჰოლით და გაამშრალეთ სტერილური დოლბანდით ან საშუალება მიეცით თავისით გაშრეს. ალკოჰოლი ამცირებს დაბინძურებას. გაშრობა პრევენციას უკეთებს ქსოვილის გაღიზიანებას და ასევე დასამუშავებელი ალკოჰოლის განზავებას.
11. უჩხვლიტეთ ქუსლზე ლანცეტით, რომ შესაბამის სიღმრემდე ჩახვიდეთ. მოათავსეთ მოწყობილობა კონტეინერში. შესაბამის სიღრმემდე ჩხვლეტა თავიდან გვაცილებს ახალშობილის დაზიანებას და უზრუნველყოფს სისხლის დინებას ისე, რომ დამატებითი ჩხვლეტა საჭირო აღარ არის. სწორად მართვა თავიდან გვაცილებს ახალშობილისა და სხვების დაზიანებას ახალშობილის სისხლის არასაჭირო შეხებისგან.
12. მიყევით არსებულ რეგულაციას ან მწარმოებლის დირექტივებს შემდეგ საკითხებზე: სისხლის პირველი წვეთის გამოყენება და მოშორება, ნიმუშების მოგროვება, შესაგროვებელი სისხლის რაოდენობის განსაზღვრა, ნიმუშის სწორად დაკავება და შედეგების წაკითხვა. სწორად შესრულებული პროცედურა უზრუნველყოფს ტესტის ზუსტ შედეგებს.
13. თავიდან აიცილეთ ზედმეტი მოჭერა ქუსლზე. ზედმეტი მოჭერა გამოიწვევს დალურჯებას და ნიმუშის განზავებას ქსოვილის სითხით.
14. აიღეთ სისხლის ნიმუშები. გამოიყენეთ დასაწებებელი პლასტირი. შეამოწმეთ ადგილი ხშირად და მოაშორედ პლასტირი როცა სისხლდენა შეწყდება. პლასტირი ეხმარება სისხლდენის შეჩერებას. ადგილის შემოწმება უზრუნველყოფს შემდგომი სისხლდენის შემჩნევას.
15. აღნიშნეთ პროცედურა და შედეგები. გააგზავნეთ ნიმუში ლაბორატორიაში რეგულაციის შესაბამისად. შეატყობინეთ პათოლოგიური მაჩვენებლები და თვალყური ადევნეთ შიდა პოლისის შესაბამისად. გვეხმარება უზრუნველვყოთ ნიმუშის სწორი დაკავება და ახალშობილის სწორი მოვლა თუ შედეგები პათოლოგიურია.

ექთანი სინჯავს ენას და აფასებს მის ზომას და მოძრაობას. დიდი გამოშვერილი ენა გვხვდება დედის ჰიპოთირეოზის არსებობის დროს და ზოგიერთი ქრომოსომული დაავადებების დროს, როგორიცაა 21-ე ქრომოსომის ტრისომია. სახის ნერვის პარალიზი ეფექტს ახდენს ენის მოძრაობაზე და იწვევს ერთ მხარეს პირის დაწევას რომელიც შესამჩნევია ტირილის ან წოვის დროს. ენა ისე ჩანს, როგორც მიმაგრებული ენა , მოკლე ფრენულუმის გამო, მაგრამ ეს არის ნორმალური და არ აქვს ეფექტი ახალშობილის კვებაზე. ნამდვილი ენის მიმაგრების დროს, "ენით დაბმული " , ენის მოძრაობა არის შემცირებული. ხანდახან კეთდება ფრენულუმის კლიპირება, ინფექციის განვითარების პრევენციის მიზნით.

ახალშობილებში ხშირია კანდიდიაზი(კანდიდოზური სტომატიტი). იგი არ არის შესამჩნევი დაბადებიდან მალევე; ის ჩნდება დაახლოებით სიცოცხლის პირველ-მეორე დღეს. ეს პათოლოგიური ცვლილება გავს "რძიანას" ენაზე და ლოყებზე, და ხდება სისხლდენა მისი მოცილების დროს. ახალშობილების ინფიცირება კანდიდა ალბიკანსით შეიძლება მოხდეს მშობიარობის

არხების გამოვლის დროს თუ დედას აქვს ვაგინალური კანდიდალური ინფექცია. ახალშობილის მკურნალობა ხდება ანტიფუნგალური მედიკამენტით, როგორიცაა ნისტატინის სუსპენზია.

ტუჩის ნაპრალი (კურდღლის ნაპრალი) და სასის ნაპრალი შეიძლება ჰქონდეს ახალშობილს, თუ ტუჩის და სასის შეერთება ვერ მოხდება ინტრანატალურად. სასის ნაპრალი შეიძლება შედგებოდეს მაგარი ან/და რბილი სასისგან. ის შეიძლება იყოს იზოლირებულად ან ტუჩის ნაპრალთან ერთად. სასის ინსპექცია ხდება როცა ახალშობილი ტირის. ხელთათმანიანი თითით ხდება პირის ღრუში მაგარი და რბილი სასის პალპაცია. რბილი სასის ძალიან მცირე ზომის ნაპრალი შეიძლება გამოგვრჩეს, თუ მხოლოდ ვიზუალური შემოწმება ხდება.

წოვა

ნორმალური, სრული ვადით ახალშობილს უნდა ჰქონდეს ძლიერი წოვის რეფლექსი, რომლის გამოწვევა ხდება ტუჩების და სასის სტიმულაციით. რეფლექსი არის სუსტი ახალშობილებში, რომლებიც არიან ნაადრევად დაბადებულები, ან ავად ან ბოლო კვებიდან დიდი დრო არ არის გასული. ახალშობილის ლოყებს აქვს კარგად განვითარებული კუნთები და მოსაწოვი ბალიშები, რომლებიც აძლიერებს წოვის შესაძლებლობას. ეს ცხიმოვანი წოვის ბალიშები გვხვდება ახალშობილობის გვიან პერიოდშიც, როცა წოვა უკვე მნიშვნელოვანი აღარ არის. ბუშტუკები შეიძლება გვქონდეს ახალშობილის ხელებზე და მხრებზე ძლიერი წოვისგან, დაბადებამდე.

პირველი კვება

პირველი კვება არის შესაძლებლობა რომ მეტად შევაფასოთ ახალშობილი. თუ დედა ძუძუთი კვებას აპირებას, მან ეს უნდა დაიწყოს დაბადებიდან პირველი საათის განმავლობაში. ექთანს შეუძლია ახალშობილის საპასუხო რეაქციებს ფრთხილად, პატივისცემით დააკვირდეს როცა დედას ეხმარება ახალშობილის სწორ პოზიციაში დაჭერაში. კუჭის გადაჭიმვის რეგურგიტაციის შესამცირებლად, თავდაპირველი ულუფა უნდა იყოს არა უმეტეს 30 მლ-ისა.

ექთანი აფასებს ახალშობილის წოვის შესაძლებლობას, ყლაპვას და სუნთქვას კოორდინირებულად. ასევე ახალშობილი წოვს და ყლაპავს საშვილოსნოშივე, ეს ორივე აქტი შეიძლება ერთდროულად არ ხდებოდეს. სუნთქვის დამატება წოვების და ყლაპვის დროს ახალი გამოცდილებაა, რომელსაც ახალშობილი დაბადების მერე იძენს. ზოგიერთ ახალშობილს აქვს ხრჩობის და ყელში გაჩხერის შეგრძნება პირველი კვების დროს. ზოგი ბავშვი შეიძლება გაწითლდეს ან ციანოზური გახდეს , რადგან ხდებიან აპნოიური კვების დროს. ნებისმიერ შემთხვევაში ექთანმა უნდა შეაწყვეტინოს კვება დროულად, უნდა მოხდეს საკვების ამოქაჩვა და ახალშობილის ტირილის სტიმულაცია, ზურგზე ხელის მოსმით. უმეტესი სრული ვადით ახალშობილი სწავლობს კოორდინირებულ წოვას, ყლაპვას და სუნთქვას ძალიან ჩქარა.

გუდვა, ხველა, ციანოზი ან ზედმეტი ორალური გამონაყოფი შეიძლება მიანიშნებდეს საყლაპავის დახშობას(საყლაპავის ატრეზია) ან კავშირს ტრაქეას და საყლაპავს შორის(ტრაქეოესოფაგეალური ფისტულა). ახალშობილებს, რომლებსაც აქვთ ციანოზი კვების დროს, შესაძლოა ჰქონდეთ გულის ანომალია. ასეთ შემთხვევაში აუცილებელია დამატებითი კვლევები.

მუცელი

ახალშობილის მუცელი უნდა იყოს რბილი, მრგვალი და წინ ოდნავ გამოწეული, თუმცა არ უნდა იყოს გაბერილი. კუჭი შეიძლება გადაჭიმული იყოს ლორწოთი, სისხლით და ამნიონური სითხით, რომელსაც ნაყოფი ყლაპავს დაბადების პროცესში. თუ მუცელი ისე გაბერილია რომ კანი გადაჭიმული და გაპრიალებულია ეს შეიძლება მიანიშნებდეს ობსტრუქციას. თუ მუცელი გაბერილია, ექთანი უნდა სინჯავდეს მუცლის გარშემოწერილობას პერიოდულად რომ აღნიშნოს ცვლილებები. ზომების ჩაწერა და შეტყობინება უნდა მოხდეს მკურნალ პერსონალთან. ნაწლავის მარყუჟი არ უნდა ჩანდეს მუცლის კედელზე. ხილული მარყუჟი შესაძლოა მიანიშნებდეს, რომ ჰაერი და მეკონეუმი არ გადის ნაწლავებში ნორმალურად.

ჩავარდნილი ან სკაფოიდური მუცლის შესახედაობა ხდება დიაფრაგმატული თიაქარის დროს, როცა ნაწლავები მოთავსებულია გულმკერდის ღრუში მუცლის ღრუს ნაცვლად. ეს მდგომარეობა ხელს უშლის ფილტვების განვითარებას, რაც იწვევს სუნთქვის გაძნელებას და-

ბადების დროს. ექთანი უსმენს მუცლის ხმებს, რომელიც ზოგადად იწყება დაბადებიდან 15 წუთის შემდეგ. მუცლის ხმები გულმკერდთან შესაძლოა მიანიშნებდეს დიაფრაგმატულ თიაქარს.

ჭიპის თიაქარი ვითარდება თუ ნაწლავების კუნთების დახურვა არ ხდება ჭიპის გარშემო, რაც საშუალებას აძლევს ნაწლავებს რომ სუსტ ადგილას მოახდინოს პროტრუზია. ეს მდგომარეობა უფრო ხშირია მცირე ზომის მამრობითი სქესის ახალშობილებში და აფრიკელ-ამერიკელებში. იმ დროს როცა ახალშობილი კარგად დადის, კუნთები იმდენად ძლიერია რომ თიაქარი აღარ გვაქვს. ჭიპის ზოგიერთ თიაქარს სჭირდება ქირურგიული გზით გამოსწორება.

მუცლის პალპაცია ყველაზე მარტივია როცა ახალშობილი არის მოსვენებულ და წყნარ მდგომარეობაში. მუცელი უნდა იყოს რბილი, რადგან კუნთები ჯერ კიდევ კარგად განვითარებული არ არის. მასური წარმონაქმნები შეიძლება მიანიშნებდეს თირკმლის სიმსივნეებს. ღვიძლის და თირკმლის პალპაცია ხშირად არ არის ახალშობილის მოვლის დროს რუტინული მუცლის შეფასების ნაწილი. ღვიძლი ნორმალურად 1-2 სმ ქვემოთ არის მარჯვენა ნეკნთა რკალიდან. თუ ორგანოები შედარებით დიდი ზომისაა, ამის შეტყობინება უნდა მოხდეს ექიმისთვის, რადგან ეს შეიძლება იყოს შეგუგებითი გულის უკმარისობის ან თანდაყოლილი ინფექციის ნიშანი.

განავალი

განავლის შეფასება უნდა მოხდეს სახეობის, ფერის და შემადგენლობის მიხედვით. მესამე, მეოთხე დღეს განავალი ასახავს თუ რა სახის კვებაზეა ახალშობილი. "წყლის ბეჭედი" ,არ უნდა იყოს ნებისმიერი მყარი განავალის გარშემო."წყლის ბეჭედი" არის სველი, დალაქული ადგილი საფენზე სადაც თხევადი განავალი იწოვება. შეიძლება იყოს უფრო მეტი მყარი განავალი დამატებით ან მთლიანად განავალი ერთად შეიძლება იყოს საფენში შეწოვილი."წყლის ბეჭედი" მიანიშნებს ფაღარათს, რომელიც შეიძლება გამოწვეული იყოს ფორმულით კვების აუტანლობით და ინფექციით.

პირველი განავალი უნდა დაფიქსირდეს დაბადებიდან 12- 48 საათში. საჭიროებისას ექიმმა შეიძლება ნაზად მოახდინოს სწორი ნაწლავის ინსპექცია, რომ განსაზღვროს ნაწლავის გამავლობა და მოახდინოს განავლის გამოყოფის სტიმულაცია.

შარდ-სასქესო სისტემა

თირკმლის პალპაცია

თირკმელების პალპაცია, ჩვეულებრივ, რუტინული შემოწმების დროს არ კეთდება. მკურნალი პერსონალი პალპაციას უკეთებს თირკმელებს ჭიპის ზემოთ მუცლის ორივე მხარეს, დაბადებიდან პირველი საათის განმავლობაში. მუცლის მასები შეიძლება ასახავდეს ორგანოების გადიდებას ან თირკმელების სიმსივნეს.

თირკმლის ანომალიები შეიძლება თან ახლდეს სხვა ორგანოთა დეფექტებს, რადგან ნაყოფის ადრეული განვითარების დროს პრობლემამ შეიძლება ეფექტი მოახდინოს რამდენიმე ორგანოზე, რომელიც იმ პერიოდში დაზიანების მიმართ არის მიდრეკილი. მაგალითად, ახალშობილებს მხოლოდ ერთი ჭიპლარის არტერიით ან ყურის ანომალიებით შეიძლება ჰქონდეთ თირკმლის ანომალიები. ექთანი კარგად უნდა დააკვირდეს შარდის გამოყოფას ასეთ ახალშობილებში, რომ განსაზღვროს თირკმელი თუ ფუნქციონირებს შესაბამისად.

შარდი

უმეტესობა ახალშობილები შარდავენ დაბადებიდან 12-24 საათში და მცირე რაოდენობით დაბადებიდან 48 საათში. რადგან შარდის გამოყოფის არ არსებობა იმ დროისთვის შეიძლება მიანიშნებდეს ანომალიას, პირველი მოშარდვა უნდა აღინიშნოს სამედიცინო დოკუმენტაციაში. ახალშობილის შარდის ბუშტი იცლება მხოლოდ ერთხელ ან ორჯერ პირველი ორი დღის განმავლობაში, თუმცა უფრო ხშირი შარდვაც ხშირია. მცირე რაოდენობის გამო, პირველი შარდი შეიძლება ვერ შევამჩნიოთ. ხანდახან ის ხდება სამშობიარო ბლოკში, მაგრამ შეუმჩნეველი რჩება, რადგან ყურადღება მიმართულია ახალშობილის ზოგად მდგომარეობაზე.

თუ არსებობს ინტერესი ახალშობილმა მოშარდა თუ არა, მშობიარობის ჩანაწერის ყურადღებით წაკითხვა უნდა მოხდეს რომ ვნახოთ მოშარდა თუ არა ახალშობილმა დაბადებისას.

ექთანმა ასევე უნდა ჰკითხოს დედას თუ გამოუცვალა მან ახალშობილს სველი საფენი. თუ შარდვა არ მოხდება მოსალოდნელ დროში, ახალშობილის სითხის მიღება უნდა გაიზარდოს და ამის შესახებ უნდა ეცნობოს ექიმს.

დაბადებიდან მეოთხე დღეს, ყველაზე მცირე ექვსი საფენის მოხმარება უნდა ვივარაუდოთ დღიურად. თითოეული მოშარდვა აღინიშნება ცხრილში, რაც მოიცავს დედის მიერ გამოცვლილი საფენების აღნიშვნასაც. დედისთვის ახსნა უნდა მოხდეს, რომ სულ მცირე ექვსი სველი საფენის გამოცვლა მეოთხე დღისთვის, მიანიშნებს რომ ახალშობილი იღებს საკმარისს სითხეს.

თუ ახალშობილს აქვს კვების პრობლემები, სველი საფენების რაოდენობის აღნიშვნა განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია. ერთჯერადი საფენები შარდს იწოვს ძალიან კარგად და შარდის ღია ფერმა შეიძლება ძალიან მცირედ მოახდინოს ფერის ცვლილება საფენზე. სველი საფენი უფრო მძიმეა ვიდრე მშრალი. თუ საჭირო გახდა, შესაძლოა ექთანმა ხელთათმანებიანი ხელებით განაცალკევოს საფენი რომ გამოიკვლიოს. შიდა შემწოვი ნაწილი სველია თუ შარდვას ჰქონდა ადგილი. ბამბის ბურთები ან ქსოვილის დაფენა შეიძლება მოხდეს საფენზე რომ გაიზარდოს მცირე რაოდენობის შარდის ხილვადობა.

ახალშობილის შარდი შეიძლება შეიცავდეს შარდმჟავას კრისტალებს, რომელიც იწვევს მოწითალო და მოვარდისფრო ლაქას საფენზე. ამას ეწოდება “აგურის მტვრის მსგავსი ლაქა” და შეიძლება მშობლებში შიში გამოიწვიოს, რადგან შეიძლება იფიქრონ რომ ახალშობილს სისხლდენა აქვს. ეს არ გრძელდება პირველი რამდენიმე დღის მერე, როცა თირკმელები მწიფდება.

სასქესო ორგანოები

ექთანი ამოწმებს ახალშობილის გენიტალიებს ზომის, მომწიფების და ნებისმიერი ანომალიების არსებობის გამოსარიცხად.

მდედრობითი სქესი. სრული ვადის ახალშობილში, დიდი სასირცხო ბაგეები უნდა იყოს დიდი ზომის და სრულად ფარავდეს კლიტორისს და მცირე სასირცხო ბაგეებს. სასირცხო ბაგეები შეიძლება იყოს უფრო მუქი ვიდრე გარშემო კანი. ეს არის ნორმალური საპასუხო რეაქცია დედის ჰორმონების მიმართ დაბადებამდე. სასირცხო ბაგეების შეშუპება და თეთრი ლორწოვანი გამონადენი არის ნორმალური. მცირე რაოდენობით ვაგინალური სისხლდენა, სახელწოდებით ფსევდომენსტრუაცია, შეიძლება მოხდეს უცებ დედის ჰორმონების შეწყვეტის გამო დაბადების შემდეგ. ჰიმენის (ვაგინალური) წანაზარდები არის ქსოვილის მცირე ზომის ნაწილები ვაგინალურ ხვრელში. ეს არის ნორმალური და ქრება რამდენიმე კვირაში. შარდსადინარი არხის გარე ნახვრეტი და ვაგინა უნდა არსებობდეს.

მამრობითი სქესი. სათესლე პარკი ჩამოკიდებული უნდა იყოს სრული ვადის ახალშობილში და შეიძლება იყოს მუქი ყავისფერი შეფერილობის, დედის ჰორმონებისგან. ნაყოფის ჯდომით მდებარეობის დაწოლამ მშობიარობის დროს შეიძლება გამოიწვიოს მისი შეშუპება. ნაოჭები (ღარები სათესლე პარკზე) არის ღრმა და ფარავს მთლიან სათესლე პარკს სრული ვადის ახალშობილში.

სათესლე პარკის ერთი ან ორივე მხარის ზომაში ზრდა შეიძლება გამოწვეული იყოს ჰიდროცელეთი. სითხის არსებობამ სათესლეების გარშემო შეიძლება სათესლე ჯირკვლების პალპაცია გააძნელოს. სინათლის მინათებამ სათესლის პარკზე შეიძლება გამოკვეთოს სათესლე ჯირკვლები. მშობლებს უნდა ავუხსნათ რომ ჰიდროცელე არ არის მტკივნეული და გაიწოვება ერთი წლის განმავლობაში. ზოგიერთს მოგვიანებით ქირურგიული ჩარევასჭირდება.

სათესლე პარკზე პალპაცია განსაზღვრავს სათესლე ჯირკვლები ჩამოსულია თუ არა (სურათი 8-12). სათესლე ჯირკვლები არის მცირე, მრგვალი, მოძრავი საგანი, რომელიც ცურავს თითებს შორის. თუ ვერ ხერხდება სათესლე ჯირკვლების სათესლე პარკში აღმოჩენა, მისი შეგრძნება შეიძლება მოხდეს საზარდულის არხში. ცარიელი სათესლე პარკი უფრო მცირე ზომისაა ვიდრე ის რომელიც სათესლე ჯირკვალს შეიცავს.

სათესლე ჯირკვლის ჩამოუსვლელობა (კრიპტორხიდიზმი) ხდება ერთ ან ორივე მხარეს. დაახლოებით 50-70% ჩამოუსვლელი სათესლე ჯირკვალი, სრული ვადით ახალშობილებში, ჩამოდის დაბადებიდან სამ თვეში. თუ სათესლე ჯირკვლები არ ჩამოდის 12 თვის განმავლობაში, ქირურგიული ჩარევა ხდება რომ შევინარჩუნოთ ფერტილობა.

გარე ნახვრეტი უნდა იყოს პენისის თავის წვერზე. შეიძლება მდებარეობდეს ანომალიურ ადგილას, პენისის ქვედა მხარეს(ჰიპოსპადიასი), ან ზედა მხარეს(ეპისპადიასი) ან პერინეუმზე.

პენისის ჩუჩა ფარავს მის თავს და არის მიმაგრებული მასზე. მისი ქვემოთ დაწევის მცდელობა ახალშობილებში არ უნდა მოხდეს, ვინაიდან ამან შეიძლება გამოიწვიოს დაზიანება. ნახვრეტის ანომალიური მდებარეობა შეიძლება შესამჩნევი არ იყოს, რადგან მას ფარავს ჩუჩა, მაგრამ ხშირად ახალშობილებში ჩუჩა არასრულად არის განვითარებული. ჰიპოსპადიასს შეიძლება თან ახლდეს სასქესო ორგანოს გამრუდება, მდგომარეობა რომლის დროსაც ფიბროზული ქსოვილი იწვევს პენისის ქვემოთ მოხრას. ეს მდგომარეობა მოგვიანებით სწორდება ქირურგიული ოპერაციის საშუალებით.

სურათი 8-12 სათესლე ჯირკვლების პალპაცია ხდება წინიდან უკან მიმართულებით ცერა და საჩვენებელი თითებით.თითის მოთავსება საზარდულის არხთან აფიქსირებს სათესლე ჯირკვალს ადგილზე, უკეთესი პალპაციისთვის.

მშობლები ძალიან შეშფოთებულები არიან გენიტალიების ნებისმიერი ანომალიის არსებობის შემთხვევაში. თუ ხვრელის მდებარეობა ანომალიურია, მათ სჭირდებათ მდგომარეობის ახსნა და იმის განმარტება თუ რატომ არ შეიძლება წინდაცვეთა. ჩუჩა შეიძლება მოგვიანებით საჭირო გახდეს პლასტიკური ოპერაციის დროს დეფექტის გამოსასწორებლად.

კანი და საფარველი

კანი

ახალშობილის კანი არის სუსტი და ნებისმიერი დაზიანება ჩნდება მარტივად, რადგან კანი არის ძალიან მგრძნობიარე. შეწითლებული ადგილები და გამონაყარი შეიძლება განვითარდეს სიცოცხლის პირველივე დღეებში. ექთანმა უნდა გამოიკვლიოს კანის ზედაპირის თითოეული სანტიმეტრი, როგორც პირველადი გასინჯისას ისე განმეორებითი გასინჯვებისას. კანზე აღმოჩენილი რაიმე სახის საეჭვო ნიშნები აუცილებლად უნდა იყოს დოკუმენტირებული და ასევე ახსნილი მშობლებისთვის.

ფერი. კანის ფერი უნდა იყოს მოვარდისფრო ან ოდნავ შეფერილი. წითელი, თხელი კანი გვხდება ნაადრევ ახალშობილებში. სიწითლე (მოწითალო ან პლეტორა) სრული ვადით ახალშობილებში შეიძლება მიანიშნებდეს პოლიციტემიას. აკროციანოზი არის ხშირი დაბადებიდან პირველ დღეს, რაც გამოწვეულია ცუდი პერიფერიული ცირკულაციით. ახალშობილის პირი და ცენტრალური სხეულის ნაწილი არ უნდა იყოს ციანოზური არც ერთ დროს. კანის გათეთრება ცხვირზე და გულმკერდზე მიგვანიშნებს სიყვითლეს. სიყვითლე პათოლოგიურია დაბადებიდან პირველ დღეს თუმცა ხშირია პირველი კვირის განმავლობაში.

კანის, ფრჩხილების და ჭიპლარის მომწვანო-მოყავისფრო შეფერილობა გვხვდება თუ მეკონეუმის გამოყოფა მოხდა დაბადებამდე. ფერის შეცვლა შეიძლება მიგვანიშნებდეს რომ ახალ-

შობილი იმყოფებოდა არა კეთილსაიმედო მდგომარეობაში დაბადებამდე და უფრო ხშირია ვადა გადაცილებულ ბავშვებში. ესეთი ახალშობილების დაკვირვება უნდა მოხდეს სხვა გართულების დასაფიქსირებლად, მაგალითად, როგორიცაა სუნთქვის გაძნელება.

ნაყოფი - არლეკინი (ახალშობილების ექსფოლიატიური დერმატიტის მძიმე ფორმა). არლეკინის შეფერილობა არის ერთ მხარეს მუქი ვარდისფერი ან წითელი და მეორე მხარეს ფერმკთალი ან ნორმალური შეფერილობის კანი. მიზეზი არის ვაზომოტორული არასტაბილურობა და არის გარდამავალი და კეთილთვისებიანი.

კანის ლაქოვანი დაზიანება (სხვადასხვა ფორმის და ფერის)(კუტის მარმორატა). კანის ლაქოვანი დაზიანებები არის ნახატივით, წითელი ან ლურჯი შეფერილობის წარმონაქმნები, რომლებიც ჩნდება კანის ქვეშ დილატირებული სისხლძარღვებისგან. ეს, როგორც წესი, ნორმალური გარდამავალი მოვლენაა და დაკავშირებულია ვაზომოტორულ არასტაბილურობასთან, რომელიც ხდება როცა ახალშობილების შეხება ხდება სიცივესთან, სტრესთან ან ზედმეტ სტიმულაციასთან. ასეთი ლაქების პერსისტენტული არსებობა, შეიძლება მიანიშნებდეს ქრომოსომულ ანომალიას.

პირველადი ნაცხი. პირველადი ნაცხი, არის სქელი, თეთრი ნივთიერება რომელიც ჰგავს ნაღების ყველს და ასრულებს დამცავი საფარველის როლს ახალშობილის საშვილოსნოში ყოფნის პერიოდში. დღესრულ ახალშობილს ის მხოლოდ მცირე რაოდნობით აქვს სხეულზე, ძირითადად სხეულის ღარებში. ნაცხის სქელი ფენა ძირითადად გვხვდება ნაადრევ ახალშობილებში, ხოლო ვადაგადაცილებულ ახალშობილს ის შეიძლება საერთოდ არ ჰქონდეს. მოყვითალო შეფერილობის ნაცხი შეიძლება გამოწვეული იყოს გაზრდილი ბილირუბინით საშვილოსნოში, ხოლო მომწვანო შეფერილობის ნაცხი არის მეკონეუმით შეფერილი.

სურათი 8-13 ლანუგო არის უხვად ამ ნაადრევ ახალშობილში

სურათი 8-14 მილია

სურათი 8- 15 ერითემა ტოქსიკუმი

სურათი 8-16 მონგოლოიდური ლაქა

ლანუგო. ლანუგო არის თხელი, ნაზი კანი რომელიც ფარავს ახალშობილს საშვილოსნოს შიდა პერიოდში (სურათი 8-13). ახალშობილის სრული ვადის მიახლოებასთან, ლანუგო ხდება უფრო თხელი. სრული ვადით ახალშობილს შეიძლება ჰქონდეს ლანუგო მხრებზე, შუბლზე, სახის მხარეებზე და ზედა წელზე. მუქი კანის მქონე ახალშობილებს აქვთ მეტი ლანუგო, ვიდრე ღია შეფერილობის მქონე ახალშობილებს. ლანუგოს შეფასება გესტაციურ ასაკთან შესაბამისობის შეფასების ნაწილია.

მილია. მილია არის 1-2 სმ-ის ზომის თეთრი ცისტები, რომლებიც მკურნალობის გარეშე ქრება. ის გვხვდება სახის, შუბლის, ცხვირის, ლოყების და ნიკაპის მიდამოებში.

ერითემა ტოქსიკუმი. ექთანი აღნიშნავს ერითემა ტოქსიკუმის არსებობას- წითელი ლაქიანი ადგილი თეთრი ან ყვითელი პაპულებით ან ვეზიკულებით ცენტრალურად (სურათი 8-15). მას ხშირად ეწოდება რწყილის ნაკბენის გამონაყარი ან ახალშობილის გამონაყარი და ჰგავს მცირე ნაკბენებს და აკნეს. გამონაყარი გვხდება თითქმის 70% ახალშობილებში. ის ჩნდება პირველი 24 - 48 საათის განმავლობაში დაბადებიდან და გრძელდება რამდენიმე დღიდან რამდენიმე თვემდე. ის ყველაზე ხშირად ვლინდება სახეზე, ზურგზე, მხრებზე და გულმკერდზე. ეს მდგომარეობა არ არის გამოწვეული ინფექციით, მაგრამ ის უნდა განვასხვავოთ ჩირქოვანი გამონაყარისგან, რომელიც გამოწვეულია სტაფილოკოკური ინფექციით ან ბუშტუკოვანი გამონაყარისგან, ჰერპეს სიმპლექსის დროს.

თანდაყოლილი ლაქები. ექთანი ათვალიერებს კანის ყველა ნაწილს თანდაყოლილი ლაქების ან სხვა ცვლილებების გამოსავლენად. ყველა თანდაყოლილი ლაქის ზომა, ფერი, მდებარეობა, ამოზნექილობა და შემადგენლობა ზუსტად უნდა იყოს აღწერილი და დოკუმენტირებული. ყველა ლაქა უნდა იყოს ახსნილი მშობლებისთვის, რომლებიც ხშირად შეშფოთებულები არიან.

- მონღოლური ლაქა არის მოლურჯო-მონაცრისფრო ნიშანი, რომელიც ჰგავს ჩალურჯებას გავის ძვალზე, დუნდულოებზე, ხელებზე, მხრებზე და სხვა ადგილებზე (სურათი 8-16). მონღოლური ლაქა გვხვდება ყველაზე ხშირად ახალშობილებში მუქი კანით, ის

გვხვდება 96% აფრიკელ-ამერიკელებში, 85% აზიელებში და 46% ესპანელებში. მიუხედავად იმისა რომ ის ქრება სიცოცხლის პირველ რამდენიმე წელში, ზოგიერთი ნარჩუნდება მოზარდობის პერიოდშიც.

- ნევუს სიმპლექსი. ასევე სახელწოდებით ორაგულის(ნარინჯისფერ, ვარდისფერი)შეფერილობის ლაქა, ფრინველის (წერო) ნაკბენის ფორმის ან ტელანგიაქტოიზური ხალი. ის არის ბრტყელი, ვარდისფერი შეფერილობის მქონე ლაქა. ასეთი ტიპის წარმონაქმნი, გამოწვეული დილატირებული კაპილარებით, ხშირად გვხვდება ქუთუთოებზე, ცხვირის ტიხარის ზემოთ ან უკანა კისერზე, კეფასთან. შეფერილობა ფერმკრთალდება როცა ხდება მასზე დაწოლა და უფრო გამოხატულია ტირილის დროს. დაზიანება ქრება 2 წლის ასაკში, თუმცა კისრის კეფის ნაწილზე შეიძლება მუდმივად დარჩეს.
- ნევუსი ფლამეუსი (პორტვეინის ლაქა) არის მუდმივი, ბრტყელი ნიშანი გარდამავალი ვარდისფერიდან მუქი მოწითალო-იასამნისფერისკენ, რომელიც განსხვავდება ზომის და ლოკაციის მიხედვით და არ თეთრდება ზეწოლის შედეგად(სურათი 8-18). დაზიანება შეიძლება გამუქდეს და გახდეს ჯირკვლოვანი ბავშვის ასაკის მატებასთან ერთად. თუ ის არის ზომით დიდი და თვალსაჩინო ადგილას, შეიძლება გალიავდეს ლაზერული ქირურგიით, რომელიც ხშირად იწყება ახალშობილობიდან. დაზიანება რომელიც მდებარეობს შუბლზე და ზედა ქუთუთოზე შეიძლება დაკავშირებული იყოს შტურგ-ვებერის სინდრომთან(Sturge- weber syndrome), რომელიც სერიოზული ნევროლოგიური მდგომარეობაა.

სურათი 8-17 ნევუს სიმპლექსი

სურათი 8-18 ნევუსი ფლამეუსი (პორტვეინის ლაქა)

- ნევუს ვასკულოსუსი (მარწყვისებრი ჰემანგიომა) შედგება გადიდებული კაპილარებით კანის გარეთა ფენაზე. ის არის მუქი წითელი და ამოზნექილი უხეში ზედაპირით, რაც მას მარწყვის მსგავს შესახედაობას აძლევს. ჰემანგიომა ხშირად გვხვდება თავზე. ის შეიძლება აღინიშნებოდეს დაბადების დროს ან ექვსი თვის განმავლობაში განვითარდეს. ექვსი თვის შემდეგ, ჰემანგიომა განიცდის რეგრესიას წლების განმავლობაში და ბოლოს ქრება. მკურნალობა არ არის საჭირო სანამ არ მოხდება მისი ინფიცირება ან დაწყლულება.

- კაფე-აუ-ლაიტის ლაქები არის მუდმივი, ღია ყავისფერი ადგილები, რომელიც შეიძლება აღინიშნოს სხეულის ნებისმიერ ადგილას. მიუხედავად იმისა რომ ისინი არასაზიანოა, მათი რაოდენობა და ზომა მნიშვნელოვანია. ექვსი ან მეტი ლაქა ან ლაქები უფრო დიდი ვიდრე 0.5 სმ დაკავშრებულია ნეიროფიბრომატოზთან(ნერვული ქსოვილის გენეტიკური ცვლილება).

მშობიარობით გამოწვეული ლაქები. ექთანი ათვალიერებს ახალშობილს ლაქების არსებობაზე, რომელიც შეიძლება გამოწვეული ყოფილიყო დაზიანებით ან ზეწოლით მშობიარობის ან დაბადების პერიოდში.

- ჩალურჯებები შეიძლება იყოს სხეულის ნებისმიერ ადგილას სადაც მოხდა ზეწოლა მშობიარობის დროს. ჩალურჯებები ან სისხლჩაქცევები(პეტექია) შეიძლება აღინიშნოს სახეზე თუ მშობიარობის დროს ჭიპლარი შემოხვეული იყო კისერზე(ჭიპლარის შემოხვევა). დალურჯებები თავზე შეიძლება ვაკუუმის ექსტრაქტორის გამოყენებით იყოს გამოწვეული .

- სისხლჩაქცევები, წინწკლოვანი ჩალურჯებები რომელიც გავს გამონაყარს, შეიძლება იყოს ზურგზე, სახეზე და საზარდულზე. ის შეიძლება გამოწვეული იყოს გაზრდილი ინტრავასკულარული წნევით მშობიარობის დროს. დაზიანებების ფართოდ გავრცელება და მათი ხანგრძლივი პერსისტენცია შეიძლება ინფექციას ან თრომბოციტების დაბალ მაჩვენებელს მიანიშნებდეს .

- მცირე ზომის ნაჩხვლეტი აღინიშნება ახალშობილის თავზე თუ მოხდა საშვილოსნოსშიდა ნაყოფის ელექტროდის თავის ქალაზე მიმაგრება. როგორც წესი, ამ ადგილის მორჩენა არ წარმოადგენს პრობლემას, თუმცა აუცილებლად უნდა მოხდეს დაკვირვება ინფექციის ნიშნების გამოვლენის გამო.

- მაშების გამოყენების ნიშნები შეიძლება აღინიშნოს ლოყებზე და ყურებზე სადაც ინსტრუმენტის გამოყენება მოხდა. ზომა, ფერი და მდებარეობა ზუსტად უნდა იყოს დოკუმენტირებული. ასიმეტრია ან მოძრაობის არ არსებობა შეიძლება მიანიშნებდეს სახის ნერვის დაზიანებას.

კანის შეფასება სხვა მახასიათებელ ნიშნებზე. ექთანი აკეთებს ჩანაწერს კანის სხვა მდგომარეობების შესახებ, რომელიც შეიძლება მიანიშნებდეს პათოლოგიურ მდგომარეობებს. ადგილობრივად შეშუპება შეიძლება გამოწვეული იყოს მშობიარობით მიღებული ტრავმებით. გენერალიზებული შეშუპება მიგვანიშნებს უფრო სერიოზულ მდგომარეობას, როგორიცაა გულის უკმარისობა. კანის აქერცვლა ნორმალურია სრული ვადის ახალშობილში. ზედმეტი რაოდენობის აქერცვლა მიანიშნებს ვადაგადაცილებულ ახალშობილს.

დოკუმენტაცია

დაბადებისას ყველა ნიშანი, ლაქა, ჩალურჯება, გამონაყარი და სხვა პათოლოგიური გამოვლინება უნდა იყოს აღწერილი ექთნის ჩანაწერში. ექთანმა თავის ჩანაწერებში უნდა დაახასიათოს კანის ამ ელემენტების ადგილმდებარეობა, ზომა, ფერი, ზედაპირიდან ამოწევა ან სტრუქტურა. აუცილებელია ასევე მათი დინამიკური ცვლილების დაფიქსირება.

როცა ექთანმა ზუსტად არ იცის თუ რა ჰქვია კონკრეტულად ამ გამონაყარს, მაშინ საკმარისია მისი აღწერა. მაგალითად, ნევუს სიმპლექსი (ფრინველი წეროს ნაკბენი) შეიძლება ავლ-

წეროთ შემდეგნაირად: “ბრტყელი, ვარდისფერი ადგილი 1 X 2 სმ-ის ზომის, ლოკალიზებული კისერზე, კეფის ქვემოთ რომელიც თეთრდება დაწოლის შედეგად”.

სარძევე ჯირკვლები

ექთანი აღნიშნავს ძუძუს თავების მდებარეობას და ასევე დამატებით ძუძუსთავის (ზედმეტი რაოდენობა) არსებობას, რომელიც შეიძლება იყოს გულმკერდზე ან იღლიაში. ხანდახან ხდება ძუძუს შევსება და მცირე რაოდენობის თეთრი სითხის გამოყოფა (ხანდახან სახელწოდებით ჯადოქრის რძე) დაბადებიდან რამდენიმე დღის შემდეგ. ეს მდგომარეობა გამოწვეულია დედის ჰორმონებით და გაივლის რამდენიმე კვირაში მკურნალობის გარეშე. არ უნდა მოხდეს ძუძუზე ზეწოლა ან მანიპულაცია, რადგან ამან შეიძლება გამოიწვიოს ინფექცია.

თმა და ფრჩხილები

დროული ახალშობილის თმა უნდა იყოს პრიალა და რბილი, როცა ნაადრევ ახალშობილებში თმა არის ხვეული და ბუსუსებიანი. ფრჩხილები არის თითების ბოლომდე ან გადაცდენილი. ძალიან გრძელი ფრჩხილები შეიძლება მიანიშნებდეს ვადაგადაცილებულ ახალშობილს. ფრჩხილების მომწვანო-მოყავისფრო შეფერილობა მიგვანიშნებს რომ ნაყოფმა გამოყო მეკონეუმი დაბადების შემდეგ. ეს არის ნაყოფის შესაძლოს დისტრესის ნიშანი. მეკონიუმის გამოყოფის შემთხვევაში შეიძლება მოხდეს ჭიპლარის შეფერვაც.

გესტაციური ასაკის შეფასება

გესტაციური ასაკის შეფასება არის ახალშობილის ფიზიკური და ნევროლოგიური მახასიათებლების შეფასება, რომელიც მიზნად ისახავს იმ კვირების რაოდენობის დადგენას, რომელიც გავიდა ჩასახვიდან დაბადებამდე. ეს მნიშვნელოვანია, რადგან ვადაზე ადრე ან მის შემდეგ დაბადებული ბავშვები რიგი გართულებების რისკის ქვეშ არიან. მოსალოდნელია პრობლემების წარმოშობა იმ ახალშობილებთანაც, რომლებიც დაიბადენენ გესტაციურ ასაკზე პატარა ზომით. გესტაციური ასაკი შეიძლება გამოვთვალოთ ბოლო მენსტრუალური პერიოდიდან ან/და ორსულობის დროს ულტრასონოგრაფიული გამოკვლევის მონაცემების მიხედვით.

რადგან სხვადასხვა მახასიათებლებისთვის, მათი განვითარების დრო ცნობილია, მათი არსებობა ან არ არსებობა გვეხმარება გამოვთვალოთ გესტაციური ასაკი. ნავარაუდევი დაახლოებითი ასაკი შეგვიძლია შევადაროთ ახალშობილის წონას, სიგრძეს და თავის გარშემოწერილობას რომ განვსაზღვროთ ახალშობილი დიდია, შესაბამისი(საშუალო) თუ მცირეა გესტაციურ ასაკთან მიმართებით.

ცხრილი 8-2	ახალშობილის შეფასების შეჯამება	
ნორმა	პათოლოგია(შესაძლო მიზეზი)	პაციენტის მოვლაზე მსჯელობა
თავდაპირველი შეფასება პირველ რიგში შეაფასეთ შესამჩნევი პრობლემა. თუ ახალშობილი სტაბილურია და არ აქვს პრობლემა, ამას სჭირდება დაუყოვნებლივი ყურადღება, გააგრძელეთ სრულყოფილად შეფასება		
სასიცოცხლო მაჩვენებლები		

ტემპერატურა იღლიის ფოსოში: 36.5 -37. 5 celsius იღლია არის არჩევის ადგილი	შემცირებული (ცივი გარემო, ჰიპოგლიკემია, ინფექცია, ცნს-ის პრობლემა) გაზრდილი(ინფექცია, სიცხე გარემოში)	შემცირებული: მიიღეთ გათბობის ზომები და შეამოწმეთ ყოველ 30 წუთში, განსაზღვრეთ სისხლში გლუკოზა. გაზრდილი: მოაშორეთ ზედმეტი ტანსაცმელი, შეამოწმეთ დეჰიდრაციაზე. შემცირებული ან გაზრდილი: იპოვეთ ინფექციის ნიშნები. შეამოწმეთ გამათბობლის ან ინკუბატორის ტემპერატურის დამარეგულირებელი. შეამოწმეთ თერმომეტრის სისწორე თუ კანი არის ცხელი ან ცივი შეხებისას. შეატყობინეთ პათოლოგიური ტემპერატურა ექიმს.
პულსი გულის ცემის სიხშირე 120-160 დარტყმა წუთში (100 ძილის დროს, 180 ტირილის დროს) რითმი რეგულარული გულის პულსის მაქსიმალური ინდექსი მესამე და მეოთხე ნეკნთაშორის სივრცეში მიდკლავიკულარული ხაზიდან ლატერალურად შეიგრძნობა. ბრაქიალური, ფემორალური და პედალ პულსი აღინიშნება და არის ერთნაირი ბილატერალურად.	ტაქიკარდია (რესპირატორული პრობლემები,ანემია,ინფექცია, კარდიალური მდგომარეობები) ბრადიკარდია (ასპიქსია, გაზრდილი ინტრაკრანიალური წნევა) გულის პულსის მაქსიმალური ინდექსი მარჯვნივ(დექსტროკარდია, გულის დეფექტი) დისრითმია. არ არსებობა ან არათანაბარი პულსი (აორტის კოარქტაცია)	აღნიშნეთ შუილის ლოკაცია შეატყობინეთ ექიმს პათოლოგიური სიხშირე, რიტმი, ხმები და პულსი.
სუნთქვა სიხშირე 30-60 (საშუალოდ 40-49) წუთში სუნთქვა არარეგულარული, ზედაპირული, ძალდატანების გარეშე. გულმკერდის მოძრაობა სიმეტრიული. სუნთქვითი ხმები აღინიშნება და სუფთაა ბილატერალურად	ტაქიპნოე, განსაკუთრებით პირველი საათის შემდეგ (რესპირატორული დისტრესი) ნელი სუნთქვა (დედის მედიკამენტის ეფექტი) ცხვირის ნესტოების დაბერვა (რესპირატორული დისტრესი) სტერტოროზული სუნთქვა(რესპირატორული დისტრეს სინდრომი)	მსუბუქ სახეობას სჭირდება უწყვეტი მონიტორინგი და ხშირად სუფთაა დაბადებიდან პირველ საათებში. თუ შენარჩუნდა ან უფრო მძიმეა ვიდრე მსუბუქი ასპირაცია, მიაწოდეთ ჟანგბადი,დაუძახეთ ექიმს და დაიწყეთ უფრო ინტენსიური მკურნალობა.

	მოგუდული სუნთქვა (რესპირატორული დეპრესია) აპნოეს პერიოდი 20 წამზე მეტი ან ცვლილებებით გულის სიხშირის მიხედვით ან ფერი (რესპირატორული დეპრესია, სეფსისი, გადაციებით გამოწვეული სტრესი) ასიმეტრია ან შემცირებული გულმკერდის ექსპანსია(პნევმოთორაქსი) ინტერკოსტალური, ქსიფოიდალური ან სუპრაკლავიკულარული რეტრაქცია ან ცვალებადი (პარადოქსული) სუნთქვა რესპირატორული დისტრესი სველი, უხეში სუნთქვის ხმები (ხიხინი) (სითხე ფილტვებში) ნაწლავების ხმები გულმკერდში(დიაფრაგმული თიაქარი)	
სისხლის წნევა განსხვავდება ასაკთან, წონასთან, აქტივობასთან და გესტაციის ასაკთან შედარებით. საშუალო სისტოლური 65-95 mm Hg, საშუალო დიასტოლური 30-60 mm Hg.	ჰიპოტენზია(ჰიპოვოლემია,-შოკი,სეფსისი) სისხლის წნევა 20 mm Hg ან უფრო მაღალი ზედა კიდურებში ვიდრე ფეხებში(აორტის კოარქტაცია)	შეატყობინეთ ექიმს პათოლოგიური სისხლის წნევა. მოემზადეთ ინტენსიური მოვლისთვის თუ მაჩვენებლები ძალიან დაბალია.

ცხრილი 8-2	ახალშობილის შეფასების შეჯამება	გაგრძელება
ნორმა	პათოლოგია (შესაძლო მიზეზი)	პაციენტის მოვლაზე მსჯელობა
გაზომვები		
წონა წონა 2500-4000 გ წონის კლება 10% მდე პირველ დღეებში	დიდი (დიდი ზომის ახალშობილი გესტაციის ასაკთან მიმართებაში,დედის დიაბეტი)	განსაზღვრეთ მიზეზი მონიტორინგი გაუკეთეთ გართულებების ხშირ გამომწვევ მიზეზებს.

	პატარა (მცირე ზომის ახალშობილი გესტაციის ასაკთან მიმართებაში, მრავალნაყოფიანი ორსულობა, დედის მდგომარეობები რომლებმაც ეფექტი მოახდინეს ნაყოფის გაზრდაზე) წონის კლება 10%-ზე მეტი (დეჰიდრაცია, კვებითი პრობლემები)	
სიგრძე 48-53 სმ	ნორმაზე დაბალი (მცირე ზომის ახალშობილი, თანდაყოლილი ჯუჯობა) ნორმაზე მეტი (დიდი ზომის ახალშობილი, დედის დიაბეტი)	განსაზღვრეთ მიზეზი მონიტორინგი გაუკეთეთ გართულებების ხშირ გამომწვევ მიზეზებს
თავის გარშემოწერილობა 32- 38სმ. თავი და კისერი ახალშობილის სხეულის ზედაპირის დაახლოებით ერთი მეოთხედია	მცირე (მცირე ზომის ახალშობილი,მიკროცეფალია,ანენცეფალია დიდი (დიდი ზომის ახალშობილი,ჰიდროცეფალია, გაზრდილი ინტრაკრანიალური წნევა)	განსაზღვრეთ მიზეზი მონიტორინგი გაუკეთეთ გართულებების ხშირ გამომწვევ მიზეზებს
გულმკერდის გარშემოწერილობა 30-36 სმ , 2 სმ-ზე ნაკლები ვიდრე თავის გარშემოწერილობა	დიდი (დიდი ზომის ახალშობილი) მცირე (მცირე ზომის ახალშობილი)	განსაზღვრეთ მიზეზი მონიტორინგი გაუკეთეთ გართულებების ხშირ გამომწვევ მიზეზებს
პოზა მოხრილი კიდურები მოძრაობს თავისუფლად, წინააღმდეგობას უწევს გაშლას, სწრაფად უბრუნდება მოხრილ მდგომარეობას. ხელები ხშირად მუშტად აქვთ შეკრული მოძრაობა სიმეტრიული მცირე ტრემორი ტირილის დროს	მოდუნებული ან რიგიდული კიდურები (ნაადრევი ახალშობილი, ჰიპოქსია,მედიაკმენტოზური ეფექტი, ცნს-ის ტრამვა) ჰიპერტონული (ნეონატალური აბსტინენციის სინდრომი, ცნს-ის დაზიანება)	გაარკვიეთ მიზეზი, შეატყობინეთ ექიმს პათოლოგიური მაჩვენებლები.

როცა მომვლელს უჭირავს,- მის სხეულს ეკვრის და მშვიდდება შესაბამისი მოპყრობის შემდეგ. ჯდომით მდებარეობის დროს: გაშლილი, მდგრადი ფეხები	თრთოლვა ან ტრემორი (დაბალი გლუკოზა ან კალციუმი) ოპისტოტონუსი, კრუნჩხვა, გაშეშებული როცა ხელში უჭირავთ (ცნს დაზიანება)	
ტირილი ჯანმრთელი, ძლიერი	მაღალი ტონალობის (გაზრდილი ინტრაკრანიალური წნევა) სუსტი, არ არსებობა, აღგზნებითი, კატის მაგვარი (ნევროლოგიური პრობლემები) უხეში ან ყივილის მაგვარი (ლარინგეალური გაღიზიანება)	დააკვირდით ცვლილებებს, შეატყობინეთ ექიმს პათოლოგიური მაჩვენებლები
კანი ფერი ვარდისფერი ან მუქი აქროციანოზით, პირველადი ნაცხი კანის ღარებში. მცირე რაოდენობის ლანუგო მხრებზე, სახის გვერდით ადგილებზე, შუბლზე, ზედა ტანზე. კანის ტურგორი კარგი, სწრაფი უკუდაბრუნება საწყის მდგომარეობაში. მცირე ნახეთქები ან აქერცვლა კანის ნორმალური სახეობა: მილია კანის წამონაზარდები ერითემა ტოქსიკუმი (ნაკბენის მაგვარი გამონაყარი) სკალპზე ნახვრეტები (ელექტროდებით გამოწვეული) მონგოლიოდური ლაქა	ფერი: ცენტრალური ადგილების და პირის ციანოზი (ჰიპოქსია) სახის დალურჯებები(ჭიპლარის შემოხვევა) სიფერმკრთალე (ანემია,ჰიპოქსია) რუხი(ჰიპოქსია, ჰიპოტენზია) წითელი, წებოვანი, გამჭირვალე კანი (ძალიან ნაადრევი ახალშობილი) წითელი (პოლიციტემია) მომწვანო მოყავისფრო შეფერილობა კანის, ფრჩხილების, ჟიპლარის(შესაძლო ნაყოფის არაკეთილსაიმედო მდგომარეობა , ვადაგადაცილებული) ნაყოფი-არლეკინი (ნორმალური გარდამავალი ავტოიმუნური დისბალანსი) სიჭრელე (ნორმალური ან ცივი ტემპერატურით გამოწვეული სტრესი,ჰიპოვოლემია, სეფსისი) სიყვითლე (პათოლოგიური თუ პირველ 24 საათშია) ყვითელი პირველადი ნაცხი(სისხლის შეუთავსებლობა) სქელი პირველადი ნაცხი (ნაადრევი)	განასხვავეთ სახის დალურჯებები ციანოზისგან. ცენტრალურ ციანოზს სჭირდება ასპირაცია, ჟანგბადი და მეტი მკურნალობა. შეატყობინეთ ექიმს სიყვითლე პირველ 24 საათში ან შემდგომ განვითარებული, იმაზე მეტი ვიდრე მოსალოდნელია გესტაციის ასაკთან. დააკვირდით რესპირატორულ პრობლემებს მეკონიალური სანაყოფე წყლით დაბადებულ ახალშობილებში. დააკვირდით ნაადრევი ან ვადაგადაცილებული ახალშობილის ნიშნებს ან გართულებებს. დააფიქსირეთ ლოკაცია,ზომა, ფორმა , ფერი, გამონაყარის სახეობა და ნიშები. განასხვავეთ მონგოლოიდური ლაქა დალურჯებისგან. შეამოწმეთ მაშების გამოყენებით გამოწვეულ დაზიანებებზე. დააკვირდით სიყვითლეზე დალურჯებების დროს გამოყავით და აუხსენით ნორმალური კანის სახეობები მშობლებს.

ცხრილი 8-2	ახალშობილის შეფასების შეჯამება	გაგრძელება
ნორმა	პათოლოგია (შესაძლო მიზეზები)	პაციენტის მოვლაზე მსჯელობა
თავი ნაკერები პალპაციით არის ოდნავ დაშორებული. წინა ყიფლიბანდი ალმასის ფორმის, 4-6 სმ-ის,რბილი და ბრტყელი. შეიძლება ამოიბურცოს ოდნავ ტირილის დროს. უკანა ყიფლიბანდი სამკუთხედი ,0.5 -1 სმ-ის. თმა თხელი და რბილი. ნორმალური სახეობები: ერთმანეთზე გადასული ნაკერები (მოლდინგი) კაპუტ სეკედანეუმი ან ცეფალოჰემატომა (მშობიარობის დროს დაწოლით გამოწვეული)	დიდი თავი(ჰიდროცეფალუსი, გაზრდილი ინტრაქრანიალური წნევა) ან მცირე (მიკროცეფალია) ფართოდ დაშორებული ნაკერები (ჰიდროცეფალუსი) ან მკვრივი, დაღარული ადგილი ნაკერებთან (კრანიოსინოსტოზისი) წინა ყიფლიბანდის ჩავარდნა(დეჰიდრაცია,მოდლინგი) სავსე ან გამობურცული მოსვენებულ მდგომარეობაში (გაზრდილი ინტრაქრანიალური წნევა) ბუსუსებიანი, უთანაბროდ განაწილებული თმა (ნაადრევი ახალშობილი) განსხვავებული თმის ზრდის ადგილები (გენეტიკური ანომალია)	მოძებნეთ თითოეული სახეობის მიზეზი. დააკვირდით დეჰიდრაციის ნიშნებს ჩავარდნილი ყიფლიბანდით, გაზრდილი ინტრაქრანიალური წნევით ყიფლიბანდის გამობერვით და ნაკერების ფართო დაშორებით. შეატყობინეთ ექიმს ინფორმაცია შესაბამისი მკურნალობისთვის. განასხვავეთ კაპუტ სუკედანეუმი ცეფალოჰემატომისგან და დაარწმუნეთ მშობლები უკეთესი გამოსავლის მოსალოდნელობაში. დააკვირდით სიყვითლეს ცეფალოჰემატომის დროს.
ყურები ყურები კარგად და სრულად განვითარებული. ადგილი სადაც ყურის ზედა ნაწილი კვეთს თავს წარმოსახვით გავლებულ ხაზზე, რომელიც გავლებულია თვალის ჭრილის გარეთა კუთხიდან. შეკრთომის საპასუხო რეაქცია ხმაურზე. რეაგირება ხმამაღალ ბგერებზე.	ყურების ქვემოთ მდებარეობა (ქრომოსომული დაავადება) კანის წამონაზარდები, პრეაურიკულარული სინუსები, ჩაღრმავებები (შეიძლება დაკავშირებული იყოს თირკმლის ან სხვა ანომალიებთან) ხმაზე არ რეაგირებს (სიყრუე)	შეამოწმეთ შარდვაზე თუ ყურები ანომალიურია. მოძებნეთ ქრომოსომული ანომალიების ნიშნებზე თუ მდებარეობა ანომალიურია. გადაამისმართეთ შემოწემებისთვის თუ ხმაზე საპასუხო რეაგირება არ არის.
სახე გარეგნობა და მოძრაობა სიმეტრიული ნაწილები პროპორციული და შესაბამის ადგილას	ასიმეტრიული (გამოწვეული საშვილოსნოში პოზიციით და კომპრესიით) სახის ან პირის ერთი მხარის ჩამოვარდნა, “ცალმხრივი“ ტირილი (სახის ნერვის დაზიანება). პათოლოგიური შესახედაობა (ქრომოსომული ანომალიები).	მოძებნეთ თითოეული სახეობის მიზეზი. შეამოწმეთ მშობიარობის ისტორია სახის ნერვის დაზიანების შესაძლო მიზეზის გამოსავლენად.

თვალები სიმეტრიული: თვალები სუფთა გარდამავალი სიელმე მცირე ან საერთოდ არ არსებობა ცრემლების გუგები თანაბარ, სინათლეზე რეაქტიული რეაგირებს გარემოში საინტერესო საგნებზე. თოჯინის თვალის ნიშანი, წითელი რეფლექსი ნორმალური სახეობა: შეიძლება ქონდეს სუბკონუქტივალური ჰემორაგია ან ედემა ქუთუთოებზე მშობიარობის დროს გამოწვეული ზეწოლით	ანთება ან დრენაჟი (ქიმიური ან ინფექციური კონუქტივიტი) მუდმივი ცრემლდენა (დახშობილი საცრემლე არხი) არათანაბარი გუგები არ შეუძლია საგნებს გააყოლოს თვალი (სიბრმავე) თეთრი ადგილები თვალის გუგებზე(კატარაქტა) მზის ჩასვლის ნიშანი (ჰიდროცეფალუსი) ყვითელი სკლერა (სიყვითლე) ლურჯი სკლერა (ოსტეოგენეზის იმპერფექტა)	გასუფთავება და მონიტორინგი ნებისმიერი დრენაჟის. მოძებნეთ მიზეზი. დაარწმუნეთ მშობლები რომ სუბკონუქტივალური ჰემორაგია და შეშუპება გაივლის შეატყობინეთ ექიმს სხვა ანომალიები.
ცხვირი ორივე ცხვირის ნესტო ღია ჰაერის ნაკადზე შეიძლება იყოს ოდნავ დაბრტყელებული მშობიარობის დროს ზეწოლისგან	ბლოკადა ცხვირის ერთ ან ორივე მხარის (ქოანალური ატრეზია) მალფორმაცია (თანდაყოლილი მდგომარეობა) ნესტოების დაბერვა, ლორწო (რესპირატორული დისტრესი)	დააკვირდით რესპირატორული დისტრესის ნიშებს შეატყობინეთ ექიმს მალფორმაციების არსებობის შემთხვევაში.
პირი პირი, ღრძილები, ენა ვარდისფერი. ენა ნორმალური ზომით და მოძრაობით ტუჩები და სასა ინტაქტური წოვება, პირის მოძრაობა შეხების მხარეს, გადაყლაპვა, პირღებინების რეფლექსის არსებობა ნორმალური ვარიაცია, ნაადრევი კბილები, (ეფშტეინის ცისტები პირში	ციანოზი(ჰიპოქსია) თეთრი ლაქები ლოყებზე და ენაზე (კანდიდიაზი) გამოყოფილი ენა (დაუნის სინდრომი) შემცირებული ენის მოძრაობა , პირის ჩამოვარდნა (სახის ნერვის პარალიზი) კურდღლის ტუჩი ან მგლის ხახა ან ორივე ერთად სუსტი ან/და რეფლექსების არ არსებობა(ნაადრევი, ნევროლოგირი პრობლემები) ნერწყვის გაზრდილი წარმოქმნა (ტრაქეოესოფაგეალური ფისტულა, ესოფაგეალური ატრეზია)	ჟანგბადი ციანოზისთვის მერყევი კბილების მოცილება. რეცეპტი კანდიდიაზის ანტიფუნგალური მკურნალობისთვის. შეამოწმეთ დედა ვაგინალური ან სარძევე ჯირკვლების ინფექციაზე. შეატყობინეთ ექიმს ანომალია

კვება კარგი წოვება/ყლაპვის კოორდინაცია. კვების შენარჩუნება.	ცუდად კოორდინირებული წოვება ან ყლაპვა (მოუმწიფებლობა) გამუქება ან ციანოზი კვების დროს (კარდიალური დეფექტი) გადაცდენა, მოხრჩობა, ზედმეტი ნერწყვდენა(ტრაქეოეზოფაგეალური ფისტულა,ესოფაგეალური ატრეზია)	კვებეთ ნელა, შეწყვიტეთ ხშირი სიძნელეების შემთხვევაში. ამოტუმბვა და სტიმულაცია საჭიროების შემთხვევაში. გადაიყვანეთ შესაბამის განყოფილებაში თუ პრობლემა გახანგრძლივდება.

ცხრილი 8-2	ახალშობილის შეფასების შეჯამება	გაგრძელება
ნორმა	პათოლოგია (შესაძლო მიზეზი)	პაციენტის მოვლაზე მსჯელობა
კისერი/ლავიწები მოკლე კისერი, აბრუნებს კისერს მარტივად ორივე გვერდზე ახალშობილი წევს თავს როცა გულაღმა წევს. ლავიწები არის ინტაქტური.	სისუსტე,კოტრაქტურა ან რიგიდულობა (კუნთების ანომალიები) კისრის ნაოჭები, დიდი ცხიმის გროვა კისრის უკან (ქრომოსომალური დაავადება) კრეპიტაცია, კუზი ან ტირილი როცა ლავიწის ან სხვა ძვლებზე ხდება პალპაცია, შემცირებული ან/და არ არსებული ხელის მოძრაობა (მოტეხილობა)	ლავიწის მოტეხილობა უფრო ხშირია დიდი ზომის ახალშობილებში, რომლებსაც აღენიშნებათ მხრების დისტოცია მშობიარობის დროს. ხელის იმობილიზაცია. დაათვალიერეთ სხვა დაზიანებების არსებობაზე. შეატყობინეთ ექიმს ნებისმიერი ანომალია.
გულმკერდი ცილინდრული ფორმის,ქსიფოიდის პროცესი შეიძლება იყოს თვალშისაცემი სიმეტრიული სარძევე ჭირკვლების თავები არის და სწორი მდებარეობით. ნორმალური სახეობა: შეიძლება იყოს შეგუბება, თეთრი გამონადენი (დედის ჰორმონების შემცირების შედეგად).	ასიმეტრია (დიაფრაგმატული თიაქარი, პნემვოთორაქსი). ზედმეტი რაოდენობის სარძევე ჯირკვლების თავები, სიწითლე (ინფექცია).	შეატყობინეთ ექიმს ნებისმიერი ანომალია.

მუცელი მრგვალი, რბილი. ნაწლავების ხმები ისმის დაბადებიდან 15 წუთში. ღვიძლი პალპაციით 1-2 სმ ქვემოთ მარჯვენა ნეკნთა რკალიდან. კანი ინტაქტური. მომჭერით დაამაგრეთ მჭიდროდ და გამოაშრეთ ჭიპლარი. მეკონეუმის გამოყოფა 12-48 საათში. შარდი ზოგადად გამოიყოფა 12-24 საათში. ნორმალური სახეობა: “აგურის მტვერი”, საფენი დასვრილია (შარდმჟავას კრისტალებით).	ჩაჩუტული მუცელი (დიაფრაგმული თიაქარი) გადაჭიმული მუცელი ან ნაწლავებში მარყუჟი შესამჩნევი(ოსტრუქცია, ინფექცია,გადიდებული ორგანოები) ნაწლავების ხმის არ არსებობა დაბადებიდან პირველი საათის შემდეგ. (პარალიზებული ნაწლავის გაუვალობა). პალპაციით მასების აღმოჩენა (თირკმელების სიმსივნე, გადაჭიმული შარდის ბუშტი. გადიდებული ღვიძლი (ინფექცია, გულის უკმარისობა, ჰემოლიზიური დაავადებები). ჭიპლარში ორი სისხლძარღვი(სხვა ანომალიები) სისხლდენა(ჭიპლარიდან) სიწითლე, დრენაჟი ჭიპლარიდან (ინფექცია). მეკონეუმის არ გამოყოფა (დახშული ანუსი, ობსტრუქცია) შარდის გამოყოფის არ არსებობა (თირკმელების ანომალიები) ან არასაკმარისი რაოდენობა (დეჰიდრაცია).	
გენიტალიები მდედრობითი სქესი დიდი სასირცხო ბაგეები არის მუქი და ფარავს კლიტორისს და მცირე სასირცხო ბაგეებს. მცირე რაოდენობით თეთრი ლორწოვანი ვაგინალური გამონადენი. საშარდე ხვრელის და ვაგინის არსებობა. ნორმალური სახეობები: ვაგინალური სისხლდენა (ფსევდომენსტრუაცია) საქალწულე აპკის ნარჩენები.	კლიტორისი და მცირე სასირცხო ბაგეები უფრო დიდია ვიდრე დიდი სასირცხო ბაგეები (ნაადრევი ახალშობილი). დიდი კლიტორისი (გაურკვეველი გენიტალია). ედემატოზური სასირცხო ბაგეები (ნაყოფის ჯდომით მშობიარობის დროს).	შეამოწმეთ გესტაციური ასაკი მოუმწიფებელი გენიტალიების არსებობის შემთხვევაში. შეატყობინეთ ანომალიები ექიმს.

მამრობითი სქესი სათესლე ჯირკვლები სათესლე პარკში, ღარები სათესლე პარკზე, ჩუჩა არ იწევა. ხვრელი პენისის წვერზე.	ცარიელი სათესლე პარკი(კრიპტორხიდიზმი). სათესლე ჯირკვლები საზარდულის არხში ან მუცელში (ნაადრევი ახალშობილი, კრიპტორხიდიზმი). სათესლე პარკზე ღარების არ არსებობა(ნაადრევი ახალშობილი). სათესლე პარკზე შეშუპება (ჯდომით მშობიარობის დროს დაწოლით გამოწვეული). გადუდებული სათესლე პარკი (ჰიდროცელე). მცირე ზომის პენისი, სათესლე პარკი(ნაადრევი ახალშობილი, გაურკვეველი გენიტალია). საშარდე ხვრელი მოთავსებულია პენისის ზედა ნაწილზე(ეპისპადიაზი). პენისი ქვემოთ (ჰიპოსპადიასი) ან პერინეუმი. პენისის ვენტრალურად მოხრა.	შეამოწმეთ გესტაციური ასაკი მოუმწიფებელი გენიტალიების არსებობის შემთხვევაში . შეატყობინეთ ანომალიები.აუხსენით მშობლებს რატომ არ შეიძლება წინდაცვეთა, როცა ხვრელის ანომალიური მდებარეობაა.

ცხრილი 8-2	ახალშობილის შეფასების შეჯამება	გაგრძელება
ნორმა	პათოლოგია	პაციენტის მოვლაზე მსჯელობა
კიდურები		
ზედა და ქვედა კიდურები თანაბარი და ბილატერალური მოძრაობა კიდურების. სწორი რაოდენობა და განვითარება ხელის და ფეხის თითების. ფრჩხილები თითების ბოლოსკენ ან ოდნავ გადასული. მოხრა, კარგი კუნთების ტონუსი.	კრეპიტუსი, სიწითლე, კუზი, შეშუპება (მოტეხილობა). შემცირებული ან არ არსებობა მოძრაობის, განსაკუთრებით მოროს რეფლექსის დროს(მოტეხილობა,ნერვის დაზიანება,პარალიზი). პოლიდაქტილიტი(ზედმეტი თითები).	შეატყობინეთ ექიმს ყველა ანომალია. ასევე დააკვირდით სხვა ანომალიების არსებობასაც.

	სინდაქტილიტი (ქსელისებრი თითები). შეწებებული ან საერთოდ არ არსებობა თითების. კუნთის ცუდი ტონუსი(ნაად-რევი ახალშობილი, ნერვოლო-გიური დაზიანება,ჰიპოგლიკე-მია,ჰიპოქსია).	
ზედა კიდურები ხელის გულების ორი ტრან-სვერსული ღარი	სიმიანის ღარი(ნორმა ან დაუ-ნის სინდრომი). შემცირებული მოძრაობა (დაზიანება). ხელის შემცირებული მო-ძარობა გაშლაზე ან მკლავები ამობრუნებული (ერბ-დუშენის პარალიზი).	შეატყობინეთ ექიმს ყველა ანომა-ლია. ასევე დააკვირდით სხვა ანომა-ლიების არსებობასაც.
ქვედა კიდურები ფეხები თანაბარი სიგრძეში, აბდუქციას აკეთებს თანა-ბრად. გლუტეალური და ბარძაყების ღარები და მუხლის სიმაღლე თანაბარი, მენჯის “გატკაცუ-ნების” ხმის არ არსებობა. ტერფების ნორმალური მდე-ბარეობა.	ორთოლანი და ბარლოუს ტესტი პათოლოგიური, არა-თანაბარი ფეხების სიგრძე, არათანაბარი ბარძაყის და დუნდულოების ღარების არ-სებობა (მენჯის განვითარების დისპლაზია). ტერფების არასწორი პოზი-ცია(საშვილოსნოსოში პოზი-ცია,ტალიპეს ექუინოვარუსი).	შეატყობინეთ ექიმს ყველა ანომა-ლია. ასევე დააკვირდით სხვა ანომა-ლიების არსებობასაც. შეამოწმეთ ტერფების არასწორი პოზიცია რომ შეამოწმოთ თუ არის შესაძლებელი ნაზად დააბრუნოთ საწყის პოზიციაში.
ზურგი ხერხემლი არ არის გახსნილი ანუსი არის. სფინქტერი მჭიდროდ დახუ-რულია.	ერთი ან მეტი ხერხემლის მალის სრულად დახურვის არ არსებობა (სპინა ბიფიდა). სპინალური სითხით სავსე პა-რკით ან მენინგეალური გარ-სებით ან მის გარეშე(მენინგო-ცელე) ან სპინალური სითხე, მენინგეალური გარსები და ზურგის ტვინი დახურული(მი-ელომენინგოცელე).	შეატყობინეთ ექიმს ანომალიები. დააკვირდით დეფექტის ქვემოთ მოძრაობას თუ პარკი დაფარულია სტერილურ სითხეში დასველებული სტერილური საფენით. დაიცავით დაზიანებისგან.
რეფლექსები იხილეთ ცხრილი 8-1.	არ არის, ასიმეტრიული ან სუსტი რფელექსები.	დააკვირდით მოტეხილობის, ნერვის დაზიანების ან ცნს-ის დაზიანების ნიშნებს.

შეფასების მეთოდები

ახალი ბალარდის ქულა (სურათი 8-19) ხშირად გამოიყენება რომ შევაფასოთ გესტაციური ასაკი ნეიროკუნთოვან და ფიზიკურ მახასიათებლებზე დაფუძნებით. ის შედგენილია რომ განვსაზღვროთ გესტაციური ასაკი 20-44 კვირებს შორის და გვაწვდის სარწმუნო ინფორმაციას ორ კვირაში. ის ყველაზე ზუსტია როდესაც კეთდება დაბადებიდან 12 საათში. ქულა ენიჭება თითოეულ შეფასებას და მთლიანი ქულა გამოიყენება ახალშობილის გესტაციური ასაკის გასარკვევად. ახალი ბალარდის ქულა აღწერილია მომდევნო ნაწილში.

ნეიროკუნთოვანი მახასიათებლები

პოზა

პოზა და კიდურების მოხრის ხარისხი ფასდება სანამ ახალშობილი წყნარად და მშვიდ მდგომარეობაშია(სურათი 8-20). ნაადრევ ახალშობილებს აქვთ მოუმწიფებელი ფლექსორული კუნთები და შემცირებული ენერგია ან კუნთის ტონუსი. ამიტომ მათ აქვთ გაშლილი მოდუნებული ხელები და ფეხები, რომელიც მცირედ რეზისტენტობას თუ იწვევს შემფასებლის მოძრაობის საპასუხოდ. ფლექსორების ტონუსი უმჯობესდება გესტაციური ასაკის მომატებასთან ერთად და ის მოძრაობს ცეფალოკაუდალური მიმართულებით ახალშობილის სხეულში. სრული ვადით ახალშობილებს ხელები უკავიათ სხეულთან ახლოს იდაყვში მკვეთრად მოხრილი. ფეხები უნდა იყოს მოხრილი მენჯის, მუხლების და წვივის სახსრებში. პოზა ფასდება ნული ქულიდან მოდუნებული, მოშვებული პოზის ოთხ ქულამდე თუ ახალშობილს აქვს კარგი მოხრა ყველა კიდურში. ახალშობილის ფეხები რომლებიც იმყოფებოდა სუფთა დუნდულოვანი პოზიციაში შეიძლება უფრო გაშლილი იყოს ვიდრე მოხრილი, თუნდაც სრულ ვადაზე დაბადებულები იყვნენ.

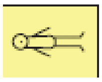
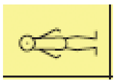
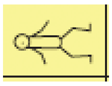
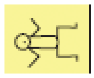
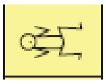
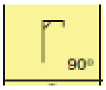
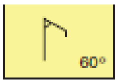
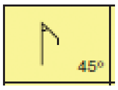
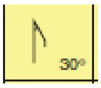
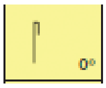
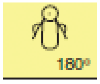
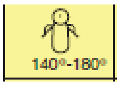
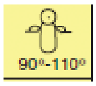
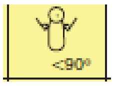
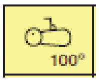
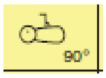
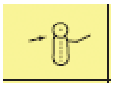
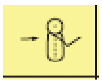
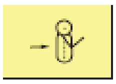
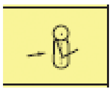
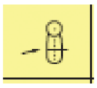
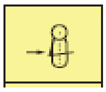
კვადრატული ფანჯარა

კვადრატული ფანჯრის ნიშნის გამოწვევა ხდება მენჯში ხელის მოხრით, სანამ ხელის გული არის გასწორებულს მკლავის საპირისპიროდ, რაც შეიძლება ნაზი ზეწოლით. (სურათი 8-21) კუთხე ხელის გულსა და მკლავს შორის იზომება. თუ ხელის გული იხრება მხოლოდ 90%-ით (რომელიც არის მოზრდილი ადამიანის მაჯის მოხრის ხარისხი, რომელიც გავს კვადრატულ ფანჯარას) მაშინ არის 0 ქულა. ახალშობილის გესტაციური ასაკი არის დაახლოებით 32 კვირის ან ნაკლები. რაც მეტად მომწიფებულია ახალშობილი, მით უფრო პატარაა კუთხე.

ხელის უკუმოხრა

სრული ვადის ახალშობილები წინააღმდეგობას უწევენ მხარის გაშლას. მხარის უკუმოხრის შესაფასებლად ექთანს უჭირავს ახალშობილის მხარი სრულიად მოხრილი იდაყვის სახსარში 5 წუთის განმავლობაში, შემდეგ ამოძრავებს ხელს ქვემოთ სწორი მიმართულებით გვერდზე (სურათი 8-22).ხელების უცბად გაშვება ხდება და მოხრის ხარისხის გაზომვა ხდება როგორც კი ხელი დაუბრუნდება თავის ნორმალურ მოხრილ პოზიციას. ნაადრევმა ახალშობილებმა შეიძლება ამოძრაონ ხელები ნელა ან საერთოდ არ ამოძრაონ და მიენიჭოთ ნული ქულა. გვიანი ვადის ახალშობილებს აქვთ ნელი უკუმოხრა, მხოლოდ ნახევრად დაბრუნება მოხრილ მდგომარეობაში. თუ მხარი მოძრაობს მკვეთრად 90%-იან კუთხეზე ნაკლებით იდაყვში, ქულა არის 4.

ახალშობილის მომწიფებულობის შეფასება და კლასიფიკაცია		
გესტაციის ასაკის გამოთვლა მომწიფებულობის შეფასებით		
სიმბოლოები:	X - 1 გასინჯვა	X - 2 გასინჯვა

ნეიროკუნთო-ვანი მომწიფება							
	-1	0	1	2	3	4	5
პოზა							
კვარდატული ფანჯარა	>90°	 90°	 60°	 45°	 30°	 0°	
ხელის უკუმოხრა		 180°	 140°-180°	110°-140°	 90°-110°	 <90°	
მუხლქვეშა სახსრის კუთხე	180°	160°	140°	120°	 100°	 90°	<90°
ყელსახვევის ნიშანი							
ქუსლიდან ყურამდე							

ფიზიკური მომწიფება							
კანი	წებოვანი დაზია-ნებისკენ მიდრეკილი ნახევრად გამჭირვალე	გელისებრი წითელი, ნახევრად გამჭირვალე	გლუვი ვარდისფერი, ვენები ხილვადია	ზედაპირული აქერცვლა და/ან გამონაყარი, მცირეოდენი ვენები	დახეთქილი, ფერ-მკრთალი ადგილები, იშვიათი ვენები	გამოშრო-ბილი, ღრმა ნახეთქები, სისხლძარ-ღვები არ არის	ტყავისებრი დახეთქილი დანაოჭე-ბული
ლანუგო	არ არის	იშვიათი	ხშირი	თხელი	მელოტი ადგილები	უმეტესად მელოტი	
ტერფის გულების ზედაპირი	ქუსლიდა-6-ფეხის თითამდე 40-50 მმ:- 1 <40 მმ: -2	>50 მმ ნაკეცის გარეშე	ფერ-მკრთალი, წითელი ნიშნები	წინა განივი ნაკეცი მხო-ლოდ	წინა ნაკეცი. 2/3	ნაკეცი მთლიანად ფეხის გულზე	

სარძევე ჯირკვლები	შეუმჩნეველი	მცირედ შესამჩნევი	ბრტყელი არეოლა, კვირისტავის გარეშე	ხაოებით არეოლა, 1-2 მმ კვირის თავი	ამოწეული არეოლა 3-4 მმ კვირისტავი	სრული არეოლა 5-10 მმ კვირისტავი	
თვალი/ყური	ქუთუთოები შეზრდილია მსუბუქად: -1 მჭიდროდ: -2	ქუთუთოები გახსნილია, ყურის ნიჟარა: რბილი: მცირედ მოხრილი	მცირედ მოხრილი ყურის ნიჟარა; რბილი, მცირედ მოხრილი	კარგად მოხრილი ყურის ნიჟარა; რბილი, მაგრამ მარტივად მოსახრელი	ჩამოყალიბებული და მკვრივი, მაგრამ მარტივად იხრება	სქელი ხრტილი, ყური მკვრივი	
გენიტალიები (მამრობითი)	სათესლე პარკი სწორი, გლუვი	სათესლე პარკი, ცარიელი, მცირედი ნაკეცებით	სათესლე ჯირკვალი ზედა არხში , იშვიათი ნაკეცებით	სათესლე ჯირკვალი მცირედ ქვემოდ ჩამოსული , მცირე ნაკეცები	სათესლე ჯირკვალი ქვემოთ ჩამოსული, კარგად გამოხატული ნაკეცები	სათესლე ჯირკვლები ჩამოკიდებული, ღრმა ნაკეცები	
გენატილიები (მდედრობითი)	კლიტორი კარგად გამოხატული, სასირცხო ბაგეები ბრტყელი	კლიტორი კარგად გამოხატული, მცირე ზომის მცირე სასირცხო ბაგე	კლიტორი კარგად გამოხატული, გაზრდილი მცირე სასირცხო ბაგე	მცირე და დიდი სასირცხო ბაგეები ერთნაირად გამოხატული	დიდი სასირცხო ბაგეები მეტად გამოხატული, ვიდრე მცირე სასირცხო ბაგეები	დიდი სასირცხო ბაგეები ფარავს კლიტორისს და მცირე სასირცხო ბაგეებს	

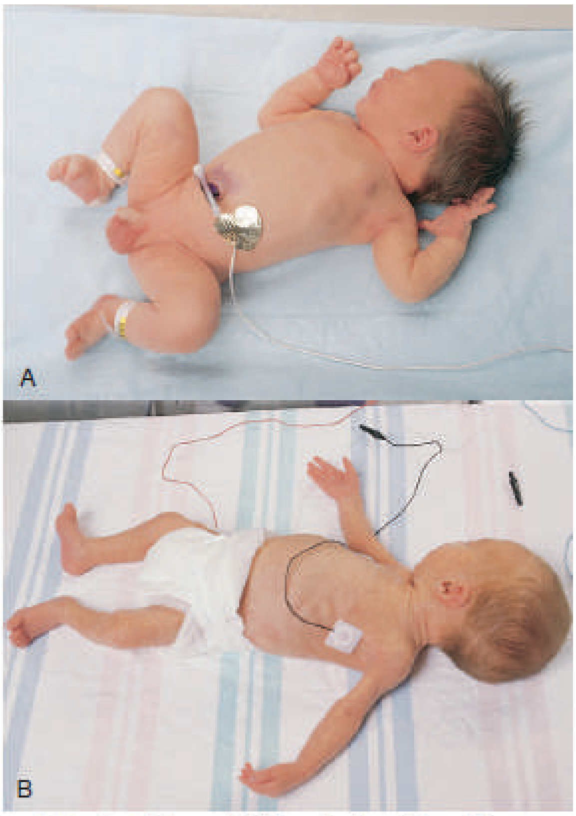
გესტაცია დღეების მიხედვით	____________	კვირები		
____________	____________	____________		
____________	____________	____________		
დაბადების თარიღი	____________	საათი	____________	am pm
აპგარის ქულა	____________	1 წუთი	____________	5 წუთი

მომწიფების შეფასება	
ქულა	კვირები
-10	20
-5	22
0	24
5	26
10	28
15	30
20	32
25	34
30	36
35	38
40	40
45	42
50	44

შეფასების ცხრილი		
	1 გასინჯვა = X	2 გასინჯვა = X
გესტაციის ასაკის გამოთვლა მომწიფებულობის შეფასების მიხედვით	___________ კვირები	______________ კვირები
გასინჯვის დრო	თარიღი__________________ საათი ___________________ am pm	თარიღი ________________ საათი _________________ am pm
ასაკი გასინჯვისას	____________________ საათი	______________________ საათი
შემფასებლის ხელმოწერა	____________________________ ________________________ M.D.	____________________________ ________________________ M.D.

მუხლქვეშა სახსრის კუთხე

მუხლქვეშა სახსრის კუთხის გაზომვის დროს, ახალშობილის ქვედა ფეხი მოხრილია ბარძაყის საწინააღმდეგოდ, ბარძაყი მუცელზე მიბჯენილი, ქვედა ფეხი გასწორებულია მანამ სანამ წინააღმდეგობას არ შეხვდება. შენარჩუნებული დაწოლა იწვევს ახალშობილში ფეხის მეტად გაშლას და გვაძლევს შეუსაბამო ქულას.



სურათი 8-20 ახალშობილის პოზიციები A, ჯანსაღი სრული ვადის ახალშობილი რჩება ძლიერ მოხრილ პოზიციაში B, ნაადრევი ახალშობილის კიდურები არის გაშლილი

მუხლქვეშა სახსრის სივრცის კუთხე როცა პირველად შეხვდება წინააღმდეგობას იზომება შკალით ნულიდან (თუ ფეხი შეიძლება სრულად გაიშალოს) ხუთამდე (თუ კუთხე მუხლქვეშა სივრცის არის ნაკლები ვიდრე 90 გრადუსი). ნაადრევი ახალშობილი მეტად შლის ფეხს ვიდრე სრული ვადით დაბადებული ახალშობილი. ფეხი შეიძლება გაიშალოს მცირე წინააღმდეგობით თუ ახალშობილი იმყოფებოდა სუფთა დუნდულებით ჯდომით პოზაში დაბადების დროს.

ყელსახვევის ნიშანი

ყელსახვევის ნიშნისთვის, ექთანი იჭერს ახალშობილის ხელს და გადააწვდენს ხელს სხეულზე საპირისპირო მიმართულებით, მხარს ინარჩუნებს საწოლის მიმართ ბრტყელი პოზიციით და თავი სხეულის მიმართ შუა პოზიციაშია (სურათი 8-24). იდაყვის სახსრის პოზიცია ახალშობილის სხეულის შუა ხაზთან მიმართებაში აღინიშნება. ახალშობილი იღებს ნულ ქულას, თუ კუნთის ტონუსი არის იმდენად ცუდი , რომ ხელი სხეულს შემოეხვევა როგორც ყელსახვევი იდაყვის სახსარი სხეულის საზღვრებს გადასული. უმაღლესი ქულა (4) აჩვენებს, რომ იდაყვის სახსარი ვერ ახერხებს სხეულის შუახაზთან მიახლოვებას.

ქუსლიდან ყურამდე

ქუსლიდან ყურამდე შეფასება იგივეა რაც მუხლქვეშა კუთხის გაზომვა. თუმცა, ამ შემთხვევაში ექთანი იკავებს ახალშობილის ფეხს და აწვება სწორად სხეულის გასწვრივ ყურებისკენ სა-

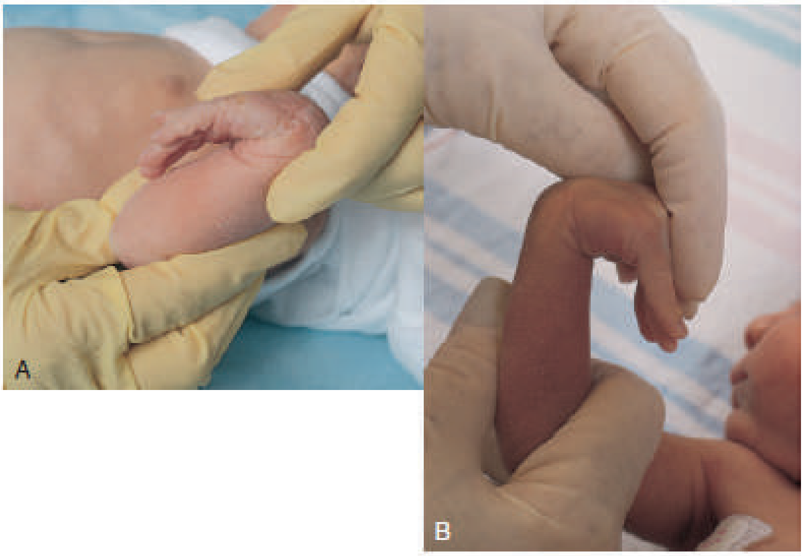
ნამ მენჯი რჩება სწორად საწოლის ზედაპირზე (სურათი 8-25). როცა წინააღმდეგობა იგრძნობა ტერფის თავთან მიმართებით პოზიციის და ფეხის მოხრის ხარისხის შედარება ხდება დიაგრამასთან. მეტი წინააღმდეგობა და მოხრა ნიშნავს ახალშობილის მეტ მომწიფებას.

აღნიშნეთ პოზიცია როცა რეზისტენტობა პირველად იგრძნობა, რადგან ახალშობილმა შეიძლება მოადუნოს ფეხი თუ მიწოლა გაგრძელდება. ეს შეფასება შეიძლება შეუსაბამო იყოს ახალშობილებში, რომლებიც დაიბადნენ ჯდომით პოზიციაში.

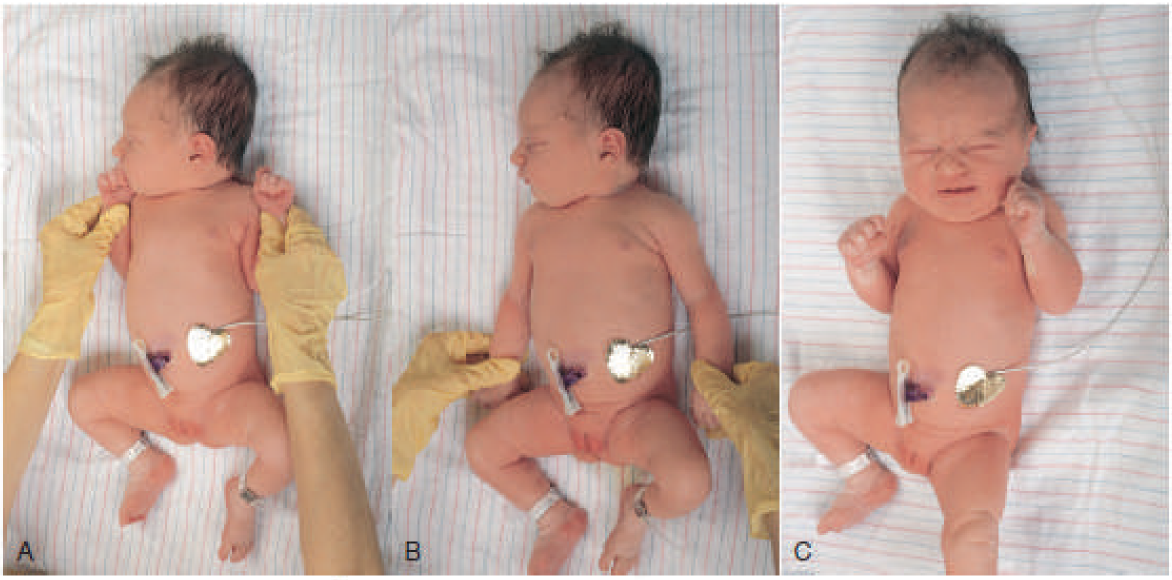
ფიზიკური მახასიათებლები

კანი

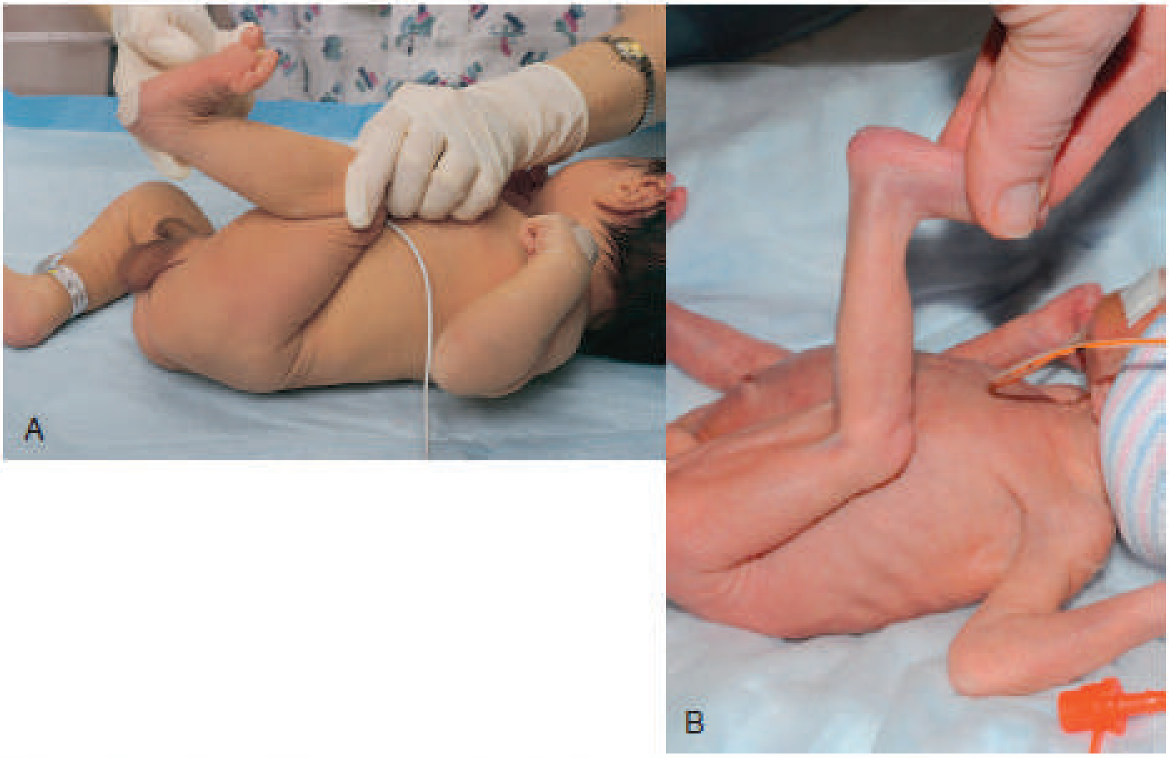
კანის შეფასება ხდება ფერის, ვენების ხილვადობის, აქერცვლის და თითქმის დახეთქვის არსებობაზე. ძალიან ნაადრევი ახალშობილის კანი არის გამჭირვალე რადგან ის არის თხელი და აქვს მცირე ცხიმოვანი ქსოვილი ზედაპირის ქვემოთ. კანი არის წითელი, წებოვანი და დაზიანებისკენ მიდრეკილი, ვენები მარტივად ხილვადი. მომწიფებულ ახალშობილში კანი არის უფრო სქელი და ფერი არის უფრო თეთრი. შედარებით მცირე ვენები არის ხილვადი, უმეტესად გულმკერდზე და მუცელზე(სურათი 8-24). სრულ ვადაზე, ნაცხი მხოლოდ კანის ღარებში გვხვდება.



სურათი 8-21 კვადრატული ფანჯრის ნიშანის გამოწვევა ხდება ხელზე,როცა არ უკეთია საიდენტიფიკაციო სამაჯური.ექთანი ხრის მაჯას და ზომავს კუთხეს A, სრული ვადის ახალშობილი B, ნაადრევი ახალშობილი.



სურათი 8-22. ხელის უკუმოხრა A,ხელები მოხრილი B, ხელები გაშლილი C, უკუმოხრა სრული ვადის ახალშობილში



სურათი 8-23 მუხლქვეშა სახსრის კუთხე იზომება ბარძაყის მოხრით მუცლის საწინააღმდეგოდ და ქვედა ფეხის გაშლით წინააღმდეგობის წერტილამდე. A, სრული ვადის ახალშობილი B,ნაადრევი ახალშობილი

სრული ვადის ახალშობილს აღენიშნება კანის მცირე აქერცვლა და თითქმის დახეთქვა, განსაკუთრებით ღარების გარშემო, როგორიცაა კოჭი და ფეხი. ვადაგადაცილებულ მომწიფებულ ახალშობილს აქვს ღრმა, თითქმის დახეთქილი კანი, რომელიც ჩანს ისე მშრალი და სქელი როგორც ტყავი. აქერცვლა უფრო შესამჩნევი ხდება დაბადებიდან პირველი საათების განმავლობაში, კანის ტენიანობის დაკარგვასთან ერთად.

ლანუგო

ლანუგო ჩნდება გესტაციის მე-20 კვირას და რაოდენობაში იზრდება 28 კვირამდე (სურათი 8-13) როცა ის იწყებს გაქრობას. უმეტესობა შორდება 32-36 კვირის ვადაზე. მცირე რაოდენობის შეიძლება დარჩეს ზურგის ზედა ნაწილში და მხრებზე, ყურებზე ან შუბლის გვერდით მხარეს. ახალშობილი იღებს ქულებს ზურგზე ლანუგოს რაოდენობის მიხედვით.

ტერფის გულების ზედაპირი

ტერფის გულების ღარები განვითარებას იწყებს გესტაციის 28-32 კვირაზე და სრულ ვადაზე ფარავს სრულად ტერფს (სურათი 8-26). მიუხედავად იმისა, რომ პირველად ღარები არის მხოლოდ წითელი ხაზები ფეხის თითებთან, ისინი თანდათანობით ვრცელდება ქუსლის მიმართულებით და უფრო ღრმავდება. ფეხის გულების ღარები უნდა შემოწმდეს მშობიარობიდან ადრეულ საათებში, რადგან ღარები უფრო შესამჩნევი ხდება ახალშობილის კანის გამოშრობასთან ერთად. ძალიან ნაადრევ ახალშობილებში ფეხის გულების სიგრძე იზომება გესტაციური ასაკის დასაზუსტებლად.

სარძევე ჯირკვლები

სარძევე ჯირკვლების თავების, არეოლას და ძუძუს თავის შეფასება და ქულების მინიჭება ხდება. ძალიან ნაადრევ ახალშობლიში სტრუქტურა არ არის ხილვადი.

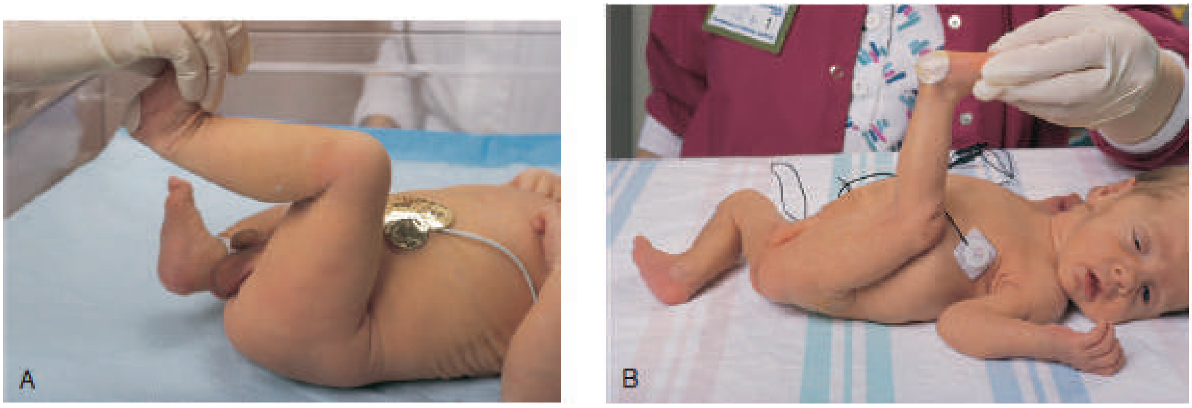
სურათი 8-24 ყელსახვევის ნიშანი. ექთანი საზღვრავს სადამდე გადაწვდება გულმკერდს ხელი და დააკვირდება იდაყვის პოზიციას რეზისტენტობის შეხვედრისთანავე. A, სრული ვადის ახალშობილი B,ნაადრევი ახალშობილი (აღნიშნეთ ბევრი ხილვადი ვენები ნაადრევ ახალშობილზე და ხილვადი ვენების არ არსებობა სრული ვადის ახალშობილზე)

თანდათანობით ისინი დიდდებიან და არეოლა უფრო ამოზნექილი ხდება გულმკერდის კედლიდან. სარძევე ჯირკვლის კვირტი იზრდება სანამ არ მიუახლოვდება 1 სმ-ს სრულ ვადაზე. რომ განისაზღვროს მათი ზომა, ექთანი ათავსებს თითებს ორივე მხარეს და ზომავს დიამეტრს (სურათი 8-27). ცერა და საჩვენებელი თითის გამოყენებამ შეიძლება გამოიწვიოს ზედმეტი ქსოვილის ერთმანეთთან მიბჯენა, რაც მოგვცემს შეუსაბამო ქულას.

თვალები და ყურები

თვალების ქუთუთოები შერწყმულია გესტაციის 26-28 კვირებამდე. როცა ყური მოწმდება, ფასდება თითოეული ნიჟარის მოხრა და სისქე (სურათი 8-28). გესტაციის 34 კვირაზე ზედა ნიჟარა, რომელიც ბრტყელი იყო, იწყებს მოხრას. მოხრა გრძელდება ყურის გარშემო, სანამ არ მიაღწევს ყურის ბიბილოს 40 კვირის გესტაციაზე.

ხრტილის რაოდენობა ყურის ნიჟარაში უფრო ზუსტად ასახავს გესტაციურ ასაკს ვიდრე ნიჟარის მოხრა. ხრტილის დაგროვებასთან ერთად ყურის ნიჟარაში ის მყარდება და გამოიზნიქება გარეთ.



სურათი 8-25 ქუსლიდან ყურამდე შეფასება. ექთანი იკავებს ახალშობილის ფეხს და მიაქვს ყურის მიმართულებით.შეფასების ქულა იწერება როცა რეზისტენტობას შეხვდება A, სრული ვადის ახალშობილი B,ნაადრევი ახალშობილი

სურათი 8-26 ტერფის გულების ღარების განვითარება იწყება ფეხის თითების ბოლოს და გრძელდება ქუსლამდე. A,ვადაგადაცილებულ ახალშობილებს აქვთ ღრმა ღარები B,ნაადრევ ახალშობილებს აქვთ მცირე ღარები მთლიან ფეხის გულზე.

ყური იხვევა გრძივად და ჰორიზონტალურად რომ მოხდეს წინააღმდეგობის და სიჩქარის შეფასება, რომლითაც ყური უბრუნდება თავდაპირველ მდგომარეობას. 34 კვირის გესტაციაზე ნაკლები ვადის ახალშობილებს, ყურში აქვთ შედარებით ნაკლები ხრტილი. როცა ყური იკეცება, ის ან დაკეცილი რჩება ან თავის მდგომარეობას ნელა უბრუნდება. სრული ვადით ახალშობილების ყურები სწრაფადვე გადაიშლება უკან თავდაპირველ მდგომარეობაში.

გენიტალიები

მდედრობითი სქესის ახალშობილებში კლიტორის, მცირე სასირცხო ბაგის და დიდი სასირცხო ბაგის ზომა აღინიშნება სამედიცინო დოკუმენტაციაში (სურათ 8-29). ნაადრევ ახალშობილებში დიდი სასირცხო ბაგე არის პატარა ზომის და გამოცალკევებული, ხოლო კლიტორისი და მცირე სასირცხო ბაგე დიდი ზომისაა მასთან შედარებით. როგორც კი ახალშობილი უახლოვდება სრულ ვადას, დიდი სასირცხო ბაგე იზრდება სანამ კლიტორისი და მცირე სასირცხო ბაგე სრულად არ დაიფარება. რადგან დიდი სასირცხო ბაგის ზომაზე ეფექტს ახდენს დაგროვებული ცხიმის რაოდენობა, ახალშობილებს, რომლებსაც აქვთ კვებითი უკმარისობა საშვილოსნოს შიგნით, აქვთ მოუმწიფებელი შესახედაობა.

მამრობით ახალშობილებში, ფასდება სათესლე ჯირკვლების მდებარეობა და სათესლე პარკის ნაოჭები (სურათი 8-30) . სათესლე ჯირკვლები წარმოქმნილია მუცლის ღრუდან და მუცლის გარეთ ჩამოსვლას 28 კვირის გესტაციიდან იწყებს. 37 კვირის გესტაციის დროს, ისინი მოთავსებულია სათესლე პარკის ზედა ნაწილში და სრულად ჩამოსვლას ამთავრებს სრული ვადის მიღწევისას. სათესლე პარკს ნაოჭები ფარავს გესტაციის 40 კვირაზე, რა დროსაც სათესლე ჯირკვლები სრულად ჩამოდის სათესლე პარკში.

სურათი 8-27 ექთანი ათავსებს თითებს სარძევე ჯირკვლის ამობურცულ ადგილას ორივე მხარეს და ზომავს .სრული ვადით ახალშობილში სარძევე ჯირკვალი არის ამობურცული და სარძევე ჯირკვლის თავების განსხვავება მარტივად ხდება გარშემო კანიდან.

ქულებით შეფასება

გახსოვდეთ, რომ იზოლირებულად მხოლოდ ერთი ან ორი მახასიათებელი არ არის საკმარისი რომ დავადგინოთ გესტაციის ასაკი. გესტაციური ასაკის დადგენა ხდება იმ ჯამურ ქულაზე დაყრდნობით, რომელიც გროვდება ყველა შეფასებული მახასიათებლების მიხედვით.

გესტაციური ასაკი და ახალშობილის ზომა

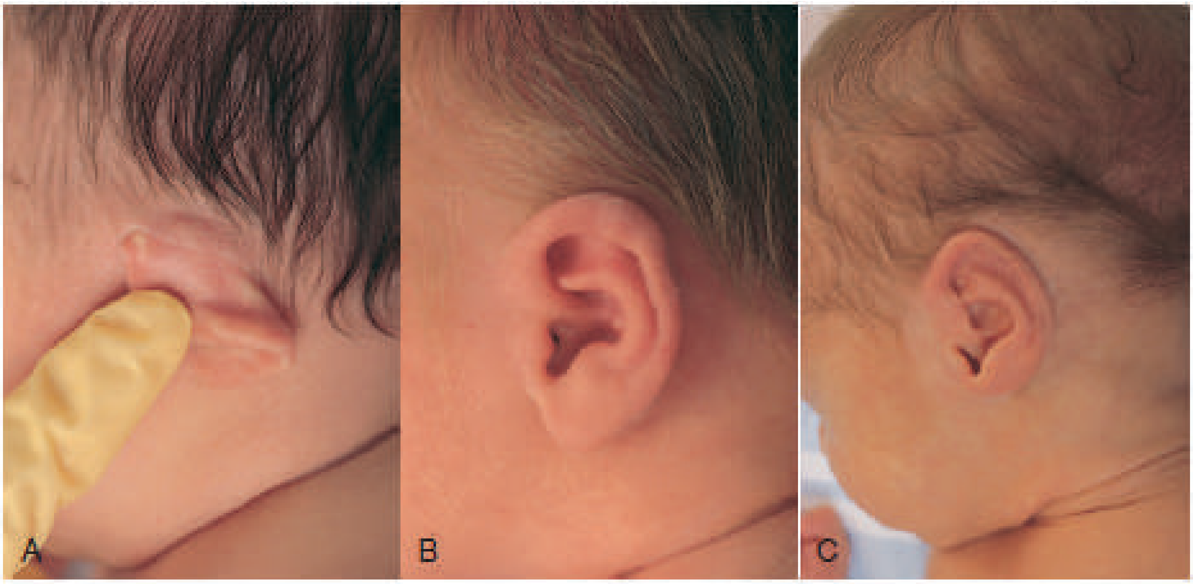
ახალშობილის ზომის თანხვედრა გესტაციურ ასაკთან განისაზღვრება მრუდის აგებით, რომელიც მოიცავს წონის, სიგრძის, თავის გარშემოწერილობის პარამეტრების დატანას გესტაციური ასაკის დადგენის გრაფიკზე. ეს ქულა განსაზღვრავს თუ როგორ კარგად გაიზარდა ახალშობილი იმ დროში, რომელიც საშვილოსნოში გაატარა. შეფასების მიხედვით, ახალშობილი შეიძლება იყოს მცირე, დიდი ან გესტაციური ასაკის შესაბამისი ზომის. ახალშობილი რომლის ზომა არის გესტაციურ ასაკის შესაბამისი, მერყეობს 10th და 90th პერცენტილს შორის დიაგრამაზე. გესტაციურ ასაკთან შედარებით დიდი ზომის ნაყოფი არის 90th პერცენტილზე ზემოთ, როცა მცირე ზომის ახალშობილი გესტაციურ ასაკთან შედარებით არის 10th ქვევით.

დამატებითი შეფასებები

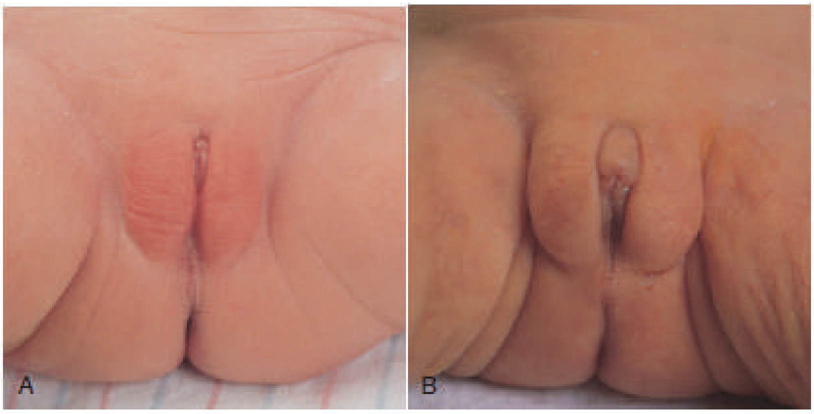
როცა ახალშობილის გესტაციის ასაკი ან გაზომილი მონაცემები მოსალოდნელ საზღვრებს გარეთაა, ექთანი აკვირდება სხვა გართულებებმაც ხომ არ იჩინა თავი.

ქცევის შეფასება

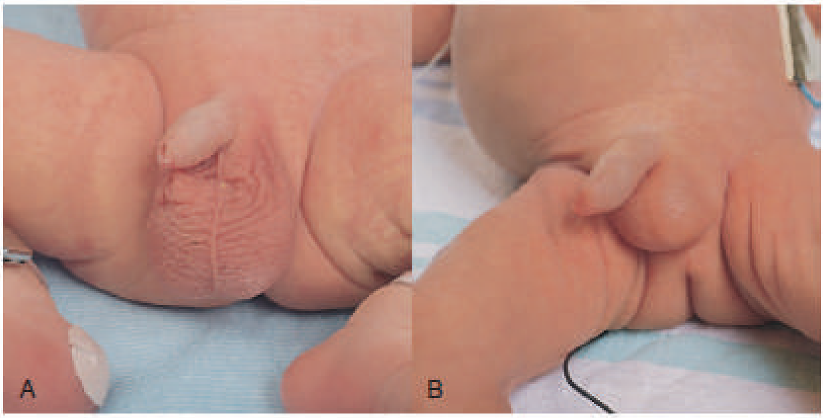
ახალშობილის ქცევის შეფასება გვეხმარება ცენტრალური ნერვული სისტემის შეფასებაში. რადგან ქცევა განსხვავდება დაბადებიდან სხვადასხვა დროის განმავლობაში, ექთანი უნდა იყოს გათვითცნობიერებული აქტიურობის პერიოდზე და ქცევის ექვსი სხვადსხვა მდგომარეობის შესახებ, ისე, რომ მისი ზრუნვა იყოს შესაბამისი.



სურათი 8-28 ყურის მომწიფება. A ,ექთანი მოხრის ყურს და აღნიშნავს როგორ ჩქარა დაუბრუნდება საწყისს პოზიციას B, ყურები სრული ვადის ახალშობილში არის კარგად განვითარებული და ჩქარა უბრუნდება საწყის პოზიციას C, ნაადრევ ახალშობილში , ყურის ნიჟარებს აქვს ნაკლები ხვეულები და ნელა უბრუნდება საწყისს პოზციას ან საერთოდ არ უბრუნდება.



სურათი 8-29 მდედრობითი სქესის გენიტალიები.მდედრობითი სქესის მომწიფებასთან ერთად დიდი სასირცხო ბაგეები ფარავს მცირე სასირცხო ბაგეებს და კლიტორისს სრულად, ნაადრევ ახალშობილებში ეს სტრუქტურები არ არის დაფარული. A,სრული ვადის ახალშობილი B,ნაადრევი ახალშობილი



სურათი 8-30 მამრობითი სქესის გენიტალიები. A, სრული ვადის ახალშობილებს აქვთ ჩამოწეული და ღარებიანი სათესლე პარკი B,ნაადრევ ახალშობილებში კი სათესლე ჯირკვლები შეიძლება არ იყოს ჩამოსული და ღარები იყოს მცირე

აქტიურობის პერიოდი

აქტიურობის პირველი და მეორე პერიოდის განმავლობაში, ახალშობილს შეიძლება ჰქონდეს მომატებული პულსი და სუნთქვის სიხშირე, დაბალი ტემპერატურა და სასუნთქი გზების მომატებული სეკრეცია. ზედმიწევნითი დაკვირვება მნიშვნელოვანია ამ პერიოდში, მაგრამ ეს შეიძლება გაკეთდეს ისე, რომ მშობლებმა გააგრძელონ ახალშობილთან კონტაქტი. აქტიურობის პირველი და მეორე პერიოდის შემდეგ, ახალშობილის გამოფხიზლება რთულია და კვებითაც არ არის დაინტერესებული.

ქცევის ცვლილება

ექთანი აფასებს ახალშობილის ქცევას და ატყობინებს ექიმს ნებისმიერი პათოლოგიური მდგომარეობის შესახებ. შეფასება შედგება ექვსი სხვადასხვა მდგომარეობის დაზუსტებისგან: მშვიდი ძილი, აქტიური ძილი, მთვლემარე, მშვიდი სიფხიზლე, აქტიური სიფხიზლე და ტირილი. სტადიებში გადასვლა უნდა იყოს თანდათანობითი და არა უცაბედი. ბრაზელტონის ახალშობილთა ქცევის შეფასების შკალა ხშირად გამოიყენება როცა საჭიროა ახალშობილის დეტალური შეფასება. ქცევის მდგომარეობის შეფასების შკალა ანალიზს უკეთებს ახალშობილის ქცევის სხვა ნაწილებსაც, მაგალითად, ამ დროს ხდება ისეთი პარამეტრების შეფასება როგორიცაა ორიენტაცია, გარემოსთან შეჩვევა, საკუთარი თავისკენ მიმართული ქცევა, სოციალური ქცევა და დროის რაოდენობის შესაბამისობა თითოეული აქტივობის დროს.

ორიენტაცია

ექთანი აღნიშნავს ახალშობილის ორიენტაციას (ყურადღების მიქცევის შესაძლებლობას) დამაინტერესებელი ვიზუალური და სმენითი სტიმულის მიმართ. ის ყველაზე მეტად გამოხატუ-

ლია მშვიდი სიფხიზლის დროს. ახალშობილები აკეთებენ თვალებით ფოკუსირებას და აბრუნებენ თავს სტიმულისკენ, რომ გაახანგრძლივონ მათთან კონტაქტი. ნაადრევ და დაავადებულ ახალშობილებს სტიმულისკენ ორიენტაციის ნაკლები შესაძლებლობა აქვთ.

გარემოსთან შეჩვევა

ახალშობილის საპასუხო რეაქციები ვიზუალურ, სმენით და შეხების სტიმულებზე შეფასების მნიშვნელოვანი ნაწილია. ზოგადად, ჯანმრთელი ახალშობილის პირველი საპასუხო რეაქცია დამაინტერესებელი სტიმულის მიმართ, როგორიცაა მკაფიო ფერის საგანი ან ზარი, არის სიფხიზლის ფაზა. თუ სტიმული შემაწუხებელია, როგორიცაა მკაფიო სინათლის შენათება თვალებში, ახალშობილი კრთება და ცდილობს მოაშოროს თვალები გამაღიზიანებელს.

ახალშობილი თანდათანობით წყვეტს საპასუხო რეაქციებს შემაწუხებელ სტიმულზე. თანდათანობითი გარემოსთან შეგუება, საშუალებას აძლევს რომ იგნორირება გაუკეთოს სტიმულს და შეინახოს ენერგია ფიზიოლოგიური მოთხოვნილებებისთვის. ახალშობილმა შეიძლება გამოხატოს უინტერესო, მთვლემარე მდგომარეობა ან ღრმა ძილით დაიძინოს. ამიტომ, ახალშობილებს რომლებსაც მკაფიო, ხმაურიან გარემოზე რეაქცია არ აქვთ, შეიძლება გარემოს შეჩვევის ამ სტადიაში იმყოფებოდნენ. ნაადრევი ახალშობილი ან ცენტრალური ნერვული სისტემის დაზიანებით ახალშობილი შეიძლება ვერ ახდენდეს გარემოსთან შეგუებას.

საკუთრი თავისკენ მიმართული აქტივობები

ნორმალურ ახალშობილებს უნარი გააჩნიათ საკუთარი თავისკენ იყვნენ მიმართულები მცირე პერიოდით, საკუთარი თავისკენ მიმართული აქტივობებია, ხელების ჩადება პირში, მუშტების წოვება, ხმების მოსმენა და გარემოში არსებული საგნების ყურება. ახალშობილებს რომლებიც არიან დაავადებულები, ნაადრევი ან ანტენატალურ პერიოდში ნარკოტიკულ ნივთიერებებთან ჰქონდათ შეხება, ნაკლებად აქვთ ასეთი აქტივობისკენ მიდრეკილება.

მშობლების საპასუხო რეაქციები

მშობლების გაუმჯობესებული შესაძლებლობა, რომ უპასუხონ ახალშობილის ქცევით სტიმულებს უნდა იყოს აღნიშნული. ექთანს შეუძლია გამოკვეთოს ახალშობილის ქცევითი ცვლილება რომ დაეხმაროს მშობლებს და ახალშობილს ურთიერთკავშირის დამყარებაში და დაეხმაროს მშობლებს მისი სტიმულების აღქმაში. მეთოდები რომლებსაც მშობლები იყენებენ რომ დააკმაყოფილონ ახალშობილის მოთხოვნები მისი სხვადასხვა ქცევითი მდგომარეობის დროს ასევე აღინიშნება სამედიცინო დოკუმენტაციაში.

წყაროები

1. Adamkin, D. H., Committee on fetus and newborn, American Academy of Pediatrics. (2011). Clinical report postnatal glucose homeostasis in late-preterm and term infants. Pediatrics, 127(3), 575–579.
2. American Academy of Pediatrics (AAP) & American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). (2012). Guidelines for perinatal care (7th ed.). Elk Grove Village, IL: AAP.
3. Askin, D. F. (2008). Newborn adaptation to extrauterine life. In K. R. Simpson & P. A. Creehan (Eds.), AWHONN perinatal nursing (3rd ed., pp. 527–545). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
4. Askin, D. F. (2009). Physical assessment of the newborn: Minor congenital anomalies. Nursing for Women's Health, 13(2), 140–148.
5. Ballard, J. L., Khoury, J. C., Wedig, K., et al. (1991). New Ballard Score, expanded to include extremely premature infants. Journal of Pediatrics, 19(3), 417–423.
6. Blackburn, S. T. (2013). Maternal, fetal, and neonatal physi-ology: A clinical perspective (4th ed.). Maryland Heights, MO: Elsevier Saunders.
7. Bloomfield, D., Dinolfo, E. A., & Kokotos, F. (2009). Care of the newborn after delivery. In T. K. McInery, H. M. Adam, D. E. Campbell, et al. (Eds.), Textbook of pediatric care (pp. 800–809). Elk Grove Village, IL: American Academy of Pediatrics.
8. Brown, V. D., & Landers, S. (2011). Heat balance. In S. L. Gardner, B. S. Carter, M. Enzman-Hines, et al. (Eds.), Merenstein & Gardner's handbook of neonatal intensive care (7th ed., pp. 113–133). St. Louis: Elsevier Mosby.
9. Cheffer, N. D., & Rannalli, D. A. (2011). Transitional care of the newborn. In S. Mattson & J. E. Smith (Eds.), Core curriculum for maternal-newborn nursing (4th ed., pp. 345–361). St. Louis: Elsevier Saunders.
10. Creehan, P. A. (2008). Newborn physical assessment. In K. R. Simpson & P. A. Creehan (Eds.), AWHONN peri-natal nursing (3rd ed., pp. 546–574). Philadelphia: Lip-pincott Williams & Wilkins.
11. Feigelman, S. (2011). The first year. In R. M. Kliegman, B. E. Stanton, J. W. St. Geme, et al. (Eds.), Nelson textbook of pediatrics (19th ed., pp. 26–31). Philadelphia: Elsevier Saunders.
12. Furdon, S. A., & Benjamin, K. (2010). Physical assessment. In Core curriculum for neonatal intensive care nursing(4th ed., pp. 120–155). St. Louis: Elsevier Saunders.
13. Gardner, S. L. & Hernandez, J. A. (2011). Initial nursery care. In S. L. Gardner, B. S. Carter, M. Enzman-Hines, et al. (Eds.), Merenstein & Gardner's Handbook of neonatal intensive care (7th ed., pp. 78–112). St. Louis: Elsevier Mosby.
14. Goodwin, M. (2009). Abdomen assessment. In E. P. Tappero & M. E. Honeyfield (Eds.), Physical assessment of the newborn: A comprehensive approach to the art of physical examination (4th ed., pp. 105–114). Santa Rosa, CA: NICU Ink.
15. Goodwin, M. (2010). Apnea. In Core curriculum for neonatal intensive care nursing (4th ed., pp. 484–493). St. Louis: Elsevier Saunders.
16. Haddad, L., Smith, S., Phillips, K. D., et al. (2012). Compari-son of temporal artery and axillary temperatures in healthy newborns. Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing, 41(3), 383–388.
17. Hutton, S., Probst, E., Kenyon, C., et al. (2009). Accuracy of different temperature devices in the postpartum popula-tion. Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing, 38(1), 42–49.

18. Johnson, L., & Cochran, W. D. (2012). Assessment of the newborn: History and physical examination of the newborn. In J. P. Cloherty, E. C. Eichenwald, A. R. Hansen, et al. (Eds.), Manual of neonatal care (7th ed., pp. 91–102). Philadelphia: Lippincott, Williams & Wilkins.

19. Johnson, P. J. (2009). Head, eyes, ears, nose, mouth, and neck assessment. In E. P. Tappero & M. E. Honeyfield (Eds.), Physical assessment of the newborn: A comprehen-sive approach to the art of physical examination (4th ed., pp. 57–74). Santa Rosa, CA: NICU Ink.

20. Kaufman, L. M., Miller, M. T., & Gupta, B. K. (2011). The eye: Examination and common problems. In R. J. Martin, A. A. Fanaroff, & M. C. Walsh (Eds.), Fanaroff and Martin's neonatal-perinatal medicine: Diseases of the fetus and infant (Vol. 2, 9th ed., pp. 1737–1763). St. Louis: Elsevier Mosby.

21. Kaur, H., & Campbell, D. (2009). Physical examination of the newborn. In T. K. McInery, H. M. Adam, D. E. Camp-bell, et al. (Eds.), Textbook of pediatric care (pp. 757–774). Elk Grove Village, IL: American Academy of Pediatrics.

22. Keane, V. (2011). Assessment of growth. In R. M. Kliegman, B. E. Stanton, J. W. St. Geme, et al. (Eds.), Nelson textbook of pediatrics (19th ed., pp. 39). Philadelphia: Elsevier Saunders.

23. Koehn, M., & Riordan, J. (2010). Infant assessment. In J. Riordan & K. Wambach (Eds.), Breastfeeding and human lactation (4th ed., pp. 669–700). Sudbury, MA: Jones & Bartlett.

24. Lissauer, T. (2011). Physical examination of the newborn. In R. J. Martin, A. A. Fanaroff, & M. C. Walsh (Eds.), Fanaroff and Martin's neonatal-perinatal medicine: Dis-eases of the fetus and infant (Vol. 1, 9th ed., pp. 485–500). St. Louis: Elsevier Mosby.

25. Lo, S. F. (2011). Reference intervals for laboratory tests and procedures. In R. M. Kliegman, B. E. Stanton,. W. St. Geme, et al. (Eds.), Nelson textbook of pediatrics(19th ed., p. 2466). Philadelphia: Elsevier Saunders.

26. Mangurten, H. H., & Puppala, B. L. (2011). Birth injuries. In R. J. Martin, A. A. Fanaroff, & M. C. Walsh (Eds.), Fanaroff and Martin's neonatal-perinatal medicine: Diseases of the fetus and infant (Vol. 1, 9th ed., pp. 501–529). St. Louis: Elsevier Mosby.

27. Morelli, J. G. (2011). Diseases of the neonate. In R. M. Kliegman, B. E. Stanton, J. W. St. Geme, et al. (Eds.), Nelson textbook of pediatrics (19th ed., pp. 2218–2220). Philadelphia: Elsevier Saunders.

28. National Association of Neonatal Nurses. (2010). Position statement #3049: Prevention of acute bilirubin encephalopathy and kernicterus in newborns. Advances in Neonatal Care, 10(3), 112–118.

29. Noble, J. E. (2012). Neonatal examination and nursery visit. In C. D. Berkowitz (Ed.), Pediatrics: A primary care approach (4th ed., pp. 99–104). Elk Grove Village, IL: American Academy of Pediatrics.

30. North, A. C., & Gearhart, J. P. (2009). Hypospadias, epispadias, and cryptorchism. In T. K. McInery, H. M. Adam, D. E. Campbell, et al. (Eds.), Textbook of pediatric care(pp. 2157–2161). Elk Grove Village, IL: American Academy of Pediatrics.

31. Olitsky, S. E., Hug, D., & Plummer, L. S., et al. (2011). Disorders of the eye: Growth and development. In R. M. Kliegman, B. E. Stanton, J. W. St. Geme, et al. (Eds.), Nelson textbook of pediatrics (19th ed., pp. 2148). Philadelphia: Elsevier Saunders.

თავი 9

ნორმალურ ახალშობილზე ზრუნვა

ახალშობილის მიმდინარე შეფასებისა და მოვლისას ექთნის ფუნქცია ახალშობილის და მშობლების დახმარებაა. ექთნის მიზანია უზრუნველყოს წარმატებული გარდამავალი პერიოდი მშობიარობის შემდეგ. ის ცდილობს გამოავლინოს ახალშობილის მდგომარეობის საყურადღებო ცვლილებები, რომელიც ხდება საშვილოსნოს გარეთ ცხოვრების დაწყებასთან ერთად. ახალშობილობის ამ ეტაპზე, ექთანი ზრუნავს ახალშობილის უსაფრთხოებაზე და ასწავლის მშობლებს თუ როგორ იზრუნონ მასზე.

ადრეული ზრუნვა

ახალშობილზე ადრეული ზრუნვა მოიცავს მშობიარობის შემდეგ მის შეფასებას აპგარის ქულით და საჭიროებისას შესაბამისი ინტერვენციების უზრუნველყოფას. ახალშობილის მდგომარეობის დასტაბილურების შემდეგ იწყება პროფილაქტიკური მედიკამენტების დანიშვნა.

ახალშობილის კანზე სისხლის და ამნიონური სითხის არსებობის გამო, ექთანი ატარებს ხელთათმანებს ახალშობილთან ყველა კონტაქტის დროს სანამ არ მოხდება მისი სრულად დაბანა. ბანაობის შემდეგ, ხელთათმანები საჭიროა მხოლოდ მაშინ, როცა ექთანს კონტაქტი აქვს ახალშობილის ბიოლოგიურ სითხეებთან.

K ვიტამინის მიღება

ახალშობილებში, რუტინულად ხდება K ვიტამინის დანიშვნა, რადგან მათ თავად არ შეუძლიათ დაასინთეზირონ ის ნაწლავებში ბაქტერიული ფლორის გარეშე. K ვიტამინის დეფიციტი ზრდის ახალშობილის ჰემორაგიული დაავადების მიმართ მიდრეკილებას (ვიტამინი K დეფიციტის დაავადება). ვიტამინი K-ს ერთჯერადი დოზა კეთდება კუნთშიდა გზით მშობიარობის შემდეგ, რათა მოხდეს სისხლდენის პრობლემების პრევენცია, მანამ სანამ ახალშობილი თავად შეძლებს საკმარისი რაოდენობით ვიტამინი K-ს წარმოქმნას. მიუხედავად იმისა, რომ ინექცია კეთდება დაბადებიდან პირველ საათში, შეიძლება ის გადავავადოთ სანამ ახალშობილი დაასრულებს ძუძუთი კვებას სამშობიარო ოთახში.

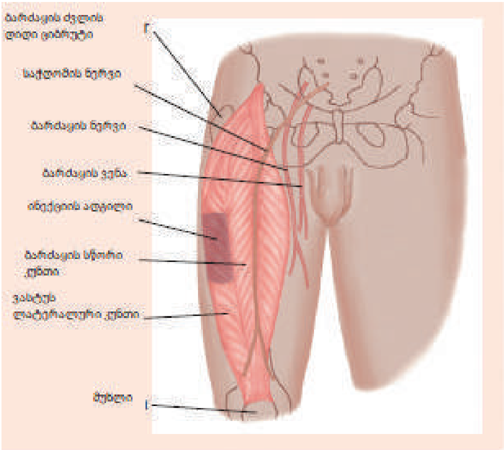
თვალის მკურნალობის უზრუნველყოფა

ახალშობილი ასევე იღებს საპროფილაქტიკო მკურნალობას, რომ მოხდეს ოფთალმია ნეონატორუმის პრევენცია, იმ შემთხვევაში თუ დედა ინფიცირებულია გონორეით. (სურათი 9-1) წამლის გზამკვლევი: ერითრომიცინის თვალის მალამო 0.5%-იანი ყველაზე ხშირად გამოიყენება. ტეტრაციკლინი 1%-იანი თვალის მალამო ასევე შეიძლება იყოს გამოყენებული. ტოპიკალური ანტიბიოტიკები არ არის ეფექტური ქლამიდიის წინააღმდეგ, რომელიც ხშირად თან ერთვის გონორეას.

რადგან მალამომ შეიძლება დროებით დაბინდოს ახალშობილის მხედველობა, მშობლებმა შეიძლება მოისურვონ მკურნალობის გადავადება მცირე დროით რომ დაამყარონ ახალშობილთან კავშირი. მისი გადავადება შეიძლება მოხდეს დაბადებიდან პირველი საათის ბოლომდე ან პირველი ძუძუთი კვების მერე სამშობიარო ოთახში.

პროცედურა 9-1	ახალშობილში კუნთშიდა ინექციების დანიშვნა
მიზანი: მედიკამენტების შეყვანა კუნთში დაზიანების გარეშე	

1. გაასუფთავეთ ახალშობილის ბარძაყი თუ ჯერ არ დაგიბანიათ. დედის სისხლით არის დასვრილი ახალშობილის კანი. დაბანა თავიდან აგვაცილებს სისხლის მოხვედრრას ახალშობილის ქსოვილებში ნემსის ჩხვლეტის დროს.
2. მოამზადეთ მედიკამენტი ინექციისთვის. გამოიყენეთ 1 მლ შპრიცი და 25 კალიბრიანი ნემსი. თუ მედიკამენტი შუშის ამპულაშია, გამოიყენეთ გასაფილტრი ნემსი მის ამოსაღებად. მოაშორეთ გამფილტრავი ნემსი და მის მაგივრად გაუკეთეთ 25 კალიბრიანი ნემსი შპრიცს ინექციის გასაკეთებლად. ფილტრიანი ნემსის გამოყენება გვიცავს შუშის ნაწილაკების მოხვედრისაგან შპრიცში. მცირე ზომის ნემსი აღწევს ახალშობილის კუნთში, მაგრამ იცავს ძვალში ჩხვლეტისგან.
3. ჩაიცვით ხელთათმანები. ხელთათმანები გვიცავს სისხლით დაბინძურებისგან.



4. მონიშნეთ სწორი ადგილი. ახალშობილში კუნთშიდა ინექციის საუკეთესო ადგილია ვასტუს ლატერალისის კუნთი. გაყავით ადგილი ბარძაყის დიდი ტაბუხიდან მუხლამდე სამ ნაწილად. გაუკეთეთ ინექცია შუა მესამედში, წინა ბარძაყის შუა ხაზის ლატერალურად. დიდი ვასტუს ლატერალისი შორსაა საჯდომის ნერვიდან, ბარძაყის არტერიდან და ვენიდან. სწორი ბარძაყის კუნთი არის უფრო ახლოს ამ სტრუქტურებთან და მეტად საფრთხილოა. **(შენიშვნა: დუნდულოს კუნთები არ გამოიყენება ინექციისთვის სანამ ახალშობილი არ ისწავლის სიარულს სულ მცირე ერთი წლის განმავლობაში. ეს კუნთი ცუდად განვითარებულია და საფრთხილოა რომ არ დაზიანდეს საჯდომის ნერვი)**
5. გაასუფთავეთ ადგილი ალოკოჰოლის საფენით. გასუფთავება აშორებს ორგანიზმებს და გვიცავს ინფექციისგან.
6. ფეხი მყარად დააფიქსირეთ მენჯის დაჭერით, თითების და ცერა თითის მეშვეობით. ფეხის დაკავება თავიდან გვაცილებს ახალშობილის სწრაფ მოძრაობებს და შესაძლო დაზიანებას.
7. შეარჭვეთ ნემსი 90 გრადუსი კუთხით. შეიყვანეთ მედიკამენტი. ამით მედიკამენტი შევა კუნთში და არა კანქვეშა ქსოვილში.

8. გამოიღეთ ნემსი და გააკეთეთ ნაზი მასაჟი ნემსის გაკეთების ადგილას ალკოჰოლის საფენით. მასაჟი ხელს შეუწყობს მედიკამენტის შეწოვას.
9. გადააგდეთ ნემსი და შპრიცი შესაფერის ადგილას და ახალშობილი მოათავსეთ კომფორტულად. ნემსი და შპრიცი უნდა მოთავსდეს შესაფერის კონტეინერში რომ მოხდეს სხვების დაზიანებისა და დაბინძურების პრევენცია. ახალშობილის დამშვიდება და კომფორტულად მოთავსება უნდა მოხდეს ყოველი მტკივნეული პროცედურის შემდეგ.

წამლის გზამკვლევი	
ვიტამინი K1 (ფიტონადიონი) კლასიფიკაცია:ცხიმში ხსნადი ვიტამინი, ანტი-ჰემორაგიული. სხვა სახელწოდებით: აქვამეფიტონი,კონაკიო-ნი,მეფიტონი. მოქმედება:იწვევს ფაქტორი II(პროთრომბი-ნი),VII,IX და X წარმოქმნას ღვიძლში სისხლის შედედების პროცესისთვის. უზრუნველყოფს ვიტამინ K-ს წარმოქმნას ნაწლავებში სანამ ნაწლავური ფლორა არ დაიწყებს საკმარისს ვიტამინი K-ს წარმოქმნას. დანიშულება: ვიტამინ K-ს დეფიციტით გამოწვე-ული სისხლდენის პრევენცია ან მკურნალობა (ახალშობილების ჰემორაგიული დაავადება). ნეონატალური დოზა და მიღების გზა : 0.5- 1 მგ (0.25 მლ ხსნარი შეიცავს 1 მგ/0.5 მლ) ერთ-ჯერადად კუნთშიდა ინექციით დაბადებიდან 1 საათში პროფილაქტიკისთვის. შეიძლება მოგვიანებით გაკეთდეს, რათა არ მოხდეს ძუ-ძუთი კვების შეწყვეტა სამშობიარო ოთახში.	შეწოვა: სწრაფად შეიწოვება კუნთშიდა ინექციის შემდეგ, ეფექტური 1-2 საათში, მეტაბოლიზირდება ღვიძლში. გვერდითი რეაქციები:ერითემა, ტკივილი და შეშუ-პება. ინექციის ადგილას: ანაფილაქსია,ჰემოლიზი ან ჰიპერბილირუბინემია,განსაკუთრებით ნაადრევ ახალშობილებში ან როცა დიდი დოზა გამოიყენება. პაციენტის მოვლასთან დაკავშირებული მსჯელობა: მოარიდეთ სინათლეს მედიკამენტი გაკეთებამდე, რომ თავიდან აიცილოთ მისი დეკომპრესია და მოქმედების ეფექტის დაკარგვა. დააკვირდით ყველა ახალშობილს ვიტამინი K-ს დეფიციტის ნიშნებზე(ე-ქიმოსი ან სისხლდენა ნებისმიერი ადგილიდან). შეა-მოწმეთ, რომ ახალშობილს ნამდვლად აქვს გაკეთე-ბული ვიტამინი K წინდაცვეთამდე.

წამლის გზამკვლევი
ერითრომიცი, თვალის მალამო კლასიფიკაცია: ანტიბიოტიკი სხვა სახელწოდებით: ილოტიცინის თვალის მალამო მოქმედების მექანიზმი: აინჰიბირებს პროტეინის სინთეზს ბაქტერიაში, ბაქტერიოსტატი-ური. დანიშნულება: ნეისერია გონორეას წინააღმდეგ პროფილაქტიკა. ოფთალმია ნეონატორუ-მის პრევენციაში ეხმარება იმ ახალშობილებს, რომელთა დედებიც დაინფიცრებულები იყვნენ გონორეით; პროფილაქტიკა გონორეის წინააღმდეგ. ნეონატალური დოზა და მიღების გზა: 0.5 % ერითრომიცინის მალამოს, 1სმ სიგრძის კო-ნტურით გამოიყენება კონუქტივის ქვედა ადგილას, თითოეულ თვალში, დაბადებიდან 1 სა-ათში. გვერდითი ეფექტები: წვა, ქავილი, გაღიზიანება შეიძლება გამოწვეული იყოს ქიმიური კო-ნუქტივიტით, რომელიც გრძელდება 24-48 საათი; მალამომ შეიძლება გამოიწვიოს დროებითი დაბინდული მხედველობა. პაციენტის მოვლასთან დაკავშირებული მსჯელობა: არ ჩამობანოთ. მალამო შეიძლება მო-ვწმინდოთ გარეთა თვალიდან ერთი წუთის მერე. დააკვირდით გაღიზიანებას.

სურათი 9-1 თვალის მალამოს დანიშვნა.ექთანი ხელთათმანიანი ხელებით ნაზად წმენდს თვალებს სისხლისგან და პირველადი ნაცხისგან.შემდეგ ათავსებს თითს და ცერა თითს თითოეული ქუთუთოს ნაპირას, ექთანი ნაზად აწვება პერიორბიტალურ ამობურცულ ადგილს რომ თვალი გაახელინოს, რაც თავიდან აცილებს თავად თვალზე დაწოლას. მილის დაკავება ხდება ჰორიზონტალურად როცა მალამოს წავუსვამთ თითოეულ კონუქტივალურ პარკში მიდა თვალის ხვრელიდან გარეთა თვალის ხვრელისკენ. მალამოს ტუბი არ უნდა შეეხოს თვალის ნებისმიერ ნაწილს.გამოიყენეთ ახალი ტუბი ყოველი თვალისთვის.

ზოგიერთ ახალშობილს უვითარდება მცირე ანთებითი რეაქცია პროფილაქტიკური მკურნალობიდან რამდენიმე საათში. ექთანმა ყურადღება უნდა მიაქციოს ნებისმიერი გამონადენის არსებობას თვალებიდან, განსაკუთრებით თუ ის ჩირქოვანია. ასეთ შემთხვევაში, ექიმი ნიშნავს გამონადენის კულტურის კვლევას. ამასთან უნდა მოხდეს ჩიქოვანი გამონადენის დრენაჟი და უნდა გაიწმინდოს თვალი სტერილური ფიზიოლოგიური წყლით და ბამბის საფენით. თუ დედა არის ინფიცირებული, ახალშობილს სჭირდება დამატებითი ანტიბიოტიკები რადგან რუტინულმა პროფილაქტიკურმა მკურნალობამ შეიძლება სრულად ვერ მოახდინოს ინფექციის მკურნალობა.

კარდიორესპირატორული სტატუსი

ახალშობილის გადასვლა ნაყოფის ცხოვრებიდან ახალშობილის ცხოვრებაში მოიცავს კარდიორესპირატორული სტატუსის გარდამავალ პრობლემებს.

შეფასება

აღნიშნეთ გულისცემის სიხშირე, პულსი, სუნთქვა და სუნთქვის ხმები. შეაფასეთ რესპირატორული დისტრესის ნიშნების არსებობა, რაც მოიცავს შემდეგი ნიშნების არსებობის შეფასებას: ტაქიპნოე, რეტრაქცია, ნესტოების დაბერვა, სიფერმკრთალე, სტერტოროზული სუნთქვა, ტალღისებრი სუნთქვა და გულმკერდის მოძრაობის ასიმეტრია, გაზომეთ სისხლის წნევა, თუ არსებობს ამის საჭიროება.

პაციენტის მოვლასთან დაკავშირებული საექთნო დიაგნოზი

დაბადების შემდეგ ფილტვებიდან სითხის მოცილება უნდა მოხდეს შეწოვით ან დრენაჟით. ეს არ ხდება სწრაფად და შეიძლება გამოიწვიოს დროებითი პრობლემები დაბადებიდან ად-

რეულ საათებში. ამ დროს შესაძლო დიაგნოზია “არაეფექტური სასუნთქი გზების გაწმენდა, რომელიც დაკავშირებულია რესპირატორული გზებში ზედმეტ სეკრეციასთან” აღნიშნეთ ეს პრობლემა.

მოსალოდნელი გამოსავალი

აღნიშნული საექთნო დიაგნოზის მოსალოდნელი გამოსავალი შესაძლოა იყოს:

- ახალშობილი ინარჩუნებს ღია სასუნთქ არხებს. მტკიცებულება: ახალშობილის სუნთქვის სიხშირე არის ნორმალურ საზღვრებში: 30- 60 სუნთქვა წუთში.
- არ აღინიშნება რესპირატორული დისტრესის ნიშნები

ჩარევა

პოზიციონირება და სეკრეტის ამოტუმბვა

უნდა მოხდეს ახალშობილის მოთავსება ზურგზე, თავით ნეიტრალურ პოზიციაში ან გვერდით. გამოიყენეთ შპრიცი პატარა ბალონით, საჭიროებისამებრ, ახალშობილის პირში ან ცხვირში დრენირებული სეკრეტის ამოსატუმბად. ამოტუმბეთ პირი პირველად, რადგან ახალშობილს შეიძლება სუნთქვა გაუჭირდეს, როცა ხდება ცხვირის ამოტუმბვა, რაც იწვევს ლორწოს ან სითხის ასპირაციას პირში. შემდეგ ამოტუმბეთ ცხვირი ნაზად თუ საჭიროა. ამოტუმბვა არის ტრამვული ნაზალური ქსოვილებისთვის და იწვევს ცხვირის სასუნთქი გზების შეშუპებას.

შპრიცი პატარა ბალონით მოათავსეთ ახალშობილის თავთან ბავშვის საწოლში, სადაც ის ხელმისაწვდომი იქნება საჭიროების შემთხვევაში. ასწავლეთ ორივე მშობელს როგორ გამოიყენოს სწორად შპრიცი პატარა ბალონით (იხილეთ პროცედურა 9-2). გაატანეთ შპრიცი სახლში ახალშობილს, რომ მშობლებს შეეძლოთ მისი გამოყენება თუ ახალშობილს ექნება პრობლემა.

თუ მექანიკური ამოსატუმბი საჭიროა რომ მოხდეს უფრო ღრმა სეკრეტის ამოტუმბვა, აირჩიეთ მცირე ზომის კათეტერი, რომ თავიდან აიცილოთ სასუნთქი გზების ქსოვილების დაზიანება. ამოტუმბვა არ უნდა იყოს 5 წამზე მეტი ხანგრძლივობის თითო ჯერზე, მინიმალური ნეგატიური წნევის გამოყენებით, თავიდან რომ ავიცილოთ ტრამვა,ლარინგოსპაზმი და ბრადიკარდია. გამოიყენეთ ამოტუმბვა მხოლოდ კათეტერის ამოცლისთანავე.

პაციენტის ხანგრძლივი მოვლა

გააგრძელეთ ახალშობილის მონიტორინგი პრობლემების მიმართ სამშობიარო დაწესებულებაში ყოფნის დროს. რეაქტიულობის მეორე პერიოდში, ახალშობილი შეიძლება მარტო იმყოფებოდეს დედასთან. ასევე ექთანმა იცის რომ რეგურგიტაცია, პირღებინებასთან ასოცირებული მოძრაობები და ციანოზის მოკლე ეპიზოდები არის ნორმალური ამ პერიოდში, ეს შეიძლება ძალიან შემაშფოთებელი იყოს დედისთვის.

ასწავლეთ შესაბამისი საპასუხო რეაქციები ქცევებზე, რომელიც დამახასიათებელია ამ პერიოდისთვის. შეახსენეთ დედას რომ გამოიყენოს შპრიცი პატარა ბალონით და დაუძახოს ექთანს დახმარებისთვის, საჭიროების შემთხვევაში. შეამოწმეთ ახალშობილი ხშირად რაიმე პრობლემის არსებობის შემთხვევაში. შეამოწმეთ მშობლების შესაძლებლობა თუ როგორ იყენებს შპრიცს პატარა ბალონით და თუ რამდენად კომფორტულად იყენებს მას.

შეფასება

ნორმალურ ახალშობილს აქვს ცოტაოდენი სიძნელეები სასუნთქი გზების გასუფთავებაზე სიცოცხლის პირველი რამდენიმე საათი. დისტრესი არ არის მოსალოდნელი თუ:
სუნთქვის სიხშირე არის 30-60 სუნთქვა წუთში.
ახალშობილს არ აღენიშნება რესპირატორული დისტრესის ნიშანი.

პროცედურა 9-2	პატარა ბალონის მქონე შპრიცი
მიზანი: სასუნთქი გზების გამტარებლობის უზრუნველყოფა, სეკრეციის და ამოქარვებული საკვების ახალშობილის პირიდან და ცხვირიდან მოსაშორებლად. მოათავსეთ ახალშობილის თავი გვერდზე. ასე პოზიციონირება საშუალებას აძლევს სითხეს გადმოვიდეს ქვედა ლოყაზე. მოუჭირეთ ბალონს სანამ პირში ჩაუდებდეთ. ეს აშორებს ჰაერს შპრიციდან, ასე რომ ამოქაჩვის საშუალებას იძლევა(არ მოუჭიროთ ბალონს სანამ ის არის ახალშობილის პირში, რადგან ეს სეკრეტს დააბრუნებს უკან, პირში). ნაზად მოათავსეთ შპრიცის ბოლო ახალშობილის პირში ღრძილებსა და ლოყას შორის. ბალონის მოთავსება პირის უკან სტიმულაციას უკეთებს ღებინების რეფლექსს, რაც იწვევს რეგურგიტაციას ან ვაგალური პასუხით შეიძლება გამოიწვიოს ბრადიკარდია ან აპნოე. მოუშვით ბალონს სანამ ახალშობილის პირშია. მოაშორეთ და გაასუფთავეთ დაწოლით, რამდენჯერმე, მის გამოყენებამდე. ბალონზე ზეწოლის მოშვება ამოქაჩავს სეკრეტს ბალონში. მისი დაცლა მისი ხელახლა გამოყენების საშუალებას მოგვცემს. **ამოქაჩეთ ცხვირიდან, მხოლოდ საჭიროების შემთხვევაში, მას შემდეგ რაც პირიდან მოხდება ამოქაჩვა.** ახალშობილები ხშირად იხუთებიან როცა ამოქაჩვა ხდება ცხვირიდან და შეიძლება სეკრეტის პირში ასპირაცია მოხდეს თუ ის პირველადად არ დამუშავდა. ცხვირიდან ამოქაჩეთ ნაზად და თავიდან აიცილეთ არასაჭირო ამოქაჩვა. ტრავმამ შეიძლება გამოიწვიოს შეშუპება და ნაზი სასუნთქი გზების ობსტრუქცია. ახალშობილებს აქვთ რესპირატორული სირთულეები თუ ნაზალური გზები დაბლოკილია.	

შემთხვევის შესწავლა 9-1 შესავალი

ნიკოლასი, სრული ვადის ახალშობილი, დაიბადა დედის, ვიკის, მიერ, 18 საათიანი გაურთულებელი მშობიარობით. ნიკოლასის შეფასება მოხდა აპგარის 8 ქულით პირველ წუთს და 9 ქულით მე-5 წუთს. წონა 3402 გ და სიგრძე 50 სმ-ის. ვიკის ორსულობა მიმდინარეობდა გართულებების გარეშე. ის ბედნიერი და გახარებულია თავისი პირველი ბავშვის დაბადებით. მისი ქმარი, პოლი, იყო მის გვერდით მშობიარობის მთელი პროცესის განმავლობაში.

პაციენტის მოვლის აპლიკაციის შევსება

თერმორეგულაცია

რადგან ნებისმიერ ახალშობილს შეიძლება ჰქონდეს თერმორეგულაციის სიძნელეები, ექთანმა ადრეულ ეტაპზევე უნდა აღმოაჩინოს პრობლემა და დროულად ჩაერიოს, რათა მოახდინოს მოსალოდნელი გართულებების თავიდან აცილება.

შეფასება

შეაფასეთ ახალშობილის ტემპერატურა დაბადებიდან მალევე და შემდეგ დაწესებულების რეგულაციების მიხედვით. ზოგადად, ტემპერატურის შეფასება ხდება ყოველ ნახევარ საათში ერთხელ სანამ არ დასტაბილურდება ტემპერატურა ორი საათის განმავლობაში. მისი შემოწმება ხდება განმეორებით ყოველი ოთხი საათის და შემდეგ ყოველი 8-12 საათის განმავლობაში ან დაწესებულების რეგულაციის შესაბამისად. ტემპერატურა უფრო ხშირად ამოწმეთ თუ პათოლოგიური მაჩვენებლები აღინიშნება.

პაციენტის მოვლასთან დაკავშირებული საექთნო დიაგნოზი

ახალშობილებს ხშირად აქვთ სტაბილური ტემპერატურის შენარჩუნებასთან დაკავშირებული დროებითი სირთულეები. ამ მდგომარეობის შესაბამისი საექთნო დიაგნოზია "არაეფექტურ თერმორეგულაციასთან დაკავშირებული რისკი", "გარემო ტემპერატურის ცვლილებებთან ადაპტაციის უმწიფარი უნარი ".

მოსალოდნელი გამოსავალი

ამ დიაგნოზის შესაფერისი გამოსავალი არის ახალშობილის მიერ იღლიის ტემპერატურის შენარჩუნება ნორმალურ საზღვრებში 36.5 - 37.5 Celsius.

ჩარევა

სითბოს დანაკარგის პრევენცია

გარემოს მომზადება დაბადებამდე. დაიწყეთ პრევენციული ზომების მიღება ახალშობილის დაბადებამდე. მოამზადეთ ნეიტრალური თერმული გარემო გამათბობელით რომ გამოიყენოთ თავდაპირველი შეფასებისთვის. ეს უზრუნველყოფს ნაყოფის მიერ ზედმეტი ჟანგბადისა და გლუკოზის გამოყენების პრევენციას. შეამოწმეთ გამათბობელი რომ დარწმუნდეთ მის სწორად მუშაობაში. ჩართეთ დაბადებამდე საკმარისად ადრე რომ მოხდეს საწოლის შესაბამისად გათბობა დაბადების მომენტისთვის.

დაუყოვნებელი ზრუნვა. დაბადებიდან დაუყოვნებლივ დააწვინეთ ახალშობილი დედის მუცელზე რომ უზრუნველყოფილი იყოს სითბოს გადაცემა კანით-კანთან კონტაქტით ან მოათავსეთ ახალშობილი გამათბობელის ქვეშ რომ ამით გაანეიტრალოთ სამშობიარო ოთახის გრილი ტემპერატურა. რუტინული შეფასება და ზრუნვა შეიძლება ჩატარდეს სანამ ახალშობილი არის დედის მუცელზე და ძუძუთი კვება შეიძლება დაიწყოს თუ დედა ამას მოისურვებს და ორივე დედა და ახალშობილი სტაბილურადაა. ახალშობილი, რომელიც დაბადებისთანავე თავსდება დედასთან კანის კანთან კონტაქტით, მეტად ინარჩუნებს სტაბილურ ტემპერატურას.

გაამშრალეთ სველი ახალშობილი ჩქარა, თბილი პირსახოცით, რომ მოხდეს ევაპორაციის გზით სითბოს დაკარგვის პრევენცია. განსაკუთრებული ყურადღება მიაქციეთ თმის გამშრალებას, რადგან თავს აქვს დიდი ზედაპირი და თმა რომელიც რჩება სველი ზრდის სითბოს დანაკარგს. მოაშორეთ პირსახოცი ან ზეწარი რაც შეიძლება მალე დასველებიდან და შეცვალეთ მშრალი, გამთბარი პლედით. თავზე დაახურეთ ქუდი ახალშობილს როცა ის არ არის გამათბობლის ქვეშ. არ გამოიყენოთ ქუდი როცა ახალშობილი გამათბობლის ქვეშაა, რადგან ის ხელს უშლის სითბოს გადაცემას ახალშობილის თავზე.

როცა ახალშობილი მოთავსებულია გამათბობლის ქვეშ, დააყენეთ სერვოკონტროლი(მექანიზმი, რომელიც არეგულირებს სითბოს რაოდენობის წარმოქმნას) 36 - 36. 5 Celsius-ზე. ეს

მოწყობილობა არეგულირებს სითბოს გამათბობლიდან რომ შეინარჩუნოს ახალშობილის კანის ტემპერატურა ნორმალურ დონეზე. მიამაგრეთ კანის პრობი ახალშობილს მუცელზე რომ გამათბობლის სენსორების მიერ უწყვეტად განხორციელდეს ახალშობილის ტემპერატურის მონიტორინგი. ხშირად შეამოწმეთ იზრდება თუ არა ახალშობილის კანის ტემპერატურა როგორც მოსალოდნელი იყო.

პრევენციის გაგრძელება

გაათბეთ საგნები რომლებითაც ეხებით ახალშობილს, რომ თავიდან ავიცილოთ სითბოს კონდუქცია ახალშობილის სხეულიდან. რბილი საფენი გადააფარეთ ისეთ გრილ ზედაპირებს, როგორიცაა საზომი შკალები ან წინდაცვეთის მოწყობილობების დაფა, სანამ ახალშობილს მოათავსებთ. გაათბეთ სტეტოსკოპი და ტანსაცმელი გამოყენებამდე. ახალშობილთან შეხებამდე გაითბეთ ხელები.

ცივ ამინდში რადიაციის გზით სითბოს დაკარგვის პრევენციის მიზნით, მოათავსეთ ახალშობილის საწოლი ან ინკუბატორი გარეთა კედლის ან შენობის ფანჯრიდან შორს. ამ გზით სითბოს დაკარგვა ხშირად შეუმჩნეველია, როცა საგნები და ჰაერი ახალშობილის გარშემო თბილია, მაგრამ ახალშობილმა შეიძლება დაკარგოს სითბო საგნებზე რომელიც ახლო კონტაქტში არ არის მასთან. მიიღეთ მხედველობაში ეს ფაქტი, როცა საწოლს დგამთ დედის ოთახში, რომელიც ხშირად მცირე ზომისაა. მოათასეთ საწოლი ორ საწოლს შორის (ორ საწოლიან ოთახში) ან დედის საწოლის თავთან ახლოს და კარიდან და ფანჯრიდან შორს, თუ შესაძლებელია. მოერიდეთ ისეთ ადგილებს, როგორიცაა დერეფანის გასასვლელი ან კონდიციონერი. შეინარჩუნეთ ნაკლები ადამიანების მოძრაობა გამათბობელთან, რადგან მათი მოძრაობა ზრდის ჰაერის მოძრაობას.

ახალშობილის შეფასების ან მოვლის დროს, თავი აარიდეთ სხეულის მეტი ადგილების გაშიშვლებას, ვიდრე საჭიროა. მოაშორეთ ტანსაცმელი და პლედი მხოლოდ იმ ადგილიდან რომელსაც სინჯავთ. შეინარჩუნეთ ახალშობილის ზედა ტანი ტანსაცმლით როცა საფენს უცვლით. შეახვიეთ ახალშობილი პლედში და თავზე დააფარეთ ნაქსოვი ან დათბუნებული ქუდი რომ მოახდინოთ სითბოს დანაკარგის პრევენეცია, თავის დიდი ზედაპირიდან.

თერმორეგულაციის აღდგენა

თუ ახალშობილს მანამდე ნორმალური ტემპერატურით, უეცრად დაბალი ტემპერატურა დაუფიქსირდა, დაიწყეთ მოვლის შესაბამისი ზომები რომ მოახდინოთ თერმორეგულაციის სასწრაფო დახმარება. თუ იღლიის ტემპერატურა არის დაბალი, ზოგიერთი ექთანი ზომავს რექტალურ ტემპერატურას რომ განსაზღვროს სხეულის შიდა ტემპერატურა. თუმცა, არაკანკალის გზით თერმოგენეზის პროცესი იწყება მანამ სანამ სხეულის შიდა ტემპერატურა გახდება პათოლოგიური. სხეულის შიდა ტემპერატურის ცვლილება მიანიშნებს რომ ახალშობილის თერმორეგულატორული რესურსი ამოწურულია. ექთანი მანამ უნდა ჩაერიოს სანამ ეს მოხდება.

პირველ რიგში, მოძებნეთ აშკარა გამომწვევი მიზეზი. პლედები ახალშობილის გარშემო შეიძლება ისე კარგად აღარ ფარავს მას, ან საფენები ან/და ტანსაცმელი დასველდა. დედის ოთახი შეიძლება ზედმეტად ცივია ან საწოლი შეიძლება კონდიციონერთან ახლოს არის მოთავსებული. ეს მიზეზები შეიძლება გამოსწორდეს მარტივად.

ტემპერატურის მცირედით დაცემა შეიძლება გამოსწორდეს მხოლოდ ახალშობილის მოთავსებით გამათბობლის ქვეშ, საფენის გამოცვლით და ქუდის დახურებით. ამ დროს შესაძლებელია ისეთი მეთოდის გამოყენება, როგორიცაა ჩვილის დედის შიშველ კანთან ახლოს მოთავსება. ეს კანი-კანთან კონტაქტი არის ძალიან ეფექტური დედის სხეულის სითბოს გამოყენებისთვის; ამ დროს დედა საკუთარი სითბოს მეშვეობით ათბობს ახალშობილს.

თუ კანი-კანზე კონტაქტი შესაძლებელი არ არის, დაუმატეთ ტანსაცმელი ბავშვს. ჩააცვით თბილი ზედა, დამატებითი სითბოსთვის. გამოიყენეთ ორი პლედი ერთდროულად. თითოში ცალ-ცალკე გაახვიეთ ჩვილი, რომ გაიზარდოს სითბოს შეკავება ჰაერის ფენებს შორის მოთავსებით. მოათავსეთ სხვა პლედი ახალშობილზე საწოლში და ქუდი ახალშობილის თავზე. ქვეშაგები მეტად გაათბეთ გამოყენებამდე გამათბობელში თუ მეტი სითბოა საჭირო.

თუ მიღებული ზომების მიუხედავად უფრო მეტად დაეცემა ახალშობილის სხეულის ტემპერატურა ან ტემპერატურა არ გამოსწორდება ერთი საათის განმავლობაში კანით-კანთან

კონტაქტის დროს, საჭიროა დამატებითი ზომების მიღება. მოათავსეთ ახალშობილი გამათბობელის ქვეშ მცირე დროის განმავლობაში. შესამჩნევად შემცირებული ტემპერატურის მქონე ახალშობილისთვის, დააყენეთ ტემპერატურის კონტროლი გამათბობელზე რომ ნელ-ნელა გაათბოთ ახალშობილი.

თანდათანობით გაზარდეთ ტემპერატურა სანამ ახალშობილის ტემპერატურა არ იქნება ნორმალურ საზღვრებში. ახალშობილის სწრაფმა გათბობამ შეიძლება გამოიწვიოს გართულება, აპნოეს სახით.

გაფართოებული შეფასება

გაფართოებული შეფასება საჭიროა მაშინ, როცა სხეულის ტემპერატურა მცირდება ახალშობილში. შეაფასეთ სუნთქვის სიხშირე და დააკვირდით რესპირატორული დისტრესის ნიშებს, რადგან არაკანკალის გზით თერმოგენეზი ზრდის ჟანგბადის მოთხოვნას.

რადგან გადაციებული ახალშობილები მოიხმარენ მეტ გლუკოზას რომ წარმოქმნან სითბო, შეამოწმეთ სისხლის გლუკოზა როცა ტემპერატურა ნორმის ფარგლებში არ არის. დაეხმარეთ დედას რომ ძუძუთი კვებოს ან გამოიყენოს ფურმულით კვება. თბილი კოლოსტრუმი ან ძუძუს რძე ეხმარება ახალშობილს გათბობაში. შეატყობინეთ ექიმს თუ ახალშობილი არ რეაგირებს ამ ზომებზე. მოათავსეთ ახალშობილი გამათბობლის ქვეშ ან ინკუბატორში, სანამ ტემპერატურა დასტაბილურდება. რადგან დაბალი ტემპერატურა შეიძლება იყოს ინფექციის ნიშანი, მოძებნეთ სხვა ნიშნები, რომლებიც შეიძლება მიგვანიშნებდეს სეფსისზე.

გამოკვლევა

როცა ახალშობილის სხეულის ტემპერატურა ნარჩუნდება ნორმალურ საზღვრებში რამდენიმე საათი, ახალშობილი თერმორეგულაციური თვალსაზრისით შეიძლება მივიჩნიოთ სტაბილურად. თერმორეგულაციის მონიტორინგი გრძელდება სამშობიარო დაწესებულებაში ყოფნის განმავლობაში.

პაციენტის მოვლასთან დაკავშირებული საექთნო დიაგნოზი

ახალშობილები, რომლებსაც გლუკოზის დონე აქვთ 40-45 მგ/დლ-ზე დაბალი, მათი საექთნო დიაგნოზია “ პოტენციური გართულება:ჰიპოგლიკემია”.

მოსალოდნელი გამოსავალი

პრობლემა საჭიროებს კოლაბორაციას ექთანსა და ექიმს შორის. პროტოკოლი საშუალებას აძლევს ექთანს გააკეთოს ჩარევა ჰიპოგლიკემიის საპასუხოდ და შემდეგ შეატყობინოს ექიმს ახალშობილის საპასუხო რეაქცია.

ექთნის კომპეტენციაში შედის :

1. ჰიპოგლიკემიის ნიშნების შეფასება.
2. ექიმის შეტყობინება ჰიპოგლიკემიის ნიშნების შესახებ ან საავადმყოფოს პროტოკოლის შესაბამისად მოქმედება, რომელიც შეეხება ახალშობილებს ჰიპოგლიკემიით და შემდეგ ექიმის შეტყობინება.
3. პრევენციული ჩარევა, ჰიპოგლიკემიის შემცირების მიზნით.

ინტერვენცია

გლუკოზის უსაფრთხო დონის შენარჩუნება

გლუკოზის დაბალი დონის მქონე ახალშობილის კვების დროს, იმოქმედეთ პროტოკოლის და ექიმის დანიშნულების შესაბამისად. ამ მდგომარეობის მართვის ზოგადი მიდგომა გულისხმობს ახალშობილის კვებას თუ გლუკოზის სკრინინგი გვაჩვენებს 40-45 მგ/დლ ან ნაკლებს, რათა მოხდეს გლუკოზის განლევის პრევენცია.

ახალშობილების უმეტესობისთვის, გლუკოზის დონის შენარჩუნებისთვის ძუძუთი კვება ანდა ფურმულით კვება საკმარისია. მხოლოდ გლუკოზიანი წყლის მიცემა არ არის რეკომენდირებული ახალშობილებისთვის, რადგან გლუკოზის დონის ჩქარი ზრდა, იწვევს გაზრდილ ინსულინის პროდუქციას, რაც სისხლის გლუკოზის დონის უფრო მეტად დაცემას იწვევს. რძე გვაძლევს უფრო გრძელი ვადით გლუკოზის მომარაგებას.

შეაფასეთ მეძუძური დედა პირველი წოვების დროს. თუ მას არ შეუძლია რომ მოუაროს ახალშობილს დაუყოვნებლივ (ტკივილის ან მშობიარობის გადაღლის გამო), ახალშობილს მიეცით ფორმულის სახით კვება და მიეხმარეთ დედას შემდეგი კვების დროს დაიწყოს ძუძუთი კვება. მიეხმარეთ ფორმულით კვების დროს დედას სწორად დაიჭიროს ახალშობილი და ბოთლი.

შემთხვევის შესწავლა 9-1	პაციენტის მოვლის გეგმა
შეფასება: ნიკოლასის ტემპერატურა არის სტაბილური თავდაპირველი შეფასების დროს, მაგრამ მოგვიანებით ილლიის ტემპერატურა არის 36. 2 ცელსიუსი. ვიკის სურს ხელში დაიჭიროს და ხშირად ხდის ტანსაცმელს რომ მოეფეროს. ის ხანდახან პლედს არ აფარებს საფენის გამოცვლის შემდეგ. შეხსენების მერე რომ ნიკოლასი ყავდეს ჩაცმული ის პასუხობს: "აქ ძალიან ცხელა, არ დაცხება ამდენ პლედებში?" დიაგნოზი: არაეფექტური თერმორეგულაციის რისკი, მშობლის თერმორეგულაციის შესაძლებლობის და საჭიროებების ცოდნის ნაკლებობით გამოწვეული. მოსალოდნელი გამოსავალი: 1. ნიკოლასი შეინარჩუნებს ილლიის ტემპერატურას ნორმალური მაჩვენებლებით (36.5-37.5 ცელსიუსამდე) სამშობიაროში ყოფნის დროს. 2. ვიკი ახსნის და ასევე გაიმეორებს ყველა იმ მოქმედებას, რომსლიც საჭიროა სითბოს დანაკარგის პრევენციისთვის გაწერამდე.	ჩარევა და რაციონალიზაცია: 1. აუხსენით ვიკის, რატომ აქვს ახალშობილს თერმორეგულაციის პრობლემები. როცა მშობლები გაიგებენ სიფრთხილის ზომების საჭიროებების მიზეზს, მეტად გამოიყენებენ მას. 2. ნიკოლასი მოათავსეთ საფენით და ქუდით დედის კანის გვერდით. დააფარეთ ორივეს თბილი პლედი. გააგრძელეთ ვიკის სწავლება თერმორეგულაციის შესახებ სანამ უჭირავს ბავშვი. კანი-კანთან კონტაქტი დედასთან საშუალებას აძლევს გადასცეს სითბო ახალშობილს. დედას სჭირდება საკმარისი ცოდნა თერმორეგულაციის შენარჩუნების შესახებ. 3. აუხსენით ვიკის რომ ნიკოლასი თბილად შეახვიოს თუ არ უჭირავს კანი-კანთან შეხებით. აჩვენეთ როგორ გამოუცვალოს საფენი რაც შეიძლება ნაკლები ტანსაცმლის გახდით. კანის გაშიშვლება ზრდის სითბოს დანაკარგს კონვექციის და რადიაციის გზით. 4. აუხსენით რომ გაამშრალოს ნიკოლასი მალევე, დასველების შემთხვევაში, მაგალითად, ბანაობის დროს და როცა უცვლის სველ საფენებს და ტანსაცმელებს. სითბოს კონვექციით და რადიაციით ევაპორაცია ხდება როცა ახალშობილი სველია. 5. აუხსენით ვიკის რომ ახალშობილის საწოლი მოათავსოს ცივი კედლებიდან, ფანჯრებიდან, კონდიციონერიდან და ღია კარებიდან შორს. რათა არ მოხდეს სითბოს კარგვა ევაპორაციით და კონვექციის გზით ცივ საგნებთან. 6. აჩვენეთ ხშირი საგნები რომლებიც ცივია და შეიძლება გამოიწვიოს ნიკოლასის სითბოს კარგვა. აუხსენით ამ კონტაქტის ეფექტი და შესთავაზეთ მეთოდი თუ როგორ გაათბოს საგნები მის გამოყენებამდე. სითბოს დაკარგვა ან მიღება შეიძლება გამოწვეული იყოს კონდუქციის მეთოდით.

	7. გაზომეთ ახალშობილის იღლიის ტემპერატურა ყოველ 30 წუთში სანამ არ დასტაბილურდება 2 საათის ხანგრძლივობით. შეატყობინეთ ვიკის პროგრესი. ხშირი შეფასება აჩვენებს ჩარევაზე საპასუხო რეაქციებს. მშობლების ინფორმირულობა ახალშობილის პროგრესზე საშუალებას აძლევს მათ, რომ ჩართულები იყვნენ მის მოვლაში. 8. შეაფასეთ სისხლის გლუკოზის დონე რეგულაციების მიხედვით თუ ნიკოლასს მოუსვენრობა ან ლეთარგია დაემართება. თუ სისხლის გლუკოზა დაბალია, დაეხმარეთ ვიკის ძუძუთი კვებოს ან გამოიყენოს ფორმულა სურვილის მიხედვით. არაკანკალის გზით გამოწვეულმა თერმოგენეზმა შეიძლება გამოიწვიოს ჰიპოგლიკემია. კვება უზრუნველყოფს კალორიებით სითბოს წარმოქმნას. კანზე შეხება დედასთან ძუძუთი კვების დროს ეხმარება ახალშობილს კონდუქციის მეთოდით გათბობაში. 9. მონიტორინგი გაუკეთეთ ტაქიპნოეს ან რესპირატორული დისრესის სხვა ნიშნებს. ამოქაჩვა და ჟანგბადის მიწოდება, საჭიროებისამებრ. არაკანკალის გზით თერმოგენეზი ზრდის ჟანგბადის საჭიროებას და სუნთქვითი სისტემის დატვირთვას და შეიძლება გამოიწვიოს ჰიპოქსია. 10. თუ მისი ტემპერატურა კვლავ დაბალია ან თუ აქვს განმეორებითი შემთხვევები დაბალი ტემპერატურის, მოათავსეთ ნიკოლასი გამათბობელში ან ინკუბატორში. შეატყობინეთ ექიმს ან ექთანს თუ პრობლემა გაგრძელდება. გამათბობელი და ინკუბატორი ათბობს ახალშობილს და შეიძლება საჭიროებისამებრ დარეგულირდეს. ტემპერატურული არასტაბილურობა ინფექციის ერთ-ერთი ნიშანია ახალშობილებში. შეიძლება საჭირო გახდეს დამატებითი ტესტები თუ გაგრძელდა დაბალი ტემპერატურა. 11. როცა ნიკოლასი მზად იქნება ღია საწოლში გადასაყვანად, ჩააცვით გამთბარი ტანსაცმელი და გაახვიეთ ცალ-ცალკე ორ გამთბარ პლედში. გამთბარი ტანსაცმელი და პლედები კონდუქციით მეტად გაათბობს ნიკოლასს. ცალ-ცალკე შემოხვეული პლედები მეტად ინარჩუნებს სითბოს. 12. გამოიყენეთ ქსოვილი ან ქუდი ახალშობილის თავზე დასაფარებლად. ეს ამცირებს სითბოს დანაკარგს.

	13. მოაშორეთ ზედმეტი პლედები ტემპერატურის საჭიროების მიხედვით. გადახურება იწვევს ჟანგბადის და გლუკოზის მოხმარებას. 14. ღია საწოლში გადაყვანის შემდეგ, შეამოწმეთ ახალშობილის ტემპერატურა ყოველ 30-60 წუთში სანამ არ დასტაბილურდება. უწყვეტი მონიტორინგი უზრუნველყოფს სავარაუდო პრობლემის სწრაფ იდენტიფიკაციას, რომელიც შეიძლება წამოიჭრას. 15. აუხსენით ვიკის როგორ გაახვიოს ნიკოლასი და რაც შეიძლება ნაკლებად გააშიშვლოს დაბანის ან საფენის გამოცვლის დროს. ასევე, ასწავლეთ როგორ გაუზომოს ილიის ტემპერატურა სახლში. ახსნა ზრდის მშობლების კომპეტენციას ახალშობილის ზრუნვის დროს.
	შეფასება: ახალშობილის ილიის ტემპერატურა იზრდება 37 ცელსიუსამდე. ნიკოლას არ აქვს სხვა პრობლემები ტემპერატურის არასტაბილურობის სამშობიაროში ყოფნის დროს. ვიკის გათვიცნობიერებული აქვს თუ როგორ გამოიყენოს სწორი მიდგომები, რომ ნიკოლასმა შეინარჩუნოს სითბო.

განმეორებითი გლუკოზის ტესტი

სანამ სისხლის გლუკოზა სტაბილურია, ფრთხილად დააკვირდით ახალშობილს ჰიპოგლიკემიის ნიშნებზე. განმეორებითი გლუკოზის სკრინინგი შეიძლება ჩატარდეს პროტოკოლის მიხედვით. შეატყობინეთ ექიმს ახალშობილის სტატუსის შესახებ. თუ სისხლის გლუკოზა არ დარჩება შესაბამის დონეზე, სხვა გამომწვევი ფაქტორები გამოიკვლიეთ. შეიძლება მოხდეს ახალშობილის გადაყვანა ინტენსიური თერაპიის განყოფილებაში მეტი მკურნალობისთვის, რაც შედგება ინტრავენური კვებით მანამ, სანამ სისხლის გლუკოზის დონე არ დასტაბილურდება

მოვლის სხვა მეთოდების გამოყენება

დააკვირდით სხვა გართულებების ნიშნებს. ახალშობილებმა, რომლებსაც არ აქვთ საკმარისი გლუკოზა, შეიძლება განიცადონ ტემპერატურის დაცემა, რამაც შეიძლება გამოიწვიოს რესპირატორული დისტრესი, რადგან ჟანგბადი გამოიყენება არაკანკალის გზით თერმოგენეზისთვის. მშობლები იქნებიან შეშფოთებულები მრავალჯერადად ქუსლზე ჩხვლეტის გამო, რასაც მათმა ახალშობილმა უნდა გაუძლოს. აუხსენით მშობლებს საკმარისი სისხლის გლუკოზის დონის შენარჩუნების მნიშვნელობა და თუ რატომ არის საჭირო ტესტები და ხშირი კვება. გაამხნევეთ მშობლები, რომ კვებონ ახალშობილები ინსტრუქციის მიხედვით, რათა მოხდეს შესაბამისი გლუკოზის დონის შენარჩუნება, რაც დააკმაყოფილებს ახალშობილის საჭიროებებს. განიხილეთ სისხლის ტესტებისა და შეფასების კრიტერიუმები მათი შეწყვეტისთვის.

გამოკვლევა

ჰიპოგლიკემიის კოლაბორაციული ინტერვენციის გამოსაკვლევად, აღნიშნეთ ახალშობილის საპასუხო რეაქცია ინტერვენციაზე და შენარჩუნებული ჰიპოგლიკემიის ნიშნების არსებობა ან არ არსებობა. სისხლის გლუკოზა უნდა იყოს 40- 45 მგ/დლ ზემოთ.

შემთხვევის შესწავლა 9-1 კრიტიკულად სააზროვნო დავალება

მაგდა ექთანი, დედათა და ბავშვთა განყოფილებიდან, ზრუნავს ვიკიზე და ნიკოლასზე მეორე დღეს. ორივე, დედა და ბავშვი, თავს კარგად გრძნობს. ოთახში შესვლისას კვების შემდეგ ვიკი ამბობს"ბავშვის ხელები და ფეხები არის ძალიან ცივი, ასევე ხელები უკანკალებს, კარგად არის? რამეს არასწორად ხომ არ ვაკეთებ? თბილად მყავს პლედში.

კითხვები

1. რა არის ექთნების პრიორიტეტი ამ სიტუაციაში?
2. რა დამატებითი შეფასებები არის საჭირო?
3. რა ჩარევა არის საჭირო?
4. როგორ რეაგირებას მოახდენთ ვიკის კითხვებზე?

ბილირუბინი

რადგან გაზრდილი ბილირუბინი ხშირია ახალშობილებში, იყავით ფხიზლად ისეთ სიტუაციებზე, რომელიც საჭიროებს ჩარევას.

შეფასება

შეაფასეთ ახალშობილი სიყვითლეზე ცხვირის ან მკერდის ძვლის კანზე ზეწოლით (უნდა გათეთრდეს). შეაფასეთ სიყვითლეზე ყოველი 8-12 საათის განმავლობაში სასიცოცხლო ფუნქციების შეფასებასთან ერთად. განსაზღვრეთ გავრცელდა თუ არა სიყვითლე სხეულის ქვემოთა მიმართულებით. რადგან სიყვითლის თვალით შეფასება არის არასაიმედო ჰიპერბილირუბინემიის ხარისხის ზუსტად განსაზღვრისთვის, შეაფასეთ კანქვეშა და შრატის ბილირუბინის მონაცემები ნებისმიერ პაციენტში სიყვითლით. შეადარეთ შედეგები წინა შედეგებს და ასევე იმას თუ რა არის მოსალოდნელი ახალშობილის ასაკისთვის.

პაციენტის მოვლასთან დაკავშირებული საექთნო დიაგნოზი

ჰიპერბილირუბინემია შეიძლება არ მოხდეს გაწერამდე, განსაკუთრებით თუ გაწერა მოხდა ნაადრევად. დიაგნოზი ამ სიტუაციისთვის იქნება "ნეონატალური სიყვითლის რისკი, რომელიც დაკავშირებულია მშობლების მწირ ცოდნასთან ჰიპერბილირუბინემიის შესახებ."

მოსალოდნელი გამოსავალი

მოსალოდნელი გამოსავალი ამ დიაგნოზისთვის არის შემდეგი:
მშობლებს ეცოდინებათ სიყვითლის შემცირებისა და პრევენციის მეთოდები.
მშობლები მიმართავენ სამედიცინო დაწესებულებას მკურნალობისთვის, თუ სიყვითლე განვითარდება ან გაუარესდება გაწერის შემდეგ.

ჩარევა

განსაზღვრეთ რომელი ახალშობილი არის გაზრდილი რისკის ქვეშ ჰიპერბილირუბინემიის მიმართ. განსაკუთრებული ყურადღება გამოიჩინეთ ნაადრევი ან გვიანი ნაადრევი ახალშობილის მიმართ, რადგან მშობლებს შეიძლება გააზრებული არ ჰქონდეთ სიყვითლის გაზრდილი რისკი. აუხსენით მშობლებს სიყვითლის მნიშვნელობა და აჩვენეთ თუ როგორ შეამოწმონ კანის ფერის ცვლილება. უპასუხეთ მშობლების კითხვებს სისხლის ტესტის, ფოტოთერაპიისა და სხვა მკურნალობის შესახებ.

განიხილეთ კვების მნიშვნელობა სიყვითლის პრევენციის თვალსაზრისით და აუხსენით მშობლებს, რომ განავლის გატარების სტიმულაციით, ბილირუბინის მაღალი დონის პრევენცია ხდება. თუ ახალშობილი ცუდად იკვებება, განსაზღვრეთ მიზეზები და ჩაერიეთ შესაბამისად. დაეხმარეთ

დედას, რომ გააღვიძოს მძინარე ახალშობილი კვებისთვის, გაამხნევეთ რომ გაატაროს დამატებითი დრო ახალშობილებთან, თუ ახალშობილს ცუდი წოვის რეფლექსი აქვს. აუხსენით დედას რომ ეცადოს ჩვილს შესაფერისი რაოდენობის რძე მიაღებინოს თითოეული კვების დროს.

თუ ახალშობილი ძუძუთი კვებაზეა, შეაფასეთ ახალშობილის წოვის რეფლექსი და დედის სწორი ცოდნა მისი სწორად დაჭერის და სხვა ტექნიკების მიმართ. დედას მიეცით რჩევა-დარიგება ახალშობილის მოვალზე ყველაზე მცირე 8-12 ჯერ თითოეული 24 საათის განმავლობაში საკმარისი დროის ხანგრძლივობით. შეაფასეთ დედები, ვისაც სიძნელეები აქვთ, რომ დარწმუნდნენ ახალშობილები იკვებებიან კარგად გაწერამდე.

ინსტრუქცია მიეცით მშობლებს, რომ დაუკავშირდნენ თავიანთ მკურნალ პერსონალს, თუ შეამჩნევენ სიყვითლის მომატებას სახლში ყოფნის დროს ან თუ ახალშობილი კარგად არ იკვებება. ნორმალური კვების დროს, ახალშობილი მეოთხე დღისთვის ყველაზე მცირე 6-ჯერ უნდა შარდავდეს და წარმოქმნიდეს შესაფერის განავალს (ყველაზე მცირე ერთხელ დღეში, თუ ფორმულით იკვებება და ყველაზე მცირე - ოთხჯერ ძუძუთი კვების დროს).

მშობლებს შესთავაზეთ სიყვითლის შესახებ წერილობითი მასალა სახლში წასაღებად. მასალა უნდა იყოს პაციენტისთვის გასაგებ ენაზე, ასევე შესთავაზეთ მთარგმნელი თუ საჭიროა.

გააგრძელეთ ახალშობილების შემოწმება სიყვითლეზე გაწერის შემდგომი ადრეული პერიოდის ვიზიტებზე ან სახლში ვიზიტებზე. კანისშიდა და შრატის ბილირუბინის დონე შეიძლება გამოიყენოთ, რომ განსაზღვროთ სიყვითლის ხარისხი. გაამყარეთ მშობლების ცოდნა სიყვითლის აღმოჩენის შესახებ და კვებისა და განავლის მნიშვნელობაზე. უპასუხეთ კითხვებს, რომლებიც მშობლებს დაუგროვდათ გაწერიდან დღემდე.

თუ ახალშობილს განუვითარდება ნამდვილი ძუძუს რძის სიყვითლე, აუხსენით ეს მშობლებს. დედა, რომელმაც უნდა შეწყვიტოს ძუძუთი კვება 1-2 დღის განმავლობაში, ძალიან დაინტერესებული იქნება თუ რატომ ხდება ეს. დაარწმუნეთ დედა, რომ მისი რძე საკმარისია და საზიანო არ არის ახალშობილისთვის. მიეხმარეთ მას შეინარჩუნოს რძის მიწოდება რძის გამოსაწველის საშუალებით იმ პერიოდში, როცა ახალშობილი იმყოფება ფორმულით კვებაზე.

გამოკვლევა

სწორად ექთნის მიერ წარმოებული დაკვირვებით და მშობლების სწავლებით არის შესაძლებელი სიყვითლის ადრეული აღმოჩენა და დაზიანების პრევენცია.

შეფასებისა და მოვლის გაგრძელება

ახალშობილის სრული შეფასება საჭიროა ყოველ 8 საათში ან პროტოკოლის შესაბამისად, მაგრამ ექთანმა თვალყური უნდა ადევნოს ახალშობილის მდგომარეობის ცვლილების ნიშნებს სასიცოცხლო ნიშნების უფრო ხშირად შეფასება ხდება, როცა ისინი ნორმის ფარგლებში არ არის. ახალშობილი იწონება ყოველდღიურად და წონის დაკლებისა და მომატების დოკუმენტაცია ხდება სამედიცინო ჩანაწერებში.

კანის მოვლა

კანი უნდა შემოწმდეს ახალ ნიშნებზე ან ძველის ცვლილებებზე. თავის ქალაზე ნიშნები შეიძლება თვალსაჩინო არ იყოს თმის გამო. კანის ტურგორის შესაფასებლად, ექთანი იღებს კანის პატარა ნაწილს გულმკერდზე ან მუცელზე და აღნიშნავს რამდენად ჩქარა დაუბრუნდება თავის ნორმალურ პოზიციას. თავის თავდაპირველ მდგომარებასთან დაბრუნება უნდა მოხდეს დაუყოვნებლივ ნორმალურ ახალშობილში, მდგომარეობის შენარჩუნების გარეშე. კანი რომელიც ჩერდება აწეულ პოზიციაში, მოქაჩვის დროს მიგვანიშნებს დეჰიდრაციაზე.

დაბანა

ახალშობილის დაბანა ხდება რაც შეიძლება მალე დაბადებიდან, ტემპერატურის სტაბილიზაციის შემდეგ, რათა მოხდეს სისხლისა და ამნიონური სითხის მოშორება. 36.7^0 C ან უფრო მაღალი ტემპერატურა ხშირად აღებულია ინდიკატორად, რომ განისაზღვროს თუ როდის უნდა მოხდეს ახალშობილის დაბანა. მთლიანად მოშორება პირველადი ნაცხის არ არის აუცილებელი.

ადრეული დაბანა ამცირებს დედის სისხლთან და სისხლში არსებულ ორგანიზმებთან ახალშობილის კანის შეხებას. დაბანა ხდება მანამდე, სანამ ნებისმიერი ინვაზიური პროცედურა ჩატარდება ახალშობილში, როგორიცაა ინექციები ან ქუსლზე ჩხვლეტა, რომელმაც შეიძლება გამოიწვიოს ორგანიზმში კანიდან ინფექციის მოხვედრა ახალშობილის ქსოვილში ან სისხლში. თუ კანის ჩხვლეტა აუცილებელია ბანაობამდე, მაშინ უნდა მოხდეს იმ ადგილის გასუფთავება, სადაც ხდება ჩხვლეტა.

ახალშობილის დაბანა უნდა მოხდეს წყალში ჩაწვენით. კვლევებმა აჩვენა, რომ აბაზანაში ბანაობა არ ზრდის ინფექციის რისკს ან ამცირებს ჭიპლარის შეხორცებას, ვიდრე ღრუბლით დაბანის დროს. თბილად რომ ვამყოფოთ ახალშობილი, მისი ჩასმა უნდა მოხდეს წყალში იმ დონეზე, რომ მოხდეს მხრების დაფარვა. წყლის ტემპერატურა უნდა იყოს დაახლოებით 38^0 C დან 40^0 C-ზე ნაკლები.

თუ ღრუბლით ხდება დაბანა, მაშინ ამის გაკეთება შეიძლება გამათბობელის ქვეშ, რათა მოხდეს ახალშობილის ტემპერატურის შენარჩუნება. ევაპორაციის გზით სითბოს დანაკარგის პრევენციისთვის დაბანა უნდა მოხდეს ჩქარა და ახალშობილი უნდა გამშრალდეს სრულად. თმის შამპუნით დაბანის დროს, მიმხმარი სისხლის მოსაშორებლად ექთანი თან ვარცხნის ახალშობილს. ახალშობილის თმის დავარცხნა აჩქარებს გაშრობას.

ახალშობილი რჩება გასათბობში, სანამ თმა არ გაუშრება და ტემპერატურა არ დაუბრუნდება თავდაპირველ მდგომარეობას. ახალშობილს აცმევენ და ახვევენ ორ პლედში და ქუდს ახურებენ ახალშობილს თავზე, სანამ მისი გადაყვანა ხდება გამათბობლიდან. ტემპერატურის გადამოწმება უნდა მოხდეს ყოველ ერთ საათში იმაში დასარწმუნებლად, რომ ახალშობილი ინარჩუნებს შესაბამის თერმორეგულაციას.

მშობლების თვალწინ ახალშობილის დაბანა ექთანს საშუალებას აძლევს უფრო კარგად აჩვენოს მათ ახალშობილი და დაბანის პროცედურა. ასევე, კარგი დროა რომ ასწავლოს მშობლებს უსაფრთხოების ზომები.

თავდაპირველი დაბანის შემდეგ, შეიძლება აღარ მოხდეს მისი დაბანა სამშობიაროში ყოფნის დროს. ხდება კანის გასუფთავება საფენის გამოცვლის დროს და ასევე პირიდან გადმოსული რძის მოშორებისას. სუფთა წყალი ან მსუბუქი საპნის სითხე გამოიყენება დასაბან საშუალებად პროტოკოლის მიხედვით.

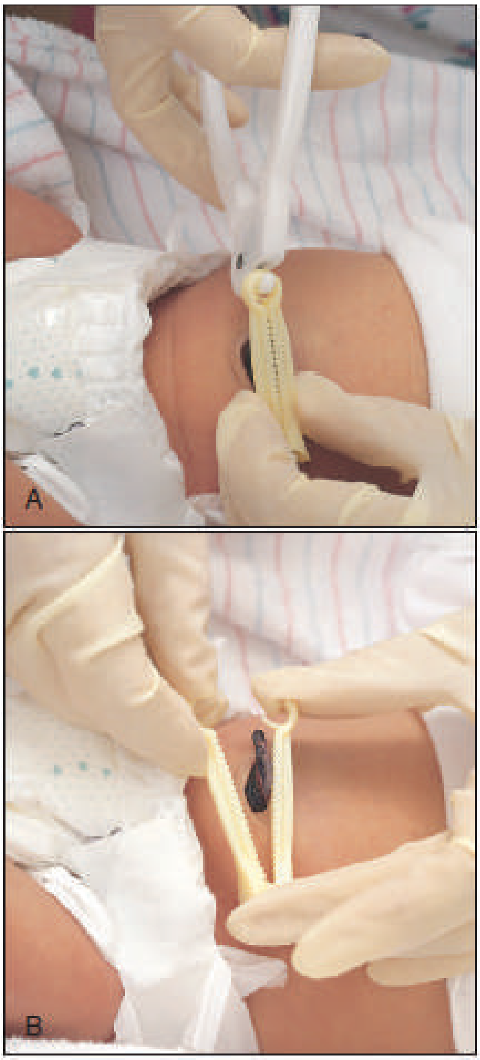
ჭიპის მოვლა

ჭიპის ადგილი უნდა შემოწმდეს სისხლდენის ან სისველის აღმოსაჩენად დაბადებიდან ადრეულ საათებში. ჭიპლარის სამაგრი საიმედოდ უნდა იყოს შეკრული, ისე რომ კანი არ იყოს მოყოლილი მასში. ჩირქოვანი დრენაჟი ან სიწითლე ან შეშუპება ჭიპლარის ფუძეზე მიანიშნებს ინფექციას. ჭიპლარის გაშრობა იწყება დაბადებიდან მალევე. ის ხდება მოყავისფრო - მოშავო 2-3 დღეში და ძვრება 10-14 დღეში.

მტკიცებულებაზე დაფუძნებული პრაქტიკის გზამკვლევის მიხედვით ჭიპლარის გასუფთავება წყლით და მისი სუფთა და მშრალ მდგომარეობაში შენარჩუნება საუკეთესო მოვლის მეთოდია. ჭიპლარის ამ ბუნებრივი მეთოდით მოვლამ შეიძლება შეამციროს ჭიპლარის მოშორების დრო და არ გაზარდოს ინფექციის რისკი. საფენის დახვევა ხდება ჭიპლარის ქვემოთ, რომ მოხდეს ჭიპლარის მშრალად შენარჩუნება და მისი შარდით დაბინძურების პრევენცია. ჭიპლარის სამაგრის მოშორება ხდება დაახლოებით 24 საათში თუ ჭიპლარის ბოლო მშრალია (სურათი 9-2). მიუხედავად იმისა, რომ ჭიპლარის ფუძე სველია, სისხლდენის სასიშროება არ არის, თუ ბოლო მშრალი და გამხმარია.

საფენის ადგილის გასუფთავება

რადგან არსებობს სხეულის სითხეებთან კონტაქტის შესაძლებლობა, მნიშვნელოვანია რომ გამოვიყენოთ სუფთა ხელთათმანები საფენის გამოცვლის დროს. მეკონეუმი არის ძალიან სქელი და წებოვანი და შეიძლება რთული იყოს მისი კანიდან მოცილება. სუფთა წყალი და მსუბუქი საპნის სითხე შეიძლება გამოვიყენოთ საფენის ადგილის გასასუფთავებლად. თუ კომერციულად გამოშვებული საპნები გამოიყენება, მაშინ ისინი უნდა იყოს თავისუფალი სარეცხი საშუალებებისა და ალკოჰოლისგან.



სურათი 9-2, ჭიპლარის სამაგრს ვამორებთ როცა ჭიპლარის ბოლო არის მშრალი და გამხმარი.ჭიპლარის სამაგრი არის გაჭრილი (A) და მოშორებული (B)

კვებაში დახმარება

ექთანი უნდა დარწმუნდეს, რომ ახალშობილი კარგად იკვებება და მშობლებს აქვთ საკმარისი ინფორმაცია მათ მიერ არჩეული კვების მეთოდზე. ეს განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია ძუძუთი კვებაზე მყოფ ახალშობილებში. პრობლემების თავიდან აცილების მიზნით, უმჯობესია თუ ექთანი მცირე დროით დააკვირდება პროცესს კვების დაწყების განმავლობაში, რასაც მოჰყვება მეორე შემოწმება კვების განმავლობაში. ეს ეხმარება ექთანს აღმოაჩინოს ნებისმიერი პრობლემა, რაც შეიძლება განვითარდეს ჩვილის კვებასთან დაკავშირებით.

ძილის პოზიცია

მშობლებმა უნდა იცოდნენ როგორ მოათავსონ ახალშობილი სწორად. ახალშობილის მოთავსება მუცელზე პოზიციაში ძილის დრო დაკავშირებულია ახალშობილის უცაბედი სიკვდილის სინდრომის გაზრდილ რისკთან. AAP რეკომენდაციას გვთავაზობს, რომ მშობლებს ვასწავლოთ ახალშობილები დააწვინონ ზურგზე ძილის დროს, რადგან ეს პოზიცია ამცირებს ახალშობილის უცაბედი სიკვდილის სინდრომის განვითარების რისკს. გვერდზე დაწოლილი პოზიცია რეკომენდებული არ არის, რადგან ამ დროს შესაძლებელია ახალშობილი გადაბრუნდეს მუცელზე პოზიციაში. თუ მშობლები ხედავენ ახალშობილებს გულაღმა პოზიციაში სამშობიაროში, სახლშიც მეტი ალბათობით იმავეს გააკეთებენ.

მშობლებს ასევე უნდა ვასწავლოთ, რომ გამოიყენონ მყარი ზედაპირი ახალშობილის დასაძინებლად რბილი ბალიშების გარეშე და თავიდან ავიცილოთ თავისუფალი ან რბილი საწოლი,

რომელმაც შეიძლება სუნთქვაში ხელი შეუშალოს. ტომრის მსგავსი დასაძინებლები, რომელიც პლედის მაგივრობას წევს, არსებობს. ახალშობილს არ უნდა ეძინოს საწოლში ან დივანზე სხვა ადამიანთან ერთად. თუმცა, ახალშობილის საწოლის მოთავსება მშობლების ოთახში რეკომენდებულია. საწოვარას მიცემაც ახალშობილის დაძინების პროცესშიც ასევე რეკომენდებულია, მაგრამ ამის გადავადება უნდა მოხდეს ერთი თვით ძუძუთი კვებაზე მყოფ ახალშობილებში, რომ ჩამოყალიბდეს კარგი ძუძუთი კვება. ზედმეტი კვება ძილის დროს უნდა იყოს თავიდან აცილებული.

პოზიციონირება და თავის ფორმა

ახალშობილის დიდი დროით ზურგზე წოლის პოზიციამ შეიძლება გამოიწვიოს თავის უკანა ნაწილის დაბრტყელება ან ასიმეტრია (პოზიციონალური პლაგიოცეფალია). ეს ხდება, რადგან ძვლები სრულად განვითარებული არ არის და შეიძლება ფორმა შეიცვალოს პოზიციის მიხედვით.

თავის დაბრტყელების პრევენციისთვის აუცილებელია ახალშობილის მოთავსება მოცელზე დღეში რამდენჯერმე როცა ღვიძავთ. "მუცლის პერიოდი" არის შესაძლებლობა, რომ ითამაშოს და ურთიერთობაში შევიდეს მშობლებთან. აუცილებელია, რომ ახალშობილი იყოს დაკვირვების ქვეშ სრული დროის განმავლობაში, როცა მუცელზე პოზიციაშია და უნდა მოხდეს მისი ზურგზე გადმოტრიალება თუ ჩაეძინა.

ახალშობილებს ახასიათებთ თავის მობრუნება ოთახის ცენტრისკენ ან კარისკენ. ამიტომ ისინი მოთავსებულები უნდა იყვნენ საწოლის ალტერნატიულ ბოლოში, როცა მათ ვაწვენთ. პოზიციის ცვლილება ცვლის თავის იმ მხარეს, რომელიც იღებს უმეტეს დაწოლას. ბოთლით კვების დროს, ახალშობილი უნდა დავიჭიროთ ალტერნატიულ გვერდებზე, რომ ვანაცვლოთ დაწოლის წერტილი თავზე.

შემთხვევის შესწავლა 9-1 კრიტიკულად სააზროვნო დავალება

ვიკის დედამთილი მოდის ვიზიტზე. როცა მაგდა შედის ოთახში, რომ ნიკოლასი შეაფასოს, ბებო ეკითხება: "მე ყოველთვის ვაწვენდი ბავშვებს მუცელზე, რომ დაეძინათ და კარგად ეძინათ ხოლმე. დარწმუნებული ხართ, რომ ზურგზე უნდა იწვეს? ზოგიერთ ბავშვს თავი უბრტყელდებათ ზურგზე წოლისას; არ მინდა, რომ ეს მოუვიდეს ჩემ შვილიშვილს."

კითხვა

1. როგორ რეაგირებას მოახდენთ ბებიის შეკითხვაზე?

ახალშობილის დაცვა

ახალშობილის დაცვა არის მოვლის მნიშვნელოვანი ნაწილი. ახალშობილის დაცვის პირველადი ზომები არის (1) დარწმუნება, რომ ახალშობილი ყოველთვის მიგვყავს თავის მშობლებთან, (2) უსაფრთხოების ზომების მიღება, რათა მოხდეს ახალშობილის მოტაცების პრევენცია (3) ინფექციებისგან დაცვა ან მისი არსებობის ადრეული გამოვლენა და (4) ახალშობილის ჩამოვარდნის პრევენცია.

ახალშობილის იდენტიფიცირება

ახალშობილის იდენტიფიცირებისთვის გამოიყენება რამდენიმე მეთოდი. ექთანი უნდა დარწმუნდეს, რომ ახალშობილი არასდროს არ არის მიყვანილი შეცდომით სხვა ადამიანთან. ასეთი სახის შეცდომამ შეიძლება გამოიწვიოს ახალშობილისა და მშობლების კავშირის დამყარების პრობლემები, ინფექციასთან შეხება, მომუშავე პერსონალის მიმართ ნდობის დაკარგვა უსაფრთხოების კუთხით და სასამართლოში სარჩელი.

ელექტრონული მოწყობილობა ან ნომრებით დაწერილი საიდენტიფიკაციო სამაჯურები გამოიყენება სამშობიაროებში ახალშობილთა იდენტიფიცირებისთვის. ელექტრონული მოწყობი-

ლობა ისეა შექმნილი, რომ იძლევა სიგნალს თუ მოხსნილია ან თუ ახალშობილი გაყვანილია სამშობიაროს მიღმა. ზოგიერთ სისტემაში, სიგნალის საპასუხოდ ყველა გასასვლელი იკეტება ავტომატურად. მოწყობილობები და სამაჯურები გამოიყენება, რათა ნებისმიერ დროს მოხდეს დედის და ახალშობილის იდენტიფიცირება, როდესაც დაშორების შემდეგ დედას მიუყვანენ ახალშობილს (სურათი 9-3). ახალშობილის იდენტიფიკაციის დროს პერსონალმა უნდა იმოქმედოს დაწესებულების რეგულაციით.

იდენტიფიკაციის სხვა მეთოდებია ახალშობილის ფეხისგულის ანაბეჭდისა და დედის თითის ანაბეჭდის აღება ან ახალშობილის ფოტო სურათი.

საჭიროების შემთხვევაში ახალშობილის იდენტიფიცირებისთვის შესაძლოა გამოყენებულ იქნას დაბადების ნიშნები ან სხვა განმასხვავებელი ნიშნები დეზოქსირიბონუკლეინის მჟავის (DNA) ანალიზთან ერთად, თუ იდენტიფიკიაციის მნიშვნელობა საჭირო გახდება მოგვიანებით.

ახალშობილის გატაცების პრევენცია

მოვლის აუცილებელი ნაწილია ახალშობილის დაცვა გატაცებისგან. აშშ-ს სტატისტიკის მიხედვით, 1983- 2012 წლებში 130 ახალშობილი გაიტაცეს საავადმყოფოებიდან; 115 - სახლიდან და 39 - სხვადასხვა ადგილიდან. სამშობიარო დაწესებულებებში ბავშვის გატაცების უმეტესობა (58%) ხდებოდა დედის ოთახებიდან. გატაცება ხდებოდა ასევე საბავშვო ოთახიდან, პედიატრიული განყოფილებიდან და საავადმყოფოს სხვა ტერიტორიებიდან. საბედნიეროდ გატაცებული ახალშობილების 96% უსაფრთხოდ დაბრუნდა მშობლებთან.

სურათი 9-3, ექთანი ხსნის საფენებს რომ შეადაროს ახალშობილის საიდენტიფიკაციო თასმა დედის თასმასთან

ყუთი 9-1 გამაფრთხილებელი ზომები ახალშობილის გატაცების პრევენციისთვის

- ყველა მომუშავე პერსონალმა უნდა ატაროს საიდენტიფიკაციო სურათი ყოველთვის. არავინ არ უნდა შეეხოს ახალშობილს, თუ არ უკეთია შესაფერისი საიდენტიფიკაციო საბუთი;
- შეიყვანეთ მომსახურების სიაში, რომ ინფორმირება გაუკეთოთ მშობლებს თუ როგორ უნდა მოახდინონ გატაცების პრევენცია. აუხსენით, რომ მხოლოდ იმ მომუშავე პერსონალს, რომელსაც აქვს საიდენტიფიკაციო საბუთი, ანდონ ახალშობილი;
- აუხსენით მშობლებს და მომუშავე პერსონალს, რომ ატარონ ახალშობილები მხოლოდ თავიანთი საწოლით და არასდროს არ ატარონ ხელით. ყურადღებით დააკვირდით ყველას, ვისაც ბავშვი ჰყავს დედის ოთახიდან გარეთ;
- ყურადღება მიაქციეთ ყველას ვისაც, ბავშვი ჰყავს სამშობიაროს გასასვლელ ან უცნაურ ადგილებში;
- ეჭვი მიიტანეთ ყველაზე, ვინც არ არის დედასთან ვიზიტზე მოსული, კითხულობს დეტალურად სამშობიარო და გაწერის საკითხებზე, ითხოვს ბავშვის აყვანას და იქცევა უცნაურად;
- ეჭვი მიიტანეთ უცნობი ადამიანებზე, ვისაც უჭირავს დიდი ზომის ჩანთები ან ყუთები, რომელშიც შესაძლოა იყოს ბავშვი;
- რეაგირება მოახდინეთ დაუყოვნებლივ განგაშის სიგნალებზე, როცა გასასვლელი იხსნება ან ახალშობილი გაყვანილია არაავტორიზირებულ ადგილებში;
- არასდროს არ დატოვოთ ახალშობილი უყურადღებოდ. ასწავლეთ მშობლებს, რომ ახალშობილი ჰყავდეს ყოველთვის მეთვალყურეობის ქვეშ. ახალშობილი შეიძლება წაიყვანოთ სააბაზანოში დედასთან ერთად, საჭიროების შემთხვევაში. შესთავაზეთ დედას ექთნების დახმარება, თუ დედას სურს, რომ დაიძინოს ან თავს გრძნობს შეუძლოდ ან ოჯახის წევრები არ არიან მის გვერდით;
- თუ საჭიროა ახალშობილის გადაყვანა საჭიროა სხვა ადგილას, გადაიყვანეთ ერთი ახალშობილი თითო ჯერზე. არასდროს დატოვოთ ახალშობილი შემოსასვლელში, სანამ ექთანი არის ოთახში დედასთან. არასდროს არ დატოვოთ ახალშობილი მეთვალყურეობის გარეშე;
- როცა ახალშობილები არიან დედის ოთახში, მოათვსეთ საწოლი გასასვლელი კარიდან შორს, სასურველია დედის საწოლის გვერდზე, რომელიც არის გასასვლელი კარის საპირისპირო მხარეს;
- შეინახეთ დაცულად კოდები და ბარათები, რომელიც გამოიყენება შესვლისთვის სამშობიარო განყოფილებაში ან საბავშვო ოთახში, ისე რომ არაავტორიზებულმა ადამიანმა ვერ შეძლოს მისი გამოყენება;
- როცა მშობელი ან ოჯახის წევრი მოდის საბავშვო ოთახში, ყოველთვის შეადარეთ ახალშობილისა და ზრდასრულის საიდენტიფიკაციო მონაცემები. არ მისცეთ ბავშვი არავის, ვისაც არ აქვს სწორი საიდენტიფიკაციო მონაცემები;
- შეატყობინეთ საავადმყოფოს დაცვას დაუყოვნებლივ ნებისმიერი საეჭვო აქტივობა;
- რჩევა მიეცით მშობლებს, რომ არ მოათავსონ რაიმე მანიშნებელი სახლზე ან ეზოში, რომ მათ სახლში ახალშობილია.

ახალშობილების გატაცება ხშირად ხდება ქალების მიერ, რომლებიც კარგად იცნობენ სამშობიარო სახლსა და მათ რეჟიმს. გამტაცებლები ხშირად ცხოვრობენ დაწესებულებასთან ახლოს. ისინი ხშირად სტუმრობენ დაწესებულებას რამდენჯერმე, რომ შეისწავლონ მათი პრაქტიკის რუტინა, მოახერხონ საკუთარი თავის სამშობიარო პერსონალად გასაღება და ახალშობილთან მოახერხონ წვდომა. მათ იციან დაწესებულების განლაგება და გასასვლელი ადგილების მდებარეობაც.

უხშირესად, გამტაცებლი ქალი არის რეპროდუქციული ასაკის, ხშირად ჭარბწონიანი, რომელსაც უნდა შვილი, რომ გაამყაროს მისი ურთიერთობა მეუღლესთან ან პარტნიორთან. ის შეიძლება თავს აჩვენებდეს პარტნიორს, რომ ორსულადაა ან ჰქონდეს წინა ორსულობის შეწყვეტა ისტორიაში ან თვითონ არ შეეძლოს დაორსულება. გამტაცებელი ქალი გეგმავს გატაცებას და ელოდება შესაბამის შესაძლებლობას რომ გაიტაცოს ნებისმიერი ახალშობილი. მას შეიძლება ეცვას მომსახურე პერსონალის ფორმა და უთხრას მშობელს, რომ ბავშვი მიჰყავს ტესტის გასაკეთებლად.

სიფრთხილის ბევრი ზომის მიღებაა საჭირო, რომ მოხდეს ახალშობილის დაცვა მოტაცებისგან (სამახსვრო 9-1). მომუშავე პერსონალი, რომელიც დროებით მუშაობს განყოფილებაში უნდა იყოს იდენტიფიცირებადი.

სურათი 9-4 , ექთანი იყენებს კოდს რომ გააღოს საბავშვო ოთახი

გააფრთხილეთ მშობლები, რომ არ გადასცენ ახალშობილი ადამიანს, რომლის იდენტიფიცირება ვერ ხერხდება. წაახალისეთ მშობლები, რომ მათ მოახდინონ იმ ადამიანების იდენტიფიცირება, რომელსაც გადასცემენ ახალშობილს ან შეხება აქვს ახალშობილთან. თუ დარწმუნებულები არ არიან ვინმეში, ვინც თხოვს მათი ბავშვის წაყვანას , შეუძლიათ დაუძახონ მთავარ ექთანს დახმარებისთვის.

ხალხი, რომელიც შედის ან ტოვებს სამშობიარო განყოფილებას ან ახალშობილის ოთახს, უნდა იყოს დაკვირვების ქვეშ მუდმივად. შესასვლელი უნდა იკეტებოდეს და აღჭურვილი უნდა იყოს ვიდეო მეთვალყურეობის სისტემითა და საგანგაშო მოწყობილობებით (სურათი 9-4). ვიზიტორები სამშობიარო განყოფილებაში უნდა შემოწმდნენ უსაფრთხოების სამსახურის ან სხვა მომუშავე პერსონალის მიერ და ეკეთოთ სპეციალური ვიზიტორის საიდენტიფიკაციო ნიშანი. განგაშის სიგნალზე მომუშავე პერსონალმა რეაგირება სწრაფადვე უნდა მოახდინოს.

ექთანმა მშობლები უნდა ჩართოს გატაცების პრევენციის ზომებში ისე, რომ არ შეაშინოს ისინი. ახალშობილის გატაცება ასევე მომხდარა მშობლების სახლიდან ისევე როგორც სამშობიარო დაწესებულებიდან. მშობლებმა თავი უნდა შეიკავონ მონაცემების გამოქვეყნებისგან, როგორიცაა ადგილის ნიშნები, რომელმაც გამტაცებელს შეიძლება ინფორმაცია მიაწოდოს დაბადების ადგილის შესახებ. პირადი სოციალური ქსელები არ უნდა იყოს მარტივად ხელმისაწვდომი გასაჯაროების გამო და არასდროს არ უნდა შეიცავდეს ბავშვის მისამართს.

ინფექციის პრევენცია

რადგან ახალშობილს აქვს შეზღუდული შესაძლებლობა რომ ინფექციას ებრძოლოს, პრევენციას აქვს უდიდესი მნიშვნელობა და შეადგენს უმთავრეს ნაწილს მშობლების სწავლებაში.

ცვლის დაწყების დროს, ექთანი იბანს ხელებს და მკლავებს სრულად. მთელი დღის განმავლობაში, ხელის დაბანა არის მნიშვნელოვანი თითოეული ახალშობილის შეხებამდე და მის მერე. მნიშვნელოვანია, რომ არ მოხდეს ერთი ახალშობილის დაჭერის შემდეგ მეორის დაჭერა შუაში ხელის დაბანის გარეშე. ინფექცია, რომელიც განუვითარდება ერთ ახალშობილს, შეიძლება სწრაფად გავრცელდეს მეორე ახალშობილში, თუ ეს სიფრთხილის ზომები არ იქნება გამოყენებული.

სპეციალური სადეზინფექციო ხსნარი შეიძლება გამოვიყენოთ ხელის დაბანის მაგივრად, როცა ხელები შესამჩნევად არ არის დასვრილი რამით. სპეციალური სადეზინფექციო ხსნარის მოწყობილობა შეიძლება მოთავსებული იყოს თითოელი დედის ოთახში და სხვა ადგილებში მთლიან განყოფილებაში.

თავიდან რომ ავიცილოთ ურთიერთდაბინძურება, თითოეული ახალშობილის მოწყობილობა ინახება სხვა ახალშობილის გამოყენებული ნივთებისგან განცალკევებით. მარაგი ყუთებში ან საწოლის უჯრებში უნდა იყოს გამოყენებული კონკრეტული ახალშობილისთვის, რადგან მათ უმეტესად ექთანი შეეხება, რომელიც ზრუნავს ახალშობილზე. მათმა გამოყენებამ სხვა ახალშობილზე შეიძლება გამოიწვიოს ინფექციის გამომწვევი ორგანიზმის გადატანა.

ექთანმა მშობლებსა და ვიზიტორებს უნდა ასწავლოს, რომ დაიბანონ ხელი, სანამ ახალშობილს შეეხებიან. მშობლებისთვის უნდა აუხსნათ, რომ, სახლში გაწერის შემდეგ უნდა მოერიდონ დედები და ახალშობილები ვიზიტორებს სამშობიარო ადგილას და ადრეულ პერიოდში.

როცა დედას აქვს ინფექცია, ექიმი წყვეტს უსაფრთხოა თუ არა ახალშობილის მასთან დატოვება. რადგან დედა და ახალშობილი იზიარებენ ერთსა და იმავე ორგანიზმებს; მწვავე ავადმყოფობის პერიოდში მყოფი დედის ახალშობილი შეიძლება მოთავსდეს ბავშვთა ოთახში, სანამ დედა აღარ არის ინფექციის გადატანის წყარო და შეუძლია ახალშობილზე ზრუნვა.

ხშირად, დედის სიცხის ხარისხი არის გადამწყვეტი ფაქტორი. დედისა და ახალშობილის დაშორება უნდა მოხდეს რაც შეიძლება მცირე დროით, რომ მოხდეს ურთიერთკავშირის პრომოცია.

ექთნები უნდა იყვნენ ფხიზლად ინფექციის ნიშნების მიმართ ახალშობილის შეფასებისა და ზრუნვისას. ეს ნიშნები ხშირად განსხვავდება უფრო მოზრდილი ახალშობილისა და ბავშვების ნიშნებისგან და შეიძლება იყოს შეუმჩნეველი. სიცხის მაგივრად შეიძლება მოხდეს ტემპერატურის შემცირება. ახალშობილი შეიძლება ცუდად იკვებებოდეს, იყოს ლეთარგიული ან ჰქონდეს აპნოეს ეპიზოდები აშკარა მიზეზის არსებობის გარეშე. ქცევაში ნებისმიერი ცვლილება, რომელიც აუხსნელია, უნდა იყოს ჩაწერილი და გამოკვლეული. იგივე ეხება უფრო მეტად შესამჩნევ ინფექციის ნიშნებს, როგორიცაა გამონადენი თვალებიდან, ჭიპლარიდან და წინდაცვეთის ადგილიდან.

ახალშობილის დავარდნის პრევენცია

ახალშობილის ვარდნა უმეტესად ხდება, როცა დედა აჭმევს ახალშობილს ღამის პერიოდში. რადგან დედები ხშირად გადაღლილები არიან, შეიძლება ჩაეძინოთ, მოადუნონ ხელები ბავშვის დაჭერის დროს. ექთანმა უნდა შესთავაზოს დახმარება დედებს, რომლებიც ძალიან დაღლილები არიან და გაამხნევონ, რომ დააწვინონ ახალშობილი საწოლში, როცა ისინი მიიძინებენ. ექთნის მიერ იმ დედის ხშირი შემოწმება, რომელიც ახორციელებს ბავშვის კვებას ღამის განმავლობაში, აუმჯობესებს ზიანის პრევენციას.

წინდაცვეთა

ამერიკის შეერთებულ შტატებში წინდაცვეთა არის ყველაზე ხშირი ქირურგიული ოპერაცია, რომელიც მამრობითი სქესის ახალშობილებზე სრულდება. ამ პროცედურის დროს, ქირურგიული გზით აცილებენ პენისის თავის კანს (კანის ნაკეცი, რომელიც პენისის თავს ფარავს). ასევე მისი ჩაწევა შესაძლებელია განხორციელდეს მარტივად, რათა მოხდეს მისი გასუფთავება უფრო

მოზრდილ ბავშვებში. ჩუჩა შეიძლება სრულად არ ცურავდეს პენისის თავზე 3-6 წლის ასაკამდე. ჩუჩის ძალით ჩაწევა დაუშვებელია, რადგან ამან შეიძლება ტრამვა და მოგვიანებით ნაწიბურის წარმოქმნა გამოიწვიოს.

წინდაცვეთაზე არის აზრთა სხვადასხვაობა. AAP ბოლო დასკვნის მიხედვით, წინდაცვეთით მიღებული სარგებელი აჭარბებს პროცედურის რისკებს, მაგარამ სარგებელი არ არის იმდენად დიდი, რომ რუტინულად იყოს რეკომენდებული ყველა ახალშობილისთვის.

წინდაცვეთის უმთავრესი სარგებელი არის ის, რომ ის ამცირებს პენისის სიმსივნის განვითარების რისკს და საშარდე გზების ინფექციას სიცოცხლის პირველ წელს. ასევე წინდაცვეთილი მამაკაცი მეტად დაცულია სქესობრივი გზით გადამდები დაავადებებისგან. ზოგიერთი მშობელი წინდაცვეთას ირჩევს რელიგიური, კულტურული და სოციალური მიზეზების გამო. ებრაელმა მშობლებმა შეიძლება თავიანთი ახალშობილებს გაუკეთონ წინდაცვეთა დაბადებიდან მერვე დღეს სპეციალური ცერემონიის თანხვედრით. მუსულმანებმაც შეიძლება გაუკეთონ თავიან ბიჭებს წინდაცვეთა. ზოგიერთ მშობელს უნდა, რომ მათი შვილები ჰგავდნენ თავიანთ წინდაცვეთილ მამას ან თანატოლებს. ზოგ კულტურაში, ჰგონიათ რომ წინდაცვეთა არის ახალშობილის მოვლის აუცილებელი ნაწილი და ვერ ათვითცნობიერებენ, რომ მათ არჩევანის საშუალება აქვთ.

წინდაცვეთა არის ნაკლებად გავრცელებული აზიელ, ესპანურ და ადგილობრივ ამერიკელებში. ის ნაკლებად ხშირია ევროპაში, აზიაში, სამხრეთ და ცენტრალურ ამერიკაში, კანადასა და ავსტრალიაში.

ამ კულტურებში, მეტად ემხრობიან ჩუჩის არსებობას, რომელიც რეალურად ემსახურება პენისის თავის დაცვას. წინდაცვეთის შემდეგ პენისის თავი უფრო მიდრეკილია შარდით გაღიზიანებისკენ და საფენზე მისი ხახუნით დაზიანებისკენ.

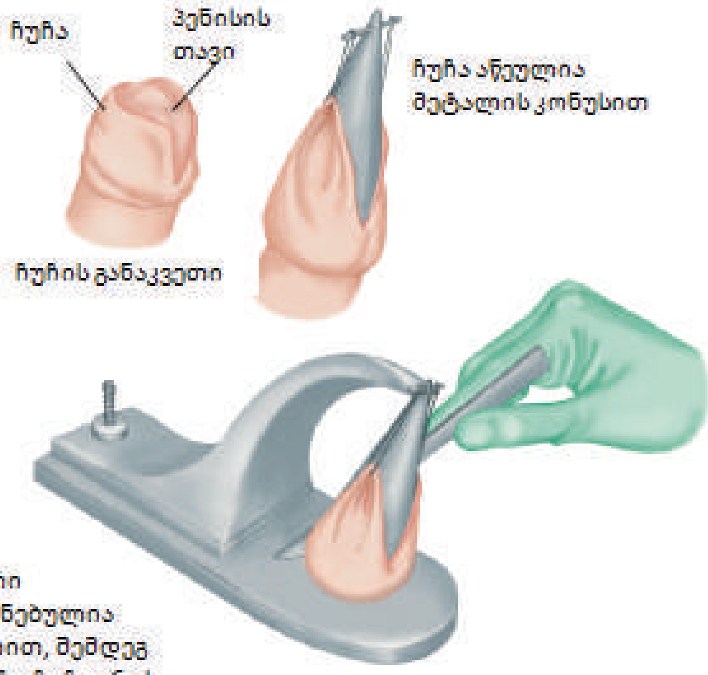
წინდაცვეთის გართულებები იშვიათია, მაგრამ წინდაცვეთისას შეიძლება განვითარდეს სისხლდენა ან ინფექცია, არასასურველი კოსმეტიკური შედეგი, შარდის შეკავება, შარდსადენის სტენოზი ან ფისტულა, მიხორცება, პენისის თავის ნეკროზი ან სხვა დაზიანებები.

მხოლოდ ჯანმრთელი ახალშობილებისთვის არის რეკომენდებული წინდაცვეთა. ნაადრევ ან დაავადებულ ახალშობილებს არ უნდა გაუკეთდეთ წინდაცვეთა, სანამ იმდენად ჯანსაღები არ იქნებიან, რომ პროცედურა უპრობლემოდ აიტანონ. ახალშობილებმა სისხლის შედედების პრობლემით შეიძლება განიცადონ ზედმეტი სისხლდენა წინდაცვეთის დროს. პენისის ანატომიური ანომალიების დროს როგორიცაა ჰიპოსპადიასი ან ეპისპადიასი, ჩუჩის ნაწილი შეიძლება გამოყენებული იყოს პლასტიკური ოპერაციის დროს.

ტკივილის შემცირება წინდაცვეთის დროს

ტკივილის შემსუბუქება წინდაცვეთის დროს არის ძალიან მნიშვნელოვანი ფაქტორი. წარსულში სჯეროდათ, რომ ახალშობილები არ გრძნობდნენ ტკივილს პროცედურის დროს. ახლა ცნობილია, რომ ტკივილის სტიმული აღქმა ნაყოფს ჯერ კიდევ ორსულობის მეორე და მესამე ტრიმესტრის დროს შეუძლია. ტკივილზე საპასუხო რეაქციები შედგება სასიცოცხლო ნიშნების ცვლილებით, ჟანგბადის სატურაციის დონით, ქალაშიდა წნევისა და კატექოლამინების და კორტიზოლის დონის ცვლილებებით. ახალშობილს შეიძლება ჰქონდეს აღგზნებადობა, შეცვლილი ძილ-ღვიძილის მდგომარეობა ან ნორმისგან გადახრილი კვების ცვლილება მტკივნეული შემთხვევის შემდეგ.

AAP რეკომენდაციას გვაძლევს, რომ შესაბამისი ფარმაკოლოგიური გზით ტკივილის შემსუბუქება მოხდეს წინდაცვეთის დროს. დორსალური პენისის ნერვის ბლოკი (საანესთეზიო საშუალების შეყვანა პენისის დორსალურ ნერვში) არის უსაფრთხო მეთოდი, რათა მოხდეს ტკივილის შემსუბუქება წინდაცვეთის დროს. აღმოჩნდა, რომ ის ტკივილის შემსუბუქების ყველაზე ეფექტური მეთოდია სხვა მეთოდებთან შედარებით. ლოკალური ანესთეტიკების ნარევის კრემის წასმა შეიძლება გამოვიყენოთ კანზე პროცედურამდე, მაგრამ ის ნაკლებ ეფექტურია, ვიდრე ინექცირებული გზით ანესთეზიის გაკეთება და სჭირდება უფრო ხანგრძლივი ლოდინის პერიოდი ეფექტამდე. აცეტამინოფენი შეიძლება მივცეთ პირველ დღეს პოსტპროცედურული ტკივილის შემსუბუქებისთვის.



სურათი 9-5 წინდაცვეთა, გამოყენებულია გომკოს (იელენის) დამჭერი. ექიმი წევს ჩუჩას კონუსის მსგავსი მოწყობილობით რომელიც თავსდება პენისის თავის საწინააღმდეგოდ.საჭერი მოთავსებულია კონუსის და ჩუჩის გარშემო იმდენად მჭიდროდ რომ დაახშოს სისხლძარღვები. ეს იცავს სისხლდენისგან როცა ხდება ჩუჩის მოცილება 3-5 წუთის შემდეგ.

სურათი 9-6 , წინდაცვეთა პლასტიბელის ბეჭდის გამოყენებით.ექიმი ათავსებს პლასტიბელს , პლასტიკურ ბეჭედს პენისის თავზე, ჭიმავს ჩუჩას გარშემო და ამაგრებს ნაკერს ჩუჩის და პლასიბელის ბეჭდის გარშემო .ეს იცავს სისხლდენისგან როცა ზედმეტი ჩუჩის მოცილება ხდება.დამჭერი მოცილებულია, მხოლოდ ბეჭედია დარჩენილი პენისის თავის გარშემო

არაფარმაკოლოგიური მეთოდით ტკივილის შემსუბუქების მეთოდები მოიცავს საწოვარას, ორალურ სუკროზას, დამამშვიდებელი მუსიკას, საშვილოსნოსშიდა ბგერების ჩაწერას, სინათლის შემცირებასა და ნაზად საუბარს ახალშობილთან. ყველა ამ მეთოდმა აჩვენა ცოტაოდენი წარმატება ახალშობილის ტკივილის საპასუხო რეაქციების წინდაცვეთაზე შემცირებაში, თუმცა არცერთი არ არის იმდენად ეფექტური, როგორც ანესთეტიური მედიკამენები. ისინი განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია პროცედურის სტრესის შესამცირებლად, როცა კომბინაციაშია რეგიონალურ ანესთეზიასთან.

მეთოდები

გომკო (იელენის) დამჭერი (სურათი 9-5) და პლასტიბელი (სურათი 9-6) ორი მოწყობილობაა, რომელიც გამოიყენება წინდაცვეთის ჩასატარებლად. ორივე მეთოდის დროს, ჩუჩა ჯერ მოცილებულია პენისის თავთან ზონდით და შემდეგ იჭრება, რომ მოხდეს პენისის თავის გამოჩენა. მოგენის დამჭერი მეტად ხშირად გამოიყენება, თუ წინდაცვეთის რიტუალური ტარდება ებრაელ ხალხში.

პაციენტის მოვლასთან დაკავშირებული მსჯელობა

გადაწყვეტილების მიღებაში დახმარება

იდეალურ პირობებში, მშობლები გადაწყვეტილებას წინდაცვეთის შესახებ იღებენ ორსულობის ადრეულ ეტაპზე, რა დროსაც მათ მიერ დეტალურად უნდა მოხდეს რისკებისა და სარგებლის აწონვა.

მშობლებმა უნდა იცოდნენ
როგორ მოუარონ არაწინდაცვეთილ ასოს
• დაბანეთ თქვენი ახალშობილის პენისი ყოველდღიურად ან როცა დასვრილ საფენს ცვლით. არ ჩასწიოთ ჩუჩა, რადგან ის არ შორდება პენისის თავს (ან პენისის ბოლოს) 3- 6 წელი; • ხანგამოშვებით, ნაზად ჩასწიეთ ჩუჩა, რომ ნახოთ რამდენად შორდება ის თავს. თუმცა, არასდროს ძალით არ ჩასწიოთ, რადგან შეიძლება მტკივნეული იყოს და გამოიწვიოს სისხლდენა, ინფექცია და შეხორცებები; • როგორც კი გაიზრდება თქვენი ბიჭი, ასწავლეთ თუ როგორ უნდა ჩაიწიოს ნაზად ჩუჩა ქვემოთ. ეს უნდა გახდეს მისი ყოველდღიური ბანაობის რუტინა.

წინდაცვეთის დროს მოვლა

როგორც ნებისმიერი ქირურგიული პროცედურის დროს, წერილობითი თანხმობა მშობლებისგან საჭიროა, სანამ წინდაცვეთის პროცედურა გაკეთდება. ექთანი ამოწმებს, რომ თანხმობა ხელმოწერილია, ახალშობილი სტაბილურია და ვიტამინი K მიცემული აქვს, რათა მოხდეს ზედმეტი სისხლდენის პრევენცია. ექიმის შეტყობინება ხდება ნებისმიერი პრობლემის შემთხვევაში.

ექთანი აგროვებს მოწყობილობასა და ნივთებს პროცედურამდე. იმისათვის, რომ მოხდეს რეგურგიტაციისა და შესაძლო ასპირაციის პრევენცია, უმჯობესია თუ ახალშობილი არ მიიღებს საკვებს პროცედურამდე 2-4 საათის განმავლობაში. შპრიცი პატარა ბალონით უნდა იყოს მოთავსებული ახლოს ამოტუმბვის ჩატარების საჭიროებისათვის.

როცა ექიმი და მოწყობილობა მზადაა, ახალშობილი მოთავსებულია წინდაცვეთის დაფაზე. ეს პლასტიკური დამჭერი კი მორგებულია ახალშობილის სხეულს და აკავებს მის ხელებსა და ფეხებს (სურათი 9-7). პლედი მოთავსებულია ახალშობილის ქვემოთ და ქირურგიული საფენი

ქმნის სითბოს და ინარჩუნებს სტერილურობას. სითბოს ნათურა ან გამათბობელი ეხმარება გადაცივების სტრესის პრევენციას.

ექიმი ახალშობილს უკეთებს ანესთეზიას. ექთანმა უნდა იზრუნოს ახალშობილის კომფორტზე პროცედურის დროს და მის დასამშვიდებლად დამატებით შეიძლება გამოიყენოს საწოვარა ან სუკროზა, ესაუბროს ახალშობილს ან მოასმენინოს ნაზი მუსიკა ან საშვილოსნოსშიდა ხმები, რათა მოხდეს მისი ყურადღების გადატანა ტკივილდან.

სურათი 9-7 , ახალშობილი მოთავსებულია წინდაცვეთის დაფაზე პროცედურის დაწყებამდე.

ტკივილის შეფასება

ექთანმა უნდა შეაფასოს ახალშობილის ტკივილი ახალშობილთა ტკივილის შკალის გამოყენებით. შკალის გამოყენებით ხდება სახის გამომეტყველების, ტირილის, სუნთქვის სახეობის, კიდურების კუნთების ტონუსის შეფასება ტკივილის საპასუხოდ. ახალშობილის ტკივილის საპასუხო რეაქცია უნდა გაიზომოს პროცედურამდე, განმავლობაში და მის შემდეგ.

პოსტპროცედურული ზრუნვა

ახალშობილის ამოყვანა უნდა მოხდეს ფიქსატორიდან პროცედურის დასრულებისთანავე. თუ გომკო საჭერი იყო გამოყენებული, ექთანმა უნდა მოუჭიროს ჟელეს წინდაცვეთის ადგილას, რომ დაიცვას ის საფენზე მიწებებისგან. მცირე ზომის დოლბანდი შეიძლება გამოიყენონ საოპერაციო არის შესახვევად. ჟელეს გამოყენება არ უნდა მოხდეს პლასტიბელის დამჭერის დროს, რადგან შეიძლება გამოიწვიოს ბეჭდის გადაადგილება. საფენი მიმაგრებული უნდა იყოს თავისუფლად, რათა მოხდეს დაწოლის პრევენცია. პროცედურის დასრულებისთანავე ახალშობილის დამშვიდება უნდა მოხდეს, ის უნდა მიიყვანონ დედასთან, რომელიც შეიძლება ნერვიულობდეს თავის შვილზე.

ექთანი აკვირდება გართულებების ნიშნებს წინდაცვეთის შემდეგ (სურათი 9-8). ჭრილობის შემოწმება ხდება ხშირად სისხლდენაზე პროცედურიდან პირველი რამდენიმე საათის განმავლობაში. თუ ახალშობილი გაწერილია წინდაცვეთის შემდეგ, მისი დაკვირვება უნდა მოხდეს ყველაზე მცირე 2 საათის განმავლობაში.

თუ ზედმეტი სისხლდენაა, წნევით ზეწოლა ხდება ადგილზე. ექთანმა შეიძლება შეატყობინოს ექიმს, რომელმაც შეიძლება გამოიყენოს გელისქაფი ან ეპინეფრინი ან შეიძლება გადაკვეთოს პატარა სისხლძარღვები. მცირე რაოდენობის სისხლის დაკარგვაც შეიძლება მნიშვნელოვანი იყოს ახალშობილისთვის, რომელსაც აქვს სისხლის მცირე სრული რაოდენობა.

პირველი მოშარდვის აღნიშვნა წინდაცვეთის შემდეგ მნიშვნელოვანია, რადგან შეშუპებამ შეიძლება გამოიწვიოს ობსტრუქცია. თუ ახალშობილის გაშვება სახლში ხდება მოშარდვამდე, დედის გაფრთხილება ხდება, რომ დაუკავშირდეს ექიმს თუ ახალშობილი არ მოშარდავს 6-8 საათში.

უსაფრთხოების განგაში

წინდაცვეთის გართულებების ნიშნებია:

- სისხლდენა მეტი, ვიდრე რამდენიმე წვეთის, როცა პირველად უცვლით საფენს;
- შარდვის არ ქონა;
- ინფექციის ნიშნები: სიცხე ან დაბალი ტემპერატურა, ჩირქოვანი ან ცუდი სუნის გამონადენი;
- პლასტიკის ბეჭდის გადაადგილება.

სურათი 9-8, ახალშობილი წინდაცვეთის შემდეგ

მშობლების განათლება

რადგან წინდაცვეთა ხშირად ხდება გაწერის დღეს, მშობლებს ეკისრებათ ნაოპერაციები ადგილის მოვლა. თითოეულ ჯერზე როცა ექთანი ცვლის საფენს, აჩვენებს მშობლებს სისხლის რაოდენობას საფენზე, რომ დაეხმაროს მათ იმის გაგებაში თუ რა რაოდენობის სისხლის დანაკარგს უნდა ელოდონ. აუხსენით მშობლებს, რომ პროცედურის შემდეგ მოყვითალო ფერის გამონადენი ნორმალურია, თუმცა ის არ უნდა აგვერიოს ჩირქოვან გამონადენში. გაწერამდე მშობელს აუხსენით საშიშროების ყველა ნიშანი.

მშობლებმა უნდა იცოდნენ

როგორ მოუვაროთ წინდაცვეთილ ადგილს?

დააკვირდით წინდაცვეთილ ადგილს ყოველ ჯერზე, როცა საფენს გამოუცვლით და შეამოწმეთ სისხლდენის რაოდენობა. შეატყობინეთ ექიმს თუ პირველ დღეს გამოცვლის დროს რამდენიმე წვეთზე მეტი სისხლი შეიმჩნევა საფენზე ან თუ რამე სისხლდენაა ამის შემდეგ.

გააგრძელეთ ჟელეს გამოყენება პენისზე ყოველი საფენის გამოცვლის შემდეგ პირველი 4-7 დღე ან როგორც არის დანიშნული პედიატრის მიერ. თუ პლასტიკური ბეჭედი იყო გამოყენებული, არ გამოიყენოთ ჟელე, რადგან ამან შეიძლება გამოიწვიოს ბეჭდის გადაადგილება.

წინდაცვეთილი ადგილის სუფთად შენარჩუნება არის მნიშვნელოვანი შეხორცებისთვის. დააწურეთ თბილი წყალი სუფთა პირსახოციდან პენისზე და ჩამობანეთ. ფრთხილად გაამშრალეთ ადგილი. შეკარით საფენი თავისუფლად, რათა თავიდან აიცილოთ ხახუნი ან დაწოლა ჭრილობის ადგილას.

მოელოდეთ, რომ გაჩნდება მოყვითალო ფუფხი წინდაცვეთილ ადგილას. ეს არის შეხორცების ნორმალური პროცესი და არ უნდა მოვაშოროთ. ფუფხი მოცილდება 7-10 დღეში. თუ პლასტიკის ბეჭედი იყო გამოყენებული, ის მოშორდება 10 - 14 დღეში. თუ არ მოშორდება განსაზღვრულ დროს, შეატყობინეთ ექიმს. დააკვირდით ინფექციის ნიშნებს როგორიცაა სიცხე ან გამონადენი, რომელსაც აქვს ცუდი სუნი და არის ჩირქოვანი. შეატყობინეთ თქვენს ექიმს თუ რამე პათოლოგიური ნიშნები შენიშნეთ. წინდაცვეთილი ადგილი სრულად უნდა შეხორცდეს დაახლოებით 10 დღეში.

მშობლის განათლება ახალშობილის მოვლის საკითხების შესახებ

ახალბედა დედები ხშირად ნერვიულობენ ბავშის მოვლასთან დაკავშირებულ საკითხებზე. ასევე გახსოვდეთ, რომ ამ დროს დედები უმკლავდებიან გადაღლას და იმ ფიზიოლოგიურ ცვლილებებს, რომელიც მშობიარობის შემდეგ ქალში ხდება. ახალბედა დედებს შესაძლოა უჭირდეთ კიდეც იმ ვრცელი ინფორმაციის აღქმა და დამახსოვრება, რომელსაც მას ექთანი აწვდის; ამიტომ, შემოქმედებითი სწავლების მეთოდი არის განსაკუთრებით მნიშვნელოვანი. ექთანი იყენებს ყოველ კონტაქტს მშობელთან, როგორც შესაძლებლობას მეტი სწავლებისთვის.

შეფასება

პაციენტის განათლების ნაწილში, მხედველობაში მიიღეთ დედისა და ახალშობილის ფიზიკური მდგომარეობა და ნებისმიერი განსაკუთრებული ინტერესი, რაც შეიძლება დედას ჰქონდეს.

განსაზღვრეთ დედის (მათ შორის, გამოცდილი დედების) სწავლების საჭიროებები. მათ შეიძლება არ იცოდნენ ინფორმაცია, რაც შეიცვალა მათი ბოლო ახალშობილის დაბადებიდან. შეაფასეთ მამის მხრიდან ინფორმაციის სწავლის მოთხოვნილება და მისი გეგმები თუ როგორ მიიღებს მონაწილეობას ახალშობილის ზრუნვაში. განსაზღვრეთ თუ არის ნებისმიერი კულტურალური თავისებურება მამის მონაწილეობასთან დაკავშირებით ახალშობილის მოვლის პროცესში. ზოგიერთ კულტურაში მამა ძალიან მცირედით მონაწილეობს ბავშვის აღზრდის პროცესში. სხვა ოჯახებში, მამები აქტიურად მონაწილეობენ ბავშვის მოვლაში, სამშობიარო დაწესებულებაში ყოფნის დროსაც კი. ხშირად მათ აქვთ ბევრი კითხვა და არიან მონდომებულები რაც შეიძლება მეტი იცოდნენ თავიანთი ახალშობილის ზრუნვაზე.

პაციენტის მოვლასთან დაკავშირებული საექთნო დიაგნოზი

ხშირად პაციენტის მოვლასთან დაკავშირებული დიაგნოზი ოჯახისთვის, რომელთაც სწავლის საჭიროება აქვთ, არის "მზაობა ცოდნის გაძლიერებულად მიღებაზე, რომელიც მიემართება ახალშობილზე ზრუნვას" (იხილეთ სამახსოვრო 9-2).

მოსალოდნელი გამოსავალი

აღნიშნული საექთნო დიაგნოზისთვის, მოსალოდნელი გამოსავალი შეიძლება იყოს:

1. მშობელი არკვევს საკუთარი ინფორმაციის საჭიროებას და იღებს შესაბამის დახმარებას ექთნისგან;
2. ექთანი აჩვენებს მშობელს ახალშობილზე სწორად ზრუნვის ტექნიკებს;
3. მშობელი გამოხატავს თავდაჯერებულობას ახალშობილის მოვლის საკითხებზე.

ჩარევა

ახალბედა მშობელთან რამდენიმე სხვადასხვა ექთანი ზრუნავს ერთდროულად. აუცილებლად მოახდინეთ კოორდინაცია ექთანთა გუნდის შიგნით, თუ ვინ ახდენს პაციენტის განათლებას და ვინ რა საკითხზე ისე, რომ არ მოხდეს რომელიმე საკითხის გამორჩენა.

სამახსოვრო 9-2 ხშირი დიაგნოზები ახალბედა მშობლებისთვის
არასაკმარისი ცოდნა; სასუნთქი გზების არაეფექტურად გასუფთავება; მზაობა ოჯახის ურთიერთობის გასაძლიერებლად; მზაობა ცოდნის გაღრმავებისთვის; ურთიერთკავშირის ვერ დამყარების რისკი; ბავშვის აღზრდასთან დაკავშირებული პრობლემების რისკი; არაეფექტური თერმორეგულაციის რისკი; ინფექციის რისკი; დაზიანების რისკი; ახალშობილის სიყვითლის რისკი.

პრიორიტეტების დადგენა

სწავლებისთვის მცირე დროის არსებობის გამო, პრიორიტეტების ჩამოყალიბება თუ რა რიგითობით უნდა მიეწოდეს მშობელს ინფორმაცია, აუცილებელია. მშობლების მიერ მოთხოვნილი სასწავლო საკითხების გარკვევის შემდეგ, ჩამოაყალიბეთ სასწავლო გეგმა მათთან ერთად. გააკეთეთ საკითხების სია, რომელიც მათ დაეხმარებათ აირჩიონ მთავარი საკითხი, მათი ინტერესიდან გამომდინარე, რათა მშობლები თავად დარწმუნდნენ, რომ სამშობიაროში გატარებულ დროს ეფექტურად გამოიყენებენ. პაციენტის განათლების პროცესი დაიწყეთ მათგან ყველაზე მოთხოვნადი საკითხების შესახებ, რომ შეამციროთ მათი ნერვიულობა.

სწავლების სხვადასხვა მეთოდის გამოყენება

გამოიყენეთ სწავლების სხვადასხვა მეთოდი, რომ გაზარდოთ ეფექტურობა, გახადოთ საკითხი უფრო საინტერესო და გაზარდოთ ქალის მიერ ინფორმაციის დამახსოვრება. გამოიყენეთ ვერბალური და წერილობითი მეთოდები და დემონსტარციები. მშობლები ყველაზე კარგად სწავლობენ, როცა უყურებენ სხვის მიერ სწორად გაკეთებულს აქტივობას და შემდეგ თავად ვარჯიშობენ ექთნის მითითებების მიხედვით.

განიხილეთ ინფორმაცია დედასთან მარტო ან მის ოჯახის წევრებთან ერთად, ქალის არჩევანის მიხედვით. შესაძლებელია გამოყენებული იყოს ჯგუფური სწავლების მეთოდი. ჯგუფური სწავლება საშუალებას აძლევს ექთანს, უფრო ეფექტურად გამოიყენოს დრო და საშუალებას აძლევს დედებს, რომ ერთმანეთთან კითხვების დასმით უფრო მეტი ისწავლონ, თუმცა ზოგიერთი დედა უკეთესად სწავლობს, რომცა მხოლოდ მას ასწავლიან.

გამოიყენეთ აუდიო-ვიდეო მასალა, რაშიც შედის ბროშურები, ჟურნალები, DVD, სატელევიზიო პროგრამები და ინტერნეტის გვერდები. გამოკვეთეთ ყველაზე მნიშვნელოვანი ნაწილი დაწერილ მასალაში, განიხილეთ პროგრამები ახალბედა დედასთან და განმარტეთ ინფორმაცია, რამდენადაც საჭიროა, რომ განამტკიცოთ სწავლის პროცესი.

ბევრი მშობელი იყენებს ინტერნეტს, რომ მიიღოს ინფორმაცია ბავშვის მოვლაზე. ურჩიეთ რომ ინფორმაცია მოიძიონ ცნობად და სანდო ვებ გვერდებიდან, როგორიცაა, მაგალითად, ამერიკის პედიატრიის აკადემია (www.healthychildren.org). გააფრთხილეთ, რომ ფრთხილად იყვნენ ისეთი საიტების მიმართ, რომლებიც არიან გაურკვეველი წყაროსა და ინფორმაციის მატარებლები. ურჩიეთ, რომ ინფორმაცია გადაამოწმონ მათ მკურნალ ექიმთან, თუ დარწმუნებულები არ არიან ინფორმაციის სიზუსტეში. შეაქეთ მშობლები იმ ინტერესის გამო, რასაც ისინი იჩენენ ინფორმაციის მიღების თვალსაზრისით.

სამახსოვრო 9-2 სწავლების მთავარი საკითხები

ახალშობილის მახასიათებლები და ქცევა
გამოიყენეთ ბალონიანი შპრიცი
ძუძუთი კვება
 სიხშირე, სიგრძე, პოზიცია, მოჭიდება, მიწოდება და მოთხოვნა, დამატება, პოტენციური
 პრობლემები
ფორმულით კვება
 სიხშირე, რაოდენობა, პოზიცია, გადაცდენისგან თავის არიდენა, ფორმულის სახეობა, ფორმულის მომზადება
ბოყინი
ჭიპლარის მოვლა
პენისის მოვლა, წინდაცვეთილის ან არაწინდაცვეთილის
დაჭერა და პოზიციონირება
კუჭ-ნწლავის მოქმედება
დაბანა და კანის მოვლა
ჩაცმა
ტემპერატურის გაზომვა
ახალშობილის უსაფრთხოება
ბავშვის ძალადობრივი ტრამვა (ბავშვის შენჯღრევის სინდრომი)
მანქანის ქამრების გამოყენება

ტელეფონზე ტექსტური შეტყობინებების გაგზავნა არის ასევე ინფორმაციის მიწოდების წყარო. ერთ-ერთი ინფორმაციის წყარო, რომელიც მშობლებს პირველი წლის განმავლობაში სთავაზობს მინიშნებებს ახალშობილის ზრუნვაზე არის Text4baby ეროვნული კოალიცია.

როლური მოდელის შექმნა

მშობლები დაკვირვებით უყურებენ ექთანს, როცა მას უჭირავს ბავშვი, ზრუნავენ ან ესაუბრებიან ბავშვებს. როლური მოდელის შექმნა განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია იმ მშობლებისთვის, რომლებსაც არანაირი გამოცდილება არ აქვთ ბავშვის მოვლაში.

გამოიყენეთ ნებისმიერი შესაძლებლობა ახალშობილის ზოგადი მოვლის დროს, რათა გამოკვეთოთ ახალშობილის მახასიათებლები და ქცევის სტატუსი და გაუმახვილოთ დედას ყურადღება თუ როგორ დაამშვიდოს ატირებული ბავშვი. ასწავლეთ დედებს პროგრესირებადი დამამშვიდებელი ჩარევის სახეობები, როგორიცაა ახალშობილთნ საუბარი, ახალშობილის ხელების მოკეცვა მის გულმკერდზე, დაკავება, გახვევა და ახალშობილის საწოვარას წოვაში მიხმარება. გამოარჩიეთ ქცევის სხვადასხვა მდგომარეობა და ასწავლეთ მშობლებს, რომ ჩაერიონ სანამ ახალშობილი მიაღწევს ძლიერი ტირილის ფაზას.

ასწავლეთ დროგამოშვებით

დაგეგმეთ, რომ ასწავლოთ მცირე ნაწილებად, რომელიც ვრცელდება ახალშობილის ზრუნვის პერიოდში. შეაფასეთ მშობლების აღქმა ხშირად. გაამხნევეთ, რომ საკუთარ თავზე აიღოს სხვადასხვა მოვალეობა, სანამ სრულად არ დაიწყებს ახალშობილის მოვლას.

სწავლების დოკუმენტირება

გააკეთეთ ჩანაწერები იმ სწავლების შესახებ, რაც უკვე ჩაატარეთ, ასევე აღნიშნეთ თუ რა შესაძლებლობები გამოავლინა მშობელმა ამ ეტაპზე და რამდენად აითვისა მიწოდებული ინფორმაცია. ეს ჩანაწერები ეხმარება სხვა ექთნებს, რომ ნახონ თუ სწავლების რა ნაწილი იყო ჩატარებული და რა უნდა ასწავლონ მომავალში. ის ასევე არის ლეგალური დამამტკიცებელი დოკუმენტი, რომ სწავლება მოხდა სრულად ბავშვის გაწერამდე.

მომდევნო ვიზიტზე მომსახურება

თუ დედისა და ახალშობილის ნახვა მოხდება კლინიკაში ან ოჯახში ვიზიტის დროს, შეაგროვეთ ინფორმაცია შეუსაბამო ცოდნის შესახებ. ცოდნის გამყარება შეიძლება მოხდეს იმ დროს, როცა დედის მახსოვრობა გაუმჯობესდება მშობიარობის სტრესის შემდგომ.

მიეცით რაც შეიძლება მეტი ინფორმაცია წერილობითი ფორმით, რაც საშუალებას მისცემს მშობლებს მოგვიანებით გაეცნონ მასალას თუ რამის ინტერესი ექნებათ. ასევე, მიეცით ტელეფონის ნომერი, რომელზეც შეუძლიათ დარეკონ მეტი დახმარებისთვის. შეახსენეთ მშობლებს მომდევნო ვიზიტის დროის შესახებ. ურჩიეთ, რომ ექიმთან ვიზიტი დანიშნონ ადრეულად, რომ მომსახურება მიიღონ დროულად.

კულტურალური შეხედულებების გათვალისწინება საექთნო მოვლის დროს

სწავლების პროცესში, მხედველობაში მიიღეთ ბავშვის მოვლაზე ოჯახის კულტურალური შეხედულებები. აზიელი მშობლები უხერხულად გრძნობენ თავს, როცა მომვლელი ბევრ საქებარ სიტყვას ეუბნება ახალშობილს ან ხშირად ეხება ახალშობილის თავს. მექსიკელ მშობლებს კი შეიძლება ურჩევნიათ ადამიანი, ვინც აქებს ახალშობილს და იცავს მას "ეშმაკის თვალისგან". ასევე არსებობს შეხედულებები, რომ ბავშის ქება არ შეიძლება.

ინდოელმა ქალმა შეიძლება შავი ძაფი გაუკეთოს ახალშობილს მაჯაზე, ქუსლზე ან წელზე რომ დაიცვას ის "ეშმაკისეული სულებისგან".

სხვადასხვა კულტურაში ბავშვს შეიძლება სახელი დაარქვან დაბადებამდე ან მოგვიანებით, 30 დღის შემდეგაც კი. ასევე განსხვავდება ჭიპლარზე ზრუნვა. მექსიკელმა ქალებმა შეიძლება მონეტა დაადონ ჭიპზე, სხვა ქალებმა შეიძლება გამოიყენონ მუცლის ასაკრავი ან მუცლის სარტყელი ან დაადონ ქიშმიში ან ზეთი ჭიპლარს.

შეეკითხეთ მშობლებს ვინ დაეხმარება მათ ბაშვზე მოვლაში, რომ გაარკვიოთ თუ რომელი ოჯახის წევრი ჩართოთ სასწავლო ჯგუფში. ეს ხშირად დამოკიდებულია კულტურასა და ოჯახის შესაძლებლობებზე. ახალშობილის მამის გარდა, ასევე დედის დედაც ხშირად არის ხოლმე დამხარე ოჯახის წევრი. თუმცა, კორეულ კულტურაში, ახალშობილის მამის დედა არის ახალშობილისა და დედის მთავარი მომვლელი მშობიარობის შემდგომი ადრეული კვირების განმავლობაში. ოჯახის წევრი ქალები, რომლებიც არიან ვიეტნამიდან, ინდოეთიდან და პაკისტანიდან, ასევე ზრუნავენ ახალშობილზე ისე, რომ დედას დაისვენება შეეძლოს.

თუ დედა არ იქნება ახალშობილის პირველი რიგის მზრუნველი პირი, ის შეიძლება დაინტერესებული არ იყოს ინსტრუქციების მიღებით. ეცადეთ გამოავლინოთ კითხვები განხილვის დროს. თუმცა, ყურადღებით იყავით, რადგან ქალები ზოგიერთი კულტურიდან შეიძლება კითხვებს არ სვამდნენ. ბევრ კულტურაში კითხვების დასმა უზრდელობად ითვლება. სხვა ქალებმა შეიძლობა სიმორცხვისა და უხერხულობის გამო არ დასვან შეკითხვები ან ეროვნულ უმცირესობებს ჰქონდეს ენობრივი ბარიერი. ამ შემთხვევაში, მოიწვიეთ თარჯიმანი ან განიხილეთ ის კითხვები მათთან, რომელიც სხვა მშობლებმა დასვეს.

შეფასება

მშობლების სწავლების მიმდინარე შეფასება აუცილებელია სამშობიარო დაწესებულებაში ყოფნის დროს და მომდევნო განმეორებითი ვიზიტის დროს სახლში, კლინიკაში ან საოფისე ვიზიტისას. გაარკვიეთ, არიან თუ არა მშობლები კმაყოფილები და მიიღეს თუ არა ყველა კითხვაზე პასუხი.

იმუნიზაცია

ჰეპატიტი B-ზე იმუნიზაცია, რუტინული იმუნიზაციის ნაწილია. ახალშობილები, რომელთა დედასაც აქვს მწვავე ან ქრონიკული ჰეპატიტი B (ჰეპატიტი B ზედაპირის ანტიგენ [HBsAg] დადებითი) შეიძლება დაინფიცირდნენ მშობიარობის დროს დედის სისხლთან კონტაქტით. ინფიცირებულ ახალშობილს აქვს ძალიან მაღალი შანსი განუვითარდეს ქრონიკული ინფექცია, რამაც მოგვიანებით შეიძლება გამოიწვიოს სიმსივნე ან ღვიძლის სხვა სერიოზული დაავადება.

ამ ახალშობილებმა უნდა მიიღონ ორივე ვაქცინა და ასევე ჰეპატიტი B იმუნოგლობულინები (HBIG). HBIG გვაძლევს პასიურ იმუნიტეტს ჰეპატიტის წინააღმდეგ, რომ დაიცვას ახალშობილი, სანამ საკუთარ ანტისხეულებს გამოიმუშავებს. იმუნიზაცია უნდა მოხდეს დაბადებიდან პირველ 24 საათში. ვაქცინა იწვევს ანტისხეულების წარმოქმნას, რაც იცავს ახალშობილს დაავადებისგან, ინფექციასთან მისი შემდგომი კონტაქტის დროს.

დაინფიცირებელი მშობლების ახალშობილებსაც ასევე უკეთდებათ ჰეპატიტი B ვაქცინა. მისი გაკეთება ხდება სამშობიაროს დაწესებულებაში ყოფნის დროს, მაგრამ შეიძლება პედიატრთან ვიზიტის დროსაც გაკეთდეს. პერინატალური მოვლის ნებაყოფლობითი, ეროვნული სტანდარტი მოიცავს, რომ ყველა ახალშობილმა გაწერამდე მიიღოს ჰეპატიტის შესაბამისი პროფილაქტიკა.

მშობლებმა უნდა იცოდნენ	
ახალშობილის მოვლის მეთოდები ეს გზამკვლევი დაწერილია ისეთი ფორმით, რომელიც ექთანს შეუძლია გამოიყენოს როცა ასწავლის მშობლებს თუ როგორ მოუარონ ახალშობილს. მოარგეთ თითოეული მდგომარეობა ინდივიდუალურ მოთხოვნებს	სხეულის ნორმალური პროცესები სუნთქვა • ახალშობილები ნორმალურად სუნთქავენ დაახლოებით 30-60ჯერ წუთში. მათი სუნთქვა არის არარეგულარული და შეიძლება იყოს ხმამაღალიდან ძალიან მშვიდი. დაცემინება არის ნორმალური და არ არის გამოწვეული სიცივისგან, სანამ არ არის სხვა ნიშნები. ბალონიანი შპრიცის გამოყენება • გამოიყენეთ ბალონიანი შპრიცი თუ ახალშობილი გამოყოფს ზედმეტ ლორწოს პირში ან ცხვირში ან გადმოაქარვებს რძეს. იყავით ძალიან ფრთხილად და გამოიყენეთ ბალონიანი შპრიცი მხოლოდ იმ შემთხვევაში, თუ საჭიროება მოითხოვს. მოუჭირეთ ბალონს, სანამ ნაზად ჩაუდებთ პირში გვერდიდან. არ ჩაუყოთ პირის უკან, რადგან ბავშვს შეიძლება პირღებინება დაეწყოს. არ ამოქაჩოთ ცხვირიდან, სანამ საჭირო არ გახდება. ჭარბი ლორწო გვხვდება ხშირად პირველ დღეებში, მაგრამ შემდგომ არ წარმოადგენს პრობლემას.

	• გაასუფთავეთ ბალონი საპნითა და წყლით. გამოავლეთ და გაამშრალეთ კარგად გამოყენებამდე. დაუკავშირდით ექიმს, თუ ბავშვის კანი გახდება ლურჯი ან ბავშვი შეწყვეტს სუნთქვას 15 წამზე მეტჯერ, აქვს გართულებული სუნთქვა ან აქვს ყვითელი ან მწვანე გამონადენი ცხვირიდან.
ახალშობილის ხელში დაჭერა თავის დაყრდნობა • ახალშობილის თავი არის სხეულის ყველაზე მძიმე ნაწილი. ახალშობილებს არ შეუძლიათ თავის დაჭერა როცა უჭირავთ სწორ მდგომარეობაში პირველი რამდენიმე თვის განმავლობაში, ერთი ხელი უნდა მოათავსოთ ახალშობილის თავის უკან, როცა აგყავთ ან გიჭირავთ ახალშობილი.	ტემპერატურის რეგულაცია • ახალშობილებს აქვთ სხეულის ტემპერატურის რეგულაციის პრობლემა. თუ მოხდება გადაცივება, მათ სჭირდებათ მეტი კალორია და ჟანგბადი, ვიდრე როცა თბილად არიან. ისე ჩააცვით ახალშობილს როგორც გინდათ რომ ჩააცვათ. დაამატეთ მსუბუქი პლედი, გარდა ძალიან ცხელი ამინდისას. თერმომეტრის გამოყენება • შეამოწმეთ თქვენი ბავშვის ტემპერატურა ავადმყოფობის დროს. მოათავსეთ თერმომეტრი იღლიის ფოსოში, ისე რომ არ იყოს მიმართული ხელის გარეთა მხრისკენ. მოათავსეთ ხელი მჭიდროდ თერმომეტრის გარშემო. გამოიყენეთ მწარმოებლის ინსტრუქციის მიხედვით. დაუკავშირდით ექიმს თუ ახალშობილის ტემპერატურა არის მაღალი, ვიდრე 37.8^o C ან ნაკლები ვიდრე 36.5^o C.
პოზიციები • დედების უმეტესობას ახალშობილები აყვანილი უჭირავს ჩამოკიდებულ პოზიციაში, რომელსაც ჰქვია "ფეხბურთის" პოზიცია, როცა ახალშობილს თავს აყრდნობინებ შენ ხელზე, ტანი შენ მკლავზე მთლიანად დაწოლილია და გვერდიდან გამყარებული (იხილეთ სურათი 9-4). ეს პოზიცია საშუალებას აძლევს ერთი ხელი იყოს თავისუფალი როცა დედა ბანს ბავშვის თმას ან ძუძუთი კვებავს.	შარდის გამოყოფა • თქვენ შვილი დაახლოებით გამოიცვლის ერთ ან ორ სველ საფენს პირველ დღეს და სულ მცირე ექვს საფენს მეოთხე დღეს. სველი საფენების დათვლა საშუალებას გაძლევს გაიგოთ თუ იღებს ბავშვი საკმარისს რძეს. დაუკავშირდით თქვენი ბავშვის ექიმს, თუ ახალშობილისთვის არ გამოგიცვლიათ სველი საფენი 12 საათზე მეტი ხანგრძლივობით.

- მკლავზე მიყრდნობითი პოზიცია კარგია ბავშვის დაბოყინებისთვის ან დასვით ახალშობილი საკუთარ მუხლზე და გაუმყარეთ თავი და გულმკერდი ერთი ხელით, სანამ ნაზად უსვამთ ზურგზე მეორე ხელს. ეს საშუალებას მოგვცემს ახალშობილს თვალყური ვადევნოთ როცა ამოაქარვებს.

- საშუალებას გვაძლევს მოვათავსოთ ბავშვი ზურგზე ძილის დროს. ეს პოზიცია რეკომენდებულია ამერიკის პედიატრთა აკადემიის მიერ, რადგან ეს გვიცავს ახალშობილის უეცარი გარდაცვალებისგან. ახალშობილს უნდა ეძინოს მყარ ზედაპირზე და არ უნდა ჰქონდეს რბილი საფენები და ბალიშები საწოლში. ბავშვს არ უნდა ეძინოს ვინმესთან. გამოიყენეთ საწოვარა, როცა ბავშვს დასაძინებლად აწვენთ. როცა ძუძუთი კვებავთ, შეგიძლიათ მოითმინოთ ერთი თვე, სანამ ჩამოუყალიბდება ძუძუთიკვება და შემდეგ მიაწოდოთ საწოვარა

კუჭის მოქმედება

- ბავშვს, რომელიც ძუძუთი კვებაზეა, კუჭის მოქმედება აქვს დაახლოებით ოთხჯერ და განავალი არის, თხელი, მარცვლოვანი და აქვს მოტკბო- მომჟავო სუნი და მდოგვისფერი- ყვითელია ყოველ დღე. ფორმულით ნაკვები ახალშობილი კუჭში გადის ერთხელ ან რამდენჯერმე დღის განმავლობაში, რომელიც არის ღია ყვითლიდან ღია ყავისფრამდე.

  შეკრულობის ნიშანი არ არის ბავშვებში, როცა წითლდებიან კუჭში გასვლისას გაჭინთვის დროს. განავალი შეკრულობის დროს არის მკვრივი, გამკვრივებული ნაწილებით, როგორც მარმარილო.

ფაღარათი

- ბავშვები ფაღარათით ხშირად გადიან მეტჯერ, უფრო მომწვანო და თხევადი განავლით, ვიდრე ჩვეულებრივ. შეიძლება იყოს წყლის ბეჭედი საფენის იმ ადგილას, სადაც განავლის სითხის შეწოვა ხდება. დაუკავშირდით ექიმს თუ ახალშობილს აქვს ფაღარათს ორზე მეტი ეპიზოდი, რადგან სერიოზული დეჰიდრაცია შეიძლება განვითარდეს ძალიან სწრაფად ახალშობილებში.

• მოათავსეთ თქვენი ბავშვი მუცელზე სათამაშოდ, როცა ახალშობილი ფხიზლად არის და ვაკვირდებით. ეს “მუცლის დრო” ეხმარება ახალშობილს განავითაროს კუნთები ზურგსა და კისერზე და პრევენციას უკეთებს თავის უკანა მხარის დაბრტყელებას. თუ ახალშობილი ჩაძინებას დაიწყებს, შეცვალეთ პოზიცია ისე, რომ დააწვინოთ ზურგზე უსაფრთხო ძილისთვის.	კანის მოვლა • რამდენიმე ნორმალური ნიშნები აქვს ახალშობილს კანზე. ახალშობილის ნორმალური გამონაყარი, რომელსაც ეწოდება ერითემა ტოქსიკუმი ჰგავს მცირე ზომის ნაკბენებს ან ბუშტუკებს. მცირე ზომის თეთრი გამონაყარი, რომელსაც მილია ეწოდება, ნორმალურია და გაივლის მკურნალობის გარეშე. არ მოუჭიროთ რადგან შესაძლებელია რომ დაინფიცირდეს. ახალშობილებს აქვთ მშრალი, ქერცლოვანი კანი, რომელიც რბილი პილინგის შემდეგ ადვილად სცილდება. ლოსიონები და კრემები საჭირო არ არის რადგან მათ შეიძლება გამოიწვიონ გალიზიანება.
შეხვევა • ახალშობილი უსაფრთხოდ გრძნობს თავს, როცა ვახვევთ მყარად პლედში (გახვეული). მოუსვენარი ახალშობილები ხშირად მშვიდდებიან როცა ახვევენ. რომ შევახვიოთ ახალშობილი, ჩამოწიეთ პლედის ერთი კუთხე და მოათავსეთ ახალშობილის თავი კიდეზე. მოახურეთ ერთი მხარე პლედის სხეულზე და მკლავზე. მოსწიეთ ქვედა კუთხე ზემოთკენ და მოახვიეთ გულმკერდს. შემდეგ მოახვიეთ მეორე მხარე ახალშობილს და ამოუფინეთ ქვემოდან მოხერხებულად.	

მშობლებმა უნდა იცოდნენ	**გაგრძელება**
ჭიპლარი • გაასუფთავეთ ჭიპლარი სუფთა წყლით, თუ საჭიროა, და შეამშრალეთ. მოკეცეთ საფენი ჭილარის ქვემოთ, ისე რომ არ დასველდეს შარდით. ჭიპლარი ზოგადათ მოშორდება საშუალოდ 10-14 დღეში. ზოგიერთი მომვლელი რჩევას აძლევს, რომ მოიცადონ დაბანა, სანამ არ მოშორდება ჭიპლარი სრულად, თუმცა ზოგი ურჩევს რომ დაბანოს. გადაამოწმეთ თქვენ მკურნალ პირთან. როცა ჭიპლარი შორდება, შეიძლება იყოს სისხლის რამდენიმე წვეთი ან ოდნავი სუნი, რომელიც არის ნორმალური. შეატყობინეთ თქვენ ექიმს თუ შეამჩნევთ მეტ სისხლდენას ან ინფექციის ნიშნებს, როგორიცაა სიწითლე, გამონადენი ან ცუდი სუნი.	

საფენის ადგილი

- გაასუფთავეთ საფენის ადგილი ყოველ ჯერზე, როცა საფენს გამოუცვლით. გოგონების შემთხვევაში, დააშორეთ სასირცხო ბაგეები და კარგად გაუსუფთავეთ განავლისგან. გაწმინდეთ საფენის ადგილი წინიდან უკან მიმართულებით. საფენით წმენდამ უკან და წინ მიმართულებით შეიძლება განავალი მოახვედროს ვაგინაში ან შარდსაწვეთში და გამოიწვიოს ინფექცია. ბიჭებში, დაბანეთ სათესლე პარკის ქვედა ადგილი, გამონაყარის პრევენციისთვის.; ასევე თავი შეიკავეთ კომერციული საწმენდი საშუალებების გამოყენებისგან რათა თავიდან აირიდოთ კანის გაღიზიანება. საფენის ადგილის დასუფთავება უმჯობესია წყლით. თუ საფენის ადგილი გახდება წითელი, გამოცვალეთ საფენი უფრო ხშირად. დატოვე საფენის ადგილის ღიად; ასევე სასარგებლოა ჰაერთთან კონტაქტში. ჟელე ან ბარიერული ცინკის შემცველელი მალამო შეიძლება გამოვიყენოთ. თუ სიწითლე კვლავ გაგრძელდება, შეეკითხეთ თქვენი ბავშვის ექიმს რჩევა

ბანაობა

- რადგან ახალშობილების დაბანა ხდება საჭიროებისამებრ და საფენის გამოცვლის დროს, ბანაობა არ არის საჭირო ყოველ დღე. მამებს ხშირად სიამოვნებთ ბავშვის დაბანა და ამ განსაკუთრებული დროის მათთან გატარება.

ღრუბლით დაბანა

- ბანაობამდე, მოაგროვეთ ყველა მოწყობილობა: კონტეინერი და ნიჟარა თბილი წლისთვის, დასაბანი ქსოვილი, პირსახოცი, ბავშის შამპუნი და სუფთა ტანსაცმელი. საპონი არ არის საჭირო პატარა ბავშვისთვის, მაგრამ თუ გამოიყენება, ის უნდა იყოს მსუბუქი და არატუტოვანი, რომ შეინარჩუნოს ნეიტრალური მჟავა გარემო კანზე.

კვება

- იხილეთ თავი 10 ძუძუთიკვებაზე ან ფორმულით კვებაზე ინფორმაციის მისაღებად.

ქცევა

- ახალშობილის სხვადასხვა ქცევითი მდგომარეობების შესახებ ცოდნა გეხმარება ისწავლოთ თქვენი ბავშვის ინდივიდუალური მახასიათებლები.

ძილის ფაზები

- მშვიდი ძილის დროს ახალშობილს სძინავს მშვიდი ძილით და ცოტას მოძრაობს. თქვენი ბავშვი არ შეწუხდება მოწყობილობის ან სხვა ბავშვების ხმაურისგან.

• დაბანეთ თბილ ოთახში და კომფორტულ სიმაღლეზე, სადაც იქნება უსაფრთხოდ. თუ გამოიყენებთ დეტექტორს, შეახვიეთ ნაჭერში ან პირსახოცში. • არასდროს არ დატოვოთ ახალშობილი მარტო დაუცველად, თუნდაც წამიერად. გქონდეთ ერთი ხელი ახალშობილზე ყოველთვის, რომ დაიცვათ დავარდნისგან. თავი შეიკავეთ ტელეფონის პასუხისგან ბანაობის დროს, რათა თავიდან აიცილოთ გაფანტულობა. თუ ოთახის დატოვება მოგიწევთ, წაიყვანეთ ბავშვი თან ან ჩააწვინეთ საწოლში. • სანამ სრულად გახდით ბავშვს, გამოიყენეთ "ფეხბურთის" პოზიცია, რომ დაბანოთ თავი შამპუნით. ასევე ყიფლიბანდი ანუ "რბილი ადგილი" შეიძლება იყოს ძალიან სათუთი, ის დაფარულია მყარი მემბრანით და არ ზიანდება დაბანის დროს. ყიფლიბანდის პულსური მოძრაობა არის ნორმალური. გაამშრალეთ თმა კარგად, რათა თავიდან აიცილოთ სითბოს დაკარგვა. • გყავდეთ ახალშობილი თბილად, სანამ გახდით მხოლოდ იმ ადგილს, რომელიც უნდა დაბანოთ. დაბანეთ და გაამშრალეთ სხეულის ერთი ადგილი ერთჯერზე. დაბანეთ სახე სუფთა წყლით. გამოიყენეთ სუფთა დასაბანი ქსოვილი, რომ გაასუფთავოთ ყურის შიდა და გარე ზედაპირები, სადაც რძე გროვდება. არ გამოიყენოთ ბამბის ჩხირი საწმენდები ახალშობილის ყურისა და ცხვირის გასასუფთავებლად, დაზიანება შეიძლება მოხდეს თუ ბავშვი სწრაფად მოძრაობს. • კისრის ნაკეცების გასასუფთავებლად, მოათავსეთ ერთი ხელი ბავშვის მხრების ქვეშ და აწიეთ ოდნავ, რომ გამოიწვიოთ თავის ოდნავ უკან გადაწევა იმდენად, რომ კისრის ნაოჭების დაბანა მოახერხოთ. გაასუფთავეთ საფენის ადგილი ბოლოს.	აქტიური ძილის დროს ბავშვი მოძრაობს და მოუსვენრად არის, ძილის პარალელურად. მთვლემარე მდგომარეობაში, ბავშვი იწყებს გაღვიძებას, მაგრამ ისევ იბრუნებს ძილს თუ არ მოხდა მისი შეწუხება, თუმცა თუ კვების ან სხვა აქტივობის დროა, ესაუბრეთ ნაზად, რომ დაეხმაროთ ბავშვს გამოფხიზლებაში.

ავზში ბანაობა • ავზში დასაბანად, გამოიყენეთ პლასტმასის ავზი ან სუფთა ნიჟარა. დააფინეთ ავზის ძირზე პირსახოცი ან საფენი, რომ უფრო კომფორტული იყოს ბანაობა და დაიცვათ ახალშობილის დაცურება. მოათავსეთ საკმარისი თბილი წყალი ავზში მხრების დაფარვამდე, რომ მოხდეს გაციების თავიდან აცილება. დაბანეთ ბავშვის სახე და თავი, სანამ ავზში მოათავსებდეთ. ბავშვი იყოს ჩაცმული სანამ თმას არ დაბანთ, რომ მოხდეს გადაციებისგან თავის დაცვა. • შეიძლება უმჯობესი იყოს, რომ ჯერ ააქაფოთ ახალშობილის სხეული და შემდეგ ჩასვათ ბავშვი ავზში წყლის გადასავლებად. არ არის გასაკვირი, რომ ახალშობილს შეეშინდეს, როცა პირველად ჩააწვენთ წყალში. ბავშვს რომ დაეხმაროთ ამ ახალი მდგომარეობის შეჩვევაში, ესაუბრეთ ნაზად და ხმადაბლა, სანამ გიჭირავთ ბავშვი უსაფრთხოდ. • ეცადეთ ბანაობა იყოს ხანმოკლე, რომ არ მოხდეს ბავშვის გაციება. შეამშრალეთ ჩქარა, ჩააცვით და შეახვიეთ ახალშობილი ორ პლედში ცოტა ხნით, რომ დაეხმაროთ ბავშვს შეინარჩუნოს სითბო.	სიფხიზლის ფაზები • მშვიდი სიფხიზლის მდგომარეობა არის კარგი დრო ახალშობილის სტიმულაციისა და “თამაშისთვის”. ჩუმი სიფხიზლის მდგომარეობა გრძელდება მხოლოდ მცირე დროით და ახალშობილს ხშირად სჭირდება დასვენება ურთიერთობისგან. ზედმეტი სტიმულაციის ნიშნები არის თუ ახალშობილი მიაბრუნებს თავს, იწყებს ხველას, დაცემინებას, სლოკინს და ამოქარვებას ან ხდება მოუსვენარი. ეს მიანიშნებს, რომ ახალშობილს სჭირდება მცირე დროით მშვიდი საათი. • აქტიური სიფხიზლის ან “მოუსვენრობის” ფაზა არის დრო, როცა ახალშობილმა შეიძლება გამოხატოს შიმშილი, დისკომფორტი ან დაღლა. ჩარევით ბავში შეიძლება დაბრუნდეს მშვიდი სიფხიზლის ფაზაში ან იკვებოს და შემდეგ დაიძინოს. თუ არ ჩავერევით, ბავშვი ხშირად გადადის ტირილის ფაზაში. • ბავშვმა შეიძლება გამოიყენოს თვითკონტროლის ზომები, როგორიცაა თითის ლოკვა. თუმცა, თუ ეს მცდელობა არ არის ეფექტური, მშობლებმა კომფორტი უნდა შეუქმნან სწრაფად. ბავშვი, რომელიც დიდი ხანია ტირის, შეიძლება რეაგირება არ მოხდინოს დასაწყისში. სანამ ახალშობილი დამშვიდდება შეიძლება საჭირო გახდეს რამდენიმე წუთით რწევა ან ახლოს დაჭერა.

მშობლებმა უნდა იცოდნენ	**გაგრძელება**
სოციალიზაცია • ახალშობილები არიან სოციალური არსებები, რომლებსაც სიამოვნებთ ადამიანებთან ურთიერთობა. ბავშვი უნდა იყოს ოჯახის ცხოვრების ნაწილი. გამოიყენეთ ახალშობილის დასაჯდომი ადგილი ან სატარებელი, რომ გყავდეთ ბავშვი თქვენთან ახლოს ან ოჯახთან ერთად. ახალშობილებს სიამოვნებთ ადამიანის სახეების დანახვა. დაიკავეთ ბავშვი ახლოს და ესაუბრეთ, რომ მოხდეს სოციალური სტიმულაცია.	სტიმულაცია • ბავშვები რეაგირებენ საუკეთესოდ ნაზ სტიმულაციაზე და სიამოვნებთ. მათ მოსწონთ მუსიკა, რომელიც არ არის ძალიან ხმამაღალი. ისინი თვალების ფოკუსირებას ყველაზე კარგად ახდენენ 20-25 სმ დისტანციაზე. ისეთი საგნები, როგორიცაა მობილური, უნდა იყოს მოთავსებული ამ დისტანციაზე. ახალშობილებს განსაკუთრებით უყვართ შავი და თეთრი გეომეტრიული ფიგურები და მკაფიო ფერები.

	ახალშობილები რეაგირებენ საუკეთესოდ ნაზ სტიმულაციაზე, როცა არიან მშვიდ ფხიზელ მდგომარეობაში. არ ეცადოთ მასტიმულირე-ბელი მეთოდების გამოყენება, როცა ბავშვი მოუსვენრად არის. ზედმეტმა სტიმულაციამ შეიძლება გამოიწვიოს ბავშვის გაღიზიანება და დაძინებაში შეუქმნას პრობლემები.

წამლის გზამკვლევი

ჰეპატიტი B ვაქცინა

კლასიფიკაცია: ვაქცინა

მოქმედების მექანიზმი: იმუნიზაცია ჰეპატიტი B ინფექციის წინააღმდეგ.

დანიშნულება: ჰეპატიტი B-ს პრევენცია

ახალშობილების დოზირება და მიღების გზა

რეკომბინირებული HB

5 mcg

ენგერიქსი-B

10 mcg

ჰეპიტიტი B ვაქცინის პირველი დოზა უკეთდებათ ახალშობილებს საავადმყოფოდან გა-წერამდე. ვაქცინის მეორე დოზა უკეთებენ 1-2 თვეს; მესამე დოზას - 6-18 თვეს (ყველაზე ბოლოს 16 კვირას პირველი დოზიდან)

ახალშობილები HBsAg - ნეგატიური დედების: ჩვეულებრივი მეთოდით ხდება გაკეთება.

ახალშობილები HBsAg - დადებითი დედების: ვაქცინა უკეთდებათ დაბადებიდან 12 საათში ჰეპატიტი B იმუნოგლობულინთან ერთად, (HBIG), რომელიც უკეთდებათ სხვადასხვა ადგი-ლას. ჩვეულებრივი მიღების გზა არის იგივე რასაც რუტინულად ვაკეთებთ. ახალშობილის ტესტირება უნდა მოხდეს HBsAg და HBsAg ანტისხეულზე სამივე დოზა ვაქცინის დასრულე-ბის შემდეგ.

ახალშობილები - დედების, რომელთაც HBsAg სტატუსი არის გაურკვეველი. ვაქცინა ენიშ-ნება დაბადებიდან 12 საათში და ხდება დედის ტესტირება. თუ HBsAg ტესტი პოზიტიურია, ახალშობილმა უნდა მიიღოს HBIG, რაც შეიძლება მალე და არაუგვიანეს 1 კვირისა. ჩვეუ-ლებრივი რუტინით ხდება ვაქცინაცია. ვაქცინის ინექცია გააკეთეთ კუნთშიდა გზით ბარძა-ყის ანტეროლატერალურ მხარეს.

შეწოვა: იწოვება ნელა, დედის ანტისხეულებს არ აქვს ეფექტი.

უკუჩვენება: ჰიპერმგრძნობელობა საფუარის უჯრედზე

გვერდითი რეაქცია: ტკივილი და სიწითლე ინექციის ადგილას, სიცხე, დაღლა, ტთვის ტკი-ვილი

პაციენტის მოვლასთან დაკავშირებული მსჯელობა: თუ შუშის ბოთლი გამოიყენება, შეა-ნჯღრიეთ სითხე კარგად მის გამოყენებამდე. გაუკეთეთ ვაქცინა დაბადებიდან 12 საათში ინ-ფიცირებული დედის ახალშობილს. არ შეიყვანოთ მედიკამენტი ინტრავენურად ან კანქვეშ. მოიპოვეთ მშობლების თანხმობა გაკეთებამდე.

წამლის გზამკვლევი
ჰეპატიტი B იმუნო გლობულინი (HBIG) კლასიფიკაცია: იმუნოგლობულინი მოქმედების მექანიზმი: უზრუნველყოფს ანტისხეულებს და პასიურ იმუნიტეტს ჰეპატიტი B ვაქცინის მიმართ. დანიშნულება: ჰეპატიტი B ზედაპირის ანტიგენ-დადებითი დედების ახალშობილის პროფილაქტიკა. ახალშობილების დოზები და მიღების გზა: 0.5 მლ დაბადებიდან 12 საათში თუ შესაძლებელია, მაგრამ არაუგვიანეს ერთი კვირისა. მედიკამეტის შეყვანა ხდება ბარძაყის ანტეროლატერალურ მხარეს კუნთშიგნით; არ უნდა მოხდეს ინტრავენურად დანიშვნა. შეწოვა: შეიწოვება ნელა უკუჩვენება: ცნობილი არ არის გვერდითი ეფექტი: ტკივილი და სიმკვრივე ინექციის ადგილას, ურტიკარია, ანაფილაქსია. პაციენტის მოვლასთან დაკავშირებული მსჯელობა: არ შეანჯღრიოთ ან არ გაუკეთოთ ინტრავენურად. ჰეპატიტის ვაქცინები გაკეთებული უნდა იყოს დაბადებიდან 12 საათში. გაუკეთეთ ვაქცინის და იმუნოგლობულინის ინექცია სხვადასხვა ადგილას.

ახალშობილის სკრინინგის ტესტები

სახელმწიფო ადგენს იმ სკრინინგილი კვლევების ჩამონათვალს, რომელიც უნდა შესრულდეს ახალშობილის დაბადებისას, რათა მოხდეს დაავადებათა ადრეული დიაგნოსტიკა და გართულებათა პრევენცია.

გულის თანდაყოლილი, კრიტიკული მნიშვნელობის დეფექტების სკრინინგი

მნიშვნელოვანია, რომ გულის თანდაყოლილი, კრიტიკული მნიშვნელობის დეფექტების იდენტიფიცირება მოხდეს დაბადების შემდეგ, რათა ახალშობილის დაზიანების ან სიკვდილის პრევენცია მოხდეს. AAP რეკომენდაციას იძლევა, რომ მოხდეს ყველა ახალშობილის პულსური ოქსიმეტრით სკრინინგი სამშობიარო დაწესებულებიდან გაწერამდე. სკრინინგი უნდა ჩატარდეს მარჯვენა ხელზე და ნებისმიერ ტერფზე მოძრაობასთან ტოლერანტული ოქსიმეტრიით დაბადებიდან პირველ 24 საათში. ოქსიმეტრის მაჩვენებლი 95% ან ნაკლები ნებისმიერ კიდურზე ან 3% ან მეტი აბსოლუტური განსხვავება ზედა და ქვედა კიდურებს შორის საჭიროებს მეტ გამოკვლევებს.

სმენის სკრინინგი

რადგან სმენის პრობლემის ადრეულმა დეტექციამ და მკურნალობამ შეიძლება მოახდინოს განვითარების ჩამორჩენის პრევენცია, სმენის სკრინინგი, ახალშობილის დაბადებიდან, პირველ თვეს რეკომენდებულია. ახალშობილები, რომლებმაც არ გაიარეს სკრინინგი, უნდა მოხდეს ხელახალი სკრინინგის შეთავაზება და თუ კვლავ არ გაივლის ახალშობილი ამას მშობლის გადაწყვეტილებით, მაშინ ახალშობილმა უნდა გაიაროს აუდიოლოგიური და სამედიცინო გამოკვლევა არა უგვიანეს სამი თვის ასაკისა.

ოტოაკუსტიკური ემისია და აკუსტიკური მოგრძო ტვინის საპასუხო რეაქცია გამოიყენება სკრინინგისთვის. ტესტი შეიძლება გაკეთდეს, სანამ ახალშობილს სძინავს. ექთანი ამოწმებს, რომ ახალშობილი მიიღებს სკრინინგს და უხსნის მშობლებს ტესტის გაკეთების პროცედურასა და მის მნიშვნელობას. ახალშობილს, რომელიც ვერ გაივლის პირველ სკრინინგს, ხშირად რეტესტირება უკეთდება სამშობიარო დაწესებულებაში. ახალშობილების მშობლები, რომლებიც

გადამისამართდებიან შემდგომი ტესტირებისთვის გაწერის შემდეგ, საჭიროებენ დამატებით ახსნას და ემოციურ მხარდაჭერას.

სხვა სკრინინგიული ტესტები

დაავადების ადრეული პრევენციისთვის ასევე ტარდება სისხლის ტესტები მეტაბოლური, ჰემატოლოგიური ან გენეტიკური დაავადებების სკრინინგისთვის. ადრეული იდენტიფიცირებით და მკურნალობით, ახალშობილებმა ამ მდგომარეობებით შეიძლება თავიდან აიცილონ სერიოზული ინტელექტუალური ინვალიდობა ან სხვა სერიოზული პრობლემები. დაავადებები, რომელიც შედის ეროვნული სკრინინგის პროგრამაში არის, ფენილკეტონურია (PKU), ჰიპოთირეოიდიზმი, გალაქტოზემია, ჰემოგლობინოპათიები, როგორიცაა ნამგლისებრი უჯრედოვანი ანემია, თალასემია და თანდაყოლილი თირკმელზედა ჰიპერპლაზია.

სკრინინგ ტესტები არის მარტივი და არ არის ძვირი. მის ჩასატარებლად საჭიროა სისხლის აღება ახალშობილის ქუსლიდან და მხოლოდ ერთი სისხლის ნიმუში არის საჭირო ყველა ტესტის ჩასატარებლად. ეს ტესტები კეთდება დაბადებიდან 24-48 საათის განმავლობაში. შემდგომი ტესტები საჭიროა, რათა მოხდეს ნებისმიერი ნორმიდან გადახრილი ტესტის შედეგის დაზუსტება.

მშობლებს შეიძლება კითხვები ჰქონდეთ ტესტების მიზნის შესახებ. უმჯობესია, მშობლებს მიაწოდოთ ბროშურა, სადაც მათთვის გასაგებ ენაზე იქნება მიწოდებული ინფორმაცია. ექთნები ხშირად ტესტებს მოიხსენიებენ როგორც “ფენილკეტონურია ტესტს” , “PKU” ტესტი, მაგრამ ეს არასწორია, რადგან უნდა მოიხსენიონ როგორც “სკრინინგ ტესტები”, რათა ხაზი გაუსვან იმას, რომ სხვადასხვა მდგომარეობებზე ხდება შემოწმება.

ტესტები, რომელიც კეთდება პირველ 24 საათში, ნაკლებ სენსიტიურია, ვიდრე ისინი, რომელიც სრულდება დაბადებიდან 24 საათის მერე. ახალშობილებს, რომელთაც გაუკეთდათ ტესტი დაბადებიდან 12-24 საათში, უნდა მოხდეს ხელახალი ტესტირება 1-2 კვირაში.

ხშირი თანდაყოლილი მდგომარეობები

ფენილკეტონურია

PKU არის გენეტიკური დაავადება, რომლის დროსაც ახალშობილს არ შეუძლია მეტაბოლიზირება გაუწიოს ფენილალანინ ამინო მჟავას, რომლეიც არის ჩვეულებრივ ცილოვან საკვებში, როგორიცაა რძე. ასევე, ცოტაოდენი ფენილალანინი საჭიროა ზრდისთვის, მისმა დაგროვებამ შეიძლება გამოიწვიოს მძიმე ფორმით ინტელექტუალური ინვალიდობა. მკურნალობის დაწყება უნდა მოხდეს დაბადებიდან მესამე კვირას. PKU მკურნალობა ხდება სპეციალური დაბალ-ფენილალანინიანი დიეტით, რომლის დროსაც ამინო მჟავების დონე ფრთხილად რეგულირდება.

თანდაყოლილი ჰიპოთიროიდიზმი

თანდაყოლილი ჰიპოთიროიდიზმი ხდება როცა ფარისებრი ჯირკვალი არ წარმოქმნის საკმარის თიროიდის ჰორმონს, რომელიც ეფექტს ახდენს მთელ სხეულზე. არანამკურნალები ახალშობილების სიმპტომები შემდეგია: ხრინწიანი ტირილი, დიდი ყიფლიბანდი და ენა, შენელებული რეფლექსები, მუცლის გადაჭიმვა, ლეთარგია და კვების პრობლემები, ასევე შესაძლოა განვითარდეს ინტელექტუალური ინვალიდობა .ახალშობილებს შეიძლება არანაირი ნიშანი არ ჰქონდეთ ადრეულ კვირებში, მაგრამ ადრეული მკურნალობა თიროიდიდ ჰორმონით მნიშვნელოვანია, რათა ვუზრუნველყოთ ნორმალური ზრდა და ინტელექტუალური ფუნქცია.

გალაქტოზემია

ენზიმის დეფიციტს, რომელიც მნიშვნელოვანია, რომ მოხდეს რძის შაქრის გალაქტოზის გლუკოზად გადასაქცევად, ეწოდება გალაქტოზემია. ეს მდგომარეობა იწვევს ღვიძლის დაზიანებას, ახალშობილს ხდის ინფექციების მიმართ მიდრეკილს, იწვევს ინტელექტუალურ ინვალიდობას და განვითარების სხვა პრობლემებს. მკურნალობა შედგება დიეტით, რომელიც თავისუფალია ლაქტოზისა და გალაქტოზისგან. ამ დაავადების შორეული გართულებებია ზრდაში შეფერხება და ნევროლოგიური შეფერხება, რომელიც შეიძლება მოხდეს მკუნალობის ფონზეც კი.

ჰემოგლობინოპათია

ჰემოგლობინოპათია შედგება ნამგლისებრ უჯრედოვანი ანემიის, თალასემიისა და სხვა დაავადებებისგან. ეს მდგომარეობები უფრო ხშირად გვხდება აფრო, ხმელთაშუაზღვის, ინდური ან სამხრეთ და ცენტრალური ამერიკის წარმოშობის ახალშობილებში. ნამგლისებრუჯრედოვანი ანემიის დროს, ერითროციტები შეიძლება გახდეს ნამგლის ფორმის, რაც იწვევს სისხლძარღვების ობსტრუქციასა და ერითროციტების დესტრუქციას. ჰემოგლობინოპათია იწვევს ქრონიკულ ანემიას, სეფსისა და სხვა სერიოზულ მდგომარეობებს.

თირკმელზედა ჯირკვლის თანდაყოლილი ჰიპერპლაზია

ტერმინი თირკმელზედა ჯირკვლის თანდაყოლილი ჰიპერპლაზია ეხება დაავადებებს, რომელთათვისაც დამახასიათებელია იმ ფერმენტის დეფექტი, რომელიც მონაწილეობს ადრენალური კორტიკოსტეროიდებისა და ალდოსტერონისა და ანდროგენების წარმოქმნაში. ამ დეფექტის არსებობის დროს ახალშობილებს შეიძლება ჰქონდეთ გაურკვეველი გენიტალიები და მდედრობითი ახალშობილის მასკულინიზაცია დაბადებისას. მარილის კარგვის კრიზისი დაბალი ნატრიუმით და გლუკოზით და მაღალი კალიუმის დონით შეიძლება განვითარდეს სიცოცხლის პირველ კვირას. ამ მდგომარეობის მკურნალობა არის კორტიკოსტეროიდების და მინერალოკორტიკოიდების დანიშვნა დარჩენილი ცხოვრების განმავლობაში.

სხვა მდგომარეობები

ახალშობილებში სკრინინგი ასევე შეიძლება ჩატარდეს ნეკერჩხლის სიროფის დაავადებაზე, ბიოტინიდაზას დეფიციტის სინდრომზე, ჰომოცისტინურიაზე, ფიბროზულ-კისტოზურ დეგენერაციასა და სხვა მდგომარეობებზე. თითოეული ამ მდგომარეობის სწორი დიაგნოზის დასმა შეიძლება მოხდეს ახალშობილებში, ისე რომ მკურნალობის დაწყება მოხდეს ადრეული ასაკიდან.

ექთანმა აუცილებლად უნდა იცოდეს იმ დაავადებების ჩამონათვალი, რომელიც შედის სკრინინგის პროგრამაში, რათა მიაწოდოს შესაბამისი ინფორმაცია მშობლებს და მოუწოდოს მათ მონაწილეობა მიიღონ სკრინინგის პროგრამაში.

გაწერა და ახალშობილის შემდგომი ვიზიტის დანიშვნა

გაწერა

ახალნამშობიარები ქალის გაწერის დრო განსხვავდება დედის საჭიროებების მიხედვით.

გაწერა განიხილება, როცა სრული ვადით ახალშობილი, რომელიც თავისი გესტაციური ასაკის შესაბამისია, აქვს ნორმალური ფიზიკური გასინჯვის მონაცემები და ასევე სახეზეა, რომ გარდამავალი პერიოდი ნაყოფის მდგომარეობიდან ახალშობილის მდგომარეობაში ხდება გართულებების გარეშე. ახალშობილს უნდა ჰქონდეს სტაბილური სასიცოცხლო მაჩვენებლები გაწერამდე 12 საათის განმავლობაში, წარმატებით უნდა იყოს ნაკვები სულ მცირე ორჯერ, შარდისა და განავლის მოქმედება უნდა იყოს დაფიქსირებული და არ უნდა ჰქონდეს ზედმეტი სისხლდენა წინდაცვეთის ადგილიდან სულ მცირე 2 საათი. ახალშობილის ლაბორატორიული და სკრინინგ ტესტები და შეფასება სეფსისზე უნდა იყოს სრულად დასრულებული. გაწერამდე უნდა მოხდეს ჰეპატიტი B ვაქცინაცია ან უნდა მოხდეს მისი დაგეგმვა.

თუ ახალშობილს აქვს შესამჩნევი სიყვითლე, შემდგომი ვიზიტების დაგეგმვა უნდა მოხდეს გაწერისას ან ახალშობილის გაწერა უნდა გადაიდოს. დედამ უნდა მიიღოს სწავლება ახალშობილის ზრუნვაზე და უნდა მოახდინოს ცოდნის, შესაძლებლობებისა და თავდაჯერებულობის დემონსტრირება, რომ შეუძლია ახალშობილის შესაბამისი მოვლა. ახალშობილის მანქანის სკამი უნდა ჰქონდეს ოჯახს გაწერამდე. ოჯახი, გარემო და სოციალური რისკ-ფაქტორების შეფასება უნდა მოხდეს და საჭიროების შესაბამისად უნდა არსებობდეს ახალშობილის დაცვის გეგმა. ოჯახს უნდა ჰქონდეს მკურნალი პერსონალისგან მიღებული შესაბამისი მხარდამჭერი გარემო და გეგმები უწყვეტი ზრუნვის შესახებ.

განწერის შემდგომი ვიზიტი

ახალშობილის მოვლა სამშობიარო დაწესებულებიდან გაწერის შემდეგ არის ძალიან მნიშვნელოვანი. AAP რეკომენდაციას იძლევა, რომ შემდგომი ვიზიტი მკურნალი პერსონალის მიერ მოხდეს 48 საათში, რომელიც სახლში გაეწერა დაბადებიდან 48 საათზე ადრე. ეს ვიზიტი შეიძლება ჩატარდეს სახლში, კლინიკაში ან ოფისში. ნებისმიერი ახალშობილი, რომელიც ძუძუთი კვებაზეა ან აქვს რამე სხვა რისკ-ფაქტორი, უნდა გაესინჯოს პირველი კვირის განმავლობაში, განსაკუთრებით ხშირად გაწერიდან 2-3 დღეში.

წყაროები

1. American Academy of Pediatrics Joint Committee on Infant Hearing. (2013). Supplement to the JCIH 2007 position statement: Principles and guidelines for early hearing detection and intervention programs. Pediatrics, 131(4), e1324–e1349.
2. American Academy of Pediatrics. (2011). Circumcision problems. Retrieved from www. healthychildren.org.
3. American Academy of Pediatrics (2012). Endorsement of health and human services recommendation for pulse oximetry for critical congenital heart disease. Pediatrics, 129(1), 190–192.
4. American Academy of Pediatrics Task Force on Circumcision. (2012a). Circumcision policy statement. Pediatrics, 130(3), 585–586.
5. American Academy of Pediatrics Task Force on Circumcision. (2012b). Male circumcision. Pediatrics, 130(3), e757–e785.
6. American Academy of Pediatrics Task Force on Sudden Infant Death Syndrome (2011). SIDS and other sleeprelated deaths: Expansion of recommendations for a safe infant sleeping environment. Pediatrics, 128(5), e1–e27.
7. American Academy of Pediatrics and American College of Obstetricians and Gynecologists. (2012). Guidelines for perinatal care (7th ed.). Elk Grove, IL: American Academy of Pediatrics.
8. Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses (AWHONN). (2013). Evidence-based clinical prac-tice guideline: Neonatal skin care (2nd ed.). Washington, DC: Author.
9. Braverman, N. E., & Hamosh, A. (2009). Recognition of genetic-metabolic diseases by clinical diagnosis and screening. In T. K. McInery, H. M. Adam, D. E. Campbell, et al. (Eds.), Textbook of pediatric care (pp. 373–393). Elk
10. Grove Village, IL: American Academy of Pediatrics.Brown, V. D., & Landers, S. (2011). Heat balance. In S. L. Gardner, B. S. Carter, M. Enzman-Hines, et al. (Eds.), Merenstein & Gardner's handbook of neonatal intensive care (7th ed., pp. 113–133). St. Louis: Elsevier Mosby.
11. Callister, L. C. (2008). Integrating cultural beliefs and practices into the care of childbearing women. In K. R. Simpson & P. A. Creehan (Eds.), AWHONN perinatal nursing (3rd ed., pp. 29–58). Philadelphia: Lippincott.
12. Callister, L. C., Eads, M. N., & Diehl, J. P. S. Y. (2011). Perceptions of giving birth and adherence to cultural practices in Chinese women. MCN: The American Journal of Maternal/Child Nursing, 36(6), pp. 387–304.
13. Campbell, D. E. (2009). Follow-up care of the healthy newborn. In T. K. McInery, H. M. Adam, D. E. Campbell, et al. (Eds.), Textbook of pediatric care (pp. 849–853). Elk
14. Grove Village, IL: American Academy of Pediatrics.Centers for Disease Control and Prevention. (2011). National Center on Birth Defects and Developmental
15. Disabilities Annual Report 2011. Retrieved from www.cdc.gov.
16. Centers for Disease Control and Prevention. (2012a). Grand rounds: Newborn screening and improved outcomes. Morbidity and Mortality Weekly Report 61(21), 390–393.
17. Centers for Disease Control and Prevention. (2012b). Hepatitis B: Epidemiology and prevention of vaccinepreventable diseases. Retrieved from www.cdc.gov.
18. Centers for Disease Control and Prevention. (2012c). Summary of 2010 National CDC EHDI Data. Retrieved from www.cdc.gov.

19. Cunningham, D. R., & Sydlowski, S. A. (2009). Auditory screening. In T. K. McInery, H. M. Adam, D. E. Campbell, et al. (Eds.), Textbook of pediatric care (pp. 326–334). Elk

20. Grove Village, IL: American Academy of Pediatrics. D'Avanzo, C. E. (2008). Mosby's pocket guide to cultural health assessment (4th ed.). St. Louis: Elsevier Mosby.

21. Drake, E., & Gibson, M. E. (2010). Update on expanded newborn screening. Nursing for Women's Health, 14(3), 198–211.

22. Galanti, G. (2008). Caring for patients from different cultures(4th ed.). Philadelphia: University of Pennsylvania Press.

23. Galuska, L. (2011). Prevention of in-hospital falls. Nursing for Women's Health, 15(1), 59–61.

24. Gardner, S. L., Enzman-Hines, M., & Dickey, L. A. (2011). Pain and pain relief. In S. L. Gardner, B. S. Carter, M. Enzman-Hines, et al. (Eds.), Merenstein & Gardner's Handbook of neonatal intensive care (7th ed., pp. 223–269). St. Louis: Elsevier Mosby.

25. Giger, J. N. (Ed.) (2013). Transcultural nursing: Assessment and intervention (6th ed.). St. Louis: Elsevier Mosby.Grewal, S. K., Bhagat, R., & Balneaves, L. G. (2008). Perinatal

26. beliefs and practices of immigrant Punjabi women living

თავი 10

ახალშობილის კვება

ახალშობილის კვება ბავშვის აღზრდის მნიშვნელოვანი ნაწილია. ახალბედა დედები, ძალიან დიდ კმაყოფილებას გრძნობენ, როცა კვებას წარმატებულად ახორციელებენ. ხშირად დედას დახმარება სჭირდება კვების მეთოდის არჩევისა და არჩეული მეთოდის სწორად განხორციელებისთვის. ადეკვატური რჩევის მისაცემად, აუცილებელია ექთანმა იცოდეს თუ რა კვებითი საჭიროებები აქვთ ახალშობილებს და თუ როგორ უნდა დაკმაყოფილდეს ისინი.

ახალშობილის კვებითი საჭიროებები

კალორიები

სრული ვადის ახალშობილებს სხეულის მასის ნახევარ კილოგრამზე 39 - 45 კალორია სჭირდებათ (85-100 კილოკალორია კილოგრამზე სხეულის მასის [kcal/kg]) ძუძუთი კვების დროს, ხოლო 100-110 kcal/kg ფორმულით კვების დროს. ახალშობილმა მისი ენერგეტიკული საჭიროებები სრულად უნდა დაიკმაყოფილოს, რათა არ მოხდეს სხეულის მარაგის გამოყენება ზრდისა და განვითარებისთვის.

ძუძუს რძე და ფორმულის საკვები, რომელიც გამოიყენება ნორმალური ახალშობილისთვის შეიცავს 20 კილოკალორიას ერთ უნციაზე (28,6 გრ). დაბადებიდან ადრეულ დღეებში, ახალშობილები მათი სხეულის მასის 10%-ს კარგავენ. ეს დანაკარგი არის ნორმალური ფიზიოლოგიური კლების ზედა ზღვარი, რაც, თავის მხრივ, განპირობებულია უჯრედგარეთა სითხისა და მეკონეუმის გამოყოფით. ამასთან, ახალშობილი ცხოვრების ადრეულ ეტაპზე საჭიროზე შედარებით ნაკლებ კალორიას იღებს. ნაკლები მოცულობის საკვების მიღება გამოწვეულია ახალშობილების მცირე კუჭის მოცულობით და ხანგრძლივი ძილით. მათ შეიძლება ჩაეძინოთ, სანამ საკმარის საკვებს მიიღებენ ან შეიძლება ეძინოთ კვების დროს ადრეულ დღეებში.

უნდა მოხდეს ახალშობილის კვებასთან დაკავშირებული პრობლემების გამოკვლევა თუ წონაში კლება აჭარბებს 7%-ს, თუ წონის კლება გრძელდება 3 დღის ასაკის შემდეგაც ან თუ დაბადების წონის ხელახალი მომატება არ ხდება 10 დღის ასაკში, სრული ვადით ახალშობილებში. ამ ინფორმაციის ახსნა უნდა მოხდეს მშობლებისთვის.

საკვები ნივთიერებები

საკვები ნივთიერებები, რომელიც ახალშობილებს სჭირდებათ, მიეწოდებათ ნახშირწყლების, ცილებისა და ცხიმის სახით, ძუძუს რძით ან ფორმულით. სრული ვადით ახალშობილი კარგად ინელებს მარტივ ნახშირწყლებსა და ცილებს. ნაკლებად მოინელება კომპლექსური ნახშირწლები, რადგან ახალშობილებს მცირე რაოდენობით აქვთ პანკრეასის ამილაზა და ლიპაზა. ვიტამინებისა და მინერალების მიწოდება ხდება ორივე გზით, ძუძუს რძისა და ფორმულის მეშვეობით.

წყალი

ახალშობილებს მათ წონასთან შედარებით მეტი წყალი სჭირდებათ, რადგან ახალშობილი უფრო მარტივად კარგავს წყალს კანიდან, თირკმელებიდან და ნაწლავებიდან. ნორმალურ ახალშობილს სჭირდება დაახლოებით 60-100 მილილიტრი წყალი კილოგრამზე [ml/kg] სიცოცხლის პირველ 3-5 დღეს (სამახსოვრო 10-1). ეს მოთხოვნილება თანდათანობით იზრდება 150-175 მლ/კგ-მდე დღეში. ძუძუს რძე ან ფორმულა აკმაყოფილებს ახალშობილის სითხის საჭიროებას. დამატებითი წყალი საჭირო არ არის.

სამახსოვრო 10-1 ახალშობილებში დღიური კალორიების და სითხის საჭიროება

კალორიები

85/100 kcal/kg - ძუძუთი კვების დროს
100-110 kcal/kg - ფორმულირებული საკვების დროს

სითხე

60-100 მლ/კგ ცხოვრების პირველ 3-5 დღე
თანდათანობით იზრდება 150-175 მლ/კგ

ძუძუს რძისა და ფორმულის შემადგენლობა

ძუძუს რძე

ძუძუს რძე არის სახეობისთვის სპეციფიური (ადამიანის ახალშობილსთვის შექმნილი) და გამოირჩევა მეტი უპირატესობით ფორმულასთან შედარებით. საკვები ნივთიერებები ძუძუს რძეში არის პროპორციულად შესაფერისი ახალშობილებისთვის და იცვლება ახალშობილების მოთხოვნილებების მიხედვით. ძუძუს რძე უზრუნველყოფს ინფექციის წინააღმდეგ დაცვას და მარტივად მოინელება. დედის იმუნოგლობულინები, ლეიკოციტები, ანტიოქსიდანტები, ფერმენტები, ჰორმონები და ზრდისთვის მნიშვნელოვანი სხვა ნივთიერებები არის ძუძუს რძეში, მაგრამ არ არის ხელოვნურ საკვებში.

ცვლილებები შემადგენლობაში

ძუძუს რძის შემადგენლობა იცვლება სამ ფაზად: ლაქტოგენეზი (რძის წარმოქმნა) სტადია I, II, III.

ლაქტოგენეზი I - ლაქტოგენეზი I იწყება ორსულობის დროს და გრძელდება მშობიარობიდან ადრეულ დღეებამდე. ამ დროს, ძუძუ გამოყოფს კოლოსტრუმს - სქელ, ყვითელ ნივთიერებას. კოლოსტრუმი შეიცავს უფრო მეტ ცილას, ვიტამინებსა და მინერალებს. მასში არის მცირე რაოდენობით ნახშირწყლები, ცხიმი და ლაქტოზა. ის მდიდარია იმუნოგლობულინებით, განსაკუთრებით სეკრეტორული იმუნოგლობულინი A (Ig A)-ს შემადგენლობით, რაც იცავს ახალშობილის კუჭ-ნაწლავის (GI) ტრაქტს ინფექციებისგან. კოლოსტრუმი ეხმარება ნაწლავების ნორმალური ფლორის ჩამოყალიბებას და მისი ლაქსატიური ეფექტი აჩქარებს მეკონეუმის გამოყოფას. კოლოსტრუმს ხანდახან მოიხსენებენ როგორც “ოქროს სითხეს”, მისი ბევრი სარგებლის გამო.

ლაქტოგენეზი II - ლაქტოგენეზი II იწყება დაბადებიდან 2-3 დღეში. გარდამავალი რძე ჩნდება 10 დღის პერიოდში. რძის რაოდენობა იზრდება ჩქარა როგორც კი რძე “მოდის” . იმუნოგლობულინები და ცილები მცირდება და ლაქტოზა, ცხიმი და კალორიები იზრდება.

ლაქტოგენეზი III - მომწიფებული რძე ცვლის გარდამავალ რძეს ლაქტოგენეზის III დროს. რადგან ძუძუს რძე არის მოლურჯო ფერის და ისეთი სქელი არ არის, როგორც კოლოსტრუმი, ზოგიერთი დედას ჰგონია, რომ მისი რძე არ არის გამდიდრებული საკვები ნივთიერებებით ახალშობილებისთვის. ექთანმა უნდა აუხსნას დედას ნორმალური რძე როგორ გამოიყურება. მომწიფებული რძე შედგებაა 20 kcal/oz და შეიცავს საკმარის საკვებ ნივთიერებებს, რომ დააკმაყოფილოს ახალშობილის მოთხოვნილება. გარდა საკვები ნივთიერებებისა, დედის რძე უზრუნველყოფს ახალშობილს იმუნოგლობულინებითა და სხვა ანტიბაქტერიული კომპონენტებით. ქვემოთ მოყვანილი ინფორმაცია ეხება მომწიფებულ რძეს.

საკვები ნივთიერებები

საკვები ნივთიერებები ძუძუს რძეში არსებობს იმ რაოდენობით და პროპორციით, რაც ახალშობილს ესაჭიროება.

ცილა

ამინო მჟავების კონცენტრაცია ძუძუს რძეში არის ახალშობილის საჭიროებებსა და მის მომნელებლობით შესაძლებლობებზე მორგებული. ძუძუს რძე შეიცავს მაღალი რაოდენობით ტაურინს (ამინო მჟავა, რომელიც შეიცავს გოგირდს), რომელიც მნიშვნელოვანია ნაღვლის კონიუგაციისა და ტვინის განვითარებისთვის. თიროზინისა და ფენილალანინის დონე დაბალია ძუძუს რძეში, რაც შეესაბამება ახალშობილის ფერმენტების დაბალ დონეს. რძის ცილები წარმოქმნის დაბალ ხსნადი ნივთიერებების დატვირთვას (აზოტის შემცველი ნარჩენებისა და მინერალების გამოყოფას თირკმელების მიერ), რაც შეესაბამება ახალშობილის მოუმწიფებელი თირკმლის შესაძლებლობებს.

კაზეინი და რძის შრატის ცილა შედის რძის შემადგენლობაში. კაზეინი წარმოქმნის დიდ, უხსნად შედედებულ მასას, რომელიც უფრო რთულად მოინელება, ვიდრე შედედებული მასა რძის შრატის ცილიდან, რომელიც არის ძალიან მსუბუქი. ძუძუს რძე მარტივად მოინელება, რადგან მას აქვს რძის შრატის ცილის მაღალი შემადგენლობა კაზეინთან შედარებით, განსაკუთრებით ადრეული ლაქტაციის დროს. კომერციული ფორმულის საკვები შეიძლება ადაპტირდეს, ისე რომ გაზარდოს რძის შრატის ცილის რაოდენობა, ასე რომ შედედებული მასის უფრო მარტივად მონელება მოხდეს. დიდი რაოდენობით ცილა ფურმულირებულ საკვებში არ მოინელება, არამედ გაივლის განავალთან ერთად.

სხეულის იმუნურმა სისტემამ შეიძლება ამოიცნოს და რეაქცია ჰქონდეს ძროხის რძის ცილაზე, რაც მას ხდის ყველაზე ხშირ ალერგენს. რადგან ძუძუს რძე შექმნილია ადამიანის ახალშობილისთვის, ნაკლებად შესაძლებელია რომ გამოიწვიოს ალერგია. თუმცა, ანტიგენები დედის საკვებიდან შეიძლება გადავიდეს მის რძეში. თუ ახალშობილს რეაქცია ექნება დედის დიეტაზე, გამომწვევი საკვების იდენტიფიცირება და ელიმინაცია უნდა მოხდეს. საკვები დედის დიეტაში, რომელმაც შეიძლება გამოიწვიოს პრობლემა ზოგიერთ ახალშობილში, მოიცავს ძროხის რძის ან რძის პროდუქტებს, შოკოლადს, კაკალს, სიმინდს, ციტრუსოვან ხილს, ხორბალსა და მიწის თხილს; თუმცა ამ დრომდე არ არის საკმარისი მტკიცებულებები იმისთვის, რომ გადაჭრით ითქვას, იწვევს თუ არა ამ ნივთირებების მიღება ახალშობილებში ალერგიას .

დედებს ეძლევათ რეკომენდაცია, რომ განახორციელონ ახალშობილის ექსკლუზიურად ძუძუთი კვება ყველაზე მცირე 4 თვე, ხოლო ალერგიული საკვების თავიდან არიდება დედის მიერ რეკომენდებულია, თუ მის ახალშობილს 6 კვირის ასაკზე ქვემოთ აღენიშნება კოლიკა (შეტევითი ტკივილები მუცელში).

ნახშირწყლები

ლაქტოზა არის უმთავრესი ნახშირწყალი ძუძუს რძეში. ის აუმჯობესებს კალციუმის შეწოვას და უზრუნველყოფს ენერგიის წყაროს ტვინისთვის. სხვა ნახშირწყლები ძუძუს რძეში ზრდის ნაწლავების მჟავიანობას და ხელს უშლის პათოგენების ზრდას.

ცხიმი

ცხიმი უზრუნველყოფს კალორიებს 50%-ს ძუძუს რძეში. ძუძუს რძის ცხიმი უფრო მარტივად მოინელება ახალშობილის მიერ, ვიდრე ძროხის რძის ცხიმი. ცხიმის შემცველობა ძუძუს რძეში განსხვავდება კვების დროს, კვებებს შორის და ერთსა და იმავე ან სხვადასხვა დღეს. უკანა (ბოლო) რძე, რძე რომელიც წარმოქმნილია კვების ბოლოს, უზრუნველყოფს დანაყრებას და ეხმარება ახალშობილს წონის მომატებაში.

დედის რძის ცხიმის უმეტესი ნაწილი ტრიგლიცერიდებია. ქოლესტეროლი და აუცილებელი ცხიმოვანი მჟავები, როგორიცაა გრძელ-ჯაჭვიანი პოლიუჯერი ცხიმოვანი მჟავები, დოკოსაჰექსაენოიკის მჟავა (DHA) და არაქიდონიკის მჟავა (ARA) ასევე არსებობს. ეს საკვები ნივთიერებები მნიშვნელოვანია მხედველობის, ტვინისა და ნერვული სისტემის ზრდისთვის.

ვიტამინები

A, E და C ვიტამინების დონე არის მაღალი ძუძუს რძეში. ვიტამინი D-ს შემადგენლობა ძუძუს რძეში არის დაბალი და ყოველდღიური მიწოდება 400 საერთაშორისო ერთეულით (IU) რეკომე-

ნდებულია სიცოცხლის პირველი დღეების განმავლობაში. ძუძუთი კვების ახალშობილები, რომლებიც არ არიან მზესთან კონტაქტში და ასევე მუქი კანის მქონე ახალშობილები, განსაკუთრებულად რისკის ქვეშ არიან ვიტამინი D-ს უკმარისობისთვის. ფორმულირებული კვებით ახალშობილები, რომლებიც სვამენ 1 კვარტზე (quart) ნაკლები D ვიტამინით გამდიდრებულ რძეს დღის განმავლობაში, არ სჭირდებათ დამატებით ვიტამინი D, რადგამ ის არის ფორმულირებულ საკვებში.

წყალში ხსნადი ვიტამინები ძუძუს რძეში განსხვავდება დედის კვების მიხედვით. ვეგეტარიანელი დედების ახალშობილებს შეიძლება დასჭირდეთ ვიტამინი B12-ით უზრუნველყოფა.

მინერალები

კაზეინის ცილა ძროხის რძეში ხელს უშლის რკინის შეწოვას. ასევე რკინის დონე ძუძუს რძეში მცირეა, ვიდრე ფორმულის საკვებში, ის ხუთჯერ უფრო კარგად შეიწოვება და ძუძუთი ნაკვები ბავშვები იშვიათად არიან რკინით დეფიციტურები.

სრული ვადით ახალშობილი, რომელიც ექსკლუზიურად ძუძუთ კვებაზეა, ინარჩუნებს რკინის შემცველობას სიცოცხლის პირველი 6 თვის განმავლობაში. ზოგადად, რკინის დამატება ხდება, როცა ახალშობილი მყარი საკვებით კვებას იწყებს. ნაადრევ ახალშობილებს სჭირდებათ რკინით უზრუნველყოფა უფრო ადრეულ ეტაპზე. ყველა ახალშობილმა, რომელიც ფორმულირებულ კვებაზეა უნდა მიიღოს რკინით გამდიდრებული საკვები.

ნატრიუმის, კალციუმისა და ფოსფორის დონე ძროხის რძეში უფრო მაღალია, ვიდრე ადამიანის რძეში. ამ განსხვავებამ შეიძლება გამოიწვიოს ძალიან ძლიერი დაწოლა თირკმელებზე გახსნილი ნივთერებებით, თუ ფორმულირებული საკვები არ არის სწორად განზავებული. ფთოროვანი ნაერთის მიწოდება შეიძლება დაიწყოს 6 თვის ასაკში, რათა გაუმჯობესდეს დენტალური (კბილის) ჯანმრთელობა, რაც დამოკიდებულია წყლის ფთორის ნაერთზე.

ფერმენტები

ძუძუს რძე შედგება ფერმენტებისგან, რომელიც ეხმარება მონელებაში. პანკრეასის ამილაზის რაოდენობა, რომელიც საკმარისია ნახშირწყლების მონელებისთვის, დაბალი რაოდენობითაა ახალშობელში, მაგრამ არის ძუძუს რძეში. ძუძუს რძე ასევე შეიცავს ლიპაზას, რომ გაზარდოს ცხიმის მონელება.

ინფექციის პრევენციული კომპონენტები

ადამიანის რძის კომპონენტები ეხმარება ინფექციის პრევენციას ახალშობილში. ბიფიდუს ფაქტორები უზრუნველყოფს ლაქტობაცილუს ბიფიდუსის ზრდას, რომელიც თავის მხრივ ნაწლავური ფლორის მნიშვნელოვანი ნაწილია და კუჭ-ნაწლავში მჟავა გარემოს წარმოქმნას ეხმარება. ეს იცავს ახალშობილს ინფექციისგან გამოწვეული ჩვეულებრივი ნაწლავური პათოგენებისგან.

ლეიკოციტები, რომელიც არსებობს ძუძუს რძეში ასევე იცავს ახალშობილს ინფექციებისგან. ძუძუს რძეში ასევე უხვად არის მაკროფაგებიც, რომელიც გამოყოფს ლიზოციმებს (ფერმენტი) და ლაქტოფერინს. ლიზოციმები (ფერმენტი) არის ბაქტერიოლიტიკური ფერმენტები, რომელიც მოქმედებს გრამ-დადებითი და ნაწლავური ბაქტერიების წინააღმდეგ. ლაქტოფერინი არის პროტეინი, რომელიც ამაგრებს რკინას ბაქტერიაზე, იერთებს რკინას და ხელს უშლის მათ ზრდას. ის ასევე იწვევს რძეში არსებული რკინის ადვილად შეწოვას. ახალშობილებისთვის რკინის პრეპარატების მიცემამ შეიძლება ხელი შეუშალოს ლაქტოფერინის ეფექტურობას.

იმუნოგლობულინები ყველაზე დიდი რაოდენობით კოლოსტრუმშია, მაგრამ ასევე გადაეცემა დედიდან ახალშობილს სრული ლაქტაციის განმავლობაში. კოლოსტრუმში მეტი ოდენობაა ანტისხეულების, თუ ახალშობილი იბადება ნაადრევად. ლიმფოციტები რძეში წარმოქმნის სეკრეტორულ IgA-ს, რომელიც ეხმარება ვირუსული ან ბაქტერიოლოგიური ინფექციის ინვაზიის პრევენციისთვის ნაწლავების ლორწოვან გარსში, რაც იწვევს უფრო ნაკლებ ნაწლავურ ინფექციებს. ახალშობილები, რომლებიც ძუძუთი კვებაზე არიან, აქვთ სუნთქვის, კუჭ-ნაწლავის და საშარდე გზების შედარებით ნაკლები ინფექციები, ასევე მათ ნაკლებად აქვთ შუა ყურის

ანთება, ასთმა, დიაბეტი, ზოგიერთი სიმსივნის, სიმსუქნის, უცაბედი ახალშობილის სიკვდილის სინდრომისა და ნეკროზული ენტეროკოლიტი.

დედის დიეტის ეფექტი

მიუხედავად იმისა, რომ ცხიმოვანი მჟავების შემადგენლობაზე ძუძუს რძეში დედის დიეტა ახდენს გავლენას, აღმოჩნდა, რომ დედებს, რომლებსაც აღენიშნებათ კვების დეფიციტი მთლიანი ცხიმის, ცილის, ნახშირწყლებისა და უმეტესობა მინერალების, თითქმის იგივე პროპორცია აქვთ, როგორც კარგად ნაკვები დედის რძეს. ძუძუს რძეში წყალში ხსნადი ვიტამინების დონეზე ეფექტს ახდენს დედის მიღებული და შენახული საკვები. აუცილებელია, რომ მეძუძურმა დედამ იკვებოს კარგად დაბალანსებული დიეტით, რათა შეინარჩუნოს საკუთარი ჯანმრთელობა და ენერგიის დონე.

ხელოვნური საკვებით კვება

კომერციული ფორმულირებული საკვები შექმნილია ძუძუს რძის ჩანაცვლების მიზნით. მათ ხანდახან “ძუძუს რძის შემცვლელს” ან “ხელოვნურ ძუძუს რძეს” უწოდებენ. მწარმოებლები ცდილობენ მოახდინონ მათი მისადაგება ძუძუს რძის კომპონენტებთან, რამდენადაც ეს შესაძლებელია. თუმცა ზუსტი თანხვედრა შეუძლებელია. ფორმულირებული საკვების შემადგენლობის ცვლილება ხდება, როცა აღმოაჩენენ ახალ ნივთიერებას ადამიანის რძეში. არსებობს სხვადასხვა ხელოვნური საკვები, რომელიც განსხვავდება ფასითა და შემადგენლობით.

ძროხის რძე

შეუცვლელი ძროხის რძე (მთლიანი რძე, დაბალცხიმიანი რძე ან ცხიმის გარეშე რძე) რეკომენდებული არ არის ახალშობილებისთვის 12 თვის ასაკის ქვევით. ის შეიცავს ზედმეტად მეტ ცილას, კალიუმს, ქლორიდსა და ნატრიუმს და აკლია ცხიმოვანი მჟავები, ვიტამინი E , რკინა , თუთია და სხვა საკვები ნივთიერებები.

შეცვლილი ძროხის რძე კომერციული ფორმულირებული საკვების წყაროა. მწარმოებლები ახალშობილებისთვის სპეციალურ ფორმულირებულ საკვებს აკეთებენ ისე, რომ ამცირებენ ცილის შემადგენლობას მასში, რათა შემცირდეს თირკმელებზე გახსნილი ნივთიერების დატვირთვა. გაჯერებული ცხიმების მოცილება და მისი ჩანაცვლება მცენარეული ზეთით ხდება. ვიტამინები და სხვა საკვები ნივთიერებები ემატება, რათა მოხდეს ძუძუს რძეზე მიმსგავსება. საკვები რკინის დანამატები უნდა გამოვიყენოთ ყველა ახალშობილისთვის, რომელიც ფორმულირებულ საკვებს იღებს.

სპეციალური მოთხოვნილებების მქონე ახალშობილთა ხელოვნური კვება

სოიოს ბაზაზე დამზადებული ფორმულა ეძლევა ახალშობილს, რომელსაც აქვს გალაქტოზემია ან ლაქტაზის დეფიციტი; ასევე ეს მიდგომა გამოიყენება თუ ოჯახი ვეგეტარიანელია. სოიოს რძე წარმოიქმნება სოიოს მარცვლებიდან და გამდიდრებულია ამინო მჟავებით. ახალშობილების თითქმის 50%, რომლებიც ალერგიულები არიან ძროხის რძეზე, ასევე ალერგიულები არიან სოიოს ცილაზეც. ხელოვნური საკვები, რომელიც ცილის ჰიდროლიზით მზადდება უკეთესად აითვისევა აუტანლობის მქონე ახალშობილების მიერ. განსაკუთრებული ფორმულები გამოიყენება იმ ახალშობილებში, ვისაც აქვს მალაბსორბციის დაავადება. ამინო მჟავების ფორმულა გამოიყენება ალერგიულ ახალშობილებში, რომლებიც კარგად ვერ იზრდებიან ჰიდროლიზირებული ცილოვანი ფორმულით.

ნაადრევ ახალშობილს შეიძლება დასჭირდეს მეტად კონცენტრირებული ფორმულა მეტი კალორიებით ნაკლებ სითხეში. ხელოვნურ საკვებში, ადამიანის რძის გამამდიდრებლის დამატება შეიძლება მოხდეს, რომ მოერგოს ნაადრევი ახალშობილის მოთხოვნებს. ლაქტოზისგან თავისუფალი ფორმულა უმეტესად გამოიყენება იმ ახალშობილებში, რომლებიც კარგად ვერ იტანენ ლაქტოზას. დაბალი ფენილალანინის შემცველი ფორმულა ფენილკეტონურიით დაავადებულ ახალშობილებში აუცილებელია.

კვების მეთოდის არჩევა

ბევრი ქალი კვების მეთოდის შესახებ გადაწყვეტილებას იღებს მშობიარობამდე. ზოგეირთს შეიძლება კითხვები არ გაუჩნდეს ორსულობის ბოლო პერიოდამდე. ექთანს შეუძლია დაეხმაროს მშობლებს, რომლებსაც ვერ გადაუწყვეტიათ რომელი მეთოდი აირჩიონ და გახდნენ თავდაჯერებულები ახალშობილების კვებასთან დაკავშირებით.

ექთანს შეუძლია მიაწოდოს ინფორმაცია დედებს, რომლებიც ჩამოუყალიბებლები არიან, დედისა და ახალშობილისთვის ძუძუთი კვების სარგებლის შესახებ. თუმცა ექთანს უნდა ესმოდეს დედის შეგრძნებები კვებასთან დაკავშირებით. ასევე ექთანმა უნდა წარმოაჩინოს ძუძუთი კვება როგორც საუკეთესო მეთოდი კვების ყველა შემთხვევაში, მათ მხარი უნდა დაუჭირონ დედის არჩევანს გადაწყვეტილების მიღების შემდეგ. ბავშვის აღზრდის ადრეული პერიოდი არის ძალიან მგრძნობიარე დრო, რადგან ისინი თვლიან, რომ მათი კვების შესაძლებლობა ასახავს მათი დედობის შესაძლებლობას. ექთნის მიერ სწავლება და გამხნევება კვების მეთოდის არჩევანზე არის აუცილებელი.

ძუძუთი კვება

დედები ირჩევენ ძუძუთი კვებას, რადგან ის ბევრ უპირატესობას სთავაზობს დედასა და ახალშობილს (სამახსოვრო 10-2). ფართოდ აღიარებულია უკვე, რომ ფორმულირებული საკვებით კვება ვერასდროს ვერ გაუთანაბრდება ძუძუთი კვებას. ახალშობილისთვის ძუძუთი კვება საუკეთესო არჩევნია ოპტიმალური ზრდისა და განვითარებისთვის.

ამერიკის პედიატრიის აკადემია (AAP) რეკომენდაციას იძლევა, რომ ახალშობილი იყოს მხოლოდ ძუძუთი კვებაზე პირველი 6 თვის განმავლობაში. ძუძუთი კვება შეიძლება გაგრძელდეს სულ მცირე 12 თვე დამატებით საკვებთან ერთად. ამერიკის დიაბეტის ასოციაციისა და აშშ ზოგადი ქირურგიის ასოციაციის მიერ (USDHHS) რეკომენდებულია ძუძუთი კვება და დედების გამხნევება, რომ მათ ეს განახორციელონ.

სამახსოვრო 10-2 ძუძუთი კვების სარგებელი

ახალშობილისთვის

- ალერგია შესაძლებელია ნაკლებად განვითარდეს;
- იმუნიტეტი ინფექციის პრევენციისთვის;
- ნეკროტული ენტეროკოლიტისა და რესპირატორული სისტემის, ყურის, საშარდე სისტემისა და გასტროინტესტინალური სისტემის ინფექციების ნაკლები შემთხვევა;
- დიაბეტის, ასთმის, სიმსუქნის, ზოგიერთი სიმსივნის, ბავშვის უეცარი სიკვდილის ნაკლები შემთხვევა;
- შემადგენლობა ესადაგება ახალშობილის საჭიროებებს;
- საკვები და იმუნიტეტის ცვლილება ახალშობილის საჭიროების მიხედვით;
- მარტივი მონელება საკვები ნივთიერებებით, რომელიც მარტივად შეიწოვება;

- ცილა, ცხიმი და ნახშირწყლები ყველაზე სათანადო პროპორციით;
- ნაკლებად შესაძლებელია დაბინძურება, ნაკლები ბაქტერიების ზრდა, წყალი ეფექტს არ ახდენს შემადგენლობაზე;
- ნაკლებად შესაძლებელია ზედმეტი კვება;
- შეკრულობის ნაკლები შემთხვევა.

დედისთვის

- ოქსიტოცინის გამოყოფა აძლიერებს საშვილოსნოს ინვოლუციას;
- დედა კარგავს ნაკლებ სისხლს, რადგან მენსტრუალური ციკლის აღდგენა უფრო გვიან ხდება;
- ოვულაციის აღდგენის უფრო გვიან დაწყება;
- ზოგიერთი სიმსივნის შემცირება;
- დედა მეტად ისვენებს კვების დროს;
- დაბალანსებული დედის დიეტა, რომელიც აღდგენაში უწყობს ხელს;
- ხშირი კანი -კანთთან კონტაქტი ზრდის ურთიერთკავშირს;
- მოსახერხებელი, ხელმისაწვდომი, საჭირო არ არის ბოთლის გარეცხვა და დრო არ იხარჯება საკვების მოსამზადებლად;
- ახალშობილები ნაკლებად ხდებიან ცუდად, ამცირებს სამედიცინო ზრუნვის ხარჯებს;
- მომუშავე დედები ნაკლებ დღეებს აცდენენ სამსახურში და ასევე ბავშვის ავადმყოფობის გამო გაცდენილი დღეების შემცირება;
- მოგზაურობა უფრო მარტივია, არ არის საჭირო ბოთლების მომზადება, ტარება, მაცივარში შენახვა და გათბობა.

ფორმულით კვება

მშობლები ფორმულით კვებას ბევრი მიზეზის გამო ირჩევენ. ზოგიერთი ქალისთვის შემაწუხებელია ძუძუთი კვება, ისინი თავიანთ სარძევე ჯირკვალს მხოლოდ სექსუალურ კონტექსტში ხედავენ. ბევრ ქალს ძალიან ცოტა ადამიანი ჰყავს გარშემო, რომელთაც ძუძუთი კვების გამოცდილება აქვთ. ზოგიერთ ქალს შეიძლება, მისი ცხოვრების წესიდან გამომდინარე, ზუსტად სჭირდებოდეს საათობრივი კვების რეჟიმის დაცვა, რაც ძუძუთი კვების დროს ნაკლებ შესაძლებელია. ქალს შესაძლოა მისი პარტნიორი ან დედა მხარს არ უჭერდეს ძუძუთი კვების დროს. შესაძლოა, ქალს, მისი ჯანმრთელობის მდგომარეობის გამო, უწევდეს მედიკამენტის მიღება, რომელმაც შეიძლება ზიანი მიაყენოს ახალშობილს, ამიტომ უწევდეს უარის თქმა ძუძუთი კვებაზე.

ზემოთ ჩამოთვლილი მიზეზების გარდა, როგორც კვლევებით დადგინდა, ძუძუთი კვებაზე უარის თქმის უხშირესი მიზეზი, ძუძუთი კვების უპირატესობების არასაკმარისი ცოდნაა.

კვების მეთოდების კომბინაცია

ზოგიერთ მშობელს ძუძუთი კვებისა და ფორმულით კვების კომბინაცია ურჩევნია. თუ სამედიცინო ჩვენება არ არის, უმჯობესია მოხდეს ფორმულით კვების გადავადება, სანამ ლაქტაცია კარგად არ ჩამოყალიბდება, რაც ახალშობილის 3-4 თვის ასაკისთვის ყალიბდება. ძუძუთი კვებაზე საკვები ფორმულის დამატება იწვევს ძუძუთი კვების სიხშირისა და რძის წარმოქმნის შემცირებას, რაც წარმატებული ძუძუთი კვების ალბათობას მკვეთრად ამცირებს. თუ დედა აირჩევს კომბინირებულ კვებას, ექთანმა მხარი უნდა დაუჭიროს ისე, რომ ახალშობილმა მიიღოს ძუძუს რძის სარგებელი სულ მცირე დროით მაინც.

დედამ შეიძლება ახალშობილს მხოლოდ ერთი ბოთლი საკვები აჭამოს დღეში ან მხოლოდ მაშინ მიმართოს ხელოვნურ კვებას, თუ გარკვეული აუცილებლობა წარმოიშვა, მაგალითად, თუ ახალშობილი აღმზრდელთანაა და დედა ვერ ახერხებს დროულად შინ დაბრუნებას. ძუძუს რძეც და ფორმულაც შეიძლება მიეწოდოს ბოთლის საშუალებით ახალშობილს.

ფაქტორები, რომელიც ზეგავლენას ახდენს კვების მეთოდის არჩევანზე

ბევრი ფაქტორი მოქმედებს ქალის მიერ კვების მეთოდის არჩევანზე. ეს ფაქტორები უნდა მივიღოთ მხედველობაში, როცა ქალი იღებს ინფორმაციას საკუთარი არჩევანის შესახებ.

სხვების მხარდაჭერა

ოჯახის წევრებმა და მეგობრებმა შეიძლება მონაწილეობა მიიღონ გადაწყვეტილების მიღების პროცესში. ქალი, რომელსაც გვერდით ჰყავს მხარდამჭერი ადამიანები, მეტად დაიწყებს ძუძუთი კვებას და გააგრძელებს ძუძუთი კვებას უფრო ხანგრძლივად, ვიდრე ქალი, რომელსაც არ ჰყავს მხარდამჭერი ადამიანები. ქალის პარტნიორი და ასევე ბებიები ხშირად ყველაზე მნიშვნელოვანი ადამიანები არიან, ვინც ზეგავლენას ახდენს ქალის გადაწყვეტილებაზე დაიწყებს თუ არა ძუძუთი კვებას. მეგობრების რჩევამ ასევე შეიძლება ზეგავლენა მოახდინოს ქალის გადაწყვეტილებაზე. ქალს, მცირე მხარდაჭერებით და მეტი ოჯახიდან ხელის შემშლელი პირებით, მეტად რთული მდგომარეობა აქვს ძუძუთი კვებაზე. ზოგიერთი ქალი უარს ამბობს ძუძუთი კვებაზე, თავისი პარტნიორის პროტესტის გამო.

მამის ჩართულობა ბავშვის მოვლაში მნიშვნელოვანია. ექთანმა შესაძლოა პარტნიორს შესთავაზოს ახალშობილის მოვლაში ჩართვის გზები. ეს შეიძლება იყოს ახალშობილის დაკავება, დარწევა და დაბანა. წარმატებული ძუძუთი კვების მიღებისთვის, ოჯახის წევრების განათლება ასევე ძალიან მნიშვნელოვანია. ამან შესაძლოა მნიშვნელოვნად გააძლიეროს მხარდაჭერისა და წახალისების ხარისხი.

პრენატალური კლასები, რომელიც შეიცავს ძუძუთი კვების შესახებ ინფორმაციას, შეიძლება დაეხმაროს ქალს მიიღოს გადაწყვეტილება ძუძუთი კვების დაწყებაზე და ასევე განავითაროს თვითრწმენა, რომ ამას წარმატებით განახორციელებს. მამებიც უნდა დაესწრონ კლასებს, რადგან ისინიც ისწავლიან ძუძუთი კვების მეთოდებს შესაბამისი რეაგირების მოხდენისას სიძნელის წარმოშობისთანავე. ძუძუთი კვების ზოგიერთი კლასი მხოლოდ მამებისთვისაა განკუთვნილი.

ქალის გამხნევება ჯანმრთელობის მომსახურე პერსონალის მიერ შეიძლება იყოს ძლიერი ზეგავლენის მომხდენი ქალზე ძუძუთი კვების არჩევანის გაკეთების დროს. მხარდაჭერა, რომელსაც ქალი იღებს მასზე მზრუნველი პერსონალის მხრიდან, მნიშვნელოვნად განსაზღვრავს თუ რამდენად კომფორტულად იგრძნობს თავს ქალი საკუთარი არჩევანის შედეგად. ქალი, რომელიც დარწმუნებული არ არის საკუთარ შესაძლებლობაში რომ წარმატებით შეძლებს ძუძუთი კვებას სამშობიარო დაწესებულებიდან გაწერამდე, ნაკლებად შესაძლებელია, რომ გააგრძელოს ძუძუთი კვება თუ სახლში შეხვდება სირთულეები.

სხვა მხარდამჭერი საშუალებები ასევე მნიშვნელოვანია. სპეციალურად მომზადებული ქალები, რომლებიც ეხმარებიან და რჩევებს აძლევენ სხვა ქალებს ორსულობისა და მშობიარობის დროს, შეუძლიათ სახლში ვიზიტით მივიდნენ და დაეხმარონ ქალს ძუძუთი კვებაში გაწერის შემდეგ. ამ პრაქტიკამ გაზარდა ძუძუთი კვების სიხშირე მშობიარობიდან 6 კვირის ვადაზე.

კულტურა

კულტურალურმა ზემოქმედებამ შეიძლება დედას მიაღებინოს გადაწყვეტილება როგორ კვებოს მისი ახალშობილი. ზოგიერთი ქალი ფიქრობს, რომ ფორმულით კვება ძუძუთი კვებასთან შედარებით უპირატესია. ამას ხელს წყობს ისიც, რომ სამშობიარო სახლებში ხელმისაწვდომია ხელოვნური საკვები. შესაძლოა ქალს სჯეროდეს, რომ ძუძუთი კვება უფრო ნაკლებად მნიშვნელოვანია, ვიდრე ფორმულით კვება და მიაჩნდეთ, რომ ფორმულით კვება დაეხმარება მათ ახალშობილებს, რომ გაიზარდონ უფრო დიდები და ძლიერები. ექთნებმა ხაზი უნდა გაუსვან ძუძუთი კვების უპირატესობას და გაამხნევონ ქალები, რომ გააგრძელონ ძუძუთი კვების ტრადიცია.

სამსახური

თუ ქალი მშობიარობიდან ვალდებულია მალევე დაუბრუნდეს სამსახურს, მაშინ ამან შესაძლოა უარყოფითი ზეგავლენა მოახდინოს ძუძუთი კვების დაწყებასა და მის შენარჩუნებაზე. სამწუხაროდ, სამსახურში ან სასწავლო დაწესებულებაში დაბრუნება შეიძლება ძუძუთი კვების შეწყვეტის მთავარი მიზეზი იყოს. ამ დროს, დედამ შესაძლოა უპირატესობა მიანიჭოს შერეულ კვებას. ექთანმა უნდა წაახალისოს ქალი, რომ გააგრძელოს ძუძუთი კვება როცა სამსახურში დაბრუნდება და ყურადღება გაამახვილოს მის უპირატესობებზე. ავადობის ნაკლები ალბათობა ძუძუთი კვებაზე მყოფ ახალშობილებში ნიშნავს, რომ დედა ნაკლებად გააცდენს სამსახურს, რომ მოუაროს ავადმყოფ ახალშობილს. ეს არის უპირატესობა დამქირავებლისთვისა და ოჯახისთვისაც.

ექთნები, რომლებიც გვაწვდიან პრაქტიკულ ინფორმაციას ვარიანტებზე, ძუძუთი კვებასა და მუშაობაზე, ძუძუს ტუმბოს გამოყენებასა და ძუძუს რძის შენახვაზე, ეხმარება დედას გააგრძელოს ძუძუთი კვება დიდი ხნის განმავლობაში. ბროშურები და წიგნები, სადაც მოცემულია პრაქტიკული რჩევები, განსაკუთრებლად სასარგებლოა მომუშავე დედებისთვის. ლაქტაციის კონსულტანტთან გადამისამართებას შეუძლია დედა უზრუნველყოს დამატებითი ინფორმაციით და მხარი დაუჭიროს მას სახლში წასვლის შემდეგ.

მომუშავე პერსონალის განათლება

მნიშვნელოვანია, რომ სამშობიარო დაწესებულების მომუშავე პერსონალს ჰქონდეს განათლება თუ როგორ დაეხმარონ ქალს ძუძუთი კვების დროს და არასწორი ან ურთიერთსაწინააღმდეგო ინფორმაციის მიწოდება არ მოხდეს ახალბედა დედისთვის. არსებობს საგანმანათლებლო პროგრამები, რომელიც ეხმარება საბაზისო ცოდნისა და უნარების შეძენას სამედიცინო პერსონალის მიერ. პროგრამები შეიძლება შედგებოდეს ფორმალური კლასებისგან, პროტოკოლებისა და სასწავლო მოდულებისგან.

სხვა ფაქტორები

სხვა ფაქტორებმა შეიძლება ასევე გავლენა მოახდინოს ქალის გადაწყვეტილებაზე. მისი ცოდნა და წარსული გამოცდილება ბავშვის კვებასთან დაკავშირებით ასევე ძალიან მნიშვნელოვანია. საზოგადოებრივი თავშეყრის ადგილებში ძუძუთი კვების განხორციელების მორიდება შეიძლება იყოს წამყვანი პრობლემა ზოგიერთი ქალისთვის.

ქალები, რომლებიც იღებენ დახმარებას სპეციალური დამატებითი კვებითი პროგრამებიდან, ან ვისაც აქვთ მიღებული საშუალო განათლებაზე ნაკლები დონის განათლება და ან ვინც ცხოვრობს ნაკლებად დასახლებულ ადგილებში, ძუძუთი კვებას უფრო ნაკლებად ახორციელებენ. კვლევებმა აჩვენა, რომ ქალები უფრო მეტად იყვნენ ექსკლუზიურად ძუძუთ კვებაზე სამშობიაროშივე, თუ მათ ჰქონდათ დაწყებული ანტენატალური მეთვალყურეობა პირველი ტრიმესტრის დროს და განზრახვა ჰქონდათ ორსულობის დროს, რომ ექსკლუზიურად ძუძუთი ეკვებათ. ქალებთან, რომლებიც იყვნენ ჭარბწონიანი ან მსუქნები ექსკლუზიურად ძუძუთი კვების ალბათობა 50%-ით მცირდება.

ნორმალური ძუძუთი კვება

სარძევე ჯირკვლის ცვლილებები ორსულობის დროს

ორსულობის ადრეულ ეტაპზე ხდება ცვლილებები ძუძუში. ეს ამზადებს სარძევე ჯირკვალს რძის პროდუქციისთვის. ესტროგენის, პროგესტერონის, ადამიანის ქორიონული სომატომატროფინისა (hCS) და პროლაქტინის საპასუხოდ სარძევე ჯირკვლებში არხები, მცირე წილები და ალვეოლები ვითარდება. პროლაქტინის დონე არის მაღალი, მაგრამ რძის წარმოქმნის პრევენცია ხდება ესტროგენის, პროგესტერონისა და hCS, რომელიც აინჰიბირებს ძუძუს საპასუხო რეაქციას პროლაქტინის მიმართ. კოლოსტრუმი ძუძუში 16 კვირის გესტაციაზე უკვე არსებობს.

ცვლილებები, როგორიცაა, სარძევე ჯირკვლის ზომის გაზრდა, მიანიშნებს რომ სარძევე ჯირკვლები შესაბამისად რეაგირებენ ჰორმონალურ სტიმულაციაზე და ემზადებიან ლაქტაციისთვის. ქალს, რომელსაც ორსულობის დროს არ აქვს სარძევე ჯირკვლების ფიზიოლოგიური ცვლილებები, შეიძლება ჰქონდეს სირთულეები ლაქტაციის დროს. ამ დროს ლაქტაციის კონსულტანტი შეიძლება ძალიან დაეხმაროს ქალს.

რძის წარმოქმნა

რძე წარმოიქმნება სარძევე ჯირკვლის ალვეოლებში კომპლექსური პროცესით, რის მეშვეობითაც ნივთიერებები დედის სისხლის მიმოქცევიდან გარდაიქმნება ძუძუს რძედ. ამიტომ, ამინო მჟავები, გლუკოზა, ლიპიდები, ფერმენტები, ლეიკოციტები და სხვა ნივთიერებები გამოიყენება, რომ მოხდეს საკვები ნივთიერებების წარმოქმნა, რაც საჭიროა ახალშობილებისთვის.

რძე გამოიყოფა ალვეოლის გამომყოფი უჯრედებიდან ალვეოლების ლუმენში მიოეპითელიალური უჯრედების შეკუმშვით. აქედან ის გადადის ლაქტიფეროუს არხებიდან სარძევე ჯირკვლების თავებში. ახალშობილი აწვება არეოლას ძუძუთი კვების დროს, რაც იწვევს რძის ნაკადის მოძრაობას ძუძუს თავებში.

ჰორმონალური ცვლილებები

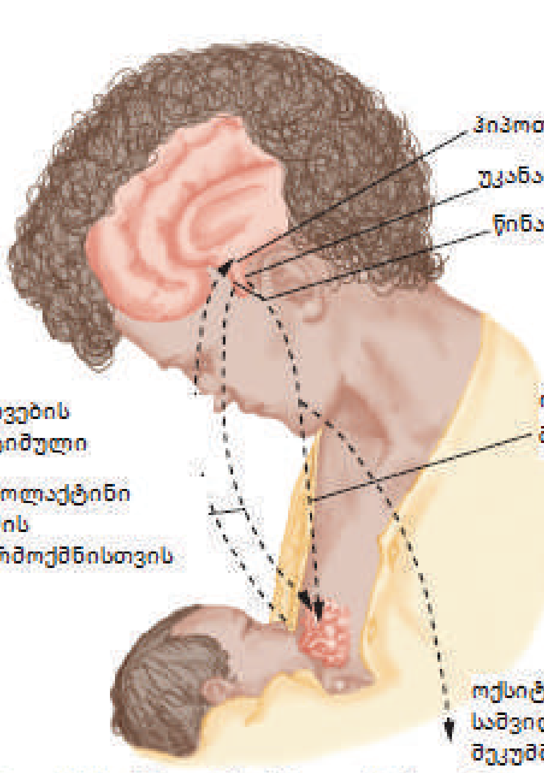
პროლაქტინი

დაბადებისას, პლაცენტალური ჰორმონების დაკარგვა იწვევს პროლაქტინის დონისა და მისი ეფექტურობის გაზრდას და ააქტიურებს რძის პროდუქციას. წოვების ტაქტილური სტიმულაცია და კოლოსტრუმის ან რძის გამოყოფა იწვევს პროლაქტინის დონის უწყვეტად გაზრდას. პროლაქტინი ყველაზე მაღალი დონით გამოიყოფა წოვებისა და ღამის განმავლობაში. პროლაქტინის დონე არის მაღალი მშობიარობის ადრეულ თვეებში და მერე თანდათანობით მცირდება, სანამ არ ხდება ძუძუთი კვებაზე თავის დანებება.

ოქსიტოცინი

ოქსიტოცინი იზრდება სარძევე ჯირკვლის თავების სტიმულაციით და საფუძვლად უდევს რძის გამოყოფის რეფლექსს ან გადმოსვლის რეფლექსს, რაც რძის ალვეოლებიდან არხებში გამოყოფას გულისხმობს. კვების დროს, რძის გამოყოფის რეფლექსი ხდება რამდენჯერმე. ზოგიერთ დედას აქვს ჩხვლეტის შეგრძნებები, როცა რძის გადმოსვლა ხდება.

როცა დედა ხედავს, ესმის ან ფიქრობს საკუთარ ახალშობილზე, იზრდება ოქსიტოცინის რაოდენობა სისხლში, რაც იწვევს რძის გადმოსვლას ანუ ძუძუს თავებიდან რძის გადმოწვეთებას ან ჩამოდენას. ტკივილმა ან რელაქსაციის ნაკლებობამ შეიძლება დააინჰიბიროს ოქსიტოცინის გამოყოფა. ოქსიტოცინი ასევე იწვევს საშვილოსნოს შეკუმშვებს, რომელიც დედებმა შეიძლება იგრძნონ ძუძუთი კვების დაწყების დროს. ეს შეკუმშვები არის სასარგებლო, რადგან იწვევს საშვილოსნოს ინვოლუციის დაჩქარებას (სურათი 10 -1)



სურათი 10-1 . პროლაქტინის და ოქსიტოცინის ეფექტი რძის წარმოქმნაზე. როცა ახალშობილი იწყებს წოვებას სარძევე ჯირკვლის,ნერვული იმპულსები გადაეცემა ჰიპოთალამუსს,რაც იწვევს წინა ჰიპოფიზის მიერ პროლაქტინის გამოყოფას რომ გაზარდოს რძის წარმოქმნა.წოვება იწვევს უკანა ჰიპოფიზიდან ოქსიტოცინის გამოყოფას,რაც წარმოქმნის რძის გადმოდინების ეფექტს, რაც გამოყოფს რძეს სარძევე ჯირკვლებიდან. ოქსიტოცინი ასევე იწვევს საშვილოსნოს შეკუმშვას , რაც ეხმარება ინვოლუციაში.

რძის პროდუქციის შენარჩუნება

დედის სარძევე ჯირკვალში წარმოქმნილი რძის რაოდენობა დამოკიდებულია სარძევე ჯირკვლის საკმარის სტიმულაციაზე და ასევე რძის მოშორების (ხარჯვის) ინტენსივობაზე. ეს “მოთხოვნა და მიწოდების“ ეფექტი გრძელდება ლაქტაციის განმავლობაში. ადრეულმა და ხშირმა წოვებამ შეიძლება გაზარდოს პროლაქტინის რეცეპტორები სარძევე ჯირკვლებში და გახადოს რძის წარმოქმნა უფრო ეფექტური. ამიტომ, უფრო ხშირი და ხანგრძლივი ძუძუთი კვების გაზრდილი მოთხოვნა იწვევს მეტი რძის წარმოქმნის შესაძლებლობას.

თუ რძის (ან კოლოსტრუმის) მოშორება არ მოხდა სარძევე ჯირკვლებიდან, რძეში არსებული კომპონენტები, იწვევს უკუქცევითი პროლაქტინის სეკრეციას და რძის წარმოქმნას. რძე არხებში შეიწოვება, ალვეოლები ხდება უფრო პატარა, უჯრედები უბრუნდება მოსვენებულ მდგომარეობას და რძის წარმოქმნა წყდება.

სარძევე ჯირკვლის მომზადება ძუძუთი კვებისთვის

მცირე მომზადება არის საჭირო ორსულობის დროს ძუძუთი კვებისთვის. დედამ თავიდან უნდა აიცილოს საპნის გამოყენება სარძევე ჯირკვლის თავებზე, რადგან ის აშორებს ბუნებრივ დამცველ ცხიმს, რომელიც გამოიყოფა სარძევე ჯირკვლის მონტგომერის ბორცვებიდან. კრემების გამოყენება და სარძევე ჯირკვლების “წინასწარი მომზადება” თავების მოძრაობთ, ქაჩვით ან ხახუნით არ ამცირებს სარძევე ჯირკვლების ტკივილს მშობიარობის შემდეგ და შეიძლება გამოიწვიოს გაღიზიანება ან საშვილოსნოს შეკუმშვები ოქსიტოცინის გამოყოფით.

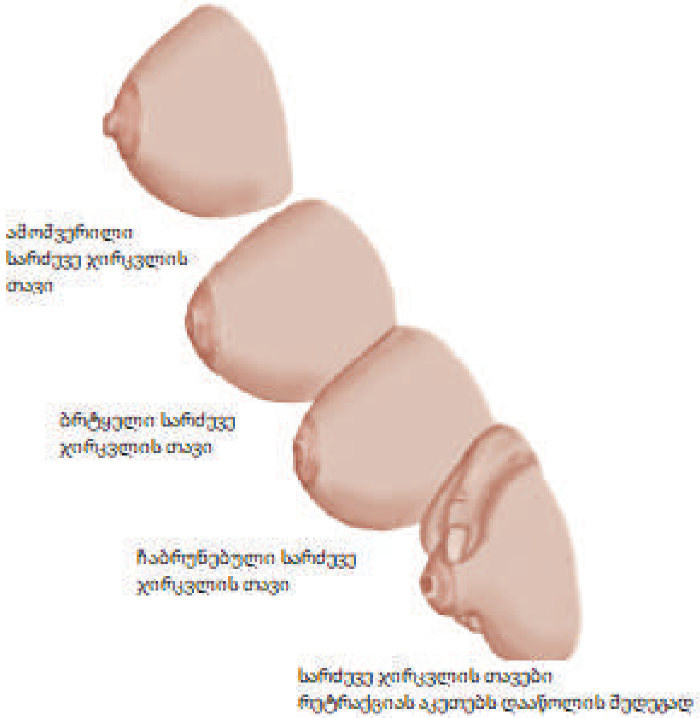
სარძევე ჯირკვლის შეფასება უნდა მოხდეს ორსულობის დროს (სურათი 10-2). ნორმალურად, თავები არის გამოწეული. ბრტყელი თავები არის რბილი და გავს არეოლას და არ ჩანს სანამ სტიმულაცია არ მოხდება მათი თითებს შორის რხევით. ჩაბრუნებული სარძევე ჯირკვლის

თავები ჩაწეულია სარძევე ჯირკვალში. ორივე მდგომარეობა იწვევს სირთულეებს ახალშობილებისთვის, რათა მოხდეს მათზე მოჭიდება.

ზოგიერთი სარძევე ჯირკვლის თავი ჩანს ნორმალური, მაგრამ იზნიქება შიგნით, როცა არეოლაზე ხდება ახალშობილის პირით ზეწოლა. ცერა და საჩვენებელ თითებს შორის არეოლაზე დაწოლა განსაზღვრავს თუ სარძევე ჯირკვლის თავი გამოიწევა ნორმალურად ან ჩაიზნიქება. თავები, რომელიც ჩაბრუნებულია ორსულობის დასაწყისში, შეიძლება გაუმჯობესდეს ბოლო პერიოდისკენ.

ბრტყელი ან ჩაზნექილი სარძევე ჯირკვლების თავების არსებობის შემთხვევაში ნიჟარას მსგავსი მოწყობილობის სარგებლიანობა განხილვის საგანია.ზოგიერთ ავტორი მიიჩნევს მათ გამოსწორებას, ხოლო სხვები ფიქრობენ რომ ის ამცირებს ძუძუთი კვების მოტივაციას და არ აუმჯობესებს თავების მდგომარეობას.

თაღის ფორმის მოწყობილობის ტარება ხდება ორსულობის ბოლო კვირებში და კვებებს შორის მშობიარობის შემდეგ. ეს ნიჟარის მსგავსი მოწყობილობა მაგრდება ბუსჰალტერზე, რომელსაც აქვს გახსნილი ნაწილი თავების ადგილისთვის. ისინი ქმნიან მცირე წნევას არეოლას საწინააღმდეგოდ, რაც ეხმარება თავებს რომ წინ გამოიწიოს. კვების დაწყებამდე რამდენიმე წუთის განმავლობაში სარძევე ჯირკვლების ამოტუმბვა სარძევე ჯირკვლების თავების გამოწევას ეხმარება და შეიძლება ძუძუთი კვება უფრო ეფექტური გახდეს.



სურათი 10-2 , ნორმალური ამომვერილი სარძევე ჯირკვლის თავმა და სხვა სახეობის თავებმა შეიძლება გამოიწვიოს სირთულეები ახალშობილის პირის მოჭიდების წოვების დროს

ძუძუთი კვება

შეფასება

შეაფასეთ დედა და ახალშობილი ძუძუთი კვების პროცესში. არსებობს სხვადასხვა შეფასების მეთოდი, რათა მოხდეს ძუძუთი კვების შეფასება, მაგრამ არცერთი არ არის სრულად დამაკმაყოფილებელი. ძუძუთი კვების შესაფასებლად, ხშირად მიმართავენ LATCH ძუძუთი კვების შეფასების მეთოდს (ცხრილი 10-1).

დედის შეფასება

სარძევე ჯირკვლები და სარძევე ჯირკვლების თავები - შეაფასეთ სარძევე ჯირკვლების და სარძევე ჯირკვლების თავების მდგომარეობა და დედის ცოდნა ძუძუთი კვების შესახებ, რომ განსაზღვროთ მისი საჭიროება დახმარებისთვის.

გასინჯეთ სარძევე ჯირკვლები და სარძევე ჯირკვლების თავები ორსულობის ბოლო პერიოდში, რათა მოხდეს პრობლემის აღმოჩენა, რომელმაც შესაძლოა ხელი შეუშალოს კვებას. თუ ამის შეფასება არ მოხდა მშობიარობამდე, გამოიკვლიეთ სარძევე ჯირკვლები და სარძევე ჯირკვლების თავები თავდაპირველ კვებამდე. შეაფასეთ თავების გამოშვერილი ნაწილი, რომ მოახდინოთ ბრტყელი ან ჩაზნექილი თავების იდენტიფიცირება.

მიმდინარე შეფასებები მშობიარობის შემდეგ შედგება სარძევე ჯირკვლის სავსეობისა და სარძევე ჯირკვლის შეგუბების აღმოსაჩენად. სისავსე არის სარძევე ჯირკვლების შესიება, რომელიც შეიძლება მოხდეს ლაქტაციის ადრეულ ეტაპზე. ეს სარძევე ჯირკვალში სისხლისა და ლიმფური მიმოქცევის გაზრდის შედეგია. ის შეიძლება გადაიზარდოს შეგუბებაში თუ მოხდა კვების გადადება ან თუ ქალი ახალშობილს ძალიან მცირე ხნით ან არასაკმარისად ხშირად კვებავს. სარძევე ჯირკვლის პალპაციით ნახეთ არის თუ არა ის რბილი, სავსე ან შეგუბებული.

რბილი სარძევე ჯირკვალი ჰგავს ლოყას. თუ რძე იწყებს სარძევე ჯირკვლის შეგუბებას ან გადმოდინებას, ისინი შეიძლება ოდნავ მკვრივი იყოს, რომელიც ცხრილში ივსება როგორც "შევსება". სარძევე ჯირკვლის შეგუბება არის გაზრდილი და შეგუბებული სისხლის მიმოქცევის შედეგი, ხოლო შეშუპება ლიმფური დრენაჟის ობსტრუქციითა და რძის დაგროვებით არის განპირობებული. შეგუბებული სარძევე ჯირკვლები შეიძლება იყოს მკვრივი და შესიებული, გადაჭიმული, პრიალა კანით. აღნიშნეთ ნებისმიერი სიწითლე, შესიება და ამოწეული მასა სარძევე ჯირკვალში. შეგუბებული სარძევე ჯირკვლები ხშირად არ გვხვდება სამშობიაროდან გაწერამდე.

შეაფასეთ სარძევე ჯირკვლების თავები, რომელიც შეიძლება იყოს წითელი, ჩალურჯებული, დაწყლულებული, დახეთქილი ან სისხლმდინარე. ჰკითხეთ ქალს ძუძუსთავების სიმკვრივეზე და როდის დაემართა ეს დაზიანებები. დაეხმარეთ ქალს სწორად მოჭიდებაში.

დედის ცოდნა

დედას, რომელიც ძუძუთი კვებას აპირებს, პირველად შეიძლება ჰქონდეს ბევრი კითხვა და სჭირდებოდეს საფუძვლიანი მითითებები მისი პირველი გამოცდილების დროს. თუ მანამდე ზრდიდა ახალშობილს, შეიძლება ჰქონდეს ცოტაოდენი ცოდნა, მაგრამ დავიწყებული ჰქონდეს ზოგიერთი საკითხი და შეიძლება არ იცოდეს განახლებული ინფორმაცია, რომელიც არ არსებობდა, როცა ის ბოლოს კვებავდა ძუძუთი. აუცილებელია, რომ ქალს მომუშავე პერსონალის ყველა წევრმა მიაწოდოს ერთი და იგივე ინფორმაცია. ურთიერთსაწინააღმდეგო რჩევები ძალიან დამაბნეველია დედებისთვის, რომლებიც ცდილობენ ძუძუთი კვების სწავლას.

ახალშობილის კვება

ძუძუთი კვების დაწყებამდე, შეაფასეთ ახალშობილის მზაობა კვების მიმართ (სამახსოვრო 10-3). ახალშობილი უნდა იყოს მღვიძარე და მშიერი. ახალშობილის კვება მისი ღრმა ძილის დროს შეიძლება დამთრგუნველი იყოს ორივესთვის, დედისა და ახალშობილისთვისაც. თითების წოვა, ლოყაზე ან პირის მხარეზე შეხების მიმართულებით ტუჩების წაღება, ტუჩების ცმაცუნი და ხელის პირისკენ წაღების მოძრაობა არის შიმშილის მანიშნებელი ნიშნები. კვების დაწყება უნდა მოხდეს ტირილის დაწყებამდე, რომელიც არის შიმშილის საბოლოო ნიშანი. ატირებული ბავშვის დაწყნარება უნდა მოხდეს, სანამ მზად იქნება კვებისთვის. გააგრძელეთ პრობლემების შეფასება კვების განმავლობაში.

პაციენტის მოვლასთან ასოცირებული საექთნო დიაგნოზი

ქალის თავდაჯერებულობა მის შესაძლებლობაში შეიძლება მისი წარმატების მნიშვნელოვანი განმსაზღვრელი იყოს. ექთნებმა ხელი უნდა შეუწყონ ქალის თავდაჯერებულობის გაზრდას და მოახდინონ ადრეული თავის დანებების პრევენცია. ახალბედა, გამოუცდელ დედასთან უხშირესი საექთნო დიაგნოზია "არაეფექტური ძუძუთი კვების რისკი, რომელიც დაკავშირებუ-

ლია ძუძუთი კვების მეთოდების ცოდნის ნაკლებობასთან და მათი გამოყენების თავდაჯერებულობაში.”

მოსალოდნელი გამოსავალი

ამ დიაგნოზის მოსალოდნელი გამოსავალი :

1. თითოეული ძუძუთი ახალშობილი ძუძუთი კვება ეფექტიანი წოვით 10-15 წუთის განმავლობაში ან მეტი ხნით.
2. დედას შეუძლია ახალშობილის პოზიციონირება კვებისთვის;
3. დედა გამოხატავს სიტყვიერად კმაყოფილებასა და თავ დაჯერებას ძუძუთიკვების პროცესის გაწერამდე;

ცხრილი 10-1	მოჭიდების შეფასების ქულა		
	0	1	2
L			
მოჭიდება	ახალშობილების მძინარე ან უხალისოდ მოჭიდების შენარჩუნება ვერ ხერხდება	განმეორებითი ცდის შემდეგ შესაძლებელია მოჭიდების შენარჩუნება და წოვება; აუცილებელია ახალშობილი მოეჭიდოს სარძევე ჭირკვლების თავს; ახალშობილის სტიმულაცია უნდა მოხდეს წოვებისთვის;	ხელს უჭერს სარძევე კირკვალს; ენა ქვემოთ; ტუჩები გაშლილი; რიტმული წოვა;
A			
ყლაპვა ხმით	არცერთი	მცირე სტიმულაციის შედეგად	სპონტანური ან ხანგამოშვებითი <24 საათზე ნაკლები; ახალშობილის სპონტანური ან ხშირი >24 საათზე მეტი;
T			
სარძევე ჯირკვლის თავების სახეობა	ჩაბრუნებული	ბრტყელი	ამობურცული (სტიმულაციის შემდეგ)
C			
კომფორტი (სარძევე ჯირკვლის ან თავების)	გაჯირჯვებული დახეთქილი, სისხლმდენი, დიდი ბუშტუკებით ან დალურჯებებით; მძიმე დისკომფორტი	შევსებული შეწითლებული ან მცირე ზომის ბუშტუკები ან დალურჯებები	რბილი; არამკვრივი

H			
ახალშობილის დაჭერა (პოზიციონირება)	სრულად დახმარება (პერსონალი ეხმარება ახალშობილს სარძევე ჯირკვალზე მოჭიდე-ბაში)	მინიმალური დახმა-რება (მაგ., საწოლიდან თავის აწევა; ბალიშის მოთავსება დახმარე-ბისთვის); ასწავლეთ ერთ მხარეს და დედა მეორე მხარეს თავად გააკეთებს; პერსონალს უჭირავს ბავშვი და მერე დედა დაიკავებს სწორად.	პერსონალი არ ეხმა-რება; დედას შეუძლია დაიკა-ვოს და სწორი პოზი-ციონირება გაუკეთოს ახალშობილს.

ექთანმა შეიძლება გამოიყენოს მოჭიდების (LATCH) შეფასების ქულა, რომ შეაფასოს და აღნიშნოს საჭიროა თუ არა ძუძუთი კვებაზე დახმარება. თითოეული შეფასების ნაწილი ფასდება 0-2 ქულამდე. ქულა 7 ან ნაკლები მიანიშნებს, რომ დედას სჭირდება დახმარება კვებაში.

შფოთვა ძუძუთი კვებაზე	
მარიამმა მეორედ იმშობიარა საკეისრო კვეთით. მან უთხრა ექთანს, რომ პირველ ბავშვს პირველ კვირას ძუძუთი კვებავდა და შემდეგ გადავიდა ბოთლით კვებაზე, რადგან არ ჰქონდა საკმარისი რძე. ლიკა არის მძინარე. მარიამის სარძევე ჯირკვალი არის გაჭირჭვლებული და მისი თავები მტკივნეული. მარიამი: მე ნამდვილად მინდოდა ლიკას ძუძუთი კვება, მაგრამ არ ვიცი ღირს თუ არა. სარძევე ჯირკვლები მტკივა და არ ვიცი საკმარისი რძე თუ მაქვს. მემგონი კვლავ ბოთლით უნდა ვკვებო. ნატა: ნამდვილად გული გაქვთ აცრუებული. მარიამი: როცა არ შემეძლო ჩემი შვილის ძუძუთი კვება, ნამდვილად გულაცრუებული ვიყავი, ბავშვი არ ჩერდებოდა და ბოთლით კვება დავიწყე. ნატა: ეს რთული იქნებოდა თქვენთვის	მარიამი: საშინელება იყო და მგონია, რომ ისევ იგივე უნდა დამემართოს. თან შუადღეს სახლში მივდივარ და ჩემი ქმარიც არ უვლის ბავშვს. მარიამი: თუ სახლშიც ვერ მოვახერხებ ძუძუთი კვებას, არ ვიცი რა ვქნა ნატა: ძუძუთი კვება ყოველთვის მარტივი არ არის. დედას და ბავშვს ორივეს უწევს ამის სწავლა. ეს მოითხოვს დროს და ძალიან დიდ მოთმინებას. ლიკა მშიერია ამ წამს, გინდათ კიდევ სცადოთ ძუძუთი კვება? მე დავრჩები თქვენთან და ვუპასუხებ თქვენს კითხვებს (სთავაზობს რეალურ გამხნევებას და დახმარებას). მარიამი: ეს იქნება ძალიან კარგი! მემგონი ჯერ ბოლომდე არ გადამიფიქრებია (მიეცით მარიამს იმის საშუალება, რომ გამოხატოს მისი განცდები გულისგაცრუებისა და იმედების არ გამართლების, სანამ სწავლებას დაიწყებთ, ექთანი ასწავლის როგორი მნიშვნელოვანია მარიამისთვის ძუძუთი კვება და რა მნიშვნელოვანია მისთვის ინფორმაციის მიღება. მარიამი თავს გრძნობს კმაყოფილად რომ მას გაუგეს და გაიზიარეს მისი აზრი, მიუხედავათ იმისა, რომ გული აცრუებული აქვს.

ჩარევა

ექთანმა დახმარება უნდა გაუწიოს ყველა მეძუძურ დედას და მათ გვერდში მდგომ ადამიანს. გამოუცდელ დედებს შეიძლება სხვადასხვა საკითხის დაწვრილებით ახსნა დასჭირდეთ. გამოცდილ დედებს ხშირად სჭირდებათ მხოლოდ კონსულტაცია და მეთოდების დაზუსტება, რომელსაც ისინი ადრე იყენებდნენ.

დახმარება პირველი კვების დროს

ამერიკის შეერთებულ შტატებში, ხდება ექთნების წახალისება, რომ დედებს დაეხმარონ ძუძუთი უკვების დაწყებაში დაბადებიდან პირველი საათის განმავლობაში თუ დედა და ახალშობილი არიან სტაბილურ მდგომარეობაში.

AAP რეკომენდაციას გვაძლევს, რომ მოხდეს ყველა ახალშობილისა და დედის კანის კანთან კონტაქტი დაბადებიდან მალევე და პირველ კვებამდე. ამ დროს, ახალშობილები არიან ფხიზელ მდგომარეობაში და ბევრი დედა იწყებს მათ მოვლას. ზოგმა შეიძლება ყნოსოს, ალოკოს ან მოწოვოს ხანგამოშვებით ძუძუ. დედის სხეულზე მოთავსებული ახალშობილები დაბადების შემდეგ თვითონ იპოვნიან სარძევე ჯირკვლის თავს და დაიწყებენ კვებას.

ძუძუთი კვება დაბადებიდან პირველი საათის განმავლობაში დაკავშირებულია უფრო მაღალ ძუძუთი კვების სიხშირესთან 2-4 კვირის განმავლობაში და 2-4 თვის განმავლობაში მშობიარობიდან. ადრეული ძუძუთი კვება უზრუნველყოფს რძის პროდუქციის სტიმულაციას, აუმჯობესებს წოვებას და შეიძლება გაზარდოს ძუძუთი კვების ხანგრძლივობა. ამ დროისთვის კვება ასევე ზრდის ადრეულ ურთიერთკავშირის ჩამოყალიბებას. დედა ძალიან დიდ სიამოვნებას იღებს, როცა უყურებს ახალშობილის კვების დაწყებას დაბადებიდანვე.

დაეხმარეთ დედებს, რომ გვერდით მოთავსდნენ ან ფოულერის პოზიციას მიმართონ (fowler's position). აჩვენეთ თუ როგორ უნდა დაიკავოს ძუძუ და ახსენით ახალშობილის სწორი პოზიცია. ეს არის მცირე სესია და სწავლება უნდა განმეორდეს მეორე კვების დროს, რომ მოხდეს მისი განმტკიცება. დააკვირდით ახალშობილის პასუხს კვებაზე და დააკვირდით ციანოზის ნიშნებს ან გადაცდომებს, რომელიც შეიძლება პრობლემის არსებობას მიანიშნებდეს. დარჩით დედასთან მცირე დროით პირველი რამდენიმე კვების დროს, რომ დაეხმაროთ პრობლემებისას, რომელიც შეიძლება წამოიჭრას. შემდგომი კვებების დროს, გადაამოწმეთ დედისა და ახალშობილის მდგომარეობა.

კვების მეთოდების სწავლება

დედის და ახალშობილის პოზიციონირება

ორივე, დედაც და ახალშობილიც უნდა მოთავსდეს სწორად ოპტიმალური ძუძუთი კვებისთვის. მოათავსეთ დედა რაც შეიძლება კომფორტულად, სანამ კვებას დაიწყებდეს. მიეცით ტკივილგამაყუჩებელი მედიკამენტები, საჭიროების შემთხვევაში. ტკივილმა ან უცნაურმა მდგომარეობამ შეიძლება ხელი შეუშალოს რძის გადმოსვლის რეფლექსს. შესთავაზეთ ქალს პირადი სივრცე და დაიცავით გარემოს ხელის შემშელი ფაქტორებიდან, ისე რომ მას შეეძლოს კონცენტრაცია კვების მეთოდებზე.

სარწეველა, ფეხბურთი (ხელით ჩაჭიდება), ჯვარედინი სარწეველა პოზიცია და გვერდზე წოლის პოზიცია ხშირად გამოიყენება კვების დაწყების ადრეულ ეტაპზე (სურათები 10-3-დან 10-6-მდე). კომფორტის გაზრდისთვის გამოიყენეთ ბალიშები დედის ზურგის უკან, მუცლის ჭრილობაზე (არსებობის შემთხვევაში) და ხელების ფიქსაციისთვის. მისი მხრები უნდა იყოს მოდუნებულ მდგომარეობაში, მაგრამ არ უნდა იყოს მოკუზული. მოაწყეთ დაკეცილი პლედები და ბალიშები, რომ ასწიოთ ახალშობილი სარძევე ჯირკვლის თავების დონეზე, ისე რომ თავიდან ავიცილოთ თავების მოქაჩვა და დაჭიმვა.

ახალშობილის თავი და სხეული პირდაპირ უნდა უყურებდეს სარძევე ჯირკვალს და ახალშობილის ცხვირი, ლოყები და ნიკაპი ოდნავ უნდა ეხებოდეს სარძევე ჯირკვალს კვების დაწყებამდე. თუ ახალშობილმა თავი უნდა მოაბრუნოს რომ მიუახლოვდეს ძუძუს, გადაყლაპვა რთული იქნება. კისერი უნდა მოიხაროს, რადგან ჰიპერექსტენსია ასევე გამოიწვევს ყლაპვის გაძნელებას. ახალშობილის სხეული ისე უნდა იყოს განლაგებული რომ ყური, მხარი და მენჯი სწორ ხაზზე იყოს.

დედის ხელების პოზიცია

დედის ხელების პოზიცია ასევე მნიშვნელოვანია. ხელისგულის ან “C” ხელის პოზიციაში, დედას უჭირავს საკუთარი ძუძუ თავის ცერა თითის ზემოთ და დანარჩენი თითების ქვემოთ. მას ძუძუ უჭირავს ნეკა თითი გულმკერდის კედლის საწინააღმდეგოდ და სხვა თითებით (სურათი 10-7). მისი თითები უნდა იყოს არეოლას უკან და მისი ცერა თითი არ უნდა დააწვეს ძუძუს იმდენად, რომ მოხდეს სარძევე ჯირკვლის აწევა ზემოთ. ამ დროს შეიძლება ახალშობილი შეუსაბამოდ მოეჭიდოს და მოწოვოს ძუძუ, რის გამოც თავები გახდება მტკივნეული.

სურათი 10-3, სარწეველას მეთოდით ხელში აყვანის დროს , დედა ახალშობილს ისე იკავებს, რომ ახალშობილის თავი არის ანტეკუბიტალურ სივრცესთან და მისი სარძევე ჯირკვლის თავის დონეზე ,მისი მკლავით ამყარებს ახალშობილის სხეულს.მისი მეორე ხელი არის თავისუფალი რომ, დაიკავოს სარძევე ჯირკვალი. როგორც კი ბავშვი სწორად არის ხელში აყვანილი, ბალიშები და პლედები შეიძლება გამოვიყენოთ რომ გავამყაროთ დედის ხელი,რომელიც შეიძლება დაეღალოს ბავშვის დაჭერისგან.

სურათი 10-4, ფეხბურთის მეთოდით ან მოჭიდებით დაჭერის დროს, დედას უჭირავს ახალშობილის თავი და კისერი მის ხელში, ახალშობილის სხეული მოსვენებულია ბალიშზე მის მენჯის გასწვრივ. ეს მეთოდი საშუალებას აძლევს დედას რომ დაინახოს ბავშვის პირში სარძევე ჯირკვლის პოზიცია. ,ეს ეხმარება მას აკონტროლოს ახალშობილის თავი და განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია დედებისთვის , ვისაც აქვს მძიმე , დიდი ზომის სარძევე ჯირკვალი.ესე დაკავება ბავშვის ასევე თავიდან გვაცილებს დაწოლას მუცლის ნაწიბურზე.

ზოგიერთი ქალი იყენებს “V” ფორმით დაჭერას. ქალი იყენებს საჩვენებელ და შუა თითებს, რომ მოახდინოს ძუძუს ფიქსაცია. ისინი ფრთხილად უნდა იყვნენ და განალაგონ მათი თითები ისე, რომ ხელი არ შეუშალონ ახალშობილის პირის მოჭიდებას.

დედამ სარძევე ჯირკვლები მყარად უნდა დაიკავოს პირველი რამდენიმე კვირა, თუ მათი სიმძიმე სირთულეს უქმნის ახალშობილს, რომ მოწოვოს. ძუძუთი კვების მიმართ ახალშობილის ადაპტირებასთან ერთად, დედასაც აღარ სჭირდება სარძევე ჯირკვლების დაკავება.

მართალია, დედები ნერვიულობენ ახალშობილის სუნთქვის შესაძლებლობაზე ძუძუთი კვების დროს, ძუძუს ქსოვილის ხელით ჩაწევა ახალშობილის ნესტოების ქვეშ საჭირო არ არის. ამან შეიძლება გამოიწვიოს ძუძუს თავების არასწორი მდებარეობა ახალშობილის პირში, ხელი შეუშალოს თავებზე მოჭიდებას ან რძის დინებას. სანამ დედის სარძევე ჯირკვალი ძალიან მძიმე არ არის და ახალშობილის ცხვირი არ არის მასში ღრმად ჩაფლული, ახალშობილის სუნთქვა არ იხშობა. ახალშობილის თეძოების მიზიდვა დედასთან ახლოს და სხეულის აწევა ჰორიზონტალურ პოზიციაზე ხშირად არის საკმარისი, თუ დედა შფოთავს ახალშობილის კარგად სუნთქვაზე ძუძუთი კვების დროს.

სურათი 10-5 , ჯვარედინი სარწეველა ან შეცვლილი სარწეველას დაკავების მეთოდი არის ძალიან კომფორტული ნაადრევი ახალშობილებისთვის ან ახალშობილებისთვის მოტეხილი ლავიწით. დედას უკავია ახალშობილის თავი საწინააღმდეგოდ იმ მხარისა, რომლიდანაც ახალშობილმა უნდა იკვებოს და ასევე ამყარებს ახალშობილის სხეულს მის კალთაში. მეორე ხელით უკავია სარძევე ჯირკვალი. დედას შეუძლია ახალშობილის თავი სარძევე ჯირკვალთან ისე დაიკავოს რომ დაინახოს როგორ წოვს კვების დროს.

სურათი 10-6 , გვერდით წოლის პოზიცია თავიდან გვაცილებს დაწოლას ეპიზიოტომიის ადგილას ან მუცლის ჭრილობაზე და საშუალებას აძლევს დედას დაისვენოს სანამ კვებავს. ის წევს გვერდზე, მის ქვედა ხელზე დაყრდნობილ ახალშობილი ი თავით ან მოხვეულია მასზე. ბალიშები მის ზურგს უკან და მის ფეხებს შორის უზრუნველყოფს კომფორტს. მისი ზედა ხელი და მხარი გამოიყენება რომ ახალშობილი მოათავსოს სარძევე ჯირკვლების თავების დონეზე და დაიკავოს სარძევე ჯირკვალი. როცა ახალშობილი აღებს პირს დედა მიიწევა მისკენ და ჩაუდებს თავებს პირში. პატარა პლედი ან პირსახოცი შეიძლება მოვათავსოთ მუცლის ჭრილობაზე რომ მოხდეს მისი დაცვა ბავშვის მოძრაობისგან.

სურათი 10-7 ხელის "C" პოზიცია სარძევე ჯირკვალზე. ხელის პოზიცია არის ისე რომ ცერა თითი არის სარძევე ჯირკვლის ზემოდან და დანარჩენი თითები არის სარძევე ჯირკვლის ქვემოთ. დააკვირდით ახალშობილის ტუჩების გაშლას.

მოჭიდების მეთოდი

ასწავლეთ დედას მეთოდი, რომ დაეხმაროს ახალშობილს სარძევე ჯირკვალზე მოჭიდებაში. ახალშობილი უნდა იყოს ფხიზელი და მშიერი. საუბარმა და მოფერებამ უნდა შეძლოს მძინარე ახალშობილის გაღვიძება და დამშვიდება.

ჩაჭიდების გამოწვევა

მოახდინეთ ახალშობილის პოზიციონირება ისე, რომ სახით ძუძუსკენ იყოს, მიეცით დედას ინსტრუქცია, რომ დაიკავოს თავის ძუძუ ისე, რომ თავები მსუბუქად ეხებოდეს ახალშობილის ტუჩებს. მშიერი ახალშობილი უმეტესად აღებს პირს, მაგრამ ზოგს სჭირდება დრო და მეტად ინტენსიური სტიმულაცია. ძუძუს ჩადება არ უნდა მოხდეს სანამ ახალშობილის პირი არ იქნება ფართოდ გაღებული ან ახალშობილი დააწვება ძუძუს თავების ბოლოს, რაც გამოიწვევს ტკივილს, ტრავმას და მცირე რაოდენობით რძის გადმოსვლას.

როცა ახალშობილის პირი ფართოდ არის ღია ენით ქვემოთ ღრძილებისკენ, დედამ ჩქარა უნდა მიიზიდოს ახალშობილი მასთან ახლოს ისე, რომ ახალშობილი მოეჭიდოს არეოლას. ღია პირის კუთხე უნდა იყოს დაახლოებით 120-160 გრადუსის. შესთავაზეთ დედას, რომ წარმოიდგინოს მოჭიდებისას ახალშობილი იმხელაზე უნდა აღებდეს პირს, როგორც დამთქნარებისას ან დიდი სენდვიჩის ჭამისას.

პირის პოზიცია

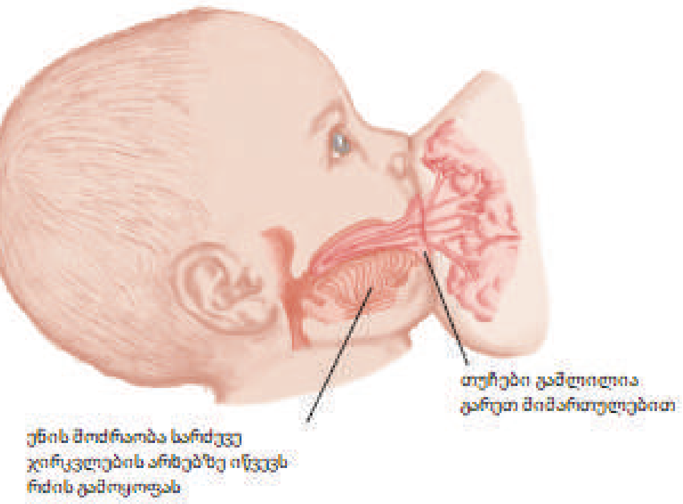
შეაფასეთ ახალშობილის პირის პოზიცია სარძევე ჯირკვალზე (სურათი 10-8). ახალშობილის ტუჩები უნდა იყოს არეოლაზე მოთავსებული 2.5 -3.8 სმ-ის ზემოთ მისი თავების ბოლოდან, რაც საშუალებას მისცემს თავების პირის უკან მოთავსებას. ეს პოზიცია ხელს უშლის ახალშობილის მიერ მხოლოდ სარძევე ჯირკვლის თავების წოვას, რაც იწვევს თავების ტკივილსა და არასაკმარისი რძის წარმოქმნას. ის ასევე ათავსებს ახალშობილის ღრძილებს სარძევე ჯირკვლების არხების ზემოდან, ისე რომ რძე გადმოედინება პირში, როცა ღრძილები აწვება სარძევე ჯირკვალს.

შეამოწმეთ ახალშობილის ენის პოზიცია - ქვედა ტუჩის ნაზად ჩამოწევით. ენა უნდა იყოს წინ, ძუძუზე თასივით მორგებული, ქვედა ღრძილის ზემოდან და წინ. ტუჩები უნდა იყოს გაშლილი გარე მიმართულებით. დარწმუნდით, რომ ქვედა ტუჩი არ არის ჩაბრუნებული შიგნით, რაც გამოიწვევს თავების ქვედა ნაწილის ხახუნით დაწვას.

წოვების სახეობები

ასწავლეთ დედებს ახალშობილის წოვების სახეობები. კვებითი უნარის მქონე წოვების დროს (წოვა) ახალშობილი წოვს მშვიდი, შენარჩუნებული მოძრაობით ხანგამოშვებითი შეჩერებითა

და დასვენებით. ახალშობილმა შეიძლება გადაყლაპოს თითოეული მოწოვის შემდეგ ან რამდენ-ჯერმე მოწოვოს გადაყლაპვამდე. არა კვებითი წოვების დროს, სადაც მცირედ ან საერთოდ არ გადმოდის რძე, ახალშობილს ეძინება. კანკალით ან ნაწყვეტ-ნაწყვეტი ყბის მოძრაობით წოვება, რომელსაც თან არ ახლავს ყლაპვის ხმა, მიანიშნებს არა კვებით წოვაზე.



სურათი 10-8, ახალშობილის პირის პოზიცია წოვების დროს. როცა სარძევე ჯირკვლების თავები და არეოლა არის სწორად მოთავსებული ახალშობილის პირში , ღრძილები აწვება არეოლას, თავების ნაცვლად.ენა არის ქვედა ღრძილსა და სარძევე ჯირკვალს შორის.ახალშობილის ტუჩები არის გაშლილი გარეთა მიმართულებით.

აუხსენით რძის გადმოსვლის რეფლექსი დედას. ბევრი დედა გრძნობს ჩხვლეტის შეგრძნე-ბებს ძუძუს თავებზე, როცა რძის გადმოსვლა ხდება. ეს რეფლექსი ხდება რამდენჯერმე კვების დროს. ის შეამჩნევს, რომ ახალშობილი დაიწყებს უფრო ჩქარ ყლაპვას თითოეულ ჯერზე ახალი რძის გადმოსვლით, რაც გამოიწვევს რძის უფრო ჩქარ გადმოტყორცნას. რძე შეიძლება გადმო-ვიდეს საპირისპირო სარძევე ჯირკვლიდან რეფლექსური პასუხის გამო.

ხშირად დედები ეჭვობენ ახალშობილები საერთოდ თუ იღებენ რძეს ძუძუდან. მიანიშნეთ ყლაპვის ხმაზე, როცა ის მოხდება. ნაზი “კა “ ან “აჰ” ხმა მიანიშნებს, რომ ახალშობილმა გადაყ-ლაპა კოლოსტრუმი ან რძე.

მცირე პაუზები ნორმალურია ძუძუთი კვების დროს. გააფრთხილედ დედები, რომ არ ამოძ-რაონ სარძევე ჯირკვალი ახალშობილის პირში, რათა გამოიწვიონ წოვების ხელახალი დაწყება. პირში ძუძუს მოძრაობამ ახალშობილს შეიძლება თავებსა და არეოლაზე მოჭიდება დააკარგი-ნოს, რაც გამოიწვევს თავების ტრავმირებასა და ტკივილს. თუ საჭირო იქნება, უნდა მოხდეს ახალშობილის მოშორება ძუძუსგან, გამოსაფხიზლებლად და თავიდან დასაწყებად.

ძუძუდან მოშორება

ასწავლეთ დედას, რომ მოაშოროს ახალშობილი ძუძუდან, როცა წოვება ხდება არა კვებითი. აჩვენეთ როგორ აიცილონ სარძევე ჯირკვლის ტრამვა თითის ჩადებით ახალშობილის პირის კუთხეში ღრძილებს შორის, რომ ჩაჭიდების გახსნა მოხდეს. ამის შემდეგ დედა ჩქარა ამოიღებს ძუძუს პირიდან, რომ არ მოხდეს ხელახალი წოვების დაწყება. მოჭიდების გახსნის სხვა მეთოდი არის ჩაწიონ ძუძუს ქსოვილი თითით ახალშობილის პირთან ახლოს და მოაცილონ ახალშობილი, როცა წოვისგან გაათავისუფლებთ.

კვების სიხშირე

ძუძუს რძე კუჭამდე მიდის ორჯერ უფრო ჩქარა, ვიდრე ფორმულირებული საკვები. ამი-ტომ, ახალშობილების ძუძუთი კვება ხდება ყოველი 1.5- 3 საათის განმავლობაში 8-12 კვებით 24 საათის განმავლობაში. ხშირი კვება განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია დაბადებიდან ადრეულ დღეებში, სანამ ლაქტაცია ჩამოყალიბდება და ახალშობილის კუჭის მოცულობა მცირეა. ახსნა

იმისა, რომ ჰორმონი, პროლაქტინი, რომელიც პასუხისმგებელია რძის წარმოქმნაზე გამოიყოფა გაზრდილი რაოდენობით ახალშობილის წოვების პერიოდში, ეხმარება დედას დააკავშიროს ხშირი წოვება და რძის მოწოდება ერთმანეთთან.

ახალშობილები შეიძლება განსხვავდებოდნენ ერთმანეთისგან კვების ხანგრძლივობისა და თითოეულ კვებას შორის ინტერვალით. შესაძლოა რამდენიმე კვება ახლოს იყოს ერთმანეთთან (ხანდახან "ჯგუფურ კვებად" წოდებული), რასაც მოჰყვება უფრო ხანგრძლივი ინტერვალი კვებებს შორის. "ჯგუფურად კვება " შეიძლება მოხდეს მეორე ან მესამე ღამეს სახლში ყოფნის დროს ან უფრო გვიანი კვირების დროს, როცა მადის მოზღვავება ხდება ახალშობილებში. ახალშობილის ხშირმა მოთხოვნამ კვებაზე, შეიძლება დედას აფიქრებინოს, რომ მისი რძის მარაგი საკმარისი არ არის, როცა სინამდვილეში ის შეიძლება ნორმალური იყოს. ძუძუთი კვებისას, კვების მკაცრი განრიგი არ არის საჭირო; პირიქით, ამან შეიძლება გამოიწვიოს ორივეს, ახალშობილისა და დედის, იმედის გაცრუება. დედამ უნდა მიიღოს მინიშნებები თავისი ახალშობილისგან.

კვების ხანგრძლივობა

ადრე მოწოდებული იყო, რომ შეზღუდულიყო თითო ძუძუზე მოჭიდების ხანგრძლივობა, ძუძუს თავის ტრავმატიზმის თავიდან აცილების გამო, თუმცა, აღმოჩნდა, რომ არა ხანგრძლივობა, არამედ მოჭიდების ხასიათი მეტად განაპირობებს ტრავმატიზმის ალბათობას. როცა კვების ხანგრძლივობა არის მცირე, ახალშობილი იღებს მცირე ან საერთოდ არ იღებს კოლოსტრუმს ან რძეს. დაბადებიდან ადრეულ დღეებში, კვების დაწყებიდან დაახლოებით 5 წუთი სჭირდება რძის გადმოსვლის რეფლექს ჩასართავად.

ზოგადად, დედებმა საშუალება უნდა მისცენ ახალშობილს თავად განსაზღვრონ კვების ხანგრძლივობა. ახალშობილმა მძლავრად უნდა მოწოვოს რაღაც პერიოდი. როცა ცვალებადი, არა კვებისმიერი წოვა ხდება ყლაპვის ხმის გარეშე, დედამ უნდა დააბოყინებინოს ახალშობილს და დაასრულოს კვება მეორე ძუძუთი. როცა ახალშობილი დაკმაყოფილებულია, წოვების სახეობა იცვლება და ახალშობილს შეიძლება ჩაეძინოს.

დედებს, რომლებსაც აქვთ სირთულეები კვების ხანგრძლივობასთან დაკავშირებით, შეიძლება ინსტრუქციები მივცეთ, რომ დაიწყოს კვება, რომელიც გრძელდება დაახლოებით 10-15 წუთი თითოეულ მხარეს ან უფრო ხანგრძლივად, თუ ახალშობილი გააგრძელებს გაძლიერებულად წოვებას. ადრეული კვება, რომელიც გრძელდება დაახლოებით 20 წუთზე ნაკლები და ხდება 24 საათში რვაჯერ ნაკლებად, შეიძლება საკმარისი არ იყოს. კვების დრო იზრდება ახალშობილის საჭიროების მიხედვით. ასწავლეთ დედას, რომ ხანგრძლივი დროით წოვება არ იწვევს ძუძუს თავების ტკივილს, არამედ ახალშობილის არასწორი პოზიცია და მოჭიდება არის ძუძუს თავის ტრავმატიზმის მთავარი მიზეზი.

აუხსენით დედას ხსენს, წყლისმაგვარ პირველ რძესა (რომელიც აქრობს წყურვილის გრძნობას) და უკანა რძეს შორის განსხვავება. რძის ბოლო პორცია არის უფრო მდიდარი ცხიმით, მეტად ნოყიერი და ხელს უწყობს წონაში მატებას. მცირე დროით კვება იწვევს ახალშობილის მიერ უკანა რძის მიღების შეუძლებლობის შემცირებას, რაც იწვევს წონაში შემცირებულ მატებას. კვების დროს ერთი ძუძუდან მეორეზე ხშირი გადანაცვლება, იწვევს უკანა რძის შემცირებას. ამიტომ, დედამ უნდა გააგრძელოს კვება ერთ მხარეს, სანამ ახალშობილი ძლიერად წოვს და არ დაცლის ცალ ძუძუს. შემდეგ უნდა ამოაქარვებინოს ბავშვს და მეორე მხარეს გაგრძელოს კვება. დედამ ყოველი შემდგომი კვება უნდა დაიწყოს იმ ძუძუთი, რომლითაც დაასრულა წინა კვება, რათა უზრუნველყოს ორივე სარძევე ჯირკვლის თანაბარი სტიმულაცია.

პრობლემების პრევენცია

ქალებს, რომლებსაც ძუძუთი კვების განხორციელების სურვილი აქვთ, მაგრამ სირთულეებს აწყდებიან, რაც იწვევს მათ მიერ ხელოვნურ კვებაზე გადასვლას, შეიძლება დაეუფლოთ დანაშაულისა და იმედგაცრუების შეგრძნება რამდენიმე თვის განმავლობაში.

ექთნებს შეუძლიათ დაეხმარონ პრობლემების პრევენციაში სხვადასხვა გზით.

სწავლება

როცა ქალები ტოვებენ სამშობიარო დაწესებულებას, ხშირად არავინ ჰყავთ, რომ რჩევა ჰკითხონ ძუძუთი კვების შესახებ. დაეხმარეთ ქალებს პრობლემების პრევენციაში გაწერამდე, გაძ-

ლიერებული სწავლებით იმ მცირე დროის განმავლობაში, რასაც სამშობიარო დაწესებულებაში ატარებენ. შეამოწმეთ ქალები ხშირად როცა კვებავენ ახალშობილებს ისე, რომ მათ კითხვებზე მაშინვე მიიღონ პასუხი.

შესთავაზეთ თუ როგორ გააუმჯობესონ პოზიცია და მეთოდები. განიხილეთ საერთო პრობლემები, რომელიც შეიძლება გაუჩნდეთ გაწერის შემდეგ და შესთავაზეთ გამოსავალი. ზოგიერთ დაწესებულებას აქვს კლასები ქალების ჯგუფებისთვის სამშობიაროში ყოფნის დროს (ბროშურები და DVD). მათ გამოყენებამდე გადახედეთ მასალას და დარწმუნდით, რომ ინფორმაცია სწორია და არ შეიცავს სარეკლამო ინფორმაციას ფორმულირებული საკვების შესახებ. თუ სამშობიარო დაწესებულება სთავაზობს კლასებს, სატელეფონო მომსახურებას, მხარდამჭერ ჯგუფებს ან სახლში ვიზიტებს, აუხსენით მათ ეს სერვისი და მოუწოდეთ, რომ გამოიყენონ იგი.

მინიმუმადე დაიყვანეთ ჩარევა, სანამ დედა ძუძუთი კვებავს დამაკმაყოფილებლად. შეეკითხეთ თუ მოისურვებს ძუძუს წოვების დამთავრებას, სანამ ვიზიტორებს მიიღებს. დაკიდეთ “არ შეაწუხოთ” ნიშანი კარის სახელურზე, რაც მიანიშნებს მომსახურე პერსონალს და ვიზიტორებს, რომ დედას არ უნდა დაურღვიონ პირადი სივრცე. უთხარით დედას გამოიყენოს გამოსაძახებელი ღილაკი, რომ შეატყობინოს ექთანს, რომ სჭირდება დახმარება ან როცა მზად არის ვინმეს მისაღებად.

დაუშვებელია სამშობიარო სახლში, ხელოვნური საკვებით მეძუძური დედის დასაჩუქრება. მეტად შესაძლებელია, რომ ფორმულირებული საკვების ქონის შესაძლებლობა იწვევდეს მოლოდინს ზოგიერთ დედაში, რომ ფორმულა საჭირო იქნება. ეს არის ექთნის გზავნილის საწინააღმდეგო მესიჯი. სასაჩუქრე შეფუთვა, რომელიც არ შეიცავს ფორმულირებულ საკვებს უფრო მისაღებია მეძუძური დედებისთვის. ”ზავშვებზე მეგობრული” საავადმყოფოები არ აძლევენ ფორმულირებულ სასაჩუქრე შეფუთვებს და AAP & ACOG წინააღმდეგია მათ მიცემაზე მეძუძურ დედებში.

ფორმულირებული საკვების მიცემა

თავი შეიკავეთ ფორმულირებული საკვების მიცემაზე საავადმყოფოებში, თუ სამედიცინო ჩვენება არ არის. ნებისმიერი დანამატის მიცემაზე თავის არიდება პირველი 72 საათის განმავლობაში არის მოვლის ხარისხის საზომი, რომელიც შემოღებული გახდა ქალის ჯანმრთელობის, სამეანო და ნეონატალური ექთნების ასოციაციის მიერ. დანამატებმა შეიძლება შეამცირონ ძუძუთი კვების წარმატებით განხორციელება, რადგან ისინი ამცირებენ კვებას სარძევე ჯირკვლიდან და რძის წარმოქმნას.

არასაკმარისი რძის მიღება

ფორმულირებულ საკვებზე ადრეულად გადასვლის ერთ-ერთი მთავარი მიზეზი არის მშობლების შეგრძნება, რომ რძე არ არის საკმარისი. ქალის დადებითი დამოკიდებულება ძუძუთი კვების მიმართ და რწმენა, რომ შეძლებს საკმარისი რძის წარმოქმნას, მოახდენს ძუძუთი კვების ადრეული შეწყვეტის პრევენციას, არასაკმარისი რძის შეგრძნების გამო. აუხსენით ქალს ძუძუთი კვების ნორმალური მიმდინარეობა და მეთოდები თუ როგორ გაუმკლავდნენ პრობლემებს, რაც დაეხმარება დედებს, რომ უფრო დარწმუნებულები იყვნენ საკუთარ შესაძლებლობებში.

ასწავლეთ მშობლებს თუ როგორ შეაფასონ ყლაპვა და კვებითი წოვა. განიხილეთ გზები, რომ განსაზღვრონ თუ იღებს ახალშობილი საკმარის რძეს. შესთავაზეთ, რომ დათვალონ სველი და დასვრილი საფენების რაოდენობა, რაც დაეხმარება მათ განსაზღვრონ ახალშობილი იღებს თუ არა საკმარის რძეს. მარტივი ცხრილი გამოიყენება, რომ დედამ ყოველდღიურად ჩაინიშნოს თითოეული კვების დრო და ხანგრძლივობა მოშარდვისა და კუჭში გასვლის რაოდენობასთან ერთად.

სიცოცხლის მესამე დღისთვის, ახალშობილებს ყოველდღიურად უნდა ჰქონდეთ სულ მცირე სამიდან ოთხამდე სველი საფენი და სამი-ოთხი განავალი დღის განმავლობაში. ამ დროის შემდეგ, ახალშობილი, რომელიც ნორმალურად იკვებება ძუძუთი, სულ მცირე ოთხი ან მეტი განავალი უნდა ჰქონდეს დღეში. განავალი უნდა იყოს მოყვითალო შეფერილობის მეხუთე დღისთვის. ასევე სულ მცირე ექვსი სველი საფენი უნდა ჰქონდეს მეოთხე დღეს.

საკვების მიღების გაზომვა შეიძლება, როცა წონაში მატება ფასდება გეგმიურ ვიზიტზე პედიატრთან. თავდაპირველი წონაში კლების შემდეგ, პირველ თვეებში ახალშობილები, ზოგადად, იმატებენ 20-30 გრ-ს დღეში .

რძის არაადეკვატური მიღების ხშირი მიზეზებია ახალშობილის მიერ არაეფექტური წოვა, კვება რომელიც არ არის ხშირი ან ხანმოკლეა, დედის დაღლა, დედის ფარისებრი ჯირკვლის დისფუნქცია, ნაადრევი ან ვადაგადაცილებული ახალშობილი და ასევე ზოგიერთი მედიკამენტი, როგორიცაა ესტროგენის კონტრაცეპტივი. ნებისმიერი ხშირი მიზეზის არსებობის დროს ჩაერიეთ შესაბამისად.

ადრე ქალებს ასწავლიდნენ, რომ დაელიათ დიდი რაოდენობის სითხეები, რათა შეენარჩუნებინათ რძის წარმოქმნა; დღევანდელი მიდგომებით, იმ რაოდენობის სითხის მიღება უნდა მოხდეს, რაც საკმარისი იქნება დედის წყურვილის დაკმაყოფილებისა და შარდის ღია ყვითელი ფერის შენარჩუნებისთვის.

რადგან სარძევე ჯირკვლები არის გაზრდილი და დედა ვერ ხედავს საკმარის რძეს პირველი რამდენიმე დღე, მან შეიძლება დაიჯეროს, რომ ძალიან მცირე რაოდენობით ან საერთოდ არ აქვს რძე. ამან შეიძლება უბიძგოს მას მისცეს ფორმულირებული საკვები ახალშობილს კვებამდე ან მის შემდეგ. ასწავლეთ დედებს, ვისაც სურთ, რომ მოხდეს რძის წარმოქმნის გაზრდა, რათა კვებოს ახალშობილი უფრო ხშირად და გამოიყენოს სარძევე ჯირკვლების ტუმბო კვების შემდეგ.

თუ პრობლემები ნარჩუნდება, გადაამისამართეთ ქალი ლაქტაციის კონსულტანტთან. ლაქტაციის პროფესიონალები ხშირად არიან დაწესებულებაში ან საზოგადოებაში. მათ შეუძლიათ დახმარება ძუძუთი კვების მეთოდების უკეთ შესწავლაში და განსაკუთრებული პრობლემების დროს.

ოჯახისგან დახმარება

მამები ხშირად ფიქრობენ, რომ მათ არაფრის გაკეთება არ შეუძლიათ მათი მეუღლისთვის ძუძუთი კვების დროს. მიეცით რჩევები, თუ როგორ უნდა მოხდეს მამის მონაწილეობა ძუძუთი კვებაში. ასწავლეთ თუ როგორ დაეხმაროს დედას, რომ ამოიცნოს შიმშილის ადრეული ნიშნები და მოემზადოს კვებისთვის. მამას შეუძლია ახალშობილის მომზადება საფენის გამოცვლით ან დამშვიდებით. ასევე მას შეუძლია დაეხმაროს დედას ბავშვის პოზიციის შერჩევაში, ისე რომ ორივე, დედა და ახალშობილი, კომფორტულად იყვნენ. მამას შეუძლია თავად გახდეს ამოქარვებაზე პასუხისმგებელი, რაც დედას მისცემს საშუალებას ცოტა ხანი დაისვენოს. სხვა ბავშვებზე ზრუნვა, სახლის საქმეში დახმარება და ასევე ხანდახან ახალშობილის გამოწველილი რძის ბოთლით კვება საშუალებას აძლევს დედას, რომ დაისვენოს და მიიღოს მხარდაჭერა და თანადგომა პარტნიორისგან.

მშობლებმა უნდა იცოდნენ	
ჩემი შვილი საკმარის რძეს ღებულობს?	
თქვენი შვილი საკმარის რძეს ღებულობს თუ: • თუ გესმით რომ ბავშვი ყლაპავს ხშირად კვების დროს, ის ისმის როგორს რბილი "კა" ან "აჰ " ხმები;	• თქვენ ბავშვს აქვს სულ მცირე ერთი ან ორი სველი პამპერსი დღეში. დაბადებიდან პირველ 2 დღეს, მესამე დღეს - სულ მცირე 3-4 სველი საფენი დღეში და მეოთხე დღეს - სულ მცირე 6 სველი საფენი დღეში. ერთჯერადი საფენები არის ძალიან შემწოვი და იმის ცოდნა მშრალია თუ არა ძალიან რთულია.

• თქვენ ხედავთ კვებით წოვებას- მშვიდი წოვება და ყლაპვა ხანგამოშვებითი დასვენების პერიოდებით. ეს არის განსხვავებული მოკლე, ცვალებადი წოვება, რომელიც ხდება როცა ბავშვს ეძინება ან საკმარის რძეს არ ღებულობს. პირველი დღეების შემდეგ, შეიძლება იგრძნოთ წიწკვნის შეგრძნება სარძევე ჯირკვლის თავებზე თითოეულ დროს, როცა რძის გადმოსვლა მოხდება. ამ შეგრძნებას მოჰყვება კვებითი წოვება ახალშობილის ყლაპვასთან ერთად, რაც ზრდის რძის შესაძლებლობას. • თქვენი სარძევე ჯირკვლები ხდება რბილი კვების დროს (თუმცა თქვენი სარძევე ჯირკვალი არ არის აუცილებელი, რომ იყოს მკვრივი იმისთვის, რომ საკმარისი რძე იყოს მასში); • თქვენ შეგიძლიათ რძის შემჩნევა პირში ან სარძევე ჯირკვლებიდან რძის გადმოსვლა; • თქვენ კვებავთ თქვენს ბავშვს 8-12 ჯერ ყოველ 24 საათში. მეტი რძე წარმოიქმნება, რაც მეტჯერ კვებავთ. როგორც კი ძუძუთი კვება კარგად არის ჩამოყალიბებული, დროში შუალედის სიახლოვე არ არის აუცილებელი. თქვენი ბავშვი თავად გეტყვით როდის არის კვების დრო.	თუ არ ხართ დარწმუნებული, მოათავსეთ ქსოვილი ან ბამბის ბურთი საფენის ქვეშ რომ შეამჩნიოთ მცირე რაოდენობის შარდიც კი. შარდი უნდა იყოს ღია ყვითელი, არა მუქი ყვითელი. • თქვენ ბავშვს აქვს სულ მცირე 3-4 კუჭის მოქმედება დღეში. განავალი არის ყვითელი ფერის მეხუთე დღეს. • თქვენი შვილი არის დაკმაყოფილებული კვების შემდეგ. ბავშვები რჩებიან მშვიდ ფხიზელ მდგომარეობაში ან იძინებენ სულ მცირე ერთი საათით კვების შემდეგ. (ხანგამოშვებითი მოუსვენრობის დრო არ არის ხშირი და არ ნიშნავს, რომ ბავშვი საკმარის საკვებს არ იღებს) • ბავშვის სრულყოფილი შემოწმება აჩვენებს, რომ თქვენი ბავშვი იმატებს წონაში.

თვითრწმენის გაზრდა

გამოიყენეთ ყველა შემთხვევა, რომ შეაქოთ და გაამყაროთ ქალის შესაძლებლობები ახალშობილის ძუძუთი კვების დროს. აღნიშნეთ ახალშობილის დადებითი რეაქციები, როცა ის დედას უჭირავს ან კვებავს. აღნიშნეთ ქალის უნარების გაუმჯობესება, როცა ახალშობილის შიმშილის მინიშნებებს ამოიცნობს, სწორად დაიჭერს ახალშობილს და სწორად მოაჭიდებს. ექთნის გვერდში დგომა და გამხნევება ეხმარება ქალს უფრო კომფორტულად იყოს თითოეული კვების დროს და განახორციელოს ხანგრძლივი ძუძუთი კვება.

რესურსების გამოყენება

ქალებმა, რომლებმაც შეწყვიტეს ძუძუთი კვება, უფრო ადრე ვიდრე გეგმავდნენ, ხშირად მიზეზად ასახელებენ სარძევე ჯირკვლების თავების ტკივილს, მოჭიდების პრობლემებს, რწმენის ნაკლებობას და სამსახურში დაბრუნების საჭიროებას. აუცილებლად მიეცით ახალზედა დედას ლაქტაციის კონსულტანტის საკონტაქტო ინფორმაცია და ძუძუთი კვების სხვა საინფორმაციო წყაროებზე ინფორმაცია, შესთავაზეთ წერილობითი მასალა და ინტერნეტიდან წყაროები როგორიცაა www.breastfeeding.com ან www.womenshealth.gov/breastfeeding.

წარმატებულად ჩაითვლება სწავლება გაწერამდე, თუ ახალშობილი იკვებება კარგად 10-15 წუთის განმავლობაში თითოეული ძუძუდან. ქალმა სწორად უნდა გააკეთოს კვების მეთოდების

დემონსტრაცია, აღნიშნოს საკუთარი კმაყოფილება ძუძუთი კვების შესახებ და საკუთარი შესაძლებლობების რწმენა. კმაყოფილება და საკუთარ თავში დარწმუნება არის მთავარი განმსაზღვრელი ფაქტორი - გააგრძელებს თუ არა ქალი სახლში ძუძუთი კვებას.

ხშირი შეკითხვები ძუძუთი კვების დროს

იმ ფაქტიდან გამომდინარე, რომ დედების გაწერა სამშობიაროდან შეიძლება მოხდეს, სანამ პრობლემები გაჩნდება, ექთნებმა უნდა ასწავლონ როგორ მოახდინონ პრევენცია და უმკურნალონ ხშირ პრობლემებს ბინაზე. როცა დედა დახმარებას ითხოვს პრობლემისთვის, რომელიც განვითარდა გაწერის შემდეგ, ექთანმა უნდა ჰკითხოს თუ რა მეთოდი სცადა პრობლემის მოსაგვარებლად და თუ გამოიყენა ნებისმიერი დამატებითი ან ალტერნატიული თერაპია. გამოყენებამდე, ნებისმიერი თერაპიის უსაფრთხოება უნდა განისაზღვროს.

ისეთი მცენარეებისგან გაკეთებული ჩაი როგორიცაა ფორთოხალი, ბერძნული ულუმბო ან მალინა მიჩნეულია უსაფრთხოდ ლაქტაციის დროს. თუმცა, არცერთი ჰერბალური ჩაის მიღება არ უნდა მოხდეს დიდი რაოდენობით. დედას შეიძლება გამოყენებული ჰქონდეს სხვადასხვა ჰერბალური ჩაი რძის პროდუქციის პრომოციისთვის. რადგან კვლევები ამ თერაპიებზე არასაკმარისია, უნდა მოხდეს დედის გადამისამართება სამედიცინო პერსონალთან ინფორმაციის მისაღებად, სანამ ნებისმიერ ნივთიერებას გამოიყენებს, რადგან ზოგიერთი შეიძლება საზიანო იყოს.

შემთხვევის შესწავლა 10-1 შესავალი

26 წლის მარინამ იმშობიარა საკეისრო კვეთით ნაყოფის არაკეთილსაიმედო მდგომარეობის გამო. მისი შვილი, ლუკა, მოთავსებული იყო ახალშობილთა მოვლის განყოფილებაში. იმედგაცრუებულია, რომ არ იმშობიარა ისე როგორც გეგმავდა, მისი პირველი ორსულობა და მშობიარობა მიმდინარეობდა ნორმალურად, მაგრამ შეატყობინეს, რომ ლუკას მდგომარეობა იყო დამაკმაყოფილებელი, მიუხედავად ზოგიერთი გართულებებისა.

ადრეული პერიოდის ხშირი პრობლემები

ადრეული პერიოდის პრობლემები შესაძლოა პირობითად გაიყოს: დედისმიერი და ჩვილისმიერი პრობლემები.

ახალშობილის პრობლემები

ახალშობილის პრობლემებს სჭირდება დაუყოვნებლივი ყურადღება, რომ უზრუნველყოთ წარმატებული ძუძუთი კვება.

უსაფრთხოების ზომები

ნიშნები, რომელიც მიგვანიშნებს, რომ ახალშობილებს აქვთ ძუძუთი კვების პრობლემები შემდეგია:

- კვების შემდეგ ჩაძინება 5 წუთზე ნაკლები ხანგრძლივობით;
- ძუძუთი კვებაზე უარის თქმა;
- ენაზე კანდიდოზური სტომატიტი;

- მკვეთრი ხმები;
- ლოყებზე ღრმულების წარმოქმნა;
- პირის ფართოთ ვერ გაღება, რომ კარგად მოეჭიდოს;
- შიგნით შებრუნებული ქვედა ტუჩი;
- ყბის მოკლე, მძაფრი მოძრაობა;
- ხმაურის გარეშე ყლაპვა;
- ფორმულის გამოყენება;

მძინარე ახალშობილი

დაბადებიდან პირველი რამდენიმე დღე, ახალშობილებს უფრო ხანგრძლივად სძინავთ. ისინი შეიძლება დაღლილები იყვნენ მშობიარობის პროცესიდან და შეიძლება ვერ მიხვდნენ, რომ შიათ ან ვერ მოახდინონ შესაფერისი საპასუხო რეაქცია.

ექთნებმა უნდა აჩვენონ დედებს როგორ გამოაფხიზლონ მძინარე ახალშობილი ძუძუთი კვებისთვის (იხილეთ "რა სურთ იცოდნენ მეძუძურმა დედებმა: ძუძუთი კვების ხშირი პრობლემების გადაწყვეტა,"). თუ ახალშობილები დაიწყებენ კვებას სრულიად ფხიზელ მდგომარეობაში, მეტად არის მოსალოდნელი რომ გაღვიძებულებმა დაასრულონ კვება. სხვადასხვა ქცევითი მდგომარეობის დედებისთვის ჩვენება ეხმარება მათ უკეთ გაიგონ თუ რა სურს ახალშობილს და მიხვდნენ თუ როდის იქნება მისი კვების მცდელობა ყველაზე წარმატებული.

როცა ახალშობილს ეძინება კვების დროს, ექთანმა უნდა შეაფასოს თუ იკვება საკმარისად. ხაზი უნდა გაესვას იმას, რომ გამოსაღვიძებელი მეთოდები უნდა იყოს ნაზი, ეს ძალიან მნიშვნელოვანია. დედამ თავი უნდა შეიკავოს ისეთ მეთოდებისგან, რომელიც გამოიწვევს ახალშობილის გაღიზიანებას, რადგან კვება უნდა იყოს დაკავშირებული სასიამოვნო შეგრძნებასთან. ახალშობილი, რომელიც გააგრძელებს ძილს ან წოვას უხეიროდ, მაშინ საჭიროა მეტი გამოკვლევა. უხეირო კვება შეიძლება ადრეული ნიშანი იყოს ისეთი გართულებების, როგორიცაა, სეფსისი.

სარძევე ჯირკვლის თავების მიმართ დაბნეულობა

ძუძუს თავების მიმართ დაბნეულობა (ძუძუს თავებისთვის უპირატესობა) ხდება როცა ახალშობილი, რომელსაც ბოთლით გამოკვებავენ, ერევა ენის მოძრაობები, რაც საჭიროა ბოთლიდან კვების დროს, ძუძუთი კვებისგან განსხვავებით. ზოგიერთმა ახალშობილმა შეიძლება უარყოს ძუძუთი კვება ან ენის მოძრაობებით ძუძუ გარეთ გამოაგდოს.

პირისა და ენის მოძრაობები განსხვავებულია ძუძუთი კვების ან ბოთლიდან წოვების დროს. ძუძუთი კვების დროს, ახალშობილი ძუძუს წოვს ძუძუს თავების რბილ სასაზე მიბჯენით. ენა შემოფარგლავს ძუძუს თავებს და არეოლას ქვედა ღრძილის ზემოდან. ქვედა ყბის თითოეული კომპრესიით, ენა აწვება ძუძუს, რაც იწვევს რძის გადმოდინებას არხებიდან და ახალშობილის პირში.

ბოთლიდან რომ იკვებოს, ახალშობილი უნდა მიაწვეს ენით ძუძუს თავებს, რომ შეანელოს რძის დინება და მოხდეს დახრჩობის პრევენცია. ეს მუდმივი დინების დემონსტრაცია შეიძლება აღინიშნოს უწყვეტად რძის ჩამოწვეთით, როცა ბოთლი უკავიათ ამოყირავებული. ახალშობილის ტუჩები მოსვენებულ მდგომარეობაშია, რადგან ძუძუს თავების ერთ ადგილას დაკავების საჭიროება არ არის. თუ ახალშობილი იგივე ენით მოძრაობას გამოიყენებს და ტუჩებს მოასვენებს ძუძუთი კვების დროს, ძუძუ შეიძლება პირიდან გადმოუვარდეს.

ექთნებმა არ უნდა გაუწიონ რეკომენდაცია ფორმულირებულ საკვებს ნორმალური ძუძუთი კვების დროს. ის ამცირებს ძუძუთი კვების დროს, რომელიც ამცირებს პროლაქტინის სეკრეციას და შესაბამისად რძის პროდუქციას. ფორმულის მონელება უფრო ხანგრძლივია და ახალ-

შობილი მშიერი არ არის დაახლოებით 4 საათის განმავლობაში. გაზრდილი დრო კვებებს შორის ამცირებს ძუძუს სტიმულაციას და შეიძლება გამოიწვიოს შეგუბება.

ზოგიერთი მშობელი საწოვარას იყენებს, მაგრამ ადრეულად საწოვარას გამოყენება შეიძლება დაკავშირებული იყოს წოვების პრობლემებთან და ზოგიერთ ახალშობილში ძუძუთი კვებისთვის ადრეულად თავის დანებებასთან. მეორე მხრივ მიჩნეულია, რომ საწოვარა ამცირებს ახალშობილის უცაბედი სიკვდილის სინდრომს, მაგრამ მათი გამოყენება უნდა გადავადდეს პირველი ერთი თვით, სანამ ძუძუთი კვება კარგად არ ჩამოყალიბდება.

წოვასთან დაკავშირებული პრობლემები

წოვასთან დაკავშირებული პრობლემები შეიძლება წარმოიშვას, როცა ძუძუს თავები ცუდად არის ახალშობილის პირში მოთავსებული. ლოყების ჩავარდნა და ხმაურიანი და ტკაცუნის ხმები შეიძლება მიანიშნებდეს, რომ ახალშობილი წოვს მხოლოთ ენით ან მხოლოდ თავებიდან.

ხელთათმანიანი თითის ჩაყოფა ახალშობილის პირში გვეხმარება წოვების შეფასებისას. ენის მოძრაობის შეგრძნება უნდა მოხდეს, როცა ახალშობილი წოვს. ახალშობილი, რომელიც აწვება ენით, შეიძლება დაიბნეს. ამ დროს გამოიყენება ხელოვნური ძუძუს თავები, რომლის გამოყენება უნდა მოხდეს პრობლემის მოგვარებამდე.

ენა უნდა ეკვროდეს ძუძუს და უნდა ფარავდეს ქვედა ღრძილს. თუ ახალშობილი დააპირებს ძუძუს თავების ზემოთ ენის მოთავსებას, პირში თითის ჩაჩრა და ახალშობილის ენის ქვემოთ ჩამოწევა მოჭიდებამდე შეიძლება ეფექტური იყოს. დახმარება, რომ ახალშობილმა ფართოდ გააღოს პირი მოჭიდებამდე, აუმჯობესებს წოვას. უფრო გართულებულ წოვის პრობლემებს შეიძლება ლაქტაციის კონსულტანტი დასჭირდეს.

ახალშობილის გართულებები

ახალშობილის გართულებები შეიძლება იყოს უმნიშვნელო და გამოიწვიოს მინიმალური ხელშეშლა ძუძუთი კვებაში ან შეიძლება გამოიწვიოს ახალშობილის ძუძუთი კვების შეწყვეტა.

სიყვითლე

სიყვითლე (ჰიპერბილირუბინემია) ახალშობილში არ ნიშნავს, რომ აუცილებლად იწვევს ძუძუთი კვების ხელშეშლას. თუნდაც როცა ახალშობილი იღებს ფოტოთერაპიას, კვებისთვის მათი მოცილება შეიძლება სინათლიდან. საკმარისი საკვების მიღების მიმართ დამოკიდებულება შეიძლება უფრო მნიშვნელოვანი იყოს ახალშობილში სიყვითლით. შეუმჩნეველი წყლის კარგვა იზრდება კანიდან სითბოსა და სინათლის გამო, რომელიც გამოიყენება მკურნალობაში და შეიძლება გამოიწვიოს დეჰიდრატაცია.

ახალშობილებს, რომლებიც იმყოფებიან ფოტოთერაპიაზე, არ მიცეთ წყალი, რომელმაც შეიძლება შეამციროს ძუძუს რძის მიღება. ნაწლავების შემცირებული მოძრაობა, არასაკმარისი რძის მიღებით, საშუალებას აძლევს ბილირუბინის შეწოვას ნაწლავების კედლებიდან სისხლის მიმოქცევაში, რაც ზრდის მოუმწიფებელი ღვიძლის მუშაობას. ხშირი ძუძუთი კვება ზრდის განავლის რაოდენობას, რაც ეხმარება ბილირუბინის ექსკრეციას და უზრუნველყოფს საკმარისი პროტეინებისა და სითხის მიღებას. ზოგიერთ შემთხვევებში, ფორმულირებული საკვები შეიძლება გახდეს საჭირო, მაგრამ ძუძუთი კვება უნდა გაგრძელდეს.

მოუმწიფებლობა

თუ ნაადრევ ახალშობილს არ შეუძლია ძუძუთი კვება დაბადებიდან მალევე, დედას სჭირდება გამხნევება და ინსტრუქციები თუ როგორ გამოიყენოს ძუძუს ტუმბო, რომ ჩამოაყალიბოს და შეინარჩუნოს საკუთარი რძის მარაგი. ძუძუს რძე სთავაზობს იმუნიტეტს და კვებითი ნივთიერებების სარგებელს და მორგებულია ნაადრევი ახალშობილის მოთხოვნებს. რძემ შეიძლება შეამციროს ნეკროტული ენტეროკოლიტის სიმძიმე, რომელიც ნაადრევ ახალშობილებში სერიოზული გართულებაა. ის ასევე ეხმარება დედას იმის შეგრძნებაში, რომ ის ზრუნავს თავის ახალშობილზე, თუნდაც არ შეიძლებოდეს მისი სახლში წაყვანა.

ქალს შეუძლია რძის გამოტუმბვა და მისი მიტანა საბავშვო ოთახში ახალშობილის გამოსაკვებად. თუ ქალი ბინაზე ეწერება, ხოლო მისი ახალშობილი რჩება კლინიკაში, ექთანმა უნდა უზრუნველყოს სტერილური კონტეინერი ქალისთვის, რომ წაიღოს სახლში. კონტეინერის მიწოდებასთან ერთად, ასწავლეთ ქალს თუ როგორ უნდა შეინახოს რძე უსაფრთხოდ. კონტეინერი აღნიშნული უნდა იყოს ახალშობილის სახელით, რიცხვით და საათით თუ როდის იყო რძე გამოტუმბული.

ზოგიერთი ნაადრევი ახალშობილი ან ისინი, ვისაც აქვთ ძუძუთი კვების პრობლემები, კარგად რეაგირებენ დამატებითი კვების მოწყობილობებზე. დამატებითი კვებითი მოწყობილობა შედგება რძის კონტეინერით, რომელსაც აქვს პატარა პლასტიკური საკვები მილი, რომელიც მიმაგრებულია სარძევე ჯირკვალზე. როცა ახალშობილი იწყებს ძუძუთი კვებას, რძე გადმოდის როგორც კონტეინერიდან ისე ძუძუდან, რაც ზრდის ახალშობილის საკვების მიღებას და მოტივაციას, რომ გააგრძელოს წოვა. როგორც კი ახალშობილი წონაში იმატებს და კვების შესაძლებლობა იმატებს, მოწყობილობის გამოყენება თანდათან მცირდება, სანამ არ მოხდება სრულად შეწყვეტა.

ქალები, რომლებიც უზრუნველყოფენ ძუძუს რძეს საკუთარი ნაადრევი ახალშობილებისთვის, შეიძლება ეგონოთ, რომ რაღაც სჭირს მათ რძეს, როცა დამატებით გამოიყენება სხვადასხვა მოწყობილობა. ისინი უნდა დარწმუნდნენ, რომ მათი რძე ძალიან მნიშვნელოვანია საკვები ნივთიერებების უზრუნველყოფაში და ინფექციის წინააღმდეგ დაცვაში, თუმცა ახალშობილს სჭირდება დამატებით ზოგიერთი საკვები ნივთიერება ამ პერიოდში ჩქარი ზრდისთვის.

გვიანი ნაადრევი ახალშობილი, რომელიც დაბადებულია გესტაციის 34 კვირის დასაწყისსა და 36 კვირის დასასრულს შორის, შეიძლება ჰქონდეს პრობლემა კვებაში. მიუხედავად იმისა, რომ ისინი შეიძლება ჰგავდნენ სრული ვადით ახალშობილებს, არიან მოუმწიფებლები. წოვების, ყლაპვისა და სუნთქვის კოორდინაცია შეიძლება ჩამოუყალიბებელი იყოს და შეიძლება მეტად ეძინებოდეთ, ვიდრე სრული ვადით ახალშობილებს.

ლაქტაციის კონსულტანტი უნდა ჩაერთოს მოვლაში და მიიღოს მონაწილეობა ახალშობილის სპეციალური საჭიროებებისა და კვების ეფექტურობის მონიტორინგის სწავლებაში. ახალშობილის პოზიციონირება უნდა მოხდეს ისე, რომ თავი კარგად იყოს დაკავებული. ახალშობილის ნახვა უნდა მოხდეს გაწერიდან 1-2 დღეში სამედიცინო მომსახურე პერსონალის მიერ, რომ შეფასდეს ახალშობილის წონა, კვებისა და სიყვითლის ხარისხი. ხშირი ვიზიტები და წონის შემოწმება უნდა მოხდეს ახალშობილებში, ვისაც აქვთ კვებასთან დაკავშირებული პრობლემები. ყოველკვირეული წონის შემოწმება უნდა ჩატარდეს, სანამ ახალშობილი არ მიაღწევს ჩასახვიდან გესტაციურად 40 კვირის ასაკს.

დაავადებები და თანდაყოლილი დეფექტები

ახალშობილის დაავადებებმა და თანდაყოლილმა დეფექტებმა, როგორიცაა სასის ნაპრალი, შეიძლება გამოიწვიოს ძუძუთი კვების პრობლემები. პრობლემების არსებობის დროს, დაეხმარეთ დედას, რომ შეინარჩუნოს ლაქტაცია, სანამ ძუძუთი კვება შესაძლებელი გახდება. დამხარე ჯგუფთან გადამისამართება შეიძლება განსაკუთრებით სასარგებლო იყოს. ზოგიერთი ჯგუფი ფოკუსირდება გარკვეულ თანდაყოლილ დეფექტებზე და სხვები ფოკუსირდებიან ახალშობილებზე სპეციფიური პრობლემებით, რომლებიც ძუძუთი კვებაზე არიან.

დედისმიერი პრობლემები

მოვლაში ადრეული ჩარევა შესაძლოა დაეხმაროს დედას, რომ დაძლიოს სარძევე ჯირკვლის ხშირი პრობლემები.

<table>
<tr><td>შემთხვევის შესწავლა 10-1</td><td>პაციენტის მოვლის გეგმა</td></tr>
<tr><td>შეფასება: მარინა ელოდება თუ როდის დაიწყებს მისი შვილი ძუძუთი კვებას. ასევე მარინას ესმის სიტუაცია, ის გამოიყურება იმედგაცრუებული და თავგზააბნეული. ამბობს, რომ ის გამოიყენებს ფორმულირებულ საკვებს, როგორც კი ლუკა კარგად გახდება რადგან : “უკვე გვიანი იქნება ძუძუთი დაწყება”

დიაგნოზი: შეწყვეტილი ძუძუთი კვება გამოწვეული ახალშობილის განცალკევებით, რომელიც გამოწვეულია დაავადების გამო

მოსალოდნელი გამოსავალის მიზანი: 2 დღეში მარინა შეძლებს:
1. აღწეროს ძუძუთი კვების მნიშვნელობა თავისი ბავშისთვის და მისი სურვილი, რომ შეინარჩუნოს ლაქტაცია;
2. გამოიტუმბოს სარძევე ჯირკვალი, როგორც კი შეივსება;
3. ძუძუთი კვებოს ლუკა, როგორც კი შესაძლებელი იქნება</td><td>კრიტიკული აზროვნება: რა სხვა ჩარევა იქნება საჭირო თუ მარინას აქვს ბრტყელი სარძევე ჯირკვლების თავები?

პასუხი: დაარწმუნეთ მარინა, რომ მას შეუძლია ძუძუთი კვება თუნდაც მაშინ, როცა სარძევე ჯირკვლების თავები ბრტყელია. აუხსენით, რომ წრიულად უსვას ხელი თავებს, სანამ ლუკა მოეჭიდება, რომ დაიწყოს კვება.

გამოკვლევა: მარინა საუბრობს მის გადაწყვეტილებაზე ძუძუთი კვების სურვილის შესახებ. ის იტუმბავს რძეს, რომ შეინარჩუნოს ლაქტაცია და მიაქვს ლუკასთან ყოველ ვიზიტზე. 3 დღის ასაკში, ლუკა მზად არის, რომ დაიწყოს ძუძუთი კვება. მარინა სიფრთხილით და მოთმენით ეხმარება ლუკას, რომ ისწავლოს ძუძუთი კვება ექთნების დახმარებით. ლუკამ შეძლო დამაკმაყოფილებლად ძუძუთი კვება გაწერამდე ერთი დღით ადრე.</td></tr>
<tr><td>ჩარევა და რაციონალიზაცია
1. გაარკვიეთ მარინა როგორ აღიქვავს პრობლემას და როგორ ათვიცნობიერებს თუ რატომ არის დაშორებული შვილთან და ეს რა ეფექტს ახდენს ძუძუთი კვებაზე. ამაზე საუბარი გვეხმარება გაუგებრობის აღმოჩენაში და მიგვანიშნებს, რომ სწავლება და მხარდაჭერა მნიშვნელოვანია;
2. გამოიყენეთ სწორი კომუნიკაცია, რომ დაეხმაროთ მარინას გამოხატოს მისი გრძნობები იმედგაცრუებაზე, რაც გამოწვეულია მოულოდნელად გეგმების ცვლილებით. გრძნობების გამოხატვა ეხმარება ადამიანს, რომ უფრო კარგად გაუმკლავდეს სიტუაციას;
3. აუხსენით დედის რძის სარგებლობის შესახებ და რომ მას შეუძლია გამოიყენოს რძის გამოსატუმბი და ბოთლით კვებოს ლუკა, სანამ თავად შეძლებს ძუძუთი კვებას. ძუძუთი კვების მნიშვნელობის გამყარება და გამხნევება ზრდის შანსს, რომ წარმატებით განახორციელოს ძუძუთი კვება.</td><td></td></tr>
</table>

4. ასწავლეთ მარინას, თუ როგორ გამოიყენოს სარძევე ჯირკვლის გამოსატუმბი და შეინახოს რძე. აუხსენით მას, რომ გამოიტუმბოს სარძევე ჯირკვლები 15-20 წუთით ყოველ 2-3 საათში და სულ მცირე 8-ჯერ 24 საათში. ძუძუს გამოსატუმბის ხშირი გამოყენება ეხმარება მას დაამყაროს ლაქტაცია პროლაქტინისა და ოქსიტოცინის გამოყოფით, ასე რომ რძე წარმოიქმნება და გამოიყოფა სარძევე ჯირკვლებიდან;
5. აუხსენით გაჯირჯვების პრევენცია და მკურნალობა. ხშირმა გამოტუმბვამ თავიდან უნდა აგვაცილოს გაჯირჯვება. თუ ეს ვერ მოხდა, დედას დასჭირდება დახმარება მკურნალობაში;
6. ლუკა კვებეთ დედის რძით თუ შესაძლებელია, ბოთლით ან ფორმულით. ასწავლეთ მარინას როგორ შეინახოს რძე და როგორ გამოიყენოს ის ბავშვისთვის. დედის რძეს აქვს თვისებები, რომელიც განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია ავადმყოფი ბავშვისთვის;
7. მარინამ უნდა გაატაროს რაც შეიძლება მეტი დრო ლუკასთან. დარჩით მასთან ადრეული ვიზიტის დროს და როცა დაიწყებს ძუძუთი კვებას უპასუხეთ ყველა მის შეკითხვას და დაუდექით მხარში. ურთიერთკავშირი მეტად მყარდება ძუძუთი კვების დროს. ექთნის ყოფნა საშუალებას იძლევა, რომ შესთავაზოს მხარდაჭერა, გამხნევება და ასწავლოს ქმედებები საჭიროებისამებრ.
8. როცა მარინა დაიწყებს ძუძუთი კვებას, ასწავლეთ როგორც ასწავლიდით დედას, რომლის შვილსაც პრობლემა არ აქვს. დამატებით, უზრუნველყავით უწყვეტი მხარდაჭერა ნებისმიერი გაუგებრობის დროს. დედები, რომლებიც გვიან იწყებენ ძუძუთი კვებას, შეიძლება უფრო აფორიაქებულები იყვნენ;
9. შეაქეთ და გაამხნევეთ ხშირად. მის შესაძლებლობაში დარწმუნება ეხმარება დედას თვითდაჯერებულებაში. გამხნევება უნდა შეესაბამებოდეს არსებულ სიტუაციას;

10. თუ მარინა უნდა წავიდეს სახლში სანამ ლუკა მზად იქნება გასაწერად, უზრუნველყავით მისი ინფორმირებულობა თუ სად და როგორ შეიძინოს ან იქირაოს ელექტრონული ძუძუს გამოსატუმბი. საავადმყოფოს ელექტრონული გამოსაწველი არის ყველაზე ეფექტური. უზრუნველყავით კონტეინერით, რითიც შეინახავს რძეს ბავშვთა ოთახში. დედებს, რომლებსაც მოუწევთ უფრო ხანგრძლივად გამოტუმბვა, რძის ელექტრონული გამოსატუმბი უფრო მიზანშეწონილია.	

უსაფრთხოების ზომები

დედის ნიშნები ძუძუთი კვების პრობლემებზე

- მკვრივი, შესიებული სარძევე ჯირკვლები;
- მტკივნეული, წითელი, დახეთქილი, ბუშტუკებიანი ან სისხლმდენი სარძევე ჯირკვლების თავები;
- ბრტყელი ან ჩაბრუნებული სარძევე ჯირკვლის თავები;
- ლოკალიზებული შეშუპება ან ტკივილი ნებისმიერ სარძევე ჯირკვალზე;
- სიცხე, გენერალიზებული ტკივილი ან სისუსტე.

სარძევე ჯირკვლის პრობლემები

გაჯირჯვება, ძუძუს თავების ტრამვა, ბრტყელი ან ჩაზნექილი ძუძუს თავები, დახშობილი არხები და მასტიტი (სარძევე ჯირკვლის ინფექცია) არის ის უხშირესი პრობლემები, რომელიც წარმოიშობა ადრეული ლაქტაცის პერიოდში.

გაჯირჯვება

ბევრი ქალი განიცდის დროებით შეშუპებას ან სისავსეს, რომელიც პიკს აღწევს მშობიარობიდან 72-96 საათში. ეს დროებითი გაჯირჯვება შეგუბების, გაზრდილი სისხლის მიმოქცევის, რძის დაგროვებისა და შეშუპების შედეგია. ამან ხელი არ უნდა შეუშალოს ძუძუთი კვებას.

გაჯირჯვება შეიძლება პრობლემა გახდეს თუ კვება დაგვიანებულია, ძალიან მცირე ხნიანია ან იშვიათი. გაჯირჯვებული სარძევე ჯირკვალი ხდება შეშუპებული, მაგარი და მკვრივი, რაც ხდის კვებასა და მოძრაობას უფრო მტკივნეულს. არეოლა ისე შეიძლება გამაგრდეს, რომ ახალშობილმა ვერ მოახერხოს მასზე ზეწოლა კვების დროს. გაჯირჯვებული არეოლა იწვევს თავების გაბრტყელებას, რაც უფრო რთულს ხდის, რომ ახალშობილიმა გამოწოვის პირის უკან მიმართულებით. ძუძუს გაჯირჯვებამ შეიძლება გამოიწვიოს თავების ტრამვა, მასტიტი და თუნდაც ძუძუთი კვების შეწყვეტა.

ექთნები უნდა დაეხმარონ ქალს გაჯირჯვების პრევენციაში, რათა მათ წარმატებულად დაიწყონ ადრეული და ხშირი ძუძუთი კვება. გაამხნევეთ დედები, რომ კვებონ ღამის განმავლობაში, რაც უზრუნველყოფს სარძევე ჯირკვლის რეგულარულ დაცლას. წყლის და ფორმულის გამოყენების წახალისება არ უნდა მოხდეს.

სარძევე ჯირკვლების თავების ტკივილი

სარძევე ჯირკვლის თავების ტკივილი ხშირია ადრეული ძუძუთი კვების დროს. ტკივილი ერთი წუთის ან მასზე ნაკლები დროის განმავლობაში ხდება კვების დასაწყისში, რომელიც გამოწვეულია ქსოვილის გადაჭიმვითა და არხებზე წოვებით, სანამ მოხდება მათი რძით ავსება. თავების ტკივილი გამოწვეულია პირველ კვირას, განსაკუთრებით პიკს აღწევს მესამე-მეექვსე დღეს და ამის შემდეგ გაივლის. ძუძუს თავების ტრამვა იწვევს უფრო შენარჩუნებულ ტკივილს. ტრამვირებული თავები ჩანს წითელი, დახეთქილი, ბუშტუკოვანი ან სისხლმდენი (სურათი 10-9). ძუძუს თავების მცირე ტრამვის მკურნალობა შეიძლება დამოუკიდებელი ჩარევით. სარძევე ჯირკვლის ქსოვილის სიწითლე, ჩირქოვანი გამონადენი და ცხელება მიანიშნებს მასტიტს ან ძუძუს აბსცესს და საჭიროებს ანტიბიოტიკებით მკურნალობას. ბავშვის არასწორმა დაჭერამ ან მოჭიდების მეთოდმა და დასაბან საშუალებებთან შეხებამ, ძუძუს სველი საფენისგან გახანგრძლივებულმა დატენიანებამ ან გამაღიზიანებელმა კრემმა შეიძლება გამოიწვიოს თავების ტკივილი. ძუძუს სატუმბის გამოყენება ხანგრძლივად ან გამოტუმბვაზე მაღალი რეჟიმით დაყენება შეიძლება ტრამვული იყოს.

ბრტყელი ან ჩაზნექილი სარძევე ჯირკვლების თავები

სარძევე ჯირკვლის თავების ანომალიების გამოვლინება უნდა მოხდეს ორსულობის დროს, თუ შესაძლებელია, მაგრამ ჩარევა შეიძლება მოხდეს მხოლოდ მშობიარობის შემდეგ, თუ საჭიროა. თავების ბრუნვითი მოძრაობა კვების დაწყებამდე, ეხმარება ბრტყელი თავების ამოზნექას ისე, რომ ახალშობილს შეეძლოს მოეჭიდოს უფრო ეფექტურად (სურათი 10-10). კვებამდე რამდენიმე წუთით ძუძუს სატუმბის გამოყენებამ ან ძუძუს ფარმა შეიძლება გამოიწვიოს ჩაწეული ძუძუს თავები.

დახშობილი არხები

მიუხედავად იმისა, რომ სარძევე არხების დახშობის ზუსტი მიზეზი უცნობია, გაჯირჯვება, გამოტოვებული კვება ან ბუზჰალტერის სიმჭიდროვე შეიძლება იყოს ამის მიზეზი. დახშობილი არხების დროს, შესაძლოა არსებობდეს ლოკალური შეშუპება და სიმკვრივე, ასევე შეიძლება არსებობდეს და გამაგრებული ადგილები აღმოჩნდეს პალპაციის დროს. არხის დახშობისას შესაძლოა აღმოაჩინოს ქალმა პატარა, თეთრი წარმონაქმნი ძუძუს თავზე. კარგი იქნება, თუ მოხდება ამ ადგილის დამასაჟება (სურათი 10 -11), სითბური საფენებით დათბუნება. ამასთან, ამ დროს შენარჩუნებული უნდა იყოს ძუძუთი კვება. ახალშობილის ცხვირისა და ნიკაპის პოზიციონირება ამობურცულ მასასთან მიმართებაში აუმჯობესებს მის დრენაჟს. დახშობილი არხი შეიძლება პროგრესირდეს ადგილობრივ მასტიტად, თუ არ მოხდა დროულად მკურნალობა. მასტიტი მოიცავს ლოკალურ ტკივილს, რასაც თან ერთვის ცხელება, ზოგადი ტკივილი და სისუსტე.

სურათი 10-9 , ყურადღება მიაქციეთ გახეთქილ ადგილებს სარძევე ჯირკვლების თავებზე

სურათი 10-10, წრიული მოძრაობა ეხმარება სარძევე ჯირკვლების თავს რომ ამოიბურცოს , რომ ახალშობილმა შეძლოს მოჭიდება წოვების დროს.

სურათი 10-11, სარძევე ჯირკვლის დამასაჟებისთვის, დედა ათავსებს მის ხელს გულმკერდის საწინააღმდეგოდ , მისი თითები სარძევე ჯირკვლების გარშემოა შემოსაზღვრული. ის ნაზად აცურებს ხელებს წინ სანამ თითები ერთმანეთს არ გადაეჭიდება. ხელების პოზიცია ისე მოძრაობს რომ ფარავს სრულიად სარძევე ჯირკვლის ქსოვილს.დამასაჟება წრიული მოძრაობით თითების ბოლოებით მთლიანი სარძევე ჯირკვლის ქსოვილის ეხამრება ძალიან.

შემთხვევის შესწავლა 10-1	პაციენტის მოვლის გეგმა
შეფასება: ექთანი სახლში ვიზიტით მივა პაციენტთან გაწერიდან 2 დღის შემდეგ. ის აღმოაჩენს, რომ მარინა ძალიან იმედგაცრუებულია. მისი სარძევე ჯირკვლების თავები არის ამოშვერილი, მაგრამ შეწითლებული და მტკივნეული. ბუშტუკები, ნახეთქები ან სისხლდენა არ არის.	კრიტიკული აზროვნება: უნდა გამოიყენოს თუ არა მარინამ ბოთლი შემდეგი კვებისთვის? პასუხი: თუ მარინა გამოტოვებს კვებას, მისი გაჯირჯვება მოიმატებს. ლუკა არ იქნება მზად, რომ იკვებოს ხელახლა 3-4 საათში ფორმულირებული კვების შემდეგ, რაც ზრდის დროს კვებებს შორის.

ლუკა ეჭიდება ძუძუს თავს რამდენიმე მცდელობის შემდეგ. მარინა ამბობს: “ვაპირებ ბოთლიდან დავიწყო შემდეგი კვება, ძალიან მტკივა, ძუძუთი კვება რომ გავაგრძელო.” მარინა ამობობს რომ ის ძუძითი კვებავს დაახლოებით 5 წუთი თითო მხარეს ყოველ ოთხ- ოთხსაათნახევარში ერთხელ. მას ლუკა უჭირავს ზურგით , მენჯები და ფეხები ქვემოთ აქვს. რამდენიმე ყლაპვის ხმა ისმის ძუძუთი კვების დროს.	წოვების ნაკლებობა ამცირებს რძის წარმოქმნას. ჩარევის განხორციელებით, მარინას შეეძლება ძუძუთი კვებოს ნაკლები დისკომფორტით და თავიდან აიცილოს შემდგომი პრობლემები
კრიტიკული აზროვნება: შეაფასეთ წინა პერიოდი და მოჭიდების ქულა, რომელიც შეიძლება გამოვიყენოთ, რათა დავგეგმოთ მარინას და ლუკას მოვლა. პასუხი: მოჭიდების ქულა არის 5. ერთი ქულა ენიჭება მოჭიდებას, ერთი ხმით გადაყლაპვას, ერთი კომფორტს. ორი ქულა ენიჭება სარძევე ჯირკვლების თავების სახეობას. არცერთი ქულა ენიჭება ბავშვის დაკავებას, რადგან არასწორად უჭირავს. სწავლებამიმართული იქნება პრობლემური ადგილების გამოსწორებაზე.	შეფასება: მარინა უვლის მარტინს ვიზიტის დროს და მიყვება ინსტრუქციებს, რომ სწორად დაიჭიროს ის. მოხარულია იმის მოსმენით თუ როგორ უნდა გააკეთოს პრევენცია და უმკურნალოს სარძევე ჯირკვლების თავების ტკივილს. ექთანი განმეორებითი ვიზიტით მიდის 2 დღის შემდეგ, რომ შეამოწმოს მარინას პროგრესი. მარინა ძუძუთი კვებავს ლუკას ყოველ 2-3 საათში ერთხელ დაახლოებით 15 წუთის განმავლობაში თითო მხარეს (დღის განმავლობაში) და ყოველ 4 საათში ღამის განმავლობაში. მას უკავია ლუკა სწორად და განიხილავს მტკივნეული სარძევე ჯირკვლების მიზეზებსა და მოვლას. გაჯირჯვებამ, თავების სიწითლემ და გამკვრივებამ გაიარა. მარინა სიტყვიერად აღწერს მეთოდებს, რომელსაც გამოიყენებს სამომავლო მეთოდების პრევენციისთვის.
დიაგნოზი: კანის ერთიანობის დარღვევა, რომელიც დაკავშირებულია არასწორ პოზიციონირებასადა გაჯირჯვებასთან. მიზანი ან მოსალოდნელი გამოსავალი: მარინა შეძლებს: • მომავალი კვების დროს ბავშვის სწორად დაჭერას; • ვიზიტის ბოლოს აღწეროს თუ როგორ უნდა გაუკეთოს პრევენცია და მკურნალობა მტკივნეულ სარძევე ჯირკვლების თავებს; • აღარ ჰქონდეს სიწითლე სარძევე ჯირკვლების თავებზე ორ დღეში.	
ინტერვენცია და რაციონალიზაცია 1. შესთავაზეთ მარინას დაბანა და თბილი კომპრესიული საფენების გამოყენება (როგორიცაა სუფთა, სველი, ერთჯერადი საფენები) სარძევე ჯირკვლებზე კვებამდე. სითბო დილატირებას უკეთებს სისხლძარღვებს და სარძევე არხებს, უზრუნველყოფს რძის გადმოსვლის რეფლექს და ამსუბუქებს ტკივილს;	

2. შესთავაზეთ მარინას, რომ მიიღოს ტკივილ-გამაყუჩებელი ძუძუთი კვების დაწყებამდე. მასაჟი იწვევს ტკივილის შემსუბუქებას, რომელმაც შეიძლება ხელი შეუშალოს რძის გადმოსვლის რეფლექს.
3. აჩვენეთ კვებამდ სარძევე ჯირკვლის ნაზი მასაჟი. მასაჟი იწვევს ოქსიტოცინის გამო-ყოფას, რაც იწვევს რძის გადმოსვლის რეფ-ლექსს. ახალშობილი იღებს საკმარის რძეს უფრო ჩქარა, ამცირებს დროს, როცა სარძევე ჯირკვალი მტკივნეულია;
4. აჩვენეთ ბავშვის სწორად დაკავება. მაგა-ლითად სარწეველას და გადაჯვარედინებული პოზიციები, მოათავსეთ ლუკა გვერდზე ისე, რომ სახით უყუროს სარძევე ჯირკვლის თავებს, მუცლით მარინაზე მიყრდნობით. თუ ახალშობილმა უნდა მოაბრუნოს თავი კვე-ბისთვის, ის ხელს უშლის ყლაპვას და იწვევს თავების ქაჩვას;
5. შესთავაზეთ მარინას, რომ გამოიყენოს სხვადასხვა პოზიცია კვების დროს. თავებზე სტრესის ცვლილება საშუალებას აძლევს შეხორცდეს მტკივნეული ადგილი;
6. სასურველია მარინამ დაიწყოს კვება ნაკლე-ბად მტკივნეულ მხარეს. რძის გადმოსვლის რეფლექსი ხდება ორივე სარძევე ჯირკვალში ერთდროულად. ძლიერად წოვება მტკივნეულ მხარეს რძის გადმოსვლამდე ზრდის თავების ტრამვას;
7. შეაფასეთ ლუკას პირის პოზიცია ნაზად ქვედა ტუჩის ქვემოთ ჩამოწევით, რომ ნახოთ მისი ენა ფარავს თუ არა ქვედა ღრძილს. თუ ქვედა ტუჩი არის შიგნით ჩაბრუნებული, ნაზად გამოწიეთ ისე, რომ ტუჩი გაიშალოს. შეაფასეთ თავების პოზიცია. ენა ეფარება ქვედა ღრძილს, რომ არ მოხდეს არეოლის კომპრესია. შებრუნებული ქვედა ტუჩი იწვევს ხახუნს თავებსა და არეოლაზე. თუ ტუჩები არის 2-3 სმ-ით დაშორებული თავებს, თავები უნდა იყოს პირის უკან;
8. აუხსენით მარინას, რომ კვებოს ლუკა ყოველ 1.5-3 საათში ერთხელ დღის განმავლობაში და სრული 8-12 კვება დღის განმავლობაში. მან უნდა კვებოს საშუალოდ სულ მცირე 20 წუთი ეფექტური წოვებისთვის ყოველი კვე-ბის დროს. ხშირი კვება აცარიელებს სარძევე ჯირკვალს, იცავს შეგუბებისგან, ასტიმული-რებს რძის წარმოქმნას და ამცირებს მასტი-ტის რისკს. საკმარისი ხანგრძლივობა აძ-ლევს დროს, რომ მოხდეს რძის გადმოსვლის რეფლექსი, რომელიც შეიძლება გადაიწიოს პირველ ჯერზე;

9. ასწავლეთ მარინას, რომ გამოიყენოს თბილი წყლის საფენები ან კოლოსტრუმი მტკივნეულ თავებზე კვების შემდეგ. აუხსენით, რომ მოიხსნას ბუზჰალტერის მისაფარებელი ნაჭერი კვებებს შორის. ყინულის საფენები შეიძლება გამოვიყენოთ სარძევე ჯირკვალზე კვების შემდეგ, რომ თავიდან ავიცილოთ გაჯირჯვება. თბილი წყლის კომპრესები არის დამამშვიდებელი. კოლოსტრუმი შეიცავს ლიზოსიმებს და აქვს სამკურნალო ეფექტი. ჰაერის გაზრდილი ცირკულაცია იწვევს გამოჯანმრთელებას. ყინულის საფენები ეხმარება შეამციროს შეშუპება სარძევე ჯირკვლის ქსოვილის; 10. აუხსენით მარინას, რომ თავი მოარიდოს კრემებს, რომლის მოშორებაც დასჭირდება კვებამდე ან რომელმაც შეიძლება გამოიწვიოს ალერგია. თუ ის იყენებს სარძევე ჯირკვლების საფენებს, შესთავაზეთ, რომ მან გამოიცვალოს ხშირად. აუხსენით თავიდან აიცილოს საპონი სარძევე ჯირკვლის თავებზე. კრემის მოშორება, ალერგია და სველი საფენები ზრდის გაღიზიანებას. გახანგრძლივებულმა შეხებამ სველ საფენებთან შეიძლება გამოიწვიოს ქსოვილის მაცერაცია (ქსოვილის დარბილება ხანგრძლივად სითხის ზემოქმედების დროს). საპონი აშორებს დამცავ ცხიმს თავებიდან.	

დედის დაავადებები

ძალიან იშვიათად ხდება საჭირო, რომ მოხდეს დედის მიერ ძუძუთი კვების შეწყვეტა მისი ავადმყოფობის გამო. ძუძუთი კვება დროებით შეიძლება შეჩერდეს დედის მდგომარეობის ან დედის მიერ მიღებული მედიკამენტების გამო. ამ პერიოდის განმავლობაში, ექთანი უნდა დაეხმაროს დედას ძუძუს სატუმბის გამოყენებაში, თუ მოისურვებს, სანამ ის გააგრძელებს ძუძუთი კვებას. ძუძუთი კვების უცაბედად შეწყვეტამ შეიძლება გამოიწვიოს მასტიტი.

წამლები, რომელიც გადადის დედის რძეში

მედიკამენტების უმეტესობა, რასაც დედა იღებს, გადადის ძუძუს რძეში რაღაც ხარისხით, მაგრამ შეიძლება გადავიდეს მცირე რაოდენობით და იყოს უსაფრთხო ლაქტაციის დროს. ზოგიერთი წამალი ხელს უშლის რძის წარმოქმნას, ამიტომ ორივე, რეცეპტით და ურეცეპტო წამლების მიღება უნდა მოხდეს მხოლოდ ექიმის დანიშნულების მიხედვით. შეიძლება ერთი წამლის ჩანაცვლება მოხდეს მეორეთი, რასაც უარყოფითი ეფექტი ექნება ახალშობილზე, მას უნდა შეეძლოს სარძევე ჯირკვლის გამოტუმბვა მედიკამენტის მიღების განმავლობაში. როგორც კი მედიკამენტისგან გათავისუფლდება სისხლის მიმოქცევა, მას შეუძლია განაახლოს ძუძუთი კვება . ზოგიერთმა მედიკამეტმა შეიძლება ვერ მიაღწიოს იმ რაოდენობით, რომ გამოიწვიოს ახალშობილის ზიანი, თუ მიიღებენ კვების შემდეგ ან ღამის განმავლობაში, როცა უფრო ხანგრძლივი პერიოდია კვებებს შორის.

მდგომარეობები, რომლის დროსაც ძუძუთი კვებისგან თავი უნდა შეიკავოთ

ზოგიერთ სიტუაციაში, როგორიცაა დედის სერიოზული დაავადებები, რომელიც შეიძლება გადავიდეს ახალშობილში, ძუძუთი კვება უკუჩვენებაა. ქალები, რომლებიც იღებენ მეტადონს

ან ბუპრენორფინს ოპიატებზე ადიქციის დროს, შეუძლიათ ძუძუთი კვებონ, რადგან მხოლოდ მინიმალური რაოდენობის წამალი გადადის დედის რძეში. სხვა ნარკოტიკულ საშუალებებზე ადიქციის, უმკურნალებელი ტუბერკულიოზის, ადამიანის იმუნოდეფიციტური ვირუსის (HIV) ინფექციის, გალაქტოზემიისა და დედის ქიმიოთერაპიის დროს ძუძუთი კვება არ არის სასურველი.

დედებს, რომელთაც აქვთ ჰეპატიტი A, B და C, შეუძლიათ ძუძუთი კვება. ახალშობილებს, ვის დედებსაც აქვთ ჰეპატიტი B, უნდა გავუკეთოთ ჰეპატიტი B ვაქცინა და იმუნოგლობულინები. ჰერპეს სიმპლექსი არ არის ძუძუთი კვებისთვის დაბრკოლება, თუ დედას არ აქვს აქტიური უბანი სარძევე ჯირკვალზე და ახდენს საფუძვლიანად ხელების დაბანას. ქალი, რომელიც თამბაქოს მოიხმარს, შეუძლია გააგრძელოსთამბაქოს მოხმარება, მაგრამ უნდა შეწყვიტოს მოწევა თუ შესაძლებელია ან არ მოწიოს ახალშობილთან სიახლოვეს.

მეძუძურმა დედებმა უნდა იცოდნენ	
მეძუძური დედების ხშირი პრობლემების გადაწყვეტა	
პრობლემა: მძინარე ახალშობილი ახალშობილი არის მძინარე კვების დროს ან ეძინება მალევე კვების დაწყებიდან. პრევენცია: • ყურადღებით იყავით ნიშნებზე, თქვენი ბავშვი მზად არის თუ არა რომ გაიღვიძოს, როგორიცაა თვალების მოძრაობა დახურული ქუთუთოების ქვეშ, სახის მცირე შეკრთომები, წოვების მოძრაობები, გაჭიმვა და მთელი სხეულის გაზრდილი მოძრაობები; • ნაზად გააღვიძეთ თქვენი ბავშვი, როცა ამ ნიშნებს შეამჩნევთ. ესაუბრეთ, ნაზად, ამოძრავეთ ახალშობილის ხელები და ფეხები და კვების დაწყებამდე ეთამაშეთ ახალშობილს მცირე დროით; • გახსენით ახალშობილის პლედი და გამოუცვალეთ საფენი. ახალშობილის შეხვევა მჭიდროდ პლედებით არის დამამშვიდებელი და ხშირად ეხმარება ჩაძინებაში. პლედი და ტანსაცმელი მოაშორეთ კვების დაწყების დროს, რომ მოახდინოთ კანი-კანთან კონტაქტი თქვენს გულმკერდზე. თქვენი სხეული და პლედი, რომელიც ფარავს თქვენ და თქვენ ბავშვს, უზრუნველყოფს საკმარის სითბოს.	პრობლემა: მოჭიდების პრობლემები ახალშობილი წოვს სარძევე ჯირკვლების თავებს ან ვერ ახერხებს, რომ გააღოს პირი საკმარისად ფართოდ. პრევენცია არ ჩაუდოთ სარძევე ჯირკვალი ახალშობილს პირში, სანამ ახალშობილი საკმარისად კარგად არ გააღებს პირს და არ ექნება ენა ქვემოთ და წინ. შემდეგ ჩაუდეთ სარძევე ჯირკვალი პირში. ჩამოსწიეთ ნაზად ახალშობილის ნიკაპი, რომ დაეხმაროთ პირი გააღოს ფართოდ, საჭიროებისამებრ. დარწმუნდით, რომ თავები არის პირის უკან 2-3 სმ არეიოლათი პირში. გადაწყვეტილება შეწყვიტეთ კვება და დაიწყეთ თავიდან, თუ ახალშობილი წოვს თავების დაბოლოვებებს, თქვენ ნახავთ ჩაჩხვლეტილ ლოყებს ან გაიგონებთ ყლაპვის ხმებს. ყბების მოკლე, ცვალებადი მოძრაობა ნიშნავს, რომ ახალშობილმა უნდა დაიძინოს ან დაასრულა კვება. თუ თვლით, რომ ახალშობილმა უნდა იკვებოს უფრო ხანგრძლივად, გააღვიძეთ ახალშობილი და დაიწყეთ თავიდან.

გამოსავალი თუ თქვენ ბავშვს ჩაეძინება კვების დროს და 5 წუთზე ნაკლებია გასული კვების დაწყებიდან სცადეთ შემდეგი: • დაზილეთ ახალშობილის თმა ან ლოყები ნაზად, შეეხეთ პირის გარშემო ან შეცვალეთ ბავშვის პოზიცია ცოტათი, რომ ნახოთ თუ გამოფხიზლდება; • მოაშორეთ ახალშობილი სარძევე ჯირკვალს. ხელი მოუსვით ახალშობილის ზურგს, რომ ჰაერის ბუშტუკები ამოვიდეს პირიდან, რამაც შეიძლება გამოიწვიოს კუჭის სისავსე. ზურგზე ხელის გადასმა ასევე ასტიმულირებს ცენტრალურ ნერვულ სისტემას და აფხიზლებს ბავშვს; • გამოუცვალეთ საფენი; • გახადეთ ბავშვს (საფენის გარდა) და მოათავსეთ ბავშვი ისე, რომ თქვენ კანს ეხებოდეს (თუ არ გაგიგეკეთებიათ ეს ადრე); • გამოწურეთ ხსენის რამდენიმე წვეთი და წაუსვით თავებს. ბავშვი ხსენის გასინჯვის შემდეგ დაიწყებს წოვას; • გაუსუფთავეთ ბავშვს სახე წყლიანი საფენით, რაც გამოაფხიზლებს მას; • თუ თქვენი ბავშვი არ გამოფხიზლდება ამ ნაზი მეთოდებით, შესაძლებელია რომ ძილი გააგრძელოს ხანგრძლივად. საშუალება მიეცით დაიძინოს მომდევნო ნახევარი საათი, შემდეგ დაიწყეთ თავიდან. დააკვირდით ნიშნებს როდის არის ბავშვი ძილის ადრეულ ფაზაში და ეცადეთ გააღვიძოთ.	პრობლემა: გაჯირჯვება დედის სარძევე ჯირკვლები არის მკვრივი და შესიებული გაჯირჯვებისგან პრევენცია ძუძუთი კვებეთ ახალშობილი ყოველ 2-3 საათში ერთხელ დღე და ღამე. არ კვებოთ ბოთლით დღისა და ღამის განმავლობაში, რადგან ეს ზრდის გაჯირჯვების რისკს. 4 საათით კვებებს შორის მოცდამ შეიძლება გაზარდოს გაჯირჯვების რისკი, მაგრამ ხშირი ძუძუთი კვება ხშირად ამის პრევენციას აკეთებს.
პრობლემა: სარძევე ჯირკვლების თავების მიმართ დაბნეულობა. ახალშობილი, რომელიც ბოთლით კვებაზეა, უკუაგდებს თავებს პირიდან და წოვს ცუდად ძუძუთი კვების დროს. ახალშობილი დაბნეულია თუ როგორ მოწოვოს სარძევე ჯირკვლიდან და იყენებს წოვების მოძრაობებს, რომელსაც ის ბოთლიდან წოვების დროს იყენებს. პრევენცია • თავი აარიდეთ ბოთლებს და საწოვარებს, სანამ აუცილებლად მნიშვნელოვანი არ არის;	გადაწყვეტილება • შეშუპებისა და ტკივილის შესამცირებლად, გამოიყენეთ ცივი საფენები სარძევე ჯირკვლებზე კვებებს შორის. გამოიყენეთ ნაყიდი ცივი საფენები ან თავად გააკეთეთ ცივი საფენები გაყინული პირსახოციდან, გაყინული ბოსტნეულის შეკვრისგან ან პლასტიკური ჩანთებით სავსე დამსხვრეული ყინულებით. ცივ შეკვრებს გადააფარეთ ტანსაცმელი, სანამ კანზე დაადებთ;

- არ კვებოთ ფორმულირებული საკვებით ღამის განმავლობაში. დამატებითი ძილი არ ღირს იმათ, რომ მერე კვებას შეექმნას პრობლემები;
- თავი აარიდეთ ფორმულირებული საკვების მიცემას ძუძუთი კვებამდე ან მის მერე, რადგან ეს არ არის აუცილებელი ჯანსაღი ახალშობილისთვის. ამან შეიძლება გამოიწვიოს ახალშობილის კუჭის გადაჭიმვა და ამოქარვება. ფორმულირებული საკვების დამატება გამოიწვევს ახალშობილის მიერ ძუძუთი კვების უფრო გვიან დაწყებას, რაც გამოიწვევს რძის წარმოქმნის შემცირებას.

პრობლემის გადაწყვეტა

შეწყვიტეთ ბოთლიდან კვება და საწოვარას გამოყენება, რაც გამოიწვევს ახალშობილის შეჩვევას, რომ მოწოვოს სარძევე ჯირკვლიდან ბოთლის ნაცვლად. კვებეთ უფრო ხშირად, რომ სტიმულაცია გაუკეთოთ რძის წარმოქმნას და დაეხმარეთ ბავშვს, რომ ისწავლოს რა გააკეთოს.

- ზოგიერთი ქალი თვლის, რომ გაციებული კომბოსტოს ფენები ეხმარებათ. ამის შესახებ კვლევებს აქვს სხვადასხვა შედეგი;
- კვებამდე გამოიყენეთ თბილი პირსახოცი ან თბილ წყალში დასველებული ერთჯერადი საფენები. დააფინეთ საფენები სარძევე ჯირკვლებზე და დამაგრეთ ადგილზე, რომ არ ჩამოსრიალდეს. ან მიიღეთ თბილი დუში, რომ სითბომ სტიმულაცია გაუკეთოს რძის გადმოსვლას;
- დაამასაჟეთ სარძევე ჯირკვლები კვებამდე და კვების შემდეგ, რომ მოახდინოთ რძის გადმოსვლის რეფლექსის სტიმულაცია. ასე ბავშვი მარტივად შეძლებს კვებას. სარძევე ჯირკვლის დამასაჟება დუშში იწვევს კომფორტს და ეხმარება კვებაში.
- თუ არეოლა არის გაჯირჯვებული და მკვრივი, რთულია ბავშვი მოეჭიდოს მას, გამოყავით ცოტაოდენი რძე ხელით ან სარძევე ჯირკვლის სატუმბით ან გამოიყენეთ ნაზად დაწოლა არეოლაზე, რომ შესიება ცოტა გადავიდეს უკან და არეოლა დარბილდეს. ამის შემდეგ, ბავშვი შეძლებს მოჭიდებას. როგორც კი არეოლა არის რბილი, დაიწყეთ კვება თავიდან;
- კვებეთ უფრო ხშირად, როგორიცაა ყოველ 1.5- 2 საათში კვება;
- დღისით და ღამით კომფორტისთვის ატარეთ კარგად დამჭერი ბიუსჰალტერი, რათა დაფიქსირდეს ძუძუ;
- გამოიყენეთ ექიმის დანიშნული მედიკამენტი ტკივილის გაყუჩებისთვის კვებამდე, რომ მეტად კომფორტულად იგრძნოთ თავი.

პრობლემა: მტკივნეული სარძევე ჯირკვლების თავები

თავები არის მტკივნეული და შეიძლება იყოს დახეთქილი, ბუშტუკებით ან სისხლმდენი

პრევენცია

- მოათავსეთ ბავშვი სარძევე ჯირკვალთან ისე, რომ შეძლოს არეოლას პირში ჩადება, არ მოხდეს არეოლას კომპრესია ბავშვის ღრძილებს შორის ძუძუთი კვების დროს

მეძუძურმა დედებმა უნდა იცოდნენ	გაგრძელება
• ხშირი ძუძუთი კვების დროს, გაჯირჯვება თავიდან რომ აიცილოთ, გამოწველეთ საკმარისი რძე, რათა დაარბილოთ არეოლა თუ გაჯირჯვება არეოლას ხდის მკვრივს, რომ ახალშობილი მარტივად მოეჭიდოს; • ცვალეთ ახალშობილის პოზიცია, რომ შეიცვალოს ზეწოლა სარძევე ჯირკვლების თავებზე; • არ გამოიყენოთ საპონი თავებზე, რადგან ის აცლის დამცავ ცხიმს და იწვევს გამოშრობას; • თუ გამოიყენებთ სარძევე ჯირკვლების საფენებს რძის ჟონვის დროს, მოაშორეთ როცა სრულად დასველდება, რათა თავიდან აიცილოთ კანის გალიზიანება. თავიდან აიცილეთ პლასტიკური საფენები, რომელიც იკავებს სინოტივეს. გამოიყენეთ ხელსახოცი ან ბამბის ქსოვილის ნაჭრები, ნაკლებხარჯიანი, გარეცხვადი, ვიდრე ნაყიდი სარძევე საფენები.	• სარძევე ჯირკვლის კრემმა შეიძლება გამოიწვიოს ზედმეტი მგრძნობელობა და გალიზიანება. გამოიყენეთ კრემი, რომელიც სპეციალურად განკუთვნილია მეძუძური დედებისთვის. კრემმა, რომელიც უნდა მოაცილოთ თითოეულ კვებამდე, შეიძლება გაზარდოს ტკივილი; • გამოიყენეთ ხსენი ან ძუძუს რძე სარძევე ჯირკვლების თავებზე წასასმელად კვების შემდეგ, რადგან მას შეიძლება ჰქონდეს სამკურნალო ეფექტი; • მოახდინეთ სარძევე ჯირკვლის თავების ჰაერზე ექსპოზიცია კვებებს შორის; • თუ გაქვთ წვის, ქავილის ან გამჭოლი ტკივილი სარძევე ჯირკვალზე, დააკვირდით ბავშვის პირში თუ არის თეთრი ნადები - ეს შეიძლება იყოს კანდიდოზური ინფექცია, რომელმაც შეიძლება ინფიცირება მოახდინოს თავების. დაუძახეთ მზრუნველ პირს მედიკამენტის მისაღებად; • მიიღეთ დანიშნული ტკივილგამაყუჩებელი კვებამდე, რომ შეძლოთ მოდუნება.
გადაწყვეტა • თბილი კომპრესიების გამოყენება კვებამდე იწვევს რძის დინებას მეტად აჩქარრებულად; გამოიყენეთ კვებებს შორის, რომ დაარბილოთ სარძევე ჯირკვლების თავები; • გამოწველეთ მცირე რაოდენობით რძე კვებამდე, რომ დაიწყოთ რძის გადმოსვლის რეფლექსი; • დაიწყეთ ყოველი კვება თავიდან ნაკლებ მტკივნეული სარძევე ჯირკვლიდან. მშიერი ახალშობილი როცა იკვებება თავიდან უფრო ძლიერად წოვს, რაც შეიძლება მტკივნეული იყოს. როცა იწყება რძის გადმოსვლის რეფლექსი, ეს იწვევს მეორე სარძევე ჯირკვლიდან რძის გადმოსვლას;	პრევენცია არ არსებობს გადაწყვეტა • ზოგიერთ ქალს ბიუსჰალტერში სარძევე ჯირკვლის თავებზე უკეთია დამცავი, რაც ეხმარება თავებს, რომ გამოიწიოს; • კვების დაწყებამდე, წრიული მოძრაობით თავებს შეეხეთ ცერა და საჩვენებელი თითით, რომ დაეხმაროთ გამოწევაში; • გამოიყენეთ სარძევე ჯირკვლების სატუმბი კვებამდე რამდენიმე წუთით ადრე. მოათავსეთ ბავშვი თქვენს სარძევე ჯირკვალზე დაუყოვნებლივ სატუმბის გამოყენების შემდეგ. ნორმალური წოვების პროცესი ხშირად იწვევს თავების ამოზნექას;

• დაამასაჟეთ სარძევე ჯირკვლები, როცა ახალშობილი ჩერდება წოვის დროს, თავები არის გასწორებული ცხვირთან და ნიკაპი არის ყველაზე მეტად ზეწოლის ქვეშ კვების დროს; • სარძევე ჯირკვლის დამცავი (ხელოვნური თავები, რომელიც ერგება სარძევე ჯირკვლის თავებს) შეიძლება სასარგებლო იყოს ზოგიერთ სიტუაციაში. ლაქტაციის კონსულტანტი უნდა დაგეხმაროთ თუ როგორ გამოიყენოთ ის.	• სარძევე ჯირკვლების დამცავი შეიძლება გამოვიყენოთ მცირე დროით, ლაქტაციის კონსულტანტის დახმარებასთან ერთად, რომ ახალშობილი მოეჭიდოს ჩაბრუნებულ სარძევე ჯირკვლებს.

სარძევე ჯირკვლის ოპერაცია წარსულში

ქალებს, ვისაც ჰქონდათ ქირურგიული ოპერაცია სარძევე ჯირკვლის რედუქციის, აუგმენტაციის ან სხვა მდგომარეობების გამო შეიძლება სიძნელეები ჰქონდეთ ლაქტაციასთან დაკავშირებით. ძუძუს თავებისკენ რძის წარმოქმნისა და გადაცემის შესაძლებლობა დამოკიდებულია თუ რა მეთოდი იყო გამოყენებული და რა რაოდენობით ქსოვილი იყო ჩართული. ქირურგიულმა ოპერაციამ შეიძლება დააზიანოს ნერვული გზები, არხები და სისხლის მომარაგება. ზოგიერთ ქალს შეუძლია უპრობლემოდ ძუძუთი კვება ქირურგიული ჩარევის მიუხედავად. სირთულეების შემთხვევაში შესაძლოა გამოყენებული იყოს სპეციალური მოწყობილობა.

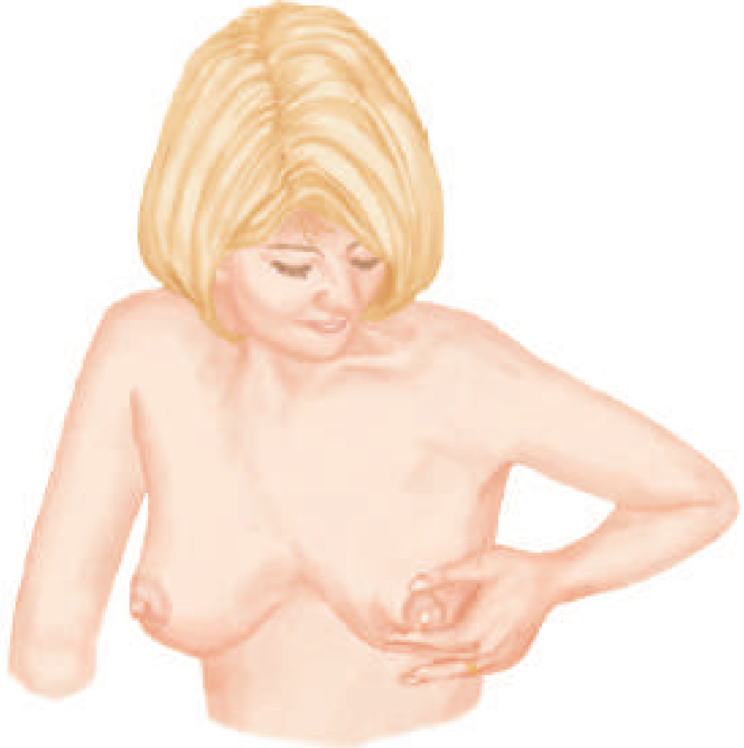
ქალებს ძუძუს თავებზე პირსინგით, არ უნდა ჰქონდეთ სიძნელეები ძუძუთი კვები დროს. მათ უნდა მოიშორონ სამკაულები ახალშობილის კვებამდე. რძე შეიძლება გადმოვიდეს პირსინგის ხვრელიდან, მაგრამ ეს არ უნდა იყოს პრობლემა.

სამსახური

მიუხედავად იმისა, რომ ზოგიერთი ქალი რჩება სახლში 6 ან მეტი კვირა მშობიარობიდან, ზოგერთ ქალს უფრო ადრე უწევს დაბრუნება სამსახურში. ადრეული პერიოდიდან დაგეგმვით, ძუძუთი კვების შეთავსება სამსახურთან შეიძლება გონივრულად შეთანხმდეს. ძუძუთი კვების კლასები და მხადამჭერი ჯგუფები ხშირად არის სასარგებლო პრაქტიკული რჩევებისთვის თუ როგორ შევათავსოთ მუშაობა ძუძუთი კვებასთან.

დედებს დასჭირდებათ ძუძუს საწველის შეძენა. ერთი ან ორი კვირით ადრე სამსახურში დაბრუნებამდე, დედამ პრაქტიკულად უნდა გააკეთოს საკუთარი სარძევე ჯირკვლიდან გამოტუმბვა და შექმნას მცირე მარაგი გაყინული რძის სახით. ბოთლიდან ძუძუს რძის მიღების ადრეული პრაქტიკა, ეჭვებისა და შიშების წარმოქმნას უშლის ხელს. ახალშობილის ბოთლით კვება სამსახურში დაბრუნებამდე 2 კვირით ადრე გარდამავალ პერიოდს გახდის უფრო მშვიდს.

მომუშავე დედების უმეტესობა იყენებს გამოსატუმბს ორჯერ ან სამჯერ დღეში სადილის ან შესვენების დროს. ზოგიერთი დედა იტუმბავს მხოლოდ მცირე დროით (5 წუთით) შესვენების დროს, რომ მოეხსნას ძუძუს გაჯირჯვება და შემდეგ უფრო ხანგრძლივად იტუმბავს. ქალს სჭირდება, სუფთა, დაცული ადგილი, რომ გამოიტუმბოს. რძის გამოტუმბვა არ უნდა მოხდეს ისეთ ადგილებში, როგორიცაა საპირფარეშო ოთახი, ასევე ეს ადგილი დაცული უნდა იყოს მაყურებლებისგან და პირადი სივრცის დარღვევისგან.



სურათი 10- 12, სარძევე ჯირკვლიდან რძე რომ გამოვწველოთ, დედა ათავსებს მის ხელს ზუსტად არეოლას უკან , ცერა თითით ზემოთ და დანარჩენი თითებით ქვემოდან იკავებს სარძევე ჯირკვალს. ქსოვილზე დაწოლა ხდება გულმკერდის საწინააღმდეგოდ, შემდეგ თითებს და ცერა თითს აახლოვებს ერთმანეთთან და სარძევე ჯირკვლის თავისკენ მიმართულებით. ეს იწვევს არხებზე დაწოლას და რძის გამოყოფას. ეს მოძრაობა შეორდება რომ გაიზარდოს ახალშობილის მიერ რძის წოვების ხელშეწყობა. ხელების მოძრაობა არეოლას გარშემო საშუალებას აძლევს კომპრესია გაუკეთოს და გაზარდოს რძის გამოყოფა.დაწოლა უნდა იყოს ნაზი რომ თავიდან ავიცილოთ ტრამვა. სითბოს და მასაჟის გამოყენება ზრდის რძის დინებას.

რძის შენახვა უნდა მოხდეს მაცივარში ან მოთავსდეს დახურული ყინულის კონტეინერში, რათა მოხდეს მისი გამოყენება მეორე დღეს აღმზრდელის მიერ ახალშობილის კვებისთვის. ძუძუთი კვება სამსახურში წასვლამდე და ასევე სახლში დაბრუნებისთანავე ამცირებს მინიმუმადე დროს კვებებს შორის. ხშირი ძუძუთი კვება მთელი საღამოს განმავლობაში და ასევე შაბათ-კვირას ეხმარება მას რძის მარაგის შენარჩუნებაში.

ზოგიერთ დედას ურჩევნია გამოიყენოს ფორმულა როცა სამსახურშია, მაგრამ ძუძუთი კვებოს სახლში ყოფნის დროს. ამისთვის, ახალშობილი უნდა მოამზადონ თანდათანობით, კვების გამოტოვებით იმ საათებში, რომელსაც დედა სამსახურში ატარებს და ჩაუნაცვლონ ბოთლით. მიუხედავად იმისა, რომ რძის სრული მარაგი შემცირებულია, ძუძუთი კვების გაგრძელება შეიძლება მოხდეს დილისა და საღამო საათების განმავლობაში.

რძის გამოწველა და შენახვა

როცა რძის გამოწველაა საჭირო, ექთანი ეხმარება დედას, რომ ხელით გამოიწველოს (სურათი 10 -12) ან გამოიყენოს ძუძუს გამოსატუმბი (სურათი 10 -13).

ხელით გამოწველა

ხელით გამოწველა შეიძლება განხორციელდეს სხვა მოწყობილობის გარეშე, თუმცა ისეთი ეფექტური არ არის, როგორც ძუძუს გამოსატუმბით. ხელით გამოწველა ან ხელის ტუმბო სასარგებლოა დედებისთვის, ვისაც უნდათ, რომ ხანდახან რძე შეინახონ მომდევნო კვებისთვის ან ვისი არეოლებიც არის გაჯირჯვებული, იმდენად რომ ახალშობილს არ შეუძლია მოჭიდება.

ძუძუს სატუმბის გამოყენება

დედა, რომელიც გეგმავს საკუთარი რძის ტუმბვას, ხანგრძლივი პერიოდის განმავლობაში, უნდა გამოიყენოს ძუძუს ელექტრო ტუმბო. სატუმბი ელემენტებზე არის პატარა, პორტატული და შედარებით იაფი მცირე დროის გამოყენებისთვის. ორმაგი გამოსაწველი ეხმარება დედას გამოტუმბოს ერთდროულად, დაზოგოს დრო და გაზარდოს რძის წარმოქმნა.

სურათი 10-13 , ექთანი ეხმარება დედას გამოიყენოს ელექტრონული გამოსატუმბი.

ძუძუს გამოსატუმბის გამოყენება უნდა მოხდეს რაც შეიძლება მალე მშობიარობიდან იმ ქალებში, ვისაც არ შეუძლია ძუძუთი კვება. მან უნდა გამოიტუმბოს ძუძუები იმდენჯერ რამდენჯერაც ახალშობილს დაჭირდება კვება ან ყველაზე მცირე 8-ჯერ დღის განმავლობაში, თუ დედა გეგმავს, რომ ძუძუთი კვებოს ხანგრძლივი პერიოდის განმავლობაში. თითოეული მცდელობა უნდა გრძელდებოდეს 15- 20 წუთი.

დედამ უნდა დაიბანოს ხელები ტუმბოს გამოყენებამდე და ასევე გამოტუმბული რძის შესანახად, მომზადებამდე ან კვებამდე. ძუძუს მასაჟი და თბილი საფენები გამოტუმბვამდე ეხმარება რძის დინების დაწყებას. ძუძუს მასაჟი გამოტუმბვის დროს ზრდის რძის მოცულობას. გამოტუმბვა დილის კვებამდე ან მის შემდეგ გვაძლევს ყველაზე დიდი რაოდენობით რძეს. გამოტუმბვის დროს მოდუნებამ შეიძლება გაზარდოს მოცულობა, მაგრამ დაძაბულობამ და დისკომფორტმა შეიძლება შეამციროს გამოყოფა. დედამ უნდა დაგეგმოს საკმარისი დრო გამოსატუმბად, რომ არ იჩქაროს, რაც გაზრდის დაძაბულობას და შეამცირებს გამოყოფას.

ძუძუს დატენიანება ტუმბოს გამოყენებამდე აუმჯობესებს გამოწოვას. გამოწველის სიჩქარე უნდა დაყენდეს დაბალ დონეზე და გაიზარდოს თანდათანობით, საჭიროებისამებრ. ზედმეტი ნეგატიური წნევა ტრამვას მიაყენებს სარძევე ჯირკვალს. თუ ქალს სურს გაზარდოს რძის მარაგი, ყველაზე ეფექტურია უფრო ხშირად გამოიტუმბვა, ვიდრე უფრო ხანგრძლივი დროით. ტუმბო უნდა გაიწმინოდს მწარმოებლის ინსტრუქციის მიხედვით თითოეული გამოყენების შემდეგ.

რძის მარაგი

რძის შენახვა უნდა მოხდეს სუფთა (სტერილურ) ჭურჭელში ან რიგიდულ პოლიპროპილენის კონტეინერში მჭიდრო სახურავით. ძუძუს თავის მსგავსი სახურავის კონტეინერის დასაფარად და შენახვის მიზნით არ უნდა მოხდეს გამოყენება, რადგან ნახვრეტი ზრდის მიკრობული ორგანიზმების გადასვლას, რაც დააბინძურებს რძეს.

ახალი, მაცივრის გარეშე ძუძუს რძე უნდა გამოვიყენოთ ზოგადად 3-4 საათში გამოტუმბვიდან. დასაშვებია მისი გამოყენება 6-8 საათი, სუფთა გარემოში. ჩვეულებრივ სიტუაციაში მისი

შენახვა უნდა მოხდეს მაცივარში 4^0 C-ზე ან უფრო ნაკლებზე 72 საათის განმავლობაში ან 5-8 დღე ძალიან სუფთა სიტუაციაში. რძე, რომელიც მაცივარშია და არა საყინულეში გამოყენება უპირატესად, რადგან ლეიკოციტები გამოსადეგია ახალშობილისთვის.

თუ რძე იყინება, უნდა მოთავსდეს საყინულის უკანა ნაწილში და შეინახოს -17^0 C-ზე ან უფრო დაბალ ტემპერატურაზე. მისი გამოყენება ოპტიმალურად შეიძლება 6 თვის განმავლობაში, ასევე 12 თვის განმავლობაში გამოყენებაც მისაღებია. რძის გაყინვა უნდა მოხდეს იმ რაოდენობის ულუფებად, რაც სავარაუდოდ ერთი კვებისთვის იქნება საკმარისი. კონტეინერი უნდა იყოს აღნიშნული რიცხვით და თუ როდის მოხდა ბოლო გამოყენება. ახალი გამოწველილი რძის დამატება არ უნდა მოხდეს ადრე გამოწველილის კონტეინერში.

ძუძუს რძის გადნობა და გათბობა უნდა მოხდეს კონტეინერის გამდინარე წყლის ქვეშ. გრილი წყლის გამოყენება უნდა მოხდეს პირველად რათა გადნეს რძე, შემდეგ უნდა გათბეს გამდინარე თბილი წყლის ქვეშ ან თბილ წყლიან ჭურჭელში ჩადებით. მისი გადნობა შეიძლება მოხდეს მაცივარში და მისი გამოყენება შესაძლებელი იქნება 24 საათის განმავლობაში; მისი ხელახლა გაყინვა არ შეიძლება.

რძის გაცხელება არ უნდა მოხდეს მიკროტალღულ ღუმელში არათანაბარი სითბოს მიკროტალღების გამო. ახალშობილმა შეიძლება მიიღოს დამწვრობა, რადგან კონტეინერი იყოს გრილი და რძეს ჰქონდეს ცხელი ადგილები. გამდნარი რძის ნაზად გადმობრუნება უნდა მოხდეს ისე, რომ შეერიოს ხსენი და ბოლო რძე. რძე, რომელიც დარჩება კვების შემდეგ, დედამ უნდა გადააგდოს ერთი საათის განმავლობაში.

ძუძუთი კვება მრავლობითი მშობიარობის დროს

დედებს, რომლებსაც ჰყავთ ერთზე მეტი ახალშობილი, ბევრი კითხვა აქვთ ძუძუთი კვების შესახებ და სჭირდებათ დახმარება, ექთნებისა და ოჯახის წევრებისგან გვერდში დგომა წარმატებული ძუძუთი კვებისთვის. აუხსენით დედას, რომ მათი რძის მარაგი შეესაბამება მოთხოვნას და მას შეუძლია საკმარისი რძის წარმოქმნა თავისი ახალშობილისთვის. მნიშვნელოვანია, ძუძუთი კვება ყოველ 2-3 საათში ერთხელ, რათა ჩამოყალიბდეს რძის სტაბილური მიწოდება. თუ ახალშობილს თავიდან არ შეეძლება ძუძუთი კვება, ქალს შეიძლება ძუძუს გამოსატუმბით დახმარება დასჭირდეს.

თუ ქალი გადაწყვეტს, რომ ორივე ახალშობილი კვებოს ერთდროულად, ექთანი უნდა დაეხმაროს მათ პოზიციონირებაში ფეხბურთის (ჩაჭიდების) დაჭერით, სარწეველას (აკვანის) მეთოდით დაჭერით ან ორივეს კომბინაციით. უნდა მოხდეს მისი გამხნევება, რომ კარგად იკვებოს, საკმარისად დაისვენოს და ოჯახისა და მეგობრებისგან დახმარება ითხოვოს.

ძუძუთი კვების შეწყვეტა

დედები ხშირად ხდებიან აზრებისა და ზეწოლის სუბიექტები ოჯახისა და მეგობრებისგან. არ არსებობს “სწორი“ დრო თუ როდის უნდა მოხდეს ახალშობილის ძუძუთი კვების შეწყვეტა. AAP გვირჩევს, რომ დედამ ჩვილი ექსკლუზიურად ძუძუთი კვებოს სულ მცირე 6 თვე, ხოლო დამატებით საკვებთან ერთად ძუძუთი კვება გავაგრძელოთ 1 წელი ან უფრო ხანგრძლივად. დედები ძუძუთი კვებას ატოვებინებენ ახალშობილებს სხვადასხვა მიზეზის გამო. ექთანმა უნდა მიაწოდოს დედას ინფორმაცია ისე, რომ ქალმა მიიღოს ინფორმირებული გადაწყვეტილება ძუძუთი კვების დანებებასთან დაკავშირებით და მხარდაჭერა უნდა გამოუცხადოს ექთანმა დედას, როცა გადაწყვეტილება უკვე მიღებულია. იმის ახსნა, რომ მცირე დროის განმავლობაშიც კი ძუძუთი კვება ბევრი სარგებლის მომტანია, დედისთვის მნიშვნელოვანი სამოტივაციო ფაქტორია.

დედებს შეიძლება დასჭირდეთ ძუძუთი კვების შეწყვეტასთან დაკავშირებული რჩევები, რაც დაეხმარებათ თავიდან აიცილონ გაჯირჯვება, რაც ახალშობილებს საშუალებას მისცემს მიეჩვიონ ბოთლს ან ჭიქას თანდათანობით. ერთი ძუძუთი კვების გამოტოვება დღეში და რამდენიმე დღე ან კვირა მოცდა კიდევ ერთის გამოტოვებამდე შესაძლებლობას მისცემს ახალშობილსა და დედას, რომ უფრო ადვილად შეეგუონ ცვლილებას. ძუძუთი კვების სწრაფად შეწყვეტა იწვევს დახშულ არხებს ან მასტიტს. ახალშობილებს, რომლებიც ძუძუთი კვებას თავს ანებებნ 12 თვის ასაკამდე, უნდა დაუმატონ რკინით გამდიდრებული ფორმულა ძროხის რძის მაგივრად.

სახლში მოვლა

ბევრი ახალშობილი საკმარისად კარგად არ იკვებება სამშობიარო დაწესებულებიდან გაწერის დროისთვის, რაც რისკის ქვეშ აყენებს მათ წონაში მატებას და ზრდის დეჰიდრაციისა და ჰიპერბილირუბინემიის შანსს. ძუძუს გაჯირჯვება და ძუძუს თავების ტკივილის პრობლემები მეტად მოსალოდნელია გაწერის შემდეგ. ამ ოჯახებს სჭირდებად გვერდში დგომა ექთნების მიერ სახლში, კლინიკასა და ოფისში ვიზიტის დროს (სურათი 10-14). ახალშობილების ნახვა უნდა მოხდეს ექიმის ან სხვა სამედიცინო მომსახურე პერსონალის მიერ დაბადებიდან 3-5 დღის განმაობაში

მეძუძურმა დედებმა უნდა იცოდნენ	
ძუძუთი კვება ერთზე მეტი ბავშვის გაჩენის შემდეგ	
საკმარისი რძის წარმოქმნის შეფასება რადგან რძის რაოდენობის წარმოქმნა დამოკიდებულია ძუძუს წოვების სიხშირიზე, დედებმა შეიძლება წარმოქმნან რძე, რომელიც საკმარისი იქნება ერთზე მეტი ახალშობილისთვის. ხშირი ძუძუთი კვება (ყოველ 2-3 საათში) ეხმარება რძის წარმოქმნას. რძის წარმოქმნა შეიძლება იყოს მეტად სტიმულირებული, თუ ცვლით სარძევე ჯირკვალს თითოეული ახალშობილისთვის, განსაკუთრებით თუ ერთი ახალშობილი კარგად ვერ წოვს. **სარძევე ჯირკვლის გამოსატუმბის გამოყენება** თუ თქვენი ახალშობილი მზად არ არის ძუძუთი კვებისთვის, გამოიყენეთ სარძევე ჯირკვლის სატუმბი, რათა მოხდეს რძის წარმოქმნა, სანამ მზად იქნება ახალშობილი რომ ძუძუთი იკვებოს. გამოიყენეთ სატუმბი ყოველი 15-20 წუთის განმავლობაში სულ მცირე 8-12 მცდელობა დღიურად. გამოიყენეთ ორმაგი სატუმბი, რომ შეამციროთ დრო, რაც იხარჯება გამოტუმბვაში და ამავდროულად გაზარდოთ რძის წარმოქმნა.	**ახალშობილების პოზიცია ერთდროულად ძუძუთი კვების დროს** გამოიყენეთ სხვადასხვა პოზიცია ძუძუთი კვების დროს ორივე ახალშობილისთვის ერთდროულად. მოათავსეთ ბალიშები ორივე ახალშობილის ქვეშ, რომ ასწიოთ სასურველ სიმაღლეზე და მოათავსოთ სწორ ადგილას. გამოიყენეთ ბალიშები ხელების ქვეშ და ზურგის უკან, რომ მოთავსდეთ კომფორტულად: • ფეხბურთის მეთოდით (სახელურის მაგვარი) პოზიციით დაკავება- მოათავსეთ თითოეული ახალშობილი თქვენს მუხლებზე და მყარად დაიჭირეთ თითოეული ახალშობილის სხეული ბალიშებით თქვენს გვერდით. მოათავსეთ ხელი თითოეული ახალშობილის თავის ქვემოთ და მიიზიდეთ ახალშობილი სარძევე ჯირკვლებთან ახლოს;

თუ ერთი ახალშობილი არის მხად ძუძუთი კვებისთვის, სანამ სხვა მზად იქნება, კვებეთ ერთი ბავშვი და გამოიტუმბეთ სარძევე ჯირკვლები თითოეული კვების შემდეგ, რომ მოახდინოთ რძის წარმოქმნის სტიმულაცია. ალტერნატიული გზა არის რომ ძუძუთი კვებოთ ახალშობილი ერთი სარძევე ჯირკვლიდან და გამოიყენოთ სატუმბი მეორე სარძევე ჯირკვალზე ერთდროულად.

კვებეთ ერთად და ინდივიდუალურად

შეგიძლიათ კვებოთ თითოეული ბავშვი ცალ-ცალკე ან ორივე ერთდროულად. ერთდროულად ძუძუთი კვება ამცირებს კვების დროს, მაგრამ ორივე ახალშობილი უნდა იყოს ფხიზლად ერთდროულად.

დაგჭირდებათ ახალშობილის სწორად პოზიციონირება თავიდან. ინდივიდუალური კვება შეიძლება მოხდეს დახმარების გარეშე, მაგრამ ამან შეიძლება თქვენი დღის დიდი ნაწილი დაიკავოს. შეიძლება საჭირო გახდეს რომ კვებოთ ახალშობილი ცალ-ცალკე თავდაპირველად და დაიწყოთ ერთდროულად კვება, როცა თითოეული ახალშობილი მზად იქნება ძუძუთი კვებისთვის.

- ფეხბურთისა და სარწეველას პოზიციები - მოათავსეთ ერთი ახალშობილი სარწეველას პოზიციაში ბალიშზე მოხლებზე დაწვენილი. მოათავსეთ მეორე ბავშვი ფეხბურთის მეთოდის პოზიციაში ახალშობილის სხეულის ბალიშზე მოთავსებით. როგორც კი ახალშობილები უკვე მოთავსებულები არიან სწორ პოზიციაში, დაეხმარეთ ერთს და შემდეგ მეორეს, რომ მოეჭიდოს სარძევე ჯირკვლის თავებს.

- გადაჯვარედინებული პოზიცია - მოათავსეთ ბალიშები თქვენს მუხლებზე და დაიკავეთ თითოეული ბავშვი სარწეველას პოზიციაში. ახალშობილის ფეხები გადაჯვარედინდებიან ერთმანეთზე.

თვალყურის დევნება

თვალყური ადევნეთ როდის და რამდენ ხანს იკვებება ახალშობილი, განსაკუთრებით თუ მათ კვებავთ ინდივიდუალურად. აღწერეთ სველი საფენების რაოდენობა და კუჭის მოქმედება ყოველდღიურად. ბავშვებს უნდა ჰქონდეთ სულ მცირე ექვსი სველი საფენი და ოთხი კუჭის მოქმედება მეოთხე დღეს თუ ახალშობილის კვება საკმარისია.

შეგიძლიათ თითოეული ახალშობილი ერთი ძუძუთი კვებოთ, მეორეზე ცვლილების გარეშე, თუ ამ მიდგომას აირჩევთ. დედები ხშირად უცვლიან სარძევე ჯირკვალს თითოეულ ახალშობილს თითოეული კვების დროს, რომ მოახდინონ ორივე სარძევე ჯირკვალის ერთნაირად სტიმულაცია. სარძევე ჯირკვლის ცვლა ყოველ 24 საათში შეიძლება უფრო მარტივი იყოს დასამახსოვრებლად.

საკუთარ თავზე ზრუნვა

კარგად კვება და დასვენება არის მნიშვნელოვანი. სთხოვეთ დახმარება ოჯახსს და მეგობრებს. გაანებივრეთ საკუთარი თავი, რაც შეიძლება მეტად და სახლის საქმეები და საჭმლის მომზადება სხვას გააკეთებინეთ თუ შესაძლებელია. თქვენი მთავარი პასუხისმგებლობა ამ დროის განმავლობაში უნდა იყოს საკუთარ თავსა და თქვენს ახალშობილზე ზრუნვა.

მეძუძურმა დედებმა უნდა იცოდნენ	
როგორ შეწყვიტონ ძუძუთი კვება	
გადაწყვიტეთ როდის აპირებთ შეწყვიტოთ ძუძუთი კვებას აქვს ბევრი სარგებელი და შეგიძლიათ გააგრძელოთ სადამდეც გსურთ. უბრალოდ უნდა გადაწყვიტოთ როდის შეწყვეტთ. სანამ გადაწყვეტთ თავის დანებებას, განსაზღვრეთ ძუძუთი კვების გაგრძელების ან შეწყვეტის მიზეზები.	**როგორ მოიქცეთ** კვების სიხშირის თანდათანობითი შემცირება თქვენთვის და თქვენი ახალშობილისთვის სასარგებლოა. უცაბედმა შეწყვეტმა შეიძლება გამოიწვიოს გაჯირჯვება და მასტიტი და ასევე ბავშვის სიმშვიდეზეც იმოქმედოს. ორივეს გჭირდებათ, რომ ამას შეეჩვიოთ თანდათანობით. ამოიღეთ ერთი კვება ერთ გარკვეულ დროს. შეცვალეთ ის ბოთლით, იმ ახალშობილებთან, ვისაც სჭირდება წოვებით საკვების მიღება. ახალშობილები იმდენს არ სვამენ ჭიქიდან, რამდენსაც ბოთლიდან. მათ შეიძლება დასჭირდეთ ბოთლით კვება, რომ მიიღონ საკმარისი რძე და დაიკმაყოფილონ საკვები მოთხოვნები. უფრო მოზრდილ ახალშობილებს, რომლებსაც შეუძლიათ ჭიქიდან დალევა, შეიძლება აღარ დასჭირდეთ ბოთლიდან კვება. გამოიყენეთ ფორმულირებული საკვები ძროხის რძის მაგივრად, სანამ ახალშობილი არ გახდება სულ მცირე ერთი წლის, რადგან ფორმულირებული საკვები უფრო მეტად ესადაგება ახალშობილის მოთხოვნებს. გამოტოვეთ შუა დღის საკვები პირველად. დაიწყეთ კვება იმ კვებით, რომელიც ახალია და შემდეგ თანდათანობით შეუწყვიტეთ სხვა. დაელოდეთ რამდენიმე დღე, სანამ სრულად თავს დაანებებინებთ საყვარელ საკვებს. ბევრ ახალშობილებს მოსწონს განსაკუთრებით დილის და ძილის წინ კვება. მოელოდეთ, რომ ახალშობილს უნდოდეს კვება, როცა დაღლილია, ავად არის და უჭირს დანებების პროცესი. ამას ხშირად ეწოდება “კომფორტული ძუძუთი კვება”. რამდენიმე წუთი ძუძუთი კვება შეიძლება სრულიად საკმარისი იყოს ბავშვის კომფორტისთვის.

სურათი 10-14, ექთანი ურჩევს თუ როგორ დაიკავოს ხელი კლინიკაში ვიზიტის დროს

ან 48 საათში გაწერიდან და განმეორებით 2-3 კვირაში რომ შეფასდეს ნებისმიერი პრობლემა რომელიც შეიძლება მოხდეს გაწერიდან ადრეულ ვადაზე.

დედა შეიძლება შეშფოთებული იყოს, როცა მისი ახალშობილი უმატებს კვებას. მათ შეიძლება ამ დროს ეგონოთ, რომ ისინი საკმარისს რძეს არ წარმოქმნიან. ექთნებს შეუძლიათ ასწავლონ დედებს, რომ ახალშობილის ასეთი ქცევა ასახავს ახალშობილის სწრაფ ზრდას. ასწავლეთ დედას, რომ ჰქონდეს სწრაფი ზრდის მოლოდინი დაახლოებით დაბადებიდან მე-10 დღეს, მე-2 კვირის, 6 კვირს, 3 თვის და 6 თვის ვადებზე.

ფორმულირებული საკვებით კვება

ფორმულით კვებას სჭირდება ნაკლები ცოდნა და უნარები, ვიდრე ძუძუთი კვებას, მაგრამ გამოუცდელ მშობლებს ხშირად აქვთ ბევრი კითხვა და შეიძლება დასჭირდეთ დახმარება იმის სწავლაში როგორ გამოიყენონ ფორმულა სწორად. მიუხედავად იმისა, რომ ძუძუთი კვება უმჯობესია უმეტეს სიტუაციაში, ექთანმა მხარი უნდა დაუჭიროს ქალს, რომელმაც მიიღო ფორმულის გამოყენების გადაწყვეტილება.

პაციენტის მოვლის პროცესის აპლიკაცია

ფორმულით კვება

შეფასება

შეაფასეთ დედა და ახალშობილი კვების პროცესში.

დედის ცოდნა

შეაფასეთ დედის ცოდნა ბოთლიდან კვების შესახებ. შეეკითხეთ თუ უკვებია მანამდე ახალშობილი და თუ აქვს კითხვები. დააკვირდით მის მეთოდებს თავდაპირველი და მომდევნო კვების დროს. აღნიშნეთ როგორ უჭირავს ახალშობილი და ბოთლი და გამოიკვლიეთ მისი ამოქარვების მეთოდი, რათა მოახდინოთ იმ სიტუაციების აღმოჩენა, რომელშიც დახმარება დასჭირდება.

ახალშობილის კვების ქცევა

აღნიშნეთ ახალშობილის კვებასთან დაკავშირებული მინიშნებები, რომელიც ერთი და იგივეა როგორც არ უნდა ვკვებოთ ახალშობილი. მოცდამ იქამდე, სანამ ახალშობილს ძალიან არ

მოშივდება, შეიძლება გამოიწვიოს ჰაერის ზედმეტი ყლაპვა და ხშირი გადაცდომა. შეამოწმეთ თუ როგორ წოვს ახალშობილი, რათა მოახდინოთ პრობლემის გამორკვევა.

პაციენტის მოვლასთან დაკავშირებული დიაგნოზი

რადგან არასწორმა ფორმულირებულმა საკვებმა და კვების მეთოდებმა შეიძლება ზიანი მიაყენოს ახალშობილს, საექთნო დიაგნოზები დედებისთვის, ვინც ფორმულით კვებავს ახალშობილს, შემდეგია: ჯანმრთელობის შენარჩუნების რისკები, რომელიც დაკავშირებულია დედის მიერ ფორმულირებული საკვების მომზადებისა და კვების მეთოდების არ ცოდნასთან.

მოსალოდნელი გამოსავალი

დედამ იცის ახალშობილის კვების სწორი მეთოდი. კვებისას ბავშვი და ბოთლი სწორად უჭირავს. სწორად ამზადებს საკვებს ბავშვისთვის და სწორი სიხშირით კვებავს ბავშვს.

ჩარევა

ქალის განათლება ხელოვნური საკვების შესახებ

დედამ უნდა ისწავლოს ფორმულის სახეობები და მათ მომზადება.

ექიმი ან ექთანი ეტყვის ქალს თუ რა სახეობის ფორმულა უნდა გამოიყენოს დედამ. ახალშობილებმა უნდა მიიღოს რკინით გამდიდრებული ფორმულა. ფორმულის ყიდვა შესაძლებელია სამი სახით: მზა ფორმულა, კონცენტრირებული თხევადი ფორმულა და ფხვნილის სახით ფორმულა.

მზა ფორმულა

მზა ფორმულები არსებობს ბოთლებში, რაზეც ძუძუს თავების სახურავი ემაგრება ან პირდაპირ შეიძლება გადავასხათ ბოთლში. მისი განზავება არ უნდა მოხდეს. კონტეინერი უნდა შევანჯღრიოთ, სანამ გადავასხავთ ბოთლში. მიუხედავად იმისა, რომ ძვირია, სამაგიეროდ პრაქტიკულია მოგზაურობის დროს, როცა ფორმულის არევის რისკია ან თუ წყლის მარაგის პრობლემაა. მაცივარი საჭირო არ არის, სანამ კონტეინერი არ გაიხსნება, გახსნილი ქილა შეგვიძლია მაცივარში შევინახოთ და გამოვიყენოთ 48 საათის განმავლობაში.

კონცენტრირებული თხევადი ფორმულა

აუხსენით მშობლებს თუ როგორ უნდა განაზავონ კონცენტრირებული სითხის ფორმულა. კონცენტრირებული სითხის ფორმულის თანასწორი ნაწილი და წყლის ირევა ერთად და ისხმება ბოთლში, რათა მოხდეს იმ რაოდენობით მიწოდება, რაც სასურველია თითოეული კვების დროს. გახსნილი ქილა უნდა შევინახოთ მაცივარში და გამოვიყენოთ 48 საათში.

ფხვნილის სახით ფორმულა

ფხვნილის ფორმულები უფრო ეკონომიურია და განსაკუთრებით გამოსადეგია, როცა მეძუძური დედა გეგმავს, რომ მისცეს ხანდახან ბოთლით ფორმულირებული საკვები. ხშირად ერთი კოვზი ფხვნილი ემატება 60მლ წყალს ბოთლში. ერთი პორციით შეფუთული პაკეტებით ფორმულა უფრო მოსახერხებელია, როცა სახლიდან გარეთ ხდება გამოყენება. რადგან ფორმულის ფხვნილი არ არის სტერილური, ის არ არის რეკომენდებული ნაადრევ და იმუნოდეფიციტურ ახალშობილებში.

ფორმულა კარგად უნდა ავურიოთ, რომ გავხსნათ ფხვნილი და ხსნარი ერთფეროვანი გავხადოთ. ახალი ფორმულის მომზადება უნდა მოხდეს ყოველი კვებისთვის და გამოვიყენოთ დაუყოვნებლივ, მაცივარში შენახვა არ შეიძლება 48 საათზე მეტი ხნით. ქილები ფხვნილისებრი ფორმულით დახურული უნდა შევინახოთ და გამოვიყენოთ გახსნიდან 4 კვირის განმავლობაში.

მოწყობილობა

ბევრი განსხვავებული სახეობის ბოთლი და მასზე დასამაგრებელი ძუძუს თავების მსგავსი სახურავები ხელმისაწვდომია. დედას შეუძლია გამოიყენოს შუშისა და პლასტმასის ბოთლი ან პლასტმასის დასაფარებელი, რომელიც ერგება მყარ კონტეინერს. ბოთლის სახეობებისა და ძუძუს თავების მსგავსი სახურავების არჩევა ინდივიდუალურად ხდება.

მომზადება

განიხილეთ ფორმულის მომზადება დედებთან ერთად. ინსტრუქცია ჩაუტარეთ დედას ხელის დაბანასთან მიმართებით. ინფექცია შეიძლება განვითარდეს თუ მოწყობილობა, რძე ან წყალი, რომელიც მოსამზადებლად გამოიყენება, დაბინძურდება. ხაზი გაუსვით მნიშვნელობას, რომ მიყვნენ ფორმულაზე მითითებულ მომზადების წესს. არასწორმა განზავებამ შეიძლება გამოიწვიოს არასაკმარისი კვება, ნატრიუმის დონის დისბალანსი, თირკმელზე დატვირთვა, რომელიც შეიძლება საშიში იყოს ახალშობილისთვის. წყალი, რომელიც ირევა ფორმულაში უნდა დუღდეს ერთი წუთის განმავლობაში. მეტი ხნით დუღილი არ არის რეკომენდებული, რადგან მინერალები წყალში გახდება ზედმეტად კონცენტრირებული. თუ წყლის მოპოვება ხდება ჭიდან, მისი შემოწმება უნდა მოხდეს ნიტრატების მაღალი დოზის გამო, რაც საზიანო იქნება ახალშობილისთვის.

ბოთლი და მისი სახურავები შეიძლება გაირეცხოს ცხელ, საპნიან წყალში ჯაგრისის გამოყენებით, შემდეგ გავავლოთ და ჰაერზე გავაშროთ. მისი გარეცხვა ასევე შეიძლება ჭურჭლის სარეცხ მანქანაში. დედასთან კომუნიკაციისას ხაზი გაუსვით იმას, რომ წყლის, სითხის ან ფორმულის ფხვნილის შერევა უნდა მოხდეს მწარმოებლის მიერ მითითებული ინსტრუქციის მიხედვით, რათა თავიდან ავიცილოთ ახალშობილის ავადობა.

აუხსენით, რომ თუ გამდინარე წყლის უსაფრთხოება კითხვის ქვეშ არის, დედამ უნდა მიმართოს სტერილიზაციის მეთოდს. ასეპტიური მეთოდის დროს, მოწყობილობა რომელიც კვებისთვის გამოიყენება იხარშება 10-12 წუთის განმავლობაში სტერილიზატორში ან ღრმა ქვაბში (თუ გასტერილებული ჭურჭელი, რომელიც არ გამოიყენეს კვებისთვის 24 საათის გასვლის შემდეგ თავიდან უნდა გასტერილდეს). წყალი, რომელიც გასახსნელად გამოიყენება, დუღდება ცალკე. ბოთლების აწყობა ხდება სტერილიზირებული საჭერებით. ფორმულა და ადუღებული წყალი ემატება და ბოთლის დახურვა და შენახვა ხდება მაცივარში საჭიროებამდე.

კვების მეთოდების ახსნა

პოზიციონირება

აჩვენეთ მშობლებს თუ როგორ უნდა დაიჭიროს ახალშობილი ნახევრად სწორ პოზიციაში, როგორიცაა აკვნის პოზიცია. ეს ეხმარება მათ, რომ ახალშობილი დაიკავონ ახლოს სახე-სახით პოზიციაში. ბოთლის დაჭერა ხდება ისე, რომ ბოთლის თავი სრულად შეივსოს ფორმულით, რათა მოხდეს ზედმეტი ჰაერის ყლაპვის პრევენცია (სურათი 10-15). თითოეული კვების დროს ახალშობილის მოთავსება საწინააღმდეგო მკლავზე უზრუნველყოფს კვებისას სხვადასხვა ვიზუალურ სტიმულაციას.

ამოქარვება

პირველი რამდენიმე დღე ახალშობილს უნდა ამოვაქარვებინოთ ყოველი 15 მლ ფორმულის მიღების შემდეგ. თანდათანობით, ახალშობილს მეტი რძის მიღება შეუძლია ამოქარვებამდე და ეს, როგორც წესი, კვების შუაში ხდება. აჩვენეთ მშობლებს თუ როგორ უნდა ამოაქარვებინოს ახალშობილს მკლავზე ან მჯდომარე პოზიციაში ახალშობილის თავის დაკავებით და ზურგზე ხელის მოთათუნებითა და მოსმით (სურათი 10-16).

სურათი 10-15, დედა იკავებს ახალშობილს ახლოს სხეულთან ბოთლით კვების დროს. ბოთლი ისე უნდა გვეჭიროს რომ თავი სულ სავსე იყოს რძით. მამას შეუძლია გვერდით იყოს მათთან.

სურათი 10-16, დედა აბოყინებინებს ახალშობილს გასწორებული პოზიციით დაკავებით. ის ამყარებს ახალშობილის თავს და გულმკერდს ერთი ხელით და ნაზათ უსვამს ხელს ზურგზე.

სიხშირე და რაოდენობა

ინსტრუქცია მიეცით მშობლებს, რომ კვებონ ახალშობილი ყოველი 3-4 საათში ერთხელ, მაგრამ თავი შეიკავონ მკაცრი განრიგისგან და მიიღონ ახალშობილიდან მინიშნებები კვების შესახებ. შიმშილის ნიშნები იგივეა, რაც ძუძუთი კვების დროს. აუხსენით, რომ ბოთლით კვების დროს ახალშობილი პირველად ერთდროულად იღებს 15-45 მლ საკვებს და 360-720 მლ/ 24 საათში პირველი დღეების შემდეგ.

გაფრთხილება

დედას მიეცით ინსტრუქცია, რომ არ გააცხელოს ფორმულა მიკროტალღურ ღუმელში, რადგან გაცხელება არ იქნება ერთგვაროვანი. ამან შეიძლება გამოიწვიოს სითხის ზოგიერთი ნაწილის ძალიან გაცხელება, თუნდაც როცა ბოთლის გარე ნაწილი მხოლოდ შემთბარია. ფორმულის გაცხელება შეიძლება მოხდეს კონტეინერის თბილ წყალში მოთავსებით 5- 10 წუთის განმავლობაში. შესთავაზეთ დედას თავად გამოცადოს ფორმულის ტემპერატურა რამდენიმე წვეთის გადმოწვეთებით ხელის გარე მხარეს.

ხანდახან ფორმულის დინება ძალიან ჩქარია ახალშობილსთვის, თუ ეს მოხდა, ახალშობილს შეიძლება გადასცდეს, ყელში გაეჩხიროს, გადმოაფურთხოს, დორბლები წამოუვიდეს ან უკბინოს ბოთლის თავს. ზოგიერთი ახალშობილი წოვს გაჩერების გარეშე, რომ საკმარისად ისუნთქოს. დედამ ბავშვი უნდა გადაწიოს ოდნავ წინ დასვენების უზრუნველსაყოფად, რათა მოხდეს რძის დინების შეჩერება.

გააფრთხილეთ მშობლები, რომ ბოთლის რამეზე დაყრდნობით არ კვებონ. ბოთლის დაყრდნობა ზრდის გადაცდენის შეაძლებლობას. ასევე ეცადეთ ახალშობილი კვებაზე კონცენტრირდეს. ზოგიერთი დედა აწვენს ახალშობილს საწოლში ბოთლთან ერთად. ეს არა მარტო ზრდის ასპირაციის საშიშროებას, მაგრამ ასევე ხელს უწყობს რძის ჩაღვრას პირში. კბილების გახანგრძლივებული კონტაქტი რძესთან იწვევს ბაქტერიების ზრდასა და ღრმულების გაჩენას კბილების ამოჭრიდან. შუა ყურის ანთება ასევე ხშირია ახალშობილებში, ვისაც სძინავს ბოთლთან ერთად ან იკვებება რამეზე დაყრდნობილი ბოთლით.

მშობილები არ უნდა ეცადნონ, რომ ბავშვებს დაამთავრებინონ ყველა ბოთლი, რადგან ამან შეიძლება გამოიწვიოს რეგურგიტაცია და ზედმეტი წონის მატება. დედამ არ უნდა შეინახოს გამზადებული ფორმულა ერთი კვებიდან მეორემდე ბაქტერიების ზრდის საშიშროების გამო. ნებისმიერი ფორმულა, რომლის გამოყენება არ ხდება ერთი საათის განმავლობაში, უნდა მოიშოროთ.

ახალშობილები განსხვავდებიან კვების მიმართ დამოკიდებულებით. ზოგიერთი ახალშობილი ბოთლიდან ხარბად სვამს. ზოგიერთი ახალშობილი შესაძლოა უპირატესობას ანიჭებდეს მეტად თბილ ან გაგრილებულ ფორმულას. დედებმა მძინარე ახალშობილების შემთხვევაში უნდა გამოიყენონ იგივე გაღვიძების მეთოდი, რაც აღწერილია მეძუძურ დედებში. ბოთლით კვების დროს, ჩვილის პირში საწოვარას თავის წვერი უნდა მოვაქციოთ კუთხით, ისე რომ ის ეხახუნებოდეს სასას, რაც გამოიწვევს წოვების რეფლექსის აღძვრას ახალშობილებში. მოთმინება და გამძლეობაა საჭირო, რომ მოხდეს ყველაზე ეფექტური მეთოდის მოძებნა.

დედას უნდა ეჭიროს ახალშობილი და ბოთლი სწორად კვების დროს. გაწერამდე ქალმა უნდა შეძლოს სწორად აღწეროს ფორმულის მომზადება, კვების რაოდენობა და სიხშირე.

წყაროები:

1. Academy of Breastfeeding Medicine. (2011). ABM Clinical Protocol #10: Breastfeeding the late preterm infant (34 0/7 to 36 6/7 weeks gestation) (First revision June 2011).
2. Breastfeeding Medicine, 6(3), 151–156.Academy of Breastfeeding Medicine Protocol Committee. (2009). ABM Clinical Protocol #3: Hospital Guidelines for the Use of Supplementary Feedings in the Healthy Term Breastfed Neonate, Revised 2009. Breastfeeding Medicine, 4(3), 175–283.
3. Academy of Breastfeeding Medicine Protocol Committee. (2010). ABM Clinical Protocol #8: Human milk storage information for home use for full-term infants (original protocol March 2004; Revision #1 March 2010). Breasteeding Medicine, 5(3), 127–130.
4. Academy of Breastfeeding Medicine Protocol Committee. (2010). ABM Clinical Protocol #20: Guidelines for management of jaundice in the breastfeeding infant. Breastfeeding Medicine, 5(2), 87–83.
5. Albert, J., & Heinrichs-Breen, J. (2011). An evaluation of a breastfeeding privacy sign to prevent interruptions and promote successful breastfeeding. Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing, 40(3), 274–280.American
6. Academy of Pediatrics. (2011a). Policy statement – SIDS and other sleep-related infant deaths: expansion of recommendations for a safe infant sleeping environment. Pediatrics, 128(5), 1030–1039.
7. American Academy of Pediatrics Section on Breastfeeding. (2012). Policy Statement: Breastfeeding and the use of human milk. Pediatrics, 129(3), e827–e841.
8. American Academy of Pediatrics (AAP) & American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). (2012). Guidelines for perinatal care (7th ed.). Elk Grove Village, IL, and Washington, DC: Author.
9. American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). (2012). Committee opinion number 534: Opioid abuse, dependence, and addiction in pregnancy. Obstetrics & Gynecology 119, 1070–1076.
10. American Dietetic Association. (2009). Position of the American Dietetic Association: Promoting and supporting breastfeeding. Journal of the American Dietetic Association, 109, 1926–1942.
11. Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses. (2013). Women's health and perinatal nursing care quality draft measures specifications. Washington, DC: Author.
12. Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses. (2010). Assessment and care of the late preterm infant: Evidence-based clinical practice guideline: AWHONN late preterm infant initiative. Washington, DC: Author.Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal
13. Nurses. (2008). Breastfeeding and lactation in the workplace. Washington, DC: Author.
14. Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses. (2007a). Breastfeeding. Washington DC: Author.
15. Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses. (2007b). Evidence-based clinical practice guideline: Breastfeeding support: Prenatal care through the first year (2nd ed.). Washington, DC: Author.
16. Avery, A., Zimmermann, K., Underwood, P. W., et al. (2009). Confident commitment is a key factor for sustained breastfeeding. Birth, 36(2), 141–148.Baby Friendly, USA. (2012). Find Facilities. Retrieved from www.babyfriendlyusa.org.
17. Barnes, M., Cox, J., Doyle, B., et al. (2010) Evaluation of a practice-development initiative to improve breastfeed-ing rates. Journal of Perinatal Education, 19(4), 17–23.

18. Bartick, M., & Reinhold, A. (2010). The burden of suboptimal breastfeeding in the United States: a pediatric cost analysis. Pediatrics, 125(5), e1048–e1056.
19. Bernaix, L. W., Beaman, M. L., Schmidt, C. A., et al. (2010). Success of an educational intervention on maternal/newborn nurses' breastfeeding knowledge and attitudes. Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing, 39(6), 658–666.
20. Bick, D., MacArthur, C., & Winter, H. (2009). Postnatal care: Evidence and guidelines for management. Edinburgh: Churchill Livingstone.
21. Blackburn, S. T. (2013). Maternal, fetal, and neonatal physiology (4th ed.). Philadelphia: Elsevier Saunders.
22. Bond, L. (2011). Physiology of pregnancy. In S. Mattson & J. E. Smith (Eds.), Core curriculum for maternal-newborn nursing (4th ed., pp. 80–100). St. Louis: Elsevier Saunders.
23. Brand, E., Kothari, C., & Stark, M. A. (2011). Factors related to breastfeeding discontinuation between hospital discharge and 2 weeks postpartum. Journal of Perinatal Education, 20(1), 36–44.
24. Bronner, Y. L. (2010). Maternal nutrition during lactation. In J. Riordan & K. Wambach (Eds.), Breastfeeding and human lactation (4th ed., pp. 497–518). Sudbury, MA: Jones & Bartlett.
25. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (2012). Breastfeeding report card – United States, 2012. Retrieved from www.cdc.gov.
26. Davis, S. K., Stichler, J. F., & Poeltler, D. M. (2012). Increasing exclusive breastfeeding rates in the well-baby population. Nursing for Women's Health, 16(6), 460–470.
27. DiFrisco, E., Goodman, K. E., Budin, W. C., et al. (2011). Factors associated with exclusive breastfeeding 2 to 4 weeks following discharge from a large, urban, academic medical center striving for baby-friendly designation. Journal of Perinatal Education, 20(1), 28–35.
28. Eiger, M. S. (2009). Feeding of infants and children. In T. K. McInery, H. M. Adam, D. E. Campbell, et al. (Eds.), Text-book of pediatric care (pp. 212–219). Elk Grove Village, IL: American Academy of Pediatrics.
29. Gill, S. L. (2009). Breastfeeding by Hispanic women. Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing, 38(2), 244–252.
30. Grodner, M., Long, S., & Walkingshaw, B. C. (2012). Foun-dations and clinical applications of nutrition: A nursing approach (5th ed.). St. Louis: Elsevier Mosby.
31. Halbardier, B. H. (2010). Fluid and electrolyte management. In M. T. Verklan & M. Walden (Eds.), AWHONN core curriculum for neonatal intensive care nursing (4th ed., pp. 156–171). St. Louis: Elsevier Saunders.
32. Hancock, M. E., & Brown, J. (2010). Formula feeding safety: What nurses need to teach parents who choose to formula
33. feed. Nursing for Women's Health, 14(4), 302–309.
34. Henderson, A. (2011). Understanding the breast crawl:
35. Implications for nursing practice. Nursing for Women's
36. Health, 15(4), 296–307.
37. Holt, K., Wooldridge, N., Story, M., et al. (Eds.). (2011). Bright futures nutrition (3rd ed.). Elk Grove Village, IL: American Academy of Pediatrics.
38. Huggins, K. (2010). The nursing mother's companion (6th ed.). Boston, MA: Harvard Common Press.

თავი 11

ორსულობასთან დაკავშირებული გართულებები

მიუხედავად იმისა, რომ ორსულობა ბუნებრივი პროცესია, მას დედისა და ახალშობილის მრავალი ადაპტაციური ცვლილება ახლავს. ამ ფიზიოლოგიური პროცესის განმავლობაში პრობლემის წარმოშობის შემთხვევაში, გართულებებმა შეიძლება ზიანი მიაყენოს როგორც ორსულს, ისე ნაყოფს. ექთანმა-ბებიაქალმა ან ოჯახის ექიმმა შეიძლება მსუბუქი პრობლემის მოგვარება შეძლოს, თუმცა სერიოზული პრობლემის არსებობის შემთხვევაში უნდა მოხდეს ქალის გადამისამართება მეანთან ან პერინატოლოგთან (სამედიცინო სპეციალობა მაღალი რისკის შემცველი ორსულობის გესტაციის 20 კვირიდან ლოგინობის 4 კვირის ჩათვლით).

ექთნები, რომლებიც მუშაობენ პერინატალურ ცენტრების პირველადი ზრუნვის რგოლში, ხშირად ითავსებენ სერვისების კოორდინატორის როლს. ექთანი ხშირად არის ერთადერთი სამედიცინო წარმომადგენელი, რომელიც ჩართულია ქალის მოვლაში და უშუალო კონტაქტი აქვს მასთან და ადამიანი, ვისაც ქალი ეყრდნობა მისი სისტემაში ორიენტაციისთვის.

მდგომარეობები, რომელიც ართულებს ორსულობას, იყოფა ორ ძირითად კატეგორიად: (1) მდგომარეობები, რომელიც დაკავშირებულია ორსულობასთან და სხვა დროს არ გვხდება;

(2) მდგომარეობები, რომელიც შეიძლება მოხდეს ნებისმიერ დროს, მაგრამ როცა ხდება ორსულობის დროს, შეიძლება გაართულოს მისი მიმდინარეობა.

ორსულობასთან დაკავშირებული ყველაზე ხშირი გართულებები არის ჰემორაგიული მდგომარეობები, პლაცენტის ჰემორაგიული გართულებები გვიანი ორსულობის დროს, ორსულობის ჰიპერემეზი, ორსულობასთან დაკავშირებული ჰიპერტენზიული დაავადებები და სისხლის შეუთავსებლობა.

სისხლდენები ადრეული ორსულობის დროს

ორსულობის პირველ ნახევარში სისხლდენების უხშირესი გამომწვევებია აბორტი, ექტოპიური (საშვილოსნოს გარე) ორსულობა და გესტაციური ტროფობლასტური დაავადებები.

აბორტი

აბორტი არის ორსულობის შეწყვეტა, სანამ ნაყოფი არის სიცოცხლისუნარიანი და შეუძლია არსებობა საშვილოსნოს გარეთ. სამედიცინო კონსესუსი დღესდღეობით არის ის, რომ ნაყოფი 20 კვირამდე ან რომელიც იწონის 500 გრ-ზე ნაკლებს, არ არის სიცოცხლისუნარიანი. ორსულობის შეწყვეტა ამ დრომდე მიჩნეულია, როგორც აბორტი. აბორტი შეიძლება იყოს სპონტანური და ინდუცირებული. აბორტი არის მიღებული სამედიცინო ტერმინი ორივე შემთხვევაში, სპონტანურად ან ხელოვნურად შეწყვეტილი ორსულობის დროს. ტერმინი “მოშლა” გამოიყენება სპონტანური აბორტის აღნიშვნისთვის, ხოლო ორსულობის არჩევით შეწყვეტას ინდუცირებული აბორტი ეწოდება.

სპონტანური (თვითნებითი) აბორტი

სპონტანური აბორტი არის ორსულობის დასრულება ქალის ან სხვა პირის ჩარევის გარეშე.

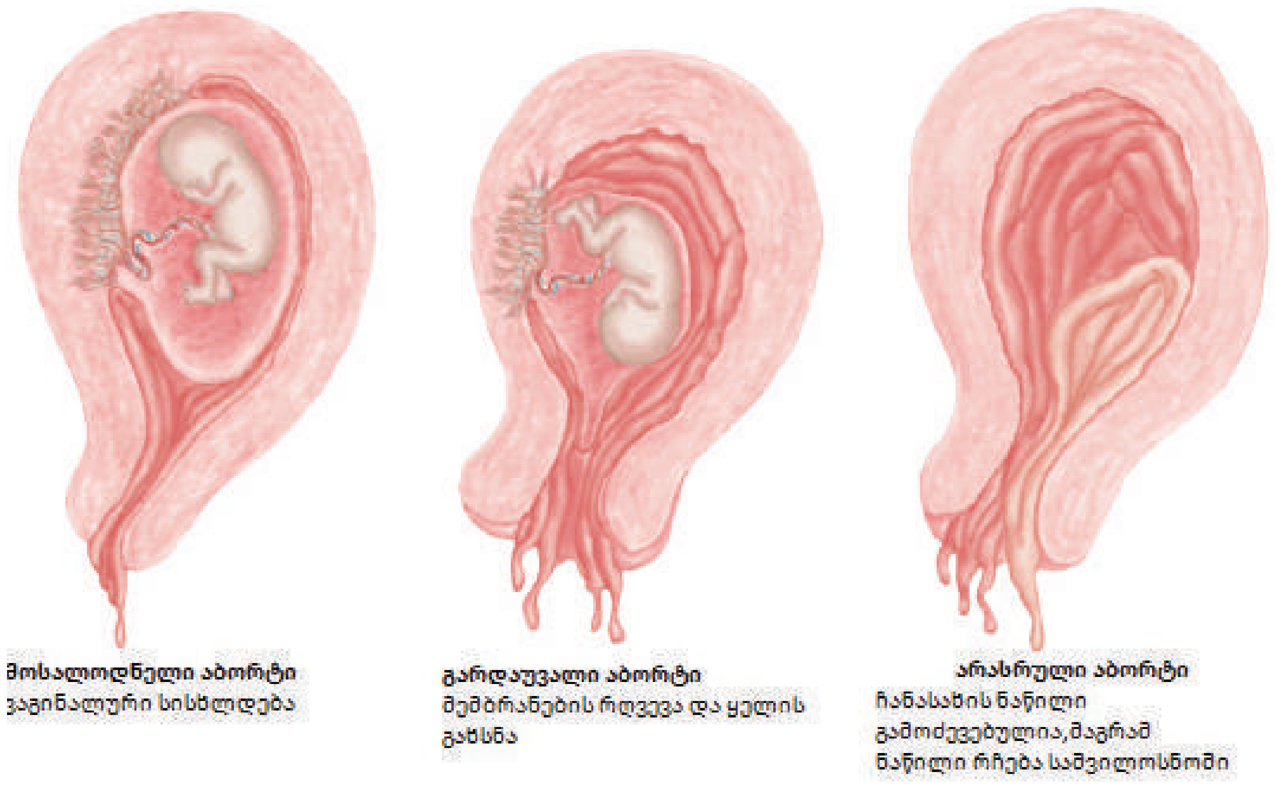
სიხშირე და ეტიოლოგია

სპონტანური აბორტის ზუსტი შემთხვევების განსაზღვრა ძნელია, რადგან ბევრი შეუმჩნეველი შემთხვევა ხდება ორსულობის ადრეულ ეტაპზე, მაგრამ მისი განვითარების ალბათობა საშუალოდ 15 % - 20 % ნებისმიერი ორსულობის დროს. ორსულობის შეწყვეტა პირველი ტრიმესტრის განმავლობაში, სავარაუდოდ არსებული ორსულობების 50% -70% და მეტი, შეიძლება მოხდეს იმპლანტაციამდე ან ბოლო მენსტრუალური პერიოდის შემდეგ, პირველი ერთი თვის განმავლობაში. სპონტანური აბორტის რიცხვი მატულობს მშობლების ასაკის მატებასთან

ერთად. 20 წელზე ნაკლები ასაკის ქალებში სპონტანური აბორტის ალბათობა 12% და იზრდება 26 %-მდე 40 წელზე მაღალი ასაკის ქალებში. 45 წლის დედის ასაკის დროს, აბორტის რისკი 50 %-ზე მაღალია. აბორტის სიხშირეზე ზეგავლენას ახდენს მამის ასაკიც. სპონტანური აბორტის რისკი 12 %-ია 20 წლამდე ასაკის მამისთვის, ხოლო 20% 40 წლის გადაცილებული მამაკაცებისთვის. უმეტესი სპონტანური აბორტი ხდება ორსულობის პირველი 12 კვირის განმავლობაში.

სპონტანური აბორტის ყველაზე ხშირი მიზეზი არის მძიმე თანდაყოლილი ანომალიები, რომელიც სიცოცხლისთვის შეუთავსებელია. სპონტანური აბორტის 50% - 60% ქრომოსომული ანომალიების შედეგად ხდება. აბორტების დამატებითი გამომწვევი მიზეზებია ინფექციები, როგორიცაა სიფილისი, ლისტერიოზი, ტოქსოპლაზმოზი, ბრუცელოზი, წითურა და ციტომეგალო ვირუსი. დედის ენდოკრინული დაავადებები, როგორიცაა ჰიპოთიროიდიზმი და რეპროდუქტიული ორგანოების ანომალიები, ასევე ზრდის სპონტანური აბორტის რისკს. ზოგიერთი ქალი, რომელსაც აქვთ ადრეული ორსულობის განმეორებითი დანაკარგები, მოისაზრება რომ იმუნოლოგიური ფაქტორი თამაშობს როლს მათი შედარებით მაღალი სპონტანური აბორტების შემთხვევებში. საშვილოსნოს ან საშვილოსნოს ყელის ანატომიური დეფექტი შეიძლება განაპირობებდეს ორსულობის შეწყვეტას ნებისმიერ გესტაციურ ასაკში.

სპონტანური აბორტი იყოფა ექვს ქვეჯგუფად: მოსალოდნელი, გარდაუვალი, არასრული, სრული, დაუდგენელი და განმეორებითი. სურათი 11-1 გამოსახულია მოსალოდნელი, გარდაუვალი და არასრული აბორტები.



სურათი 11-1 სამი სახეობის სპონტანური აბორტი, ასევე სახლეწოდებით მუცლის მოშლა

მოსალოდნელი აბორტი

კლინიკური გამოვლინებები

მოსალოდნელი აბორტის პირველი ნიშანი არის ვაგინალური სისხლდენა, რაც ხშირია ორსულობის ადრეულ ეტაპზე. ორსული ქალების დაახლოებით 25 %-ს აქვს “სისხლის წვეთებით სისხლდენა” ან აქტიური სისხლდენა ადრეული ორსულობის დროს, რომელთა 50% სპონტანური აბორტით სრულდება. ვაგინალური სისხლდენა, რომელიც შეიძლება იყოს მოკლე ან გაგრძელდეს კვირები, შეიძლება ასოცირდებოდეს საშვილოსნოს შეკუმშვებთან, წელის მუდმივ ტკი-

ვილთან ან მენჯზე დაწოლის შეგრძნებასთან. ეს დამატებითი სიმპტომები უფრო მეტად მოასწავებს ორსულობის შეწყვეტას.

თერაპიული მართვა

ორსულობის პირველი ნახევრის განმავლობაში სისხლდენა შეიძლება მივიჩნიოთ როგორც მოსალოდნელი აბორტი და ქალს უნდა ვურჩიოთ მიმართოს ექიმს ან ექთან-ბებია ქალს თუ მოყავისფრო ან წითელ ვაგინალური სისხლდენას შეამჩნევს. როცა ქალი აღნიშნავს სისხლდენას ადრეული ორსულობის დროს, ექთანი კრებს დეტალურად ისტორიას, რაც მოიცავს ინფორმაციის შეგროვებას გესტაციის ხანგრძლივობის (ან პირველ დღეს მისი ბოლო მენსტრუალური ციკლის), სისხლდენის ხანდაზმულობისა და ხანგრძლივობის, ასევე დაკარგული სისხლის რაოდენობის შესახებ. სამედიცინო ჩანაწერებში უნდა დაფიქსირდეს ნებისმიერი თანდაყოლილი დისკომფორტი, როგორიცაა შეკუმშვები, წელის ტკივილი ან მუცლის ტკივილი. ულტრაბგერითი გამოკვლევით ხდება ემბრიონის ან ნაყოფის არსებობის დაზუსტება და გამორკვევა ცოცხალია თუ არა ის, ასევე ნაყოფის გაზომვით ხდება მიახლოებითი გესტაციური ასაკის დადგენა. ლაბორატორიულად ასევე ხდება ბეტა - ადამიანის ქორიონული გონადოტროპინის (beta-hCG) დონის განსაზღვრა და დადგენა არის თუ არა ის გესტაციური ასაკის შესაბამისი და პროგრესირებს თუ არა ორსულობა. ვაგინალური ულტრაბგერითი გამოკვლევა ტარდება იმის გასარკვევად, ნაყოფი არის თუ არა საშვილოსნოს ღრუში და თუ არის ცოცხალი. დედის შრატის ბეტა- hCG და პროგესტერონის დონე გვაწვდის დამატებით ინფორმაციას ორსულობისა და ნაყოფის სიცოცხლის უნარიანობაზე.

არ არსებობს მტკიცებულება, რომელიც ადასტურებს, რომ ფიზიკური აქტივობის შეზღუდვა აჩერებს სპონტანურ აბორტს. ქალს შეიძლება მიეცეს რჩევა, რომ შეზღუდოს სექსუალური კონტაქტი, სანამ სისხლდენა არ შეწყდება. ქალს ეძლევა ინსტრუქცია, რომ დათვალოს საფენების რაოდენობა და ასევე აღნიშნოს რაოდენობა და სისხლის ფერი საფენზე. ასევე ყურადღება უნდა მიაქციოს, რამე ქსოვილის მაგვარი თუ გამოყვება სისხლს, რაც მიანიშნებს რომ მდგომარეობა პროგრესირდა მოსალოდნელი აბორტიდან უფრო შორს. ცუდი სუნის გამონადენი მიანიშნებს ინფექციას.

სისხლდენის ეპიზოდები აშინებს მომავალ მშობლებს, ასე რომ ფსიქოლოგიური მხარდაჭერა მნიშვნელოვანია. ხშირად ქალს ჰგონია, რომ მის ნებისმიერ მოქმედებას შეეძლო გამოეწვია აბორტი. ექთანმა უნდა მიაწოდოს ქალს ამის შესახებ ადეკვატური ინფორმაცია. თუ ორსულობის პირველ ტრიმესტრში არსებული სისხლდენა არ დასრულდა აბორტით, შესაძლოა მოგვიანებითი ისეთი პრობლემები ჩამოყალიბდეს როგორიცაა მოუმწიფებლობა, გესტაციურ ასაკთან შედარებით მცირე ზომის ნაყოფი, ანომალიური პოზიცია ან პერინატალური ასფიქსია.

გარდაუვალი აბორტი

კლინიკური გამოვლინებები

აბორტი ხშირად არის გარდაუვალი (რაც ნიშნავს, რომ მისი შეჩერება შეუძლებელია), როცა მემბრანები ირღვევა და ყელი ფართოვდება. მემბრანების რღვევა ზოგადად გამოვლინდება როგორც სითხის დაკარგვა ვაგინალურად და შესაბამისი საშვილოსნოს შეკუმშვები და აქტიური სისხლდენა. ჩანასახის ნაწილების არასრულმა ევაკუაციამ შეიძლება გამოიწვიოს ჭარბი სისხლდენა ან ინფექცია.

თერაპიული მართვა

საშვილოსნოს შიგთავსის თვითნებურად გამოძევება ხშირია გარდაუვალი აბორტის დროს. ვაკუუმით კიურეტაჟი (გამოფხეკა; საშვილოსნოს შიგთავსის მოცილება ვაკუუმის კიურეტით) გამოიყენება რომ გასუფთავდეს საშვილოსნო თუ ბუნებრივი პროცესი არაეფექტურია ან არასრული. თუ გესტაციის ვადა დიდია ან თუ სისხლდენა ჭარბია, დილატაცია და კურეტაჟი (D & C) (გაფართოვება და გამოფხეკვა, ზეყელის გადაჭიმვა, რაც საშუალებას მისცემს გამოტუმბვას ან საშვილოსნოს კედლების გამოფხეკვას) შეიძლება გახდეს საჭირო. ინტრავენური სედაცია ან სხვა ანესთეზია უზრუნველყოფს ტკივილის მართვას პროცედურისთვის.

არასრული აბორტი

კლინიკური გამოვლინებები

არასრული აბორტი ხდება, როცა საშვილოსნოდან ნაყოფის არა მთლიანი, არამედ ნაწილობრივი გამოძევება ხდება. ამ მდგომარეობის მთავარი გამოვლინებებია საშვილოსნოს აქტიური სისხლდენა და მუცლის ძლიერი მოვლითი ტკივილები. ყელი იხსნება და ნაყოფის და პლაცენტალური ქსოვილების გამოსვლა ხდება. ჩანასახის პროდუქტების გამოძევება შეიძლება მოხდეს საშვილოსნოდან, მაგრამ რჩება ვაგინაში, მათი მცირე ზომის გამო (ხშირად პინკ-პონგის ბურთის ზომის). ასეთ დროს თავდაპირველი დიაგნოზი - გარდაუვალი აბორტი, იცვლება ხოლმე სრული აბორტის დიაგნოზით.

თერაპიული მართვა

შენარჩუნებული ქსოვილი საშვილოსნოს მკვრივად შეკუმშვას უშლის ხელს, რაც საშვილოსნოს სისხლძარღვებიდან მასიური სისხლდენის მიზეზია. თავდაპირველი მკურნალობის ფოკუსირება უნდა მოხდეს ქალის გულ-სისხლძარღვთა სისტემის სტაბილიზაციაზე. უნდა მოხდეს სისხლის ნიმუშის აღება სისხლის ტიპისა და რეზუს კუთვნილების დასადგენად და ფიქსირებულ იქნას ვენა IV სითხის გადასხმისა და მედიკამენტების მისაღებად. როცა ქალის მდგომარეობა სტაბილურია, D & C ჩატარება ხდება, რომ მოვაცილოთ დარჩენილი ქსოვილი. გვიანი ორსულობისა და დიდი რაოდენობით ნაყოფის ქსოვილის არსებობის შემთხვევაში, შესაძლებელია საჭირო გახდეს ყელის უფრო მეტად გაფართოვება - დილატაცია და ქსოვილების ევაკუაცია (D & E), რასაც მოჰყვება ვაკუუმით ან ქირურგიული კურეტაჟი. ამ პროცედურის შემდეგ შესაძლებელია გავუკეთოთ IV ოქსიტოცინი (პიტოცინი) ან IM (კუნთშიდა) მეთილერგონოვინე (მეთერგინი), რომ მოხდეს საშვილოსნოს შეკუმშვა და სისხლდენის კონტროლი.

D & C შეიძლება არ გაკეთდეს თუ ორსულობა 14 კვირაზე მეტია, რადგან თან ახლავს ზედმეტი სისხლდენის საშიშროება. ამ შემთხვევაში, ოქსიტოცინის ან პროსტაგლანდინის დანიშვნა ხდება, რათა მოხდეს საშვილოსნოს შეკუმშვა, სანამ ჩანასახის ყველა ნაწილი (ნაყოფი, მემბრანები,პლაცენტა და ამნიონური სითხე) არ გამოძევდება.

სრული აბორტი

კლინიკური გამოვლინებები

სრული აბორტი ხდება, როცა ჩანასახის ყველა კომპონენტის გამოძევება ხდება საშვილოსნოდან. ჩანასახის სრულად გამოსვლის შემდეგ, საშვილოსნოს შეკუმშვები და სისხლდენა ჩერდება და ყელი იხურება. ორსულობის სიმპტომები აღარ არის და ორსულობის ტესტი ხდება ნეგატიური ჰორმონების დაცემასთან ერთად.

თერაპიული მართვა

სრული აბორტის დიაგნოზის დადასტურების შემდეგ არანაირი დამატებითი ჩარევა არ არის საჭირო, თუ ძლიერი სისხლდენა ან ინფექცია არ განვითარდება. ქალს რჩევა უნდა მივცეთ, რომ დაისვენოს და თვალყური ადევნოს სისხლდენის განვითარებას, ტკივილსა და ცხელებას. რეკომენდებულია სქესობრივი კავშირიდან თავის შეკავება სამედიცინო მომსახურების გამწევ პირთან მომდევნო ვიზიტამდე. მომდევნო ვიზიტზე უნდა მოხდეს კონტრაცეფციის საკითხების განიხილვა, თუ ქალს სურს ორსულობის პრევენცია.

დაუდგენელი აბორტი

კლინიკური გამოვლინებები

დაუდგენელი აბორტი ხდება, როცა ახალშობილი კვდება ორსულობის პირველ ნახევარში, მაგრამ ხდება საშვილოსნოში შენარჩუნება. როცა ნაყოფი კვდება, ორსულობის ადრეული სიმპტომები (პირღებინების შეგრძნება, სარძევე ჯირკვლის მგრძნობელობა, გახშირებული შა-

რდვა) ქრება. საშვილოსნო წყვეტს ზრდას და მცირდება ზომაში, რაც ასახავს ამნიონური სითხის შეწოვას და ნაყოფის მაცერაციას (ფერის შეცვლა, დარბილება და საბოლოოდ ქსოვილის დეგრადაცია). ვაგინალური სისხლდენა, წითელი ან ყავისფერი, შეიძლება გამოხატული იყოს ან არ იყოს.

თერაპიული მართვა

ულტრაბგერითი გამოკვლევა ადასტურებს ნაყოფის სიკვდილს გესტაციური პარკის ან ნაყოფის დაფიქსირებით, რომელიც ძალიან პატარაა ნავარაუდებ გესტაციურ ასაკთან შედარებით. ნაყოფის გულისცემის დაფიქსირება არ ხდება. ორსულობის ტესტმა, რომელიც განისაზღვრება hCG-დონით, უნდა აჩვენოს პლაცენტალური ჰორმონის წარმოქმნის შემცირება.

უმეტეს შემთხვევაში, საშვილოსნოს შიგთავსის გამოძევება უნდა მოხდეს სპონტანურად, მაგრამ ეს არის ემოციურად ძნელი, მას შემდეგ, რაც ქალმა იცის, რომ მისი ნაყოფი ცოცხალი აღარ არის. ამიტომ, მისი საშვილოსნო ხშირად თავისუფლდება ყველაზე შესაფერისი მეთოდით. პირველი ტრიმესტრის დაუდგენელი აბორტისთვის, უხშირესად D&C ჩატარება ხდება. თუ დაუდგენელი აბორტი ხდება მეორე ტრიმესტრში, როცა ნაყოფი შედარებით დიდი ზომისაა D & E კეთდება ან გამოიყენება ვაგინალური პროსტაგლანდინი E2 (PGE2) ან მიზოპროსტოლი (ცაიტოტეკი) საშვილოსნოს შეკუმშვების ინიცირებისა და ნაყოფის გამოძევების მიზნით. D&C გაკეთება შეიძლება გახდეს საჭირო პლაცენტის მოშორებისთვის.

დაუდგენელი აბორტის ორი მთავარი გართულება არის ინფექცია და დისემინირებული სისხლძარღვშიდა შედედება (DIC). ნიშნები, როგორიცაა ტემპერატურის მატება, ცუდი სუნის ვაგინალური გამონადენი და მუცლის ტკივილი, მიანიშნებს საშვილოსნოსშიდა ინფექციას და საშვილოსნოს ევაკუაცია გადავადებულია, სანამ არ მოხდება კულტურის ანალიზის გაკეთება და ანტიმიკრობული თერაპიის დაწყება.

განმეორებითი სპონტანური აბორტი

კლინიკური გამოვლინებები

განმეორებითი სპონტანური აბორტი ხშირად განისაზღვრება როგორც სამი ან მეტი სპონტანურ აბორტი (ზოგი ავტორის მიხედვით ორ ან მეტი სპონტანური აბორტი). განმეორებითი აბორტების პირველად მიზეზად ითვლება გენეტიკური ან ქრომოსომული, ასევე რეპროდუქციული ორგანოების ანომალიები, როგორიცაა ორრქიანი საშვილოსნო ან ყელის უკმარისობა. განმეორებითი სპონტანური აბორტის დამატებითი მიზეზები შეიძლება იყოს ლუთეინურ ფაზაში პროგესტერონის არასაკმარისი სეკრეცია. ასევე შესაძლოა ადგილი ჰქონდეს იმუნურ რეაქციას, რომელიც მოიცავს ლეიკოციტარული რეაქციის არსებობას, როგორც ღრუში მოხვედრილი სპერმის ისე განაყოფიერებული კვერცხუჯრედის მიმართ. თეორია მდგომარეობს იმაში, რომ ქალის იმუნოლოგიური სისტემა არ სტიმულირდება, რათა წარმოქმნას მაბლოკირებელი ანტისხეულები, რომელიც იცავს ემბრიონს დედის იმუნური უჯრედებისგან ან სხვა დამაზიანებელი ანტისხეულებიდან. სისტემური დაავადებები, როგორიცაა სისტემური მგლურა და შაქრიანი დიაბეტი, დაკავშირებულია განმეორებით აბორტებთან. რეპროდუქციული სისტემის ინფექციები და ზოგიერთი სქესობრივად გადამდები ინფექციები ასევე დაკავშირებულია განმეორებით აბორტებთან.

თერაპიული მართვა

განმეორებითი სპონტანური აბორტების მართვის პირველი ნაბიჯი არის რეპროდუქციული სისტემის გამოკვლევა, რომ განვსაზღვროთ არსებობს თუ არა ანატომიური დეფექტი. თუ ყელი ან საშვილოსნო ნორმალურია, ქალი და მისი პარტნიორის გადამისამართება ხდება გენეტიკური სკრინინგისთვის (ქრომოსომული ფაქტორების იდენტიფიკაციისათვის (ქრომოსომული ფაქტორები ზრდის განმეორებითი აბორტების შესაძლებლობას).

განმეორებითი ორსულობის შეწყვეტის დამატებითი თერაპიული მკურნალობა დამოკიდებულია აბორტის მიზეზზე. მაგალითად, მკურნალობა შეიძლება შედგებოდეს ქალის დახმარებაში, რომ შეინარჩუნოს ნორმალური სისხლის გლუკოზის დონე თუ შაქრიანი დიაბეტი არის

განმეორებითი აბორტის შესაძლო მიზეზი. ანტიმიკრობული თერაპიის დანიშვნა ხდება ქალებისთვის, რომლებსაც აქვთ რაიმე სახის ინფექცია, ხოლო ჰორმონალური მკურნალობა ინიშნება თუ გვაქვს ნაყოფის ნორმალური იმპლანტაციისა და შენარჩუნების პრობლემა.

განმეორებითი სპონტანური აბორტი შეიძლება გამოწვეული იყოს ყელის უკმარისობით, ანატომიური დეფექტით, რომელიც იწვევს ყელის უმტკივნეულო დილატაციას ორსულობის მეორე ტრიმესტრში. ამ სიტუაციაში, ტარდება სერკლაჟის პროცედურა - ყელზე ნაკერების დადება ადრეული დილატაციის პრევენციისთვის. სერკლაჟის გაკეთება ყველაზე მეტად წარმატებულია თუ ის ყელის დილატაციამდე ან საშვილოსნოს ყელში მემბრანების გამობერვამდე ჩატარდება. ნაკერების მოცილება ხდება სრულ ვადაზე, როცა ხდება მომზადება ვაგინალურად მშობიარობისთვის ან შეიძლება მათი ადგილზე დატოვება, თუ საკეისრო კვეთის ოპერაცია იგეგმება. პროფილაქტიკური ანტიბიოტიკების დანიშნვნა ხდება თუ ქალი არის ინფექციის გაზრდილი რისკის ქვეშ. ნაადრევი მშობიარობა შეიძლება კვლავ მოხდეს , მაგრამ თუ ნაკერმა ეფექტურად იმუშავა და მშობიარობა არ მოხდება მესამე ტრიმესტრამდე, ალბათობა იმისა, რომ ნაყოფი უკვე სიცოცხლისუნარიანი იქნება, მაღალია.

Rh იმუნო გლობულინები (RhoGAM) ენიშნება არასენსიტიზირებულ Rho (D) ნეგატიურ დედას, რომ მოხდეს ანტი-Rh ანტისხეულების განვითარების პრევენცია. მიკროდოზის (50mcg) დანიშვნა ხდება ქალებში, რომლის ნაყოფიც 13 გესტაციურ კვირაზე ნაკლებია აბორტის დროს.

პაციენტის მოვლასთან დაკავშირებული მსჯელობა

ექთნებმა მხედველობაში უნდა მიიღონ ქალების ფსიქოლოგიური საჭიროებები, რომლებიც განიცდიან სპონტანურ აბორტს. ვაგინალური სისხლდენა იწვევს შიშს და მოცდა და ყურება ხშირად არის რთული (თუმცა, ეს შესაძლოა ერთადერთი რეკომენდებული მკურნალობის მეთოდი იყოს). ბევრი ქალი და მათი ოჯახები გრძნობენ დანაკარგის შეგრძნებას და მწუხარებას სპონტანური აბორტის გამო. მწუხარება ხშირად შედგება დანაშაულისa და სპეკულაციის შეგრძნებისგან იმის გამო, რომ ქალს შეეძლო რამის გაკეთება დანაკარგის თავიდან ასაცილებლად. ექთნები შეიძლება დაეხმარონ იმის გარკვევაში, რომ აბორტი ხშირად ხდება ფაქტორებისa და ანომალიების შედეგად, რომლის თავიდან აცილებაც რაიმე ჩარევის შედეგად შეუძლებელი იქნებოდა.

ბრაზი, იმედგაცრუება ან მოწყენილობა არის ხშირად განცდილი ემოციები, ასევე ამ გრძნობების ინტენსივობა შეიძლება განსხვავდებოდეს. ბევრი ადამიანი, ჯერ სანამ ნაყოფი განივითარებს სპეციფიურ ფიზიკურ მახასიათებლებს, დამწუხრებულია თავიანთი ფანტაზიების გამო, როცა წარმოდგენილი ჰყავდათ უნახავი, დაუბადებელი ბავშვი. გააზრება, თუ რას ნიშნავს დანაკარგი თითოეული ქალისთვის და ასევე მისი ახლობელი ადამიანებისთვის, მნიშვნელოვანია. ექთნებმა ყურადღებით უნდა უსმინონ თუ რას ამბობს ქალი და დააკვირდეს მის ქცევებს. ქალს ან წყვილს შეიძლება სურდეს საკუთარი მწუხარების გამოხატვა, მაგრამ ეგონოთ რომ ოჯახი, მეგობრები და ხშირად სამედიცინო პერსონალი მათ დანაკარგს სათანადოდ არ აღიქვამს. ექთანმა უნდა გამოხატოს მათი მიმღებლობა იმ განცდების მიმართ, რასაც წყვილი გამოხატავს. წყვილი უნდა დარჩეს ერთად, რამდენადაც შესაძლებელია. ექთანმა უნდა მიაწოდოს წყვილს ინფორმაცია მარტივად და მოკლედ, აუხსნას თუ რა მოხდა და რა მოხდება. ოჯახმა უნდა გააthვითცნობიეროს, რომ მწუხარება შეიძლება გაგრძელდეს 6 თვიდან ერთ წლამდე ან შეიძლება უფრო ხანგრძლივადაც. ოჯახის გვერდში დგომა, მწუხარების პროცესის ცოდნა, სულიერი წინამძღოლები და სხვა იგივე პრობლემის მქონე წყვილთან ემოციის გაზიარება შეიძლება დაეხმაროთ წყვილებს სტრესის გადატანაში. ახალი ორსულობისთვის მზადება წინა ორსულობის დაკარგვის მერე შეიძლება უფრო რთული იყოს ქალისთვის. ამ დროს უმჯობესია, თუ ქალი მიიღებს მენტალური ჯანმრთელობის სერვისებსაც.

დისემინირებული სისხლძარღვშიდა კოაგულაცია.

DIC ანუ კოაგულოპათია, არის კოაგულაციის სიცოცხლისთვის საშიში დეფექტი, რაც შეიძლება მოხდეს ორსულობის სხვადასხვა გართულების დროს, როგორიცაა პლაცენტის აცლა ან ჰიპერტენზია. ანტიკოაგულაციასთან ერთად, შეუსაბამო კოაგულაცია ასევე ხდება მიკროცირკულაციაში. გარდა ამისა, მცირე ზომის ფოლაქები წარმოიქმნება მცირე ზომის სისხლძარღვებში, რაც იწვევს სისხლის დინების ბლოკირებას ორგანოებში და იშემიას.

დაავადებები, რომელიც იწვევს DIC, იყოფა სამ კატეგორიად:

1. სისხლის მიმოქცევაში ქსოვილის თრომბოპლასტინის ინფუზია, რომელიც მოიხმარს სხვა შემადედებელ ფაქტორებს, როგორიცაა ფიბრინოგენი და თრომბოციტები. თრომბოპლასტინის დიდი რაოდენობით გადასვლა ქალის ორგანიზმში შესაძლოა მოხდეს ისეთი მდგომარეობების დროს, როგორიცაა პლაცენტის აცლა (ნაადრევი მოცილება) და მკვდარი ნაყოფის გახანგრძლივებული შენარჩუნება, რადგან პლაცენტა მდიდარია თრომბოპლასტინით;
2. მდგომარეობები, რომელიც ხასიათდება ენდოთელიუმის დაზიანებით: მძიმე პრეეკლამპსია და HELLP (ჰემოლიზი, ღვიძლის ფერმენტების მომატებული დონე და დაბალი თრომბოციტების დონე) სინდრომი, ხასიათდება ენდოთელიუმის დაზიანებით;
3. ზოგიერთი დაავადების არასპეციფიური ეფექტი: დაავადებები, როგორიცაა დედის სეფსისი ან ამნიონური სითხის ემბოლია.

DIC იწვევს ზედმეტ სისხლდენას ნებისმიერი დაზიანებული ადგილიდან, როგორიცაა IV პუნქციის ადგილები, ჭრილობის ადგილები, ღრძილები ან ცხვირი, სისხლდენა ასევე მოსალოდნელია ისეთი ადგილებიდან, როგორიცაა პლაცენტის მიმაგრების ადგილი პოსტპარტუმ პერიოდის განმავლობაში.

ლაბორატორიული კვლევები ეხმარება ექიმებს დიაგნოზის დასმაში. ფიბრინოგენისა და თრომბოციტების დონე ხშირად შემცირებულია, პროთრომბინის დრო (PT) და გააქტიურებული არასრული თრომბოპლასტინის დრო (aPTT) შეიძლება გახანგრძლივდეს. ფიბრინოგენის დეგრადაციის პროდუქტების დონე, ყველაზე სენსიტიური განმსაზღვრელი, მომატებულია. D-dimer ანალიზი, რომელსაც ნორმალურად აქვს ნეგატიური შედეგები, ადასტურებს ფიბრინის დაყოფის პროდუქტის არსებობას (FSP) და მიანიშნებს DIC-ის სავარაუდო არსებობას, როცა შედეგები დადებითია.

DIC მკურნალობაში პრიორიტეტულია გამომწვევი მიზეზის გამოსწორება. დაუდგენელი აბორტის შემთხვევაში, ნაყოფისა და პლაცენტის გამოძევება აჩერებს თრომბოპლასტინის წარმოქმნას, რომელიც როგორც საწვავი, ისე მოქმედებს პროცესზე. სისხლის შემცველელი პროდუქტები, როგორიცაა მთლიანი სისხლი, ერითროციტული მასა, კრიოპრეციპიტატის დანიშვნა ხდება საჭიროებისამებრ, რომ მოხდეს მოცირკულირე სისხლის მოცულობის შევსება და ორგანოების უჯრედებამდე ჟანგბადის ტრანსპორტი.

პაციენტის მოვლასთან დაკავშირებული მსჯელობა

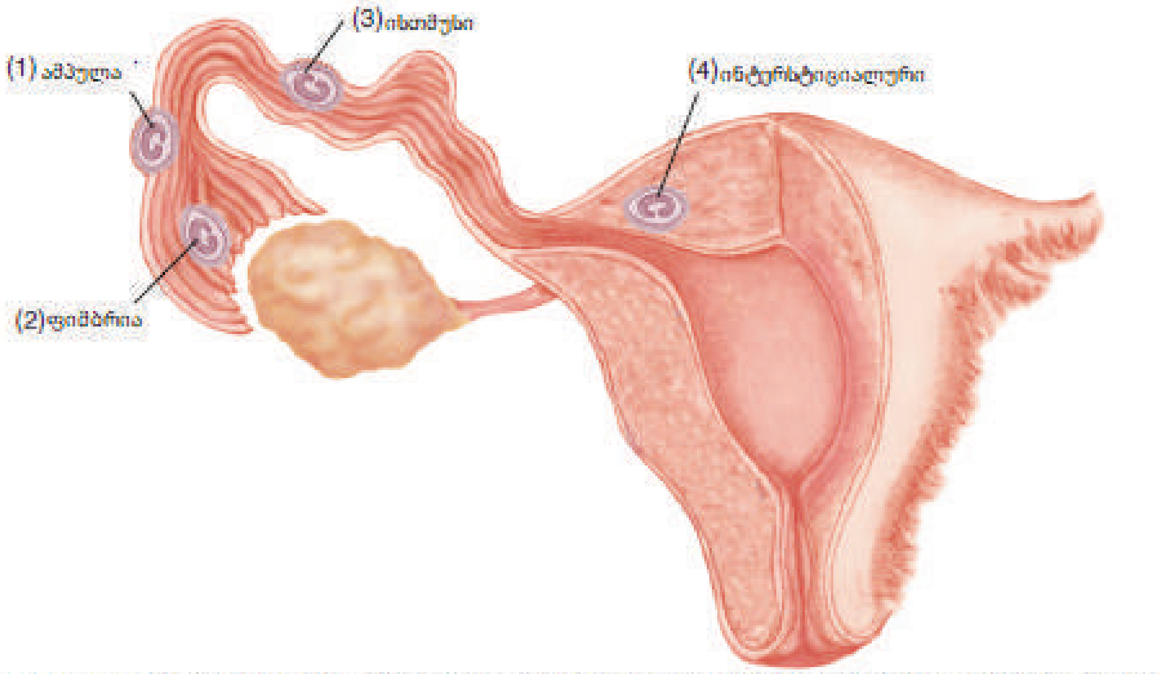
ქალის მოვლის დროს, რომელსაც აქვს ნებისმიერი ის დაავადება, რომელიც ზრდის DIC რისკს, ექთანი უნდა დააკვირდეს სისხლდენას გაუთვალისწინებელი ადგილებიდან. IV შეყვანის ან ანალიზების ჩატარებისთვის ნიმუშების აღების ადგილებიდან, ცხვირიდან სისხლდენა ან სპონტანური დალურჯებები შეიძლება DIC-ის ადრეული ნიშანი იყოს. ასევე, თუ მისი კოაგულაციური ანალიზები მნიშვნელოვნად გადახრილია ნორმიდან, ეპიდურალური ბლოკირება შეიძლება უკუნაჩვენები იყოს სპინალურ არხში შესაძლო სისხლისდენის გამო, ამიტომ უნდა მოხდეს სამშობიარო ტკივილის მართვის სხვა სახეობის განხილვა.

ექტოპიური ორსულობა

ექტოპიური ორსულობა არის განაყოფიერებული კვერცხუჯრედის იმპლანტაცია საშვილოსნოს ღრუს გარეთ. ასევე იმპლანტაცია შეიძლება მოხდეს მუცელში ან ყელში, 98%-ზე მეტი ექტოპიური ორსულობის ხდება ფალოპის მილში. სურათი 11-2 გვაჩვენებს ექტოპიური ორსულობის ხშირ ადგილებს.

ექტოპიურ ორსულობას “რეპროდუქციულ კატასტროფას” უწოდებენ, მიუხედავად მისი აღმოჩენის სიმარტივისა, ექტოპიური ორსულობა სისხლდენისა და ქალის სიკვდილის ერთ-ერთი მნიშვნელოვანი მიზეზია.

ქალს, რომელსაც აქვს ექტოპიური ორსულობის შედეგად განვითარებული მილის დაზიანება, მომდევნო ორსულობის დადგომის ალბათობა მცირდება.



სურათი 11-2, ექტოპიური ორსულობის ადგილები , რიცხვები მიანიშნებენ თანმიმდევრობას შემთხვევების, გამოვლინების მიხედვით

ეტიოლოგია

უხშირესად, ექტოპიური ორსულობა დაკავშირებულია რეპროდუქციული ასაკის ქალებში ფალოპის მილებში ნაწიბურების განვითარებასთან, რაც გამოწვეულია მენჯის ორგანოების ინფექციებით, ანთებითი პროცესითა და ჩატარებული ქირურგიული ჩარევებით.

მენჯის ორგანოების ინფექცია ხშირად დაკავშირებულია ქლამიდიისა და ნეისერია გონორეას ინფექციებთან. მილების წარუმატებელი ლიგაცია, თუნდაც ძალიან ადრე გაკეთებული და გადატანილი ექტოპიური ორსულობა, ასევე, ზრდის ექტოპიური ორსულობის რისკს ფალოპის მილებში. ექტოპიური ორსულობის შემთხვევების რისკი უფრო დიდია ქალებში, რომელსაც ჩატარებული აქვთ ხელოვნური განაყოფიერება, რაც სავარაუდოდ გამოწვეულია მილების პრობლემებით. კონტრაცეპტივები, როგორიცაა საშვილოსნოს შიდა კონტრაცეპტიული საშუალებები ან დაბალ დოზიანი პროგესტერონის აბები დაკავშირებულია ექტოპიური ორსულობის გაზრდილ რისკთან. თუმცა, 40% ან მეტი ექტოპიური ორსულობისა, გვხდება ქალებში რომლებშიც არ არის განსაზღვრული რისკ-ფაქტორები.

ექტოპიური ორსულობის დამატებითი მიზეზები არის დაგვიანებული ან მოუმწიფებელი ოვულაცია, განაყოფიერებული კვერცხუჯრედის მისწრაფება, რომ იმპლანტაცია მოახდინოს საშვილოსნოს ღრუში ჩასვლამდე და მილების შეცვლილი მოძრაობა ესტროგენისა და პროგესტერონის დონის ცვლილების საპასუხოდ, რომელიც ხდება ჩასახვის დროს. მრავლობითი ინდუცირებული აბორტები ზრდის მილების ორსულობის რისკს, რაც სავარაუდოდ სალპინგიტის (ფალოპის მილების ინფექცია) გამო ხდება, (სამახსოვრო 11-1) .

კლინიკური გამოვლინებები

ექტოპიური ორსულობის კლასიკური ნიშნებია:

- გამოტოვებული მენსტრუალური პერიოდი;
- დადებითი ორსულობის ტესტი;
- მუცლის ტკივილი;
- ვაგინალური “სისხლის წვეთები”;

სხვა ნიშნები და სიმპტომები დამოკიდებულია იმპლანტაციის ადგილზე. თუ იმპლანტაცია მოხდა ფალოპის მილის დისტალურ ბოლოში, რომელსაც შეუძლია გაზარდოს ემბრიონი მეტი ხნის განმავლობაში, ქალს შეიძლება თავიდან ჰქონდეს ორსულობის ჩვეული ნიშნები და ეგონოს, რომ ორსულობა ნორმალურად მიმდინარეობს. ორსულობის ადრეულ ვადებში ხანგამოშვებითი მუცლის ტკივილი და მცირე რაოდენობით ვაგინალური სისხლდენა ხდება და თავდაპირველად ამან შეიძლება შეცდომაში შეგვიყვანოს მოსალოდნელი აბორტის დიაგნოზში. თუმცა, რადგან რუტინული ულტრაბგერითი კვლევა ორსულობის დასაწყისში ხშირია, ამის გამო იშვიათი არ არის ექტოპიური ორსულობის დიაგნოზის დასმა სიმპტომების დაწყებამდე.

თუ იმპლანტაცია მოხდა ფალოპის მილის პროქსიმალურ ნაწილში, მილის გახეთქვა შეიძლება მოხდეს გამოტოვებული მენსტრუალური ციკლიდან 2-3 კვირაში, რადგან მილი ვიწროა ამ ნაწილში. ამ დროს შესაძლოა გამოვლინდეს შემდეგი სიმპტომები: უცაბედი, ძლიერი ტკივილი მუცლის ერთ-ერთ ქვედა კვადრანტში, როგორც კი მილი გასკდება და ემბრიონი გამოვარდება მენჯის ღრუში, რასაც ხშირად მოჰყვება მასიური მუცელშიდა სისხლდენა. ტკივილის ირადიაცია ბეჭის ძვლის ქვევით შეიძლება მიანიშნებდეს მუცელშიდა სისხლდენას, რაც შესაძლოა გამოწვეული იყოს ფრენიკული ნერვის გაღიზიანებით. ჰიპოვოლემიური შოკი (მწვავე პერიფერიული სისხლის მიმოქცევის მოშლა, რომელიც გამოწვეულია მოცირკულირე სისხლის დაკარგვით) მთავარი საყურადღებო მდგომარეობაა, რადგან შოკის სისტემური ნიშნები სწრაფად ვითარდება და ზოგჯერ არაა მანიფესტირებული სისხლდენა.

სამახსოვრო 11-1 , ექტოპიური ორსულობის რისკ-ფაქტორები
წარსულში ექტოპიური ორსულობები; ყველაზე ხშირი შემთხვევა დაფიქსირებულია 25-34 წლის ასაკში; წარსულში სქესობრივი გზით გადამდები ინფექციები (გონორეა, ქლამიდეა); მრავლობითი სექსუალური პარტნიორი; კვერცხსავალი მილების სტერილიზაცია და მილების რეკონსტრუქცია; უნაყოფობა; დამხმარე რეპროდუქტოლოგიური ტექნოლოგიები და საშვილოსნოსშიდა ჩასახვის საწინააღმდეგო საშუალებები; მრავლობითი ხელოვნურად გამოწვეული აბორტი.

დიაგნოზი

ტრანსვაგინალური ულტრაბგერითი კვლევისა და ბეტა-hCG განსაზღვრა ექტოპიური ორსულობის ადრეული დეტექციის საშუალებას გვაძლევს. ანომალიურ ორსულობაზე ეჭვის მიტანა ხდება თუ ბეტა- hCG მომატებულია, მაგრამ უფრო დაბალი დოზით, ვიდრე მოსალოდნელია. თუ გესტაციური პარკის ვიზუალიზაცია არ ხერხდება და hCG მომატებულია, ექტოპიური ორსულობის დიაგნოზი შეიძლება დავსვათ დიდი დარწმუნებით. საშვილოსნოსშიდა ორსულობის ვიზუალიზაცია, მთლიანად არ გამორიცხავს ექტოპიურ ორსულობას. ქალს შეიძლება ჰქონდეს საშვილოსნოს შიდა ორსულობა და ამავდროულად ექტოპიური ორსულობაც.

სენსიტიური ორსულობის ტესტის გამოყენება, დედის შრატის პროგესტერონის დონე და მაღალი რეზოლუციის ტრანსვაგინალური ულტრაბგერა ექტოპიური ორსულობის არაინვაზიური დიაგნოსტიკის საშუალებას იძლევა. ლაპარასკოპია (პერიტონეალური ღრუს გამოკვლევა ლაპარასკოპით) ხანდახან შეიძლება საჭირო იყოს გამსკდარი ექტოპიური ორსულობის დიაგნოზის დასმისთვის. ამ დროს ვხედავთ დამახასიათებელ მოლურჯო შესიებას მილში.

თერაპიული მართვა

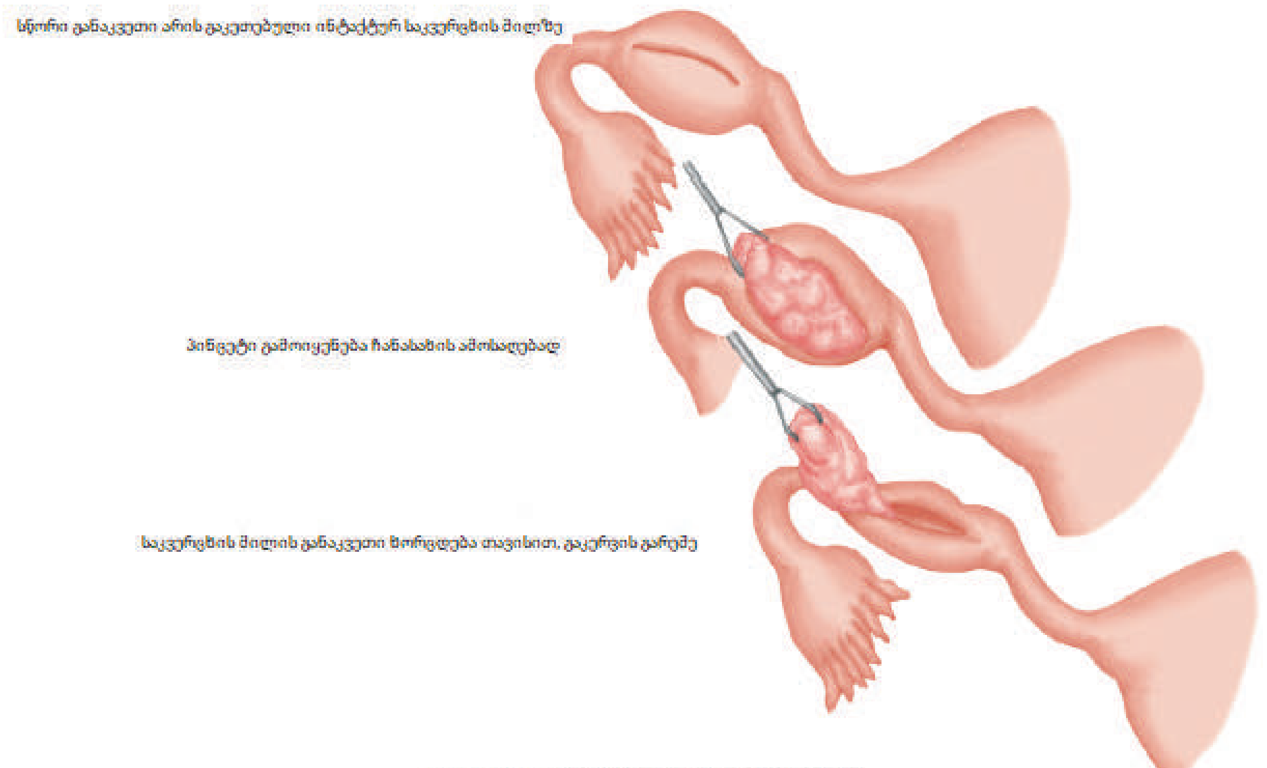
ფალოპის მილში ორსულობის მართვა დამოკიდებულია იმაზე, მილი ინტაქტურია თუ გახეთქილი. მედიკამენტებით მართვა შესაძლებელია თუ მილი გახეთქილი არ არის. სამედიცინო

მართვის მიზანია, შევინარჩუნოთ მილი და გავზარდოთ მომავალი ორსულობის შანსი. ქიმიოთერაპიული წამალი მეტოტრექსატი (ფოლიუმის მჟავის ანტაგონისტი) გამოიყენება, რომ განვითარებადი ემბრიონის უჯრედების გაყოფის ინჰიბიცია მოხდეს.

მილის ორსულობის ქირურგიული გზით მართვა, რომელიც გახეთქილი არ არის, შეიძლება შედგებოდეს სიგრძივი სალფინგოსტომიით, რათა მოხდეს მილის გადარჩენა (სურათი 11-3). სიგრძივი სალფინგოსტომია ასევე შეიძლება გაკეთდეს თუ მილი გახეთქილია, მაგრამ მილის დაზიანება მინიმალურია. მილის გადარჩენა განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია, თუ ქალი დაინტერესებულია მომავალში ორსულობით.

თუ ექტოპიური ორსულობა გამოიწვევს ფალოპის მილის გახეთქვას, თერაპიული მართვის მიზანი არის სისხლდენის კონტროლი და ჰიპოვოლემიური შოკის პრევენცია. როცა ქალის გულ-სისხლძარღვთა სისტემის სტატუსი სტაბილურია, შეიძლება საჭირო გახდეს სალფინგექტომია (მილის მოცილება) სისხლმდენი სისხლძარღვის ლიგაციით. ადრეული დიაგნოზით და მართებული სამედიცინო მართვით, სალფინგექტომია ხდება იშვიათი ჩარევა ექტოპიური ორსულობის მკურნალობისთვის.

Rh იმუნო გლობულინის დანიშვნა ხდება შესაბამის Rho(D) - ნეგატიურ ქალებში.



სურათი 11-3. ხაზოვანი სალფინგოსტომია

პაციენტის მოვლასთან დაკავშირებული მსჯელობა

პაციენტის მოვლაში ფოკუსირება ხდება ჰიპოვოლემიური შოკის პრევენციასა და მის ადრეულად აღმოჩენაზე; ასევე მნიშვნელოვანია ტკივილის კონტროლი და ქალის ფსიქოლოგიური დახმარება. ექთნები აკვირდებიან ქალებს სისხლდენისა და მილის გახეთქვის ნიშნებსა და სიმპტომებზე (მაგალითად., მენჯის, მხრის ან კისრის ტკივილი; თავბრუსხვევა და გონების დაკარგვა, გაზრდილი ვაგინალური სისხლდენა). ექთნები უკეთებენ დანიშნულ ტკივილგამაყუჩებელ მედიკამენტებს და აფასებენ მათ ეფექტურობას ტკივილის ადეკვატური მართვისათვის.

თუ მეტოტრექსატის გამოყენება მოხდა, ექთანმა პაციენტს უნდა აუხსნას ისეთი გვერდითი ეფექტები, როგორიცაა გულისრევის შეგრძნება და პირღებინება. ასევე ქალს უნდა ესმოდეს, რომ მოითხოვოს სამედიცინო დახმარება საშიში სიმპტომების გამოვლენისთანავე. გარდამავალი მუცლის ტკივილი ხდება მეტოტრექსატის თერაპიის დროს, განსაკუთრებით მილიდან ჩანასახის ექსპულსიის დროს. ქალს ასევე უნდა ავუხსნათ, რომ თავი შეიკავოს ალკოჰოლის მიღებისგან (რომელიც ამცირებს მეტოტრექსატის ეფექტს), ვიტამინების მიღებისგან, რომე-

ლიც შეიცავს ფოლიუმის მჟავა და სქესობრივი კონტაქტებისგან, სანამ ბეტა-hCG დეტექცია აღარ გვექნება. თუ მკურნალობა წარმატებით დამთავრდება, ეს ჰორმონი პლაზმიდან გადის 2-3 კვირაში. მომდევნო ვიზიტების გაგრძელება აუცილებელია, რომ მოხდეს hCG ტიტრის მონიტორირება მის სრულ გაქრობამდე. შრატში შენარჩუნებულ hCG დონეს სჭირდება მომდევნო ვიზიტები, რომ მოხდეს ჰორმონის შენარჩუნების მიზეზის დადგენა.

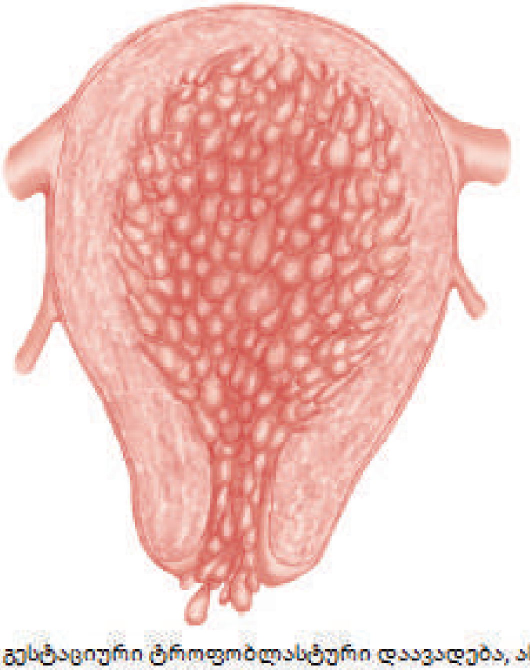
ქალსა და მის ოჯახს დასჭირდება ფსიქოლოგიური დახმარება, რომ გაუკმლავდნენ გაძლიერებულ ემოციებს: ბრაზს, მწუხარებას, დანაშაულის შეგრძნებას და საკუთარი თავის დადანაშაულებას. ქალი ასევე შეიძლება გაღიზიანებული იყოს იმაზე ფიქრით, შეძლებს თუ არა დაორსულებას მომავალში. ქალი შეიძლება განერვიულებული იყოს თუ როდის მოახერხებს განმეორებით ორსულობას და არსებობს თუ არა იგივე რისკ-ფაქტორები მომდევნო ორსულობის დროს. ექთნებმა უნდა განუმარტონ ექიმის ახსნა და გამოიყენონ თერაპიული კომუნიკაციური თეორიები, რაც დაეხმარება ქალს გაუმკლავდეს ნერვიულობას.

გესტაციური ტროფობლასტური დაავადება (ქორიონადენომა, ბუშტნამქერი)

ბუშტნამქერი არის ერთ-ერთი გესტაციური ტროფობლასტური დაავადების სახეობა, რომელიც დაკავშირებულია ტროფობლასტების (პერიფერიული უჯრედები, რომელიც ამაგრებს განაყოფიერებულ კვერცხუჯრედს საშვილოსნოს კედელზე) პათოლოგიურ განვითარებასთან. პათოლოგიური ზრდის გამო, პლაცენტის განვითარების პათოლოგია ვითარდება და ამ შემთხვევაში ნაყოფს აქვს მომაკვდინებელი ქრომოსომული დეფექტი. გესტაციური ტროფობლასტური დაავადება ხასიათდება ქორიონის ხაოების პროლიფერაციითა და შეშუპებით. სითხით სავსე ხაოები წარმოქმნის ყურძნის მტევნის მაგვარ ქსოვილის გროვებს, რომელიც შეიძლება ისე ჩქარა დაიყოს, რომ საშვილოსნო აავსოს როგორც უფრო დიდი ვადის ორსულობის დროს (სურათი 11-4). ბუშტნამქერი შეიძლება იყოს სრული, ნაყოფის გარეშე ან ნაწილობრივი, ნაყოფის ქსოვილით და მემბრანებით.

ეტიოლოგია

ამერიკის შეერთებულ შტატებსა და ევროპაში, ბუშტნამქერის შემთხვევა არის ერთი ყოველ 1000-1500 ორსულობაში. მისი განვითარების მნიშვნელოვანი ფაქტორია ასაკი. ბუშტნამქერის სიხშირე ყველაზე მაღალია რეპროდუქციული ცხოვრების ბოლოსკენ. შემთხვევები უფრო მაღალია აზიელ ქალებში. ქალს, რომელსაც ჰქონდა ერთი ბუშტნამქერით ორსულობა, უფრო დიდი რისკი აქვს, რომ მომდევნო ორსულობის დროსაც იგივე განმეორდეს. ხანგრძლივმა გესტაციურ- ტროფობლასტურმა დაავადებამ შეიძლება განიცადოს მალიგნანტური ცვლილება (ქორიოკარცინომა) და შეიძლება მეტასტაზირება მოახდინოს ისეთ ადგილებში, როგორიცაა ფილტვები, ვაგინა, ღვიძლი და თავის ტვინი.



სურათი 11- 4, გესტაციური ტროფობლასტური დაავადება, ასევე სახელწოდებით ქორიონადენომა (ბუშტნამქერი)

სრული ბუშტნამქერი ჩნდება, როცა კვერცხუჯრედის განაყოფიერება ხდება სპერმით, რომელიც აორმაგებს საკუთარ ქრომოსომებს, სანამ დედის ქრომოსომები საკვერცხეში არააქტიურია. ნაწილობრივი ბუშტნამქერის დროს, დედის ნაწილი ჩვეულებრივ არსებობს, მაგრამ მამის ნაწილი გაორმაგებულია და ამიტომ კარიოტიპი არის ტრიპლოიდური (69, XXY ან 69,XYY). თუ ნაყოფის იდენტიფიცირება მოხდება ნაწილობრივი ბუშტნამქერით, ის მთლიანად პათოლოგიურია ანომალიური ქრომოსომული შემადგენლობის გამო.

კლინიკური გამოვლინებები

ულტრაბგერის რუტინულად გამოყენება ადრეული ბუშტნამქერის დიაგნოსტირების საშუალებას იძლევა, ხშირად მანამდეც კი, სანამ დაავადების გართულებული გამოვლინებები გვექნება. ბუშტნამქერის შესაძლო ნიშნები და სიმპტომებია:

- ბეტა-hCG უფრო მაღალი დონე, ვიდრე გესტაციის ვადას შეესაბამება;
- დამახასიათებელი “ქარბუქის” გამოსახულება ულტრაბგერაზე, რომელიც აჩვენებს ბუშტუკოვან ჩანართებს და სანაყოფე პარკის არ არსებობას ან ნაყოფის გულისცემის არ არსებობას სრული ბუშტნამქერით ორსულობის დროს;
- საშვილოსნო გესტაციის მოსალოდნელ ასაკთან შედარებით უფრო დიდია;
- ვაგინალური სისხლდენა, რომელიც მერყეობს მუქი ყავისფერი წვეთებიდან ჭარბ სისხლდენამდე;
- ზედმეტი გულისრევის შეგრძნება და პირღებინება (HEG), რომელიც შეიძლება დაკავშირებულია ბეტა- hCG მაღალ დონესთან;
- პრეეკლამფსიის ადრეული განვითარება, რომელიც იშვიათად დიაგნოზირდება 24 კვირამდე, სხვა ყველა მხრივ ნორმალურად მიმდინარე ორსულობის დროს.

დიაგნოზი

ბეტა - hCG დონის კვლევა ამ ჰორმონის პათოლოგიურად მაღალი დონის განსაზღვრის საშუალებას გვაძლევს. მკურნალობის შემდეგ, ბეტა-hCG დონის გაზომვა ხდება, რომ განვსაზღვროთ მისი დაცემა და შემდეგ გაქრობა.

დამატებითი ულტრაბგერითი გამოკვლევა საშუალებას გვაძლევს მოვახდინოთ დიფერენციალური დიაგნოზი ბუშტნამქერის ორივე სახეობას შორის:

(1) ნაწილობრივი ბუშტნამქერი, რომელიც შედგება ნაყოფის ქსოვილისა და მემბარანებისგან;

(2) სრული ბუშტნამქერი, რომელიც შედგება მხოლოდ გადიდებული ხაოებისგან, მაგრამ არ შეიცავს ნაყოფის ქსოვილსა და მემბრანებს.

თერაპიული მართვა

სამედიცინო მართვა შედგება ორი ფაზისგან: (1) ბუშტნამქერის ტროფობლასტური ქსოვილის ევაკუაცია და (2) ქალზე გახანგრძლივებული დაკვირვება, რათა მოხდეს ნებისმიერი დარჩენილი ტროფობლასტური ქსოვილის მალიგნანტური ცვლილებების დეტექცია. ამავდროულად, ქალის მკურნალობა ხდება ნებისმიერ პრობლემაზე, როგორიცაა პრეეკლამფსია ან HEG.

ევაკუაციამდე, გულმკერდის რადიოგრაფიის, კომპიუტერული ტომოგრაფიის (CT) ან მაგნიტურ-რეზონანსული ტომოგრაფიის გაკეთება ხდება მეტასტაზური დაავადების დეტექციისთვის. სისხლის სრული ანალიზი, კოაგულაციური სტატუსის ლაბორატორიული გამოკვლევა და სისხლის ჯგუფის სკრინინგი ან ურთიერთრეაქცია ასევე საჭიროა იმ შემთხვევაში, თუ ტრანსფუზიის საჭიროება დადგა. სისხლის ქიმიური ანალიზის გაკეთება ხდება რენალური, ჰეპატიკური და თიროიდული ფუნქციის გამოსკვლევად.

ბუშტნამქერის მოცილება ხშირად ხდება ვაკუუმ ასპირაციით, რასაც მოყვება კიურეტაჟი (გამოფხეკა), ქსოვილის მოცილების შემდეგ, IV ოქსიტოცინის დანიშვნა ხდება საშვილოსნოს შესაკუმშად. ოქსიტოცინით საშვილოსნოს სტიმულაციის თავიდან აცილება მნიშვნელოვანია ევაკუაცი-

ამდე. საშვილოსნოს შეკუმშვებმა შეიძლება გამოიწვიოს ტროფობლასტური ქსოვილის გადასვლა საშვილოსნოს დიდ ვენურ სინუსოიდებში, რაც იწვევს ქსოვილის ემბოლიზაციასა და რესპირატორულ დისტრესს. აღებული ქსოვილი იგზავნება ლაბორატორიული გამოკვლევისთვის. ბუშტნამქერი ხშირად კეთილთვისებიანი პროცესია, თუმცა შესაძლოა ქორიოკარცინომაც განვითარდეს.

შემდგომი დაკვირვება კრიტიკულად მნიშვნელოვანია, რათა მოხდეს იმ ცვლილებების დეტექცია, რაც ტროფობლასტურ ავთვისებიანობას მიანიშნებს. ბეტა- hCG განმეორება ხდება 6 კვირაზე პოსტპარტუმ პერიოდში. შემდგომი დაკვირვების პროტოკოლი მოიცავს შრატის ბეტა-hCG დონის ყოველთვიურად შემოწმებას 6 თვის განმავლობაში, შემდეგ ყოველ 2-3 თვეში 6 თვის განმავლობაში, სანამ არ მივიღებთ სამჯერ ნორმალურ მაჩვენებელს. შენარჩუნებული ან მზარდი ბეტა-hCG დონე მიგვანიშნებს გახანგრძლივებულ გესტაციურ ტროფობლასტურ დაავადებას. ორსულობის თავიდან აცილება უნდა მოხდეს შემდგომი დაკვირვების განმავლობაში, რადგან ბეტა-hCG დონის ნორმალური მატება ორსულობის დროს ქორიოკარცინომის ნიშნებს შეუმჩნეველს გახდის. ამ პერიოდის განმავლობაში გამოიყენება ორალური კონტრაცეპტივები.

პაციენტის მოვლასთან დაკავშირებული მსჯელობა

სისხლდენა არის შესაძლო გართულება ბუშტნამქერის დროს, მაგრამ ემოციური მხარდაჭერა ქალისთვის ასევე მნიშვნელოვანია. ქალი ბუშტნამქერით განიცდის იმავე ემოციებს, როგორც ქალი, ვინც განიცადა ნებისმიერი ტიპის ორსულობის შეწყვეტა. დამატებით, ისინი შეიძლება ნერვიულობდნენ მომდევნო ვიზიტებზე, შესაძლო ავთვისებიან გადაგვარებასა და ორსულობის გადავადების საჭიროებაზე, სულ მცირე ერთი წლით.

პაციენტის მოვლის პროცესის აპლიკაცია

ჰემორაგიული მდგომარეობები ორსულობის ადრეულ ეტაპზე

მიუხედავად იმისა, თუ რა არის ადრეული მშობიარობამდელი სისხლდენების მიზეზი, ექთნები თამაშობენ გადამწყვეტ როლს მის მართვაში. ექთნები არიან პასუხისმგებლები ორსული ქალის მდგომარეობის მონიტორინგზე ექიმებთან ერთად.

შეფასება

ორსულობის დადასტურება და გესტაციის ხანგრძლივობა მნიშვნელოვანი საწყისი ინფორმაციაა, რომელიც უნდა მოვიპოვოთ ქალისგან. ფიზიკური შეფასება ფოკუსირდება სისხლდენის რაოდენობის მონიტორინგსა და აღწერაზე, მის ლოკაციაზე და ტკივილის ხარისხზე. ვაგინალური სისხლდენის რაოდენობის განსაზღვრა საცვლების და საფენების გამოკვლევით ხდება. აუცილებლობის შემთხვევაში, უფრო ზუსტად განსაზღვრეთ საცვლებისა და საფენების აწონვით (1 გ წონით უდრის 1 მლ მოცულობას).

როცა ეკითხებით ქალს, თუ რამდენი სისხლი დაკარგა სახლში, შეეკითხეთ რომ შეადაროს დაკარგული სისხლის რაოდენობა ჩვეულებრივ სითხის საზომს, როგორიცაა სუფრის კოვზი ან ჭიქა. შეეკითხეთ ასევე რამდენი ხანი გრძელდებოდა სისხლდენა და რა მოიმოქმედა მის შესაჩერებლად.

კრიტიკულად სააზროვნო , სავარჯიშო 11-1

ყველა ქალი ვისაც გამოუცდია წინასამშობიარო სისხლდენა და ინვაზიური პროცედურა არიან ინფექციების გაზრდილი რისკის ქვეშ

კითხვა:

რა არის ექთნების მთავარი პასუხისმგებლობა ორსულების მიმართ რომლებიც არიან გაზრდილი ინფექციის რისკის ქვეშ?

სისხლდენას შეიძლება თან ახლდეს ტკივილი. საშვილოსნოს შეკუმშვები ხშირად ასოცირდება სპონტანურ აბორტთან. ღრმა, ძლიერი ტკივილი მენჯის არეში დამახასიათებელია გახეთქილი ექტოპიური ორსულობისთვის. დაიმახსოვრეთ, რომ გახეთქილი ექტოპიური ორსულობის დროს, სისხლდენა შეიძლება ფარული იყოს და ტკივილი იყოს ერთადერთი სიმპტომი.

ქალის სასიცოცხლო მაჩვენებლები და შარდის გამოყოფა არის გულ-სისხლძარღვთა სისტემის სტატუსის მთავარი განმსაზღვრელი. პულსის სიხშირის ზრდა და შარდის გამოყოფის შემცირება დაკავშირებულია ჰიპოვოლემიასთან. სისხლის წნევა ხშირად ეცემა ჰიპოვოლემიური შოკის ბოლოს. შეამოწმეთ ლაბორატორიული მაჩვენებლები ჰემოგლობინისა და ჰემატოკრიტის განსაზღვრისთვის და შეატყობინეთ ნორმისგან გადახრილი მაჩვენებელი მკურნალ გუნდს. შეამოწმეთ ლაბორატორიული მაჩვენებლები კოაგულაციურ ფაქტორებზე, რომ მოხდეს სისხლდენის დამატებითი რისკების გამოვლენა. იდენტიფიცირება გაუკეთეთ ქალს, რომელიც არის Rh - ნეგატიური, რათა მათ მიიღონ RhoGAM.

რადგან ვაგინალური სისხლდენა და საჭირო სამედიცინო ჩარევა შეიძლება დაკავშირებული იყოს ინფექციებთან, შეაფასეთ ქალი ცხელებაზე, გაზრდილ პულსის სიხშირესა და ხანგრძლივ ან სუნიან ვაგინალურ გამონადენზე. შეაფასეთ ოჯახის ცოდნა საჭირო სამომავლო ვიზიტებზე და თუ როგორ უნდა მოხდეს ისეთი გართულებებისგან თავის დაცვა, როგორიც ინფექციაა.

პაციენტის მოვლასთან დაკავშირებული დიაგნოზი

სხვადასხვა კოლაბორაციული პრობლემა ან დიაგნოზები უნდა იყოს გათვალისწინებული ქალებში, რომლებსაც აქვთ ორსულობის ადრეულ ეტაპზე სისხლის დაავადებების, როგორიცაა სისხლდენა, და ასევე ინფექციის, გაზრდილი რისკი. არსებული დიაგნოსტიკური მეთოდები ხშირად საშუალებას გვაძლევს ადრეულად დავსვათ დიაგნოზი, სანამ სისხლდენა განვითარდება. საექთნო დიაგნოზი, რომელიც ესადაგება ადრეული ორსულობის დაავადებებს არის “ცოდნის ნაკლებობა დიაგნოსტიკურ და თერაპიულ პროცედურებზე”.

დაგეგმვა

მოსალოდნელი გამოსავალი შეიძლება იყოს:

- ქალი ვერბალურად გადმოსცემს დიაგნოსტიკური და თერაპიული პროცედურების არსს;
- ქალი ვერბალურად გადმოცემს იმ ზომების არსს, რომელიც უნდა მიიღოს ინფექციის პრევენციისთვის;
- ქალმა იცის ინფექციის ნიშნები, რომელიც უნდა შეატყობინოს მკურნალ გუნდს მათი აღმოჩენის შემთხვევაში;
- მომდევნო ვიზიტების დაგეგმვა-განხორციელება.

ჩარევა

ქალი და მათი ოჯახები ნაკლებს ნერვიულობენ, როცა იციან რა ხდება. აუხსენით დაგეგმილი დიაგნოსტიკური პროცედურები, როგორიცაა ტრანსვაგინალური და ტრანსაბდომინალური ულტრასონოგრაფია, ასევე ტესტების მიზანი, ის თუ რამდენი ხანი გაგრძელდება და ახლავს თუ არა მას დისკომფორტი. მოკლედ აღწერეთ თუ რატომ ტარდება სისხლის ტესტები, როგორიცაა hCG, ჰემოგლობინი, ჰემატოკრიტის ან კოაგულაციური ფაქტორების განსაზღვრა. ახსენით, რომ დიაგნოსტიკური და თერაპიული შეფასება უნდა მოხდეს სწრაფად, სისხლდენის პრევენციისათვის. თუ ქირურგიული ინტერვენცია საჭიროა, აუხსენით ქალს ანესთეზიის არსი და გზა. თანხმობა მოიპოვეთ პაციენტისგან, სანამ პროცედურას დაიწყებთ.

ინფექციის პრევენციის სწავლება ქალისთვის

ინფექციის რისკი არის ყველაზე მაღალი სპონტანური აბორტის ან ოპერაციული პროცედურების შემდგომ პირველი 72 საათის განმავლობაში. პირადი ჰიგიენა უნდა შედგებოდეს ყოველდღიური დუშის მიღებით და ხელების ზედმიწევნით დაბანით საფენის გამოცვლამდე და მერე.

საფენები წინიდან უკან მიმართულებით უნდა იყოს გამოყენებული. არ უნდა იყოს გამოყენებული ტამპონები. ქალებმა უნდა გაიარონ მკურნალ გუნდთან კონსულტაცია სექსუალური ცხოვრების აღდგენის უსაფრთხო დროზე.

მიაწოდეთ კვებაზე ინფორმაცია

საკვები ნივთიერებები და საკმარისი სითხის მიღება ეხმარება სხეულს ინფექციების მიმართ დამცველობითი ფუნქციის შენარჩუნებაში, ამიტომ ექთანმა უნდა შესთავაზონ შესაფერისი და კულტურაზე მისადაგებული დიეტა. ქალებს, რომლებსაც აქვთ ჰემორაგიული გართულებები, არიან ასევე ინფექციის რისკის ქვეშ. მათ სჭირდებათ საკვები, რომელშიც არის მაღალი დოზით რკინა ჰემოგლობინის და ჰემატოკრიტის მაჩვენებლების შესანარჩუნებლად (როგორიცაა ღვიძლი, წითელი ხორცი, ისპანახი, კვერცხი გული, სტაფილო და ქიშმიში). დიდი რაოდენობით C ვიტამინს შეიცავს ციტრუსოვანი ხილი, ბროკოლი, მარწყვი, ნესვი, კომბოსტო და წითელი წიწაკა. საკმარისი სითხის მიღება (2500 მლ დღეში) იწვევს ჰიდრაციას სისხლდენის ეპიზოდების მერე და ინარჩუნებს მომნელებელ ფუნქციებს.

რკინის პრეპარატების დანიშვნა ხშირად ხდება და ქალს შეიძლება დასჭირდეს ინფორმაცია, თუ როგორ შეიმსუბუქოს კუჭ-ნაწლავის პრობლემები, რკინის პრეპარატების მიღებით გამოწვეული. საჭმლის მონელების პრობლემები ნაკლებია, თუ რკინის მიღება ხდება საკვებთან ერთად. რკინის პრეპარატებს, რომლებსაც არა აქვთ სწრაფი გამოთავისუფლების თვისებები, პაციენტები უფრო მარტივად ეგუებიან. ბოჭკოვანი და სითხით მდიდარი დიეტა ეხმარება პაციენტებს შეამციროს ხშირად ასოცირებული პრობლემა - კონსტიპაცია (კუჭში შეკრულობა, ყაბზობა).

პაციენტს განუმარტეთ და აუხსენით ინფექციის ნიშნები, რათა დროულად მოხდეს სამედიცინო პერსონალის ინფორმირება.

დარწმუნდით, რომ ქალს აქვს სახლში თერმომეტრი და იცის, როგორ გამოიყენოს. უთხარით, რომ გაიზომოს ტემპერატურა ყოველ 8 საათში, პირველი სამი დღის განმავლობაში. ასწავლეთ ქალს მიმართოს სამედიცინო დახმარებას თუ ტემპერატურა 38^{0} C-ზე მაღლა აიწევს ან ისე მოიქცეს, როგორც ექიმმა მისცა ინსტრუქცია. ასევე, უნდა დააკვირდეს ინფექციის სხვა ნიშნებს , თუნდაც არ ჰქონდეს ცხელება, მაგალითად, ცუდი სუნის მქონე ვაგინალური გამონადენი, მენჯის დაჭიმულობა ან მუდმივად შენარჩუნებული ზოგადი სისუსტე.

დააზუსტეთ მომდევნო ვიზიტები

შემდგომი პროცედურები, როგორიცაა განმეორებითი ულტრაბგერითი გამოკვლევა ან შრატში ბეტა- hCG დონის განსაზღვრა, შეიძლება საჭირო იყოს ქალისთვის, რომელსაც აღენიშნებოდა გესტაციური ტროფობლასტური დაავადება, როგორიცაა ბუშტნამქერი. იმუნოლოგიური და გენეტიკური ტესტებისა და ასევე კონსულტაციის შეთავაზება ხდება წყვილებზე, რომლებსაც აქვთ განმეორებითი აბორტები. ყველა წყვილს, ორსულობის დანაკარგით, უნდა გაეწიოს კონსულტაცია პროფესიონალი ექიმების მიერ და მიეცეს სათანადო რეკომენდაციები.

კრიტიკული სააზროვნო სავარჯიშო 11-2

ლიკას, 24 წლის ასაკის ორსულს, აქვს არასრული აბორტი 12 კვირის გესტაციაზე. საავადმყოფოში მიღებისას მოხდა ინტრავენური სითხეების დანიშვნა და სისხლის აღება სისხლის ჯგუფის დასადგენად და ასევე სკრინინგისთვის. ვაკუუმ ექსტრაქცია კურეტაჟით იყო ჩატარებული, რათა მომხდარიყო ჩარჩენილი პლაცენტის ქსოვილის მოცილება. მოხდა მისი გაწერა სახლში სისხლდენის შეწყვეტის შემდეგ. ექთანმა გაწერის დროს დაამშვიდა პაციენტი: "როცა ეს ხდება, ეს არის უკეთესი გამოსავალი, და გაგიმართლათ, რომ ეს მოხდა ადრეულ ეტაპზე" , "თქვენ შეძლებთ გყავდეთ სხვა ბავშვები"

კითხვები

1. რა ივარაუდა ექთანმა? როგორ შეიძლება ამ სიტყვებმა იმოქმედოს ქალზე, რომლემაც გადაიტან სპონტანური აბორტი ?
2. არის თუ არა დამამშვიდებელი ქალისთვის იმის თქმა, რომ შეუძლია სხვა ბავშვების გაჩენა? რატომ და რატომ არა?
3. თუ ექთნის სიტყვები არ იყო დამამშვიდებელი, როგორი მიდგომა იქნებოდა უფრო მეტად გამართლებული ალისასთვის?

ამ დროისთვის, გაითავისეთ მათი მწუხარება, რომელიც გამოვლინდება როგორც ბრაზი. ბევრ ქალს აქვს დანაშაულის შეგრძნება, რომლის აღმოჩენაც უნდა მოხდეს. მათ ხშირად სჭირდებათ განმეორებითი, მრავალჯერადი გამხნევება, რომ ორსულობის შეწყვეტა არ იყო გამოწვეული მათ მიერ განხორციელებული რამე ქმედებით ან ნებისმიერი რამით, რის გაკეთებაზეც უარი განაცხადეს.

ქალს, რომელსაც არ უნდა მალე დაორსულდეს, სჭირდება კონტრაცეპცია. სანდო კონტრაცეპცია, სულ მცირე ერთი წელი, ასევე საჭირო იქნება ქალებისთვის, რომლებსაც ჰქონდათ ბუშტნამქერი. საჭიროების შემთხვევაში, ისევ განუმარტეთ, როგორ გამოიყენოს რეცეპტით გამოწერილი და ექიმთან ერთად შერჩეული კონტრაცეპტიული მეთოდი, რაც გაზრდის შერჩეული მეთოდის ეფექტურობას.

შეფასება

ჩარევა მიიჩნევა წარმატებულად, მიზანი და მოსალოდნელი გამოსავალი ერთმანეთს ემთხვევა, თუ ქალი:

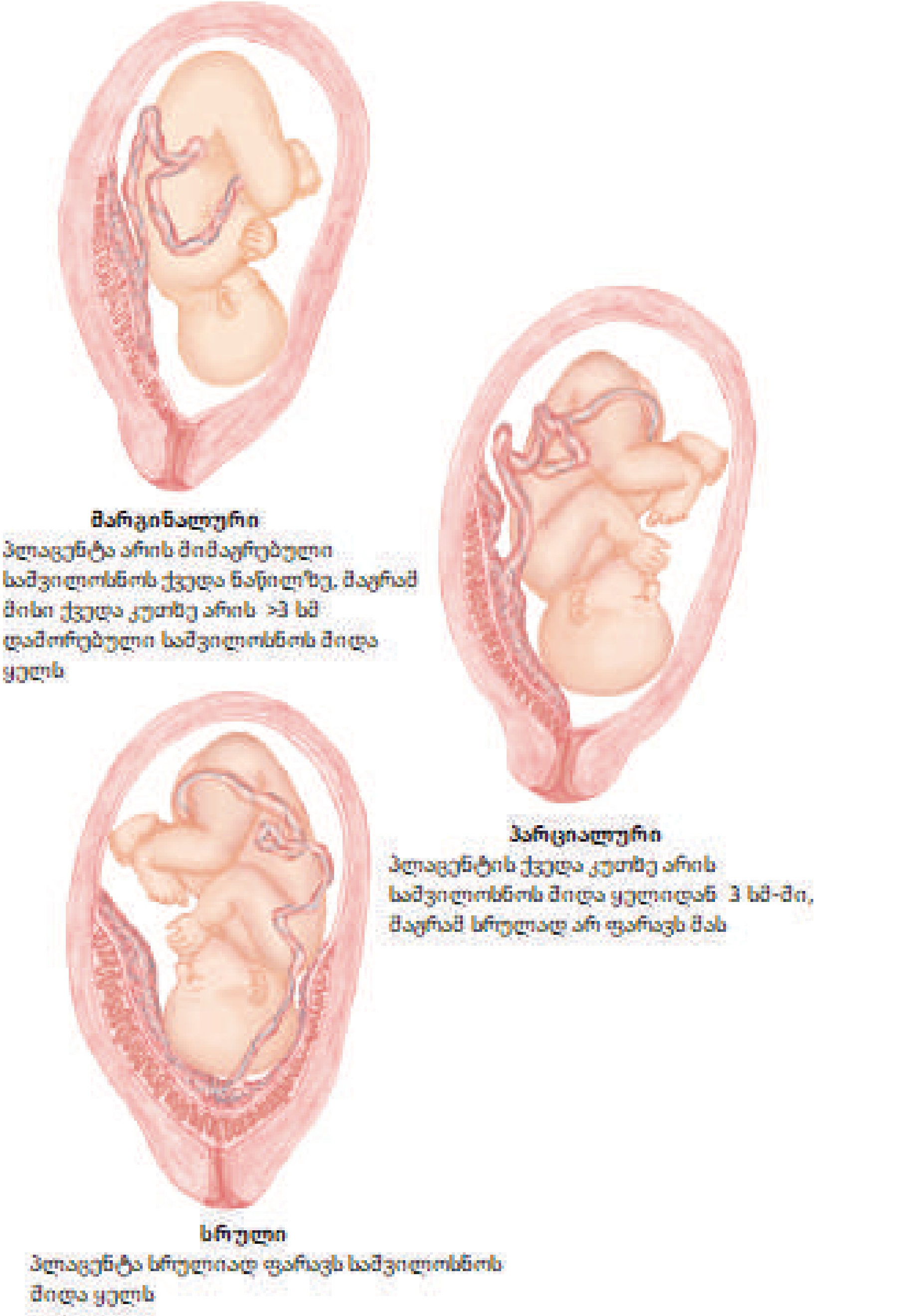
- ვერბალურად გადმოსცემს დიაგნოსტიკური და თერაპიული პროცედურების მნიშვნელობას;
- ვერბალურად გადმოსცემს ზომებს, რომელიც მიიღება ინფექციის პრევენეციისთვის;
- ვერბალურად გადმოცემს ინფექციის ნიშნებს, რომელთა შეტყობინება უნდა მოხდეს მკურნალ ჯგუფთან;
- ეხმარება მომდევნო ვიზიტების დაგეგმვაში შერჩეული მეთოდის ხანგრძლივად გამოყენების შემთხვევაში.

ორსულობის გვიან ვადაზე განვითარებული ჰემორაგიული მდგომარეობები

ორსულობის 20 კვირის შემდეგ, ჰემორაგიის ორი მთავარი მიზეზია პლაცენტის დაავადებები, როგორიცაა პლაცენტის წინამდებარეობა და პლაცენტის აცლა. პლაცენტის აცლა უფრო მეტად შეიძლება გართულდეს DIC, რომელიც უკვე განვიხილეთ წინა პარაგრაფებში.

წინამდებარე პლაცენტა

წინამდებარე პლაცენტა არის პლაცენტის იმპლანტაცია საშვილოსნოს ქვედა ნაწილში, რის გამოც პლაცენტა მდებარეობს უფრო ახლოს შიდა ზეყელთან, ვიდრე ნაყოფის წინამდებარე ნაწილთან (ხშირად თავი). პლაცენტის წინამდებარეობის სამი კლასიფიკაციაა (სრული, ნაწილობრივი და განაპირა), იმის მიხედვით თუ შიგნითა ზეყელის რა ნაწილია დაფარული პლაცენტით (სურათი 11-5). მაღალი რეზოლუციის ულტრაბგერა საშუალებას გვაძლევს უფრო ზუსტად გავზომოთ დისტანცია შიდა ზეყელსა და პლაცენტის ქვედა საზღვარს შორის:



სურათი 11-5, **წინამდებარე პლაცენტის კლასიფიკაციის მაგალითები**

- განაპირა (ხანდახან სახელწოდებით ქვემოთ მდებარე): პლაცენტა იმპლანტირებულია საშვილოსნოს ქვედა ნაწილში, მაგრამ მისი ქვედა საზღვარი 3 სმ-ით არის დაშორებული შიდა ზეყელიდან;
- ნაწილობრივი: პლაცენტის ქვედა საზღვარი არის შიდა ზეყელის 3 სმ ზე, მაგრამ სრულიად არ ფარავს ყელს;
- სრული: პლაცენტა სრულიად ფარავს შიდა ზეყელს.

განაპირა წინამდებარე პლაცენტა ხშირია ადრეული ულტრაბგერითი გამოკვლევის დროს და ხშირად იწევს ზემოთ და შიდა ზეყელიდან შორს (პლაცენტის მიგრაცია) ნაყოფის ზრდასთან ერთად. დასმული დიაგნოზის მხოლოდ 10% ნარჩუნდება მეორე ტრიმესტრში ან სრულ ვადამდე.

<table>
<tr><th>შემთხვევის შესწავლა 11-1</th><th>პაციენტის მოვლის გეგმა</th></tr>
<tr><td>
შეფასება: ქეთი, 28 წლის ორსული, მეორე ორსულობა, პირველი მშობიარობა, მიღებულია
წინასამშობიარო განყოფილებაში 32 კვირის გესტაციაზე ვაგინალური სისხლდენის ეპიზოდის შემდეგ, რომელიც გამოწვეულია წინმდებარე პლაცენტით. სასიცოცხლო მაჩვენებლები არის სტაბილური, ნაყოფის გულისცემა არის 140-150 დარტყმა წუთში, არადამაკმაყოფილებელ ნიშნებთან ერთად. ქეთი და მისი ქმარი გოგი განერვიულებულები არიან ნაყოფის მდგომარეობის გამო და სურთ რამე მოიმოქმედონ ამის გამოსასწორებლად. ქეთი ასევე ნერვიულობს თავის 5 წლის შვილზე, რომელიც სახლში დატოვეს მეზობელთან ერთად.
დიაგნოზი: შფოთვა, რომელიც დაკავშირებულია სისხლდენასა და ასევე სამომავლო მართვის გეგმის ცოდნის ნაკლებობასთან.
კრიტიკული აზროვნება: მიუხედავად იმისა, რომ დიაგნოზი სწორია, რა არის პრიორიტეტი, ექთნის მოქმედებაში, რომელიც მიმართულია ქეთის მიმართ და რატომ?
პასუხი: ნაყოფის მდგომარეობის მონიტორინგისთვის და დასაკვირვებლად ქეთის ვაგინალურ სისხლდენასა ან სასიცოცხლო ნიშნების ცვლილებებზე. პრიორიტეტები დგინდება მნიშვნელობის მიხედვით. ფიზიოლოგიური საჭიროებები და უსაფრთხოების საჭიროებები უნდა იყოს უზრუნველყოფილი, სანამ ფიზიოლოგიური საჭიროებები სრულად იქნება დაკმაყოფილებული.
მოსალოდნელი გამოსავალი: ქეთი და გოგი:
1. სიტყვიერად აღწერენ რუტინულ და დაგეგმილ მართვას მიღებიდან პირველი დღის ბოლოს;
2. დამშვიდდებიან, როცა მართვის გეგმას გააცნობენ
</td><td>
ინტერვენცია და რაციონალიზაცია
1. დარჩით წყვილთან და უყურადღებოდ არ დატოვოთ მათი ემოციური მდგომარეობა: “ვიცი, ეს მოულოდნელია და თქვენ შესაძლოა გქონდეთ ბევრი კითხვები, შეიძლება მე შევძლო ზოგიერთს ვუპასუხო”. ექთნის გვერდში დგომა და მათი მხარდაჭერა არის საშუალება, რომ ოჯახი მოამზადოს სათანადოდ გაუმკლავდნენ მოულოდნელ სიტუაციებს.
2. განსაზღვრეთ თუ რამდენად ესმის წყვილს არსებული მდგომარეობა და დაგეგმილი მართვა: “მითხარით რას მოელით არსებული მდგომარეობიდან?’ ეს საშუალებას აძლევს ექთანს, რომ განამტკიცოს ექიმის მიერ მიწოდებული ინფორმაცია და გაარკვიოს საჭიროა თუ არა დამატებითი ახსნა-განმარტება.
3. უზრუნველყავით ქეთი და გოგი სწორი ინფორმაციით დაგეგმილი მართვის შესახებ. დადგენილია, რომ პაციენტისთვის ინფორმაციის მიწოდება არის ეფექტური ღონისძიება შფოთვის პრევენციისა და შემცირებისთვის.
აუხსენით ქეთის, რომ შეიძლება საჭირო გახდეს საავადმყოფოში დარჩენა, რათა მოხდეს მისი და მისი ნაყოფის მონიტორინგი.
აუხსენით თუ რატომ შეიძლება გახდეს საჭირო საკეისრო კვეთის ჩატარება ასეთ სიტუაციაში, მიუხედავად წინა ფიზიოლოგიური მშობიარობისა.
უზრუნველყავით ინფორმაციის მიწოდება საავადმყოფოს შინაგანაწესზე (კვება, ვიზიტის საათები) და ნაყოფის მეთვალყურეობის შესაძლო მეთოდების შესახებ (როგორიცაა ხშირი ულტრაბგერითი გამოკვლევა და ბიოფიზიკური პროფილი).
</td></tr>
</table>

	4. აუხსენით, რომ კორტიკოსტეროიდებით მკურნალობა შეიძლება საჭირო გახდეს, რათა მოხდეს ნაყოფის ფილტვების მომწიფების დაჩქარება. იმის ცოდნამ, რომ კორტიკოსტეროიდები დააჩქარებენ ფილტვების მომწიფებას, შეიძლება შეამციროს ნერვიულობა ნაადრევი მშობიარობის გამო; 5. შეეკითხეთ ქეთისა და მის ოჯახს თუ სურთ ესაუბრონ ექთანს ბავშვის მოვლისთვის საჭირო რჩევებზე. უწყვეტი სისხლდენა ან ნაყოფის არადამაკმაყოფილებელი სასიცოცხლო მაჩვენებლები, სავარაუდოდ, გამოიწვევს ნაადრევ მშობიარობას; 6. საშუალება მიეცით ქეთისა და მის ოჯახს, რომ მიიღონ მონაწილეობა პროცესში, რამდენადაც შესაძლებელია. ეს შეიძლება ნიშნავდეს ვიზიტის დანიშვნას, როცა გოგი და მათი შვილი შეძლებენ მის მონახულებას. ბევრ ქალს აქვს უსუსურობის შეგრძნება, როცა მათი აქტივობა შეზღუდულია და მკურნალობა დანიშნულია კონსულტაციის გარეშე.
	შეფასება: მკურნალ გუნდთან საუბრის შემდეგ. ქეთი და გოგი ადასტურებენ, რომ მათ ესმით დაგეგმილი მართვა და თუ რატომ არის ის საჭირო. ისინი სიტყვიერად გამოხატავენ, რომ ნაკლებად ნერვიულობენ საავადმყოფოში დარჩენაზე და ისურვებდნენ, რომ შვილს შეეძლოს უფრო ხშირად ესტუმროს მათ.

შემთხვევა და ეტიოლოგია

ამერიკის შეერთებულ შტატებში, წინმდებარე პლაცენტა საშუალოდ არის 1 შემთხვევა 300 მშობიარობაში და მტკიცებულებები მიგვანიშნებს, რომ წინმდებარე პლაცენტის სიხშირე იზრდება. ის უფრო ხშირია ხანდაზმულ ასაკში, მრავალნამშობიარებში, ასევე ქალებში, გადატანილი საკეისრო კვეთით და ქალებში, რომლებსაც ინდუცირებული ან სპონტანური აბორტის გამო ჩაუტარდათ გამოტუმბვა. კიდევ უფრო ხშირია განმეორდეს ქალებში, ვისაც წარსულში უკვე ჰქონდათ პლაცენტის წინმდებარეობა. აფრიკული და აზიური წარმოშობის ქალებში გაზრდილია პლაცენტის წინმდებარეობის რისკ-ფაქტორი. თამბაქოსა და კოკაინის მოხმარება არის პერსონალური ჩვევები, რომელიც ზრდის პლაცენტის წინმდებარეობის განვითარების რისკს. წინმდებარე პლაცენტა უფრო ხშირია მამრობითი სქესის ნაყოფის შემთხვევაში.

კლინიკური მაჩვენებლები

წინმდებარე პლაცენტის კლინიკური ნიშანია უმტკივნეულო, უეცარი სისხლდენის დაწყება. თუმცა, წინმდებარე პლაცენტის მრავალი შემთხვევა დიაგნოსტირდება ულტრაბგერითი კვლევით სისხლდენის დაწყებამდე. სისხლდენა ხდება პლაცენტალური ხაოების მიერ საშვილოსნოს კედელში ჩაზრდით და შემდეგ დარღვევით-საშვილოსნოს ქვედა სეგმენტის გათხელებით, როცა შიდა ზეყელი დილატირდება ორსულობის სრულ ვადაზე. სისხლდენა უმტკივნეულოა, რადგან ის არ ხდება დახურულ ღრუში და არ იწვევს ზეწოლას გვერდით ქსოვილებზე. ის შეიძლება იყოს მცირე ან უხვი, ან შეიძლება შეწყდეს სპონტანურად და მხოლოდ მოგვიანებით განმეორდეს.

სისხლდენა შეიძლება არ მოხდეს მშობიარობის დაწყებამდე, სანამ საშვილოსნოში მიმდინარე ცვლილებები არ დაარღვევს პლაცენტის მიმაგრებას. მიმლებ ექთანს შეუძლია გაუჭირდეს იმის დადაგენა სისხლდენა უბრალოდ ცოტა ზედმეტი "მშობიარობის წინარე სისხლიანი გამონადენია" თუ წინმდებარე პლაცენტის ნიშანი, განსაკუთრებით როცა ქალს არ გაუვლია ანტენატალური მეთვალყურეობა.

წინმდებარე პლაცენტის არსებობის დროს საშვილოსნოს ყელის თითებით გასინჯვამ ან შეკუმშვების სტიმულაციამ შესაძლოა გამოიწვიოს დამატებითი პლაცენტალური განცალკევება ან პლაცენტის გახევა თავად, რაც გამოიწვევს ძლიერ ჰემორაგიას, რაც ძალიან დიდი რისკია როგორც დედისათვის, ისე ნაყოფისათვის.

სანამ პლაცენტის ლოკაცია ან პოზიცია არ არის დადასტურებული ულტრასონოგრაფიით, არანაირი ხელით გასინჯვა არ უნდა ჩატარდეს და ოქსიტოცინის დანიშვნა უნდა გადაიდოს ძლიერი შეკუმშვების პრევენციისთვის, რამაც შეიძლება გამოიწვიოს უცაბედი პლაცენტის აცლა და სწრაფად განვითარებული ჰემორაგია.

თერაპიული მართვა

როცა წინმდებარე პლაცენტის დიაგნოზის დაზუსტება ხდება, სამედიცინო ჩარევა დამოკიდებულია დედისა და ნაყოფის მდგომარეობაზე. ქალის გამოკვლევა ხდება დაკარგული სისხლის რაოდენობის შესაბამისად და ნაყოფის ელექტრონული მონიტორინგი იწყება, რათა მოხდეს ნაყოფის გამოკვლევა. მესამე საყურადღებო ფაქტორია ნაყოფის გესტაციური ასაკი.

შემთხვევის შესწავლა 11-1	პაციენტის მოვლის გეგმა
შეფასება: ქეთის კვლავ აქვს მსუბუქი ვაგინალური სიხლდენის ეპიზოდები, თუმცა არცერთი შემთხვევა არ იყო იმდენად მძიმე, რომ სასწრაფო საკეისრო კვეთა გახდეს აუცილებელი. ექიმს სურს, რომ ნაყოფი კიდევ მომწიფდეს მომდევნო 2 კვირა, თუ ეს შესაძლებელია. ქეთი ხშირად ტირის და ექთანს ეუბნება: " ისე მენატრება ჩემი შვილი, სულ ახლახანს დაიწყო ბაღში სიარული და ჯერ კიდევ მორცხვია, თავი უსარგებლო მგონია, რადგან ვჭირდები და მის გვერდით არ ვარ. ასევე გოგისთვისაც რთულია ,რადგან მას უწევს ყველაფრის გაკეთება. დიაგნოზი: სიტუაციური-დაბალი თვითშეფასება, რომელიც დაკავშირებულია დროებით მდგომარეობასთან, რაც მდგომარეობს იმაში, რომ ვერ ახერხებს ოჯახზე ზრუნვას.	ინტერვენცია და რაციონალიზაცია 1. გაამხნევეთ ქეთი, რომ გამოხატოს საკუთარი აზრები ჰოსპიტალიაზაციასთან დაკავშირებით. "რა გაწუხებთ ყველაზე ხშირად, სახლიდან შორს რომ ხართ?" მთავარი ინტერესის საკითხი შეიძლება ვერ გაირკვევს, სანამ ქეთი თავად არ დააზუსტებს; 2. იმის მერე, რაც გარკვეული იქნება მისი დამოკიდებულება, აუხსენით გასინჯვის საჭიროება საავადმყოფოში ყოფნის დროს და მისი სასურველი გამოსავალი, რაც შესაძლებლობას გვაძლევს, რომ მოხდეს ნაყოფის მომწიფება. ეს საშუალებას გვაძლევს განვსაზღვროთ არსებული სიტუაციის პოზიტიური მხარეები და მისი მნიშვნელობა. გვეხმარება, რომ ქეთიმ გაიგოს მისი ზოგადი მდგომარეობა, რაც არანაკლებ მნიშვნელოვანია, ვიდრე მხოლოდ კორტიკოსტეროიდებით მკურნალობა, რომელიც ინიშნება 34 კვირამდე, რათა მოხდეს ნაყოფის ფილტვების მომწიფება;

მოსალოდნელი გამოსავალი - ქეთი შეძლებს: 1. დადებითი მხარეების დანახვას საავადმყოფოში ყოფნის შესახებ; 2. ალმოაჩენს გზებს თუ როგორ იზრუნოს თავის შვილზე სანამ საავადმყოფოშია.	3. გაარკვიეთ ქეთის თვითშეფასება ("თავს ვგრძნობ უსარგებლოდ"), თუ როგორ წარმოუდგენია შვილზე ზრუნვა, სანამ საავადმყოფოშია. ყოველდღიურად ბავშვის ჩართულობა მის ცხოვრებაში ამცირებს იზოლაციის მიერ გამოწვეულ შეგრძნებებს და ასევე ოჯახთან მოშორებულად ყოფნის განცდებს. შესთავაზეთ რამოდენიმე ვარიანტი: - ახლოს იყოს ტელეფონთან (გაღვიძების, ძილისპირულისა და სკოლის შემდგომი ზარები). - ხელსაქმე, როგორიცაა (წიგნების სანიშნების, თამაშების გაკეთება, ნემსით ხელსაქმე); - აუხსენით, მარტივი, გასაგები ენით ისე, რომ არ შეაშინოთ თუ რატომ უნდა დარჩეს საავადმყოფოში; - გამოხატეთ ზრუნვა და სიყვარული. 4. დაეხმარეთ ქეთის, რომ ჩართოს მისი შვილი ახალშობილის სამომავლო გეგმების დაგეგმვაში. ბავშვმა შეიძლება სარგებელი ნახოს დედმამიშვილებთან, კლასელებთან ან დედასთან ან ახალშობილის ზომის თოჯინებთან თამაშით. დედმამიშვილების ერთიანობა ამყარებს ოჯახის ერთიანობის განცდას და ზრდის საკუთარ მნიშვნელობას. ბავშვები ხშირად ხვდებიან და სიამოვნებთ, რომ მათ შეუძლიათ დაეხმარონ თავიანთ პატარა დედმამიშვილს. შეფასება: ქეთის შეუძლია გაიაზროს მისი მომავალი შვილის ჯანმრთელობის მდგომარეობის მნიშვენლობა და ასევე იპოვოს გზა, თუ როგორ დაამყაროს კომუნიკაცია თავის შვილთან ჰოსპიტალიზაციის დროს.

ორსულობის კონსერვატიული მართვის ტაქტიკა მიზანშეწონილია როცა დედის გულსისხლძარღვთა სისტემის სტატუსი სტაბილურია და ნაყოფის ბიოფიზიკური პროფილი შეფასებულია ადეკვატურად. ორსულობის პროლონგირებისას ხდება ნაყოფის მომწიფება და წონის მატება (საჭიროების შემთხვევაში ინიშნება კორტიკოსტეროიდები, რაც აჩქარებს ნაყოფის ფილტვების მომწიფებას). მშობიარობამდელი განყოფილება ხშირად ისეა მოწყობილი, რომ ითვალისწინებს არა მხოლოდ ორსულზე ზრუნვას, არამედ ქალის საჭიროებებს, როგორც ფიზიკური და შრომითი თერაპიის, ისე მდგომარეობის ნებისმიერ ცვლილებებს. კონსერვატიული მართვა შეიძლება ჩატარდეს სახლში ან საავადმყოფოში.

სახლში მოვლა

სამედიცინო გადაწყვეტილების მიღება, ორსული სახლში გავუშვათ თუ კლინიკაში მივილოთ, საკმაოდ რთული და საპასუხისმგებლოა. ზოგადი კრიტერიუმები, რაც უნდა გავითვალისწინოთ და სათანადოდ შევაფასოთ სახლში მოვლაზე, შემდეგია:

- აქტიური სისხლდენის არანაირი ნიშანი არ არის;
- ქალს შეუძლია სახლში წოლითი რეჟიმის დაცვა;

- სახლი მდებარეობს საავადმყოფოდან ახლო მანძილზე;
- სასწრაფო დახმარება შესაძლებელია 24 საათის განმავლობაში დროული ტრანსპორტი-რებისთვის საავადმყოფოში;
- ქალს შეუძლია შეფასება და ვერბალურად გადმოცემა იმ რისკების, რაც დაკავშირებუ-ლია წინამდებარე პლაცენტასთან და იცის, ვის მიმართოს ამ დროს და როგორ მართოს შესაძლო რისკი.

პაციენტის მოვლასთან დაკავშირებული მსჯელობა

სახლში მოვლა

ექთნებს ხშირად უწევთ დაეხმარონ ქალებს და მათ ოჯახებს ექიმის მიერ დანიშნული მკურ-ნალობის გეგმის გაგებაში. ექთანი ეხმარება ქალს და ოჯახს განავითარონ მოსახერხებელი გეგმა სახლში მოვლაზე, რაც მოიცავს მკაცრი წოლითი რეჟიმის დაცვას, სიფრთხილესა და ყუ-რადღებას საპირფარეშოში და დუშის მიღებისას. ექთანი უნდა ფლობდეს ინფორმაციას სახლში მარტო ხომ არაა, შეუძლია თუ არა სახლში მყოფ პირს გაუწიოს სათანადო თანადგომა ორსულს ორსულობის საშიში ნიშნების გამოვლენის შემთხვევაში. ექთანმა სწავლების დროს ხაზი უნდა გაუსვას და დაარწმუნოს ორსული ყურადღება მიაქციოს შემდეგ ფაქტორებს:

(1) ვაგინალური გამონადენის ფერისა და რაოდენობის შეფასება, განსაკუთრებით ყოველი მოშარდვისა და კუჭში გასვლის შემდეგ;

(2) ნაყოფის აქტივობის შეფასება (ფეხის დარტყმების დათვლა) ყოველდღიურად;

(3) საშვილოსნოს აქტივობის შეფასება დადგენილი ინტერვალში;

(4) სექსუალური აქტივობისგან თავის შეკავება პლაცენტის წინმდებარეობის დროს. სახლში მოვლის დროს ექთნები შესაძლოა პასუხისმგებლები იყვნენ ყოველდღიურად სატელეფონო კო-ნტაქტი დაამყარონ, რათა შეაფასონ ქალის შეგრძნებები საშვილოსნოს აქტივობაზე (სპაზმები, რეგულარული ან განცალკევებული შეკუმშვები), სისხლდენა, ნაყოფის აქტივობა და დანიშ-ნული მკურნალობის ზედმიწევნით დაცვა. დამატებით, შეიძლება დასჭირდეთ სახლში ვიზიტი დედისა და ნაყოფის შესაფასებლად პორტატული მოწყობილობით ან არასტრესული ტესტების ჩასატარებლად. ქალისთვის და ოჯახისთვის ხდება ინსტრუქციის მიცემა, რომ ყურადღება მი-აქციონ და დააფიქსირონ ნაყოფის მოძრაობის შემცირება, საშვილოსნოს შეკუმშვების გაზრდა ან ვაგინალური სისხლდენა.

ექთანმა უნდა გააცნოს სპეციფიური, სწორი ინფორმაცია ნაყოფის მდგომარეობის შესახებ. მაგალითად, მშობლები არიან მშვიდად, როცა ისმენენ ნაყოფის გულისცემას. ექთანი ასევე შე-იძლება დაეხმაროს მშობლებს, რომ კარგად გაიგონ ექიმის მკურნალობის გეგმა, მაგალითად, ექთანმა შეიძლება აუხსნას თუ რატომ არის საჭირო საკეისრო კვეთა და რატომ შეიძლება და-სჭირდეთ სისხლის გადასხმა

ჰოსპიტალიზირებული პაციენტის მოვლა

პლაცენტის წინმდებარეობის დროს წინასამშობიარო განყოფილებაში იღებენ იმ ქალებს, რომლებიც არ შეესაბამებიან სახლში მოვლისათვის განხილულ კრიტერიუმებს ან სჭირდებათ დამატებითი ზრუნვა ორსულობის პროლონგირებისათვის ნაყოფის მოსამწიფებლად. ორსულის სამშობიაროში მიღებისას უნდა შეფასდეს და გაირკვეს სისხლდენაა თუ სახეზეა ნაადრევი მშო-ბიარობის ნიშნებიც. პერიოდული, ნაყოფის ელექტრონული მონიტორინგი ნაყოფის არაკეთილ-საიმედო მდგომარეობის დროს მნიშვნელოვანია, რათა შეფასდეს ნაყოფის გულის აქტივობის ცვლილებები. ნაყოფის გულისცემის აქტივობის ცვლილების, ვაგინალური სისხლდენის ეპიზო-დის ან ნაადრევი მშობიარობის ნიშნების გამოვლენა ექთანმა სასწრაფოდ უნდა შეატყობინოს ექიმს.

ზოგჯერ, მშობიარობის კონსერვატიული მართვა შესაძლოა არ იყოს ადეკვატური არჩევანი. მაგალითად, მშობიარობა შეიძლება დავგეგმოთ თუ ნაყოფი 36 კვირის გესტაციაზე მეტია და ფილტვებიც მომწიფებულია. სწრაფად მშობიარობა შეიძლება საჭირო გახდეს მიუხედავად ნა-ყოფის მოუმწიფებლობისა: თუ სისხლდენა ჭარბია, ქალს ახასიათებს ჰიპოვოლემიის ნიშნები ან

სახეზეა ნაყოფის არაკეთილსაიმედო მდგომარეობის ნიშნები. თუ საკეისრო კვეთა გახდა აუცილებელი, ექთანმა უნდა მოამზადოს მომავალი დედა საოპერაციოდ.

წინასაოპერაციო პროცედურა ხშირად იმ დროს ტარდება, როცა ქალს აქტიური ჰემორაგია აქვს და ოჯახი განერვიულებულია ნაყოფისა და მომავალი დედის მდგომარეობით. ექთანმა უნდა გამოიყენოს ყველა შესაძლებელი წუთი, რომ ოჯახს მიაწოდოს სათანადო ინფორმაცია ორსულის მდგომარეობაზე.

სასწრაფო ქირურგიული ჩარევისთვის მომზადების დროს, ექთანმა უნდა დაარწმუნოს ქალი და მისი ოჯახი მნიშვნელოვანი მოსამზადებელი პროცედურების მოკლე, ლაკონური ახსნით: „ბოდიში, მაგრამ უნდა ვიჩქაროთ, ჩვენ გვჭირდება IV სისტემის დაყენება იმ შემთხვევისთვის, თუ დამატებითი სითხეების გადასხმა გახდა საჭირო", „კითხვები ხომ არ გაქვთ, რაზეც მეც შემიძლია გიპასუხოთ, სანამ საკეისრო კვეთისთვის მოგამზადებთ?"

პლაცენტის აცლა

ნორმალურად იმპლანტირებული პლაცენტის მოცილება ნაყოფის დაბადებამდე (სახელწოდებით პლაცენტის აცლა ან პლაცენტის ნაადრევად მოშორება) ხდება სისხლდენის დროს და პლაცენტის დედის მხარეს ჰემატომის (შედედებული სისხლი, თრომბი) წარმოქმნით. ჰემატომის გაფართოებასთან ერთად იზრდება აცლის უბანი. ჰემორაგია შეიძლება იყოს ხილული (ვაგინალური სისხლდენა) ან ფარული. გართულების სიმძიმე დამოკიდებულია სისხლდენის რაოდენობასა და ჰემატომის ზომაზე. თუ სისხლდენა გაგრძელდება, ჰემატომა გაფართოვდება და ხაოათა შორის სივრცის ობლიტერაცია (გაქრობა, შეზრდა) ხდება. ნაყოფის სისხლძარღვები დაზიანებულია პლაცენტის აცლის გამო, რაც იწვევს ნაყოფისა და დედის სისხლდენას.

პლაცენტის აცლა არის საშიში მდგომარეობა როგორც ორსულისთვის, ისე ნაყოფისთვის. ქალისთვის ესაა ჰემორაგია, ჰიპოვოლემიური შოკი და შედედების პათოლოგიური მდგომარეობები (DIC), ხოლო ნაყოფისათვის არის ასფიქსია, ჭარბი სისხლდენა და ნაადრევი მოვლინება.

შემთხვევა და ეტიოლოგია

პლაცენტის აცლის შემთხვევათა ოდენობა შეადგენს 0.5% - 1% ორსულობათა საერთო რაოდენობიდან, ხოლო პერინატალური სიკვდილიანობის 10%- 15% მოდის პლაცენტის აცლაზე. მიზეზის დადგენა ყოველთვის ვერ ხერხდება, მაგრამ გამოვლენილია რამდენიმე ფაქტორი, რაც ზრდის რისკებს. მაგალითად, ორსულის მიერ კოკაინის მოხმარება იწვევს სისხლძარღვების კონსტრიქციას (სისხლძარღვთა სანათურის დავიწროება) ენდომეტრიალურ არტერიებში, რაც პლაცენტის აცლის წამყვანი მიზეზია. სხვა რისკ-ფაქტორებს მიეკუთვნება დედის ჰიპერტენზია, თამბაქოს მოხმარება, მრავალნაყოფიანი ორსულობა, მოკლე ჭიპლარი, მუცლის ტრავმა, მემბრანების ნაადრევი დარღვევა და ანამნეზში პლაცენტის ნაადრევი აცლა, დედის ასაკი, მრავლობითი მშობიარობები.

ბოლოს აღმოჩენილი ფაქტორები, რომელიც დაკავშირებულია პლაცენტის აცლასთან, შეიძლება დაჯგუფდეს შემდეგი კლასიფიკაციის ქვეშ: „აუტოიმუნური ანტისხეულები, რომელიც გვაძლევს სხვადასხვა კოაგულოპათიებს". ეს ჯგუფი მოიცავს ანტიკარდიოლიპინის ანტისხეულებს და ლუპუს ანტიკოაგულანტებს. სხვა კოაგულოპათიები შეიძლება გამოწვეული იყოს გენეტიკური ფაქტორებით, როგორიცაა, ფაქტორი V ლეიდენის მუტაცია. ქალებს, რომლებსაც აქვთ ეს კოაგულოპათიები, აღენიშნებათ თრომბის წარმოქმნისაკენ მიდრეკილება პლაცენტაში. ჰიპერტენზია ხშირი თანმდევია პლაცენტის აცლისა და უფრო ხშირად გვხვდება თანდაყოლილი აუტოიმუნური დაავადებების მქონე ქალებში.

კლინიკური მაჩვენებლები

პლაცენტის აცლის დადასტურებული დიაგნოზი ყოველთვის არ არის დრამატული ან მწვავე შემთხვევა. არსებობს პლაცენტის აცლის ხუთი კლასიკური ნიშანი და სიმპტომი:

- სისხლდენა, რომელიც მანიფესტირდება ვაგინალურად ან შესაძლოა იყოს ფარული;
- საშვილოსნოს დაჭიმულობა პლაცენტის აცლის უბანზე;

- საშვილოსნოს მტკივნეული მგრძნობელობა ხშირი, მაგრამ დაბალი ინტესივობის შეკუმშვებითა და ცუდი მოდუნებით შეკუმშვებს შორის;
- მუცლისა და წელის არეში ტკივილი, რომელიც შეიძლება აღვწეროთ როგორც ყრუ ტკივილი;
- საშვილოსნოს ტონუსის იდენტიფიცირება ხდება საშვილოსნოს შიდა წნევის განსაზღვრით, სპეციალური კათეტერით.

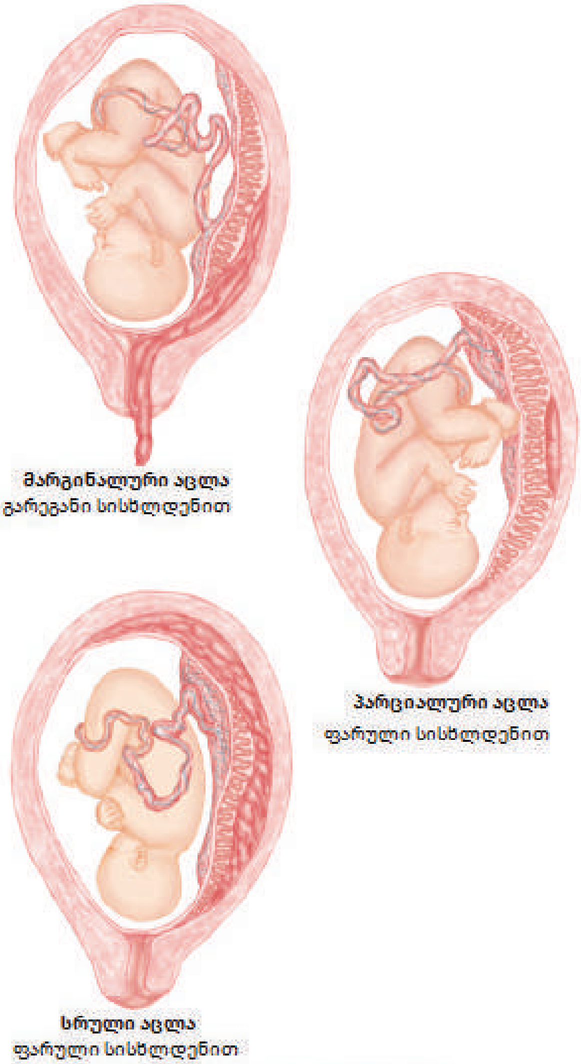
დამატებითი ნიშნებია წელის ტკივილი, ნაყოფის გულისცემის სიხშირის არადამაკმაყოფილებელი ცვალებადობა, ჰიპოვოლემიური შოკის ნიშნები ან ნაყოფის სიკვდილი.

პლაცენტის აცლის შემთხვევები იყოფა ორ მთავარ სახეობად:

(1) შემთხვევები, როცა ჰემორაგია არ არის ხილული

(2) შემთხვევები, რომლის დროსაც ჰემორაგია ხილულია.

თითოეულის შემთხვევაში პლაცენტის აცლა შეიძლება იყოს სრული ან ნაწილობრივი. არახილული ჰემორაგიის შემთხვევაში, სისხლდენა ხდება პლაცენტის უკან, მაგრამ კიდეები ინტაქტურია, რაც იწვევს ჰემატომის წამოქმნას. ჰემორაგია ხილულია, როცა სისხლდენა აშორებს და აცლის მემბრანებს ენდომეტრიუმიდან და სისხლი ვაგინიდან გარეთ გამოდის. ამნიონურ სითხეს ხშირად აქვს კლასიკური “პორტვეინის” ფერი. სურათი 11-6 გვაჩვენებს პლაცენტის აცლას გარეგანი და და ფარული სისხლდენის დროს. ხილული სისხლდენა ყოველთვის არ შეესაბამება ნამდვილად დაკარგული სისხლის რაოდენობას და შოკის ნიშნები (ტაქიკარდია, ჰიპოტენზია, სიფერმკთალე და ცივი, ნოტიო კანი) შეიძლება იყოს მცირე ან გარეგანი სისხლდენის არ არსებობის გამო. ასევე, ქალს შეიძლება ჰქონდეს არადიაგნოსტირებული ჰიპერტენზიული დაავადება, რაც ფარავს ჰიპოვოლემიის ნიშნებს, სანამ გვიანი ჰიპოტენზია მოხდება.



სურათი 11-6, პლაცენტის აცლის სახეობები

მუცლის ტკივილი ასევე დამოკიდებულია აცლის სახეობაზე. ის შეიძლება იყოს უცაბედი და მძიმე, როცა სისხლდენა ხდება მიომეტრიუმში (საშვილოსნოს კუნთოვანი ქსოვილი) ან შეიძლება იყოს ხანგამოშვებითი და რთულია განვასხვავოთ მშობიარობის შეკუმშვებისგან. საშვილოსნო შეიძლება გახდეს ზედმეტად მკვრივი (დაფის მსგავსი) და დაჭიმული, რაც ართულებს ნაყოფის პალპაციას. ულტრაბგერითი გამოკვლევა გვეხმარება გამოვრიცხოთ პლაცენტის აცლა, როგორც სისხლდენის მიზეზი, მაგრამ მისი გამოყენება ვერ ხერხდება უტყუარი პლაცენტის აცლის დიაგნოზირებისთვის, რადგან აშრევება და სისხლდენა შეიძლება არ იყოს შესამჩნევი ულსტრასონოგრაფიაზე.

თერაპიული მართვა

ნებისმიერ ქალს, რომელსაც აღმოაჩნდება პლაცენტის აცლის ნიშნები, ესაჭიროება ჰოსპიტალიზაცია და გამოკვლევა. გამოკვლევა ფოკუსირდება მომავალი დედის გულსისხლძარღვთა სისტემის სტატუსსა და ნაყოფის მდგომარეობაზე.

თუ მდგომარეობა სტაბილურია და ნაყოფი არის 34 კვირის გესტაციის ქვევით, არ ვლინდება ნაყოფის არაკეთილსაიმედო მდგომარეობის ნიშნები, შეიძლება გავაგრძელოთ ორსულობის კონსერვატიული მართვა, რაც მოიცავს წოლით რეჟიმს და შესაძლო ტოკოლიტიკური მედიკამენტებისა (საშვილოსნოს აქტივობის შესამცირებლად) და სტეროიდების (ნაყოფის ფილტვების მოსამწიფებლად) დანიშვნას. კონსერვატიულ მართვას მიმართავენ იშვიათად, დედის ჰემორაგიისა და ნაყოფის სიკვდილის გაზრდილი რისკის გამო. სტატისტიკური მონაცემები ამ საკითხზე საკმაოდ მწირია.

თუკი არსებობს ნაყოფის არაკეთილსაიმედო მდგომარეობის ნიშნები ან თუ დედას აღენიშნება მანიფესტირებული ან ფარული სისხლდენის ნიშნები, აუცილებელია მშობიარობის სასწრაფოდ დასრულება. აუცილებელია ორსულისა და ნაყოფის ინტენსიური მონიტორინგი, რადგან შესაძლოა ორივეს მდგომარეობა სწრაფად გაუარესდეს. მომარაგებული უნდა იყოს სისხლის პროდუქტები ინფუზიისათვის, აუცილებელია ორი დიდი კალიბრის IV სისტემის დაყენება სითხისა და სისხლის შევსებისთვის.

ქალი, რომელმაც გადაიტანა მუცლის ტრამვა, არის პლაცენტის აცლის გაზრდილი რისკის ქვეშ. დაკვირვება უნდა მოხდეს 24 საათის განმავლობაში ისეთი მნიშვნელოვანი ტრავმის შემდეგ, როგორიცაა საავტომობილო შემთხვევები, თუნდაც არ ჰქონდეთ სისხლდენის რამე ნიშანი, რადგან ხშირად დრო სჭირდება პლაცენტის აცლის განვითარებას. სერიული კლეიჰაუერის-ბეტკეს (K-B) ტესტი განსაზღვრავს ნაყოფის სისხლდენა უარესდება თუ არა. Rh - ნეგატიური ქალისთვის, RhoGAM გაკეთება აუცილებელია შესაძლო მატერნალური Rh სენსიტიზაციისათვის.

პაციენტის მოვლასთან დაკავშირებული მსჯელობა

პლაცენტის აცლა საშიშია ქალებისთვის. ქალი განიცდის ძლიერ ტკივილს და გათვიცნობიერებული აქვს გართულება, რაც შესაძლოა დაემართოს მას და მის მომავალ შვილს. აუცილებელია ორსულის ფრთხილი შეფასება იმ ნიშნებზე, რაც დამახასიათებელია ფარული ჰემორაგიისთვის.

სასწრაფო საკეისრო კვეთის აუცილებლობისას ქალმა შეიძლება თავი იგრძნოს უძლურად, როცა სამედიცინო გუნდი ამზადებს მას სასწრაფო ქირურგიული ჩარევისათვის. ექთანმა მაქსიმალურად უნდა გამოიყენოს დროის ის მცირე მონაკვეთი, რაც მას აქვს და ადეკვატურად აუხსნას მოსალოდნელი ჩარევის შესახებ ქალს და მის ოჯახს, რომ შეამციროს მათი შიშები და შფოთვა.

პლაცენტის აცლის დროს ექთანს ევალება დედისა და ნაყოფის უწყვეტი მონიტორინგი, რათა პრობლემა შეფასდეს, სანამ ორსულისა **(სისხლდენის გაძლიერება)** და ნაყოფის **(ჰიპოქსია)** მდგომარეობა გაუარესდება.

უსაფრთხოების ზომები

პლაცენტის აცლის დროს ფარული სისხლდენის ნიშნებია:

- გაზრდილი ფუნდალური სიმაღლე;
- მკვრივი, დაფისმაგვარი მუცელი;
- მაღალი საშვილოსნოს საბაზისო ტონუსი ელექტრონული მონიტორინგის ჩანაწერზე, განსაკუთრებით როცა საშვილოსნოს შიდა კათეტერი გამოიყენება;
- მუცლის მუდმივი ტკივილი;
- ადრეული სისხლდენის სისტემური ნიშნები (ტაქიკარდია (დედის და ნაყოფის), ტაქიპნოე, სისხლის წნევის შემცირება, შარდის გამოყოფის შემცირება, მოუსვენრობა);
- ნაყოფის გულისცემის მუდმივი გვიანი დეცელერაცია ან შემცირებული საბაზისო ვარიაბელობა, აცელერაციების არ არსებობა;
- მცირე რაოდენობით ვაგინალური სისხლიანი გამონადენი ან საერთოდ არ არსებობა.

პაციენტის მოვლის პროცესის აპლიკაცია

ჰემორაგიული მდგომარეობები გვიანი ორსულობის დროს შეფასება

ჰემორაგიული მდგომარეობების შესაფასებლად გვიანი ორსულობის დროს, ზოგიერთი მონაცემების შეფასება უნდა მოხდეს დაუყოვნებლივ და ზოგი შეიძლება გადავადდეს, სანამ მოხდება ჩარევა ქალის გულსისხლძარღვთა სისტემის სტატუსის სტაბილიზაციისთვის. ექთნის მიერ შეფასება მოიცავს:

- სისხლდენის რაოდენობა და ხასიათი (დაწყების დრო, სავარაუდო სისხლის დანაკარგი საავადმყოფოში მიღებამდე, გამოყოფილი ქსოვილების და კოლტების აღწერა), ყველანაირი გამოყენებული საფენის შენახვა აუცილებელია, რათა საჭიროებისამებრ სწორად მოხდეს სისხლის დანაკარგის შეფასება;
- ტკივილი (სახეობა [მუდმივია, ხანგამოშვებითი, მჭრელი, ყრუ, მწვავე] დაწყება (უცაბედი, თანდათანობითი) და ლოკაცია (მუცელზე გენერალიზებული, წელზე ლოკალიზებული) არის საშვილოსნოს გამკვრივება ნაზი პალპაციის დროს? არის სიმკვრივე ლოკალიზებული? სად?
- დედის სასიცოცხლო მაჩვენებლები: არის თუ არა ნორმის ფარგლებში ან არის თუ არა ჰიპოტენზია, ტაქიკარდია ან ორივე ერთად? ქალებს, რომელთაც ჰქონდათ ჰიპერტენზია სისხლდენის დაწყებამდე, ნორმალურმა სისხლის წნევამ ან ჰიპოტენზიამ შეიძლება შეცდომაში შეგვიყვანოს;
- ნაყოფის მდგომარეობა: ნაყოფის ელექტრონული მონიტორინგი განსაზღვრავს ნაყოფის გულისცემის სიხშირეს, აცელერაციების არსებობას და ნაყოფის საპასუხო რეაქციას საშვილოსნოს აქტივობაზე. გვიანი დეცელარციების არსებობა ან ცუდი ვარიაბელობა განსაკუთრებულად საყურადღებოა;
- საშვილოსნოს შეკუმშვები: გარეგანი მონიტორის გამოყენება განსაზღვრავს შეკუმშვების სიხშირეს და ხანგრძლივობას. საშვილოსნოს შიდა წნევის კათეტერმა (თუ რა თქმა უნდა, უკუჩვენება არაა) შეიძლება განსაზღვროს ჰიპერტონული შეკუმშვები და გაზრდილი მოსვენებითი ტონუსი, რომელიც დაკავშირებულია პლაცენტის აცლასთან. პალპაცით შეიძლება განისაზღვროს, რომ საშვილოსნო სრულად არ დუნდება შეკუმშვებს შორის. მუცლის სქელი ცხიმის ფენა ამცირებს საშვილოსნოს რელაქსაციის დადგენის შესაძლებლობას გარეგანი საშუალებით;

- სამეანო ისტორია (ორსულობა, მშობიარობა, გადატანილი აბორტები, ნაადრევი მშობიარობები, წინა ორსულობის გამოსავალი), აქვს თუ არა ანამნეზში პლაცენტის აცლის შემთხვევა?
- გესტაციის ხანგრძლივობა (ბოლო მენსტრუალური პერიოდის თარიღი, ფუძის სიმაღლე, ფუძის სიმაღლის კორელაცია სავარაუდო გესტაციურ ვადასთან), თუ სისხლი იღვრება მიომეტრიუმში, ხდება ფუძის გადიდება სისხლდენის პროგრესირებასთან ერთად. საზომი ლენტით ექთანი ზომავს საშვილოსნოს ფუძის სიმაღლეს მოცემულ დროს და აკვირდება გაზრდილი ფუძის ზომას, რაც მიგვანიშნებს საშვილოსნოს კუნთებში სისხლის ჩაღვრაზე;
- ლაბორატორიული მონაცემები: ლაბორატორიული კვლევები მოიცავს სისხლის საერთო ანალიზს, სისხლის ჯგუფის დადგენას და „უსაფრთხო სისხლის სკრინინგს". სისხლის ჯვარედინ შეთავსებაზე სინჯი კეთდება, როცა ტრანსფუზია სავარაუდოა. სისხლის ჯგუფი და Rh ფაქტორი განსაზღვრავს შესაძლო RhoGAMის საჭიროებას, სხვა ტესტები შეიძლება გაკეთდეს სერიულად, რომ მოხდეს იდენტიფიცირება აცლა დასტაბილურდა თუ უარესდება. K-B ტესტი განსაზღვრავს ნაყოფის სისხლის უჯრედებს დედის ცირკულაციაში. კოაგულაციური კვლევები მოიცავს შემდეგს: ფიბრინოგენის, FSP, პროთრომბინისა და ნაწილობრივი თრომბოპლასტინის დრო (PT/PTT) და D-dimer, რათა მოახდინოს ფიბრინის დაშლის ნაწილების იდენტიფიცირება. ნარკოტიკული საშუალებებზე სკრინინგული ტესტი კეთდება როცა საეჭვოა არალეგალური ნარკოტიკების გამოყენება ან თუ ქალს არ აქვს გავლილი ანტენატალური მეთვალყურეობა.

ფიზიკალური შეფასების შემდეგ, ასევე უნდა შეფასდეს ორსულისა და მისი პარტნიორის ემოციური საპასუხო რეაქცია. ისინი, სავარაუდოდ, იქნებიან განერვიულებულები, შეშინებულები, დაბნეულები და გადაღლილები. მათ შეიძლება ჰქონდეთ მცირე ცოდნა მოსალოდნელ სამედიცინო მართვასთან დაკავშირებით და შეიძლება გათვიცნობიერებული არ იყვნენ, რომ ნაყოფის დაბადება უნდა მოხდეს რაც შეიძლება სწრაფად და ქირურგიული ჩარევა აუცილებელია. ისინი შეიძლება შეშინებულები იყვნენ ქალისა და ახალშობილის სიცოცხლის შესაძლო საფრთხეებზე.

პაციენტის მოვლასთან დაკავშირებული დიაგნოზი

პაციენტთან დაკავშირებული დიაგნოზი განსხვავებულია სისხლდენის მიზეზისა და სიმძიმის მიხედვით. ყველაზე ხშირად გამოყენებული მშობიარობამდელი დიაგნოზი გვხვდება პაციენტის შემთხვევაზე დაფუძნებულ სწავლებაში. ყველაზე საშიში პოტენციური გართულება არის ჰიპოვოლემიური შოკი, რომელიც საფრთხეს უქმნის დედის და ნაყოფის სიცოცხლეს.

დაგეგმვა

ექთანი დამოუკიდებლად არ მართავს ჰიპოვოლემიურ შოკს. ექიმის მიერ ხდება მკურნალობის ტაქტიკის შერჩევა და დაგეგმვა. გეგმა მოიცავს ექთნის ჩართულობასა და პასუხისმგებლობას:

ექიმის კონსულტაციის გავლა, თუ ჰიპოვოლემიური შოკის ნიშნები გამოვლინდება;
ჰიპოვოლემიური შოკის ნიშნების მონიტორინგი;
შეასრულეთ მითითებები, რომ მინიმუმამდე დავიდეს ჰიპოვოლემიური შოკის ნიშნები.

ჩარევა

ჰიპოვოლემიური შოკის ნიშნების მონიტორინგი

შეაფასეთ ორსული განვითარებადი ჰიპოვოლემიური შოკის ნებისმიერ ნიშნებზე. სხეული ცდილობს კომპენსაცია გაუკეთოს შემცირებულ სისხლის მოცულობას და შეუნარჩუნოს ოქსიგენაცია სასიცოცხლოდ მნიშვნელოვან ორგანოებს (ფილტვებისა და გულისცემის სიხშირისა და დატვირთვის გაზრდით და სისხლის შუნტირება ისეთი სასიცოცხლო ორგანოებიდან, როგორიცაა კანი და კიდურები, უფრო მნიშვნელოვან ორგანოებისკენ როგორიცაა ტვინი და თირკმელები). კომპენსატორული მექანიზმი მოიცავს ჰიპოვოლემიური შოკის ადრეული ნიშნებსა და

სიმპტომებს:

- ნაყოფის ტაქიკარდია (ხშირად დედის ან ნაყოფის ჰიპოვოლემიის პირველი ნიშანი);
- დედის ტაქიკარდია, სუსტი პერიფერიული პულსი;
- ნორმალური ან ოდნავ შემცირებული სისხლის წნევა;
- გაზრდილი რესპირატორული სიხშირე;
- დაბალი სატურაცია;
- ცივი, ფერმკრთალი კანი და ლორწოვანი მემბრანები.

კომპენსატორული მექანიზმი ეფექტური აღარ არის, თუ ჰიპოვოლემიური შოკი პროგრესირდება და სისხლის რაოდენობა საკმარისი არაა, რათა მოხდეს თავის ტვინის, გულისა და თირკმელების პერფუზია.

ჰიპოვოლემიური შოკის გვიან ნიშნებს წარმოადგენს:

- სისხლის წნევისა და სატურაციის დონის დაცემა;
- სიფერმკრთალე, კანი ხდება ცივი და ნოტიო;
- შარდის გამოყოფა 30 მლ/სთ და უფრო ნაკლები;
- მოუსვენრობა, აგიტაცია, შემცირებული მენტალური აქტივობა.

ნაყოფის მონიტორინგი

გამოიყენეთ ნაყოფის უწყვეტი ელექტრონული მონიტორინგი ნაყოფის არაკეთილსაიმედო მდგომარეობის ნიშნების გამოსავლენად (როგორიცაა ტაქიკარდია, შემცირებული ბაზალური ვარიაბელობა ან გვიანი დეცელერაცია). თუ არადამაკმაყოფილებელი ნიშნები გვაქვს, დაეკონტაქტეთ ექიმს დაუყოვნებლივ, რადგან ნაყოფს ხშირად უვლინდება არაკეთილსაიმედო მდგომარეობის ნიშნები, სანამ დედის ჰიპოვოლემიის ნიშნები გახდება შესამჩნევი.

მიეცით ექიმს ლაბორატორიული მონაცემების ამონაწერი, რომელიც მიგვანიშნებს პლაცენტის აცლის გაზრდილ ხარისხს, როგორიცაა მომატებული K-B დონე მუცლის ტრამვის შემდეგ.

ქსოვილების ოქსიგენაციის ხელშეწყობა

ქსოვილების ოქსიგენაციის ხელშეწყობისთვის:

- დააწვინეთ ქალი ლატერალურ პოზიციაში, საწოლის თავი ბრტყელ მდგომარეობაში, რომ გაზარდოთ გულში სისხლის მიდინება და, შესაბამისად, გაზარდოთ როგორც პლაცენტის, ასევე სხვა სასიცოცხლო ორგანოებში, სისხლის ცირკულაცია და ოქსიგენაცია;
- შეამცირეთ დედის აქტივობა, რომ შეამციროთ ქსოვილების მოთხოვნა ჟანგბადზე;
- მიაწოდეთ მარტივად ახსნილი ინფორმაცია, დაარწმუნეთ და ემოციური მხარდაჭერა შესთავაზეთ ქალს, რათა შემცირდეს ნერვიულობა, რაც ზრდის ჟანგბადზე მეტაბოლურ მოთხოვნას.

ექიმთან შეთანხმება სითხის გადასხმის დროს

სითხეების შევსების დროს:

- გაუკეთეთ IV ხაზი საავადმყოფოს პროტოკოლის მიხედვით. საჭიროებისამებრ, ხშირად გამოიყენება ორი ხაზი, დიდი კალიბრის კათეტერით (16 - 18 ზომის) რეკომენდებული სისხლის სათანადო სიჩქარით გადასხმისთვის;
- გადაუსხით შესავსებად სითხეები, ექიმის დანიშნულების მიხედვით ისე, რომ შეუნარჩუნდეს შარდის გამოყოფა სულ მცირე 30 მლ/სთ;
- შეუკვეთეთ სისხლის ჯგუფის, თავსებადობის და უსაფრთხო სისხლის სკრინინგის ტესტები, თუ ეს უკვე გამოკვლეული არაა.

ქალის მომზადება ქირურგიული ოპერაციისთვის

სასწრაფო საკეისრო კვეთის გადაწყვეტილების მიღებისთანავე უნდა მოხდეს ნეონატალური რეანიმაციის გუნდის ინფორმირება. საკეისრო კვეთისათვის მოსამზადებელ ან მის შემდგომ პროცედურებზე უნდა შეფასდეს სისხლდენა როგორც ვაგინიდან, ასევე ქირურგიული ჭრილობის ან ნაჩხვლეტი ადგილებიდან (ეპიდურალური ან IV ადგილებიდან), რათა მოხდეს არაკონტროლირებადი სისხლდენის იდენტიფიცირება გაუთვალისწინებელი ადგილებიდან, რომელიც შეიძლება მიანიშნებდეს DIC და საჭიროებს სასწრაფო სამედიცინო მართვას.

უსაფრთხოების ზომები

ჰიპოვოლემიური შოკის ნიშნები და სიმპტომები, რომელიც გამოწვეულია სისხლის დანაკარგით:

- გაზრდილი პულსის სიხშირე, სისხლის წნევის შემცირება, გაზრდილი სუნთქვის სიხშირე;
- სუსტი, შემცირებული ან სწორხაზოვანი პერიფერიული პულსი;
- ცივი, ნოტიო კანი, სიფერმკრთალე ან ციანოზი (გვიანი ნიშანი);
- შემცირებული (<30 მლ/სთ) შარდის გამოყოფა ან საერთოდ შარდის არ არსებობა;
- შემცირებული ჰემოგლობინი, ჰემატოკრიტის დონე;
- მენტალური სტატუსის ცვლილება (მოუსვენრობა, აგიტაცია, კონცენტრაციის პრობლემები).

შესთავაზეთ ემოციური მხარდაჭერა

ორსულისა და ნაყოფის უსაფრთხოების ზომების შესრულება, ამავე დროს, ორსულის თანადგომა აუმჯობესებს ემოციურ მხარდაჭერას და ურთიერთობას ხდის უფრო კომფორტულს. აუხსენით, რა იწვევს დისკომფორტს და დაარწმუნეთ ქალი, რომ ტკივილის გაყუჩების ზომების მიღება დაიწყება, რაც შეიძლება სწრაფად და ზიანს არ მიაყენებს ნაყოფს. ცრუ დამშვიდება ნაყოფის მდგომარეობაზე არაჭკვიანურია, მაგრამ დარჩით ქალთან და მიაწოდეთ ზუსტი და დროული ინფორმაცია. აუხსენით თქვენი ქმედებები ქალსა და მის ოჯახს. ისინი შეიძლება თავს გრძნობდნენ ზედმეტად გადატვირთულად ამდენი პროცედურებითა და აქტივობით. ქალისა და მისი ოჯახის მონახულება მშობიარობის შემდეგ მნიშვნელოვანია პრობლემების გარკვევასა და ჩარევების მიზეზებში, რაც ეხმარება პერსპექტივების განხილვაში.

შეფასება

პაციენტზე ორიენტირებული მიზნები არ ვითარდება კოლაბორაციული პრობლემებისთვის, მაგრამ ექთანი აგროვებს და ადარებს მონაცემებს კარგად ჩამოყალიბებულ ნორმებს და განსაზღვრავს მონაცემები არის თუ არა ნორმის ფარგლებში. ჰიპოვოლემიური შოკის გამო, დედის სასიცოცხლო მაჩვენებლები რჩება ნორმის ფარგლებში და ნაყოფის გულისცემა არ მიგვანიშნებს არაკეთილსაიმედო მდგომარეობის ნიშნებზე (როგორიცაა პათოლოგიური სიხშირე, გვიანი დეცელერაციები ან შემცირებული ბაზალური ვარიაბელობა).

ორსულების ჰიპერემეზისი

ორსულობის ჰიპერემეზისი არის მუდმივი, არაკონტროლირებადი ღებინება, რომელიც იწყება ორსულობის პირველივე კვირებში და შეიძლება გაგრძელდეს მთელი ორსულობის განმავლობაში, თუმცა მისი გამოვლინება მცირდება. განსხვავებით ორსულთა გულისრევის შე-

გრძნებისა, რომელიც თავისით გაივლის და სერიოზულ გართულებებს არ იწვევს, ორსულობის ჰიპერემეზისს შეიძლება ჰქონდეს სერიოზული შედეგები. ორსულობის ჰიპერემეზისთან დაკავშირებულია 5% მეტი წონის კლება, დეჰიდრაცია, აციდოზი შიმშილისგან, სისხლსა და შარდში კეტონების მომატებული დონე, ალკალოზი- გამოწვეული კუჭის წვენის ჰიდროქლორიდის მჟავის (მარილმჟავა, HCL) დაკარგვითა და ჰიპოკალემიით. ღვიძლის მომატებული ენზიმების ფონზე შეიძლება მოხდეს მცირეხნიანი, გარდამავალი ჰეპატიკური დისფუნქცია. ვიტამინი K-ს დეფიციტმა შეიძლება გამოიწვიოს კოაგულაციური დაავადება და თიამინის დეფიციტმა - ენცეფალოპათია.

ეტიოლოგია

ორსულობის ჰიპერემეზისის გამომწვევი მიზეზი არ არის ცნობილი, მაგრამ უფრო ხშირია დაუქორწინებელ თეთრ კანიან ქალებში, პირველი ორსულობის დროს და მრავალნაყოფიანი ორსულობის დროს. სხვა შესაძლო მიზეზია შესაძლო ალერგია პროტეინების მიმართ, ორსულობასთან ასოცირებული ჰორმონების (როგორიცაა ესტროგენი და ბეტა-hCG) მომატებული დონე, ასევე ფარისებრი ჯირკვლის დისფუნქცია, ჰელიკობაქტერ-პილორის ასოციაცია კუჭისა და თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლულოვან დაავადებასთან (თუმცა ეს არ არის საბოლოოდ დასაბუთებული), ფსიქოლოგიური ფაქტორები (შესაძლოა ურთიერთქმედებს პირღებინების შეგრძნებასთან და ღებინებასთან ერთად, რომელიც ხდება ორსულობის ადრეულ ვადებზე).

თერაპიული მართვა

ჰიპერემეზისის დიაგნოზის განხილვისას უნდა გამოირიცხოს მუდმივი გულისრევის შეგრძნებისა და ღებინების ისეთი მიზეზები, როგორიცაა ქოლეცისტიტი, კუჭისა და თორმეტგოჯა წყლულოვანი დაავადება ან გესტაციური ტროფობლასტური დაავადება. ლაბორატორიული კვლევები: სისხლის საერთო ანალიზში ჰემოგლობინისა და ჰემატოკრიტის დონე შეიძლება მომატებული იყოს დეჰიდრაციის გამო, რაც იწვევს ჰემოკონცენტრაციის გაზრდას. ელექტროლიტების განსაზღვრამ შეიძლება გამოავლინოს შემცირებული ნატრიუმი, კალიუმი და ქლორიდის დონეები. გაზრდილი კრეატინინის დონე შეიძლება მიანიშნებდეს თირკმელების დისფუნქციას.

მკურნალობა ხდება უმეტესად სახლში, როცა ქალი ცდილობს გულისრევის შეგრძნების გაკონტროლებას მეთოდებით, რომელსაც ხშირად იყენებს დილით ორსულთა გულისრევის დროს. დამატებით, შესაძლოა ექიმმა გამოუწეროს ვიტამინები, როგორიცაა პურიდოქსინი (ვიტამინი B6), რომელიც ხშირად ცოტაოდენ შვებას გვრის ორსულებს. ყოველდღიური ვიტამინების და მინერალების მიწოდება შეიძლება რეკომენდებული იყოს.

წამლით თერაპია შეიძლება საჭირო გახდეს, თუ ღებინება დამძიმდება.

გამოწერილი წამლები შესაძლოა შედგებოდეს შემდეგისგან:

- პრომეტაზინი (ფენერგანი);
- დიფენჰიდრამინი (ბენადრილი);
- ჰისტამინის რეცეპტორების ანტაგონისტები, როგორიცაა ფამოტიდინი (პეპციდი) ან რანიტიდინი (ზანტაკი);
- კუჭის წვენის ინჰიბიტორები, როგორიცაა ესომეპრაზოლი (ნექსიუმი) ან ომეპრაზოლი (პრილოსეკი);
- მეტოკლოპრამიდი (რეგლან);
- ონდანსეტრონი (ზოფრანი).

თუ უფრო მარტივი მეთოდები წარუმატებელია და წონის კლება ან ელექტროლიტების დისბალანსი გრძელდება, IV სითხეებით და ელექტროლიტებით შევსება ან სრულად პარენტერალური მკურნალობა შეიძლება გახდეს საჭირო. ზოგიერთ ქალში, IV სითხეებით შევსებამ შეიძლება სწრაფადვე გამოასწოროს გულისრევის შეგრძნება და ღებინება. მართვა შეიძლება მოხდეს სახლში, პერიოდულად ექთნის ვიზიტებით, თუ მას სჭირდება პარენტერალური მკურნალობა. პერიოდული მოკლე ჰოსპიტალიზაცია შეიძლება საჭირო გახდეს, სანამ ჰიპერემეზის პრობლემის შემსუბუქება მოხდება. ასევე წარმატებით გამოიყენება ენტერალური კვება.

პაციენტის მოვლასთან ასოცირებული მსჯელობა

რადგან მართვა ხშირად ხდება სახლში ვიზიტებით, ექთნებს შეუძლიათ შეფასება და ჩარევა ქალების მდგომარეობაში. ფიზიკალური შეფასება ხდება მიღებული და გამოყოფილი სითხის განსაზღვრაში. მიღება შეიცავს IV სითხეებისა და პარენეტრალურ ან ენტერალურ კვებას, ასევე ორალურ კვებას, რომელიც გრძელდება ღებინების კონტროლით. გამოყოფა შედგება პირღებინების რაოდენობითა და მახასიათებლებით და შარდის გამოყოფით. ზოგადი პრინციპით, ნორმალური შარდის გამოყოფა დაახლოებით 1 მლ/კგ/სთ-შია. ნაწლავური ელიმინაციის ჩანაწერი გვაწვდის ორალური კვების შესახებ მნიშვნელოვან ინფორმაციას, რადგან ქალების სითხის მიღება შეიძლება იყოს იმდენად მინიმალური, რომ შეიძლება დღეები გავიდეს მისი ბოლო ნაწლავური გამოყოფიდან.

ლაბორატორიული მონაცემები შეიძლება გამოვიკვლიოთ სითხისა და მეტაბოლური სტატუსის განსაზღვრისათვის. ჰემოგლობინისა და ჰემატოკრიტის მომატებული დონე შეიძლება გამოწვეული იყოს დეჰიდრაციით, რომელიც საბოლოოდ გვაძლევს ჰემოკონცენტრაციას. ნატრიუმის, კალიუმისა და ქლორის კონცენტრაცია შეიძლება შემცირებული იყოს, რაც გამოიწვევს ჰიპოკალემიასა და ალკალოზს.

სახლში ან საავადმყოფოში ყოფნის დროს, ქალი იწონება ყოველდღიურად, ყოველდღე, ერთი და იგივე ტანსაცმელით (პირველი, რასაც აკეთებს დილით). წონაში კლება და კეტონების არსებობა შარდში მიანიშნებს, რომ ცხიმისა და ცილის მეტაბოლიზმი ხდება ენერგეტიკული საჭიროებისთვის.

დეჰიდრაციის ნიშნები შედგება შემცირებული სითხის მიღებით (ნაკლები, ვიდრე 2000 მლ/დღეში, შარდის შემცირებული გამოყოფა, შარდის გაზრდილი კუთვნილი მასა (მეტი ვიდრე 1.025) , მშრალი კანი ან მშრალი ლორწოვანი მემბრანები და არაელასტიური კანის ტურგორი.

პაციენტის მოვლასთან დაკავშირებული მსჯელობა შეეხება გულისრევის შეგრძნებასა და ღებინებას, საკვები ნივთიერებებისა და სითხის ბალანსის შენარჩუნებას და, ასევე, ემოციურ მხარდაჭერას.

გულისრევის შეგრძნების და ღებინების შემცირება

ორსულს უნდა შევთავაზოთ საკვები მცირე ულუფებით. საკვები უნდა გამოიყურებოდეს მიმზიდველად. მძაფრი სუნის საკვები არ უნდა შედიოდეს დიეტაში, რადგან შეიძლება გამოიწვიოს გულისრევის შეგრძნება. ნაკლებცხიმიანი საკვები და მარტივად მოსანელებელი ნახშირწყლები, როგორიცაა ხილი, პური, მარცვლეული, ბრინჯი და პასტა ორგანიზმს უზრუნველყოფს მნიშვნელოვანი საკვები ნივთიერებებით და ახდენს სისხლის გლუკოზის დონის დაწევის პრევენციას, რომელმაც შეიძლება გამოიწვიოს გულისრევის შეგრძნება. წვნიანებისა და სხვა სითხეების მიღება უნდა მოხდეს კვებას შორის, რათა თავიდან ავიცილოთ კუჭის გადაჭიმვა და პირღებინების გამოწვევა. სწორად ჯდომა კვების შემდეგ ამცირებს კუჭის წვენის რეფლუქსს.

საკვები ნივთიერებებისა და სითხის ბალანსის შევსება

ქალებმა, გულისრევის შეგრძნებით და ღებინებით, უნდა იკვებონ ყოველ 2-3 საათში. მარილის დამატება ეხმარება ქლორიდის დანაკარგის შევსებას, როცა HCL მჟავის ღებინება ხდება. კალიუმითა და მაგნიუმით მდიდარი საკვებისა და სითხის მიღება უნდა იყოს წახალისებული, თუ ამის შესაძლებლობა აქვს ქალს, რადგან ამ საკვები ნივთიერებების მარაგის განლევის უფრო მეტი შესაძლებლობაა და მაგნიუმის დეფიციტმა შეიძლება გაამწვავოს გულისრევის შეგრძნება. კალიუმი არის ხილში, ბოსტნეულსა და ხორცში. მაგნიუმის წყარო არის თესლები, თხილი/კაკალი, პარკოსანი მცენარეები და მწვანე ბოსტნეული.

IV სითხეებისა და სრული პარენტერალური კვების დანიშვნა ხდება ექიმის მიერ. IV, კალიუმის შემცველი სითხეების შეკვეთა ხდება, სანამ დაბალი დონის მაჩვენებელი ნორმალურს არ დაუბრუნდება. ორალური კვება სუფთა სითხეებით მცირე დოზებით იწყება, როცა გულისრევის შეგრძნება და ღებინება გაივლის. როცა ორალური სითხეები და საკმარისი საკვების მიღება კარგად გადაიტანება, პარენტერალური კვებაც თანდათანობით ჩერდება. ორალურ კვებაზე გადასვლის შემდეგ, თუკი გრძელდება სისუსტე და ღებინება, ექიმთან შეტყობინების შემდეგ უნდა გაგრძელდეს პარენტერალური სითხეებისა და საკვები ნივთიერებების მიღება.

ემოციური მხარდაჭერის შეთავაზება

ქალებს, ვისაც აქვთ ორსულების ჰიპერემეზისი, ექთანმა უნდა მისცეს შესაძლებლობა გამოხატონ თუ რას გრძნობენ ორსულად რომ არიან და რას ნიშნავს მუდმივ გულისრევის შეგრძნებასთან თანაცხოვრება. ორსულის ახლობლები ან მისი პარტნიორი შესაძლოა ამით გაკვირვებულები იყვნენ და არ მიიღონ ეს ფაქტი, არ გამოხატონ მხარდაჭერა ან თანაგრძნობა. ორსულის მხარდაჭერამ და მოსმენამ, გამოხატოს თავისი უკმაყოფილება ორსულობასთან დაკავშირებით და ასევე, მხარდამჭერი წყაროს არსებობის შეგრძნებამ, შესაძლოა გავლენა მოახდინოს პირღებინების შეგრძნებაზე. ასეთმა დამოკიდებულებამ შესაძლოა განავითაროს მოსაზრება, რომ ორსულთა ჰიპერემეზისი განპირობებულია ფსიქოლოგიური ფაქტორით. ორსულობის ჰიპერემეზისმა, არაპროგნოზირებულობის გამო, შესაძლოა ორსულობის საწყისი კვირები არასასიამოვნო გახადოს.

დამატებით, ქალსა და მის ოჯახზე დაკვირვება გვაძლევს საშუალებას, ავუხსნათ ოჯახის წევრებს, რამდენად მნიშვნელოვანია მათი თანადგომა, საპასუხო რეაქციები ორსულის მიმართ გულისრევის უსიამოვნო შეგრძნებების გამო. ექთნებმა შეიძლება გამოიყენონ კრიტიკული აზროვნება, რომ გამოიკვლიონ ორსულის პირადი შეხედულებები და წინასწარი განწყობა ოჯახის წევრთაგან მხარდაჭერისა და კომფორტის შექმნის მოლოდინების შესახებ.

ორსულობასთან დაკავშირებული ჰიპერტენზიული დაავადებები

ტერმინოლოგია, რომელიც გამოიყენება ორსულობის პერიოდში ჰიპერტენზიის აღსაწერად, არაერთგვაროვანი და დამაბნეველია. ორსულთა ჰიპერტენზიის კლასიფიკაციისა და მართვის საუკეთესო მიდგომების სტანდარტიზაციისათვის განახლებული რეკომენდაციების თანახმად, განიხილავენ ოთხ კატეგორიას:

- გესტაციური ჰიპერტენზია: სისხლის წნევის მომატება ორსულობის 20 კვირის შემდეგ, რა დროსაც პროტეინურია არ გვხვდება. გესტაციური ჰიპერტენზია მთავარი სამუშაო დიაგნოზია, მისი პროგრესირება შეიძლება მოხდეს პრეეკლამფსიაში. თუ გესტაციური ჰიპერტენზია ნარჩუნდება მშობიარობის შემდეგ, დასტურდება ქრონიკული ჰიპერტენზიის დიაგნოზი;
- პრეეკლამფსია: სისტოლური სისხლის წნევა 140 მმ.ვცხ.სვ. ან უფრო მეტი ან დიასტოლური სისხლის წნევა 90 მმ.ვცხ.სვ. ან უფრო მეტი, რომელიც ხდება ორსულობის 20 კვირის შემდეგ და რომელიც დაკავშირებულია მნიშვნელოვან პროტეინურიასთან (> 0.3 გ 24 საათიან შარდში, რომელიც ჩვეულებრივ შეესაბამება შემთხვევითობით აღებულ შარდის საზომ ჩხირით შეფასებას >1+). შეშუპება, ასევე, ხშირია პრეეკლმაფსიის დროს, თუმცა მიიჩნევა როგორც არასფეციფიური ნიშანი, რადგან შეიძლება შეგვხდეს როგორც ჰიპერტენზიით გართულებული, ისე გაურთულებელი ორსულობის განმავლობაში;
- ეკლამფსია: პრეეკლამფსიის პროგრესირება გენერალიზებულ კრუნჩხვებში, რომლის დაკავშირება ვერ ხერხდება სხვა გამომწვევ მიზეზთან. კრუნჩხვები შეიძლება მოხდეს პოსტპარტუმ პერიოდში;
- ქრონიკული ჰიპერტენზია: მომატებული სისხლის წნევა, რომელიც არსებობდა ორსულობამდე ან გესტაციის 20 კვირამდე. დაუდგენელი ქრონიკული ჰიპერტენზია შეიძლება არ იყოს დიაგნოსტირებული ორსულობის ბოლომდე.

პრეეკლამფსია

პრეეკლმფსია აღნიშნავს მდგომარეობას, როცა ჰიპერტენზია ვითარდება ორსულობის ბოლო ნახევარში ქალებში, რომლებსაც მანამდე აღენიშნებოდათ ნორმალური სისხლის წნევა. თირკმელების პათოლოგიურ პროცესში ჩათრევამ შეიძლება გამოიწვიოს პროტეინურია. ხშირად ვლინდება გენერალიზებულ შეშუპება. ამ დროს მშობიარობა არის მკურნალობის ერთადერთი გამოსავალი. როცა პრეეკლამფსიის დეტექცია ხდება ორსულობის ადრეულ ვადებზე და ორსულობა იმართება ფრთხილად, ამ დროს დედისა და ნაყოფის ავადობა მინიმუმამდეა დაყვანილი.

შემთხვევა და რისკ-ფაქტორები

პრეეკლამფსია საკმაოდ ხშირია და ორსულთა 5-10 %-ში გვხვდება, ორსულობის დროს ჰიპერტენზიის პრევენციის მცდელობა ყოველთვის წარმატებით არ სრულდება. პრეეკლამფსია პერინატალური სიკვდილის მთავარი მიზეზია და ხშირად დაკავშირებულია საშვილოსნოსშიდა ზრდის შეფერხებასთან (IUGR).

პრეეკლამფსიის გამომწვევი მიზეზები ჯერ ბოლომდე დადგენილი არ არის. ცნობილია რამდენიმე ფაქტორი, რაც ზრდის რისკს- ჭარბწონიანობა, სიმსუქნე, ორსულობამდელი დიაბეტი. პრეეკლამფსია ხშირად ემართებათ 35 წელს გადაცილებულ ქალებს პირველი ორსულობის დროს, აფროამერიკელებს, ასევე, ქალებს ქრნოკული ჰიპერტენეზიით ან თირკმლის დაავადებებით, მრავალნაყოფიანი ორსულობით. იმუნოლოგიური და გენეტიკური დაავადებების არსებობა, როგორიცაა მგლურა ან შედედების დარღვევები, ზრდის პრეეკლამფსიის მწვავედ განვითარების რისკს. ქალს, რომელსაც ჰქონდა წინა ორსულობები ჰიპერტენზიის გარეშე, შეიძლება პრეეკლამფსია დაემართოს, თუ პარტნიორს თავის წინა პარტნიორთან ჰქონდა პრეეკლამფსიით გართულებული ორსულობა.

ცხრილი 11-1	ჰიპერტენზიის კლასიფიკაცია ორსულობის დროს
კლასიფიკაცია	**კომენტარი**
გესტაციური ჰიპერტენზია (ცვლის ტერმინს: ორსულობით გამოწვეული ჰიპერტენზია)	სისტოლური სისხლის წნევა >140 მმ.ვცხ.სვ. ან მეტი ან დიასტოლური სისხლის წნევა > 90 მმ.ვცხ.სვ. ან მეტი, რომელიც ვითარდება ორსულობის 20 კვირის შემდეგ, მაგრამ უბრუნდება ნორმალურ მაჩვენებელს მშობიარობიდან 6 კვირაში. პროტეინურია (ნეგატიური ან მცირე რაოდენობით დადებითი სხვადასხვა დროს ჩატარებულ შარდის ანალიზში) არ არის.
პრეეკლამფსია	სისტოლური სისხლის წნევა >140 მმ.ვცხ.სვ. ან მეტი ან დიასტოლური სისხლის წნევა >90 მმ.ვცხ.სვ. ან მეტი, რომელიც ვითარდება ორსულობის 20 კვირის შემდეგ და თან ახლავს პროტეინურია 0.3 გრ ან მეტი 24 საათიან შარდის ანალიზში (სხვადასხვა დროს გაკეთებული შარდის ანალიზი ხშირად გვაჩვენებს > 1 ან მეტს +
ეკლამფსია	პრეეკლმაფსიის გართულება, რომელიც გამოვლინდება გენერალიზებული კრუნჩხვებით და არ არის დაკავშირებული სხვა მიზეზთან
ქრონიკული ჰიპერტენზია	სისტოლური სისხლის წნევა >140 მმ.ვცხ.სვ. ან დიასტოლური სისხლის წნევა > 90 მმ.ვცხ.სვ., რომელიც არსებობდა ორსულობამდე ან განვითარდა ორსულობის 20 კვირამდე. ასევე, დიაგნოზი ისმევა თუ ჰიპერტენზია კვლავ რჩება მშობიარობის შემდგომ პერიოდში
პრეეკლამფსია თანდართული ქრონიკულ ჰიპერტენზიას	განვითარებული ახალი პროტეინურია > 0.3 გრ ან მეტი 24 საათიან შარდის ანალიზში ქალებში, რომლებსაც აქვს ქრონიკული ჰიპერტენზია. თუ ქალს პროტეინურია განუვითარდა 20 კვირამდე, პრეეკლამფსია უნდა ვივარაუდოთ, როცა ხდება საბაზისო დონიდან პროტეინურიის სწრაფი მატება. კარგად დარეგულირებული სისხლის წნევის უცაბედი ზრდა, თრომბოციტოპენიის განვითარება (თრომბოციტები < 100. 000/mm3) ან ღვიძლის ფერმენტების პათოლოგიური ზრდა (AST ან ALT)
ALT, ალანინ ამინოტრანსფერაზა(ადრე SGPT)	AST ასპარტატ ამინოტრანსფერაზა (ადრე SGOT)

ყუთი 11-2 ორსულობასთან დაკავშირებული ჰიპერტენზიის რისკ-ფაქტორები

პირველი ორსულობა;
მამის ოჯახის სამედიცინო ისტორიაში არსებული პრეეკლამფსიური ორსულობა;
ასაკი >35 წელზე მეტი;
ანემია;
პირადი ან ოჯახის რომელიმე წევრის ორსულობასთან დაკავშირებული ჰიპერტენზიის ისტორია;
ქრონიკული ჰიპერტენზია ან არსებული ვასკულარული ან რენალური დაავადება;
სიმსუქნე;
შაქრიანი დიაბეტი;
ანტიფოსფოლიპიდური სინდრომი;
მრავალნაყოფიანი ორსულობა

პათოფიზიოლოგია

პრეეკლამფსია გენერალიზებული ვაზოსპაზმის შედეგია. ვაზოსპაზმის გამომწვევი მიზეზები კი უცნობია, თუმცა ცნობილია ზოგიერთი პათოფიზიოლოგიური პროცესი. ნორმალური ორსულობის დროს სისხლის მოცულობა და გულის წუთმოცულობა მნიშვნელოვნად იზრდება, თუმცა სისხლის წნევა არ იზრდება, რადგან ორსულ ქალებში ვითარდება რეზისტენტობა ვაზოკონსტრიქტორების (როგორიცაა ანგიოტენზინი II) მიმართ. პერიფერიული ვასკულარული რეზისტენტობა მცირდება, პროსტაციკლინი (PGI2), PGE და ენდოთელიუმისგან წარმოქმნილი სარელაქსაციო ფაქტორის (EDRF) ვაზოდილატაციური ეფექტის გამო.

პრეეკლამფსიის დროს პერიფერიული ვასკულარული რეზისტენტობა იზრდება, რადგან ზოგიერთი ქალი სენსიტიურია ანგიოტენზინოგენ II-ის მიმართ და მცირდება ვაზოდილატატორების ეფექტი. მაგალითად, თანაფარდობა თრმობოქსანის (TXA2) PGI2 (პროსტაციკლინი) მიმართ იზრდება. TXA2, რომელიც წარმოქმნილია თირკმელი ან ტროფობლასტური ქსოვილებისგან, იწვევს ვაზოკონსტრიქციას და თრომბოციტების აგრეგაციას (უჯრედების შეწებება, დაგროვება), PGI2 , წარმოქმნილი პლაცენტალური ქსოვილისგან და ენდოთელიალური უჯრედებისგან, იწვევს ვაზოდილატაციას და აინჰიბირებს თრომბოციტების აგრეგაციას.

ვაზოსპაზმი ამცირებს სისხლძარღვების დიამეტრს, ზიანდება ენდოთელიალური უზრედები და მცირდება EDRF-ით. ვაზოკონსტრიქცია ასევე იწვევს სისხლის დინების შეფერხებას და სისხლის წნევას მატებას. შედეგად, სხვა ორგანოების სისხლისმიმოქცევა (როგორიცაა თირკმელები, ღვიძლი, თავის ტვინი და პლაცენტა) შემცირებულია. საგულისხმოა ასევე შემდეგი ცვლილებები:

- თირკმელების შემცირებული პერფუზია ამცირებს გლომერულარული ფილტრაციის სიჩქარეს და იწვევს სისხლის შარდოვანას აზოტის, კრეატინინისა და შარდმჟავას დონის მატებას;
- თირკმელების შემცირებული სისხლის დინება იწვევს გლომერულების დაზიანებას, ხელს უწყობს პროტეინების გამოსვლას გლომერულარული მემბრანებიდან (ნორმალური გლომერულარული მემბრანები გაუმტარია დიდი ზომის პროტეინების მოლეკულებისთვის);
- თირკმელებიდან პროტეინის კარგვა ამცირებს კოლოიდურ ოსმოსურ წნევას და საშუალებას აძლევს სითხეებს გადავიდეს უჯრედშორის სივრცეში. ამან შეიძლება გამოიწვიოს შეშუპება და ინტრავასკულარული მოცულობის შემცირება, რაც ზრდის სისხლის ვისკოზურობას და ჰემატოკრიტის დონეს. ხშირია გენერალიზებული შეშუპება;
- შემცირებული ინტრავასკულარული მოცულობის საპასუხოდ, დამატებით ანგიოტენზინი II და ალდოსტერონი იწვევს ნატრიუმისა და წყლის რეტენციას. პათოლოგიური პროცე-

სის სპირალი: დამატებით ანგიოტენზინი II იწვევს უფრო მეტ ვაზოსპაზმს და ჰიპერტენზიას; ალდოსტერონი იწვევს სითხის რეტენციას; შეშუპება უარესდება;

- ღვიძლის შემცირებული ცირკულაცია არღვევს მის ფუნქციას, იწვევს ღვიძლის შეშუპებას და სუბკაფსულარულ ჰემორაგიას, რამაც შეიძლება გამოიწვიოს ჰემორაგიული ნეკროზი. ეს ვლინდება დედის შრატში ღვიძლის ფერმენტების მომატებით. ხშირი სიმპტომია ეპიგასტრიუმის არეში ტკივილი;
- ცერებრალური სისხლძარღვების თხელკედლიანი კაპილარების ვაზოკონსტრიქცია და წნევით გამოწვეული გახეთქვა იწვევს პატარა ცერებრალურ ჰემორაგიებს. არტერიული ვაზოსპაზმის სიმპტომებია თავის ტკივილი და ვიზუალური დარღვევები, როგორიცაა ბუნდოვანი ხედვა, "წერტილები" თვალების წინ და ჰიპერაქტიური ღრმა ტენდონების რეფლექსი (DTRs);
- შემცირებულმა კოლოიდურმა ონკოზურმა წნევამ შეიძლება გამოიწვიოს პულმონალური კაპილარული გაჟონვა, რაც გამოიწვევს ფილტვების შეშუპებას. მისი პირველადი სიმპტომია ქოშინი;
- შემცირებული პლაცენტალური სისხლის მიმოქცევა იწვევს ინფარქტს, რაც ზრდის პლაცენტის აცლის რისკს და HELLP სინდრომს. დამატებით, ნაყოფი განიცდის საშვილოსნოსშიდა ზრდის შეფერხებას, მუდმივ ჰიპოქსემიასა და აციდოზს.

პრევენციული ზომები

ანტენატალური მეთვალყურეობა

ადრეული და რეგულარული ანტენატალური მეთვალყურეობა ყურადღების გამახვილებით ისეთ მახასიათებლებზე, როგორიცაა, წონაში მატება, სისხლის წნევისა და შარდში პროტეინის დონის მონიტორინგი, იძლევა პრობლემის ადრეული დეტექციის საშუალებას, რითაც მინიმუმადე დაიყვანება დედისა და ნაყოფის ავადობა-სიკვდილიანობა.

ორსულს, ანამნეზში პრეეკლამფსიით, აქვს განმეორების მაღალი რისკი; პრევენცია შესაძლოა გაკეთდეს დაბალი დოზით ასპირინის, კალციუმის, მაგნიუმის დანამატისა და თევზის ზეთის დანამატის დანიშვნით. დაბალი დოზით ასპირინის (81 მგ/ დღეში) მიღებას მინიმალური სარგებელი აქვს მაღალი რისკის ქალებში. კალციუმის დამატება ამცირებს პრეეკლამფსიის განვითარების საშიშროებას მაღალი რისკის მქონე ქალებში. თუმცა, ამ დროისათვის არანაირი კონსესუსი არ არსებობს იმ ზომებზე, რაც შეძლებს პრეეკლამფსიის საიმედო პრევენციას მაღალი რისკის მქონე ქალებში.

პრეეკლამფსიის კლინიკური გამოვლინებები

კლასიკური ნიშნები

ჰიპერტენზია ხშირად პრეეკლამფსიის პირველი ნიშანია. სისხლის წნევის მაჩვენებლები განსხვავდება ქალის პოზიციის მიხედვით, ამიტომ სისხლის წნევა უნდა გაიზომოს ყველა ანტენატალურ ვიზიტზე. სისხლის წნევა უნდა გაიზომოს, როცა ქალი ზის და ხელი დაყრდნობილი აქვს რამეზე. გასაზომი მოწყობილობა უნდა შეესაბამებოდეს მისი ხელის ზომას. დიასტოლური წნევის გაზომვა უნდა მოხდეს კოროტკოვის ფაზა V ბგერის გაუჩინარებიდან. ქალის ჰოსპიტალიზაცია და წნევის მონიტორინგი დაგვეხმარება განვასხვავოთ ნამდვილად გვაქვს წნევის მატება თუ ეს გამოწვეულია ნერვიულობით. 10 წუთის ან უფრო ხანგრძლივი პერიოდის მოსვენებულ მდგომარეობაში ყოფნის შემდეგ სისხლის წნევა უნდა შეფასდეს განმეორებით, სფიმომანომეტრით ან სტეტოსკოპით კოროტკოვის ბგერების უკეთ დასაფიქსირებლად.

პროტეინურიის განსაზღვრა ხდება შარდის სუფთად აღებულ ნიმუშში, ვაგინალური გამონადენით ან სისხლით დაბინძურების პრევენციისათვის. ქალებს, საშარდე სისტემის ინფექციით, შარდში ხშირად აქვთ ერითროციტები და ლეიკოციტები, რომელიც გაზრდის პროტეინების დონეს პრეეკლამფსის გარეშე.

<table>
<tr><th>გულსისხლძარღვთა სისტემა</th><th>ჰემატოლოგიური სისტემა</th><th>ნევროლოგიური სისტემა</th><th>რენალური სისტემა</th><th>ჰეპატიკური სისტემა</th><th>პლაცენტა</th></tr>
<tr><td>↑ანგიოტენზინ II პასუხი</td><td>ჰემოკონცენტრაცია</td><td>არტერიალური ვაზოსპაზმი</td><td>↓ გლომერულარული ფილტრაციის სიჩქარე</td><td>დარღვეული ფუნქცია</td><td><table>
<tr><td>↓</td><td>პლაცენტის პერფუზია</td></tr>
<tr><td>↙</td><td>↘</td></tr>
<tr><td>ნაყოფის ჰიპოქსია</td><td>↓ საკვები ნივთიერებები</td></tr>
<tr><td>↓</td><td>↓</td></tr>
<tr><td>აციდოზი</td><td>საშვილოსნოს შიდა ზრდაში შეფერხება</td></tr>
<tr><td>↓</td><td></td></tr>
<tr><td>პერინატალური სიკვდილი</td><td></td></tr>
</table></td></tr>
<tr><td>↓</td><td>↓</td><td>↓</td><td>↓</td><td>↓</td><td></td></tr>
<tr><td>↑ სისხლის წნევა</td><td>↑ ვისკოზურობა</td><td>პატარა კაპილარების გახეთქვა</td><td>გლომერულის დაზიანება</td><td>ღვიძლის შეშუპება</td><td></td></tr>
<tr><td>↓</td><td>↓</td><td>↓</td><td>↓</td><td>↓</td><td></td></tr>
<tr><td>↓ გულის წუთმოცულობა</td><td>თრომბოციტების აგრეგაცია</td><td>მცირე სისხლჩაქცევები</td><td>პროტეინურია</td><td>სუბკაფსულარული ჰემორაგია</td><td></td></tr>
<tr><td></td><td>↓</td><td>↓</td><td>↓</td><td>↓</td><td></td></tr>
<tr><td>↓</td><td>თრომბოციტოპენია</td><td>თავის ტკივილი/ჰიპერრეფლექსია</td><td>↓კოლოიდალური ოსმოსური წნევა</td><td>↑ფერმენტები</td><td></td></tr>
<tr><td>↑ სისტემური ვასკულარული რეზისტენტობა</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>↓</td><td>↓</td><td>↓</td><td>↓</td><td>↓</td><td></td></tr>
<tr><td>↓პლაზმის მოცულობა</td><td>ენდოთელიუმის დაზიანება</td><td>კრუნჩხვები</td><td>სითხის გასავლა (შეშუპება)</td><td>ეპიგასტრიუმის ტკივილი</td><td></td></tr>
<tr><td></td><td>↓</td><td></td><td>↓</td><td></td><td></td></tr>
<tr><td></td><td>↑ თრომბოქსანი/პროსტაციკლინების ფარდობა</td><td></td><td>ჰიპოვოლემია</td><td></td><td></td></tr>
</table>

	↓		↓		
	↓ ენდოთე-ლიუმის მიერ წარმოქმნილი სარელაქსა-ციო ფაქტორი		↑ ჰემატოკ-რიტი		
	↓		↓		
	↑ სისხლძარ-ღვოვანი რე-ზისტენტობა		↑ ანგიოტენ-ზინი II და ალდოსტე-რონი		
	↓		↓		
	↑სისხლის წნევა		შემდგომი შეშუპება		
	↓		↓		
	↑პათოლოგია		↑სისხლის შარდოვანას აზოტი, კრე-ატინინი და შარდმჟავა		

დამატებითი ნიშნები

პრეეკლამფსიის მქონე ქალების, რეტინის გამოკვლევისას, უმეტესობას აღენიშნება პატარა არტერიული სისხლძარღვების კონსტრიქცია და დავიწროვება. ვაზოკონსტრიქციას როცა ვნახულობთ რეტინაში, ნიშნავს, რომ ანალოგიური ცვლილებები ხდება მთელ ორგანიზმში. ღრმა მყესების რეფლექსი (DTRs) შეიძლება ძალიან ძლიერი იყოს (ჰიპერრეფლექსია), რაც მიანიშნებს თავის ტვინის სისხლძარღვების შემცირებული ცირკულაციითა და შეშუპებით გამოწვეულ ცერებრალურ აღგზნებადობას.

მძიმე პრეეკლამფსიის არსებობისას ლაბორატორიული კვლევებით ფასდება ღვიძლისა და თირკმელების დისფუნქცია. კოაგულაცია შეიძლება შეიცვალოს - მცირდება თრომბოციტების რაოდენობა (პრეეკლამფსიის გარეშე თრომბოციტები ნორმის ზედა ზღვარზეა). იხილეთ უკვე განხილული დისემინირებული სისხლძარღვშიდა შედედება DIC .

გენერალიზებული შეშუპება ხშირად გვხვდება მძიმე ფორმის პრეეკლამფსიასთან ერთად. პირველადად შესაძლოა გამოვლინდეს სითხის შეკავებით გამოწვეული წონის სწრაფი მატებით. ორსულობისას ხშირია შეშუპება ქვედა კიდურებში, ხელებსა და სახეზე. შეშუპება შეიძლება იმდენად მასიური იყოს, რომ ქალის შესახედაობა მკვეთრად შეიცვალოს. შეშუპება შესაძლოა არ ჰქონდეს ყველა ორსულს, ვისაც აქვს პრეეკლამფსია ან შესაძლოა საკმაოდ მძიმე ფორმით იყოს გამოხატული ეკლამფსიის გარეშე. ნებისმიერი გენეზის (მათ შორის, ნაადრევი მშობიარობის პრევენციისათვის გამოყენებული მედიკამენტით) მასიური შეშუპების მქონე ორსულს შეიძლება განუვითარდეს ფილტვის შეშუპება.

სიმპტომები

პრეეკლამფსია წარმოადგენს საფრთხეს, როგორც ორსულისთვის, ისე ნაყოფისთვის:

(1) ვითარდება და პროგრესირდება მდგომარეობის მკვეთრი სწრაფად გაუარესებით;

(2) ხშირად არაა გამოვლენილი და დაფიქსირებული პრეეკლამფსიის ადრეული ნიშნები. იმ დროს, როცა ორსული შეამჩნევს სიმპტომებს, დაავადება უკვე პროგრესირებადია და კრუნჩხვების წინა მდგომარეობაც შესაძლოა იყოს. რეტინაში არსებულ სპაზმსა და შეშუპებას მი-

ანიშნებს მხედველობის ისეთი ცვლილებები, როგორიცაა დაბინდული ან გაორებული ხედვა, წერტილები თვალების წინ. სითხის შეკავებით გამოწვეული ნერვის კომპრესია იწვევს უცნაურ შეგრძნებებს, ხელებისა და ფეხების დაბუჟებას. განსაკუთრებით საშიში სიმპტომია ეპიგასტრიუმის არეში ტკივილი ან "კუჭ-ნაწლავის აშლილობა", რაც ახასიათებს ღვიძლის კაფსულის გადაჭიმვას და მიანიშნებს, რომ კრუნჩხვები გარდაუვალია. შარდის შემცირებული გამოყოფა მიანიშნებს თირკმელების ცუდ პერფუზიას და შეიძლება წინ უძღოდეს თირკმლის მწვავე უკმარისობას.

მსუბუქი პრეეკლამფსიის თერაპიული მართვა

პრეეკლამფსიის ერთადერთი მკურნალობა არის მშობიარობა. თუმცა, გადაწყვეტილება მშობიარობაზე დამოკიდებულია ჰიპერტენზიული დაავადებების სიმძიმესა და ნაყოფის მომწიფების ხარისხზე. თუ ორსულობის ვადა 34 კვირაზე ნაკლებია, ნაყოფის ფილტვების მოსამწიფებლად გამოიყენება სტეროიდები მშობიარობის 48 საათით გადასავადებლად. თუკი დედის ან ნაყოფის მდგომარეობა გაუარესდა, მშობიარობა უნდა დაჩქარდეს, ნაყოფის გესტაციური ასაკის მიუხედავად. მულტისისტემური დარღვევების გამო უპირატესობა ენიჭება ვაგინალურ მშობიარობას.

პრეეკლემაფსია იყოფა მსუბუქ და მძიმე კატეგორიებად, რაც დამოკიდებულია არსებულ ნიშნებსა და სიმპტომებზე (ცხრილი 11-2). თუმცა, მსუბუქი მდგომარეობა შეიძლება დამძიმდეს მცირე დროში, რადგან დაავადება სწრაფად პროგრესირებს.

სახლში მკურნალობა

სახლში მართვა შესაძლებელია თუ ორსულის მდგომარეობა მსუბუქია და ქალი არ არის შესაფერისი კანდიდატურა მშობიარობის ინდუქციისთვის, უმეტესად ნაყოფის მოუმწიფებლობის მიზეზით. ორსული უნდა იყოს სტაბილურ მდგომარეობაში ნაყოფის დამაკმაყოფილებელი სტატუსით, ჰქონდეს სურვილი მიჰყვეს მკურნალობის გეგმას (წოლითი რეჟიმი, შემცირებული აქტივობა, სისხლის წნევის მონიტორინგი, ექიმთან ვიზიტები ყოველ 3-4 დღეში). ორსულს, რომელსაც შეურჩიეს სახლში მკუნალობა, უნდა ასწავლონ თუ როგორ გაიზომოს სისხლის წნევა და განუმარტონ როგორ მოიქცეს ისეთი საშიში სიმპტომების დაფიქსირებისას, რაც მიანიშნებს პრეეკლამფსიის გაუარესებას: მხედველობის შეცვლა, ძლიერი თავის ტკივილი ან ტკივილი ეპიგასტრიუმის არეში. ნაყოფის არადამაკმაყოფილებელ სტატუსზე მიანიშნებს შემცირებული ნაყოფის მოძრაობა. ეს ყველაფერი მკაფიოდ უნდა განემარტოს ორსულს და დავწმუნდეთ, რომ მან ეს სათანადოდ გაიგო. თუ ქალის ჰოსპიტალიზაცია ხდება მსუბუქი პრეეკლამპსიით, სახლში შემდგომი მკურნალობა უნდა მოერგოს საავადმყოფოში არსებული მკურნალობის სქემას.

სურათი 11-8, გენერალიზებული შეშუპება არის შესაძლო ნიშანი პრეეკლამფსიის, ასევე ის შეიძლება შეგვხვდეს ნორმალური ორსულობის ან ორსულობის დროს, რომელიც გართულებულია სხვა მდგომარეობებით A, სახის შეშუპება შეიძლება იყოს შეუმჩნეველი ნიშანი B, ფეხების ქვედა ნაწილების შეშუპება.

შემთხვევის შესწავლა 11-2	პაციენტის მოვლის გეგმა
შეფასება: ნია, 16 წლის ორსული, იმყოფება ანტენატალურ მეთვალყურეობაზე 30 კვირის გესტაციის დროს. მისი პირველი ვიზიტი კლინიკაში იყო გესტაციის 20 კვირის ვადაზე. მას თან ახლავს დედა. მისი სისხლის წნევაა 136/90 მმ.ვცხ.სვ. და აღენიშნება მცირეოდენი შეშუპება ქვედა კიდურებში და პროტეინურიის ნიშნები. მას აძლევენ ინსტრუქციებს თუ როგორ მოუაროს სახლში ორსულობით გამოწვეულ ჰიპერტენზიას. რეკომენდაცია მოიცავს წოლითი რეჟიმს, სისხლის წნევის ხშირ მონიტორინგს, წონის, მიღებული და გამოყოფილი სითხის ოდენობის კონტროლს, ასევე ახალშობილის მოძრაობის დაფიქსირებას. ნია უნდა დაბრუნდეს კლინიკაში ერთი კვირის შემდეგ. ის თავს გრძნობს კარგად და არ სურს სკოლის გაცდენა. ის ვერ ხვდება წოლითი რეჟიმის მიზეზს. დიაგნოზი: ნიას მზაობა, რომ მეტი გაიგოს პრეეკლამფსიის მოწოდებული მკურნალობის შესახებ. მოსალოდნელი გამოსავალი: ნია და მის გვერდით მდგომი ადამიანი (დედა) : 1. პირველი ანტენატალური ვიზიტის ბოლოს შეძლებენ ახსნან შეთავაზებული მკურნალობის სარგებელი; 2. შეასრულებენ მოწოდებული მოვლის მეთოდს მომდევნო კვირას; 3. გააგრძელებენ ანტენატალურ მეთვალყურეობას.	ინტერვენცია და რაციონალიზაცია 1. საშუალებას მისცემს ნიას გამოხატოს მისი აზრი მოწოდებული მკურნალობის შესახებ: რა გაწუხებთ ყველაზე მეტად სკოლის გაცდენის გამო? მისი განცდები მიიღეთ მნიშვნელოვნად, “ნამდვილად რთული იქნება სკოლის პროგრამას, რომ ჩამორჩეთ? “ ნამდვილად არ არის კარგი, რომ გამოაკლდებით სკოლის აქტივობებს და ასევე მეგობრებთან დროის გატარებას ვერ შეძლებთ”. ემოციური მხარდაჭერის დროს მცირდება შფოთვა და სწავლება შესაძლებელია, რომ დავიწყოთ. 2. მოიძიეთ ოჯახში ისეთი მხარდაჭერის სისტემა, რომელიც საშუალებას მისცემს ხელი შეუწყოს სახლში მკურნალობასა და წოლით რეჟიმს. მკურნალობის სწორად წარმართვა თითქმის შეუძლებელია ოჯახის წევრების გვერდით დგომის გარეშე, რაც მოიცავს დახმარებას ყოველდღიური აქტივობებში. 3. აღწერეთ ზოგადად ის პათოფიზიოლოგიური პროცესი, რომელიც მიმდინარეობს დედასთან და ნაყოფში. ორსული ქალები, განსაკუთრებით თინეიჯერი ორსულები საჭიროებენ დამატებით მოტივაციას, რომ წარმატებით წარმართონ მკურნალობა. ნიას მხარდაჭერამ მეგობრებისა და ოჯახისგან შეიძლება გააძლიეროს მოტივაცია და მკურნალობის სწორად შესრულება. 4. აუხსენით ნიასა და მის დედას, რომ შეიძლება მდგომარეობა გაუარესდეს და ყურადღებით უნდა იყვნენ ნიშნებსა და სიმპტომებზე, რომელიც მიანიშნებს მდგომარეობის გაუარესებას. ნიამ შეიძლება ვერ შეამჩნიოს ჰიპერტენზია ან პროტეინურია. ასევე შეშუპება ხშირად არ არის შესამჩნევი ჰიპერტენზიის გართულების დროს, ქალი შეიძლება ვერ მიხვდეს სხვა სიმპტომების არსებობას. 5. უთხარით ნიასა და მის დედას, რომ დაუკავშირდნენ კლინიკას თუ ექნება თავის ტკივილი, გაორმაგებული მხედველობა ან წერტილები თვალების წინ, რადგან ეს ნიშნები მიანიშნებს დაავადების სწრაფ პროგრესირებას და დაუყოვნებლივი ჩარევის აუცილებლობას. 6. ნიასთან და მის დედასთან ერთად მოაწესრიგეთ მის მეგობარ მამაკაცთან, მეგობრებთან ურთიერთობის და სახლში სასწავლო კლასებთან დაკავშირებული პრობლემები. ესეთი შეთანხმება საშუალებას მისცემს დაგეგმოს ხანგრძლივი პერიოდით მშვიდად ყოფნა. სახლში სასწავლო კლასები თავიდან ააცილებს სკოლის პროგრამის ჩამორჩენას.

აქტიურობის შეზღუდვა

ორსულმა უნდა დაისვენოს ხშირად, მსუბუქი პრეეკლამფსიის დროს სრული წოლითი რეჟიმი არ არის აუცილებელი. ლატერალუტი პოზიცია სულ მცირე 1 ½ საათის განმავლობაში, ამცირებს წნევას ღრუ ვენაზე, შესაბამისად ზრდის გულში სისხლის დაბრუნებას და სისხლის მიმოქცევის მოცულობას, ქალის სასიცოცხლო ორგანოებისა და პლაცენტის პერფუზიის გაუმჯობესებას.

სისხლის წნევა

თუ სისხლის წნევის მონიტორინგის დანიშვნა ხდება, ოჯახს უნდა ვასწავლოთ ელექტრონული სისხლის წნევის გასასინჯი მოწყობილობის გამოყენება, თუ საჭიროა ავუხსნათ სად შეიძინოს. წნევის გაზომვა უნდა მოხდეს ერთსა და იმავე ხელზე, ერთსადა იმავე პოზიციაში, ორჯენ ან ოთხჯერ დღეში. დიდი ზომის მანჟეტის გამოყენება უნდა მოხდეს დიდი ზედა კიდურების მქონე ორსულებში. შესაძლოა ელექტრონულმა მოწყობილობამ არ განსაზღვროს სისხლის წნევა იმ სიზუსტით, როგორც ხელით გაზომვისას.

წონა

ქალი უნდა აიწონოს ყოველ დილით, სასურველია ერთსა და იმავე სასწორზე და ერთი და იგივე წონის ტანსაცლით.

შარდის ანალიზი

შარდში პროტეინის განსაზღვრა ჩხირით უნდა გაკეთდეს ყოველდღიურად. ვიყენებთ პირველი მოშარდვის ნაკადის შუა ნაწილს. ექიმმა შეიძლება მოითხოვოს, რომ ტესტი გაკეთდეს სხვა დროსაც. 24 საათიანი შარდის ნიმუშების შეგროვება სახლში ან საავადმყოფოში საჭიროა პროტეინის დონის ზუსტი განსაზღვრისათვის.

ნაყოფის შეფასება

იქიდან გამომდინარე, რომ ვაზოკონსტრიქცია ამცირებს პლაცენტისკენ სისხლის მიდინებას, ნაყოფის მდგომარეობის შესაფასებლად ორსულს სჭირდება განსაკუთრებული მონიტორინგი. ნაყოფის არაკეთილსაიმედო მდგომარეობა შეიძლება გამოვლინდეს ნაყოფის გაიშვიათებული ან შემცირებული მოძრაობით, რომელიც აღინიშნება დედის მიერ ("დარტყმების დათვლა"). დამატებითი მეთვალყურეობა მოიცავს ულტრაბგერით გამოკვლევას ნაყოფის ზრდის ან ამნიონური სითხის რაოდენობის შეფასებისთვის, ან წარმოადგენდეს ბიოფიზიკური პროფილის (BPP) შეფასების ნაწილს. შემცირებული ამნიონური სითხე პლაცენტარულ უკმარისობაზე მიგვანიშნებს. თუ ორსულობა ნაკლებია სრულ 34 კვირაზე და მშობიარობა მოისაზრება, მაგრამ არა სასწრაფოდ, ამნიოცენტეზი კეთდება ნაყოფის ფილტვების მომწიფების შესაფასებლად.

დიეტა

რეგულარული დიეტა უნდა იყოს ცილოვანი, კალორიული, მარილის ან სითხის შეზღუდვით. ქრონიკული ჰიპერტენზიის ან დიაბეტის მქონე ორსულებს ენიშნებათ დაავადების შესაბამისი დიეტა. ექთანმა უნდა შეაფასოს (და წაახალისოს) ორსულის მიერ დანიშნული მკურნალობის შესრულების ხარისხი, რათა მოხდეს ნიშნებისა და სიმპტომების დროული გამოვლენა და დაუყოვნებლივ შეტყობინება თითოეული კონტაქტის დროს. საყურადღებო ნიშნების ან სიმპტომების დაფიქსირებისთანავე ორსულმა სასწრაფოდ უნდა მიმართოს კლინიკას, თუ ვერ ახერხებს მომვლელთან დაკავშირებას.

მძიმე პრეეკლამფსიის მართვა სტაციონარში

პრეეკლამფსია მძიმეა, თუ სისტოლური სისხლის წნევა 160 მმ.ვცხ.სვ. ან უფრო მაღალი, დიასტოლური წნევა 110 მმ.ვცხ.სვ. და უფრო მაღალი, და არსებობს მულტიორგანული მოშლის

მტკიცებულება. ამ შემთხვევაში, დაავადების სიმძიმის გამო, გესტაციური ვადის მიუხედავად, რეკომენდებულია სასწრაფო მშობიარობა. ამნიონური სითხის მოცულობის შემცირება მიანიშნებს პლაცენტისკენ სისხლის მიდინების შემცირებას, სისხლის წნევის ნორმალური მაჩვენებლების დროსაც კი. ულტრაბგერა უნდა ჩატარდეს, რათა შეფასდეს ნაყოფის სისხლის დინების სიჩქარე ჭიპლარსა და პლაცენტაში.

ინტრანატალური მართვა

მართვის მიზანია ორსულის სტაბილიზაცია მშობიარობამდე, დედის სხვადასხვა გართულების (კრუნჩხვები, ინსულტი) პრევენცია, პლაცენტის სისხლის დინებისა და ნაყოფის ოქსიგენაციის გაუმჯობესება.

წოლითი რეჟიმი

ორსულს სჭირდება მშვიდი გარემოს შექმნა, წოლითი რეჟიმი ლატერალურ პოზიციაში. გარეგანი გამაღიზიანებელი (მაგ., სინათლე, ხმაური), რომელმაც შესაძლოა გამოიწვიოს კრუნჩხვები, უნდა შემცირდეს. უნდა გაგრძელდეს ნაყოფის ელექტრონული მონიტორინგი (EFM).

ანტიჰიპერტენზიული მედიკამენტები

თუ ორსულის სისტოლური სისხლის წნევაა 160 მმ.ვცხ.სვ. და მეტი, ან მისი დიასტოლური სისხლის წნევა არის 110 მმ.ვცხ.სვ. ან მეტი, ეს მიანიშნებს რომ უფრო მაღალია ინსულტის ან გულის შეგუბებითი უკმარისობის რისკი. ხშირად გამოიყენება ჰიდრალაზინი (აპრესოლინი), უმთავრესი უპირატესობა სხვა ანტიჰიპერტენზიულებთან შედარებით ისაა, რომ ის არის ვაზოდილატატორი, რომელიც ზრდის გული წუთმოცულობასა და პლაცენტაში სისხლის დინებას. შეიძლება გამოვიყენოთ სხვა ანტიჰიპერტენზიული მედიკამენტები, როგორიცაა ნიფედიპინი (კალციუმის არხის ბლოკატორი) ან ლაბეტოლოლი (ბეტა ადრენერგული ბლოკატორი). უნდა გამოვიჩინოთ სიფრთხილე, როცა ორსული იღებს მაგნიუმ სულფატს და ხდება ანტიჰიპერტენზიური მედიკამენტების მიცემა. ამ დროს შეიძლება განვითარდეს ჰიპოტენზია, რაც შეამცირებს პლაცენტის პერფუზიას.

ცხრილი 11-2	მსუბუქი და მძიმე პრეეკლამფსიის შედარება	
შემაფასებელი ნიშნები	**მსუბუქი**	**მძიმე**
სისტოლური სისხლის წნევა	>140 , მაგრამ < 160 მმ.ვცხ.სვ.	>160 მმ.ვცხ.სვ. (ორი ჩანაწერი, 6 სთ დაშორებით წოლითი რეჟიმის დროს)
დიასტოლური სისხლის წნევა	>90 , მაგრამ <110 მმ.ვცხ.სვ.	>110 მმ.ვცხ.სვ.
პროტეინურია (24 საათიანი ნიმუშის შეფასება აუცილებელია, რომ მოხდეს საათობრივი პასუხების სხვადასხვაობის ელიმინაცია)	>0.3 გრ, მაგრამ <2 გრ 24 საათიან შარდის ანალიზში (1+ ან უფრო მეტი სხვადასხვა დროს აღებული ნიმუშებიდან)	>5 გრ 24 საათიან შარდის ანალიზში. (3+ ან მეტი სხვადსხვა დროს აღებული ნიმუშებიდან)
კრეატინინი (თირკმლის ფუნქცია)	ნორმა	მომატებული (> 1.2 მგ/დლ)
თრომბოციტები	ნორმა	შემცირებული (<100.000)

ღვიძლის ფერმენტები (ALT ან AST)	ნორმა ან მცირედ მომატე-ბული	მომატებული
შარდის გამოყოფა	ნორმა	ოლიგურია ხშირია, ხშირად <500 მლ/დღეში
მძიმე, გაუსაძლისი თავის ტკივილი, რომელიც არ არის დაკავშირებული სხვა მი-ზეზთან, გონების დაბინდვა (ცერებრალური შეშუპება).	არ არის	ხშირად არის
მუდმივი ტკივილი მარჯვენა ზედა კვადრანტის არეში ან ეპიგასტრიუმის ტკივილი ან ტკივილი, რომელიც გადადის ზურგში (ღვიძლის კაფსულის გადაჭიმვა), პირღებინების შეგრძნება და გულისრევა	არ არის	შეიძლება იყოს და ხშირად წინ უს-წრებს კრუნჩხვებს
მხედველობის დარღვევა (წერტილები ან გაელვება, დროებითი სიბრმავე, ფოტო-ფობია)	არ არის ან მინიმალური	ხშირი
ფილტვის შეშუპება; გულის უკმარისობა; ციანოზი	არ არის	შეიძლება იყოს
ნაყოფის ზრდაში შეფერხება	ნორმალური ზრდა	ზრდაში შეფერხება; შემცირებული ამნიონური სითხის მოცულობა

შემთხვევის შესწავლა 11-2	პაციენტის მოვლის გეგმა
შეფასება: მიუხედავად რეკომენდებული მკურ-ნალობისა, რომელიც მდგომარეობს წოლით რეჟიმსა და დედისა და დის დახმარებაში, რომ სრულყოფილად წარიმართოს ანტენატალური მეთვალყურეობა, ნიას მდგომარეობა უარესდება. მას აღენიშნება სისხლის წნევის მომატება და წონაში სწრაფად მატება, რაც მიანიშნებს გენერა-ლიზებულ შეშუპებას, 32 კვირის ვადაზე	კრიტიკული აზროვნება 1. რომელი ორი მნიშვნელოვანი გართულებაა ყველაზე მნიშვნელოვანი ექთნებისთვის, რომ-ლებიც ნიას უვლიან? 2. რატომ არ წყვეტენ ექთნები ამ პრობლემის მოგვარებას? 3. რა არის ექთნების პასუხისმგებლობა ამ გა-რთულებების შემთხვევაში?

შეფასება: ნია კლინიკაში მიღებულია 32 კვირის გესტაციის ვადაზე, სისხლის წნევა 160/110 მმ.ვცხ.სვ. , გულისცემის სიხშირე 92 დარტყმა წუთში (bpm) და სუნთქვის სიხშირე 22 სუნთქვა წუთში. ერთჯერად შარდის ანალიზში გვაქვს პროტეინურია 2+ და შესამჩნევი შეშუპება ხელებსა და სახეზე, ასევე ქვედა კიდურებზე. ნაყოფის გულისცემის სიხშირე არის 136 დარტყმა წუთში საშუალო ვარიაბელობით. დაწყებულია ინტრავენური ინფუზია მაგნეზიუმ სულფატის, კრუნჩხვებისგან თავის აცილების წინასწარი ზომები მიღებულია და გარემოს სტიმული შემცირებულია. ნია აგზნებულია, რომ ეს პროცედურები ავნებს მას და ნაყოფს. ის ხშირად კითხულობს: “რამდენად ცუდად ვარ?” “ ჩემ შვილს ხომ ყველაფერი კარგად ექნება?” მისი ხელები ოფლიანია და უკანკალებს, როცა ცდილობს ხელსახოცი დაიჭიროს.

დიაგნოზი: შფოთვა, რომელიც დაკავშირებულია ჰოსპიტალიზაციასა და მის ინტერესთან მისი და მისი ნაყოფის ჯანმრთელობის შესახებ.

მოსალოდნელი გამოსავალი - ნია შეძლებს:

გამოხატოს მისი ინტერესი და აღწეროს მკურნალობის სარგებელი მისი ოჯახის თანდასწრებით.

გამოხატოს ნაკლები შფოთვა (აგიტაცია, ფიზიოლოგიური ნიშნები, როგორიცაა ტრემორი, ტაქიკარდია და ოფლის გამოყოფა)

პასუხები

1. ყველაზე ხშირი გართულება და, რომელიც ყველაზე დიდი პრობლემაა, არის მაგნეზიუმით მოწამვლა და გენერალიზებული კრუნჩხვები.
2. ეს არის ერთობლივი პრობლემა, რომელსაც სჭირდება ექიმებთან ერთად შეთანხმება, რათა მოხდეს მისი სათანადოდ მართვა. ექთანი დამოუკიდებლად არ მართავს მაგნეზიუმით მოწამვლას ან კრუნჩხვებს.
3. ექთანმა მონიტორინგი უნდა გაუკეთოს ამ მდგომარეობების ნიშნებს, მიაღებინოს დანიშნული მედიკამენტები, დააკვირდეს და გადასცეს ნიას საპასუხო რეაქციები მედიკამენტებზე და ექიმთან ერთად შეამციროს გართულებების შანსები

შეფასება: ნია გამოხატავს ემოციებს ექთანთან და მის დასთან. ის აკონტროლებს მის შფოთვებს, რაც გამოვლინდება ნაკლები აგიტაციისა და ფიზიოლოგიური ნიშნებით (ტაქიკარდია, ტაქიპნოე) და შესაძლებლობლებით, რომ გამოიყენოს სარელაქსაციო მეთოდები.

ჩარევა და რაციონალიზაცია

1. მიიღეთ ზომები, რომ შეამციროთ შფოთვა. შფოთვა არის აშკარა ნიშანი, რომელიც გამოწვეულია ფიზიკური და ემოციური საშიშროებით. ის გამოიხატება ყელში ბურთის გაჩხერის, უსუსურად ყოფნის, იზოლაციისა და დაუცველობის შეგრძნებით. შფოთვა საჭიროებს სწორ სუნთქვას და ასევე იმის გათვიცნობიერებას, რომ მარტო არ არის;
   - დაამშვიდეთ, რომ შფოთვის მიზეზი შეიძლება აღმოჩენილი იყოს: “ვხედავ ნამდვილად შეშფოთებული ხართ, მაგრამ ვეცდები ვუპასუხო თქვენს ყველა შეკითხვას?
   - საშუალება მიეცით ნიას, რომ იტიროს, გაბრაზდეს და გამოხატოს ნებისმიერი ემოცია, რაც გააჩნია.
   - გაამხნევეთ აღწეროს თუ როგორ გრძნობს თავს: “მითხარით უფრო დაწვრილებით თუ, როგორ გრძნობთ თავს.”
   - გაახმოვანეთ თუ რასაც ხედავთ “ვხედავ ხელი გაქვთ მოჭერილი, რამის თქმა ხომ არ გსურთ ამით? “

• გამოხატეთ ემპათია და ყურადღება, გამოიყენეთ არავერბალური ქცევის ნიშნები, მაგალითად, შეხება, როცა ეს შესაძლებელია. 2. უზრუნველყავით ინფორმაციის მიწოდება საავადმყოფოს შინაგანაწესისა და პროცედურების შესახებ, როცა ნიას შფოთვა იმდენად მცირდება, რომ ის შეძლებს ინფორმაციის მიღებას. როცა ხდება ემოციების იდენტიფიცირება და შესაბამისადაა გათვიცნობიერებული, შფოთვა მცირდება და შეიძლება დავიწყოთ სწავლება და ახსნა: • იყავით სპეციფიურები პროცედურების შესახებ, როგორიცაა ნაყოფის მონიტორინგი, ღრმა მყესების რეფლექსების შეფასება, სასიცოცხლო ნიშნების შეფასება და მკურნალობა, სპეციფიურად, მაგნეზიუმ სულფატის მკურნალობისას. აღწერეთ პროცედურების მიზნები, თუ ვინ ჩაატარებს და რა ხნგრძლივობით გაგრძელდება მშობიარობის შემდეგ. • ფოკუსირება მოახდინეთ ნიას არსებულ პრობლემაზე, შეიძლება მის მდგომარეობაში მომავალზე ვერ ფიქრობდეს. • ესაუბრეთ მშვიდათ და ჩუმად, მიეცით ძალიან მცირე დავალებები: "გვერდზე დაწექით." "ნელა ისუნთქეთ"; არ მოსთხოვოთ რამე გადაწყვეტილების მიღება. • საშუალება მიეცით მეგობარსა და ოჯახის წევრს, რომ დარჩეს ნიასთან და აუხსენით თუ რამდენად მნიშვნელოვანია უფრო მშვიდი გარემო. • აუხსენით და განუმარტეთ ჩასატარებელი პროცედურების არსი და მიზანი. ეს საშუალებას მისცემს, რომ ჰქონდეს თვითკონტროლის შეგრძნება, რაც შეამცირებს შფოთვას. აღქმა დარღვეულია, როცა შფოთვა ძალიან მაღალია. მოკლე, ლაკონური ახსნა უფრო მარტივად გასაგებია განერვიულებული ადამიანისთვის, ვიდრე გრძელი ახსნა.	

ანტიკონვულსიური მედიკამენტები

მაგნიუმის სულფატი ხშირად გამოიყენება კრუნჩხვების პრევენციისთვის. მაგნიუმი მოქმედებს როგორც ცენტრალური ნერვული სისტემის (CNS) დეპრესანტი, ნეიროკუნთოვანი ტრანსმიის დაბლოკვითა და აცეტილქოლინის რაოდენობის გამოყოფის შემცირებით. მაგნეზიუმი არ არის ანტიჰიპერტენზიული მედიკამენტი, ის ამცირებს ვაზოკონსტრიქციას, შესაძლოა სისხლის წნევის მცირედი შემცირებითაც. შემცირებული ვაზოკონსტრიქცია იწვევს მომავალ დედებში სისხლის მიმოქცევის გაზრდას სასიცოცხლო ორგანოებისკენ და აუმჯობესებს პლაცენტის სისხლის მიმოქცევას. დედის თირკმელებში გაზრდილი სისხლის მიმოქცევა აძლიერებს დიურეზს, უჯრედშორისი სითხის გადასვლით სისხლძარღვებში და შემდეგ გამოყოფას.

მაგნეზიუმის დანიშვნა ხდება IV ინფუზიით, სწრაფი ეფექტისათვის და კუნთშიდა ინექციით გამოწვეული დისკომფორტის თავიდან ასაცილებლად. მაგნეზიუმის დანიშვნა ხდება მეორე ხაზით, რითაც მედიკამენტის შეწყვეტა შეიძლება ნებისმიერ დროს. ამ დროს პირველი გადასხმის ხაზი რჩება ფუნქციური. ორმა კვალიფიციურმა ექთანმა უნდა შეამოწმოს გამოწერილი რეცეპტი, იმის დასაზუსტებლად, რომ მაგნეზიუმის შეკვეთილი დოზა საათებთან მიმართებაში ზუსტად ისხმება და სხვა IV სითხეებთან ერთად შეადგენს სწორად შეკვეთილ მთლიან ინფუზიურ მოცულობას.

მაგნეზიუმ სულფატი აქვს გარკვეული რისკები, მაგრამ მთავარი უპირატესობაა კრუნჩხვების პრევენციის ხანგრძლივი უსაფრთხოება. ნაყოფის მაგნეზიუმის დონე არის თითქმის იგივე, რაც ორსულის. ამის გამო ნაყოფის მონიტორის ჩანაწერმა შეიძლება გვაჩვენოს ნაყოფის გულისცემის სიხშირის ვარიაბელობის შემცირება. არ ახასიათებს კუმულაციის ეფექტი, რადგან ნაყოფის თირკმელები ეფექტურად გამოყოფს მაგნეზიუმს.

მაგნეზიუმის თერაპიული შრატის დონე არის 4-8 მგ/დლ, თუმცა ის გაზრდილია ლაბორატორიული მაჩვენებლების ნორმის ფარგლებში. მაგნეზიუმ სულფატის გვერდითი ეფექტები ვლინდება, თუ მისი კონცენტრაცია შრატში ძალიან მაღალი გვექნება. ყველაზე მნიშვნელოვანია ცნს დეპრესია-რესპირატორული ცენტრის დეპრესია. მაგნეზიუმის გამოყოფა მთლიანად ხდება თირკმელების მიერ. პრეეკლამფსიის დროს შემცირებულია შარდის გამოყოფა, რაც იწვევს მაგნიუმის ტოქსიური დოზით დაგროვებას. შარდის გამოყოფის მონიტორინგით დგინდება ოლიგურია, რაც იწვევს მაგნეზიუმის დაგროვებას და შესაბამისად, დონის მკვეთრ მატებას. მაგნიუმის დონის ხშირი შეფასება სისხლში, ღრმა მყესების რეფლექსის (პროცედურა 11-1), სუნთქვის სიხშირისა და სატურაციის კონტროლი საშუალებას იძლევა გამოვლინდეს ცნს დეპრესია, სანამ ის პროგრესირდება სუნთქვით დეპრესიაში და გულის დისფუნქციაში.

ინტრანატალური მართვა

კრუნჩხვები უმეტესად ხდება მშობიარობისას და ნაყოფის დაბადებიდან 24 საათის განმავლობაში. ნაყოფისა და დედის მონიტორინგი უნდა გაგრძელდეს უწყვეტად, ნაყოფის ოქსიგენაციის შემცირებისა და მოსალოდნელი კრუნჩხვების ნიშნების დროული გამოვლენისათვის. ქალი უნდა მოთავსდეს ლატერალურ პოზიციაში, პლაცენტარული სისხლის მიმოქცევის გაზრდისათვის და ძალისხმევა უნდა ფოკუსირდეს ტკივილის კონტროლში, რომელმაც შეიძლება გამოიწვიოს აგიტაცია და კრუნჩხვები.

წამლის გზამკვლევი	
მაგნეზიუმ სულფატი კლასიფიკაცია: ანტიკონვულსანტი მოქმედების მექანიზმი: შემცირებული აცეტილქოლინის გამოყოფა მოტორული ნერვებიდან, შესაბამისად, ნეიროკუნთოვანი ტრანსმისიის ბლოკირება. ცნს დეპრესია, რაც იწვევს ანტიკონვულსიურ ეფექტს, ასევე ამცირებს საშვილოსნოს შეკუმშვების სიხშირესა და სიძლიერეს. წარმოქმნის წამოწითლებებს და ოფლდენას, რადგან ამცირებს პერიფერიულ სისხლის წნევას. დანიშნულება: კრუნჩხვების პრევენცია და კონტროლი მძიმე პრეეკლამფიის დროს, საშვილოსნოს შეკუმშვების პრევენცია ნაადრევი მშობიარობის დროს.	შეწოვა: დაუყოვნებლივი IV დანიშვნის დროს გამოყოფა: გამოიყოფა თირკმელების მიერ უკუჩვენება და გამაფრთხილებელი ზომები: უკუნაჩვენებია ორსულებში, რომლებსაც აქვს მიოკარდიუმის დაზიანება, გულის ბლოკადა, მიასთენია ან თირკმლის დარღვეული ფუნქცია. მაგნეზიუმით მოწამვლა შესაძლოა დაკავშირებული იყოს წამლის არასრულად გამოყოფაზე თირკმელების მიერ, შეიძლება ასევე გამოიხატოს გაძლიერებული წყურვილით, გონიერების დაბინდვით ან რეფლექსების შემცირებით. გვერდითი რეაქციები: გამოწვეულია მაგნეზიუმის ზედმეტი დოზით და შედგება წამოწითლებით, ოფლის გამოყოფით, ჰიპოტენზიით, დაქვეითებული ღრმა მყესების რეფლექსით და ცნს დეპრესიით, რაც ასევე მოიცავს სუნთქვით დეპრესიას.

დოზირება და მიღების გზა: ჩვეულებრივი ინტრავენური (IV) დანიშვნის პროტოკოლი მოიცავს დარტყმით დოზას, რომელსაც მოყვება უწყვეტი ინფუზია გაკონტროლებული ინფუზიური ტუმბოთი. დარტყმითი დოზა არის 4-6 გრ მაგნეზიუმ სულფატი, რომელიც შეყვანილია 100 მლ IV სითხეში განზავებით 15-20 წუთის განმავლობაში. უწყვეტი ინფუზია აუცილებელია კონტროლით, 2 გრ/საათში. დოზები დადგენილია ინდივიდუალურად, საჭიროებისამებრ. ღრმა კუნთშიდა ინექცია კეთდება, მაგრამ არის მტკივნეული. პირველი ხაზის IV ინფუზია მედიკამენტების გარეშე ნარჩუნდება, როცა მაგნეზიუმის გადასხის შეწყვეტა ხდება. მაგნეზიუმის სულფატი შეიძლება დავუნიშნოთ ისეთი დოზირებით, რომ მოვახდინოთ ნაადრევი მშობიარობის შეკუმშვების პრევენცია.	პაციენტის მოვლა გულისხმობს სისხლის წნევის მონიტორინგს მედიკამენტის დანიშვნის დროს. შეაფასეთ ორსული სუნთქვით სიხშირეზე, რომელიც 12 სუნთქვაზე მეტია წუთში, ღრმა მყესების რეფლექსების არსებობა და შარდის გამოყოფა (30 მლ/საათში და მეტი), მაგნეზიუმის დანიშვნამდე. მოათავსეთ სარეანიმაციო მოწყობილობა (ამოსაქაჩი, ჟანგბადი, იქონიეთ კალციუმის გლუკონატი (მაგნეზიუმის ანტიდოტი)), შპრიცთან და ნემსებთან ერთად.

ოქსიტოცინი, საშვილოსნოს სტიმულაციისთვის და მაგნეზიუმ სულფატი, კრუნჩხვების პრევენციისთვის, ხშირად ინიშნება ერთდროულად მშობიარობის დროს პრეეკლამფსიის მქონე ორსულთან. ორსულს IV მთავარ ხაზთან ერთად სჭირდება ორი დამატებითი გადასხმის ხაზი: ერთი ოქსიტოცინისთვის და ერთი მაგნეზიუმისთვის. ანტიბიოტიკებისა და სხვა მედიკამენტებისთვის დამატებითი ხაზია საჭირო. გადასხმის სხვადასხვა ტუმბო უზრუნველყოფს, რომ სხვადასხვა მედიკამენტი და სითხე გადაისხას შეკვეთილი მოცულობითა და დოზით. მოწყობილობა, IV ხაზები და IV ადგილები უნდა შემოწმდეს ფრთხილად, სწორ ადგილას დამაგრებისა და სწორი ფუნქციონირებისათვის.

კომფორტისა და ტკივილის (შეიძლება გამოიწვიოს კრუნჩხვები) შემცირებისთვის შეიძლება დაინიშნოს ოპიატებით ან ეპიდურალური ანალგეზია. გასათვალისწინებელია, რომ კოაგულაციური პრობლემები შეიძლება იყოს ეპიდურული ანალგეზიის უკუჩვენება.

ნაყოფის უწყვეტი ელექტრონული მონიტორინგი ახდენს ნაყოფის გულისცემის სიხშირის მაჩვენებლების იდენტიფიცირებას, რაც შესაძლოა მიგვანიშნებდეს ნაყოფის არაკეთილსაიმედო მდგომარეობაზე. გვიანი დეცელერაცია ან შემცირებული ვარიაბელობა ხშირად ვლინდება და შეიძლება დაკავშირებული იყოს შემცირებულ პლაცენტარულ პერფუზიასთან ან მაგნეზიუმის გამოყენებასთან. ამ დროს შეიძლება საჭირო გახდეს ჟანგბადის დანიშვნა დედასთვის, ოქსიტოცინის ინფუზიის შეჩერება და დანიშნული IV ინფუზიის სიხშირის შეცვლა.

პრაქტიკოსი პედიატრები, ნეონატოლოგები ან ნეონატალური ექთნები მობილიზებულები უნდა იყვნენ ახალშობილის მოვლისთვის დაბადების მომენტიდანვე. შესაძლოა საჭირო გახდეს ნეონატალური რეანიმაციის გუნდის გამოძახება.

პოსტპარტუმ პერიოდის მართვა

მშობიარობის შემდეგ, გულდასმით უნდა შეფასდეს დედის სისხლის დანაკარგი ან შოკის ნიშნები, რადგან პრეეკლამფსიით გამოწვეული ჰიპოვოლემია შეიძლება გაუარესდეს მშობიარობის დროს არსებული სისხლის დანაკარგით. კრუნჩხვების პრევენციისათვის მაგნეზიუმის დანიშვნა ხშირად 24 საათი გრძელდება. პრეეკლამფსიის ნიშნებისა და სიმპტომების შეფასება უნდა გაგრძელდეს სულ მცირე 48 საათი.

ნიშნები, რომელიც გვაფიქრებინებს, რომ ქალი გამოჯანსაღდა პრეეკლამფსიისგან:

- შარდის გამოყოფა 4-6 ლ/დღეში, რომელიც იწვევს შეშუპების სწრაფ შემცირებას და წონის სწრაფ კლებას;

- შარდში ცილის შემცირება;
- სისხლის წნევის დაბრუნება ნორმალურ ნიშნულზე; ხშირად 2 კვირის განმავლობაში.

ეკლამფსიის თერაპიული მართვა

ეკლამფსია არის მძიმე პრეეკლმაფსიის პოტენციურად პრევენციული გაგრძელება, რომელიც გამოხატულია ერთი ან მეტი გენერალიზებული კრუნჩხვით, ზოგჯერ, სანამ ქალი წავა საავადმყოფოში. ორსულ ქალებში პრეეკლამფსიის ადრეული გამოვლენა უმეტეს შემთხვევაში იძლევა ინტერვენციის საშუალებას, სანამ მიაღწევს კრუნჩხვით სტადიას. გენერალიზებული კრუნჩხვები ხშირად იწყება სახის კრუნჩხვითი შეკუმშვებით, რასაც მოყვება სხეულის რიგიდულობა. შემდეგ იწყება ტონურ-კლონური მოძრაობა და გრძელდება დაახლოებით 1 წუთი. სუნთქვა წყდება გენერალიზებული კრუნჩხვების განმავლობაში, მაგრამ აღდგება ხანგრძლივ, ხმაურიან ჩასუნთქვასთან ერთად. ორსული დროებით კომაშია და ნაკლებად სავარაუდოა ცნობიერების დაბრუნების დროს ახსოვდეს კრუნჩხვის ეპიზოდი. ნაყოფის გულისცემის გარდამავალი მახასიათებლები, როგორიცაა, ბრადიკარდია, ვარიაბელობის დაკარგვა ან გვიანი დეცელერაცია შეიძლება იყოს არადამაკმაყოფილებელი. ნაყოფის ტაქიკარდია შეიძლება გვქონდეს, როცა ნაყოფი აკომპენსირებს დედის აპნოეს პერიოდს კრუნჩხვების განმავლობაში. ეკლამფსია შეიძლება მოხდეს ორსულობის დროს, ინტრანატალურ ან პოსტპარტუმ პერიოდში.

მაგნეზიუმ სულფატი წარმოადგენს არჩევის მედიკამენტს ეკლამფსიური კრუნჩხვების გასაკონტროლებლად. სხვა ანტიკონვულსანტები ან სედაციური საშუალებები არ გამოიყენება რუტინულად.

მძიმე ფორმის პრეეკლამფსიის დროს მოცირკულირე სისხლის მოცულობა მკვეთრადაა შემცირებული, რაც ზრდის პლაცენტარული პერფუზიის რისკს. ინტრავასკულარული სივრციდან სითხე გადადის უჯრედშორის სივრცეში, რაც იწვევს პულმონურ შეშუპებასა და გულის უკმარისობას. გაძნელებულია თირკმელების სისხლის მიმოქცევა, რაც ვლინდება ოლიგურიით (<30 მლ/სთ შრდის გამოყოფა) და თირკმელების შესაძლო უკმარისობით. ცერებრალური ჰემორაგია ზოგჯერ თან ერთვის ეკლამფსიას, სისხლის წნევის მომატებისა და კოაგულაციური დეფიციტის გამო. ორსულის ფილტვების მოსმენა უნდა ხდებოდეს რეგულარული ინტერვალით, ხშირად, საათში ერთხელ. პულსოქსიმეტრი გვაწვდის სატურაციის მონაცემებს. თუ ვლინდება ფილტვების შეშუპების განვითარება, ინიშნება ფუროსემიდი (ლაზიქსი). დედისა და ნაყოფის ოქსიგენაციას აუმჯობესებს ჟანგბადის მიწოდება სახის ნიღბით 8-10 ლ/წთ. დიგიტალისები შეიძლება საჭირო იყოს გულის შეკუმშვების გასაძლიერებლად, თუ სისხლის მიმოქცევის უკმარისობა განვითარდება. შარდის გამოყოფის შეფასება უნდა მოხდეს ყოველი საათის განმავლობაში და თუ შარდის გამოყოფა ეცემა 30 მლ/სთ ზე ქვემოთ, უნდა ვივარაუდოთ თირკმელების უკმარისობა.

ეკლამფსია ასტიმულირებს საშვილოსნოს შეკუმშვებს, ამიტომ აუცილებელია მონიტორინგი სანაყოფე გარსების დარღვევაზე, მშობიარობის ნიშნებზე ან პლაცენტის აშრევებაზე. სანამ ორსული უგონოდაა, უნდა მოხდეს მისი გვერდზე წოლის პოზიციაში შენარჩუნება, ასპირაციის პრევენციისა და პლაცენტალური სისხლის მიმოქცევის გაუმჯობესებისათვის. პაციენტი რომ არ ჩამოვარდეს საწოლიდან, უნდა ამოვწიოთ გვერდითი სამაგრი. სასიცოცხლო მაჩვენებლების დასტაბილურების შემდეგ, მომდევნო ნაბიჯი ნაყოფის დაბადებისთვის მზადებაა - ინდუქციური მშობიარობით, როცა საშვილოსნოს ყელი მომწიფებულია ან საკეისრო კვეთით, თუ სახეზეა ვადაგადაცილება.

ეკლამფსიური კრუნჩხვების შემდეგ ხშირია კუჭის შიგთავსის ასპირაცია. ამიტომ, ხელმისაწვდომი უნდა იყოს სასუნთქი გზების ამოქაჩვის მოწყობილობა. თავდაპირველი სტაბილიზაციიდან, ექთანმა წინასწარ უნდა განსაზღვროს გულმკერდის რადიოგრაფისა და არტერიული სისხლის გაზების პარციალური ნაწილის განსაზღვრის აუცილებლობა.

HELLP სინდრომი დაკავშირებულია მძიმე პრეეკლამფსიასთან. DIC არის დამატებითი გართულება, მოულოდნელი სისხლდენა, რომელიც შეიძლება მოხდეს მძიმე პრეეკლამფსიის ან ეკლამფსიის დროს კოაგულაციური დარღვევების გამო. ლაბორატორიული კვლევები კეთდება ხშირი ინტერვალით, რათა მოხდეს კოაგულაციური მაჩვენებლებისა და ღვიძლის ფერმენტების დონის განსაზღვრა და მეთვალყურეობა ნორმალიზაციამდე.

პაციენტის მოვლის პროცესის აპლიკაციის შევსება

პრეეკლამფსია

შეფასება

პაციენტის ადეკვატურად შეფასება პრეეკლამფსიის წარმატებული მართვის ერთ-ერთი უმნიშვენლოვანესი კომპონენტია. ყურადღებით შეფასება ერთადერთი გზაა, გავარკვიოთ მდგომარეობა დაექვემდებარა სამედიცინო მართვას თუ დაავადება პროგრესირებს. ვისაც ორსულობასთან ასოცირებული მძიმე ჰიპერტენზიის მქონე ორსული პაციენტის საექთნო მოვლისას, ექთნისა და პაციენტის თანაფარდობა უნდა იყოს 1:1.

მიღების დროს განსაზღვრეთ ორსულის წონა და აკონტროლეთ ყოველდღიურად. შეამოწმეთ სასიცოცხლო მაჩვენებლები და მოუსმინეთ გულმკერდს, სულ მცირე ყოველი 4 საათის განმავლობაში სველი სუნთქვის ხმიანობის გამოსარიცხად (მიანიშნებს ფილტვების შეშუპებას). შეაფასეთ შეშუპების სიმძიმე და ლოკაცია სულ მცირე ყოველი 4 საათის განმავლობაში. ცხრილი 11-3 გვიჩვენებს შეშუპების აღსაწერ გზამკვლევს. შარდის ბუშტში ჩადგით კათეტერი შარდის გამოყოფის საათობრივი შეფასებისათვის.

ცხრილი 11- 3 შეშუპების შეფასება	
ნიშნები	**ქულა**
ქვედა კიდურების მინიმალური შეშუპება	+1
ქვედა კიდურების შესამჩნევი შეშუპება	+2
ქვედა კიდურების შეშუპება, ასევე სახე, ხელები და გავის ძვლის ადგილი	+3
გენერალიზებული მასიური შეშუპება, რომელიც შედგება ასციტისგან (პერიტონეალურ ღრუში სითხის დაგროვება)	+4

შეამოწმეთ შარდი ცილაზე ყოველ 4 საათში. გამოიყენეთ ნაყოფის გარეგანი ელექტრონული მონიტორინგი ნაყოფის გულისცემის, ვარიაბელობის ან არადამაკმაყოფილებელი ნიშნების იდენტიფიცირებისათვის. გაითვალისწინეთ ორსულის მიერ მიღებული მედიკამენტები და მათი დამოკიდებულება ნაყოფის მონიტორინგის სახეობაზე.

შეამოწმეთ და შეაფასეთ მხრის (ბრაქიალური), სხივური (რადიალური) და მუხლის (პატელარული) რეფლექსები ჰიპერრეფლექსიის გამოსავლენად, რომელიც ცერებრალურ აღგზნებადობაზე მიანიშნებს. განსაზღვრეთ არსებობს თუ არა კლონუსი ჰიპერაქტიურ რეფლექსებთან ერთად, ქალის ტერფის მკვეთრად დორსიფლექსიით და შემდეგ გაშვებით, სანამ მისი მუხლის სახსარი დაკავებული გვაქვს მოხრილ მდგომარეობაში.

კლონუსი (კუნთების შეკუმშვისა და რელაქსაციის სწრაფი მონაცვლეობა) შეიძლება მოხდეს, როცა რეფლექსები ჰიპერაქტიურია. თუ კლონუსი არსებობს, უნდა შევატყობინოთ ექიმს. პროცედურა 11-1 გვაჩვენებს თუ როგორ უნდა შევაფასოთ და გავზომოთ ღრმა მყესების რეფლექსები.

ყურადღებით მოუსმინეთ ორსულს და დაუსვით დამატებითი შეკითხვები სიმპტომებზე, რომლებსაც ის შესაძლოა განიცდიდეს: თავის ტკივილი, მხედველობის დარღვევა, ეპიგასტრიუმის არეში ტკივილი, გულისრევის შეგრძნება ან პირღებინება ან სწრაფი შეშუპება.

დეტალური გამოკითხვაა საჭირო მნიშვნელოვანი სიმპტომების გამოსავლენად. დაუსვით ზუსტად მიმართული კითხვები როგორიცაა:

- გაქვთ თავის ტკივილი?
- აღმიწერეთ თუ შეიძლება თქვენი ტკივილი, გაქვთ რაიმე სახის ტკივილი მუცლის არეში?
- მაჩვენეთ სად გტკივათ და აღმიწერეთ ტკივილი
- ხედავთ წერტილებს თვალების წინ? სინათლის მკვეთრ ნათებას?
- გაქვთ გაორებული მხედველობა?
- თქვენი მხედველობა დაბინდულია?
- გაწუხებთ სინათლე?
- ვხედავ ბეჭედი მოგიხსნიათ თითიდან, ეს იმიტომ გააკეთეთ, რომ ხელები შეგიშუპდათ? როდის მოხდა ეს?

მაგნეზიუმის ტოქსიურობის შეფასება

სამეანო განყოფილებებს აქვს პროტოკოლი, რომელიც ითვალისწინებს მაგნეზიალურ თერაპიაზე მყოფი ორსულის რუტინულ შეფასებასა და მონიტორინგს. რეფლექსები შეიძლება ოდნავ ჰიპოტონური იყოს, მაგრამ თერაპიულ დოზაზე არ უნდა აღინიშნებოდეს მათი სრული არარსებობა. რეფლექსების არ არსებობა მიანიშნებს ცნს-ის დეპრესიას, რაც წინ უძღვის რესპირატორულ დეპრესიას. ამ დროს მაგნეზიუმის დონე ძალიან მაღალია. რესპირატორული სიხშირისა და ჟანგბადის სატურაციის შეფასებით განისაზღვრება დედის სუნთქვის ადეკვატურობა. შარდის გამოყოფის შემოწმება იდენტიფიციას უკეთებს ოლიგურიას (<30 მლ/სთ), რამაც წამლის დაგროვების გამო, შეიძლება გამოიწვიოს მაგნეზიუმით მოწამვლა. შეაფასეთ ქალის ცნობიერების დონე (ფხიზელი, მთვლემარე, დაბინდული, ორიენტირებული, დეზორიენტირებული). ცხრილი 11-4 მიმოიხილავს პაციენტის მოვლის შეფასებებს და მათ შედეგებს.

ფსიქო-სოციალური შეფასება

პრეეკლამფსიის გამო ორსულის სტაციონარში მოთავსება დამატებითი სტრესია ოჯახისათვის. ჰოსპიტალიზაციის დროს რთულდება მისი სხვა შვილების მოვლა. თუ ორსულის მდგომარეობა მსუბუქია და ადრეული გესტაციური პერიოდია, მას ეძლევა რეკომენდაცია შეამციროს ფიზიკური აქტივობა სახლში. ბევრი ოჯახი ვერ ათვითცნობიერებს დაავადების სერიოზულობას. საგულისხმოა, რომ ორსულები დაავადების ადრეულ ეტაპებზე თავს კარგად გრძნობენ, განსაკუთრებით მაშინ, თუ პრეეკლამფსია სწრაფად არ პროგრესირებს. ნაადრევი მშობიარობის აუცილებლობის შესახებ გადაწყვეტილება ამცირებს დედისა და ნაყოფის მხრივ შესაძლო გართულებას, მაგრამ ზრდის ოჯახის სტრესს მოსალოდნელ შედეგზე.

გამოარკვიეთ ორსულის ჰოსპიტალიზაციის შემდეგ რა მდგომარეობაში აღმოჩნდება ოჯახი, როგორ ირგებს „ავადმყოფის როლს" და როგორი სახის დახმარება ესაჭიროება ოჯახის წევრებისგან, როგორ გადანაწილდება ის ფუნქციები, რასაც ასრულებს ოჯახში, ვის აქვს სურვილი დაეხმაროს და რა მხარდაჭერას მიიღებს ოჯახის წევრებისაგან, როგორია ოჯახის ინტერესები, პრიორიტეტები.

პაციენტის მოვლასთან დაკავშირებული დიაგნოზი

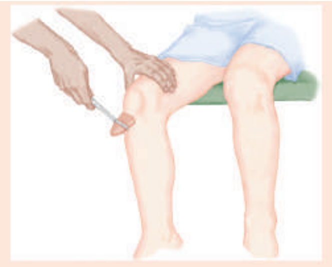
ორსულის კვლევების მონაცემების შეგროვება (იხილეთ პაციენტის ისტორია 11-2) მიგვანიშნებს როგორც დიაგნოზზე, ისე პოტენციური გართულებების რისკზე. ორივე, ექიმისა და ექთნის მიერ რეკომენდებული ჩარევა მიმართულია გართულებების მინიმუმამდე დაყვანისათვის. პრეეკლამფსიის პოტენციური გართულებებია ეკლამფსიის კრუნჩხვები და მაგნეზიუმით ტოქსიურობა.

პროცედურა 11-1	ღრმა მყესების რეფლექსების შეფასება

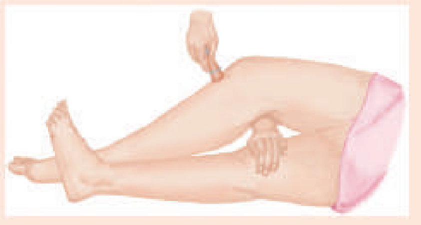
მიზანი: მოვახდინოთ გაძლიერებული (ჰიპე-რრეფლექსია) ან შემცირებული რეფლექსის (ჰიპორეფლექსია) იდენტიფიცირება

1. დაგჭირდებათ რეფლექსის ჩაქუჩი ბრა-ქიალური ან პატელარული რეფლექსის შესაფასებლად. პატელარული რეფლექსი ნაკლებად სარწმუნოა, თუ ქალს აქვს ეპი-დურალური ანალგეზია და უნდა შეფასდეს ზედა კიდურების რეფლექსები.
2. მოათავსეთ საყრდენ ზედაპირზე ქალის ხელი და უთხარით მოადუნოს, ხელი რჩება ოდნავ მოხრილ მდგომარეობაში ბრაქიალური რეფლექსის შესაფასებლად. თუ პრობლემაა მყესის სწორად დასაფიქ-სირებლად, რომელზეც უნდა დაარტყათ ჩაქუჩი, სთხოვეთ ორსულს მოხაროს და გაშალოს ხელი, სანამ არ შეიგრძნობთ მყესის მოძრაობას ცერა თითით, სანამ მოახდენთ მასზე დარტყმას.
3. მოათავსეთ საკუთარი ცერი ქალის მყესზე, როგორც ნაჩვენებია სურათში, რომ კარგად შეიგრძნოთ მყესის საპასუხო რეაქცია ჩაქუჩის დარტყმის მიმართ. დაარტყით რეფლექსის ჩაქუჩის პატარა მხარე. ნორმალური პასუხი არის მკლავის ოდნავ მოხრა.

4. პატელარული ანუ მუხლის რეფლექსი შე-იძლება შეფასდეს ორ პოზიციაში, მჯდო-მარე ან მწოლიარე მდგომარეობაში. როცა ქალი ზის, საშუალება მიეცით, რომ ქვედა ფეხები თავისუფლად იყოს ჩამოკიდებლი, რათა თავისუფლად მოხაროთ მუხლი და გაჭიმოთ მყესი. თუ პატელარული მყესის იდენტიფიცირება ვერ ხერხდება, ფეხი მოხარეთ და გაშალეთ ოდნავ, სანამ არ მოახერხებთ მყესის პალპაციას. დაა-რტყით რეფლექსის ჩაქუჩი მყესს პირდა-პირ მუხლის ქვეშ



5. როცა ქალი ზურგზე წევს, მისი ფეხის დაყრ-დნობა ისე უნდა მოხდეს, რომ მოვხაროთ მუხ-ლში და გავჭიმოთ მყესები. სწორი საპასუხო რე-აქციის გამოსაწვევად, ამას სჭირდება კიდურის მოდუნება. დაარტყით ნახევრად გაჭიმულ მყესს მუხლის ქვემოთ. საპასუხო რეაქციაა ფეხის ოდნავ გაშლა ან ბარძაყის კვადრიცების კუნთის ოდნავ შეკუმშვა.



6. რომ შევაფასოთ კლონუსი, ქალის ქვედა კიდური ისე უნდა იყოს დაყრდნობილი, როგორც ნაჩვენე-ბია სურათში და ხდება ფეხის დორსოფლექსია, რომ მოხდეს მყესის დაჭიმვა. დაიკავეთ ფეხი მოხრილ მდგომარეობაში. თუ კლონუსი არ არის, მაშინ არანაირი მოძრაობა არ იქნება, როცა კლონუსი (რომელიც მიანიშნებს ჰიპერეფლექ-სიას) არსებობს, ჩაქუჩის დარტყმისას შეინიშ-ნება ფეხის ჩქარი, რიტმული მოძრაობა.

ღრმა მყესების რეფლექსის შეფასების შკალა	
0	რეფლექსი არ არის
+1	რეფლექსი არის, ჰიპოაქტიური
+2	ნორმალური რეფლექსი
+3	უფრო აქტიურია, ვიდრე საშუალო რეფლექსი
+4	ჰიპერაქტიური რეფლექსი, ასევე შეიძლება იყოს კლონუსიც.

დაგეგმვა

ეკლამფსიის სათანადო მართვა, პოტენციური ეკლამფსიური კრუნჩხვებისა და მაგნეზიუმის ტოქსიურობით გამოწვეული გართულებების თავიდან აცილება უნდა მოხდეს დამტკიცებული პროტოკოლის მიხედვით, ექიმისა და ექთნის კოორდინირებული და მიზანმიმართული ჩარევით. ექთანმა თავის თავზე არ უნდა აიღოს ამ სიტუაციის მართვა. ექთნის მოვალეობაა:

- ისე წარმათოს ქმედებები, რომ მინიმუმამდე დაიყვანოს კრუნჩხვების რისკი და კრუნჩხვების შემთხვევაში მოახდინოს დაზიანების პრევენცია;
- აწარმოოს იმ ნიშნებისა და სიმპტომების მონიტორინგი, რომელიც მოახლოვებულ კრუნჩხვებს მიანიშნებს;
- გარდაუვალი კრუნჩხვების ნიშნების გამოვლენისთანავე გაიაროს კონსულტაცია ექიმთან;
- სათანადო ინფორმაცია მიაწოდოს და გვერდში დაუდგეს ორსულის ოჯახს;

მაგნეზიუმის ტოქსიურობის შემთხვევაში ექთნის მოვალეობას შეადგენს:

- აწარმოოს მაგნეზიუმის ტოქსიურობის ნიშანთა მონიტორინგი;
- მაგნეზიუმის ტოქსიურობის ნიშნების გამოვლენისათანავე გაიაროს კონსულტაცია ექიმთან;
- განახორციელოს ქმედებები, რომელიც ამცირებს მაგნეზიუმის ტოქსიურობის შესაძლებლობას

ცხრილი 11- 4	პრეეკლამფსიისა და მაგნეზიუმის ტოქსიურობის შეფასება
შეფასება	მნიშვნელობა
ყოველდღიური წონა	უზრუნველყოფს სითხის შეკავების შეფასებას
სისხლის წნევა	განსაზღვრავს მდგომარეობის გაურესებას, მკურნალობაზე საპასუხო რეაქციას ან ორივეს.
სუნთქვის სიხშირე, პულს ოქსიმეტრის ჩანაწერი	მედიკამენტით თერაპია (მაგნეზიუმ სულფატი) იწვევს სუნთქვით დეპრესიას და ამიტომ საჭიროა მისი შეწყვეტა და ექიმთან დაკავშირება, თუ სუნთქვის სიხშირე არის <12 ჩასუნთქვა წუთში ნაკლები ან იმოქმედეთ არსებული გზამკვლევის მიხედვით. პულსოქსიმეტრის ჩანაწერი უნდა იყოს 95% ან მეტი
სუნთქვის ხმები	უნდა ვეცადოთ დავაფიქსიროთ ფილტვებში ზედმეტი სითხის არსებობით გამოწვეული ხმები (ფილტვის შეშუპებისთვის დამახასიათებელი)
ღრმა მყესების რეფლექსები	ჰიპერრეფლექსია მიანიშნებს გაზრდილ ცერებრალურ აღგზნებადობას და შეშუპებას. ჰიპორეფლექსია დაკავშირებულია მაგნეზიუმის მომატებულ დონესთან
შეშუპება	უზრუნველყოფს ინტერსტიციალური სითხის შეფასებას
შარდის გამოყოფა	30 მლ/საათში მიანიშნებს თირკმელების საკმარის პერფუზიას (ზოგიერთი ავტორის მიერ მოწოდებულია 25 მლ/სთ). მაგნეზიუმის დონემ შეიძლება ტოქსიურ მაჩვენებლამდე აიწიოს, თუ შარდის გამოყოფა საკმარისი არ არის

შარდში ცილა	შარდის ერთჯერადი ნიმუშის ანალიზში ცილის მაჩვენებლი არის ნეგატიური ან მცირედ დადებითი. ცილის უფრო მაღალი მაჩვენებლი მიანიშნებს უფრო მეტი ცილის კარგვას, რაც გამოწვეულია გლომერულის დაზიანებით და მიანიშნებს პრეეკლამფსიის პროგრესირებაზე. ყველაზე ზუსტად შარდში ცილის დონეს ასახავს 24 საათიანი შარდის ანალიზი
ცნობიერების დონე	ძილიანობა ან დაბინდული მგრძნობელობა მიანიშნებს მაგნეზიუმის თერაპიულ დონეს, მაგნეზიუმის ზედმეტ დოზასთან დაკავშირებულია საპასუხო რეაქციების არ არსებობა ან კუნთების სისუსტე
თავის ტკივილი, ეპიგასტრიუმის ტკივილი, მხედველობის პრობლემები	ეს სიმპტომები მიანიშნებს ცერებრალური შეშუპებით, ცერებრალური სისხლძარღვების ვაზოსპაზმით და ღვიძლის შეშუპებით გამოწვეულ გართულებას. ეკლამფსია შეიძლება განვითარდეს ძალიან სწრაფად.
ნაყოფის გულისცემა და საბაზისო ვარიაბელობა	სრული ვადით ახალშობილში შეადგენს 110-160 დარტყმას წუთში. შემცირებული საბაზისო ვარიაბელობა შეიძლება გამოწვეული იყოს მაგნეზიუმის თერაპიული დონით ან არასაკმარისი პლაცენტალური პერფუზიით
ლაბორატორიული მონაცემები	დაავადების დამძიმების მნიშვნელოვანი მაჩვენებლებია: კრეატინინისა და ღვიძლის ფერმენტების მომატებული დონე ან თრომბოციტების შემცირებული რაოდენობა (თრომბოციტოპენია). მაგნეზიუმის დონე უნდა იყოს ექიმის მიერ განსაზღვრულ თერაპიულ საზღვრებში.

ჩარევა

ჩარევა კრუნჩხვების სამართავად

მოსალოდნელი კრუნჩხვების ნიშნების მონიტორინგი

მოსალოდნელი კრუნჩხვები უნდა ვივარაუდოთ შემდეგი ნიშნებით:

- ჰიპერრეფლექსია, რომელიც შესაძლოა არსებობდეს კლონუსთან ერთად;
- ცერებრალური აღგზნებადობის გაზრდილი ნიშნები (თავის ტკივილი, მხედველობის დარღვევა);
- ეპიგასტრიუმის ან მარჯვენა ზედა კვადრანტში არსებული ტკივილი, გულისრევის შეგრძნება ან ღებინება.

ექთნები ფხიზლად უნდა იყვნენ შეუმჩნეველი ცვლილებების მიმართ და მოემზადონ კრუნჩხვების სამართავად ყველა იმ ქალთან, ვისაც აქვს პრეეკლამფსია.

პრევენციული ზომების დაწყება

ცერებრალური აღგზნებადობის არსებობის დროს, გენერალიზებული კრუნჩხვები შეიძლება გამოწვეული იყოს ზედმეტი ვიზუალური ან სმენითი გამღიზიანებლით. ექთნებმა უნდა შეამცირონ გარეგანი გამღიზიანებელი შემდეგი ქმედებებით:

- მიიღეთ ქალი განყოფილების ყველაზე მშვიდ ნაწილში და ოთახის კარი გქონდეთ დაკეტილი. მიუხედავად ოთახის ადგილმდებარეობისა, საჭიროა ექთნის მიერ ინტენსიური დაკვირვება, შესაძლებლობის ფარგლებში;

- დაამაგრეთ კარზე რამე რბილი საგანი, კარის გაღების ან დაკეტვის დროს ხმაურის შესამცირებლად;
- შეინარჩუნეთ სინათლე დაბალ განათებაზე და დაიყვანეთ ხმაური მინიმუმამდე. ეს შეიძლება იყოს შემოსული ზარების დაბლოკვა და ელექტრონული მონიტორების ხმის დაყენება (ნაყოფის მონიტორი, პულსოქსიმეტრი, IV ტუმბო) რაც შეიძლება დაბალ ნიშნულზე;
- პაციენტის შეფასება და მოვლა ჯგუფურად, დანარჩენ პერიოდში მშვიდი გარემოს შესანარჩუნებლად;
- იმოძრავეთ ფრთხილად და მშვიდად ოთახში, მოერიდეთ საწოლთან მიჯახებებს ან ისეთ ქმედებებს, რამაც შეიძლება ქალი შეაშინოს;
- ქალთან და ოჯახთან შეთანხმებით, შეამცირეთ ვიზიტორები.

კრუნჩხვებთან დაკავშირებული დაზიანებების პრევენცია

საწოლი უნდა იყოს ყველაზე დაბალ პოზიციაზე დაყენებული, გვერდითი საცავი ამოწეული და ბორბლები ჩაკეტილი, რომ მოხდეს ტრამვების პრევენცია კრუნჩხვების დროს.

ჟანგბადისა და ლორწოს ამოსატუმბი მოწყობილობა, ასევე, დამაკავშირებლები, შემოწმებული და მომზადებული უნდა გქონდეთ, რადგან შესაძლოა კრუნჩხვების დროს აღარ იყოს საკმარისი დრო მათ მოსამზადებლად.

პრეეკლამფსიისთვის სათანადოდ მომზადებული ლანგარი ან ყუთი უნდა იყოს ხელმისაწვდომი: საბავშვო ამბუს ხელის რესპირატორი, ოფთალმოსკოპი, ტურნიკეტი (სისხლის შესაჩერებლად მკლავზე ან ფეხზე წასაჭერი ღვედი), რეფლექსის ჩაქუჩი, შპრიცები და ნემსები. დაუყოვნებლივ ხელმისაწვდომი უნდა იყოს შემდეგი მედიკამენტები: მაგნეზიუმის სულფატი, ნატრიუმის ბიკარბონატი, ჰეპარინი, ეპინეფრინი, ფენიტოინ და კალციუმ გლუკონატი.

კრუნჩხვების განმავლობაში უზრუნველყავით ქალისა და ნაყოფის დაცვა

ექთანმა უნდა დაიცვას ქალი და ნაყოფი კრუნჩხვების განმავლობაში. ექთნების უმთავრესი პასუხისმგებლობაა:

- დარჩით ქალთან და დახმარებისთვის დააჭირეთ საგანგებო სიტუაციის ღილაკს;
- თუ ქალი არ წევს გვერდით პოზიციაში, შეეცადეთ გადააბრუნოთ ქალი გვერდზე ტონური ფაზის დაწყების დროს. გვერდზე წოლითი პოზიცია საშუალებას აძლევს სისხლის მიმოქცევის გაძლიერებას პლაცენტისკენ და ახდენს ასპირაციის პრევენციას;
- აღნიშნეთ დრო და თანმიმდევრობა. ეკლამფსია ვლინდება ტონური-კლონური კრუნჩხვებით, რასაც შეიძლება წინ უძღოდეს სახის კრუნჩხვითი შეკუმშვები, რომელიც გრძელდება რამდენიმე წამით. ტონურ შეკუმშვებს მოყვება მთლიანი სხეულის კლონური შეკუმშვები, რომელიც გრძელდება ერთი წუთის განმავლობაში;
- კრუნჩხვების შემდგომ სასუნთქ გზებში ჩადგით სასუნთქი მოწყობილობა და ასპირაციის პრევენციისათვის ამოქაჩეთ ორსულის პირი და ცხვირი. მიაწოდეთ ჟანგბადი სახის ნიღბით 8-10 ლ/წთ-ში, რომ გაზარდოთ პლაცენტის და, ასევე, დედის ყველა სხვა ორგანოს ოქსიგენაცია;
- შეატყობინეთ ექიმს, რომ კრუნჩხვები მოხდა. ეს არის საგანგებო სიტუაცია, რომელთანაც დაკავშირებულია ცერებრალური ჰემორაგია, პლაცენტის აცლა, ნაყოფის მძიმე ჰიპოქსია და სიკვდილი;
- ექიმის რეკომენდაციით, მოემზადეთ დამატებითი სამედიცინო ინტერვენციისთვის და მიეცით მითითებული მედიკამენტები.
- ეს ჩარევა ასევე მნიშვნელოვანია თუ ქალს აქვს გენერალიზებული კრუნჩხვითი დაავადებები, რომელიც ჰიპერტენზიასთან არაა დაკავშირებული.

უზრუნველყავით ოჯახის მხარდაჭერა და ინფორმირებულობა

აუხსენით ოჯახს რა მოხდა, სიტუაციის სერიოზულობის მინიმიზაციის გარეშე. გენერალიზებული კრუნჩხვები შემაშინებელია ყველასთვის, ვინც მას შეესწრება და ოჯახი ხშირად მშვიდდება, როცა ექთანი უხსნის, რომ ქალი გონებას კარგავს და კრუნჩხვები გრძელდება მხოლოდ რამდენიმე წუთის განმავლობაში და ამის შემდეგ გარკვეული დროის განმავლობაში მთვლემარე სიტუაციაში იქნება. გაათვიცნობიერეთ, რომ კრუნჩხვები მიანიშნებს მდგომარეობის პროგრესირებას და აუცილებელია ექიმმა განსაზღვროს სამომავლო მართვის გეგმა, რაც გულისხმობს სასწრაფო მშობიარობას. ვაგინალური მშობიარობა უმჯობესია, თუ დედისა და ნაყოფის მდგომარეობა საშუალებას აძლევს, რაც გულისხმობს იმას, რომ კოაგულაცია და სხვა ორგანოთა ფუნქციონირება ნორმაშია.

ჩარევები მაგნეზიუმის ტოქსიურობის გამოვლენის შემთხვევაში

მაგნეზიუმის ტოქსიურობის ნიშნების მონიტორინგი

მაგნეზიუმის ჭარბი დონე იწვევს მთლიანი ცნს დეპრესიას, როგორც მოგრძო ტვინის (რომელიც აკონტროლებს სასუნთქ და გულის ფუნქციას), ისე თავის ტვინის (აკონტროლებს მახსოვრობას, გონებრივ პროცესებსა და მეტყველებას) ფუნქციის მოშლას. ნახშირორჟანგი გროვდება, როცა სუნთქვის სიჩქარე შემცირებულია, ეს კი იწვევს რესპირატორულ აციდოზს და ცნს-ის დეპრესიის გაღრმავებას, რაც შეიძლება სუნთქვის შეჩერებით დასრულდეს.

მაგნეზიუმის ტოქსიურობის ნიშნებია:

- სუნთქვის სიხშირე 12 სუნთქვაზე ნაკლები წუთში (ზოგიერთ კლინიკაში ნაკლები, ვიდრე 14 სუნთქვა წუთში);
- დედის პულსოქსიმეტრიით განსაზღვრული სატურაცია ნაკლები, ვიდრე 95%;
- ღრმა მყესების რეფლექსის არ არსებობა;
- ოფლდენა, წამოწითლება;
- შეცვლილი სენსორიკა (დაბნეულობა, ლეთარგიულობა, გაურკვეველი მეტყველება (დისართრია), დისორიენტაცია);
- ჰიპოტენზია;
- შრატში მაგნეზიუმის თერაპიული დონე ზღვრის ზემოთ, 4-8 მგ/დლ;

საპასუხო რეაქციები მაგნეზიუმის ტოქსიურობის ნიშნებზე

შეწყვიტეთ მაგნეზიუმი, თუ სუნთქვის სიხშირე წუთში 12 სუნთქვაზე ნაკლებია, ნარჩუნდება პულსოქსიმეტრით განსაზღვრული სატურაციის დაბალი დონე (<95%) ან ღრმა მყესების რეფლექსები არ არსებობს. მაგნეზიუმის დამატება მდგომარეობას გააუარესებს. შეატყობინეთ ექიმს ქალის მდგომარეობა დამატებითი ზომებისთვის. თუ შარდის გამოყოფა ეცემა 30 მლ/სთ ქვემოთ, შეატყობინეთ ექიმს. მედიკამენტის მიცემა ხდება ისე, რომ შეინარჩუნონ თერაპიული ზღვარი.

კალციუმს აქვს მაგნეზიუმის საპირისპირო ეფექტი ნეირო-კუნთოვან შეერთების ადგილას და ის უნდა იყოს დაუყოვნებლივ ხელმისაწვდომი, როცა მაგნეზიუმის დანიშვნა ხდება. მაგნეზიუმის ტოქსიურობა შეიძლება დაბალანსდეს 1 გრ (10 მლ 10% სითხის) კალციუმის გლუკონატის 1 მლ/წუთში სიჩქარით IV დანიშვნით.

შეფასება

გაარკვიეთ მონაცემები არის თუ არა ნორმის ფარგლებში, ამისათვის შეაგროვეთ და შეადარეთ მონაცემები უკვე ჩამოყალიბებულ ნორმებს. კრუნჩხვებისათვის ინტერვენცია ითვლება წარმატებულად თუ:

- რეფლექსები რჩება ნორმის ფარგლებში (+1 - +3);

- ქალს არ აღენიშება მხედველობის დარღვევა, თავის ტკივილი, ეპიგასტრიუმისა და მარჯვენა ზედა კვადრანტის არეში ტკივილი;
- ქალს არ აღენიშნება კრუნჩხვები ან დაუყოვნებლივ შესაძლებელია და ტარდება ნებისმიერი პრევენციული დაზიანება, თუ კრუნჩხვები მოხდება.

მაგნეზიუმის ტოქსიურობის შეფასებისათვის განსაზღვრეთ სუნთქვის სიჩქარე, რჩება თუ არა სულ მცირე 12 სუნთქვა წუთში, ღრმა მყესების რეფლექსები არსებობს და არის ჰიპოაქტიური, მაგნეზიუმის დონე დედის პლაზმაში არ აჭარბებს თერაპიულ დონეს 4- 8 მგ/დლ.

ჰემოლიზი, ღვიძლის ფერმენტების მომატებული დონე და დაბალი თრომბოციტების (HELLP) სინდრომი

HELLP სინდრომი არის სიცოხლისთვის საშიში შემთხვევა, რომელიც ართულებს დაახლოებით 10% ორსულობას. ქალების ნახევარს HELLP სინდრომით ასევე აქვთ მძიმე პრეეკლმაფსია, თუმცა ჰიპერტენზია შეიძლება არ იყოს გამოვლენილი. ნორმოტენზიულ ორსულებს შესაძლოა ჰქონდეთ პრეეკლამფსია, თუ მათ აქვთ სხვა გართულებების ნიშნები. როგორც პრეეკლამფსია, ასევე HELLP სინდრომი შეიძლება მოხდეს პოსტპარტუმ პერიოდში.

ითვლება, რომ ჰემოლიზი ერითროციტების ფრაგმენტაციისა და დეფორმაციის შედეგია. ღვიძლის ფერმენტების დონე იზრდება, როცა ფიბრინის დაგროვებით ხდება ჰეპატიკური სისხლის მიმოქცევის დახშობა. ღვიძლის დაზიანების შედეგად ვლინდება ჰიპერბილირუბინემია და სიყვითლე. დაბალი თრომბოციტების დონე გამოწვეულია სისხლძარღვების დაზიანებით. ვაზოსპაზმიდან გამომდინარე, თრმობოციტების აგრეგაცია ხდება დაზიანების ადგილას, რაც იწვევს თრომბოციტოპენიას, რომელიც ზრდის სისხლდენის რისკს, ჩვეულებრივ ღვიძლში.

HELLP სინდრომის მნიშვნელოვანი სიმპტომია ტკივილი მუცლის მარჯვენა ზედა კვადრანტის, გულმკერდის ქვედა მარჯვენა არეში ან შუა-ეპიგასტრიუმის არეში. ასევე, შეიძლება იყოს ღვიძლის კაფსულის გადაჭიმვისგან გამოწვეული გაღიზიანებადობა და დაჭიმულობის შეგრძნება. დამატებითი ნიშნები და სიმპტომები შედგება გულისრევის შეგრძნების, ღებინებისა და მძიმე შეშუპებისაგან. ასევე მნიშვნელოვანია, რომ თავიდან ავიცილოთ ღვიძლის ტრამვირება მუცელზე პალპაციის დროს და ქალის ტრანსპორტირება მოხდეს ფრთხილად. მუცელშიდა წნევის უცაბედმა მომატებამ, რაც შეიძლება გამოწვეული იყოს კრუნჩხვებით, შეიძლება გამოიწვიოს სუბკაფსულარული ჰემატომის გახეთქვა, რაც გამოიწვევს შიდა სისხლდენას და ჰიპოვოლემიურ შოკს. ჰეპატიკურმა გახეთქვამ შეიძლება გამოიწვიოს ნაყოფისა და დედის სიკვდილიანობა.

HELLP სინდრომის მქონე ორსულის მართვა უნდა მოხდეს ინტესიური თერაპიის განყოფილებაში. არჩევის პრეპარატებია მაგნეზიუმ სულფატი (კრუნჩხვების კონტროლი) და ჰიდრალაზინი (სისხლის წნევის კონტროლი). სითხის გადასხმით ხდება ქალის შემცირებული ინტრავასკულარული მოცულობის ნორმალიზება, ზედმეტი სითხის გადასხმის კონტროლი, რადგან ზედმეტმა სითხემ შეიძლება გამოიწვიოს ფილტვების შეგუბება ან ასციტი. თუ გესტაცია არის სულ მცირე 34 კვირის, კეთდება მშობიარობის ინდუქცია. მშობიარობის გადავადება შეიძლება მოხდეს, თუ გესტაცია არის 34 კვირაზე ნაკლების, ქალის მდგომარეობა სტაბილურია და სტეროიდების დანიშვნა ხდება ნაყოფის ფილტვების მომწიფების სტიმულაციისათვის.

თუ ქალი მიახლოებულია გესტაციის სრულ ვადასთან და აქვს მომწიფებული ყელი, უმჯობესია მშობიარობის ინდუქცია სისხლდენისა და შედედების გართულებების თავიდან ასაცილებლად, რომელიც, ალბათობის დიდი ვარაუდით, შესაძლებელია ახლდეს საკეისრო კვეთას.

ანესთეზიის მეთოდის არჩევანი

ინტუბაცია შეიძლება გართულდეს ლარინგეალური შეშუპებით. თრომბოციტების შემცირება იწვევს კოაგულაციურ ანომალიებს და ეპიდურალური ბლოკირების საშიშროებას, რამაც შესაძლოა გავლენა მოახდინოს პუდენდალური ბლოკის უსაფრთხოებაზე. საკეისრო კვეთის ტაქტიკა შეირჩევა მხოლოდ იმ შემთხვევაში, თუ გესტაციის ვადა ნაკლებია 34 კვირაზე და საშვილოსნოს ყელი მოუმწიფებელია.

უსაფრთხოების ზომები
ყველა არასენსიტიზირებულმა Rh -ნეგატიურმა ქალმა უნდა მიიღოს RhoGAM აბორტის, გარე ორსულობის, ქორიონიკ ვილუსის ნიმუშის აღების, ამნიოცენტეზის ან Rh-დადებითი ახალშობილის გაჩენის შემდეგ. RhoGAM პრევენციას უკეთებს Rh ანტისხეულების განვითარებას, რომელიც გამოიწვევს ნაყოფის ერითროციტების დესტრუქციას მომდევნო ორსულობების დროს.

ქრონიკული ჰიპერტენზია

ქრონიკული ჰიპერტენზიის დიაგნოზი შეიძლება დაისვას იმ შემთხვევაში, თუ მტკიცებულები მიანიშებს, რომ ჰიპერტენზია იყო ორსულობამდე ან განვითარდა გესტაციის 20 კვირამდე. პირველადი ანუ ესენციური ჰიპერტენზიის დიაგნოზის მქონეა პაციენტების 90%. ქრონიკური ჰიპერტენზია უფრო მეტად გვხვდება ხანდაზმულ, ასევე ჭარბწონიან და დიაბეტიან პაციენტებში. ქრონიკული ჰიპერტენზიის განვითარებაში მნიშვნელოვანია მემკვიდრეობისა და რასის (უფრო ხშირია ნებისმიერი ასაკის აფრო-ამერიკელებში) გათვალისწინება. დამატებითი რისკია გვიან ასაკში დაორსულება, ჭარბწონიანობა. არანაკლებ ხშირია თირკმლის ან აუტოიმუნური დაავადებით გამოწვეული ჰიპერტენზია.

ორსულობისას მიმდინარე ვაზოდილატაციური მოვლენები ორსულობის ადრეულ ვადებში ბუნებრივად იწვევს სისხლის წნევის მაჩვენებლების ნორმალიზებას, რაც დასტურდება და ფიქსირდება ანტენატალური მეთვალყურეობის დროს. თუ ორსული უკვე იღებდა ანტიჰიპერტენზიულ მედიკამენტს, უნდა გააგრძელოს მედიკამენტის მიღებას, სანამ სისხლის წნევა არ ნორმალიზდება (ეხმარება ორსულობის მიერ გამოწვეული ფიზიოლოგიური ვაზოდილატაციური ცვლილება). თუ ორსული არ იღებს ანტიჰიპერტენზიულ მედიკამენტს და დიასტოლური წნევა მუდმივად არის 90 მმ.ვცხ.სვ.-ზე ზემოთ, უნდა დაენიშნოს ანტიჰიპერტენზიული პრეპარატი.

ქრონიკული ჰიპერტენზიის მქონე ორსულთა ყველაზე ხშირი გართულებაა პრეეკლამფსიის განვითარება. პროტეინურიის გამოვლენა ან მნიშვნელოვნად მატება, ასევე, მიანიშნებს პრეეკლამფსიის განვითარებაზე. ამ დროს კიდევ უფრო იმატებს სისხლის წნევა.

საჭიროა დიეტოლოგის ჩართვა, რათა ორსულს დაენიშნოს შესაბამისი დიეტა, წონის კორექცია (ხშირად ასეთ ორსულებს აწუხებთ ჭარბი წონა და დიაბეტი), პროტეინებით მდიდარი საკვები პროტეინის კარგვის დასაბალანსებლად, სუფრის მარილის შეზღუდვა, ანტენატალური ვიზიტების გახშირება, ამნიონური სითხის მონიტორინგი და ნაყოფის ბიოფიზიკური პროფილის (ვაკვირდებით ნაყოფის საშვილოსნოს შიდა ზრდის შეფერხებისა და ნაყოფის არაკეთილსაიმედო მდგომარეობის ნიშნებს) რეგულარული მონიტორინგი ნაყოფის მოძრაობების დათვლით.

ანტიჰიპერტენზიური მედიკამენტების შერჩევა უნდა მოხდეს ფრთხილად, პლაცენტის სისხლის მიმოქცევის შესაძლო შემცირების გათვალისწინებით. ანტიჰიპერტენზიული მედიკამენტი ინიშნება, თუ დიასტოლური წნევა ნარჩუნდება 90 მმ.ვცხ.სვ.-ზე მაღალ ნიშნულზე ორსულობის ადრეულ ვადებში. არჩევის მედიკამენტია მეთილდოპა (ალდომეტ), ორსულობის განმავლობაში მისი ეფექტურობის და უსაფრთხოების გამო. ასევე შეიძლება გამოვიყენოთ ბეტა-ბლოკერები და კალციუმის არხის ბლოკერები, თუ მეთილდოპა ეფექტური არ არის, მაგრამ მათი უსაფრთხოება ორსულობის განმავლობაში ნაკლებად დამტკიცებულია. ანგიოტენზინ მაკონვერტირებელი ფერმენტის (ACE) ინჰიბიტორი რეკომენდებული არაა ორსულობის დროს, მაგრამ შეიძლება გამოვიყენოთ პოსტპარტუმ პერიოდში. ჰიპერტენზიული კრიზის დროს არჩევის პრეპარატია ჰიდრალაზინი. შარდმდენების გამოყენება პრეეკლამფსიით გართულებული ქრონიკული ჰიპერტენზიის დროს მიზანშეწონილი არაა, რადგან შეიძლება გამოიწვიოს სისხლის მოცულობის შემცირება, რომელიც ისედაც შემცირებულია. თუ რეგულარული შარდმდენები გახდა საჭირო, ორსულობის დროს უსაფრთხო პრეპარატად მიიჩნევა თიაზიდი.

დედის და ახალშობილის სისხლის შეუთავსებლობა

Rh შეუთავსებლობა

ორსულობის დროს რეზუს (Rh) ფაქტორის შეუთავსებლობა შესაძლებელია მხოლოდ მაშინ, როცა ორი განსაკუთრებული დამთხვევა არსებობს:

(1) დედა არის Rh- ნეგატიური (D-negative);

(2) ნაყოფი არის Rh - დადებითი.

Rh შეუთავსებლობა წარმოადგენს პრობლემას ნაყოფისათვის, ხოლო ორსულში არ იწვევს არავითარ ზიანს.

Rh - ნეგატიური სისხლის კუთვნილება აუტოსომურ რეცესიული ბუნებისაა და ადამიანმა მემკვიდრეობით, ორივე მშობლისგან, უნდა მიიღოს ერთი და იგივე გენი.

პათოფიზიოლოგია

ადამიანს, რომელიც არის Rh -დადებითი, აქვს Rh ანტიგენი ერითროციტებზე. როცა Rh პოზიტიური ადამიანის სისხლი შეერევა სისხლს, რომელიც არის Rh ნეგატიური, სხეული მასზე რეაგირებს როგორც უცხო სხეულზე. ის გამოიმუშვებს ანტისხეულებს შემოჭრილი ანტიგენის გასანადგურებლად.

ერითროციტებზე არსებული Rh ანტიგენის გასანადგურებლად მთლიანი ერითროციტის განადგურებაა საჭირო. რეზუს-კონფლიქტი შესაძლოა მოხდეს ორსულობის გარეშე- სასწრაფოდ სისხლის გადასხმა გამოკვლევის გარეშე. Rh - დადებითი უჯრედების დესტრუქცია Rh ნეგატიურ ადამიანში ხდება მას შემდეგ, რაც მოხდება მისი სენსიტიზაცია Rh დადებითი ანტიგენით.

თეორიულად, ნაყოფისა და დედის სისხლი ორსულობის განმავლობაში ერთმანეთს არ ერევა. თუმცა, რეალურად, მაინც ხდება ისე, რომ ნაყოფის სისხლის ერთი ან ორი წვეთი ხვდება დედის სისხლის მიმოქცევის სისტემაში და იწყებს ანტისხეულების წარმოქმნას Rh დადებითი სისხლის უჯრედების გასანადგურებლად. სენსიტიზაცია ხდება სპონტანური ან სელექტიური აბორტის, მშობიარობამდელი პროცედურების განმავლობაში (ამნიოცენტეზისა და ქორიონის ხაოების ნიმუშის შეფასების დროს). Rh დადებითი სისხლის საწინააღმდეგოდ სწრაფი იმუნური პასუხი ხდება ჰემორაგიით გართულებული მდგომარეობების შემდეგ, როგორიცაა წინამდებარე პლაცენტა ან პლაცენტის აშრევება, ასევე გაურთულებელი მშობიარობის დროსაც კი.

დედისა და ნაყოფის სისხლი ხშირად ერთმანეთს ერევა მშობიარობის მესამე პერიოდში, როცა დაზიანებული პლაცენტარული სისხლძარღვებიდან ხდება დედასა და ნაყოფს შორის სისხლის აქტიური მიმოცვლა. ორსულობისას ნაკლებ სავარაუდოა ეს მოხდეს, რადგან ანტისხეულების წარმოქმნა ხდება ახალშობილის დაბადების შემდეგ. მომდევნო Rh დადებითი ნაყოფი შეიძლება იყოს დაავადებული, ამის გამო დედას უკეთებენ RhoGAM ანტისხეულების წარმოქმნის პრევენციისათვის Rh დადებითი ნაყოფის დაბადების შემდეგ.

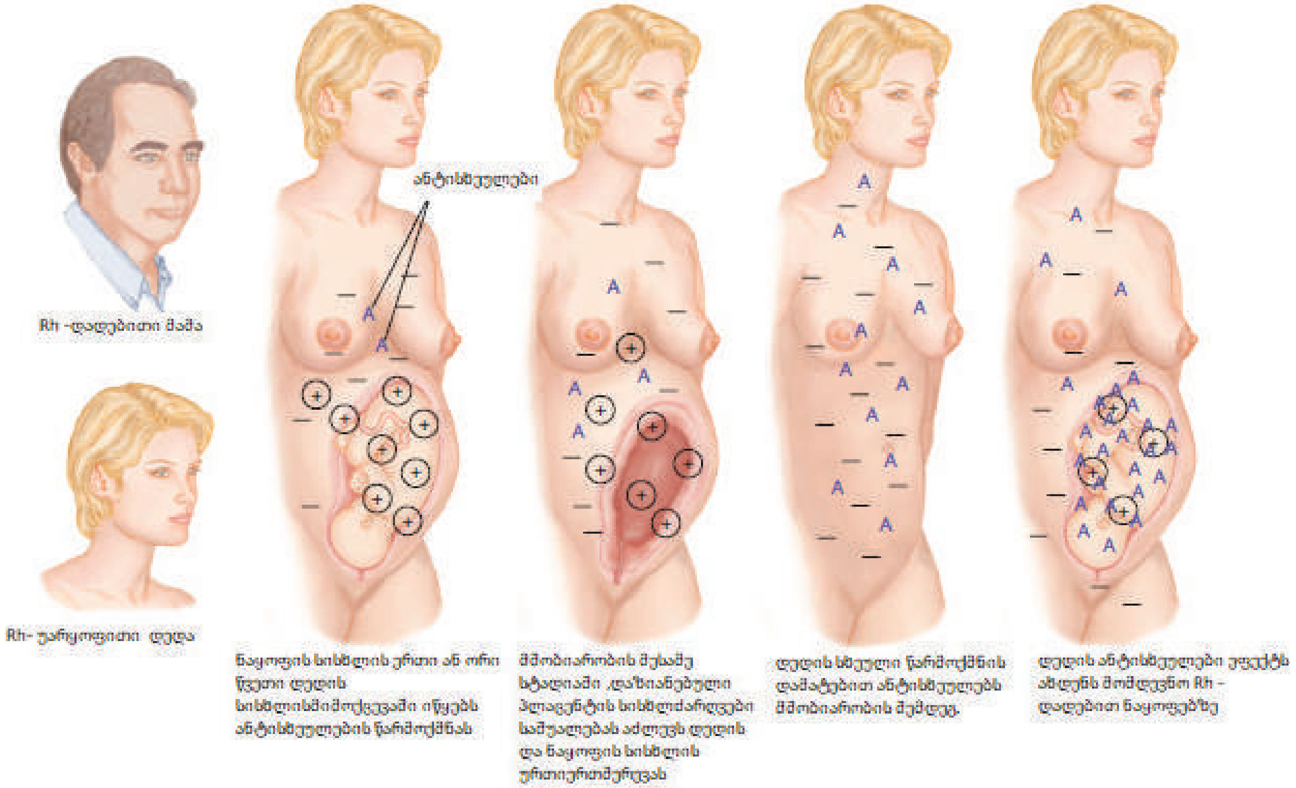
ნაყოფის და ახალშობილის გართულებები

ორსული დედის სისხლში არსებული Rh ფაქტორის ანტისხეულები გადის პლაცენტარულ ბარიერს და ანადგურებს ნაყოფის ერითროციტებს. ერითროციტების დეფიციტის გამო რთულდება ნაყოფის ქსოვილებში ჟანგბადის ტრანსპორტირება. ნაყოფის ერითროციტების დეფიციტი, ნაყოფის ბილირუბინის დონის მატება (ავთვისებიანი სიყვითლე) იწვევს ნევროლოგიურ დაავადებას - კერნიქტერუსი, ბილირუბინული ენცეფალოპათია [თავის ტვინის ქსოვილის შეღებვა]. ეს პროცესი იწვევს ერითროციტების ჩქარ პროდუქციას და მოუმწიფებელი ერითროციტების წარმოქმნას. მოუმწიფებელ ერითროციტებს არ შეუძლიათ ჟანგბადის ტრანსპორტირება. აღნიშნულ სინდრომს ჰქვია „ერითრობლასტოზის ფეტალისი". ნაყოფი შესაძლოა ისეთი ანემიური გახდეს, რომ გენერალიზებული ნაყოფის შეშუპება (ჰიდროფს ფეტალისი) და ნაყოფის შეგუბებითი გულის უკმარისობა გამოიწვიოს.

ანტენატალური შეფასება და მართვა

პირველ ანტენატალურ ვიზიტზე ქალს უნდა გაუკეთდეს სისხლის ტესტი, რომ განისაზღვროს სისხლის ჯგუფი და Rh ფაქტორი. Rh ნეგატიურ ქალს უნდა ჩაუტარდეს არაპირდაპირი კუმბსის ტესტი, რათა განისაზღვროს სენსისტიზირებულია თუ არა (განუვითარდა ანტისხეულები) Rh დადებითი სისხლთან კონტაქტის შედეგად. თუ არაპირდაპირი კუმბსის ტესტი ნეგატიურია, განმეორებითი კვლევა საჭიროა 28 კვირის გესტაციაზე შემდგომი სენსიტიზაციის იდენტიფიცირებისათვის.

RhoGAM დანიშვნა ხდება არასენსიტირებულ Rh ნეგატიურ ქალებში 28 კვირის გესტაციაზე, სენსიტიზაციის პრევენციისათვის, რომელიც შეიძლება მოხდეს პლაცენტიდან ნაყოფის სისხლის მცირე გაჟონვით. RhoGAM წარმოადგენს მომზადებულ პასიურ ანტისხეულებს Rh დადებითი ერითროციტების გასანადგურებლად ორსულობის მომდევნო კვირებში, თუ მცირე რაოდენობით ნაყოფის Rh დადებითი სისხლი შეერევა Rh უარყოფითი დედის სისხლს. RhoGAM დანიშვნა ხდება განმეორებით, მშობიარობის შემდეგ, თუ ქალი გააჩენს Rh დადებით ახალშობილს.



სურათი 11-9, დედის სენსიტიზაციის პროცესი Rh ფაქტორის მიმართ

თუ არაპირდაპირი კუმბსის ტესტის შედეგები დადებითია, რაც მიანიშნებს დედის სენსიტიზაციას და ანტისხეულების არსებობას, მისი განმეორება ხდება ხშირი ინტერვალით ორსულობის განმავლობაში, ანტისხეულების ტიტრის მატების კონტროლისათვის. ტიტრის გაზრდა მიანიშნებს, რომ პროცესი გრძელდება და ნაყოფის მდგომარეობას საფრთხე ემუქრება.

ამნიოცენტეზი ტარდება ნაყოფის Rh ფაქტორის განსაზღვრისა და ამნიონური სითხის ოპტიკური სისქის (optical density), დელტა- OD (ΔOD) ცვლილებათა კვლევისათვის. თუ ოპტიკური სისქე შემცირებულია, ეს მიგვანიშნებს, რომ ნაყოფი საფრთხის ქვეშაა, მიუხედავად იმისა, ნაყოფი Rh- ნეგატიურია თუ Rh დადებითი.

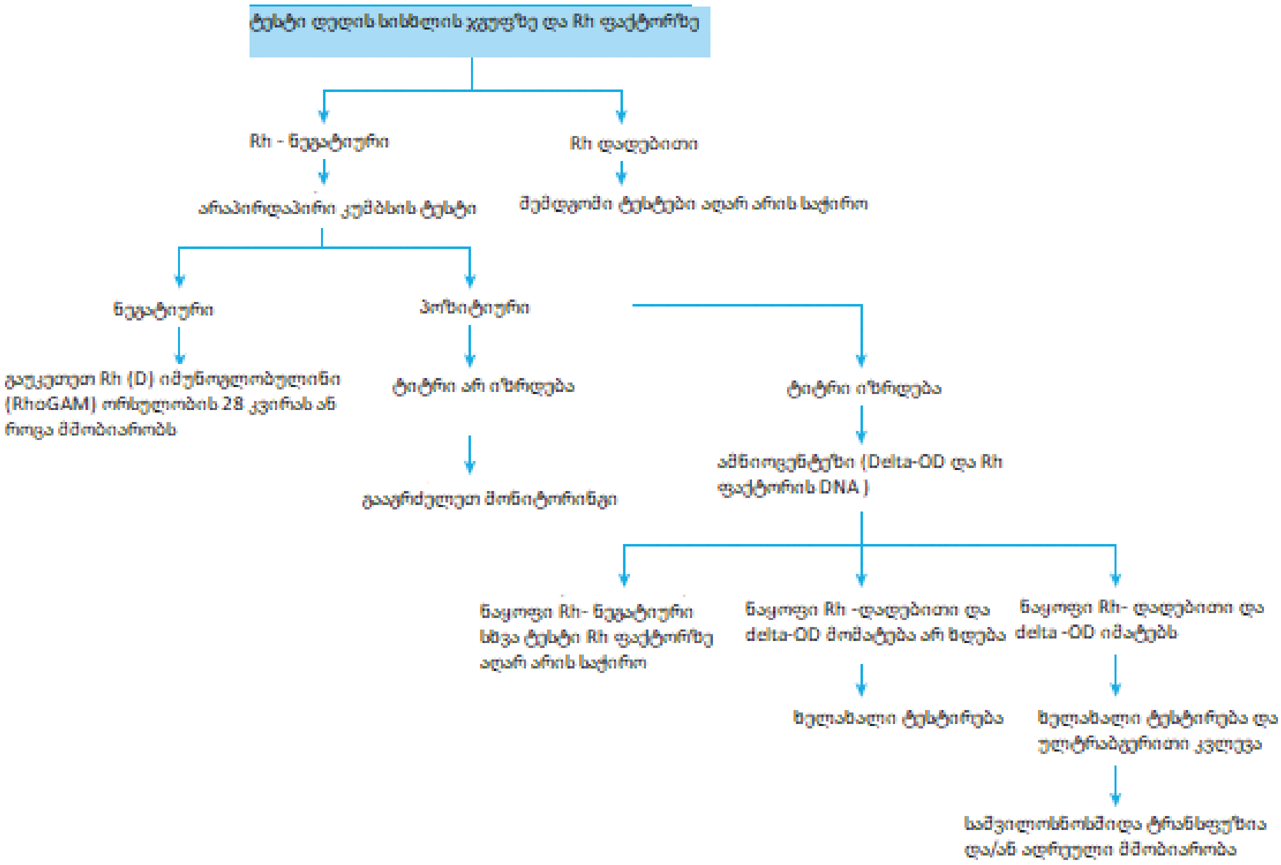
ამნიონური სითხის უჯრედების დეზოქსირიბონუკლეინის მჟავის (DNA) ანალიზი მაღალი სიზუსტით განსაზღვრავს ნაყოფის Rh ფაქტორს და ამცირებს გაურკვევლობას, როცა სხვა ტესტების შედეგები ზღვრულ ნიშნულზეა. მაგალითად, თუ ოპტიკალური სისქე არის ოდნავ გაზ-

რდილი, მაგრამ DNA ტესტი აჩვენებს, რომ ნაყოფი Rh ნეგატიურია, ამნიოცენტეზმა შეიძლება ელიმინაცია მოახდინოს მომდევნო ტესტების ჩატარების საჭიროება Rh დაკავშირებული პრობლემებისთვის.

ოპტიკური სისქე ასახავს ბილირუბინის რაოდენობის (რომელიც არის ერითროციტების დაშლის ნარჩენები) არსებობას ამნიონურ სითხეში. თუ სითხის ოპტიკური სისქე დაბალია, მიანიშნებს, რომ ნაყოფი Rh დადებითია, მაგრამ არ არის საფრთხის ქვეშ. ოპტიკალური სისქის მატება მიანიშნებს ნაყოფის მდგომარეობის საფრთხეს.

ულტრასონოგრაფიული გამოკვლევა გამოიყენება ნაყოფის არაინვაზიური გამოკვლევისთვის. დოპლერით კვლევა გამოიყენება ნაყოფის გულის ფუნქციისა და ნაყოფის სისხლძარღვებში სისხლის ნაკადის გამოკვლევისათვის. როცა ნაყოფი ანემიურია, ვითარდება ნაყოფის გენერალიზებული შეშუპება, ასციტი, გულის მოცულობაში მატება და ჰიდრამნიონი. ერითროციტების დესტრუქციის ხარისხის იდენტიფიცირებისათვის იკვლევენ ნაყოფის სისხლის ნიმუშს, რომელიც მიღებულია ჭიპლარიდან- (PUBS) კორდოცენტეზით. რადგან ეს მეთოდი ინვაზიურია, მოისაზრება მძიმედ დაავადებული ნაყოფის კვლევისათის.

საშვილოსნოს ტრანსფუზია არის პირდაპირი ინფუზია O -ნეგატიური ეროთროციტების ჭიპლარში კანქვეშა ჭიპლარის სისხლის ტრანსფუზიით. გადასხმული ერითროციტები უნდა იყოს შესაბამისი დედის სისხლთან, რომ მოხდეს მათი განადგურება საკუთარი ანტისხეულებით. მთლიანი სისხლი ხშირად გამოიყენება რომ მოხდეს შევსება ნაყოფის შრატის ცილების. ერითროციტები შეიძლება ასევე გადავუსხათ ნაყოფის მუცლის ღრუში, სადაც საბოლოოდ ის ხვდება სისხლის მიმოქცევაში (სურათი 11-10) .



სურათი 11-10, **თანმიმდევრობა Rh სენსიტიზაციის შეფასების, საჭიროებისამებრ.**

პოსტპარტუმ პერიოდის მართვა

როცა დედა Rh ნეგატიურია, ჭიპლარიდან სისხლის აღება ხდება მშობიარობისთანავე ახალშობილის სისხლის ჯგუფის, Rh ფაქტორის და ანტისხეულების ტიტრის (პირდაპირი კუმბსის ტესტი) განსაზღვრისათვის. Rh - ნეგატიურ, არასენსიტიზირებული დედას, რომელიც იმშობიარებს Rh დადებითი ახალშობილით, ენიშნება კუნთშიდა ინექცია RhoGAM კუნთში, მშობიარობიდან 72 საათის განმავლობაში. თუ RhoGAM უკეთდება დედას Rh დადებითი ნაყოფის დაბადებიდან პირველ 72 საათში, მის სისხლში არსებული Rh ანტისხეული ნადგურდება, სანამ წარმოქნის Rh ფაქტორის ანტისხეულებს.

თუ ახალშობილი არის Rh ნეგატიური, Rh ანტისხეულების წარმოქმნა არ ხდება და RhoGAM საჭირო აღარ არის.

ორსულის ოჯახის წევრები ხშირად გამოხატავენ ნერვიულობას და წუხილს ნაყოფის მდგომარეობის გამო. ექთანი განსაკუთრებით მგრძნობიარე უნდა იყოს ყველა იმ მინიშნებაზე, რაც განსაზღვრავს, რომ ოჯახი ნერვიულობს და უნდა შეძლოს მათი გულწრფელად დამშვიდება და სწორი ინფორმაციის მიწოდება.

მშობიარობის დროს, ექთანმა ზუსტად უნდა მონიშნოს ჭიპლარის სისხლის ანალიზისთვის საჭირო სინჯარა ახალშობილის სისხლის ჯგუფის და Rh ფაქტორის განსაზღვრისათვის. პოსტპარტუმ პერიოდის განმავლობაში, ექთნები პასუხისმგებლები არიან RhoGAM ინექციების გაკეთებაზე ზუსტად გაწერილ დროში.

წამლის გზამკვლევი	
RHO(D) იმუნოგლობულინი (RHOGAM)	
კლასიფიკაცია: კონცენტრირებული იმუნოგლობულინები, რომელიც მიმართულია სისხლის წითელი უჯრედების (RBC) ანტიგენის Rho(D) მიმართ. მოქმედების მექანიზმი: პრევენციას უკეთებს anti-Rho(D) ანტისხეულების წარმოქმნას Rh0 ნეგატიურ ქალში, რომელიც შეხებაში იყო Rh-დადებით სისხლთან; პრევენციას უკეთებს ანტისხეულების საპასუხო რეაქციას და, შესაბამისად, პრევენციას უკეთებს ახალშობილის ჰემოლიზურ დაავადებებს მომავალ Rh-დადებით ორსულობების შემთხვევაში, გამოიყენება ორივე - მამრობით და მდედრობით სქესში, რომლებიც არიან Rh-ნეგატიურები და შეხებაში იყვნენ Rh -დადებით სისხლთან ან იმუნური თრომბოციტოპენიური პურპურას (ITP) დროს.	დოზირება და მიღების გზები: ერთი სტანდარტული დოზა (300 mcg) ინიშნება კუნთშიდა ინქციით. 1. 28 კვირის ორსულობის ვადაზე ან Rh-დადებითი ახალშობილით მშობიარობიდან 72 საათში; 2. 72 საათში 13 ან მეტი კვირის ორსულობის შეწყვეტის შემდეგ; ერთი მიკროდოზა (50mcg) 72 საათის განმავლობაში 13 კვირაზე ნაკლები გესტაციის ორსულობის დასრულების შემდეგ. დოზის გამოთვლა ხდება ნაყოფის-დედის ჰემორაგიის მოცულობის შეფასებით ან შემთხვევით Rh-დადებითი სისხლის გადასხმის შემდეგ. სტანდარტული დოზა დაიცავს 30 მლ Rh-დადებით მთლიან სისხლს ან 15 მლ RBC.
ჩვენება : (ორსულობასთან დაკავშირებული): ინიშნება Rh- ნეგატიურ ქალებში, რომლებიც შეხებაში იყვნენ Rh-დადებით სისხლთან შემდგომი მდგომარეობების დროს:	შეწოვა: კარგად შეიწოვება კუნთშიდა ინექციის დროს; გამოყოფა: მეტაბოლიზმი და გამოყოფა უცნობია. უკუჩვენება და გამაფრთხილებელი ზომები: ქალები, რომლებიც არიან Rh-დადებითი ან ქალები, რომლებიც წინასწარ სენსიტიზირებულები იყვნენ Rho(D), არ უნდა დაენიშნოთ Rho(D) იმუნოგლობულინები. ის გამოიყენება სიფრთხილით ქალებში, რომლებსაც ადრე ჰქონდათ ჰიპერსენსიტიზაციის რეაქცია იმუნოგლობულინებზე.

1. Rh- დადებითი ახალშობილით მშობიარობა; 2. Rh- დადებითი ნაყოფის აბორტი; 3. ქორიონიკ ვილუსის ნიმუშის აღება, ამნიოცენტეზი ან მუცელშიდა ტრამვა როცა ქალი ორსულად არის Rh-დადებითი ნაყოფით; 4. შემთხვევითი გადასხმა Rh- დადებითი სისხლის.	გვერდითი ეფექტები: კუნთშიდა ინექციის ადგილის ლოკალური ტკივილი, სიცხე ან ორივე ერთად დასკვნა: დედის სისხლისა და ჭიპლარის სისხლის ჯგუფის დადგენა და ანტისხეულებზე სკრინინგი უნდა მოხდეს, რომ განვსაზღვროთ მედიკამენტის საჭიროება. დედა უნდა იყოს Rh-ნეგატიური ან ნეგატიური Rh-ანტისხეულების მიმართ. ახალშობილი უნდა იყოს Rh -დადებითი. თუ სისხლის ჯგუფი ორსულობის დასრულების შემდეგ გაურკვეველია, უნდა მოხდეს მედიკამენტის დანიშვნა. ახალშობილს შეიძლება ჰქონდეს სუსტად დადებითი ანტისხეულების ტესტი, თუ ქალი მიიღებს Rho(D) იმუნოგლობულინებს ორსულობის დროს. მედიკამენტი ენიშნება დედას და არა ახალშობილს. დელტოიდის კუნთი არის რეკომენდებული ადგილი ინექციისთვის.

ABO შეუთავსებლობა

ABO შეუთვსებლობა ხდება, როცა დედის სისხლის ჯგუფი არის O და ახალშობილის სისხლის ჯგუფი არის A, B ან AB. სისხლის ჯგუფები A, B და AB შედგება პროტეინების კომპონენტისგან (ანტიგენი), რომელიც არ არის O ჯგუფის სისხლში.

ჯგუფი O სისხლის მქონე ადამიანი ავითარებს ანტი- A ან ანტი- B ანტისხეულებს ბუნებრივად, საკვებში ანტისხეულებზე შეხებისას, რითაც იკვებებიან ან გრამ-ნეგატიური ბაქტერიით ან ინფექციით. ორიგინალი ? ამის შედეგად, ზოგიერთი ქალი სისხლის ჯგუფი O ავითარებს მაღალ შრატში კონცენტრაციას ანტი - A და ანტი- B სხეულების ტიტრს ორსულობამდე. ეს ანტისხეულები შეიძლება იყოს იმუნოგლობულინი G (IgG) ან IgM. როცა ხდება ქალის დაორსულება, IgG ანტისხეულები გადადის პლაცენტის ბარიერს და იწვევს ნაყოფის ერითროციტების ჰემოლიზს. შესაძლოა, პირველი ნაყოფი იყოს დაავადებული. ABO შეუთავსებლობა უფრო იშვიათია, ვიდრე Rh შეუთავსებლობა, რადგან ABO სისტემის ანტისხეულები წარმოადგენს IgM , რომელიც ესე მარტივად ვერ გადის პლაცენტარულ ბარიერს.

ჯგუფურ შეუთავსებლობაზე ანტენატალური მეთვალყურეობისას რაიმე სახის რეკომენდაცია არაა შემოთავაზებული, თუმცა ექთანი ფხიზლად უნდა იყოს შესაძლო ABO შეუთავსებლობაზე . მშობიარობის დროს ხდება ნაყოფის ჭიპლარის სისხლის აღება, ახალშობილის სისხლის ჯგუფისა და ანტისხეულების ტიტრის (პირდაპირი კუმბსის ტესტი) განსაზღვრისათვის. აუცილებელია ახალშობილის სკრინინგი სიყვითლეზე, რომელიც მიანიშნებს ჰიპერბილირუბინემიას.

მშობლებმა უნდა იცოდნენ
Rh შეუთავსებლობა შესახებ
რას ნიშნავს იყო Rh-ნეგატიური? • ისინი, ვინც არიან Rh- ნეგატიურები, არ აქვთ ის ნივთიერება, რომელიც არის სისხლის წითელ უჯრედებში Rh - დადებითი სისხლის შემთხვევაში; როგორ არის შესაძლებელი, რომ ორსული იყოს Rh -ნეგატიური და ნაყოფი Rh-დადებითი? • ნაყოფმა შეიძლება მიიღოს Rh-დადებითი ფაქტორი მამისგან; რას ნიშნავს სენსიტიზაცია?

- სენსიტიზაცია ნიშნავს, რომ Rh- ნეგატიური ადამიანი შეხებაში იყო Rh-დადებით სისხლთან და განუვითარდა ანტისხეულები Rh ფაქტორის მიმართ;

ანტისხეულები საზიანოა ქალისთვის?

- არა, რადგან მას არ აქვს Rh ფაქტორი;

Rh- დადებით კაცებს ყოველთვის ჰყავთ Rh - დადებითი ბავშვები?

- არა, Rh- დადებით კაცს, რომელსაც აქვს Rh- დადებითი და Rh -უარყოფითი გენი, შეიძლება ჰყავდეს Rh- ნეგატიური ბავშვები. ორ Rh- დადებით მშობელს შეიძლება ჩაესახოთ Rh- უარყოფითი ნაყოფი, თუ ორივე მშობელმა გადასცა Rh- ნეგატიური გენი.

რატომ არის საჭირო Rho(D) იმუნო გლობულინი (RhiGAM) მნიშვნელოვანი ორსულობისა და მშობიარობის შემდეგ?

- RhoGAM პრევენციას უკეთებს Rh ანტისხეულების განვითარებას დედასთან, რომელიც საზიანოა Rh- დადებითი ნაყოფისათვის. Rho(D) იმუნოგლობულინების დანიშვნა ორსულთან, რომელიც გააჩენს Rh-დადებით ან Rh- ნეგატიურ ახალშობილს, ზიანის მომტანი არ არის ბავშვისთვის.

რატომ არის მომდევნო ბავშვი საფრთხის ქვეშ, თუ RhoGAM დანიშვნა არ მოხდა?

- თუ RhoGAM დანიშვნა არ მოხდა, როცა ახალშობილი არის Rh- დადებითი, შესაძლოა გამომუშავდეს ანტისხეულები, რომელიც გადაკვეთს პლაცენტის ბარიერს და გავლენას ახდენს Rh- დადებით ახალშობილზე.

თავი 12

ინტრანატალური გართულებები

მშობიარობა ბუნებრივი პროცესია და მიმდინარეობს მნიშვნელოვანი გართულებების გარეშე. თუმცა, არცთუ იშვიათად, გართულებები მშობიარობას სარისკოს ხდის ქალისთვის ან ბავშვისთვის, ზოგჯერ კი ორივესთვის. ექთნისთვის დაბრკოლებას წარმოადგენს გართულების დროულად იდენტიფიცირება და ეფექტური ზრუნვა როგორც დედაზე, ისე მთლიან ოჯახზე სიცოცხლის ამ მნიშვნელოვანი მომენტების დროს.

გართულებები, რომელსაც ვეხებით ამ თავში, ურთიერთკავშირშია. მაგალითად, დისფუნქციური მშობიარობა უფრო მეტად შესაძლებელია იყოს გახანგრძლივებული და ქალი უფრო მეტად დაუცველია ინფექციების, ფსიქოლოგიური დისტრესისა და ნაყოფის არაკეთილსაიმედო მდგომარეობის მიმართ. ასევე, ქალებში, რომლებსაც აქვთ გართულებები, უფრო მეტად ჭირდებათ ჩარევები, როგორიცაა ხანგრძლივი ჰოსპიტალიზაცია ვაგინალური გზით ან საკეისრო კვეთით მშობიარობამდე. ექთანმა უნდა გამოხატოს ზრუნვა, რომელიც მიმართული იქნება ყველა იმ პრობლემის მიმართ, რომელსაც განიცდის ქალი.

დისფუნქციური მშობიარობა

ნორმალურად მიმდინარე მშობიარობა პროგრესულად ვითარდება. დისფუნქციური მშობიარობა არ იწვევს ნორმალურად ყელის გადასწორებას, გახსნას და ნაყოფის ქვემოთ სვლას. დისფუნქცია ზოგადი ტერმინია, რომელიც შეიძლება ახლდეს ნებისმიერ გართულებულ მშობიარობას და ნაყოფის დაბადებას. დისფუნქციური მშობიარობა შეიძლება გამოწვეული იყოს მშობიარობის შეკუმშვების სიძლიერით, სამშობიარო გზებით ან თვითონ ნაყოფით. დისფუნქციური მშობიარობა ხშირად არის გახანგრძლივებული, თუმცა შეიძლება იყოს უჩვეულოდ მოკლე და ძლიერი.

შეიძლება საჭირო გახდეს ოპერაციული მშობიარობა (ვაკუუმ ექსტრაქტორის ან მაშების დახმარებით ან საკეისრო კვეთით), თუ დისფუნქციური მშობიარობა არ გამოსწორდება, ან ნაყოფის ან დედის არაკეთილსაიმედო მდგომარეობა ჩამოყალიბდება. არაკეთილსაიმედო მდგომარეობის ნიშნებია: ნაყოფის გულისცემის არადამაკმაყოფილებელი სიხშირის (FHR) სახეებით, ნაყოფის აციდოზით და მეკონეუმის გამოყოფით. შეიძლება განვითარდეს დედის გადაღლა ან ინფექცია, განსაკუთრებით ხანგრძლივი მშობიარობის დროს. ამ თავში განხილულია მკურნალობის მაჩვენებლები, რომელიც აჩქარებს პროცესს და ხელს უწყობს დედის კომფორტულ მდგომარეობას, ასევე, ნაყოფის კარგად ყოფნას.

შეკუმშვების სიძლიერის პრობლემები

მშობიარობის შეკუმშვების სიძლიერე შეიძლება საკმარისი არ იყოს ნაყოფის გამოძევებისთვის, არაეფექტური შეკუმშვების ან დედის არასაკმარისი ჭინთვების გამო.

არაეფექტური შეკუმშვები

ეფექტური შეკუმშვების აქტივობა ხასიათდება ძლიერი და მრავლობითი, საკმარისი კოორდინირებული შეკუმშვებით, რომ გამოაძევოს ახალშობილი ქალის მენჯის ძვლოვანი და რბილი ქსოვილების წინაღობის გავლით. შეუძლებელია იმის თქმა, თუ რამდენად ხშირი, ხანგრძლივი ან ძლიერი შეკუმშვებია საჭირო. ერთი ქალის მშობიარობა შეიძლება პროგრესირდეს შეკუმშვებით, რომელიც შეიძლება არასაკმარისი იყოს სხვა ქალისთვის. არაეფექტური შეკუმშვების შესაძლო მიზეზებია:

- დედის გადაღლა;
- დედის არააქტიურობა;

- სითხის და ელექტროლიტების დისბალანსი;
- ჰიპოგლიკემია;
- ზედმეტი ანალგეზია და ანესთეზია;
- დედის კატექოლამინები, რომელიც გამოიყოფა სტრესის ან ტკივილის საპასუხოდ;
- დისპროპორციულობა დედის მენჯსა და ნაყოფის წინამდებარე ნაწილს შორის;
- საშვილოსნოს გადაჭიმვა, გამოწვეული მრავლობითი გესტაციით ან ჰიდრამნიონით (ამნიონური სითხის ზედმეტი მოცულობა).

არსებობს არაეფექტური საშვილოსნოს შეკუმშვების ორი სახეობა: ჰიპოტონური დისფუნქცია და ჰიპერტონური დისფუნქცია. ჰიპოტონური დისფუნქცია უფრო ხშირია, ვიდრე ჰიპერტონური დისფუნქცია. მახასიათებლები და მართვა თითოეულისთვის განსხვავებულია, მაგრამ ორივე საბოლოოდ იწვევს შეფერხებული მშობიარობის პროგრესს, თუ ვერ მოხდა პრობლემის გამოსწორება (ცხრილი 12-1).

ცხრილი 12-1	დისფუნქციური მშობიარობის სახეობები
ჰიპოტონური დისფუნქცია	ჰიპერტონული დისფუნქცია
შეკუმშვები	
კოორდინირებული, მაგრამ სუსტი, ნაკლებად ხშირი და ხანგრძლივობაში უფრო მოკლე; მარტივად ჩაზნექილი პიკის პერიოდში; ქალს შეიძლება ჰქონდეს მცირედი დისკომფორტი, რადგან შეკუმშვები სუსტია	არაკოორდინირებული, არარეგულარული მოკლე და სუსტი ინტენსივობის, მაგრამ მტკივნეული და კრუნჩხვის მაგვარი
საშვილოსნოს მოსვენებითი ტონუსი	
არ არის მომატებული	უფრო მაღალია, ვიდრე ნორმა. მნიშვნელოვანია, რომ განვასხვავოთ პლაცენტის აცლისგან, რომელსაც იგივე მახასიათებლები აქვს
მშობიარობის ფაზები	
აქტიური: ჩვეულებრივ ხდება საშვილოსნოს ყელის 4 სმ-ის გახსნის შემდეგ. უფრო ხშირია, ვიდრე ჰიპერტონული დისფუნქცია	ლატენტური: ხშირად ხდება საშვილოსნოს ყელის 4 სმ-ის გახსნამდე; ნაკლებად ხშირი, ვიდრე ჰიპოტონური დისფუნქცია
თერაპიული მართვა	
ამნიოტომია (შეიძლება გაზარდოს ინფექციის რისკი); ოქსიტოცინით სტიმულაცია; საკეისრო კვეთის ჩატარება, თუ პროგრესი არ არის	გამოასწორეთ მიზეზი, თუ მოხდება მისი აღმოჩენა; მსუბუქი სედაცია, რომ მოხდეს დასვენება; ჰიდრაცია; ტოკოლიტიკები, რათა შემცირდეს საშვილოსნოს მომატებული ტონუსი და უზრუნველყოს პლაცენტის პერფუზია

პაციენტის მოვლა	
ინტერვენცია, რაც მოიცავს ამნიოტომიას და ოქსიტოცინით სტიმულაციას; წაახალისეთ, ხშირად იცვალოს პოზიცია, მუცლის დამჭერმა შეიძლება დააფიქსიროს ნაყოფი დედის მენჯში, თუ მისი მუცლის კედელი მოდუნებულია; ამბულაცია, თუ არ არის უკუნაჩვენები და მისაღებია ქალისთვის; ემოციური მხარდაჭერა: საშუალება მიეცით გამოხატოს ემოციები, აუხსენით რა ზომები იყო მიღებული უფრო ეფექტური შეკუმშვების გამოსაწვევად, აუცილებლად მიიღეთ მხედველობაში პარტნიორისა და ოჯახის ემოციური მხარდაჭერა, რადგან მათმა ნერვიულობამ შეიძლება გაამძაფროს ორსულის ნერვიულობა	უზრუნველყავით საშვილოსნოს სისხლის მიდინება გვერდითი წოლითი პოზიციით; უზრუნველყავით დასვენება, ზოგადი კომფორტი და მოდუნება; ტკივილის შემსუბუქება; ემოციური მხარდაჭერა: მიიღეთ რეალობა, რომ ქალი განიცდის ძლიერ ტკივილსა და დისკომფორტს, დაარწმუნეთ, რომ მისი ქცევა სრულიად ადეკვატურია, ახსენით ყველა ის ზომები, რაც უნდა მიიღოთ, რომ შეუმსუბუქოთ მუცლის ტკივილი და ასევე, თუ რა გამოსავალს უნდა ველოდოთ, საშუალება მიეცით გამოხატოს საკუთარი გრძნობები მშობიარობის განმავლობაში და მის შემდეგ. ამ ყველაფერში ჩართეთ პარტნიორი და ოჯახის წევრები, რაც საშუალებას მისცემს მათ გაერკვნენ პროცესში და უფრო მეტად დაეხმარონ პროცესის ნორმალურად წარმართვაში.

ჰიპოტონური დისფუნქცია

ჰიპოტონური შეკუმშვები კოორდინირებულია, მაგრამ იმდენად სუსტი, რომ საკმარისი ეფექტი ჰქონდეს. შეკუმშვები იშვიათი და მოკლეა.

ჰიპოტონური მშობიარობის დისფუნქცია ან სამშობიარო მოქმედების მეორეულად შეწყვეტა, ხშირად ხდება მშობიარობის აქტიური ფაზის დროს, როცა ნორმალური მშობიარობის პროგრესი ჩქარდება. აქტიური ფაზა ხშირად იწყება 4 სმ ყელის გახსნის დროს. საშვილოსნოს გადაჭიმვა დაკავშირებულია ჰიპოტონურ დისფუნქციასთან, რადგან გადაჭიმული საშვილოსნოს კუნთი ცუდად იკუმშება.

ქალი შეიძლება სავსებით კომფორტულად გრძნობდეს თავს, რადგან მისი შეკუმშვები სუსტია, თუმცა იმედგაცრუებულია, რადგან მშობიარობის აქტიურობა მცირდება იმ დროს, როცა ის ელოდება უფრო სწრაფ პროგრესს. ჰიპოტონური დისფუნქცია უბრალოდ დამღლელია, რადგან ხელს უწყობს მშობიარობის ხანგრძლივობას. არც თუ ისე ხშირია ნაყოფის ჰიპოქსია ჰიპოტონური მშობიარობის დროს.

მართვა დამოკიდებულია გამომწვევ მიზეზზე. ბევრი ქალი რეაგირებს მარტივი ზომების მიღებით. შესაბამისი ინტრავენური ან ორალური სითხეების მიღება ასწორებს დედის სითხისა და ელექტროლიტების დისბალანსს ან ჰიპოგლიკემიას. დედის პოზიციური ცვლილება, განსაკუთრებით სწორი, მდგომარე პოზიცია, ხელს უწყობს ნაყოფის ჩამოსვლას და იწვევს ეფექტურ შეკუმშვებს. ქალი, რომელიც აქტიურად ცვლის პოზიციებს, ძირითადად აქვს მშობიარობის პროგრესის დადებითი დინამიკა და თავს გრძობს უფრო კომფორტულად, ვიდრე ქალი, რომელიც უცვლელად რჩება ერთ პოზიციაში. თბილი წყალი, დგომა და ჯდომა საშხაპეში, საშუალებას აძლევს იგრძნოს თავი კომფორტულად. ტკივილის მართვის მეთოდს, როგორიცაა ეპიდურული ბლოკირება, შეიძლება ჰქონდეს გამოსავალი, რომელიც ამცირებს შეკუმშვების ეფექტურობას, რაც ამ ფაქტორის შესაბამისად საჭიროებს ჩარევას. ეფექტური ტკივილის მართვამ შესაძლოა რამენაირად გააუმჯობესოს მშობიარობის პროგრესი.

ექთანმა უნდა გამოიყენოს თერაპიული კომუნიკაცია, რომ დაეხმაროს ქალს შფოთვის შემსუბუქებაში და მშობიარობისა და მისი პროგრესის უკეთესი გამოსავალის მოლოდინის შექმნისას. შფოთვის გათვიცნობიერება პირველი საფეხურია იმისა, რომ მშობიარობა იმართოს ეფექტურად, თუმცა საპასუხო სტრესული სიტუაცია არ ამცირებს მშობიარობის ხანგრძლივობას. მაგალითად, ექთანმა შეიძლება იკითხოს ,,რას ფიქრობ, რა აფერხებს თქვენს მშობიარობას?“ ან ,,როგორ გრძნობთ, როგორ მიმდინარეობს თქვენი მშობიარობა?“

ბევრ ქალს ჩარევის სხვადასხვა ზომის მიღება სჭირდება მშობიარობის პროგრესირებისათვის, მაგალითად, ამნიოტომია ან ოქსიტოცინის ინფუზია. მშობიარობაზე დამსწრე პირი აფასებს ქალის მშობიარობას, რათა დაადასტუროს, რომ მას აქვს ჰიპოტონური აქტიური მშობიარობა, თუ გახანგრძლივებული მშობიარობის ლატენტური ფაზა ან ცრუ მშობიარობა. დედის მენჯისა და ნაყოფის მდებარეობისა და პოზიციის შეფასება ხდება იმისათვის, რომ მოხდეს ანომალიის იდენტიფიცირება. მშობიარობის მიმღები პირის სამომავლო მიზანია გახანგრძლივებული ლატენტური ფაზის ისეთი არასასურველი ეფექტის შემცირება, როგორიცაა გადაღლა ან ინფექცია, თუმცა მშობიარობის მიმღებმა პირმა უნდა გაითვალისწინოს ის ვერსიაც, რომ შესაძლოა ქალი იყოს ცრუ მშობიარობაში, ვიდრე გახანგრძლივებულ ლატენტურ ფაზაში. ეს უნდა გაარკვიოს მანამ, სანამ აირჩევს ჩარევას მშობიარობის პროგრესის ხელშეწყობისათვის.

როცა დაწყებული მშობიარობის პროგრესი რაიმე მიზეზით შეფერხებულია, სტიმულაციისთვის შეიძლება გამოყენებული იყოს ამნიოტომია ან აუგმენტაცია, ხშირად ოქსიტოცინით. ამნიოტომიის რისკებია ჭიპლარის მარყუჟის გამოვარდნა, ინფექცია და პლაცენტის აცლა (ნაადრევი პლაცენტის მოშორება). მშობიარობას ოქსიტოცინით აუგმენტაციის დროს ხშირად თან ახლავს რისკი შემცირებული პლაცენტალური პერფუზიისა, რაც გამოწვეულია საშვილოსნოს ზედმეტი შეკუმშვით.

ჰიპერტონური დისფუნქცია

ჰიპერტონური მშობიარობის დისფუნქცია ნაკლებ ხშირია, ვიდრე ჰიპოტონური დისფუნქცია და უფრო ხშირად ემართებათ ქალებს პირველი ორსულობის დროს, ადრეული მშობიარობის პერიოდში. შეკუმშვები არაკოორდინირებული და ცვალებადია, როგორც სიხშირისა და ხანგრძლივობის, ისე ინტენსივობის მიხედვით. შეკუმშვები არის მტკივნეული, მაგრამ არაეფექტური. ჰიპერტონული დისფუნქცია ხშირია ლატენტურ ფაზაში. ამ დროს ხშირად მომატებულია ბაზალური საშვილოსნოს შიდა წნევა.

მიუხედავად იმისა, რომ თითოეული შეკუმშვა განსხვავდება ინტენსივობით, საშვილოსნოს მოდუნებული ტონუსი (საშვილოსნოს კუნთების ტონუსი, როცა არ არის შეკუმშვა) შეკუმშვებს შორის უფრო მომატებულია, ვიდრე ნორმალურად უნდა იყოს, რაც ამცირებს საშვილოსნოს სისხლის დინებას. საშვილოსნოს იშემია კი ამცირებს ნაყოფისთვის ჟანგბადის მიწოდებას, ასევე იწვევს თითქმის მუდმივი ხასიათის კრუნჩხვით ტკივილს. რადგან საშვილოსნოს მაღალი მოსვენებითი ტონუსი და მუდმივი ტკივილი ახასიათებს პლაცენტის აცლასაც, ეს გართულებაც მნიშვნელოვნად საყურადღებოა და ყურადღების მიღმა არ უნდა დაგვრჩეს.

დედა მუდმივი დისკომფორტის გამო ადვილად იღლება. მან შეიძლება დაკარგოს თავდაჯერებულობა და რწმენა საკუთარი შესაძლებლობებისა მშობიარობასთან მიმართებით. ის ხშირად ფიქრობს: ,,თუ ასე ძლიერ მტკივა ესე ადრეულ ეტაპზე, ნამდვილად ბავშვივით ვიქნები, როცა ნამდვილი ტკივილები დაიწყება". საკუთარი ძალების მიმართ იმედის დაკარგვა და შფოთვა უფრო მეტად ამცირებს მის მიმართ ტკივილზე გამძლეობას და ხელს უშლის მშობიარობის ნორმალურ პროცესს. ექთანმა უნდა გაითვალისწინოს მისი დამწუხრება და დისკომფორტი. ყელის დილატაცია არ უნდა იყოს გათანაბრებული ტკივილის სიძლიერეზე, რასაც ქალი "უნდა" განიცდიდეს.

ჰიპერტონული მშობიარობის მართვა გამომწვევ მიზეზებზეა დამოკიდებული. პირველადი ინტერვენციაა ტკივილის მოხსნა, რათა მშობიარობა წარიმართოს ნორმალურად. თბილი შხაპი და აბაზანა ხელს უწყობს რელაქსაციასა და დასვენებას, რითაც საშუალებას აძლევს ნორმალური მშობიარობის პროგრესს. ამ მიზნის მისაღწევად ზოგჯერ შესაძლოა საჭირო გახდეს სისტემური ანალგეზია ან დაბალი დოზით ეპიდურალური ანალგეზია.

ოქსიტოცინის დანიშვნა ხშირად არ ხდება, რადგან მან შეიძლება გააძლიეროს საშვილოსნოს უკვე არსებული მოსვენებული ტონუსი. თუმცა, საშვილოსნოს კოორდინირებული შეკუმშვების გამოსაწვევად ხანდახან ინიშნება ოქსიტოცინის ძალიან მცირე დოზა. ტოკოლიტიკური წამლები (წამლები, რომელიც აინჰიბირებს შეკუმშვებს), შეიძლება შეირჩეს საშვილოსნოს მოსვენებითი ტონუსის შესამცირებლად და პლაცენტის სისხლის მიმოქცევის გასაუმჯობესებლად. გადაწყვეტილება საშვილოსნოს სტიმულანტის ან სარელაქსაციო მედიკამენტის გამოსაწერად ძალიან ინდივიდუალურია და დამოკიდებულია თითოეული ქალის მშობიარობის ტიპზე.

დედის არაეფექტური ჭინთვები

ჭინთვის გაძლიერებული სურვილი შეკუმშვებთან ერთად რეფლექსურად ხდება, როცა ნაყოფის წინამდებარე ნაწილი მიუახლოვდება მენჯის ფსკერს მშობიარობის მეორე სტადიაში, თუმცა არაეფექტური ჭინთვები შეიძლება გამოწვეული იყოს:

- დაზიანების შიში, რადგან ტკივილისა და ჩახევის შეგრძნებას განიცდიან დედები ჭინთვების დროს;
- ჭინთვების შემცირებული და არარსებული სურვილი;
- დედის გადაღლა;
- ანალგეზია ან ანესთეზია, რომელიც აფერხებს ქალის ჭინთვის სურვილს;
- ფსიქოლოგიური მოუმზადებლობა, რომ “გაუშვას” თავისი ბავშვი.

მართვა მიმართულია იმ მიზეზის გამოსწორებაზე, რომელიც იწვევს არაეფექტურ ჭინთვებს. თუ დედის და ნაყოფის სასიცოცხლო მაჩვენებლები ნორმალურია, მეორე სტადიისთვის არ არის განსაზღვრული ჭინთვების მაქსიმუმ დასაშვები ხანგრძლივობა. თითოეული ქალის გამოკვლევა ხდება ინდივიდუალურად საკუთარი მშობიარობის მიმღები პირისგან, რათა განსაზღვროს - მშობიარობა დასრულდეს ოპერაციული მშობიარობით თუ გაგრძელდეს ფრთხილად დაკვირვებით.

ექთნის მართებული ზრუნვა იწვევს ეფექტურ ჭინთვებს, რომელიც ეხმარება დედას, რათა თითოეული ცდა იყოს პროდუქტიული. მშობიარობის შენელების ან ჭინთვების გადავადების პრაქტიკული გამოცდილება და ასევე ქალის გამხნევება, რომ მოიცადოს, სანამ არ ექნება რეფლექსურად ჭინთვების გაძლიერებული სურვილი, ამტკიცებს გვერდითი ეფექტების სიმცირეს დაუყოვნებლივ ჭინთვებზე ყელის სრული გახსნისას.

სწორად დგომის პოზიცია, როგორიცაა ჩაჯდომა, ასევე, ნახევრად მჯდომარე პოზიცია, გვერდზე წოლა და ჭინთვები უნიტაზზე ან მსგავსი ჯდომის დროსაც, ზრდის მიზიდულობის ძალას ქალის ჭინთვების მცდელობებისას. თუ ქალი ცდილობს საწოლზე დაწოლას გვერდზე, უნდა მიიზიდოს მისი ზედა ფეხი გულმკერდისკენ თითოეული ჭინთვის დროს. წინ გადახრა ჯდომის ან ჩაკუზვის დროს ინარჩუნებს ნაყოფის თავის სასურველ მდგომარეობას მენჯთან მიმართებით.

ქალს, რომელსაც ეშინია დაზიანების იმ შეგრძნებების გამო, რასაც განიცდის ჭინთვის დროს, შესაძლოა ამ განცდამ რეაგირება მოახდინოს ნაყოფის ქვემოთ სვლის პროცესზე. თუ ქალს ესმის, რომ ჩახევის შეგრძნება ხშირად თან ერთვის ნაყოფის ქვემოთ სვლას, თუმცა მის ქსოვილებს შეუძლია გაგანიერება, რომ მოერგოს ბავშვს, შეიძლება მეტი მოტივაცია გაუჩნდეს ჭინთვების შეკუმშვების განმავლობაში.

მშობიარობის დროს ეპიდურალური ანალგეზიისთვის იყენებენ ლოკალურ ანესთეტიკს, მედიკამენტებისა და ეპიდურალური ოპიოიდების ანალგეზიკების ნარევს, რათა უზრუნველყოფილი იყოს ტკივილის კონტროლი უმთავრესი შეგრძნებების დაკარგვის გარეშე, რომელიც მეტად შესაძლებელია თუ მხოლოდ ლოკალური ანესთეტიკები იქნება გამოყენებული. თუმცა, თუ ქალს საერთოდ არ აქვს ჭინთვების შეგრძნება ან საკმარისად ძლიერად ნაყოფის ჩამოსვლის შემდეგ, შეიძლება მოხდეს მისი მოტივირება, რომ გაიჭინთოს თითოეული შეკუმშვის დროს.

ქალი, რომელიც არის გადაღლილი, შესაძლოა გაიჭინთოს უფრო ეფექტურად, თუ მოხდება მისი გამხნევება, რომ დაისვენოს და გაიჭინთოს, როცა სურვილი ექნება ან შეუძლია გაიჭინთოს თითოეული შეკუმშვის დროს. ორალურმა და IV სითხეებმა შეიძლება გამოიწვიოს მშობიარობის მეორე სტადიის გაძლიერება.

სამშობიარო გზების პრობლემები

დისფუნქციურ მშობიარობასთან დაკავშირებული ნაყოფის პრობლემები დაკავშირებულია შემდეგ ფაქტორებთან:

- ნაყოფის ზომა;
- ნაყოფის მდებარეობა ან პოზიცია;
- მრავალნაყოფიანი ორსულობა;

- ნაყოფის ანომალიები.

აღნიშნულმა შეუსაბამობამ შეიძლება გამოიწვიოს მექანიკური პრობლემები და არაეფექტური შეკუმშვები.

ნაყოფის ზომა

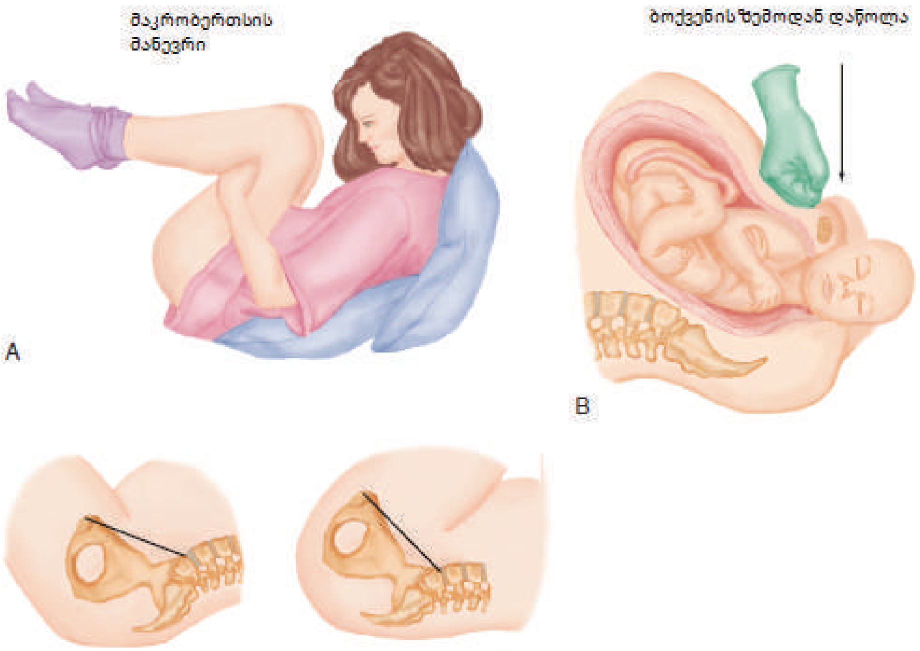
მაკროსომია

მაკროსომიური ნაყოფის წონა არის 4000 გ-ით მეტი დაბადებისას; ზოგიერთი ავტორის მოსაზრებით კი - 4500გ ან მეტი. თავი და მხრები შეიძლება ვერ მოერგოს მენჯს, რომ საშუალო ზომის ან მცირე ზომის ნაყოფი გამოატაროს. ქალმა დიდი მენჯით შეიძლება მარტივად გააჩინოს 4000 გ-ზე მეტი წონის ახალშობილი. ნაყოფის პოზიცია, ბავშვის მენჯში გამოტარებისას მნიშვნელოვანი ფაქტორია ნაყოფის ზომისა და დედის მენჯის ზომებთან ერთად.

მხრების დისტოცია

მხრების გახანგრძლივებული ან გართულებული მშობიარობა ვითარდება, თუ მათი ჩაჭედვა მოხდა დედის ბოქვენის სიმფიზის ზემოთ. თავის დაბადების შემდეგ, ის იკუმშება პერინეუმის საწინააღმდეგოდ, მსგავსად კუ თავს, რომ შეჰყოფს თავის ბაკანში („კუს ნიშანი„). მხრების დისტოცია ხშირად ხდება, როცა დიდი ნაყოფია ან დედას აქვს დიაბეტი, მაგრამ ბევრია გაურკვეველი რისკ-ფაქტორებით გამოწვეული შემთხვევები. მხრების დისტოცია ნორმალური მშობიარობის დროს უფრო იშვიათია, ვიდრე გახანგრძლივებული მშობიარობისას.

მხრების დისტოცია არის სიტუაცია, რომელიც მოითხოვს სასწრაფო გადაწყვეტილებას და ქმედებას, რადგან შეიძლება მოხდეს ჭიპლარის კომპრესია ნაყოფის სხეულსა და დედის მენჯს შორის. მზად უნდა ვიყოთ ქირურგიული გზით მშობიარობისთვის. როცა ახალშობილის თავი გამოჭრილია ვაგინიდან და გულმკერდი შიგნითაა, ეს აფერხებს ნაყოფის სუნთქვას. ქვემოთ ჩამოთვლილი რამდენიმე მეთოდებიდან შეიძლება გამოყენებული იყოს ნებისმიერი, რათა მოხდეს ჩაჭედილი მხრების განთავისუფლება (სურათი 12-1). ფუძეზე დაწოლას უნდა მოვერიდოთ, რათა არ მოხდეს ძლიერად მხრების მიწოლა სიმფიზის საწინააღმდეგოდ. ახალშობილის ლავიწის ძვლის შემოწმება უნდა მოხდეს კრეპიტუსზე, დეფორმაციასა და ჩალურჯებებზე. თითოეული მიანიშნებს მოტეხილობას.



სურათი 12-1. მეთოდები, რომლებიც გამოიყენება მხრების დისტოციის შესამსუბუქებლად. A, მაკრობერთსის მანევრი, ქალი ხრის მის ბარძაყებს მკვეთრად მუცლის საწინააღმდეგოდ, ეს ასწორებს მენჯის სიმრუდეებს . დაყრდნობით ჩაკუზვას აქვს იგივე ეფექტი და ამატებს მიზიდულობის ძალას ჭინთვებს B, ბოქვენის ზემოდან დაწოლა ასისტენტის საშუალებით აწვება ნაყოფს ქვემოთ და აწვება დედის სიმფიზის ბოქვენს ზემოდან. საშვილოსნოს ფუძეზე დაწოლა არ უნდა იყოს გამოყენებული რადგან ის დააწვება წინა მხარს უფრო მეტად დედის სიმფიზის საწინააღმდეგოდ.

აუცილებელია ყველა ჩარევის დოკუმენტირება, რაც მოიცავს: ბოქვენის ზემოთ დაწოლის აღწერას, თუ მისი გამოყენება მოხდება, რათა მოხდეს სამომავლოდ გაურკვევლობის აცილება, თუ სამართლებლივი ჩარევა გახდა საჭირო. ხშირად საჭიროა ერთი ადამიანი იმისთვის, რომ ზუსტი დრო აღნიშნოს ჩანაწერში.

ნაყოფის ანომალიური მდებარეობა ან პოზიცია

ნაყოფის ანომალიურმა მდებარეობამ ან პოზიციამ შეიძლება ხელი შეუშალოს ყელის გახსნას და ნაყოფის ქვემოთ სვლას.

ბრუნვის ანომალიები

ნაყოფის პერსისტენციამ კეფით უკანა (OP) ან კეფით გარდი-გარდმო (OT) პოზიციაში შეიძლება ხელი შეუწყოს დისფუნქციურ მშობიარობას. ეს პოზიციები პრევენციას უკეთებს მშობიარობის მექანიზმს (ძირითადად ნაყოფის მოძრაობებს), რომელიც ნორმალურად მიმდინარეობს. ნაყოფების უმეტესობა იწყებს სპონტანურად კეფით წინა (OA) პოზიციაში, რაც იწვევს ნორმალურ გაშლას და ნაყოფის გამოსვლას. ნაყოფი შეიძლება არ მობრუნდეს ან შეიძლება ნახევრად მობრუნდეს და დარჩეს კეფით გარდი-გარდმო (OT) პოზიციაში. თუმცა, ქალთა უმეტესობას არ შეუძლია მალევე იმშობიაროს ნაყოფით კეფით უკანა (OP) მდგომარეობით. ფართე მენჯის მქონე ქალმა, რომლის მენჯის ზომა მეტია ნაყოფის თავის ზომასთან შედარებით, ეს შეიძლება მეტნაკლებად შეძლოს.

კრიტიკულად სააზროვნო დავალება 12-1

ქალი პირველი მშობიარობით, უკვე მშობიარობაშია რამდენიმე საათია. ბებია ქალი ატარებს ვაგინალურ გასინჯვას და ამბობს, რომ საშვილოსნოს ყელი გახსნილია 6 სმ-თი და სრულად გადასწორებულია, ნაყოფი მარჯვენა კეფით უკანა პოზიციაშია. დედას აქვს უწყვეტად წელის ტკივილი, რომელიც უძლიერდება შეკუმშვების დროს.

კითხვები:

1. როგორ უნდა შეაფასოს ექთანმა ეს ინფორმაცია? ექთანმა უნდა მოიმოქმედოს თუ არა რამე ბებია ქალის გასინჯვის მონაცემების შესაბამისად?
2. უნდა იმოქმედოს თუ არა ექთანმა შესაბამისად გასინჯვის შემდეგ?

მშობიარობა ხშირად უფრო ხანგრძლივი და უფრო არაკომფორტულია, როცა ნაყოფი რჩება OP ან OT პოზიციაში. წელისა და ფეხის ძლიერი ტკივილი, რომელიც ძნელად ყუჩდება ანალგეზიით, მშობიარობას მკვეთრად ართულებს. ,,წელით მშობიარობა,, შესაფერისად აღწერს ქალის შეგრძნებას, როცა ნაყოფი არის OP პოზიციაში. ზოგიერთ ქალს, რომლის ნაყოფი არის OP პოზიციაში მშობიარობის განმავლობაში, უნარჩუნდება უფრო ძლიერი ტკივილი წელისა და კუდუსუნის ადგილას პოსტპარტუმ პერიოდში.

დედის პოზიციის ცვლილება იწვევს ნაყოფის თავის როტაციას OA პოზიციაში და ჩამოდის ქვევით. მაგალითად:

- ხელებით და მუხლებით პოზიცია - რწევითი მოძრაობა მენჯის უკან და წინ, როცა ქალი არის ხელებსა და მუხლებზე, იწვევს როტაციას. ქალის მუხლები უნდა იყოს ოდნავ უკან მენჯთან მიმართებით ამ პოზიციაში;
- გვერდზე წოლა (ნაყოფის კეფის საპირისპირო მხარეს);
- მიწოლა (lunge) - დედა დებს ერთ ფეხს სკამზე ტერფის მეშვეობით და მუხლი გაშვერილია ამ მიმართულებით. ის აწვება გვერდებს განმეორებით 5 წამის განმავლობაში შეკუმშვების დროს. მიწოლა შეიძლება გაკეთდეს ჩამუხვლის პოზიციაში. ექთანმა ან ქალის

პარტნიორმა უნდა გაამყაროს სკამი და დაეხმაროს ქალს ბალანსის შენარჩუნებაში;

- ჩაჯდომა (მშობიარობის მეორე სტადიაში) - ჯდომა ოდნავ ჩაფუშულ ბურთზე გვაძლევს იგივე ეფექტს;
- ჯდომა, ჩამუხვლა ან დგომა წინ გადახრის განმავლობაში.

სამშობიარო ბურთის გამოყენება

დიდი პლასტიკური ბურთი, რომელსაც შეუძლია მოზრდილის წონა დაიკავოს, ეხმარება ქალს სიმყარეში, როცა ხელებსა და მუხლებზე დაყრდნობილ პოზიციაშია. მას ასევე შეუძლია დაჯდეს ბურთზე. დამატებით, ამ დროს ქალს შეუძლია ამოძრაოს მენჯი წინ და უკან, რაც ხელს უწყობს ნაყოფის ქვემოთ სვლას.

დედის მდგომარე პოზიცია იწვევს ქვემოთ სვლას, რომელიც ხშირად თან ერთვის ნაყოფის თავის ბრუნვას. ხელებისა და მუხლების, ასევე, გვერდზე წოლის პოზიცია იწვევს ბრუნვას. ხელებისა და მუხლების პოზიციაში, ნაყოფის ზურგის მოხრილი ზედაპირი მიდრეკილია მობრუნდეს ამობურცული საშვილოსნოს წინა მხარეს, ორი კოვზის ერთმანეთზე მოთავსების მსგავსად (სურათი 12-2). გვერდზე წოლით პოზიციას აქვს იგივე ეფექტი, თუმცა მთლად ესე აშკარად არა. ეს პოზიცია ამცირებს დედის დისკომფორტს, ნაყოფის თავის გავის ძვალზე ზეწოლის შემცირებით.

სურათი 12-2 , ხელებით და ფეხებით პოზიცია ეხმარება ნაყოფს მობრუნებაში მარცხენა უკანა კეფით პოზიციიდან (LOP) წინა კეფით პოზიციაში.

მიწოლა აფართოებს მენჯს გვერდებში, რომლის მიმართულებითაც ქალი აწვება. თუ ნაყოფის პოზიცია ნაცნობია, ის წვება იმ მხარეს, სადაც კეფაა ლოკალიზებული (სურათი 12-3). თუ ნაყოფის პოზიცია არ არის ცნობილი, ქალი იმ მიმართულებით აწვება, რომელიც მისთვის კომფორტულია.

სურათი 12-3, დაწოლა ერთ მხარეს გამოიწვევს ნაყოფის ბრუნვას ნაყოფის კეფით მდებარეობის უკანა პოზიციიდან წინა პოზიციაში.

ჩაკუზვის ყველა სახეობის პოზიცია ეხმარება ნაყოფის ბრუნვას და ქვემოთ სვლას, მენჯის სიმრუდეების გასწორებას და მენჯის გამოსასვლელის გადიდებას, ასევე აძლიერებს დედის ჭინთვებს.

თუ სპონტანური ბრუნვა არ მოხდება, ნაყოფის თავის ბრუნვას და ჩამოსვლას ექიმი შეიძლება დაეხმაროს მაშებით. ვაკუუმ ექსტრაქტორი ხშირად ვერ გამოიყენება ნაყოფის თავზე, როცა ის რჩება OP პოზიციაში. თუმცა, ზოგი სახეობის ვაკუუმ ექსტრაქტორი შეიძლება გამოვიყენოთ მცირე ხარისხის მალროტაციის გამოსასწორებლად, რადგან ნაყოფის თავი მიმართულია მობრუნებისკენ, როცა ხდება ქვემოთ ჩამოსვლა ქვევით მიმართული ტრაქციით. თუ ეს მეთოდი არაეფექტურია ან ვერ გამოიყენება, შეიძლება საჭირო გახდეს მშობიარობის დასრულება საკეისრო კვეთის გზით.

ნაყოფის თავის გაშლის ანომალიები

ცუდად მოხრილ თავს აქვს უფრო დიდი გარშემოწერილობა მენჯისთვის, ვიდრე მაშინ, როცა ნიკაპი მოხრილია გულმკერდისკენ (იხილეთ სურათი 12-4). კეფით წინმდებარეობის დროს თავის დიამეტრი ყველაზე პატარაა. მილიტარული და შუბლით წინმდებარეობის დროს, თავის გარშემოწერილობა უფრო დიდია. სახით წინმდებარეობის დროს, თავის გარშემოწერილობა კეფით წინმდებარეობის მსგავსია, მაგრამ დედის მენჯში გამოვლა შეიძლება გაუჭირდეს, თუ ნაყოფის ნიკაპი (მენტუმი) წინ მდებარეობს.

ნაყოფის მენჯით მდებარეობა

ყელის დილატაცია და გადასწორება უფრო ნელა და ხანგრძლივად მიმდინარე პროცესია, როცა ნაყოფის მენჯით წინმდებარეობაა, რადგან დუნდულები და ფეხები არ ქმნის გლუვი, მრგვალი ზედაპირის შეჭრით მენჯის გაფართოებას. ყველაზე დიდი რისკი ნაყოფისთვის არის ის, რომ თავი - ნაყოფის ყველაზე დიდი ნაწილი- ბოლოს იბადება. იმ დროს, როცა ქვედა ნაწილი იბადება, ჭიპლარი არის მენჯში და შეიძლება კომპრესირდეს. მხრები, ხელები და თავი უნდა დაიბადოს რაც შეიძლება ჩქარა, რომ ნაყოფმა შეძლოს სუნთქვა.

მენჯით მდებარეობა ხშირია სრულ ვადაზე, მაგრამ მხოლოდ ახალშობილთა 3 - 4 % რჩება ამ პოზიციაში. ჩრდილოეთ ამერიკაში ჯდომით წინმდებარეობათა უმეტესობის შემთხვევაში მშობიარობა სრულდება ოპერაციულად, საკეისრო კვეთის გზით. მაგრამ ქირურგიული მშობიარობა არ აღმოფხვრის ყველა პრობლემას, რაც დაკავშირებულია მენჯით მდებარეობასთან, მათ შორის:

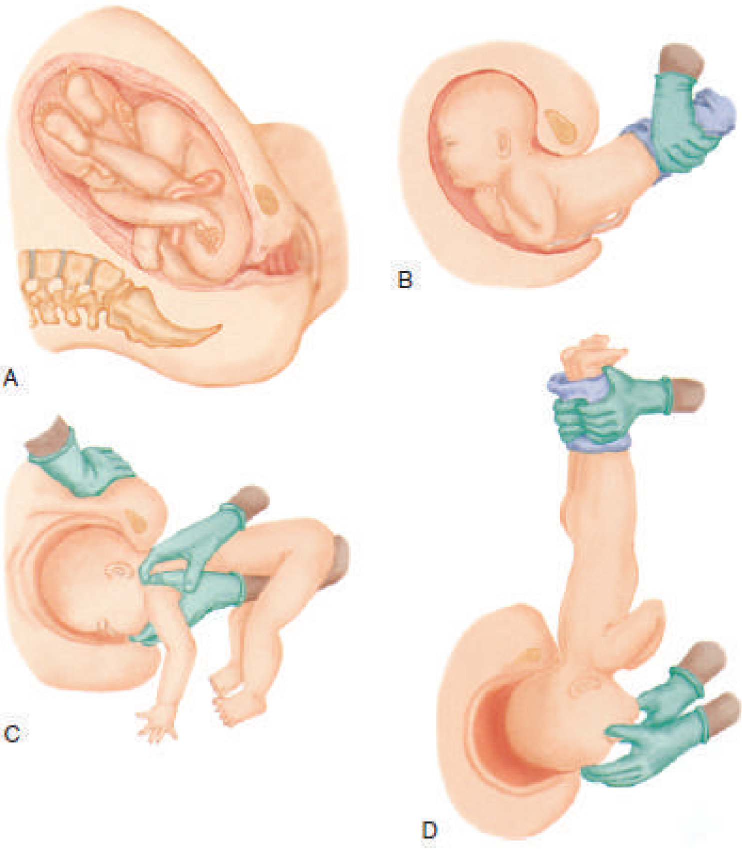
- ნაყოფის დაზიანება, განსაკუთრებით, გართულებული ვაგინალური მშობიარობის დროს;
- ჭიპლარის მარყუჟის გამოვარდნა;
- დაბადებისას მცირე წონა, რომელიც გამოწვეულია ნაადრევი გესტაციით, მრავალნაყოფიანი ორსულობით ან საშვილოსნოს შიდა ზრდის შეფერხებით;
- ნაყოფის ანომალიები, რომელთაც წვლილი შეაქვთ მენჯით მდებარეობის შეტანაში, როგორიცაა ჰიდროცეფალუსი;
- გართულებები წინამდებარე პლაცენტის და საკეისრო კვეთიდან გამომდინარე.

გარეგან თავით მობრუნებას (ECV) აწარმოებენ იმისათვის, რომ მოხდეს ნაყოფის პოზიციის ცვლილება მენჯით ან გარდიგარდმო მდგომარეობიდან თავით წინმდებარეობით მდგომარეობაში. თუ ნაყოფი რჩება ანომალიურ მდგომარეობაში, ხშირად კეთდება საკეისრო კვეთა გართულებული ვაგინალური მშობიარობის თავიდან ასაცილებლად. არანამშობიარები ქალის მშობიარობა, რომელიც რჩება ნაყოფის მენჯით მდებარეობაში, თითქმის ყოველთვის სრულდება საკეისრო კვეთით. ნაყოფი, რომელიც რჩება გარდიგარდმო მდებარეობაში, იბადება ასევე საკეისრო კვეთის გზით.

თუმცა, საკეისრო კვეთა ყოველთვის არ არის აუცილებელი ყველა ქალისთვის, ვისი ნაყოფიც არის მენჯით წინმდებარეობაში. ექიმმა შეიძლება შესთავაზოს მშობიარობა, როცა ნაყოფი არის მენჯით წინ მდებარეობით შემდეგ შემთხვევებში:

- დედის მენჯი ნორმალური ზომისა და ფორმისაა (ნაყოფის სავარაუდო წონაა 2000- 3800 გ);
- ნაყოფი არის ან დუნდულებით ან სრული მენჯით პოზიციაში;
- ნაყოფის თავი არის კარგად მოხრილი.

ზოგიერთი ქალი მოგვმართავს მშობიარობის ადრეულ პერიოდში, ნაყოფის მენჯით მდებარეობის დროს. ამიტომ მშობიარობის მიმღები ექიმი და სამშობიარო ექთნები მომზადებულები უნდა იყვნენ, რომ შესაბამისად იზრუნონ ქალზე, რომელსაც აქვს დაგეგმილი ან მოულოდნელად მშობიარობს ვაგინალური გზით. სურათი 12 -4 გვაჩვენებს ვაგინალურ მშობიარობის მექანიზმს ნაყოფის მენჯით წინმდებარეობის დროს.



სურათი 12-4, ვაგინალური მშობიარობის თანმიმდევრობა ჯდომით მდებარეობის დროს. A.ნაყოფის სხეულის ქვემოთ სვლა და შიგნითა როტაცია B.შიგნითა როტაციის დასრულება, ნაყოფის ზურგის და კისრის გაშლა როგორც კი სხეული გამოსრიალდება სუმფიზის ბოქვენის ქვემოთ. მეანი იყენებს პირსახოცს მოჭიდებისთვის , რომ გამოწიოს ტრაქციით ნაყოფის ფეხები C.მხრების დაბადების შემდეგ, მეანი ინარჩუნებს ნაყოფის თავის მოხრას მარცხენა ხელის თითების გამოყენებით ქვედა სახეზე დაწოლით.ნაყოფის სხეული ჩამოკიდებულია მეანის ხელზე .ასისტენტი უზრუნველყოფს წნევით დაწოლას რომ შეინარჩუნოს ნაყოფის თავი კარგად მოხრილი. D.როგორც კი ნაყოფის თავი გამოსულია სიმფიზის ბოქვენიდან გარეთ , ასისტენტი კიდებს ხელებს ნაყოფის ფეხებს პირსახოცით და გარეთა ტრაქციით ექიდება სანამ სრულად არ დაიბადება ახალშობილის სახე და თავი.

მრავალნაყოფიანი ორსულობა

მრავალნაყოფიანმა ორსულობამ შეიძლება გამოიწვიოს დისფუნქციური მშობიარობა, საშვილოსნოს გადაჭიმვის გამო, რომელიც ხელს უწყობს ერთი ან ორივე ნაყოფის ჰიპოტონურ დისფუნქციას და ანომალოურ მდებარეობას (სურათი 12 -5). დამატებით, ნაყოფის ჰიპოქსიის შესაძლებლობა მშობიარობის დროს უფრო დიდია, რადგან დედამ უნდა უზრუნველყოს ჟანგბადით და საკვები ნივთიერებებით ერთზე მეტი ნაყოფი. მას ასევე აქვს მშობიარობის შემდგომი სისხლდენის უფრო მეტი რისკ-ფაქტორი, რომელიც საშვილოსნოს ატონიის შედეგია, მისი ზედმეტად გადაჭიმვით გამოწვეული.

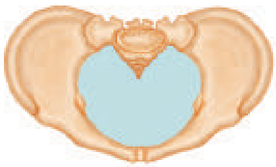
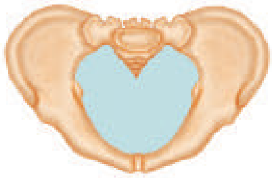
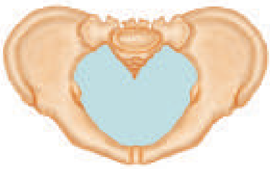
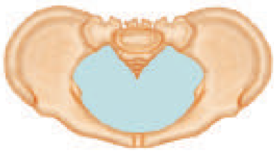
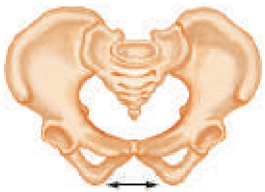
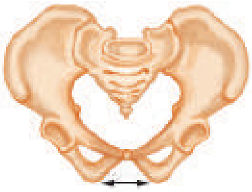
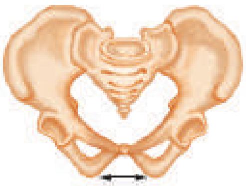
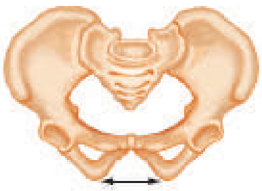
ამ პრობლემების გამო, საკეისრო კვეთით მშობიარობა უფრო ხშირია მრავალნაყოფიან ქალებში. სამი ან მეტი ნაყოფის შემთხვევაში, მშობიარობა თითქმის ყოველთვის საკეისრო კვეთით სრულდება. ექიმი ითვალისწინებს ნაყოფის სიცოცხლისუნარიანობას, ნაყოფის მდებარეობას, დედის მენჯის ზომებს და სხვა გართულებების არსებობას, როგორიცაა პრეეკლამფსია ან ქრონიკული ჰიპერტენზია.

წარმოებს თითოეული ტყუპის გულისცემის სიხშირის მონიტორინგი მშობიარობამდე, წოლით მდგომარეობაში. ქალი უნდა იწვეს ლატერალურ პოზიციაში, რათა უზრუნველყოს საკმარისი პლაცენტალური სისხლის მიმოქცევა. პირველი ტყუპის ვაგინალურად დაბადების შემდეგ,

მეორე ტყუპის გულისცემის სიხშირის შეფასება გრძელდება დაბადებამდე, დაახლოებით 30 წუთის განმავლობაში პირველი ნაყოფის დაბადებიდან. მეორე ტყუპის დაბადება უფრო ჩქარია საკეისრო კვეთის დროს, ვიდრე ვაგინალური გზით მშობიარობისას.

სურათი 12-5, ტყუპები შესაძლებელია იყვნენ ნებისმიერი წინამდებარეობით და პოზიციის კომბინაციით

სამშობიარო ბლოკის პერსონალი მრავლობითი ნაყოფის არსებობისას მომზადებული უნდა იყოს როგორც ზრუნვისთვის, ისე შესაძლო რეანიმაციული ჩარევისთვის. გამათბობელი, სარეანიმაციო მოწყობილობა, მედიკამენტები, პლედები, ქუდები და საიდენტიფიკაციო მასალა უნდა იყოს მომზადებული თითოეული ახალშობილისთვის. აუცილებელია ერთი ან მეტი ნეონატალური ექთანი, პედიატრი ან ნეონატოლოგი, რათა მოხდეს თითოეულ ბავშვზე ზრუნვა. ერთი ექთანი უნდა იყოს მიმართული დედის მოვლაზე.

გინეკოიდური	**ანთროპოიდური**	**ანდროიდური**	**პლატიპელოიდური**
			
			
	შემთხვევები ქალებში		
50%	25% თეთრკანიანებში 50% არა-თეთრკანიანებში	30%	3%

	ფორმა		
მრგვალი, ცილინდრული ფორმის მთლიანად, ფართე მენჯის თაღი (90 ხარისხი ან უფრო მეტი)	გრძელი, ვიწრო ოვალური წინა-უკანა დიამეტრი არის უფრო გრძელი, ვიდრე განივი დიამეტრი. ვიწრო მენჯის თაღი	გულის ან სამკუთხედის ფორმის შესასვლელი. ვიწრო დიამეტრი მთლიანად. ვიწრო მენჯის თაღი	ბრტყელი, ფართე, მოკლე ოვალური. განივი დიამეტრი ფართო, მაგრამ წინა-უკანა დიამეტრი მოკლე, ფართე მენჯის თაღი
	ვაგინალური მშობიარობის დროს პროგრესირება		
კარგი, ამ მენჯის ფორმას აქვს ფართე დიამეტრი და ზომიერი სიმრუდეები მთლიანად	უფრო მეტად სასურველია, ვიდრე ანდროიდული ან პლეტიპელოიდური მენჯის ფორმები. ნაყოფი შეიძლება დაიბადოს უკანა კეფით მდებარეობაში	ცუდი	ცუდი
სურათი 12-6	მენჯის ფორმები		

ნაყოფის ანომალიები

ნაყოფის ისეთმა ანომალიებმა, როგორიცაა ჰიდროცეფალუსი ან ნაყოფის დიდი ზომის სიმსივნე, შესაძლოა ხელი შეუშალოს ნაყოფის ნორმალურ გადაადგილებას ქვემოთკენ. ნაყოფის ანომალიური მდებარეობა, როგორიცაა მენჯით ან გარდიგარდმო მდებარეობა, ხშირად ვლინდება ულტრაბგერითი გამოკვლევის დროს მშობიარობამდე. საკეისრო გზით მშობიარობა იგეგმება თუ ვაგინალური მშობიარობა შეუძლებელია ან არასასურველია.

სამშობიარო გზების პრობლემები

დისფუნქციური მშობიარობა შეიძლება მოხდეს დედის ძვლოვანი მენჯის და რბილი ქსოვილების განსხვავებული აგებულების გამო, რაც ხელს უშლის ნაყოფის ქვემოთ სვლას.

მენჯი

პატარა (შევიწროვებული) ან ანომალიური ფორმის მენჯმა შესაძლოა შეანელოს და შეაფერხოს ნაყოფის გამოსვლა. ქალმა შეიძლება განიცადოს არასაკმარისი შეკუმშვები, ყელის გახსნა დაგვიანდეს, ნაყოფის ქვემოთ სვლა გაჭიანურდეს და შედეგად მივიღოთ გახანგრძლივებული მშობიარობა. საშვილოსნოს გახევის საშიშროება (საშვილოსნოს კედლის გახევა) უფრო ხშირია საშვილოსნოს ქვედა ნაწილის დათხელების გამო, განსაკუთრებით მაშინ, როცა შეკუმშვები რჩება ძლიერი.

ძირითადად არსებობს მენჯის ოთხი განსხვავებული, საბაზისო ფორმა. თითოეულს მშობიარობასა და ნაყოფის დაბადებაზე სხვადასხვა გავლენა აქვს (სურათი 12-6). ქალების უმეტესობას არ აქვთ ერთი განსაზღვრული ფორმის მენჯი, არამედ აქვთ ორი ან მეტი სახეობის შერეული

მახასიათებლებით. სხვადასხვა რასის ქალისა და ნაყოფის სპეციფიკური წარმოშობის მახასიათებლებმა შესაძლოა გააძლიეროს ვაგინალური გზით მშობიარობა, რადგან უზრუნველყოფენ დედის მენჯისა და ნაყოფის თავის კარგ შეთავსებას.

ქალისა და მისი ნაყოფის სხვადასხვა რასობრივმა მახასიათებლებმა შესაძლოა გამოიწვიოს იდეალურზე ნაკლები შეთავსება მენჯსა და ნაყოფს შორის.

დედის რბილი ქსოვილებით გამოწვეული შეფერხება

ხშირად, მშობიარობის დროს სავსე შარდის ბუშტი რბილქსოვილოვანი შეფერხების მიზეზია. შარდის ბუშტის გადაჭიმვა ამცირებს მენჯში არსებულ სივრცეს და აძლიერებს დედის დისკომფორტს. რეგულარულად უნდა მოხდეს ქალის შემოწმება შარდის ბუშტის გადაჭიმვაზე და გავამხნევოთ, რომ მოშარდოს ყოველი 1-2 საათის განმავლობაში. შესაძლოა საჭირო გახდეს კათეტერიზაცია, თუ თავად არ შეუძლია მოშარდვა ან თუ ეპიდურალური ანალგეზია ამცირებს მოშარდვის სურვილს.

ფსიქიკური პრობლემები

მშობიარობა ბევრი ქალისთვის სტრესული მოვლენაა. თუმცა, აღქმული საშიშროება რომელიც გამოწვეულია ტკივილით, შიშით, გვერდში ვინმეს არ დგომით ან პირადი მდგომარეობით, შეიძლება იწვევდეს დედის გადაჭარბებულ სტრესს და ამით ხელს უშლიდეს მშობიარობის ნორმალურ პროგრესს. სტრესის აღქმა იმაზე მეტად, ვიდრე ამის რეალური საშიშროება არსებობს, არის ზუსტად ის, რაც მეტად მნიშვნელოვანია და ექთნებმა უნდა გამოიჩინონ განსაკუთრებული ყურადღება და სიმშვიდე.

სტრესის მიმართ ზედმეტი და გახანგრძლივებული საპასუხო რეაქციები ხელს უშლის მშობიარობას რამდენიმე გზით:

- გლუკოზის გაზრდილი მოხმარება ამცირებს ენერგიის მიწოდებას საშვილოსნოს შეკუმშვებისთვის;
- თირკმელზედა ჯირკვლების კატექოლამინების სეკრეცია (ეპინეფრინი და ნორეპინეფრინი) ასტიმულირებს საშვილოსნოს ბეტა რეცეპტორებს, რომელიც აინჰიბირებს საშვილოსნოს შეკუმშვებს (მოქმედება მსგავსია ტოკოლიტიკური მედიკამენტებისა, მაგალითად, ისეთი, როგორიცაა ტერბუტალინი);
- თირკმელზედა ჯირკვლის მიერ კატექოლამინების სეკრეცია გადაამისამართებს სისხლის მიწოდებას საშვილოსნოდან და პლაცენტიდან ქალის ჩონჩხის კუნთისკენ;
- სამშობიარო შეკუმშვები და დედის ჭინთვები ნაკლებ ეფექტურია, რადგან ეს სიძლიერე მიმართულია დაჭიმული მუცლისა და მენჯის კუნთების რეზისტენტობის წინააღმდეგ;
- ტკივილის შეგრძნება გაზრდილია, ამტანობა კი შემცირებულია და ეს უფრო მეტად ზრდის დედის შფოთვასა და სტრესს.

ქალის დახმარება იმისათვის, რომ მოადუნოს სხეული, ეხმარება იმაში, რომ უფრო ეფექტურად იმშობიაროს. ზოგადი ზრუნვის ზომების მიღება მოიცავს შემდეგ ფაქტორებს:

- ურთიერთაბაში ნდობის დამყარება ქალთან და მისთვის მნიშვნელოვან საზოგადოებასთან;
- გარემო გახადეთ უფრო ეფექტური ტემპერატურისა და სინათლის დარეგულირებით;
- უზრუნველყავით ფიზიკური კომფორტი, როგორიცაა სისუფთავე;
- მიაწოდეთ შესაბამისი ინფორმაცია;
- დანერგეთ არაფარმაკოლოგიური და ფარმაკოლოგიური ტკივილის მართვის მეთოდები.

მშობიარობის პათოლოგიური გახანგრძლივება

შეუსაბამოდ გახანგრძლივებულმა ან სწრაფმა მშობიარობამ შეიძლება გამოიწვიოს დედის და/ან ნაყოფის ნეონატალური პრობლემები.

გახანგრძლივებული მშობიარობა

გახანგრძლივებულ მშობიარობას შეიძლება იწვევდეს მშობიარობის პროცესში ნებისმიერი ფაქტორით გამოწვეული პრობლემა. როცა ქალი მიაღწევს მშობიარობის აქტიურ ფაზას, ყელის გახსნა უნდა ხდებოდეს მინიმუმ 1.2 სმ საათში სიჩქარით არანამშობიარებში და 1.5 სმ საათში სიჩქარით ნამშობიარებ ქალებში. ივარაუდება, რომ ნაყოფის წინამდებარე ქვემოთ ჩამოდის მინიმალური სიჩქარით 1 სმ საათში არანამშობიარებ და 2 სმ საათში ნამშობიარებ ქალებში. მიუხედავად ამისა, არსებობს ბევრი ფაქტორი, რომელიც შეადგენს მშობიარობის პროგრესის ნაწილის ხელშემწყობს. თუ წინა მშობიარობა იყო საკეისრო კვეთით მანამ, სანამ ყელის გახსნა მოხდებოდა, ასეთ შემთხვევაში შეესაბამება კრიტერიუმი, რომელიც ეხება არანამშობიარებ ქალს. მშობიარობის მიმღები პირის მიერ მხედველობაში მიღებული უნდა იყოს ეპიდურალური ანალგეზიის ეფექტი მშობიარობის მახასიათებლებზე: პროგრესის სიჩქარესა და ქვემოთ ჩამოსვლაზე, მაშინ როცა წყდება საკითხი არის თუ არა საჭირო რამე სახის ჩარევა პროგრესის გასაზრდელად.

გახანგრძლივებული მშობიარობის დროს დედისა და ნაყოფის შესაძლო პრობლემები მოიცავს შემდეგ საკითხებს:

- დედის ინფექცია, ინტრანატალურ ან პოსტპარტუმ პერიოდში;
- ნეონატალური ინფექცია, რომელიც შეიძლება იყოს მძიმე ან სასიკვდილო;
- დედის გადაღლა;
- მომდევნო მშობიარობის დროს შფოთვის და შიშის უფრო მაღალი დონე.

დედისა და ნეონატალური ინფექციების განვითარება ხდება მაშინ, როცა ხანგრძლივდება დრო სანაყოფე გარსების დარღვევიდან მშობიარობამდე. ამ დროს საშოდან მიკროორგანიზმები ადვილად ვრცელდება აღმავალი გზით. დედას შესაძლებელია ჰქონდეს როგორც ინტრანატალური, ისე პოსტპარტუმ ინფექცია ან ორივე ერთად.

მოვლასთან ასოცირებული ზომები ქალისთვის, ვისაც აქვს გახანგრძლივებული მშობიარობა, მოიცავს კომფორტის უზრუნველყოფას, მშობიარის ენერგიის შენარჩუნებას, ემოციურ მხარდაჭერას, პოზიციების ცვლაში დახმარებას, რომელიც უზრუნველყოფს მშობიარობის ნორმალურად პროგრესირებას და ინფექციებზე შეფასებას. ნაყოფის მოვლა შედგება საშვილოსნოსშიდა ინფექციებსა და ნაყოფის შეფერხებულ ოქსიგენაციაზე დაკვირვებისგან.

სწრაფი მშობიარობა

სწრაფი მშობიარობა ჰქვია ისეთ მშობიარობას, როცა ნაყოფის დაბადება მოხდება მშობიარობის დაწყებიდან 3 საათში. ძლიერი შეკუმშვები ხშირად იწყება უცებ, სიხშირის არარეგულირებადი, არათანმიმდევრობითი ზრდით, შეუსაბამო ხანგრძლივობითა და ინტენსიურობით.

სწრაფი მშობიარობა არ არის დაჩქარებული მშობიარობა, თუმცა ქალს სწრაფი მშობიარობით, შეიძლება ჰქონდეს დაჩქარებული მშობიარობა. თუ ექიმი ან ბებია ქალი ვერ მოახერხებს დროულად მისვლას, როცა ბავშვი იბადება, მაშინ ექთანმა უნდა გაიკეთოს ხელთათმანები და მარტივად, მხოლოდ უნდა დაიკავოს ახალშობილის ტანი დაბადებისას. თუ დედის მენჯი საკმარისია და რბილი ქსოვილებიც ადვილად იჭიმება ნაყოფის ჩამოსვლასთან ერთად, შესაძლებელია დედამ მიიღოს მცირე დაზიანება. თუმცა, თუ რბილი ქსოვილები მკვრივია და ეწინააღმდეგება გაჭიმვას, შესაძლოა განვითარდეს როგორც ვაგინისა და ბაგეების ტრავმა, ისე საშვილოსნოს გახევა, ყელის ჩახევა და ჰემატომა.

დედას და/ან მის ახალშობილს შეიძლება რამდენიმე გართულება დაემართოს: პლაცენტის აცლა, დედის მიერ კოკაინის მოხმარება (ასევე შეიძლება დაკავშირებული იყოს პლაცენტის აცლასთან), მშობიარობის შემდგომი სისხლდენები ან ახალშობილის დაბალი აბგარის ქულა. ნაყოფს შეიძლება დაემართოს პირდაპირი ტრავმები, როგორიცაა ქალასშიდა ჰემორაგია ან ნერვის დაზიანება სწრაფი მშობიარობის დროს. ნაყოფი შეიძლება გახდეს ჰიპოქსიური. ინტენსიური შეკუმშვები, მცირე მოდუნების პერიოდით, ამცირებს იმ დროს, რაც საჭიროა პლაცენტაში აირების მიმოცვლისთვის. ნაყოფის არადამაკმაყოფილებელი ელექტრონული მონიტორინგის სახეობები შეიძლება შედგებოდეს ბრადიკარდიისა და გვიანი დეცელერაციისგან.

პრიორიტეტი იმ ქალის მოვლაში, რომელსაც აქვს სწრაფი მშობიარობა, შედგება ნაყოფის ოქსიგენაციისა და დედის კომფორტის უზრუნველყოფისაგან. გვერდზე წოლითი მდგომარეობა აჩქარებს პლაცენტის სისხლის მიმოქცევას და ამცირებს აორტოკავალური კომპრესიის ეფექტს. გვერდზე წოლის პოზიციის დამატებითი სარგებელია ნაყოფის ჩქარა ქვევით ჩამოსვლის პროცესის შენელება და პერინეუმის ჩახევის მინიმიზაცია. ნაყოფის მოვლაში დამატებითი ზომების გაძლიერება შედგება ოქსიგენაციისგან, ჟანგბადის მიწოდებით დედაზე და შესაბამისი სისხლის მოცულობის შენარჩუნებისაგან. თუ ოქსიტოცინის გამოყენება მოხდა ჩქარი შეკუმშვების დაწყებასთან ერთად, უნდა მოხდეს მისი შეწყვეტა. ასეთ დროს შეიძლება შევურჩიოთ ტოკოლიტიკური წამლები.

კომფორტის უზრუნველყოფა რთულია სწრაფი მშობიარობის დროს, რადგან ძლიერი შეკუმშვები ქალს მცირე დროს აძლევს იმისათვის, რომ გამოიყენოს მასთან გამკლავების ისეთი მნიშვნელოვანი უნარები, როგორიცაა სუნთქვითი მეთოდები. ფარმაკოლოგიური ზომები, როგორიცაა ანალგეზიური საშუალებები ან ეპიდურალური ბლოკირება, შეიძლება არ იყოს ეფექტური, რადგან თუ მშობიარობა სწრაფად წარიმართა, ვერ იქნება საკმარისი დრო წამლის მოქმედების ეფექტის გამოსავლენად. ასევე, უნდა ვივარაუდოთ ახალშობილის შესაძლო რესპირატორული დეპრესია იმ შემთხვევაში, თუ ოპიოდიური ანალგეზიის დანიშვნა ხდება ბავშვის დაბადებამდე ახლო პერიოდში. ექთანი ეხმარება ქალს მოახდინოს ფოკუსირება მეთოდებზე, რომელიც საშუალებას მისცემს დაძლიოს ტკივილები, მაგალითად ერთი შეკუმშვა ერთჯერადად. ექთანი უნდა დარჩეს მასთან, რათა უზრუნველყოს მისი მხარდაჭერა და დაეხმაროს სწრაფი მშობიარობის შემთხვევაში.

პაციენტის მოვლის პროცესის აპლიკაცია

დისფუნქციური მშობიარობა

რამდენიმე დიაგნოზი და კოლაბორაციული პრობლემა დისფუნქციური მშობიარობის დროს

ინტრანატალური მართვის პოტენციური გართულების ნაწილი შეიძლება იყოს ნაყოფის არაკეთილსაიმედო მდგომარეობა. დისფუნქციური მშობიარობის დროს ტკივილის მართვა განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია ქალისთვის, რადგან შეიძლება აღმოაჩინონ, რომ აღარ აქვთ ან საკმარისი უნარები გაუმკლავდნენ ტკივილს, ან უჭირთ არსებული უნარების გამოყენება დაღლის გამო. პათოლოგიური მშობიარობის დროს შფოთვა და შიში ხშირად უფრო მაღალია, რაც ამცირებს ქალის შესაძლებლობას გაუძლოს მშობაირობას. შფოთვამ ან შიშმა შესაძლოა შეამციროს ტკივილ გამაყუჩებელი მედიკამენტების ეფექტურობა ან რეგიონალური ბლოკირების ანალგეზია. დედის ან ახალშობილის დაზიანება, ასეთის არსებობის შემთხვევაში, შესაძლოა გამოვლინდეს მშობიარობის შემდეგ.

აღნიშნული პრობლემების გარდა, პაციენტის მოვლა მიმართულია ორი სხვა დიაგნოზისკენ: “შესაძლო საშვილოსნოსშიდა ინფექცია” და “დედის დაღლა”.

საშვილოსნოსშიდა ინფექცია

შეფასება

ინფექცია შეიძლება განვითარდეს როგორც ნორმალური მშობიარობის, ისე დისფუნქციური მშობიარობის დროს. ინფექციის არსებობისას შეაფასეთ ნაყოფის გულისცემის სიხშირე და დედის სასიცოცხლო ნიშნები.

- ნაყოფის ტაქიკარდია (> 160 დარტყმა წუთში [bpm] დროული ნაყოფის), ნაყოფის გულისცემის სიხშირის მატება საშვილოსნოსშიდა ინფექციის პირველი საბაზისო ნიშანია;
- დედის ტემპერატურა: შეაფასეთ ყოველ 2-4 საათში ნორმალური მშობიარობის შემთხვევაში და ყოველ 2 საათში, მემბრანების გახევის შემდეგ; შეაფასეთ საათობრივად, თუ ტემპერატურა მომატებულია (38 Celsius ან უფრო მაღალი) ან ინფექციის სხვა ნიშნები არსებობს;
- დედის პულსის სიხშირე, სუნთქვის სიხშირე და სისხლის წნევა; შეაფასეთ სულ მცირე საათში ერთხელ, რომ აღმოაჩინოთ ტაქიკარდია და ტაქიპნოე, რომელიც ხშირად თან ერთვის ტემპერატურის აწევას.

შეაფასეთ ამნიონური სითხე ნორმალურ სუფთა ფერზე და მცირედ სუნზე. თეთრი ფერის, ნაცხის პატარა კოლტების არსებობა ამნიონურ სითხეში ნორმალური მოვლენაა. ყვითელი ან მღვრიე სითხე, ცუდი ან მძაფრი სუნი მიანიშნებს ინფექციაზე. მძაფრი სუნი შეიძლება აღინიშნოს მშობიარობამდე ან მის შემდგომ ახალშობილის კანზე.

პაციენტის მოვლასთან დაკავშირებლი დიაგნოზი

ქალებისთის, ინფექციის აშკარა ნიშნების გარეშე, მაგრამ არსებული რისკ-ფაქტორებით, შერჩეული დიაგნოზი არის ,,ინფექციის რისკები, დაკავშირებული ნავარაუდები, შესაფერისი მდგომარეობის განვითარებით“. ექთანმა შეიძლება ივარაუდოს პაციენტის მოსალოდნელი, შესაფერისი მდგომარეობა, რომელიც შეიძლება გამოიწვიოს არსებულმა ინფექციამ.

დაგეგმვა

მოსალოდნელი გამოსავალი, რომელიც დაკავშირებულია ინფექციის დაწყების გამოვლენასთან:

- დედის ტემპერატურა დარჩება 38 Celsius-ზე ნაკლები;
- ნაყოფის გულისცემის სიხშირე დარჩება საბაზისო მაჩვენებელზე, საშუალო სიხშირით არა უმეტეს ვიდრე 160 დარტყმა წუთში;
- ამნიონური სითხე დარჩება სუფთა და ცუდი და მძაფრი სუნის გარეშე.

ჩარევა

ინფექციის რისკის შემცირება

ექთანმა უნდა დაიბანოს ხელები თითოეულ პაციენტთან კონტაქტამდე და მის შემდეგ, რათა შეამციროს მიკროორგანიზმების ტრანსმისია. შეამცირეთ ვაგინალური გამოკვლევა საშვილოსნოს ღრუში ვაგინალური მიკროორგანიზმების ტრანსმისიის შესამცირებლად და დაიცავით ასეპტიური მეთოდები აუცილებელი ვაგინალური გასინჯვის დროს. ინტრანატალური ექთანი სწავლობს როგორ ივარაუდოს ქალის პროგრესი, რაც შეიძლება იშვიათი ვაგინალური გასინჯვით. მაგალითად, გაძლიერებული სისხლდენა და გამძაფრებული შფოთვა ვლინდება, როცა ყელი 6 სმ-ზეა გახსნილი. ქალი შეიძლება გაღიზიანდეს და დაკარგოს კონტროლი დაახლოებით ყელის 8 სმ-ზე გახსნით, თუ გადაწყვეტს. რომ არ გაიკეთოს ეპიდურალური ანალგეზია.

შეინარჩუნეთ საფენები რაც შეიძლება მშრალად, რომ შეამციროთ ტენიანი, თბილი გარემო, რომელიც ხელს უწყობს ბაქტერიების ზრდა-გამრავლებას. პერიოდულად გაასუფთავეთ ვაგინიდან ზედმეტი გამონადენი წინიდან-უკან მიმართულებით მოძრაობით, რითაც შეამცირებთ განავლით დაბინძურებას და უზრუნველყოფთ დედის კომფორტს. გამოიყენეთ პირადი დამცავი მოწყობილობა, რომ თავიდან აიცილოთ სხეულის გამონადენთან კონტაქტი.

უსაფრთხოების ზომები
ნიშნები, რომელიც დაკავშირებულია მშობიარობის დროს განვითარებულ ინფექციებთან: • ნაყოფის ტაქიკარდია (მომატება საბაზისო დონიდან ან >160bpm); • დედის სიცხე (>38 celsius); • ცუდი ან ძლიერი სუნის მქონე ამნიონური სითხე; • მღვრიე ან მოყვითალო შეფერილობის ამნიონური სითხე.

ინფექციის იდენტიფიცირება

შეაფასეთ ქალისა და ნაყოფის მდგომარეობა ინფექციის ნიშნებზე. გაზარდეთ შეფასების სიხშირე იმ შემთხვევაში, თუ მშობიარობა გახანგრძლივდა, ასევე, თუ გამოვლინდა სხვა რისკ-ფაქტორები ან თუ ინფექციის ნებისმიერ სხვა ნიშანს აღმოაჩენთ. თუ ინფექციის ნიშნები აღინიშნება, შეატყობინეთ ექიმს დამატებითი კვლევების დასაგეგმად და შემდგომი მკურნალობისათვის. აღნიშნეთ დრო, როცა ხდება მემბრანების დარღვევა. ყურადღების მიღმა არ დაგრჩეთ გახანგრძლივებული გახევა, რომელიც ზრდის ინფექციის რისკს.

მშობიარობის მიმღებმა პირმა შეიძლება შეაგროვოს მასალა საშვილოსნოს ღრუდან ან პლაცენტიდან კულტურის დასათესად იმისათვის, რომ აღმოაჩინოს ინფექციის გამომწვევი მიკროორგანიზმები და განსაზღვროს ანტიბიოტიკების მიმართ მგრძნობელობა. აერობული ან ანაერობული კულტურების მასალა გროვდება კონტეინერში, რომელიც სპეციალურადაა განკუთვნილი ამ ორი სახეობის მიკროორგანიზმებისთვის. მიყევით კონტეინერზე მითითებულ ინსტრუქციას, სწორად დაჭერის და გარე გარემოში არსებული მიკროორგანიზმებით დაბინძურების პრევენციისთვის, რომელიც გამოიწვევს არაზუსტ შედეგს. სასწრაფოდ მოახდინეთ ლაბორატორიაში ტრანსპორტირება, რადგან კულტურის დასათესად და მგრძნობელობის შესასწავლად ცოცხალი მიკროორგანიზმებია საჭირო. ანტიბიოტიკებით მკურნალობა იწყება სასწრაფოდ, ნიმუშების შეგროვებისთანავე.

შეატყობინეთ ახალშობილების ოთახის პერსონალს, თუ ინფექციის ნიშნებს შენიშნავენ ან თუ არსებობს დედის გაზრდილი რისკ-ფაქტორები. ასევე ილება ტესტირებისთვის ახალშობილის სეკრეციის ნიმუშები მანამ, სანამ ანტიბიოტიკების დანიშვნა მოხდება.

ნეონატალური სეფსისის პრევენციისთვის ახალშობილმა შეიძლება მიიღოს ანტიბიოტიკები. თუ დედის ან ახალშობილის კულტურის შედეგი მიანიშნებს, რომ ინფექცია არ არის, ხდება ანტიბიოტიკების შეწყვეტა. კულტურამ და მგრძნობელობის ტესტებმა შეიძლება გამოავლინოს ინფექცია და მიგვანიშნოს რომელი ანტიბიოტიკი იქნება უფრო ეფექტური.

შეფასება

მიზანი და მოსალოდნელი გამოსავალი მიიღწევა, თუ მოხდება შემდეგი:

- ქალის ტემპერატურა რჩება 38 Celsius-ზე ნაკლები;
- ამნიონურ სითხეს არ აქვს ანომალიური მაჩვენებლები, რომელიც დამახასიათებელია ინფექციისთვის (მღვრიე ან ყვითელი ფერი, ცუდი ან მძაფრი სუნი);
- ნაყოფის გულისცემის სიხშირე რჩება ნორმის საზღვრებში, ტაქიკარდიის ნიშნების გარეშე, უცაბედი თუ თანდათანობითი დაწყების შემთხვევაში.
- იმ შემთხვევაშიც კი, თუ ქალს არ აქვს ინტრანატალური ინფექციის ნიშნები, ის რჩება პოსტპარტუმ ინფექციის უფრო მაღალი რისკის ქვეშ და უნდა მოხდეს ინფექციის ნიშნებსა და სიმპტომებზე დაკვირვება.

დედის გადაღლა

შეფასება

ორსულობის ბოლო პერიოდისთვის დამახასიათებელი სუნთქვის უკმარისობის, ხშირი შარდვისა და ნაყოფის გახშირებული მოძრაობის გამო, ბევრი ქალი მშობიარობას იწყებს ძალის ნაკლებობით. მშობიარობის მოახლოებასთან ერთად დედის რეზერვი საკმაოდ ილევა. თუნდაც ეპიდურალური ანალგეზიით გახანგრძლივებული მშობიარობა ცლის დედის ენერგიას. ამასთანავე, ზოგიერთი ქალი არ ირჩევს ან არ შეუძლია ეპიდურალური ბლოკირების გაკეთება. ამიტომ მშობიარობისას ექთანი უნდა მოემზადოს ამ პრობლემასთან გასამკლავებლად.

შეაფასეთ:

- დედა ზედმეტი დაღლის შესაბამის ნიშნებზე;
- მოთენთვის, დაღლის ან გადაღლის სიტყვიერად გამოხატვაზე;
- იმედგაცრუების სიტყვიერად გამოხატვაზე გახანგრძლივებული, არაპროდუქტიული მშობიარობის გამო ("მეტს ველარ გავუძლებ, რატომ არ ამოიყვანს ექიმი უბრალოდ ბავშვს?")
- არაეფექტურობაზე და „ვერ შეძლებაზე", რომ გამოიყენოს გამკლავების მეთოდები (როგორიცაა სუნთქვითი ვარჯიშები), რომელსაც ადრე ეფექტურად იყენებდა;
- პაციენტის პულსის სიხშირის, სუნთქვისა და სისხლის წნევის (გაზრდა ან შემცირება) ცვლილებაზე.

პაციენტის მოვლასთან დაკავშირებული დიაგნოზი

დისფუნქციური მშობიარობის დროს ინტენსიური ენერგიის მოთხოვნამ შეიძლება გაზარდოს ქალის ფიზიკური და ფსიქოლოგიური შესაძლებლობა მიესადაგოს მას. ამ მიზეზით "დედის სარეზერვო ენერგიის ამოწურვასთან დაკავშირებული აქტიურობის ვერ ატანა" წარმოადგენს შესაფერის დიაგნოზს.

დაგეგმვა

მშობიარობის პროგრესისთვის აუცილებელია გაგრძელდეს შეკუმშვები. ორი რეალური მიზანი ან მოსალოდნელი გამოსავალი, რომელიც უნდა შეასრულოს ქალმა, არის შემდეგი:

- დასვენება შეკუმშვებს შორის, მისი კუნთების სათანადო მოდუნებით;
- დაძლევის უნარების გამოყენება, როგორიცაა სუნთქვითი და მოდუნებითი მეთოდები.

ჩარევა

დედის ენერგიის შენარჩუნება

ეცადეთ ისეთი ფაქტორების შემცირება, რომელიც ხელს უშლის ქალის მოდუნებაში. შეამცირეთ სინათლის დონე და გამორთეთ ზედა სინათლეები. შეამცირეთ კარების დახურვით გამოწვეული ხმაური ან გამოიყენეთ ნაზი მუსიკა, წყლის ხმები ან სხვა ხმები, რომელიც კომფორტს გვრის. შეინარჩუნეთ დედის ტემპერატურა პლედებით ან ვენტილატორით. თუ უკუნაჩვენები არ არის, შეგვიძლია ვურჩიოთ თბილი შხაპი ან აბაზანა, რომელიც დამამშვიდებლად მოქმედებს ორგანიზმზე.

მოათავსეთ ქალი კომფორტულად, რაც ხელს უწყობს ნაყოფის ქვემოთ სვლას და აძლიერებს ნაყოფის ოქსიგენაციას. ურჩიეთ ორსულს დაეყრდნოს ბალიშებზე, რომ შეამციროთ კუნთების დაჭიმულობა და ამით გამოწვეული დამატებითი დაღლა. დაეხმარეთ, რეგულარულად ცვალოს პოზიცია (დაახლოებით ყოველი 30 წუთით), რითაც შეამცირებს ხანგრძლივი დაწოლით გამოწვეულ კუნთების დაჭიმულობას.

წელზე ხელების რბილად გადასმა მოქმედებს დამამშვიდებლად, ამცირებს კუნთების დაჭიმულობას და დაღლას. გავის ძვალზე ძლიერად დაწოლა და დედის ზოგიერთი პოზიციის გამო-

ყენება, რომელიც განხილულია ამ ნაწილში, ამცირებს წელის ტკივილს. სამშობიარო ბურთის გამოყენება ადუნებს მშობიარეს. წელის არეში სითბომ შეიძლება შეამსუბუქოს წელის ტკივილი.

შეინარჩუნეთ IV სითხეები რეკომენდებული სიჩქარით, უზრუნველყავით საკმარისი ოდენობის სითხეებით, ელექტროლიტებით და, საჭიროების შემთხვევაში, გლუკოზით. შეაფასეთ მიღებული და გამოყოფილი სითხის ოდენობა, რათა მხედველობიდან არ გამოგრჩეთ დეჰიდრაცია, რომელიც შეიძლება თან ერთვოდეს გახანგრძლივებულ მშობიარობას. დეჰიდრაციამ ასევე შეიძლება გამოიწვიოს დედის ცხელება. თუ უკუნაჩვენები არ არის, შესთავაზეთ წვენი, საწუწნი კამფეტები, გაყინული ხილის ნატეხები ან სხვა სუფთა სითხეები, იმის მიხედვით, როგორც არის დანიშნული ბებია ქალის ან ექიმის მიერ, რომ დაატენიანოთ ქალის პირის ღრუ და აღადგინოთ მისი ენერგია.

მშობიარობასთან გამკლავების უნარების გამომუშავება

პოზიციის ცვლასთან ერთად, სამედიცინო თერაპიის გამოყენება ზრდის მშობიარობას, აუხსენით ამის მიზანი და მოსალოდნელი სარგებელი. ხელი შეუწყვეთ ქალს წარმოიდგინოს ვიზუალურად როგორ ჩამოდის ბავშვი მენჯის გავლით შეუფერხებლად, მისი ძალისხმევით. უზრუნველყავით წარმოსახვითი სურათი, რომელიც საშუალებას მისცემს, რომ ,,ნახოს“ თუ როგორ მშობიარობს.

ქება და გამხნევება მოტივაციას აძლევს ქალს გამოიყენოს ისეთი უნარები, როგორიცაა სუნთქვითი მეთოდები. უთხარით, რომ ნაყოფის გულისცემის სიხშირე არის დამაკმაყოფილებელი, თუ ეს სიმართლეა. იმის ცოდნა, რომ მისი ძალისხმევა სასურველ შედეგს იძლევა და მისი ნაყოფი კარგად არის, ქალს ამხნევებს გააგრძელოს ქმედებები.

შეფასება

მიზანი მიღწეულია, თუ ქალი აკეთებს შემდეგს:

- ისვენებს და დუნდება შეკუმშვებს შორის. თუ მას არ შეუძლია მოდუნდეს, განიხილეთ ანალგეზიური საშუალებების გამოყენება მასთან ერთად. შეკუმშვებს შორის მოდუნების შეუძლებლობა დაკავშირებულია ისეთ ტკივილთან, რომლის ატანაც ქალის შესაძლებლობებს აღემატება.
- აგრძელებს შესაბამისი, ნასწავლი უნარების დემონსტრაციას, რომ გაუძლოს მშობიარობას.

დამატებით, იკითხეთ ქალის შეგრძნებები მისი შესაძლებლობების მიმართ, რომ მოდუნდეს და გაუძლოს მშობიარობას.

მემბრანების ნაადრევი გახევა

ამნიონური ბუშტის გახეთქვას ნამდვილი მშობიარობის დაწყებამდე ეწოდება მემბრანების ნაადრევი გახევა და არის ნორმა, თუ ეს მოხდება სრულ ვადაზე. ზუსტი ტერმინი, მემბრანების ვადამდელი, ნაადრევი გახევა, ეხება მემბრანების გახევას 37 კვირამდე, შეკუმშვებით ან შეკუმშვების გარეშე. ვადამდელი, ნაადრევი მემბრანების გახევა დაკავშირებულია ნაადრევ მშობიარობასთან. ყველაზე დიდი რისკი ახალშობილისთვის არის მშობიარიბა 34 კვირის გესტაციის დასრულებამდე.

ეთიოლოგია

მემბრანების ნაადრევი გახევა დაკავშირებულია რამდენიმე მდგომარეობასთან, თუმცა ზუსტი მიზეზი ხშირად გაურკვეველია. მდგომარეობები, დაკავშირებული მემბრანების ნაადრევ გახევასთან, შედგება შემდეგით:

- ქორიოამნიონიტი (ინტრაამნიონური ინფექცია) ან მემბრანების ანთება, რომელიც შეიძლება დაკავშირებული იყოს ჯგუფ B სტრეპტოკოკთან, ნეისერია გონორეასთან, ლისტერია მონოციტოგენი ან მიკოპლაზმა, ურეაპლაზმა, სხვადასხვა ბაქტერიები ამნიონურ სითხეში;

- ასიმპტომური ვაგინის და ყელის ინფექციები, როგორიცაა N.gonorrhoeae, Chlamydia trachomatis,Trichomonas vaginalis, group B Streptococcus(GBS) ან Gardnerella vaginalis, ბაქტერიული ვაგინოზი;
- ამნიონური ბუშტი სუსტი სტრუქტურით;
- წინა ნაადრევი მშობიარობა, განსაკუთრებით თუ წინ უძღოდა ვადამდელი, ნაადრევი მემბრანების გახევა;
- ნაყოფის ანომალიები ან მალფორმაციები;
- მოუმწიფებელი ყელი ან დამოკლებული ყელი (<25 მმ);
- საშვილოსნოს ზედმეტად გადაჭიმვა;
- დედის ჰორმონალური ცვლილებები;
- უახლესი სექსუალური კავშირი;
- დედის სტრესი ან დაბალი სოციო-ეკონომიური სტატუსი;
- დედის კვებითი დეფიციტი.

გართულებები

ინტრანატალურ და პოსტპარტუმ პერიოდში ორივე, დედა და ახალშობილი არიან ინფექციის გაზრდილი რისკის ქვეშ. ქორიოამნიონიტი შეიძლება იყოს მემბრანების ნაადრევი გახევის გამომწვევიც და შედეგიც. ორგანიზმები, რომელიც იწვევს ქორიოამნიონიტს, ასუსტებს ამნიონურ მემბრანას, რაც ხელს უწყობს მის ნაადრევ გახევას. დედა პოსტპარტუმ ინფექციის უფრო მაღალი რისკის ქვეშაა, ხოლო ახალშობილი ნეონატალური სეფსისის მიმართაა მიდრეკილი. GBS ხშირად გვხვდება ვადამდელ, მემბრანების ნაადრევ გახევასთან ერთად.

ქორიოამნიონიტი, რომელიც ხასიათდება დედის ცხელებით და საშვილოსნოს მტკივნეულობით, შესაძლებელია წინ უძღოდეს ნაადრევ მშობიარობას გესტაციის 34 კვირამდე. ნაადრევი ახალშობილი, მინიმალური სიმწიფით, როგორიცაა გესტაციის 24 კვირა, დაკავშირებულია ინფექციების უფრო მაღალ რისკთან, ვიდრე ნაადრევი ახალშობილები, რომლებიც არიან თუნდაც ერთ კვირაზე მეტი ვადით. ინფექციის გამოვლინების ზუსტ დროს ვერ განვსაზღვრავთ ვერც სრული ვადით და ვერც ვადამდელ ახალშობილებში. ყელის ხშირი, თითებით გასინჯვა ზრდის ინფექციის რისკს გესტაციის ნებისმიერ ვადაზე. თუ ქორიოამნიონიტი არ უსწრებს მემბრანების ნაადრევ გახევას, ინფექციის შანსი მით უფრო მეტად იზრდება, რაც მეტი დრო გადის მემბრანების გახევიდან მშობიარობამდე, რადგან ვაგინალურმა მიკროორგანიზმებმა შეიძლება მარტივად შეაღწიოს საშვილოსნოში. ქორიოამნიონიტის რისკი იზრდება 24 საათის შემდეგ.

მემბრანაზე, რომელიც გაიხევა სრულ ვადამდე, შეიძლება მოხდეს საცობივით დახშობა და შეწყდეს სითხის გამოჟონვა. ამით კი საშუალება მისცეს ამნიონურ სითხრეს ნაყოფის გარშემო შემოიფარგლოს და მოხდეს ხელახლა აღდგენა. თუმცა, მემბრანებიდან შეიძლება გაგრძელდეს გამოჟონვა, გაახანგრძლივოს ამნიონური სითხის საფარველის შემცირება (ოლიგოჰიდრამნიონი) ნაყოფისთვის. ხშირია ჭიპლარის კომპრესია, ფილტვის შემცირებული მოცულობა და დეფორმაციები, რომელთა წარმოქმნა შეიძლება მოხდეს ზეწოლით, განსაკუთრებით კი მაშინ, თუ გახევა მოხდება ნაყოფის სიცოცხლის უნარიანობის ასაკამდე (დაახლოებით გესტაციის 23 კვირამდე). ასევე, ხშირია ამნიონური სითხის დაკარგვის გახანგრძლივება.

ნაადრევი მშობიარობისას ახალშობილს შესაძლებელია ჰქონდეს რესპირატორული დისტრეს სინდრომი და გართულებები, რაც დაკავშირებულია მოუმწიფებლობასთან. მოუმწიფებლობის საფრთხე ყველაზე ხშირად გესტაციის 34 კვირამდეა, განსაკუთრებით თუ ქალმა არ მიიღო სტეროიდები ნაყოფის ფილტვების მომწიფების დასაჩქარებლად.

თერაპიული მართვა

მემბრანების ნაადრევი გახევის მართვა დამოკიდებულია გესტაციასა და ინფექციის ნიშნებზე, ან სხვა, ნაყოფის და/ან დედის სხვა არაკეთილსაიმედო მდგომარეობა არსებობს თუ არა.

ქალისთვის სრულ ვადაზე ან სრულ ვადასთან მიახლოებულზე (36 კვირის გესტაცია ან მეტი), მემბრანების ნაადრევი გახევა შეიძლება მიანიშნებდეს გარდაუვალი, ნამდვილი მშობიარობის დაწყებას. ხშირად ყელი არის დარბილებული, მცირე გახსნით და გადასწორებით. თუ ნაყოფი 36 კვირაზე ნაკლებია ან ქალის ყელი არ არის დარბილებული და მომზადებული, რომ მოხდეს მშობიარობის ინდუქცია, თერაპიული მართვა უფრო კომპლექსურია. ინფექციის რისკი ან ნაადრევი მშობიარობის გართულებები შედარებულია მშობიარობის ინდუქციის რისკებზე ან საკეისრო კვეთის გზით დაბადებაზე.

მემბრანების გახევის განსაზღვრა

პირველი ნაბიჯი არის იმის განსაზღვრა, მემბრანები ნამდვილად გაიხა თუ არა. შარდის შეუკავებლობამ, გაზრდილმა ვაგინალურმა გამონადენმა ან ლორწოვანი საცობის დაკარგვამ შეიძლება ქალს აფიქრებინოს, რომ მოხდა მემბრანების გახევა, როცა სინამდვილეში ეს არ მოხდარა. თითებით ვაგინალური გასინჯვის თავიდან არიდება ხდება, განსაკუთრებით მაშინ, თუ ნაადრევი გესტაციაა და მშობიარობის არანაირი ნიშნები არ არსებობს. ამის ნაცვლად, ექიმი ან ექთანი-ბებიაქალი ასრულებს სტერილური სარკით გამოკვლევას, რომ ნახოს სითხის დაგროვება ყელთან ახლოს და განსაზღვროს ყელის გახსნა და გადასწორება. შეიძლება ჩატარდეს ფერნის ტესტი ან აღებულ იქნას pH ნაცხი, რომ მოხდეს ამნიონური სითხის იდენტიფიცირება. ტესტი ხშირად ტარდება ნაყოფის ფილტვების მომწიფების შესაფასებლად და ინფექციის იდენტიფიცირებისათვის. ყელის სიგრძის შესაფასებლად შეიძლება ჩატარდეს ტრანსვაგინალური ულტრაბგერითი გამოკვლევა. მოკლე (<25 მმ) ყელი უფრო მეტად აგრძელებს გადასწორებას და დილატაციას, თუნდაც შორს იყოს გესტაცის სრულ ვადამდე.

გესტაცია სრულ ვადასთან ახლოს

თუ მშობიარობა არ ხდება სპონტანურად, ქალის ორსულობა არის სრულ ვადაზე ან ახლოს, მისი ყელიც მზადაა და ნაყოფის ფილტვებიც მომწიფებულია, ხშირად ხდება მშობიარობის ინდუქცია. თუ ყელი არ არის მზად და ინფექციის ნიშნებიც არ არის, ინდუქცია შეიძლება გადაიდოს 24 საათი ან უფრო მეტი დროით, რომ საშუალება მივცეთ ყელს დარბილდეს და მოხდეს ანტიბიოტიკების დანიშვნა, უმეტესად GBS საწინააღმდეგოდ. ნაყოფის ფილტვების მომწიფების დასაჩქარებლად არ ინიშნება სტეროიდები, თუ ნაყოფი არის 34 კვირის ან მეტი გესტაციის. თუ ინდუქცია არ სრულდება წარმატებით ან თუ ინფექცია და სხვა გართულებები ვითარდება, საკეისრო კვეთა უფრო ხშირია. ექთანს უნდა ახსოვდეს, რომ საკეისრო კვეთით მშობიარობა ასევე ზრდის დედის ნებისმიერი ინფექციის განვითარების რისკს მშობიარობის შემდეგ.

ნაადრევი გესტაცია

თუ გესტაცია არის ნაადრევი, ექიმები ადარებენ დედის და/ან ახალშობილის ინფექციების რისკებს ახალშობილის გართულებების რისკებთან. ექიმმა და ექთანმა ბევრი ფაქტორი უნდა მიიღოს მხედველობაში, რომ განისაზღვროს მართვის საუკეთესო კურსი. სამედიცინო მართვა იცვლება ნაყოფის მომწიფების და დედის და/ან ნაყოფის მდგომარეობის ცვლილებასთან ერთად ორსულობის განმავლობაში.

ყელი ხშირად არ არის მზად ინდუქციისთვის, როცა სრულ ვადამდე ძალიან ბევრია. ფაქტორები, როგორიცაა გესტაციური ასაკი, დარჩენილი ამნიონური სითხის რაოდენობა, ნაყოფის ფილტვების მომწიფება და ნაყოფის არაკეთილსაიმედო მდგომარეობის ნებისმიერი ნიშნები აუცილებლად უნდა იქნას გათვალისწინებული.

სერკლაჟი (ნაკერი, რომელიც ყელს ცირკულარულად ედება) შეიძლება გაკეთდეს ადრეული ორსულობის დროს ყელის ნაადრევი დილატაციის პრევენციისათვის. თუ ინფექცია ჯერ არ შეინიშნება, ექიმმა მხედველობაში უნდა მიიღოს, რომ სერკლაჟის ადგილზე დატოვება ზრდის ინფექციის რისკს.

თუ ინფექციის არანაირი ნიშანი არ არის და ნაყოფის ფილტვები მოუმწიფებელია, ხდება დაკვირვება ინფექციებზე ან მშობიარობის დაწყებაზე საავადმყოფოში. ყოველდღიური არასტრესული ტესტები კეთდება იმისათვის, რომ მოხდეს დაკვირვება ნაყოფის გულისცემის არა-

რეაქტიულობაზე, რომელიც ხშირად ვითარდება ინტრაამნიონურ ინფექციასთან ერთად. ბიოფიზიკური პროფილი, სადაც სონოგრაფიული კვლევა ემატება არასტრესულ ტესტს, შეიძლება გაკეთდეს ერთხელ ან მეტჯერ კვირის განმავლობაში. ნაყოფის ფილტვის მომწიფების ტესტი შეიძლება გაკეთდეს სრული ვადის მოახლოებასთან ერთად მშობიარობისთვის საუკეთესო დროის შესარჩევად, თუ სხვა რამე გართულების გამო არ გახდა საჭირო მშობიარობა ნაყოფის ფილტვების მომწიფებამდე. ანტიბიოტიკების დანიშვნა ხდება მშობიარობის განმავლობაში.

ძალიან ადრეულ ვადაზე მართვა უფრო რთულია. სტეროიდების დანიშვნა დედაზე აჩქარებს ნაყოფის ფილტვების მომწიფებას, ანტიბიოტიკები კი ამცირებს საშვილოსნოსშიდა ინფექციების რისკს, შესაძლო ორსულობის გახანგრძლივებით. გესტაციის 25 კვირამდე, იმის შესაძლებლობა, რომ ახალშობილი სრულიად დამაკმაყოფილებელი იყოს, საკმაოდ მცირეა. სტაციონარში ქალის თავდაპირველი გამოკვლევის შემდეგ შეიძლება მოხდეს მისი გაწერა სახლში სამართავად.

დედისთვის ანტიბიოტიკების გამოწერა

დედისთვის ანტიბიოტიკების გამოწერა ხშირად ხდება მემბრანების ნაადრევად გახევის დროს, რადგან გაზრდილია ინფექციით გართულების შესაძლებლობა ორივესთვის დედისა და ნაყოფისთვის (ან ახალშობილისთვის). ანტიბიოტიკებმა შეიძლება შეაჩერონ გახევასთან ერთად ან მის შედეგად წარმოშობილი ინფექციის განვითარება, ამის გამო ხდება მშობიარობის დაწყების გადავადება, რაც ხელს უწყობს ნაყოფის ფილტვების მომწიფებას. წამლები, რომელიც ამცირებს ინფექციებს, როცა მემბრანების ნაადრევი გახევა ხდება, შეიძლება შედგებოდეს ამპიცილინით, ამოქსაცილინით და ერითრომიცინით. მედიკამენტების დანიშვნა, რომელიც ეფექტურია GBS-ის წინააღმდეგ, ხშირია, რადგან ანტენატალური GBS კულტურაზე ტესტი სავარაუდოდ არ იქნება გაკეთებული წინა ანტენატალურ ვიზიტებზე, თუ მემბრანების გახევა მოხდება გესტაციის 35 კვირამდე. გაიდლაინები სპეციფიური ინფექციის სამკურნალო მედიკამენტებისთვის, რომელიც რეკომენდებულია ამ დროს, განსხვავდება კულტურისა და სენსიტიურობის ტესტის მიხედვით, დედის სხვა ლაბორატორიული შედეგებით ან ცვლილებებით.

პაციენტის მოვლასთან დაკავშირებული მსჯელობა

ქალი შეიძლება დარჩეს საავადმყოფოში მშობიარობამდე, ან შეიძლება გაეწეროს სახლში რამდენიმე დღიანი დაკვირვების შემდეგ. მისი ჰოსპიტალიზაციის შემთხვევაში, ექთანი აკვირდება ინფექციის ნიშნებს. სახლში მართვის მომზადება მოიცავს ქალისთვის შემდეგის სწავლებას:

- თავი შეიკავონ სექსუალური კონტაქტისგან ან ვაგინაში რამის შედებისგან, რაც ზრდის აღმავალი მიკრო ორგანიზმებით გამოწვეული ინფექციების რისკს და შეუძლია სტიმულაცია გაუკეთოს შეკუმშვებს;
- თავი აარიდეთ ძუძუს თავების სტიმულაციას, თუ გესტაცია ნაადრევია. რადგან ამან შეიძლება გამოიწვიოს ოქსიტოცინის გამოყოფა უკანა ჰიპოფიზიდან და, შესაბამისად, გამოიწვიოს შეკუმშვების სტიმულაცია;
- გაიზომოს ტემპერატურა სულ მცირე ოთხჯერ დღის განმავლობაში, შეატყობინოს ექთანს ტემპერატურა, რომელიც 37.8 Celsius-ზე მეტია;
- შეინარჩუნოს აქტივობის შეზღუდვა;
- აღნიშნოს და შეატყობინოს საშვილოსნოს შეკუმშვები ან ცუდი სუნის მქონე ვაგინალური გამონადენის არსებობა.

ნაადრევი მშობიარობა

ნაადრევი მშობიარობა იწყება 20 კვირიდან 37 კვირის ბოლომდე. ფიზიკური რისკ-ფაქტორები და გართულებები დედაზე უფრო მეტია, ვიდრე სრული ვადით მშობიარობის დროს. ისეთები, როგორიცაა ინფექცია, ჰემორაგია ან საკეისრო კვეთის ჩატარების საჭიროება. ნაადრევმა

მშობიარობამ, შეიძლება გამოიწვიოს ახალშობილის დაბადება, რომელიც არის მოუმწიფებელი იმისათვის, რომ საშვილოსნოს გარეთ განაგრძოს არსებობა, განსაკუთრებით კი მაშინ, თუ ეს ხდება გესტაციის 32 კვირამდე. მოუმწიფებლობამ შეიძლება გამოიწვიოს გვერდითი ეფექტი, როგორიცაა ცერებრალური დამბლა, განვითარების შეფერხება და მხედველობის ან სმენის დაზიანება. ოჯახებისთვის ეს წარმოადგენს მძიმე ემოციურ და/ან ეკონომიურ პრობლემას. არა - ლათინოამერიკელ მუქკანიან დედებს 1.5-ჯერ მეტად აქვთ ნაადრევი მშობიარობა, ვიდრე არა-ლათინოამერიკელ თეთრ კანიან დედებს. 2007 წლის შობადობის მაჩვენებლების მიხედვით, ნაადრევი ახალშობილის სიკვდილიანობის სიხშირე არა-ლათინოამერიკელებში 3.4-ჯერ უფრო მეტი იყო, ვიდრე თეთრ ქალებში.

არსებობს ბევრი შესაძლო რისკ-ფაქტორი, რომელმაც შეიძლება გამოიწვიოს ნაადრევი მშობიარობა. ქალმა, რომელმაც წინა მშობიარობის დროს გააჩინა ნაადრევი ახალშობილი, შესაძლებელია მომდევნო ჯერზეც იმშობიაროს ნაადრევად. მრავალნაყოფიანი ორსულობა ან დამხმარე რეპროდუქციული ტექნოლოგიებით მიღებული ორსულობა შეიცავს უფრო მეტ რისკებს ორივესთვის, დედისა და ახალშობილისთვის, როგორიცაა საკეისრო კვეთით მშობიარობის საჭიროება, მოუმწიფებლობა, ახალშობილის ქმედითუუნარობა და სიკვდილი.

1990- 2006 წლებში ნაადრევი მშობიარობის სიხშირე გაიზარდა 20% -ით და უმეტესი შემთხვევა იყო გვიანი ნაადრევი მშობიარობებისა ან ახალშობილები, დაბადებულები 34- 36 6/7 კვირებში. 2005 წელს გვიანი ნაადრევი ახალშობილების სიკვდილიანობა იყო სამჯერ მეტი, ვიდრე სრული ვადით დაბადებული ახალშობილებისა (37-41 კვირა). ინდუქციისა და საკეისრო კვეთის მაღალი სიხშირე ხელს უწყობს გვიანი ნაადრევი მშობიარობის რიცხვის ზრდას. ინდუქციის გაორმაგება მოხდა 7.5%-დან 17.3%-მდე და საკეისრო კვეთით მშობიარობა გაიზარდა 46%-ით ამ პერიოდის განმავლობაში. ადრეულ ვადაზე დაბადებულ ახალშობილებს აქვთ ორივე, მცირე და გრძელი ვადით, არასასურველი გამოსავალი. ქალთა ჯანმრთელობისათვის სამეანო და ნეონატალურმა ექთნებმა (AWHONN) წამოიწყეს კამპანია, რომელიც ხელს უწყობს სრული ვადით ორსულობის სარგებლიანობას ქალებში (www.gothefull40.com).

თანმხლები ფაქტორები

როგორც ყველა მიზეზი სრულ ვადაზე მშობიარობის დაწყებისა, არ არის ცნობილი, ასევე ნაადრევი მშობიარობის მიზეზები არ არის სრულად ცნობილი. ნახევარზე მეტი ქალები, რომლებსაც აქვთ ნაადრევი მშობიარობა, არ აქვთ რამე განსაზღვრული გამომწვევი მიზეზი. ზოგიერთი ქალი კი, ვისაც ბევრი რისკ-ფაქტორები აქვს, მშობიარობენ სრულ ვადაზე. ნაადრევი მშობიარობის ზოგიერთი შესაძლო მიზეზი არის შემდეგი:

- დედის სამედიცინო მდგომარეობა, რაც შედგება საშარდე სისტემის, რეპროდუქციული და სხვა ორგანოთა სისტემის ინფექციისგან, დენტალური დაავადებები (პერიოდონტალური დაავადებები), არსებული ან გესტაციური დიაბეტი, შემაერთებელქსოვილოვანი დაავადებები, ქრონიკული ჰიპერტენზია და წამალზე დამოკიდებულება;
- ნაყოფის ჩასახვა დამხმარე რეპროდუქციული ტექნოლოგიებით;
- არსებული ან წარსულში გადატანილი სამეანო მდგომარეობები, როგორიცაა ყელის მოკლე სიგრძე (<25 მმ), მრავალნაყოფიანი გესტაცია, მემბრანების ნაადრევი გახევა, პრეეკლამფსია და სისხლმდენი დაავადებები (ნორმალურად მიმაგრებული პლაცენტის ნაადრევი აცლა, პლაცენტის წინამდებარეობა);
- ნაყოფის მდგომარეობები, როგორიცაა ზრდის შეფერხება, ამნიონური სითხის არასაკმარისი მოცულობა და ქრომოსომული ანომალიები, ასევე, სხვა სამშობიარო დეფექტები;
- სოციალური და გარემო ფაქტორები, როგორიცაა არასაკმარისი ან არ არსებული ანტენატალური ან დენტალური მოვლა, დედის ოჯახური ძალადობის ეპიზოდები, დედის თამბაქოს მოხმარება და თავშესაფრის არ არსებობა, როგორიცაა უსახლკაროები;
- დემოგრაფიული ფაქტორები, რასა და მშობლების ასაკი, ფინანსური სტაბილურობა, ქალის სხვა ბავშვების რაოდენობა და ინტერვალი ორსულობებს შორის.

ნიშნები და სიმპტომები

ადრეული ნაადრევი მშობიარობის ნიშნები და სიმპტომები უფრო შეუმჩნეველია, ვიდრე სრული ვადით მშობიარობისა და ხშირად ხდება ნორმალურად მიმდინარე ორსულობის დროსაც. ანტენატალურმა ვიზიტებმა და რუტინულმა ულტრაბგერითმა გამოკვლევებმა უმრავლეს შემთხვევაში შეიძლება გამოავლინოს ყელის ცვლილებების ნიშნები, რომელიც მიმდინარეობს რამდენიმე კვირის განმავლობაში, მეორე და მესამე ტრიმესტრში. ქალი შეიძლება მხოლოდ გაურკვევლად, ინტუიციურად ხვდებოდეს, რომ რაღაც ხდება ან შეიძლება ვერაფრის შემჩნევა ვერ მოახერხოს. როცა ნაადრევი მშობიარობა მიაღწევს აქტიურ ფაზას, შესაძლებელია მაშინ ჰქონდეს ტიპიური, სრული ვადით მშობიარობისთვის დამახასიათებელი ნიშნები. სიმპტომები განსხვავებულია ყველა ქალთან, მაგრამ ხშირად გვხდება შემდეგი:

- საშვილოსნოს შეკუმშვები, რომელიც შეიძლება იყოს ან არ იყოს მტკივნეული (ქალმა ზოგჯერ შეიძლება ვერც კი იგრძნოს შეკუმშვები);
- შეგრძნებები, რომ ბავშვი ხშირად ბრუნავს;
- სპაზმური ტკივილები, რომელიც გავს მენსტრუაციის ტკივილებს;
- მუდმივი, ზოგჯერ არარეგულარული ან ხანგამოშვებითი ტკივილი წელის ქვედა არეში;
- მენჯზე დაწოლის შეგრძნება ან შეგრძნება იმისა, რომ ბავშვი ქვემოთ აწვება;
- ტკივილი ან დისკომფორტი ვაგინასა და თეძოებზე;
- ვაგინალური გამონადენის ცვლილება ან გაზრდა (გაზრდილი, წყლიანი, წვეთების სახით, სისხლდენა);
- მუცლის კრუნჩხვითი ტკივილები ფაღარათთან ერთად ან მის გარეშე;
- შეგრძნება რომ ,,უბრალოდ ცუდათ გრძნობს თავს“ ან “ქვემოთ რაღაც ჩამოდის“.

ნაადრევი მშობიარობის პრევენცია

საზოგადოების განათლება

ნაადრევმა მშობიარობამ შესაძლოა გამოიწვიოს შესამჩნევი ფიზიკური, ემოციური და ფინანსური ზიანი ბავშვზე, ოჯახსა და საზოგადოებაზე. პაციენტის მოვლის სტრატეგია იდეალურია, როცა ხდება ნაადრევი მშობიარობის პრევენცია და საზოგადოების განათლება. თემები მოიცავს შემდეგს:

- ადრეული და რეგულარული ანტენატალური მეთვალყურეობის წვლილი მნიშვნელოვანია. მოვლა შედგება დენტალური მოვლისგანაც, ნაადრევი მშობიარობის პრევენცისთვის;
- ნორმალურად მიმდინარე ორსულობის ხანგრძლივობა;
- ნაადრევი ორსულობის შედეგები;
- მდგომარეობები, რომელიც ზრდის ნაადრევი მშობიარობის რისკს;
- ნაადრევი მშობიარობის ნიშნები და სიმპტომები;
- ნაადრევი მშობიარობის შედეგები დედაზე, ბავშვსა და ოჯახის წევრებზე.

ქალმა, რომელმაც იცის ნაადრევი მშობიარობის შედეგები, შეიძლება უფრო მეტად მიიღოს ზომები მისი პრევენციისათვის. თუ ის გაითავისებს, რომ აქვს რისკ-ფაქტორები, ანტენატალური მეთვალყურეობისათვის შეიძლება მიმართოს ორსულობის უფრო ადრეულ ვადაზე. მშობიარობის დაწყების მიხვედრა გესტაციის ადრეულ ვადაზე, უფრო შეუმჩნეველი ნიშნებისა და სიმპტომების ამოცნობას, სრულ ვადაზე მშობიარობის დაწყებასთან შედარებით, ქალს კიდევ უფრო მეტად გათვიცნობიერებულს ხდის დროულად მიმართოს შესაბამის დაწესებულებას, ვიდრე დაელოდოს მშობიარობის უფრო ზუსტ ნიშნებს.

ორსულობის განმავლობაში

ორსულობის განმავლობაში ნაადრევი მშობიარობის პრევენციისათვის შესაძლებელია შემდეგი ფაქტორების გათვალისწინება:

- ყველა ქალისთვის ადრეული ანტენატალური მეთვალყურეობის მიღების შესაძლებლობა;
- რისკ-ფაქტორების შეფასება;
- შესაფერისი კვების წახალისება;
- თამბაქოს მოხმარების შეწყვეტის წახალისება;
- ქალისა და მისი პარტნიორისათვის ნაადრევი მშობიარობის მიმანიშნებელი ნიშნებისა და სიმპტომების სწავლება, ახსნა იმისა, თუ რითი განსხვავდება ის ნორმალური ორსულობის ცვლილებებისგან;
- ქალისა და მისი პარტნიორისთვის ნაადრევი მშობიარობის შეუმჩნეველი ნიშნებისა და სიმპტომების დროული ამოცნობა, ასევე, ასეთის არსებობის დროს როგორ უნდა მიმართონ შესაბამის დაწესებულებას.

ორსულზე ზრუნვის გაუმჯობესება

ანტენატალური მეთვალყურეობა გეოგრაფიულად ხელმისაწვდომი უნდა იყოს საზოგადოების ყველა ფენისათვის. გართულებული წვდომა სერიოზული პრობლემაა ქალისთვის. ხანგრძლივი ლოდინი, ნაწილებად დაყოფილი მეთვალყურეობა, ენის ბარიერი და მზრუნველი პირისგან უყურადღებობა იწვევს ქალში გულის აცრუებას, რომ მიმართოს მეთვალყურეობას. პერსონალის რაოდენობის გაზრდამ, როგორიცაა მაღალი საფეხურის განათლების მქონე სერთიფიცირებული ექთანი-ბებიაქალები და ექთნები, შეიძლება შეამციროს სამედიცინო მომსახურებაზე ლოდინის ხანგრძლივობა. ექთნებს შეუძლიათ კოორდინაცია გაუკეთონ სხვადასხვა საკითხს, რითაც შესაძლოა შეამცირონ სხვადასხვა ვიზიტის რაოდენობა და მოახერხონ მცირე ოდენობის ვიზიტების განმავლობაში სრულყოფილი გამოკვლევა.

რისკ-ფაქტორების გამოვლინება

რისკ-ფაქტორების გამოვლინებამ შეიძლება საშუალება მისცეს შეამციროს ან მოახდინოს ამ ფაქტორების ელიმინაცია. ქალის ხელახალი სკრინინგი უნდა ხდებოდეს რეგულარულად, რათა მოხდეს ახალი რისკ-ფაქტორების აღმოჩენა, რომელიც შესაძლოა წარმოიშვას ორსულობის პროგრესირებასთან ერთად. ქალები მაღალი რისკით უფრო მეტ სარგებელს იღებენ უფრო ხშირი ანტენატალური ვიზიტებით და ნაადრევი მშობიარობის სიმპტომებში გარკვევით, ასევე, სატელეფონო კონტაქტებითა და ნაყოფის ზრდისა და ჯანმრთელობის დამატებითი შეფასებით.

შემთხვევის შესწავლა 12-1 პაციენტის მოვლის გეგმა

შეფასება: მარი 28 წლის ქალი, ორსულობა 4, მშობიარობა 3. პირველი მშობიარობა იყო 40 კვირაზე, მეორე - 28 კვირაზე და მესამე - 32 კვირის გესტაციის ვადაზე. ბავშვები არიან 7 წლის, 4 წლის და 18 თვის. ის უჩივის მცირე შეკუმშვებს და მენჯზე დაწოლის შეგრძნებას 28 კვირის გესტაციაზე და ახორციელებს ვიზიტს კლინიკაში დაუყოვნებლივ. საშვილოსნოს ყელი არის გახსნილი 1-2 სმ და იწყებს გადასწორებას. სანაყოფე მემბრანები ინტაქტურია. მარის შეკუმშვები მცირდება IV მაგნეზიუმის სულფატის გადასხმის შედეგად. ექიმი ასევე უკეთებს ბეტამეტაზონს 12 mg კუნთში ორ დოზად, 24 საათის ინტერვალით. შეკუმშვების შეწყვეტის შემდეგ, მას უნიშნავენ ტერბუტალინს, რათა მოხდეს ტოკოლიზის შენარჩუნება და გაწერენ სახლში 48 საათში იმ შემთხვევაში, თუ აღარ განმეორდება სიმპტომები.

დიაგნოზი: სახლში პირობების არ ქონა, რაც დაკავშირებულია აქტივობის შეზღუდვასა და ოჯახურ საქმეებთან.

მოსალოდნელი გამოსავალი: გაწერის დროს, მარი:

1. იპოვის გზებს თუ როგორ გააგრძელოს აქტივობების შეზღუდვა სახლის პირობებში

ინტერვენცია და რაციონალიზაცია

1. მოძებნეთ, თუ რა მხარდაჭერის სისტემები არის შესაძლებელი და ფინანსურად გამართლებული, რომ დაეხმაროთ მარის ბავშვის მოვლასა და გადაადგილებაში, როგორიცაა ოჯახი და მეგობრები, რომლებიც შეძლებენ დაეხმარონ ატარონ ბავშვები სკოლაში, ბაღში და ასევე "დედების შეკრებებზე". სხვა ბავშვებზე პასუხისმგებლობამ შეიძლება ხელი შეუშალოს შეინარჩუნოს აქტივობის შეზღუდვა. სხვადასხვა საქმეების ერთად კოორდინაცია საშუალებას მისცემს მოახერხოს ბავშვებზე ზრუნვა.
2. გაამხნევეთ მარი, რომ ცოტა ნაკლები საქმე გააკეთოს სახლში. ბევრი რამ, რასაც ჩვეულებრივ აკეთებდა, შესაძლებელია ცოტა ხანი არ გააკეთოს. ალტერნატიული გზების გამოძებნა საშუალებას მისცემს მარის მოახერხოს აქტივობის შეზღუდვის რეჟიმის დაცვა. მოახდინეთ ახლობელი ადამიანების დახმარების შეთავაზებების შეფასება.
    - მოუტანეთ საკვები;
    - დაეხმარეთ, რომ ჩამოაყალიბოს პრიორიტეტები თუ რომელი საქმეა უფრო მნიშვნელოვანი;
    - საშუალება მიეცით ბავშვებს, დაეხმარონ იმ საქმის გაკეთებაში, რაც შეუძლიათ;
    - შეადგინეთ საქმეების სია თითოეული ადამიანებისთვის, ვისაც სურვილი აქვს რომ დაეხმაროს. წაახალისეთ გამოიყენოს ყველა ის დახმარება, რასაც სთავაზობენ.
3. დაარწმუნეთ მარი, რომ დათანხმდეს სხვებისგან შემოთავაზებულ დახმარებას. შეახსენეთ, რომ ეს მდგომარეობა დროებითია და მასაც შეუძლია ზუსტად ესე დაეხმაროს სხვას მომავალში. თუ მარი დარწმუნდება იმაში, რომ მასაც შეუძლია დაეხმაროს მომავალში სხვას, მეტად მიიღებს დახმარებას სხვებისგან.

შეფასება: მარი დახმარებას სთხოვს თავის სამ მეგობარს, დედამთილთან ერთად, რომელიც ასევე დაეხმარება ბავშვების მოვლაში. მისი გადმოცემით, ის ველარ მოახერხებს ბავშვები გააგზავნოს ბაღში, თუ ველარ იმუშავებს. მარი დარწმუნებულია, რომ თუ ბავშვებს ვინმე მიხედავს, ქმარი დაეხმარება სახლის სხვა საქმეებში.

ზოგიერთი რისკ-ფაქტორი შეიძლება შემცირდეს ან მოხდეს ელიმინაცია, თუ ქალი შეიცვლის თავის ცხოვრების სტილს. ბევრი ორსული ქალი წყვეტს მოწევას ან არათერაპიული წამლების გამოყენებას. ცვლილებები შეიძლება რთული იყოს ორსულებისთვის, მაგრამ სასარგებლოა ბავშვისთვის. ქალს შეიძლება დასჭირდეს მეტი დასვენება ან მუშაობის შეწყვეტა, რაც შეიძლება რთული ან შეუძლებელი იყოს ბევრისთვის. ექთნები და სოციალური მუშაკები შეიძლება დაეხმარონ ქალს შეამცირონ სამსახურით გამოწვეული რისკები და რამდენადაც ეს შესაძლებელია იპოვონ მხარდაჭერის წყარო.

საშარდე და რეპროდუქციული გზების ინფექცია დაკავშირებულია მემბრანების ნაადრევ გახევასთან და ნაადრევ მშობიარობასთან. შესაფერის დროს პათოლოგიური მიკროორგანიზმის სკრინინგი შარდში, ვაგინაში და საშვილოსნოს ყელში ახდენს იმ ქალების იდენტიფიცირებას, რომლებსაც შესაძლოა ანტიბიოტიკოთერაპია დაენიშნოთ.

პროგესტერონის დამატება. პროგესტერონი (დელალიტინი) ადრე გამოიყენებოდა სპონტანური აბორტების პრევენციისთვის. დამტკიცდა, რომ მედიკამენტის გამოყენება ამ მიზნით

არაეფექტური იყო და მოხდა მისი გაყიდვიდან ამოღება. თუმცა, პროგესტერონი 17-P ალფა -ჰიდროქსიპროგესტერონი კაპროატზე (მაკენა) გრძელდება მონაცემების შეგროვება, რათა განსაზღვრონ მისი ეფექტურობა ნაადრევი მშობიარობის შემცირებისთვის ქალებში, რომლებსაც უკვე ჰქონდათ ნაადრევი მშობიარობა. მაკენას შესახებ კლინიკური კვლევა შეიძლება ჩამოტვირთოთ წყაროდან: www.fda.gov

საკმარისი საკვებით უზრუნველყოფა

დედის სესტაციის ხანგრძლივობაზე და ახალშრულფასოვანი, ბალანსირებული კვება და დიეტა დადებითად მოქმედებს გობილის დაბადების წონაზე. ყოველ ორსულ ქალს შეიძლება შევთავაზოთ მის კულტურაზე მორგებული დიეტა. სპეციფიკური დანამატებით საკვები ნივთიერებების პროგრამა ქალებისთვის, ახალშობილებისთვის და ბავშვებისთვის (WIC) ხელმისაწვდომია, რითიც ხდება შესაფერისი დიეტის უზრუნველყოფა დაბალი შემოსავლის მქონდე ქალთა ჯგუფში. ანემიის გამოსწორება შეიძლება მოხდეს შესაბამისი კვებითი დანამატებით. ქალი, რომელიც ატარებს ერთზე მეტ ნაყოფს, საჭიროებს საკვები დანამატის მიღებას.

ქალისა და მისი პარტნიორის განათლება ნაადრევ მშობიარობაზე

ყველა ორსული ქალი და მისი პარტნიორი ინფორმირებული უნდა იყოს ნაადრევი მშობიარობის სიმპტომებზე, რადგან ნაადრევი მშობიარობის თითქმის 50% ხდება ქალებში, რომლებსაც არ აღენიშნებათ რაიმე იდენტიფიცირებული რისკ-ფაქტორი. თუ საჭიროა, ქალებს უნდა შევთავაზოთ თარჯიმნები, რომლებიც ქალის შესაბამისი კულტურისთვის არის მისაღები ან მათ მშობლიურ ენაზე დაბეჭდილი მასალა. ქალებს, რომელთაც აქვთ კითხვის შეზღუდული უნარები, უნდა შევთავაზოთ დიაგრამები, რომლებიც ნებისმიერი ენისთვის იქნება მორგებული. ქალისა და მისი ოჯახის კულტურული ნორმების პატივისცემა არის ანტენატალური მეთვალყურეობის უმნიშვნელოვანესი ნაწილი, რომელიც გაამხნევებს მას გააგრძელოს მეთვალყურეობა და ამით მოხდეს შესაძლო პრობლემის ადრეული გამოვლენა.

ორსულ ქალს რეგულარულად უნდა მიეწოდოს ინფორმაცია გაურკვეველი ნიშნების და სიმპტომების შესახებ. ქალს, რომელსაც აქვს საშვილოსნოს მკვეთრი ჰიპერტონუსი, შეიძლება მიეცეს გზამკვლევი რათა მოახდინოს დაკვირვება სახლში მანამ, სანამ საავადმყოფოში მისვლას შეძლებს. ნაადრევ მშობიარობას აქვს გაურკვეველი შეგრძნებები ქალში, როცა მისი ყელი არის მინიმუმამდე გახსნილი, ამიტომ ნებისმიერი გზამკვლევი სახლისათვის უნდა იყოს ინდივიდუალური და მორგებული ქალის ისეთ რისკებს, როგორიცაა ნაადრევი მშობიარობა, გესტაციის და ანტენატალური სტატუსი და შესაძლებლობა იმისა, რომ სპეციფიკური ჩარევა სარგებლობის მომტანი იყოს დედისთვის და ბავშვისთვის. დამატებით, ქალის მიღება და დაკვირვება ხდება საავადმყოფოში გამოსაკვლევად, თუ დარწმუნებულები არ არიან მისი შეგრძნებების სერიოზულობაში. სახლში მოვლის გზამკვლევების მაგალითებია:

- საკმარისი რაოდენობის წყლის დალევა, რომ გაუმჯობესდეს ჰიდრაცია ან შემცირდეს შარდის ბუშტის გაღიზიანება, რომელიც შეიძლება თან ერთვოდეს საშარდე გზების ინფექციას.
- შარდის ბუშტის ხშირი დაცლა, რადგან სავსე შარდის ბუშტი შეიძლება დაკავშირებული იყოს საშვილოსნოს აღგზნებადობასთან და შეკუმშვებთან.
- მოთავსება გვერდითი წოლის პოზიციით, რათა მოხდეს საშვილოსნოს სისხლის მიმოქცევის გაუმჯობესება. შემცირებულმა ფიზიკურმა აქტივობამ შეიძლება გაზარდოს დიურეზი. ფიზიკური აქტივობის გახანგრძლივებული შეზღუდვა ხშირად არ არის სასარგებლო ან უსაფრთხო ნაადრევი მშობიარობის პრევენციისთვის, ასევე ის შეიძლება საჭირო გახდეს დედის ისეთი სერიოზული დაავადებების დროს, როგორიცაა გულის დაავადებები.
- შეკუმშვებისას პალპაცია გააკეთეთ ერთი საათის განმავლობაში ან როგორც არის მოწოდებული. ამავდროულად, შეატყობინეთ ექიმს ან გადაიყვანეთ პირდაპირ სამშობიარო განყოფილებაში შესაფასებლად, თუ შეკუმშვები იზრდება როგორც სიხშირით, ისე ხანგრძლივობით ან მგრძნობელობით.

ექთანმა ასევე უნდა გადაამოწმოს ესმის თუ არა შესაბამისად ქალს პრობლემა, საშუალება მისცეს გაიმეოროს სიტყვიერად ნაადრევი მშობიარობის ნიშნები და სიმპტომები და გასცეს შესაფერისი პასუხი კითხვებზე.

ქალისთვის და მისი პარტნიორისთვის უფლებების გაცნობა

მშობიარობის გადავადების შესაძლებლობა კრიტიკულად დამოკიდებულია ნაადრევი მშობიარობის ადრეულ აღმოჩენასთან. უნდა მოხდეს ქალის გამხნევება მიმართოს მკურნალობას, თუ ეჭვობს ნაადრევ მშობიარობას. ქალს უნდა შეეძლოს გადმოსცეს მისი ჩივილი გარკვევით, როცა დაბრუნდება კლინიკაში. პირველადად უნდა მიმართოს მას, ვინც დახმარებას უწევს ავადმყოფებს. ქალს შეიძლება დასჭირდეს გასინჯვა, დაეწყო თუ არა მშობიარობა, მიუხედავად სიმპტომების შეუმჩნევლობისა. ორსულზე მზრუნველმა ადამიანმა არ უნდა აგრძნობინოს თავი ორსულს სულელად, თუ ნიშნებს და სიმპტომებს, რომელსაც პაციენტი გადმოსცემს, ცრუ განგაში აღმოჩნდება. წინააღმდეგ შემთხვევაში, შესაძლოა ქალმა ჭეშმარიტი სიმპტომების დროს, აღარ მიმართოს საავადმყოფოს.

შესაძლო ნაადრევი მშობიარობის ნიშნების შემჩნევისას ქალმა შეიძლება თქვას ,, ჯერ შეიძლება 8 კვირა მიკლია, მაგრამ მგონი მშობიარობა დამეწყო, მჭირდება გასინჯვა. შეიძლება ბავშვი ნაადრევად გავაჩინო“.

თერაპიული მართვა

მართვა მიმართულია ნაადრევი მშობიარობის რისკების იდენტიფიცირებისკენ ნაადრევი მშობიარობის ადრეულ ეტაპზე, მშობიარობის გადადების და ნაყოფის ფილტვების მომწიფების დაჩქარებით, თუ მოსალოდნელია ნაადრევი მშობიარობა. ცვლილებების დაწყება, რომელსაც მივყავართ ნაადრევ მშობიარობასთან და ნაყოფის დაბადებასთან, შეიძლება იყოს გარდაუვალი. ქალმა შეიძლება ვერ აღიქვას ცვლილებები ორსულობის განმავლობაში.

ნაადრევი მშობიარობის წინასწარ განჭვრეტა

იქიდან გამომდინარე, რომ ნაადრევი მშობიარობის მკურნალობა ნაკლებად დამაკმაყოფილებელი და შედეგიანია ვიდრე ნაადრევი მშობიარობის პრევენცია, კვლევები მიმართულია იქეთ, თუ რომელი ქალი იმშობიარებს ადრეულ ეტაპზე. ასეთი ქალების იდენტიფიკაცია შესაძლებლობას მოგვცემს უფრო მეტი ინტენსიური მკურნალობის ჩატარებისა, ნაადრევ მშობიარობამდე ან მემბრანების გახევამდე. ასევე, ნაადრევი მშობიარობის ბევრი ნიშანი და სიმპტომი გვხვდება ქალებში, რომლებიც სრული ვადით მშობიარობენ, რაც იწვევს ზედმეტ და არასასურველ მკურნალობას. მთავარი ამოცანა არის იმ ქალების შეფასება, რომლებსაც აღენიშებათ სიმპტომები, არიან თუ არა ნამდვილად ნაადრევი მშობიარობის რისკის ქვეშ და საჭიროებენ თუ არა ინტენსიურ მკურნალობას რეგულარული ანტენატალური მეთვალყურეობის განმავლობაში, რადაგან იგივე სიმპტომები შეიძლება აღინიშნებოდეს დროული მშობიარობის დროსაც. სწორად შერჩეული სწრაფი ტესტი მოგვცემს სწრაფ შედეგს და არ იქნება ძვირი, ყველა ორსული ქალისთვის იქნება მისაღები და არაინვაზიური, ამავე დროს, ძალიან სპეციფიკური ამ მდგომარეობისთვის. სამწუხაროდ არც ერთი სკრინინგული ტესტი, რომელიც შეესაბამება ამ კრიტერიუმს, დღესდღეობით არ არსებობს. შესაბამისად, ვერ ხდება ნაადრევი მშობიარობის ზუსტი სკრინინგი. ამ მიზეზით შეიძლება ვცადოთ ბევრი გამოკვლევა, რომ განვსაზღვროთ საუკეთესო სამედიცინო მართვა.

ყელის სიგრძე

მოკლე ყელი(<25 მმ), გაზომილი ტრანსვაგინალური ულტრასონოგრაფიით, შესაძლოა დაეხმაროს ვაგინალურ მიკროორგანიზმებს უფრო მარტივად შეაღწიონ საშვილოსნოში, სადაც ისინი ასუსტებენ მემბრანას და იწვევენ ნაადრევ გახევას. ალტერნატიულად, დამოკლებული ყელი შეიძლება ასახავდეს საშვილოსნოსშიდა ინფექციით ან საშვილოსნოს შეკუმშვებით გამოწვეულ სტრუქტურულ ცვლილებებს.

მემბრანების ვადამდელი, ნაადრევი გახევა წინა მშობიარობის დროს

ზოგიერთი ქალი შეიძლება მიდრეკილი იყოს სუსტი ამნიონური მემბრანების მიმართ, რომელიც სინამდვილეში იწვევს სითხის ჟონვას. მიდრეკილება კვლავ მეორდება მომდევნო ორსულობების განმავლობაშიც.

ნაყოფის ფიბრონექტინი

ნაყოფის ფიბრონექტინი(fFN) არის პროტეინი, რომელიც არსებობს ნაყოფის ქსოვილში. ის ნორმალურად არსებობს ყელის და ვაგინის გამონადენში 16- 20 კვირის გესტაციამდე და კიდევ, ორსულობის სრულ ვადაზე ან ახლოს. თუ მისი გამოჩენა მოხდება უფრო ადრე, ის მიანიშნებს რომ მშობიარობა შეიძლება დაიწყოს ადრე, ისევე როცა კარდიალური ფერმენტები იზრდება ადამიანში, რომელსაც ემართება მიოკარდიული ინფარქტი. თუ fFN დადებითია ორსულობის შუა პერიოდში, შეიძლება საქმე გვქონდეს დედის და ნაყოფის ინფექციებთან. რომ შემცირდეს ცრუ დადებითი მაჩვენებლები, ტესტის ნიმუში უნდა შეგროვდეს სანამ მანიპულაცია ან ვაგინალური გასინჯვა ჩატარდება. ყელის გამოკვლევამ, უახლესმა სექსუალურმა კავშირმა და ვაგინალურმა სისხლდენამ შეიძლება გამოიწვიოს ცრუ-დადებითი ტესტი მაშინაც კი, როცა ნამდვილი ნაადრევი მშობიარობა არ არის.

ინფექციები. ინფექციები ხშირად ზრდის მემბრანების ნაადრევი გახევის ან მშობიარობის რისკს, თუნდაც ქალს თავდაპირველად არ ქონდეს კლინიკური ნიშნები და სიმპტომები. საშარდე გზების ინფექცია ხშირია ნაადრევ მშობიარობასთან ერთად, ამიტომ შარდის ანალიზისთვის და კულტურის და სენსიტიურობის ტესტის ჩასატარებლად ნიმუში იღება კათეტერიდან ან შარდის ნაკადის შუა ნაწილიდან. სხვა ინფექციებზე ტესტების ჩატარება დაკავშირებულია ნაადრევი მშობიარობის რისკთან, რაც შედგება იმ რისკებისგან, რომლებიც გვხვდება მემბრანების ნაადრევი გახევის დროს.

სისხლში ანტიბიოტიკების დონის გაზომვა პიკის დროს და შეყვანის დასაწყისში, როგორიცაა გენტამიცინი, საშუალებას გვაძლევს დავრწმუნდეთ, რომ ქალი იღებს მედიკამენტის საკმარის თერაპიულ დონეს (მაქსიმუმს). სისხლში წამლის დონის განსაზღვრა მანამ, სანამ შემდეგი დოზა გაუკეთდება (მაღალი საწყისი დოზა) მნიშვნელოვანია, რათა მოხდეს როგორც დედის, ისე ახალშობილის შესაძლო დაზიანების პრევენცია მედიკამენტის ზედოზირებისგან. ტესტის ჩატარება მაქსიმალურ დონეზე და დანიშვნისას, საწყის დოზაზე, საშუალებას გვაძლევს შევარჩიოთ წამლის შესაფერისი დოზა.

ქალმა, იმ ინფექციით, რომელიც არ არის დაკავშირებული ორსულობასთან, შეიძლება მიმართოს კლინიკას კონსულტაციისთვის. შეიძლება საჭირო იყოს შესაფერისი ტესტირება მწვავე, როგორც კუჭ-ნაწლავის, ისე სასუნთქი გზების ინფექციებისთვის. უფრო სერიოზულ ინფექციას შეიძლება დასჭირდეს დედის სისხლის ან სასუნთქი გზების ან სხვა გამონადენის კულტურალური კვლევა იდეალური მკურნალობისთვის. დედის პნევმონია, ასევე იშვიათია ორსულობის დროს და ზრდის ნაყოფის ან დედის სიკვდილის რისკს, ისევე როგორც ზრდის რისკს, რომ ქალმა იმშობიაროს ნაადრევი ახალშობილით. სხვა პრობლემურმა მდგომარეობებმა ფიზიოლოგიური ორსულობის განმავლობაში (როგორიცაა ხალხმრავალი საცხოვრებელი) ან ქრონიკული დაავადებების მდგომარეობებმა (როგორიცაა ასთმა), ასევე შეიძლება გაზარდოს ქალის რისკი პნევმონიაზე.

ნაადრევი მშობიარობის იდენტიფიკაცია

ადრეულ ეტაპზე ნაადრევი მშობიარობის რისკების განსაზღვრის ან ნაადრევი მშობიარობის იდენტიფიცირების მიზანია, რომ მოხდეს მშობიარობის გადავადება, რაც საშუალებას მისცემს ნაყოფს მეტად მომწიფდეს.

ხშირი ანტენატალური ვიზიტები

ნაადრევი მშობიარობის გაზრდილი რისკის მქონე ქალებს უნდა ჰქონდეთ უფრო ხშირი ანტენატალური ვიზიტები, რა დროსაც ხდება მათი შემოწმება ნაადრევი მშობიარობის ნიშნებსა და მათ შესაძლებლობაზე ჩაიტარონ პრევენციული მკურნალობა. დამატებით, მათ რეგულარულ

ანტენატალურ შემოწმებასთან ერთად, უნდა მოხდეს მათი შემოწმება ახალი რისკ-ფაქტორების განვითარებაზე თითოეული ვიზიტის დროს. ყელის ფრთხილად გამოკვლევა, ხშირად, სტერილური სარკეებით ტარდება, თუ სხვა ნიშნები და სიმპტომები ამის ჩატარებას მოითხოვს. ტრანსვაგინალურმა ულტრაბგერითმა გამოკვლევამ შეიძლება აღმოაჩინოს დამოკლებული, გათხელებული ყელი, რომელიც ხშირად წინ უძღვის მშობიარობის დაწყებას ასიმპტომურ ქალებში. მნიშვნელოვანია ინფექციის აღმოჩენა და მკურნალობა დროულად, სანამ მემბრანების გახევა ან მშობიარობის დაწყება მოხდება.

ნაადრევი მშობიარობის შეჩერება

როგორც კი ნაადრევი მშობიარობის დიაგნოზი დასტურდება, მართვა მიმართულია საშვილოსნოს შეკუმშვების შეჩერებისკენ. ნაადრევი მშობიარობა შეიძლება იყოს გარდაუვალი, მაგრამ სტეროიდების თერაპია მნიშვნელოვანია, რადგან იწვევს ნაყოფის ფილტვების ადრეულ მომწიფებას. განსაკუთრებით ძალიან ადრეული გესტაციის დროს, როგორიცაა 25 კვირა, მკურნალობამ შეიძლება დაამატოს საკმარისი დრო იმისთვის, რომ სტეროიდების ეფექტი მივიღოთ. ნაყოფის მომწიფების თუნდაც ერთით მეტმა დღემ შეიძლება გამოიწვიოს დიდი განსხვავება ძალიან ნაადრევი ახალშობილის გამოსავალზე.

თავდაპირველი ზომები

ექიმი თავდაპირველად განსაზღვრავს არსებობს თუ არა დედის ან ნაყოფის მხრივ რაიმე პრობლემები, რომელთა დროს უკუნაჩვენებია ორსულობა. დედის მხრივ ასეთ გართულებებს მიეკუთვნება ისეთი დაავადებები, როგორიცაა ჰიპერტენზია ან ჰიპოტენზია, ჰიპოვოლემია, ჰიპოქსემია, გულის დაავადებები და პიელონეფრიტი. ნაყოფის პრობლემას, რომელსაც სჭირდება ორსულობის სასწრაფოდ დასრულება, მიეკუთვნება ნაყოფის არაკეთილსაიმედო მდგომარეობა დადასტურებული მუდმივი, არადამაკმაყოფილებელი ნაყოფის გულისცემის არსებობით.

თავდაპირველი ზომები, რომ შეაჩერონ ნაადრევი მშობიარობა, მოიცავს ინფექციის იდენტიფიკაციასა და მკურნალობას, ფიზიკური აქტივობის შემცირებას.

ინფექციის იდენტიფიკაცია და მკურნალობა

ინფექცია, როგორც სისტემური, ისე ლოკალური, მჭიდროდ ასოცირდება ნაადრევ მშობიარობასთან და მემბრანების ნაადრევ რღვევასთან. სისხლის ანალიზის ლაბორატორიული კვლევები, აღმოაჩენს ინფექციის ნიშნებს და ისეთ მდგომარეობებს, როგორიცაა ანემია, რომელიც დაკავშირებულია ნაადრევ მშობიარობასთან და ახდენს გავლენას მის მართვაზე. სასურველია სისხლის საერთო ანალიზის, სისხლის თეთრი უჯრედების ანალიზისა და GBS ინფექციაზე კულტურის კვლევა, ასევე, ქლამიდიის, გონორეის ან სხვა სავარაუდო ინფექციების კულტურის კვლევა. ქორიოამნიონიტზე ეჭვის შემთხვევაში, შეიძლება გაკეთდეს ამნიოცენტეზი (ამნიონური ბუშტის პუნქცია ტრანსაბდომინალურად) ამნიონური სითხის ნიმუშის ასაღებად კულტურისთვის, რადგან ეს ინფექცია ეწინააღმდეგება ნაადრევი მშობიარობის შეჩერებას. ამნიონური სითხის ნიმუშზე შეიძლება ჩატარდეს ნაყოფის ფილტვის მომწიფების ტესტიც, იმის განსაზღვრისათვის საჭიროა თუ არა მკურნალობის დაწყება.

კულტურის შედეგს სჭირდება სულ მცირე მინიმუმ 24-48 საათი რომ დასრულდეს. ინფექციის საწინააღმდეგო მკურნალობა, რომელიც ეფექტურია შესაძლო გამომწვევ მიკროორგანიზმზე, იწყება რაც შეიძლება მალე ნიმუშის აღებიდან. თუ კულტურა გვაჩვენებს რომ სხვა მედიკამენტი უკეთესი იქნება, მაშინ ხდება მედიკამენტის ცვლილება. ისეთი მწვავე ინფექციის დროული მკურნალობა, როგორიცაა პიელონეფრიტი, აუმჯობესებს დედისა და ნაყოფის კეთილსაიმედო გამოსავალს. ფართო სპექტრის ანტიბიოტიკები (მაგ., ამპიცილინი, პენიცილინი) და ამინოგლიკოზიდები (მაგ., გენტამიცინი), რომელიც ეფექტურია ბევრი მიკროორგანიზმის წინააღმდეგ, შეიძლება შეირჩეს შესაძლო ქორიოამნიონიტის სამკურნალოდ. ანაერობულმა მიკროორგანიზმებმა შეიძლება გამოიწვიოს ინფექცია ქალში, რომელსაც სჭირდება საკეისრო კვეთა და მას შეიძლება გამოუწერონ ისეთი მედიკამენტები, როგორიცაა კლინდამიცინი ან მეტრონიდაზოლი.

ნაადრევი შეკუმშვების სხვა მიზეზების იდენტიფიცირება

ქალს პოლიჰიდრამნიონით, რომელიც გამოვლენილია ულტრასონოგრაფიაზე, შეიძლება მომატებული ჰქონდეს კუმშვითი აქტივობები, რადგან მისი საშვილოსნო უფრო მეტად გადაჭიმულია, ვიდრე მოსალოდნელია. თერაპიული მიზნით ამნიოცენტეზმა, რომლის დროსაც ხდება ზედმეტი ამნიონური სითხის მოშორება, შეიძლება შეამციროს საშვილოსნოს აღგზნებადობა. მრავალნაყოფიანი გესტაცია შეიძლება ასევე აღმოვაჩინოთ ულტრასონოგრაფიული კვლევით. დედებმა შეიძლება მიიღონ სარგებელი კვებითი ქცევის მოწესრიგებით, სტრესის თავიდან არიდებით, სახლის საქმეებში მოხმარებითა და სხვადასხვა ინტერვენციით.

აქტივობის შემცირება

აქტივობის შემცირება ხდება მოდუნებით, გვერდზე წოლის ან ნახევრად მჯდომარე პოზიციის შერჩევით, პლაცენტის სისხლის ნაკადის სიჩქარის გაზრდით და ნაყოფის ყელზე დაწოლის შემცირებით. თუმცა, ხანგრძლივმა და შესამჩნევმა აქტივობის შემცირებამ (მაგ., მხოლოდ წოლითი რეჟიმი) არ აჩვენა, რომ მნიშვნელოვნად ახანგრძლივებს ორსულობას. ორსულობის დროს აქტიურობის შეზღუდვის გვერდითი ეფექტებია:

- კუნთის სისუსტე, ტკივილი, კუნთების ატროფია;
- დიურეზის ცვლილება, რითიც სხეული ცდილობს შეამციროს ნორმალურ მაჩვენებელზე მაღალი სითხის დონე;
- მადის დაქვეითებით გამოწვეული ცუდი კვება, წონის კლება ან წონის არასაკმარისი მომატება;
- ორთოსტატიური ჰიპოტენზია გამოწვეული ბარორეცეპტორების მიერ, რაც გამოწვეულია სისხლის წნევის ცვლილებებით;
- ფსიქოლოგიური ეფექტი, როგორიცაა ოჯახთან განშორებით გამოწვეული გაზრდილი სტრესი, შფოთვა ორსულობის გამოსავალზე, დეპრესია, მოწყენილობა გამოწვეული შემცირებული აქტივობით და შემცირებული კონტაქტი სხვა ადამიანებთან, ასევე ფინანსებზე ნერვიულობა, თუ მისი შემოსავალი მნიშვნელოვანია ოჯახისთვის;
- ძილის დარღვევა დეპრესიის გაზრდასთან ერთად ან ჩვეულებრივი აქტივობების არ არსებობა.

პრობლემებისა და სარგებლის ნაკლებობის გამო ქალების უმეტესობისთვის, შეზღუდული და ინდივიდუალური აქტივობის შეზღვუდვის დანიშვნა ხდება იმ შემთხვევაში, როცა ნაადრევი მშობიარობის რისკი მაღალია. ცვლილება შეიძლება იყოს შედარებით მარტივი, როგორიცაა სამუშაო საათების ან მოვალეობების შეცვლა, ან გზების პოვნა დაეხმარონ ქალს მოაწესრიგოს მისი სხვა შვილების საჭიროებები, მაგალითად ტრანსპორტირება სკოლაში ან სხვა აქტივობები. მოსვენების პოზიცია შეიძლება შედგებოდეს ნახევრადმჯდომარე პოზიციისგან, როცა ტერფები და ფეხები აწეულია. თუ წოლითი მდგომარეობაა, დედა ხშირად ცვლის გახანგრძლივებულ გვერდითი წოლის პოზიციებს, რათა შემცირდეს წოლისგან გამოწვეული დისკომფორტი. პოზიციების ხშირი ცვლილება ასევე მნიშვნელოვანია ქალისთვის, რომელსაც ნაადრევი მშობიარობის გამო სჭირდება ჰოსპიტალიზაცია.

ქალის ჰოსპიტალიზაციას მოსალოდნელ ნაადრევი მშობიარობაზე ზრუნვის დროს შეიძლება ახლდეს აქტივობის კიდევ უფრო მეტად შემცირება, რადგან IV ჰიდრაცია, მედიკამენტური თერაპია და წოლითი რეჟიმი ხშირია პირველადი მოვლის დროს. აბაზანაში გადაადგილება შეიძლება შეზღუდული იყოს დედის ისეთი მედიკამენტების სედაციური ეფექტიდან გამომდინარე, როგორიცაა მაგნეზიუმ სულფატი, რომელიც გამოიყენება საშვილოსნოს აქტივობის დაქვეითებისთვის (ასევე პრეეკლამფსიის დროს). მშობიარეს, მაგნეზიის დანიშვნისას, ჩადგმული აქვს მუდმივი კათეტერი გამოყოფილი შარდის ოდენობის ზუსტი შეფასებისათვის. თუ ნაადრევი მშობიარობის ნიშნები აღარ აღინიშნება, ქალმა შეიძლება შეძლოს აბაზანაში მისვლა შხაპისა

და კუჭ-ნაწლავის მოქმედებისთვის. თუ მისი ჰოსპიტალიზაცია ხდება უფრო ხანგრძლივი პერიოდით მკურნალობისთვის, მას შეუძლია პერიოდულად დაჯდეს სკამზე ან გადაადგილდეს სპეციალური სავარძელით.

კლინიკაში ჰოსპიტალიზაციის დროს, მიუხედავად დაყოვნების ხანგრძლივობისა, შემდგომმა მომსახურებამ შეიძლება გააუმჯობესოს მისი მკურნალობა:

- ფიზიკური თერაპია - ეხმარება კუნთს სიძლიერის შენარჩუნებასა და კოორდინირებულ მუშაობაში, ასევე ამცირებს კუნთების ტკივილს, დაღლასა და ძვლის მინერალების კარგვას;
- ძალების აღმდგენი თერაპია - რათა მოხდეს შესაფერისი აქტივობის პოვნა, რაც მის მოწყენილობას შეამცირებს;
- მუშაობითი თერაპია - ეხმარება ქალს თავი გაართვას ცხოვრების სტილის ცვლილებას;
- სოციალური დახმარება - გავარკვიოთ ხომ არ სჭირდება ქალს რაიმე სახის ფინანსური დახმარება ბავშვის მოვლის საჭიროებებზე;
- ფსიქოლოგთან კონსულტაცია - დაეხმარება ქალს და მის ოჯახს დამატებითი სტრესორების გასამკლავებლად.

ქალის ჰიდრაცია

ნაადრევი შეკუმშვების შესაჩერებლად ჰიდრაცია სასარგებლო არ გამოდგა ყველა ქალისთვის. მაღალი მოცულობის IV ინფუზიამ შეიძლება გამოიწვიოს დედის რესპირატორული დისტრესი. საშვილოსნოს შეკუმშვების შესამცირებლად ინიშნება მაგნიუმის სულფატი, რამაც შეიძლება შეამციროს სუნთქვის სიხშირე, იმ შემთხვევაშიც კი, თუ ქალს აქვს სისხლის წნევის ნორმალური დონე.

საყურადღებოა, რომ დეჰიდრატაციამ შეიძლება გამოიწვიოს საშვილოსნოს შეკუმშვები ზოგიერთ ქალში. ეს ხშირი შემთხვევაა ორსულებში, რომლებსაც აქვთ ისეთი ინფექცია, როგორიცაა მაგალითად, კუჭ-ნაწლავის მწვავე ინფექცია. სითხის დაკარგვა ფაღარათის დროს ზოგჯერ აღემატება ქალის შესაძლებლობას დალიოს ადეკვატური ოდენობის წყალი ან სხვა სითხეები. ინფექციები დედის ცხელებასთან ერთად (ტემპერატურა > 38 Celsiusi) ხანდახან ამცირებს ქალის სითხის მოხმარებას. IV სითხეების დანიშვნა ხდება მოსალოდნელი სარგებლიანობის მიხედვით, მაგალითად მაგნეზიალური თერაპიის დანიშვნით, რომ შეაჩერონ ნაადრევი მშობიარობა ან ანტიბიოტიკების დაწყება, რომ უმკურნალონ ინფექციას. შეიძლება ურჩიოთ ორალური სითხეების მიღება, რადგან ამან შეიძლება შეამციროს საშვილოსნოს აღგზნებადობა და საშარდე სისტემის ინფექციის რისკები.

ტოკოლიტიკები

არ არის დადგენილი ტოკოლიტიკური მედიკამენტების თერაპიის უპირატესობა ნაადრევი მშობიარობის რისკის შემცირებაში. ტოკოლიტიკები ყველაზე ხშირად ინიშნება გესტაციის 34 კვირამდე, რადგან ახალშობილებში მოუმწიფებლობით გამოწვეული რესპირაციული და სხვა გართულებების რისკი მაღალია. ნაადრევი მშობიარობის გადავადება გვაძლევს დროს დავუნიშნოთ დედას კორტიკოსტეროიდები რესპირატორული დისტრეს სინდრომის შესამცირებლად ახალშობილებში. ტოკოლიტიკები ეფექტურია, როცა ყელი 3 სმ-ზე ნაკლებზეა გახსნილი.

რადგან ტოკოლიტიკურ მედიკამენტებს აქვთ მნიშვნელოვანი გვერდითი ეფექტები, გადაწყვეტილება უმკურნალონ თუ არა ნაადრევ მშობიარობას ინდივიდუალურია და დამოკიდებული რისკ-ფაქტორებზე, ყელის დილატაციაზე, სხვა ნიშნებზე და სიმპტომებზე. თუ ყელი გახსნილია 2-3 სმ შორის, ექიმმა უნდა გადაამოწმოს ყელის გახსნა პროგრესირებს თუ არა, ან თუ გადასწორდა 1-2 საათის შემდეგ. ნაყოფის ელექტრონული მონიტორინგი ეხმარება საშვილოსნოს შეკუმშვების ან აღგზნების აღმოჩენას და ნაყოფის სტატუსის დადგენას. ულტრაბგერითი

გამოკვლევა გვაწვდის ინფორმაციას, რომელიც შეიძლება სასარგებლო იყოს ნაყოფის ასაკის, პლაცენტის სისხლის მიმოქცევის შესაბამისობით და ყელის სტატუსის დადგენით. თუ ნაჩვენებია, ტარდება ტესტები ინფექციებზე.

არჩეული მედიკამენტების რისკებისა და შესაძლო სარგებლის გათვალისწინებით ქალს უნდა მიეწოდოს შესაბამისი ინფორმაცია. გამოყენებული უნდა იყოს ყველაზე მცირე შესაძლო დოზა, რომელიც შეკუმშვებს დააინჰიბირებს. ტოკოლიზისთვის გამოიყენება ოთხი ტიპის მედიკამენტი: (1) მაგნეზიუმ სულფატი, (2) კალციუმ ანტაგონისტი, (3) პროსტაგლანდინის სინთეზის ინჰიბიტორი, და (4) ბეტა-ადრენერგიული. ცხრილი 12-2 მიმოიხილავს თითოეული ამ მედიკამენტის დოზებსა და მიღების გზებს.

მაგნიუმის სულფატი

მაგნიუმის სულფატი გამოიყენება ორსულობასთან ასოცირებული ჰიპერტენზიის მართვისას კრუნჩხვების პრევენციისათვის. მაგრამ, მისი დამატებითი ეფექტის, საშვილოსნოს აქტივობის შემცირების გამო, ის ხშირად გამოიყენება ნაადრევი მშობიარობის შესაჩერებლად. მაგნიუმის სულფატით თერაპიას აქვს კარგად ჩამოყალიბებული უსაფრთხო მონაცემები ორსულობის განმავლობაში. ხშირად ვლინდება მაგნიუმის სულფატის გვერდითი ეფექტები (როგორიცაა ლეთარგია და სედაცია), თუმცა მისი ეფექტურობა ამ მიზნით არ არის დამტკიცებული სათანადო კვლევებით.

კრიტერიუმები, რომელიც უნდა შეფასდეს მაგნიუმის სულფატით თერაპიის დროს:

- შარდის გამოყოფა, სულ მცირე 3 მლ საათში;
- ღრმა მყესების რეფლექსების არსებობა;
- სულ მცირე 12 სუნთქვა წუთში.

დამატებით, სხვა სასიცოცხლო მაჩვენებლებთან ერთად, ექთანმა საათობრივად უნდა შეამოწმოს გულისა და ფილტვების ხმიანობა, რადგან სითხით გადატვირთვამ და ელექტროლიტების დისბალანსმა შეიძლება გამოიწვიოს ფილტვების შეგუბება და გულის არითმია. კუჭ-ნაწლავის ტრაქტის ხმების შეფასება ხდება თერაპიის დაწყების დროს და ყოველ 4-8 საათში, რადგან ნაწლავური ტრაქტის გლუვი კუნთი შეიძლება ისევე მოდუნდეს, როგორც საშვილოსნო დუნდება. შრატში მაგნიუმის დონის განსაზღვრა ეხმარება თერაპიული დონის შენარჩუნებას. ნაყოფის ელექტრონული მონიტორინგი ახდენს წამლის ეფექტის იდენტიფიცირებას ნაყოფზე. მაგალითად, შემცირებული ვარიაბელობა, რომელიც ხშირია ნაადრევი მშობიარობისა და მაგნეზიუმ სულფატის თერაპიის დროს.

მზად უნდა იყოს კალციუმის გლუკონატი (10%), მაგნიუმის სულფატის ანტაგონისტი. შესაძლოა მოხდეს დონის მკვეთრი აწევა სისხლის შრატში. შრატში მაგნიუმის მაღალი დონე ნაკლებად მოსალოდნელია, როცა მედიკამენტის დანიშვნა ხდება ნაადრევი მშობიარობის დროს, რადგან ქალის თირკმელების ფუნქცია ხშირად ნორმის ფარგლებშია. მიუხედავად ამისა, ექთანი ყურადღებით უნდა იყოს მაგნიუმის სულფატით მკურნალობის დროს აღნიშნული გართულების მიმართ.

კალციუმის ანტაგონისტები

ნიფედიპინი (ადალატ, პროკარდია) არის კალციუმის არხების ბლოკერი და ხშირად ინიშნება ისეთ პრობლემების წინააღმდეგ, როგორიცაა ჰიპერტენზია. კალციუმი მნიშვნელოვანია გლუვი კუნთების შეკუმშვისთვის, როგორიცაა საშვილოსნო. კალციუმის ბლოკირება ამცირებს კუნთების შეკუმშვას. კანის წამოწითლება, თავის ტკივილი, დედისა და ნაყოფის გულისცემის დროებითი, გარდამავალი მატება კალციუმის ანტაგონისტების გვერდითი ეფექტია. რადგან ნიფედიპინი არის ვაზოდილატატორი, ქალს შეიძლება ჰქონდეს ორთოსტატიული არტერიული ჰიპოტენზია.

ცხრილი 12-2	მედიკამენტები, რომელიც გამოიყენება ნაადრევი მშობიარობის დროს	
მედიკამენტები და მიზანი	მედიკამენტების დოზები	გვერდითი ეფექტები
მაგნეზიუმ სულფატი (ტოკოლიტიკური საშუალება)	IV: პირველადი შესაყვანი დოზა: 4-6 გ 30 წუთის განმავლობაში, შემანარჩუნებელი დოზა ტოკოლიზისთვის: 1-4 გ/სთ, როცა შეკუმშვების სიხშირე აღარ არის მეტი ვიდრე 1 შეკუმშვა 10 წუთში(<6 შეკუმშვა 1 საათში) შეინარჩუნეთ გადასხმის სიხშირე 12 საათის განმავლობაში, შემდეგ შეწყვიტეთ მედიკამენტი.	გვერდითი ეფექტი დოზაზე-დამოკიდებულია, რომელიც ვითარდება დედის სისხლში მაგნიუმის დონის მატებისას. ღრმა მყესების რეფლექსების შემცირება. სუნთქვითი და კარდიალური დეპრესია, როცა მედიკამენტის დონე ძალიან მაღალია. ყველაზე მაღალი რისკი აქვთ იმ ქალებს, რომლებსაც აქვთ შარდის გამოყოფის პრობლემები. ნაკლებ სერიოზული პრობლემები: ლეთარგია, სისუსტე, მხედველობის დაბინდვა, თავის ტკივილი, ცხელება, პირღებინების შეგრძნება , შეკრულობა. ნაყოფის-ნეონატალური ეფექტი: შემცირებული ნაყოფის გულისცემის სიხშირის (FHR) ვარიაბელობა,-ჰიპოტონია.
ნიფედიპინი, ნიკარდიპინი	ორალური საწყისი დოზა : 10-20 მგ შემანარჩუნებული ორალური დოზა: 10-20 მგ ყოველ 3-6 საათში, სანამ შეკუმშვები არ შემცირდება, ამის შემდეგ ხანგრძლივი-მოქმედების ფორმით 30-60 მგ ყოველ 8 -12 საათში, სანამ მშობიარობამდე სტეროიდების დანიშვნა მოხდება	დედის წამოწითლება, თავბრუსხვევა, თავის ტკივილი, პირღებინების შეგრძნება, დედის გარდამავალი ტაქიკარდია და მცირედი ჰიპოტენზია, სისხლში გლუკოზის დონის ოდნავი მომატება.
ინდომეტაცინი (პროსტაგლანდინის სინთეზის ინჰიბიტორი)	შეზღუდული გამოყენება ნაადრევი მშობიარობის დროს, გესტაციის 32 კვირამდე. არ გამოიყენოთ ინდომეტაცინი 48-72 საათზე მეტი ხანგრძლივობით უწყვეტი რეჟიმით. საწყისი დოზა: 50 მგ (ორალურად)	ეპიგასტრული ტკივილი, პირღებინების შეგრძნება, კუჭნაწლავის ტრაქტიდან სისხლდენა, ასთმა, ასპირინზე მგრძნობიარე ქალებში. გაზრდილი სისხლის წნევა ჰიპერტენზიულ ქალებში.

	შემანარჩუნებელი დოზა: 25 მგ ორალურად, ყოველ 6 საათში 48 საათის განმავლობაში. ულტრაბგერითი გამოკვლევა და ნაყოფის ექოკარდიოგრაფია ეხმარება განისაზღვროს აქვს თუ არა გვერდითი ეფექტი დედაზე დანიშნულ ინდომეტაცინს ნაყოფზე.	ნაყოფი: ნაყოფში გვერდითი ეფექტი შეიძლება იყოს არტერიული სადინარის შევიწროვება,განსაკუთრებით თუ დედა ღებულობდა ინდომეტაცინს 48-72 საათზე მეტი ხანგრძლივობით და გესტაცია არის 32 კვირაზე მეტი ; ხელს უშლის ნაყოფის თირკმელების ფუნქციას ,რამაც შეიძლება შეამციროს ამნიონური სითხის მოცულობა და გამოიწვიოს ჭიპლარის კომპრესია.
ტერბუტალინი (ტოკოლიზის ბეტა-ადრენერგული საშუალება) არ უნდა გამოვიყენოთ 48-72 საათზე მეტი ნაადრევი მშობიარობის დროს.	IV ინფუზია : იწყება ზუსტი თანმიმდევრობით დაახლოებით 0.01- 0.05 მგ/წუთში. გაზრდილი სიხშირით 0.01 მგ/წუთში 10-30 წუთის ინტერვალით შეკუმშვების დაწყებამდე ან როცა მაქსიმალურ დოზას 0.08 მგ/წუთში მიაღწევს. შეინარჩუნეთ ეს დოზა ერთი საათის განმავლობაში, შემდეგ შეამცირეთ სიხშირე 20 წუთის ინტერვალით, სანამ არ მიაღწევთ მინიმალურ შემანარჩუნებელ დოზას როცა შეკუმშვები შეწყდება. გააგრძელეთ შემანარჩუნებელი დოზა 12 საათის განმავლობაში ან იმ სქემით, როგორც დანიშნულია. კანქვეშ(ყველაზე ხშირი გზა) ხანგამოშვებითი ინექცია, 0.25 მგ, ყოველი 4 საათში. კანქვეშა ინფუზიის ტუმბოთი : მცირე უწყვეტი (საბაზისო) მედიკამენტის ინფუზია დამატებით ხანგამოშვებითი დოზებით. კანქვეშა ტუმბო ხშირად არის მოთავსებული და ისე დაპროგრამებული, რომ ხდება მედიკამენტების უწყვეტად და დრო და დრო შეყვანა, სანამ არ მოხდება ტერბუტალინის და მაგნეზიუმ სულფატის IV ინფუზიის მოხსნა. ორალური: არ უნდა მოხდეს გამოყენება არც ნაადრევი მშობიარობის სამართავად ან განმეორებითი ნაადრევი მშობიარობის პრევენციისთვის.	ტერბუტალინი არ არის დამტკიცებული US FDA-ის მიერ და არის შეყვანილი ,,შავ ყუთში,, როგორც ტოკოლიზური საშუალება და არა როგორც ბრონქოდილატატორი. ინფუზიის სიხშირე არ იზრდება ან შეიძლება შემცირდეს თუ დედის პულსის სიხშირე გადააჭარბებს 120 დარტყმა წუთზე მეტს ან სისტოლური სისხლის წნევა (BP) ჩამოვა 80-90 mm Hg და ქვემოთ. გვერდითი ეფექტები: 1. გულ-სისხლძარღვთა: დედის და ნაყოფის ტაქიკარდია, პალპიტაცია, კარდიაკული დისრითმია, გულმკერდის ტკივილი, ფართე არტერიული პულსის წნევა. 2. სუნთქვითი: დისპნოე, გულმკერდის არეში დისკომფორტი. 3. ცენტრალური ნერვული სისტემა: ტრემორი, მოუსვენრობა, სისუსტე, თავბრუსხვევა, თავის ტკივილი. 4. მეტაბოლური: ჰიპოკალემია,ჰიპერგლიკემია. 5. კუჭნაწლავი: პირღებინების შეგრძნება, გულისრევა, შემცირებული ნაწლავების მოძრაობა. 6. კანი: წამოწითლება, დიაფორეზი

კორტიკოსტეროიდები(ბეტამეტაზონი და დექსამეტაზონი)	იხილეთ წამლის გზამკვლევი :ბეტამეტაზონი,დექსამეტაზონი	
17 - P ალფა ჰიდროქსიპროგესტერონ კაპროატი , ამ ეტაპზე კვლევის პროცესშია, რომ დადგინდეს ეფექტურობა ნაადრევი მშობიარობის პრევენციისთვის ქალებში, რომლებსაც წინათ აღენიშნებოდათ ნაადრევი მშობიარობა. ასევე გამოკვლევის პროცესშია გვერდითი ეფექტები.	IM : 250 მგ (1 მლ) ყოველ 7 დღეში. დაიწყეთ მკურნალობა 16 კვირის 0 დღესა და 20 კვირის 6 დღემდე. გააგრძელეთ 37 კვირამდე ან მშობიარობამდე.	მედიკამენტი პროგესტერონი ინიშნება ნაადრევი მშობიარობის რისკის შესამცირებლად ქალებში რომლებსაც ქონდათ ნაადრევი მშობიარობა; არ არის გამიზნული ქალებისთვის მრავლობითი ნაყოფებით ან ნაადრევი მშობიარობისთვის სხვა რისკ-ფაქტორებით.

ცხრილი 12-3	ნაადრევი მშობიარობის გამომწვევი დედის რისკ-ფაქტორები		
სამედიცინო ისტორია	სამეანო ისტორია	მიმდინარე ორსულობა	ცხოვრების წესი და დემოგრაფია
• სიმაღლესთან შედარებით დაბალი წონა • სიმსუქნე • საშვილოსნოს და ყელის ანომალიები, საშვილოსნოს ფიბროიდული კვანძები • წარსულში საშვილოსნოს ყელის კონიზაცია • დიეთილსტილბესტროლსთან (DES) ნაყოფის შეხება. • ქრონიკული დაავადება(მაგ., გული, თირკმელი,დიაბეტი, შედედების დაავადებები, ანემია,ჰიპერტენზია • პიროდონტალური დაავადება	• წარსულში ნაადრევი მშობიარობა • წარსულში პირველი ტრიმესტრის სპონტანური აბორტი(>2) • წარსულში მეორე ტრიმესტრის სპონტანური აბორტი • წარსულში ორსულობის შეწყვეტა (ორი და მეტი) • საშვილოსნოს ყელის უკმარისობა • საშვილოსნოს ყელის სიგრძე <25 მმ (2.5 სმ) ან ნაკლები, ორსულობის განმავლობაში • ჩანასახის რაოდენობა(დამხმარე რეპროდუქტიული საშუალებები)	• საშვილოსნოს გადაჭიმვა (მრავალნაყოფიანი ორსულობა, ჰიდრამნიონი) • მუცელკვეთა ორსულობის დროს • საშვილოსნოს აღგზნებადობა • საშვილოსნოდან სისხლდენა • დეჰიდრაცია • ინფექცია • ანემია • საშვილოსნოს ყელის უკმარისობა • პრეეკლამფსია • მემბრანების ნაადრევი რღვევა(PPROM) • ნაყოფის ან პლაცენტის ანომალიები	• არასაკმარისი ან ანტენატალური მეთვალყურეობის ვიზიტების საერთოდ არ ქონა • ცუდი კვება • ასაკი <18 წელი ან >40 წელზე მეტი • განათლების დაბალი დონე • დაბალი სოციოეკონომიური სტატუსი • თამბაქოს მოხმარება 10 სიგარეტზე მეტის მოწევა დღიურად • ფერადკანიანი რასა • ხანგრძლივი სამუშაო საათები/ხანგრძლივად ფეხზე დგომა სამსახურში • ქრონიკული ფიზიკური ან ფსიქოსოციალური სტრესი • ოჯახური ძალადობა • ნარკოტკზე დამოკიდებულება

ექთანი უნდა დააკვირდეს ნიფედიპინის გვერდით ეფექტებს და შეატყობინოს ექიმს, თუ დედის პულსის სიხშირე 120-ზე მეტია. ქალს უნდა მიეწოდოს ინფორმაცია შესაძლო თვბრუსხვევაზე და გულის წასვლაზე ნიფედიპინის ჰიპოტენზიური ეფექტის გამო. უნდა დაჯდეს ან ადგეს ნელა და დაუკავშირდეს კომპეტენტურ პირს დახამრებისთვის, თუ საჭირო იქნება.

პროსტაგლანდინების სინთეზის ინჰიბიტორები

რადგან პროსტაგლანდინები ასტიმულირებენ საშვილოსნოს შეკუმშვებს, მედიკამენტები შეიძლება გამოვიყენოთ სინთეზის ინჰიბიციისთვის. ამ ჯგუფის მედიკამენტთა შორის ინდომეტაცინი (ინდოცინი) ყველაზე ხშირად გამოიყენება ტოკოლიზისთვის.

დედის გვერდითი ეფექტი მინიმალურია თერაპიის მცირე ხანგრძლივობის გამო. კუჭნაწლავის გვერდითი ეფექტები ხშირად შემოიფარგლება გულისრევის შეგრძნებით, პირღებინებითა და გულძმარვით.

ნაყოფში გვერდითი ეფექტები საკმაოდ სერიოზულია და შეიძლება შედგებოდეს არტერიული სადინრის შევიწროვებისგან, პულმონარული ჰიპერტენზიის და ოლიგოჰიდრამნიონისგან. არტერიული სადინარი უნდა იყოს ღია დაბადებამდე და დაიხუროს დაბადების შემდეგ. ნაყოფში გვერდითი ეფექტი ნაკლებად სავარაუდოა, თუ მკურნალობა არ გრძელდება არა უმეტეს 48 -72 საათისა და გესტაცია არის 32 კვირაზე ნაკლები. ჰიდრამნიონის დროს მედიკამენტის ეფექტი ამნიონური სითხის შემცირებაზე, ხდის ინდომეტაცინს ამნიონური სითხის მოცულობის ნორმალიზებისთვის გამოსაყენებელ პრეპარატად. ამნიონური სითხის მოცულობა ხშირად უბრუნდება წინა მაჩვენებელს როცა ინდომეტაცინით მკურნალობის შეწყვეტა ხდება. რეგულარული ულტრაბგერითი გამოკვლევა და ნაყოფის ექოკარდიოგრამა ეხმარება იმის გარკვევაში, აქვს თუ არა ინდომეტაცინს გვერდითი ეფექტი ახალშობილზე. დაბადების შემდეგ, ახალშობილი უნდა შეფასდეს სხვა გართულებების მიმართ, როგორიცაა პულმონალური ჰიპერტენზია ან ინტრაკრანიალური ჰემორაგია, რაც დამოკიდებულია დედის ინდომეტაცინის მიღების ხანგრძლივობაზე, ახალშობილის გესტაციაზე და იმის ალბათობაზე, რომ მშობიარობა მოხდება 24 საათზე ნაკლებ დროში წამლის შეწყვეტიდან.

ექთანი უნდა დააკვირდეს ქალის კუჭნაწლავის ტრაქტის გვერდით ეფექტს, რადგან ინდომეტაცინმა შეიძლება გაახანგრძლივოს სისხლდენის დრო. ექთანი აკვირდება პათოლოგიურ სისხლდენებს, როგორიცაა გახანგრძლივებული სისხლდენა ინექციის ადგილას და დალურჯებები აშკარა მიზეზის გარეშე. ინდომეტაცინის ანტიანთებითმა ეფექტმა შეიძლება შენიღბოს ინფექცია, თუ არ არის ცხელება. ფუძის სიმაღლის შემოწმება თერაპიის დასაწყისში და ყოველდღიურად, გვეხმარება ვივარაუდოთ ამნიონური სითხის შემცირება. ნაყოფის შემცირებული მოძრაობა და ნაყოფის გულისცემის სიხშირის აცელერაციის არ არსებობა ადასტურებს ნაყოფის მდგომარეობის გაუარესებას.

ბეტა-ადრენერგიული წამლები

რიტოდრინი (იუტოპარ) არის მხოლოდ ერთადერთი ბეტა-ადრენერგიული მედიკამენტი, რომელიც დამტკიცებულია FDA-ის მიერ ტოკოლიზური თერაპიისთვის. მისი ხშირი გამოყენება ხდება მიუხედავად იმისა, რომ აღნეშნება მნიშვნელოვანი გვერდითი ეფექტები და ორსულობის ხანგრძლივობის მინიმალური ვადით ზრდა. ტერბუტალინი (ბრეტინი), ბრონქოდილატატორი, კვლავ გამოკვლევის ეტაპზეა ნაადრევი მშობიარობის მკურნალობისთვის. მაგრამ ტოკოლიზური მოქმედებისთვის უფრო ფართოდ გამოიყენება ბეტა-ადრენერგიული მედიკამენტი, მისი დაბალი ფასის გამო, ასევე, დოზებს შორის უფრო ხანგრძლივი მოქმედებისა და კანქვეშა გზით დროულად გამოყენების შესაძლებლობით ტაქისისტოლიის დროს.

თუმცა, მთავარი გვერდითი ეფექტი ბეტა-ადრენერგიული წამლებისა, როგორიცაა ტერბიტალინი, მოიცავს კარდიორესპირატორულ სისტემას. ხშირია დედის და ნაყოფის ტაქიკარდია. პროპანოლოლი (ინდერალი) აგენტი, რომელიც ბლოკავს ბეტა-ადრენერგიულ მედიკამენტებს, ხელმისაწვდომი უნდა იყოს მძიმე გვერდითი ეფექტების გამოვლენის შემთხვევაში მათ გასანეიტრალებლად.

ექთანმა უნდა შეაფასოს ქალის გულისცემის სიხშირე და ფილტვის ხმიანობა, სანამ ნაადრევი მშობიარობისთვის გამოიყენებს ტერბუტალინის შერჩეულ დოზებს. დედის გულისცემის

სიხშირე 120 bpm-ზე ზემოთ ან ფილტვებში მოსმენის დროს “სველი” ფილტვების ხმიანობის ან მომატებული სიხშირის აღმოჩენა, რომელიც შესაძლოა თან ახლდეს სუნთქვის უკმარისობას, მიანიშნებს წამლის ტოქსიურობაზე და შეიძლება გახდეს ტერბუტალინის შეწყვეტის მიზეზი. დედისა და ნაყოფის შეფასების არადამაკმაყოფილებელი მაჩვენებლები დაუყოვნებლივ უნდა აცნობოთ ექიმს.

ნაყოფის ფილტვების მომწიფების დაჩქარება

ექიმმა შეიძლება დანიშნოს კორტიკოსტეროიდები ნაყოფის ფილტვების მომწიფების დასაჩქარებლად ორსულობის 34 კვირამდე, თუ მშობიარობა გარდაუვალია. სტეროიდებით მკურნალობამ შეიძლება შეამციროს რესპირატორული დისტრესს სინდრომის და ინტრავენტრიკულარული ჰემორაგიის (IVH) შემთხვევათა რიცხვი და სიმძიმე ნაადრევ ახალშობილებში. ამ მიზნით შეიძლება გამოვიყენოთ ბეტამეტაზონი (ცელესტონი) ან დექსამეტაზონი (დეკარდონი).

შემთხვევის შესწავლა 12-1 პაციენტის მოვლის გეგმა

შეფასება: 31 კვირის გესტაციის ვადაზე, მართას კვლავ გაუმეორდება ნაადრევი მშობიარობის შემთხვევის ეპიზოდი და წავიდა საავადმყოფოში. საშვილოსნოს ყელი გახსნილია 2-3 სმ და 75% გადასწორებულია (დაახლოებით 0.5 სმ სიგრძის). საშვილოსნოს შეკუმშვები ყოველ 6-7 წუთში ერთხელ ხდება და თითოეული გრძელდება 20-30 წამი. ექიმი კვლავ უნიშნავს მაგნიუმის სულფატის ინფუზიას. მართას ექიმი უხსნის, რომ შეიძლება გადავავადოთ ნაადრევი მშობიარობა, მაგრამ სავარაუდოდ დაიწყება მომავალ 24- 48 საათში. მართა იწყებს ტირილს და ამბობს: “ყველაფერი ვეცადე რისი გაკეთებაც შემეძლო და ამ ჯერზეც ნაადრევად უნდა ვიმშობიარო! კვირები დამჭირდება ამის გასააზრებლად!”

დიაგნოზი: გაძლიერებული მწუხარება დაკავშირებული მოსალოდნელი სრული ვადის მშობიარობის მიმართ.

მოსალოდნელი გამოსავალი: მართა შეძლებს:

1. გამოხატოს მისი განცდები, რაც გამოწვეულია სრული ვადით მშობიარობის შესაძლებლობის დაკარგვით.

ინტერვენცია და რაციონალიზაცია

1. გვერდით დაუჯექით და მეტი დრო დაუთმეთ მართას. გაამხნევეთ გამოხატოს თავისი განცდები. მიეცით საკმარისი დრო საკუთარი განცდების გამოსახატად, რაც პირველი ნაბიჯია ამ მდგომარეობასთან გასამკლავებლად;
2. როცა მართა გამოხატავს მწუხარებას თავის ორსულობის განვითარებაზე, აუხსენით, რომ მშობიარობის დაწყების მიზეზები უმეტეს შემთხვევაში უცნობია, როგორიც არ უნდა იყოს ის, სრულ ვადაზე, ნაადრევი თუ ვადაგადაცილებული. მართა გაათვიცნობიერებს, რომ რადგან პროფესიონალებმაც კი არ იციან თუ რა იწვევს ამ მდგომარეობას, მაშინ მას შეუძლია უბრალოდ მიიღოს ეს ფაქტი, როგორც გარდაუვალი მდგომარეობა;
3. აუხსენით მართას, რომ ორსულობის გახანგრძლვების მცდელობა წარმატებით დასრულდა, რადგან მან დამატებით 3 კვირით გააxანგრძლივა ორსულობა. მედიკამენტი ბეტამეტაზონი ამცირებს ახალშობილის ხშირ რესპირატორულ პრობლემებს, რომელთა სიხშირე გაზრდილია ნაადრევ ახალშობილებში. აუხსენით, რომ მისი ყველა მცდელობა ორსულობის გასახანგრძლივებლად მნიშვნელოვანია და განცდა იმისა, რომ მან რამე დააკლო, არასწორია.

შეფასება: მართა ტირის და უკმაყოფილებას გამოთქვამს განვითარებული მდგომარეობის გამო. ის ამბობს როგორ გრძნობდა, რომ კიდევ ნაადრევი მშობიარობა მოუწევდა, მაგრამ მაინც იმედოვნებდა, რომ ამ შემთხვევაში სხვანაირად წარიმართებოდა. თუმცა დღეების გასვლასთან ერთად, რწმუნდება, რომ მაინც მოახერხა რამის გაკეთება საკუთარი ბავშვისთვის. რადგან შეკუმშვები არ მცირდება და პირიქით, უფრო ძლიერდება და რეგულარული ხდება, მართა უკვე მიიღებს იმ ფაქტს, რომ იმშობიარებს მომავალი 24 საათის განმავლობაში.

დამატებითი დიაგნოზები, რომელიც მხედველობაში უნდა მივიღოთ:

- ჯანმრთელობის შემანარჩუნებელი ქცევა;
- დარღვეული ოჯახური ცხოვრების სტილი;
- ჯანმრთელობის არაეფექტური მოვლა;
- სიტუაციასთან არაეფექტურად შეგუება (ინდივიდუალი და/ან ოჯახი);
- ოჯახთან შეგუების გაძლიერებული მზაობა.

როცა გესტაციის პერიოდი 24-34 კვირებს შორისაა, ნაჩვენებია კორტიკოსტეროიდები, რადგან მაღალია რესპირატორული დისტრეს სინდრომის შემთხვევები. არსებობს სათანადო მტკიცებულებები, რომ ნაადრევი მშობიარობის გადავადება, ყველაზე მცირე 24 საათი კორტიკოსტეროიდების დანიშვნიდან, უზრუნველყოფს მნიშვნელოვან სარგებელს მოუმწიფებლობასთან დაკავშირებული კრიტიკული ნეონატალური პრობლემების შესამცირებლად. ამიტომ, ნაადრევი მშობიარობის რისკის ქვეშ მყოფი ქალისათვის ტოკოლიტიკური წამლების სარგებელი ისაა, რომ გაახანგრძლივოს მშობიარობა იმდენად, რომ ნაყოფმა მოასწროს სარგებლის მიღება კორტიკოსტეროიდებით მკურნალობისგან.

სასიცოცხლო ნიშნების შეფასება საჭიროა ცხელებისა და მაღალი პულსის სიხშირის გამოსავლენად, რომელიც მიანიშნებს სტეროიდების დანიშვნის შედეგად გამოვლენილ ინფექციას.

სასიცოცხლო მაჩვენებლებთან ერთად უნდა მოხდეს ფილტვების ხმიანობის შეფასება, რადგან კორტიკოსტეროიდები იწვევს ნატრიუმის შეკავებას, რასაც თან ახლავს სითხის შეკავება და პულმონალური შეგუბება. ექთანი უნდა დააკვირდეს პულმონალურ შეგუბებას და ასწავლოს ქალს ამ გართულებების ნიშნები. ქალს აქვს ნასწავლი, რომ შეატყობინოს ნებისმიერი სახის ტკივილი ან სიმძიმე გულმკერდის არეში ან ნებისმიერი სახის სუნთქვის გაძნელება, რადგან ეს სიმპტომები შეიძლება მიანიშნებდეს პულმონალურ ედემას ან შესაძლო პნევმონიას. ტკივილი და შარდვის დროს წვა საშარდე გზების ინფექციის ის სიმპტომებია, რომელიც ხშირია ორსულობისას იმ შემთხვევაშიც კი, როცა არ ხდება სტეროიდების დანიშვნა.

წამლის გზამკვლევი

ბეტამეტაზონი, დექსამეტაზონი

კლასიფიკაცია: კორტიკოსტეროიდები

დანიშნულება: აჩქარებს ნაყოფის ფილტვის მომწიფებას, რომ შეამციროს რესპირატორული დისტრეს სინდრომის შემთხვევა და სიმძიმე. კვლევები ადასტურებს, რომ ანტენატალური სტეროიდები ამცირებს პარკუჭთაშუა ჰემორაგიისა და ნეონატალური სიკვდილიანობის შემთხვევებს ნაადრევ ახალშობილებში. ყველაზე დიდი სარგებელი არის ის რომ, როცა საწყისი დოზიდან და ნაადრევი ახალშობილის დაბადებამდე სულ მცირე 24 საათია გასული, უკვე შეინიშნება მედიკამენტის დადებითი ეფექტი.

დოზა და მიღების გზა

ბეტამეტაზონი: 12 მგ კუნთშიდა (IM) ორ დოზად , 24 საათის დაშორებით

დექსამეტაზონი: 6 მგ IM ყოველ 12 საათში ოთხი დოზით

შეწოვა: სწრაფად და სრულად კუნთშიდა ინექციის დროს

გამოყოფა : მეტაბოლიზირდება ღვიძლში, გამოიყოფა შარდში

უკუჩვენება: უკუჩვენებაა აქტიური ინფექცია, როგორიცაა ქორიოამნიონიტი. თუმცა, ამის დასამტკიცებლად მეტი კვლევაა საჭირო. ჯანმრთელობის ეროვნული ინსტიტუტი (NIH) რეკომენდაციას უწევს კორტიკოსტეროიდების გამოყენებას ქალებში, რომლებსაც აქვთ მემბრანების ნაადრევი დაღვრა (24- 34 კვირის გესტაციაზე). პედიატრიის ამერიკის აკადემია (AAP) და მეანობა-გინეკოლოგიის ამერიკის კოლეჯი (ACOG) ეთანხმება ჯანმრთელობის ეროვნულ ინსტიტუტს (NIH), რომ მედიკამენტის დანიშვნის პერიოდი იყოს 24 - 32 კვირის შუალედში. საგულისხმოა, რომ 32-33 კვირებშიც ასევე სასარგებლოა, თუმცა ამის მტკიცებულება ჯერ საკმარისად მყარი არ არის.

გამაფრთხილებელი ზომები: შესაძლო ინფექცია, ორსულობა, გართულებული დიაბეტით.

გვერდითი ეფექტები: მცირე, დაკავშირებულია მოკლე დროით მედიკამენტის გამოყენებასთან. ფილტვების შეშუპება შესაძლებელია გამოწვეული იყოს მეორეულად, ნატრიუმისა და სითხის შეკავებით.

პაციენტის მოვლისთვის გასათვალისწინებელი: აუხსენით ქალს კორტიკოსტეროიდების დანიშვნის პოტენციური სარგებელი ნაადრევ ახალშობილში. აუხსენით, რომ მედიკამენტი ვერ მოახერხებს ნაადრევი მშობიარობით გამოწვეული ყველა გართულების პრევენციას და სიმძიმის შემცირებას. თუ ქალს აქვს დიაბეტი, აუხსენით, რომ აუცილებელია სისხლში გლუკოზის ხშირი განსაზღვრა, რადგან კორტიკოსტეროიდების მიღების გამო შეიძლება მისმა დონემ აიწიოს. თრომბოციტებისა და სისხლის თეთრი უჯრედების დროებითი მომატება შეიძლება გაგრძელდეს 72 საათი. 20.000/mm3 მაღალი ლეიკოციტები მიანიშნებს ინფექციას. შეაფასეთ ფილტვების ხმიანობა. აღნიშნეთ ნებისმიერი სახის ტკივილი ან სიმძიმის შეგრძნება გულმკერდის არეში, ასევე, დისპნოეს შემთხვევა.

პაციენტის მოვლის პროცესის აპლიკაცია

ნაადრევი მშობიარობა

ნაადრევ მშობიარობაში მყოფი ქალის მოვლა ხშირად მოიცავს ტოკოლიტიკებით, კორტიკოსტეროიდებით ან ანტიბიოტიკებით თერაპიას. თუ მშობიარობის შეწყვეტა ვერ ხერხდება, მოვლა არის იგივე, როგორც სხვა მშობიარე ქალებში, დამატებითი ზრუნვა კი- გაითვალისწინოს და მზად ჰქონდეს ნაადრევი ახალშობილის საჭიროებები დაბადებისას. შეიძლება საჭირო გახდეს ფსიქოლოგიური მხარდაჭერა, რომელიც გამოწვეულია ახალშობილის მოუმწიფებლობით და იმის მოლოდინით, რომ შესაძლოა ახალშობილმა ვერ იცოცხლოს.

ოჯახზე ზრუნვა

როცა უკიდურესად ნაადრევი ახალშობილის (20-24 კვირის გესტაციის) დაბადებას ელიან, შეიძლება გართულებული იყოს სხვადასხვა კულტურისთვის დამახასიათებელი ეთიკური და ლეგალური საკითხებით. მაგალითად, რა არის გესტაციური ასაკის ზუსტი მაჩვენებელი? იყო დანიშნული კორტიკოსტეროიდები ნაყოფის ფილტვების მომწიფების დასაჩქარებლად და როდის იყო ბოლო დოზა მიცემული? თუ მშობიარობის შეჩერება ვერ ხერხდება, არის ნაყოფის მონიტორინგი საჭირო? ძალიან მოუმწიფებელი ნაყოფის მონიტორინგის არადამაკმაყოფილებელმა ნიშნებმა შეიძლება მშობლებისა და მომვლელების აღელვება გამოიწვიოს. თუმცა, ქალის მიერ ნაყოფის საპასუხო რეაქციების ცოდნა მშობიარობაზე ეხმარებათ ნეონატოლოგებს მიიღონ უკეთესი გადაწყვეტილება, თუ როგორ უმკურნალონ ახალშობილებს. დამატებით, ულტრაბგერის მიერ გესტაციური ასაკის განსაზღვრა ამ დროს აჩვენებს მნიშვნელოვან განსხვავებებს. ნაყოფი, რომელიც სავარაუდოდ 23 კვირის გესტაციისაა დაბადებამდე, შეიძლება შეფასდეს როგორც 25 კვირით ან უფრო მეტი ვადით დაბადების შემდეგ და მიიღოს უფრო მეტი მკურნალობა ვიდრე დაგეგმილი იყო, განსაკუთრებით თუ ქალს არ ჰქონდა ანტენატალური მეთვალყურეობა საავადმყოფოში შესვლამდე.

ზოგადი ზრუნვის მეთოდთა უმეტესობა, რომელთაც იყენებენ ნაადრევი მშობიარობის დროს, ასევე ესადაგება სხვა მაღალი რისკის მქონე ორსულებს. ქალს შეიძლება დასჭირდეს

მრავლობითი ჰოსპიტალიზაცია, ზოგჯერ შუაღამისას, რაც იწვევს ძილისა და ოჯახის რუტინის დარღვევას. ზოგიერთ შემთხვევაში, ქალებს შეიძლება გავლილი ჰქონდეთ რუტინული ანტენატალური ვიზიტები და შეიძლება შოკში ჩავარდნენ, როცა გაათვითცნობიერებენ, რომ იმყოფებიან ნაადრევ მშობიარობაში. ამ დროს ხშირად ურჩევენ აქტივობის შეზღუდვას, ზოგჯერ შეიძლება მოუწიოთ მუშაობის შეწყვეტა ორსულობის საუკეთესო გამოსავლის მისაღწევად. ამიტომ ეს ნაწილი ეთმობა ოჯახის ფსიქო-სოციალურ საკითხებს და ორსულის სახლში ზრუნვის მართვას.

ფსიქო-სოციალური პრობლემები

შეფასება

მთლიანი ოჯახი შეშფოთებულია იმ სტრესორებისგან, რომელიც დაკავშირებულია მაღალი რისკის მქონე ორსულობასთან. შეაფასეთ, თუ როგორ გადაიტანს ქალი და ოჯახი ამ კონკრეტულ კრიზისულ სიტუაციას. აღნიშნეთ მათი ყველაზე დიდი პრობლემები და პრიორიტეტი გაუკეთეთ პაციენტზე ზრუნვას. მაგალითად, ექთანმა უნდა უთხრას “თქვენი ორსულობის ასეთი განვითარება შეიძლება შოკის მომგვრელი იყოს”. კითხვები, რომელიც შემდგომ უნდა დაუსვას არის: “როგორ უმკლავდებით პრობლემებს?“ “როგორ უმკლავდებით კრიზისულ სიტუაციებს თქვენს ოჯახში?“ “რა გაწუხებთ ყველაზე მეტად ამ წუთას?“ ჩქარი სისწრაფით კითხვების დასმის ნაცვლად, ექთანმა უნდა დაუთმოს შესაბამისი დრო ქალს და უპასუხოს შეფასებისთვის აუცილებელ კითხვებს.

ქალს ან მის ოჯახს მოულოდნელი პრობლემების გამო შეიძლება ჰქონდეს ფიზიკური, ემოციური და კოგნიტიური შეფერხება. ემოციური დისტრესის ფიზიკური ნიშნები როგორიცაა კანკალი, გახშირებული გულისცემა და მოუსვენრობა შეიძლება ასევე იყოს ბეტა-ადრენერგიული მედიკამენტებისა და კორტიკოსტეროიდების გვერდითი ეფექტი. ქალმა შეიძლება გამოხატოს შიში, უმწეობა ან ცრურწმენა, იყოს გაღიზიანებული და ატირებული. მისი შესაძლებლობა, რომ კონცენტრირდეს, შესაძლოა შეზღუდული იყოს მაშინ, როცა ყველაზე მეტად სჭირდება ახალი ინფორმაციის მიღება.

როცა ქალს აქტივობა შეზღუდული აქვს, მისი პარტნიორი შეიძლება დაბნეული იყოს, რადგან მას უწევს სახლის საქმიანობის გაძღოლა. ბავშვები ხვდებიან მშობლების ნერვიულობას და შეიძლება ჰქონდეთ ქცევის ცვლილება ან აგრესია. შეიძლება თავს გრძნობდნენ მიტოვებულებად, თუ დროებით უწევთ დარჩენა ნათესავებთან ან მეგობრებთან.

ქალებს ხშირად უწევთ მუშაობის შემცირება ან შეწყვეტა, რაც ოჯახის ფინანსურ მდგომარეობაზე მოქმედებს. თუ მას არ აქვს ავადმყოფობის დღეების ანაზღაურება ან სხვა სარგებლები, ოჯახს შეიძლება მოუწიოს შემოსავლების უცაბედი კლება სამედიცინო დანახარჯების მატების პარალელურად. ქალის კარიერამ შეიძლება ვერ განიცადოს პროგრესირება, თუ მას ექნება სამსახურის გაცდენის გახანგრძლივებული პერიოდი. შეიძლება მოხდეს ქალის გადაყვანა სპეციალიზებულ კლინიკაში, სადაც აქვთ ნაადრევი მშობიარობის მოვლის უკეთესი შესაძლებლობა. დედის რეფერალი შორ დისტანციაზე და უფრო მაღალი დონის დედის მოვლის დაწესებულებაში, ართულებს შესაძლებლობას მიიღოს მხარდაჭერა მეგობრებისგან, ოჯახისგან ან მხარდამჯერი ჯგუფებიდან.

უცებ შეცვლილი ცხოვრების სტილის სიმშვიდით მიღება წარმოადგენს ოჯახის ინტერესს თავიანთი ბავშვის უკეთესი მდგომარეობისთვის. ქალის ყურადღება შეიძლება მიმართული იყოს ბევრი მიმართულებით, რათა დააკმაყოფილოს შვილების მოთხოვნა, მათი ვინც უკვე დაბადებულია და ასევე, ნაყოფის, რომელმაც უნდა მიაღწიოს მომწიფებულობას. ორსულები ასევე ნერვიულობენ წამლის შესაძლო გვერდით ეფექტზე, რამაც შესაძლოა უარყოფითი გავლენა მოახდინოს ნაყოფსა და თავად ორსულზე.

დაგეგმვა

ნებისმიერი ორსულობის გამოსავალი არასდროს არ არის გარკვეული, განსაკუთრებით თუ ორსულობა მაღალი რისკის შემცველია. მიზანი და შესაძლო გამოსავალი უნდა ფოკუსირდეს ოჯახის შესაძლებლობაზე გადაიტანონ ნაადრევი მშობიარობით გამოწვეული კრიზისი.

შესაბამისი მიზანი არის შემდეგი:

- ქალი და მისი ოჯახი იპოვის ერთ ან მეტ კონსტრუქციულ მეთოდს, რითაც შეძლებს გაუმკლავდეს ცხოვრების სტილის დროებით დარღვევას.

ჩარევა

ინფორმაციის მიწოდება

უცნობ პროცესთან დაკავშირებულ შფოთვას და შიშს ამცირებს ინფორმირებულობა. ჩართეთ ოჯახის წევრები (ქალის პარტნიორი, დედა ან დედამთილი, მოზრდილი დედმამიშვილები და სხვები, მაგრამ ეს შეიძლება განსხვავდებოდეს კულტურის მიხედვით). ამით ისინი შეძლებენ გამოხატონ თანადგომა. განსაზღვრეთ ქალის ცოდნის დონე ნაადრევი მშობიარობის შესახებ და იმ სპეციფიურ თერაპიაზე, რომელიც ამ დროს რეკომენდებულია. განსაზღვრეთ, თუ რა ინფორმაციის მიღება სურთ მშობლებს იმ პრობლემების შესახებ, რომლებთანაც ნაადრევ ნაყოფს შეიძლება მოუწიოს გამკლავება. გამოიყენეთ ეს შესაძლებლობა, რომ გამოასწოროთ არასწორი და გაუმყაროთ სწორი ინფორმაცია.

ზოგჯერ ქალს, ვისაც აქტივობის შეზღუდვას შესთავაზებთ, შეიძლება დაეწყოს მოუსვენრობა - თვლიდეს, რომ არაა საჭირო რამე სახით აქტივობის შეზღუდვა და აინტერესებდეს, მაგალითად, რა მანძილზე შეძლებს მოძრაობას.დაარწმუნეთ, რომ რეკომენდაცია აქტივობის შეზღუდვასთან დაკავშირებით შემცირდება მისი ორსულობის პროგრესირებასთან ერთად.

ლოკალური ჯგუფების ეროვნული მხარდამჭერი ქსელი (www.sidelines.org) არის ონლაინ ქსელი მთლიანი ქვეყნის მაშტაბით ქალებისთვის, რომლებიც არიან მაღალი რისკის მქონე ორსულები, მათ შორის, იგულისხმება ნაადრევი მშობიარობის რისკი. ეს საიტი შეიცავს ინფორმაციას ორსულობის მიერ გამოწვეული გართულებების შესახებ, რაც შედგება სტატიების, ინფორმაციებით დაზღვევის კომპენსაციებისა და ასევე კონტაქტებისგან.

ინტერესის გამოხატვის შესაძლებლობის მიცემა

გაამხნევეთ ქალი და მისი ოჯახი გამოხატონ ინტერესი მათთვის საინტერესო საკითხებზე. დაიწყეთ ინტერესის სფეროების გამორკვევა ქალთან, რომელსაც აქვს ორსულობასთან დაკავშირებული პრობლემები. მაგალითად, “ქალთა უმრავლესობა ნერვიულობს როდის უნდა შეწყვიტოს მუშაობა, როგორ იმოქმედებს ეს ოჯახზე?” ღია კითხვები შანსს აძლევს ქალსა და მის ოჯახს გამოხატოს საკუთარი გრძნობები. მათ შეუძლიათ შემდეგი ნაბიჯის გადადგმა: გაარკვიონ კონსტრუქციული მეთოდი, რომელიც სიტუაციის დაძლევაში დაეხმარებათ. სოციალურ მუშაკთან კოლაბორაციამ შეიძლება საშუალება მისცეს ფინანსური ან სხვა შესაძლო ადგილობრივი რესურსის გამოყენებისა. ჰკითხეთ, ხომ არ სურს მღვდელთან ვიზიტი.

ასწავლეთ, თუ რა შეიძლება მოხდეს ნაადრევი მშობიარობის დროს

რადგან ნაადრევი მშობიარობა, მიუხედავად ყველა სახის ჩარევისა, ხშირად მაინც ხდება, რითაც გესტაციური ვადის თუნდაც მცირედით გაზრდის საშუალება ეძლევათ, ორსული ქალი და მისი პარტნიორი მზად უნდა იყვნენ ამ შესაძლებლობისთვის. თუ საავადმყოფოს აქვს ნეონატალური ინტენსიური ზრუნვის განყოფილება (NICU), ექთანი ხშირი ვიზიტების საშუალებით მშობლებს უხსნის, თუ რა შეიძლება დაემართოს მათ ახალშობილს ნაადრევად დაბადების შემთხვევაში. ერთი ან ორივე მშობელი შეიძლება წავიყვანოთ განყოფილების დასათვალიერებლად, რომ დაათვალიერონ აპარატურა და გაეცნონ მოვლას, რაც ნაადრევ ახალშობილს უტარდება. ხშირად, ქალს ახალშობილის ნახვა NICU-ში, მოტივაციას აძლევს შეასრულოს რეკომენდებული თერაპია, თუნდაც უკვე დაღლილი იყოს.

ქალს, რომელსაც დაგეგმილი ჰქონდა მშობიარობა ისეთ კლინიკაში, სადაც NICU არ არის, მშობიარობამდე უნდა განხორციელდეს რეფერალი იმ დაწესებულებაში, სადაც ამ სახის განყოფილება არსებობს, რაც ზრდის შანსს ნაადრევ ახალშობილზე დროული ზრუნვის დასაწყებად. ასევე, თუ მშობაირობამდე დარჩენილი დრო არაა საკმარისი, შესაძლებელია ახალშობილის გადაყვანა, ან თუ ახალშობილს აქვს იმაზე მეტი პრობლემა, ვიდრე ეს ნავარაუდები იყო. დედის და/ან ახალშობილის ჰოსპიტალიზაცია შორ მანძილზე ზრდის ოჯახის სტრესს.

გამოკვლევა

მოსალოდნელი გამოსავალი ამ დიაგნოზისთვის მიიღწევა, თუ ქალსა და მის ოჯახს შეუძლიათ მიგნება ერთი ან მეტი კონსტრუქციული მეთოდისა, რითაც შეძლებენ გაუმკლავდნენ ნერვიულობას. თუ მაღალი რისკის შემცველი ორსულობის სიტუაცია გახანგრძლივდა ან ოჯახს აქვს სირთულეები შეგუების სიტუაციასთან მიმართებაში, უფრო მისაღები შეიძლება იყოს დიაგნოზი: "შეწყვეტილი საოჯახო პროცესები".

სახლში მოვლის მართვა

შეფასება

მაღალი რისკის ორსული ქალის მოვლა, ხშირად ხდება მათივე სახლებში, თუ გესტაცია საკმარისად მიღწეულია, ასევე, ნაადრევი მშობიარობის ნიშნები და სიმპტომები შესამჩნევად შემცირებულია. ყოველდღიური სახლის საქმეების უმეტესობას თვითონ ქალი უმკლავდება, რაც ზოგჯერ შემოიფარგლება მიმართულების მინიშნებით სხვების მიმართ. თუმცა, როცა ნაადრევი მშობიარობის რისკი იზრდება, ოჯახის როლი ხშირად დარღვეულია, რადგან იცვლება ურთიერთობები ოჯახის წევრებს შორის. ამიტომ, სახლში ზრუნვის დროს მრავალი პროფესიონალი გუნდურად მუშაობს: მზრუნველი ექთნები და ასისტენტები, სოციალური მუშაკები, თერაპევტები (ფიზიკური, სამსახურებრივი) და სხვები.

გაარკვიეთ ექიმის მიერ რეკომენდებული აქტივობის დონე და განსაზღვრეთ თითოეული ოჯახის წევრის როლი სახლში. ამის საუკეთესო გზაა ქალს სთხოვოთ აღწეროს მისი ჩვეულებრივი დღე, სანამ რამე შეზღუდვას დაუწესებთ. გაარკვიეთ სახლში მყოფი ბავშვების ასაკი და რაოდენობა.

გამოიკვლიეთ სახლი, ვიზუალური ინსპექციით ან ოჯახის წევრებისთვის კითხვების დასმით. აქვს თუ არა სახლს ან ბინას ერთზე მეტი სართული. გაარკვიეთ, არის თუ არა ტელეფონი საჭიროების დროს სასწრაფოსთან დასაკავშირებლად. თუ ქალი მუშაობს, შეუძლია თუ არა მას იმუშაოს ონლაინ.

შეაფასეთ ოჯახის წევრთა სურვილები და მათი რესურსი. შეეკითხეთ, არიან თუ არა სიახლოვეს საჭიროების შემთხვევაში ოჯახის წევრები ან მეგობრები. გაარკვიეთ, ადგილობრივი მხარდამჭერი ჯგუფების ან დედების ასოციაციის არსებობის შესახებ, რომლებსაც ოჯახი შეიძლება დაეკონტაქტოს დახმარებისთვის. გაარკვიეთ ფინანსური კომპენსაცია, რომელიც შეიძლება არსებობდეს სადაზღვეო შემოთავაზებაში.

პაციენტის მოვლასთან დაკავშირებული დიაგნოზი

არჩეული დიაგნოზია ოჯახური ცხოვრების რუტინის შენარჩუნების შეზღუდვა, რაც დაკავშირებულია „ყოველდღიური ფუნქციებისა და პასუხისმგებლობის ცვლილებებთან".

დაგეგმვა

მიზანი და მოსალოდნელი გამოსავალი არის დიაგნოზის შესაბამისი. მოკლე დროში განსაზღვრული მიზანი შეიძლება შეიცვალოს დროთა განმავლობაში, თუ ქალი შეინარჩუნებს ორსულობას.

- მოკლე დროში განსაზღვრული მიზანი: ოჯახი გამოავლენს ყოველდღიური საოჯახო რუტინის გამკლავების მეთოდს;
- ხანგრძლივ დროში განსაზღვრული მიზანი: ქალს შესაძლებლობა ექნება შეინარჩუნოს რეკომენდებული აქტივობის დონე და მედიკამენტური თერაპია.

ჩარევა

ორსულობისას ნაადრევი მშობიარობის ან სხვა გართულებების საშიშროება, რაც საჭიროებს აქტივობის შეზღუდვას, არის თვით-მოგვარებადი სიტუაცია, რომლის დროებით დარეგულირება შედარებით მარტივია. ოჯახურ რუტინაში საჭირო ცვლილებები უფრო ხშირად ხა-

ნმოკლეა, თუმცა ზოგჯერ შეიძლება გაგრძელდეს რამდენიმე კვირის განმავლობაში. ხშირად შეზღუდვები შედგება მხოლოდ დღის განმავლობაში დასვენებისგან, თუმცა ქალს მაინც არ შეუძლია სრულად შეასრულოს თავის ყოველდღიური ფუნქციები. ქალისთვის, რომლისთვისაც რეკომენდებულია უფრო შეზღუდული აქტივობა, ცხოვრების რიტმიდან ამოვარდნა ხშირად დამთრგუნველია.

ბავშვებზე ზრუნვა

ქალს, რომელსაც ჰყავს ბავშვები, აქვს განსხვავებული პრობლემური ინტერესები, ვიდრე ქალს, რომელსაც არ ჰყავს ბავშვები. მცირე ასაკისა და სკოლამდელი ბავშვები ხშირად ვერ ხვდებიან თუ რატომ აღარ თამაშობენ მათი დედები მათთან ერთად ჩვეულებისამებრ. მცირეწლოვანმა ბავშვებმა შეიძლება თავი იგრძნონ მიტოვებულებად, თუ ორივე მშობელი არ არის მათ გვერდით.

სკოლის ასაკის ბავშვებმა შეიძლება უკეთესად გაიგონ სიტუაცია და ხშირად ეხმარებიან კიდეც მშობლებს სხვა ბავშვების მოვლაში, მაგრამ არ უნდა მოხდეს მათი ფუნქციების გათანაბრება მოზრდილი ადამიანის ფუნქციებთან. მათ ხშირად უსამართლობის განცდა ეუფლებათ, როცა იმაზე მეტი ევალებათ, რაც მათი ასაკისთვის შეუსაბამოა. სკოლის ასაკის ბავშვებს ხშირად სიამოვნებთ ახალი ფაქტების სწავლა დედის ორსულობის შესახებ და ასევე იმ ტესტების შესახებ, რაც ბავშვს შეიძლება დასჭირდეს.

მოზარდებმა შეიძლება სიამოვნებით მიიღონ მშობლების მიერ გამოცხადებული ნდობა, მაგრამ, ამავდროულად, შეიძლება არ მოეწონოთ, რომ მოხდა შეჭრა მათ დამოუკიდებელ აქტივობებში. თინეიჯერებს, რომლებსაც შეუძლიათ მანქანის ტარება, შეიძლება დიდი დახმარება გაუწიონ უმცროს დედმამიშვილებს სკოლაში ან სხვა აქტივობებზე წაყვანით. შესაძლოა მათი ჩართვა საკვები პროდუქტების ყიდვისა და საკვების მომზადებისას. თუ მათი აღშფოთება გაიზრდება, იმის შეხსენებით, რომ სიტუაცია დროებითია და ისინი მნიშვნელოვან თანამონაწილეობას იღებენ ბავშვის ჯანმრთელობის შენარჩუნებაში, შეიძლება განიმუხტოს სიტუაცია.

საოჯახო საქმეების შენარჩუნება

პირველი ნაბიჯი ქალისთვის საოჯახო საქმეების შენარჩუნებისთვის ამ პერიოდის განმავლობაში შეიძლება იყოს სტანდარტების შემცირება სახლის დალაგებისას. შესაძლოა ნივთები არ იყოს იმდენად სუფთა და ორგანიზებული, როგორც ყოველთვის. პარტნიორმა შეიძლება რომელიმე საოჯახო მოვალეობა შეითავსოს, მაგრამ ამან შეიძლება ხელი შეუშალოს მის სახლის გარეთ არსებულ მოვალეობებს. ესაუბრეთ ქალს იგნორირება გაუკეთოს საშინაო საქმეებს, რომლის გაკეთებასაც ისე ვერ ახერხებს, როგორც მას სურს და შეახსენეთ, რომ ეს სიტუაცია დროებითია.

რჩევა მიეცით, რომ სიის სახით ჩამოწერილი ჰქონდეს საოჯახო სამუშაოები, იმ შემთხვევისთვის, თუ ოჯახის წევრი ან მეგობარი დახმარებას შესთავაზებს: ,,შემიძლია რამით დაგეხმარო?“ თუ მათ შეუძლიათ, რომ საკვები მოუტანონ ან სარეცხი გაურეცხონ, წაახალისეთ, რომ მიიღოს ეს დახმარება. შეახსენეთ, რომ ადამიანები, რომლებიც დახმარებას სთავაზობენ, ამას გულისხმობენ და თავადაც შეუძლიათ შემდგომში სხვისი დახმარება.

სკოლის ასაკის ბავშვების ტრანსპორტირება შეიძლება გახდეს პრობლემა, თუ ოჯახის წევრი ან მეგობარი ვერ ახერხებს, მაშინ სკოლის ექთანი ან მშობელი-მასწავლებლის ასოციაცია შეიძლება დაეხმაროს ვინმეს პოვნაში, ვინც ბავშვებს ატარებს სკოლაში ყოველდღე.

შეფასება

მოკლე დროში განსაზღვრული მიზნის გამორკვევა და მოსალოდნელი გამოსავლის პოვნა ეხმარება ექთანსა და პაციენტს, სადაც ასევე ჩართულია ოჯახიც, გადაწყვეტილების მიღებაში უცაბედი საჭიროების შემთხვევაში.

- მოკლე დროში განსაზღვრული მიზანი მიღწევადია, თუ ოჯახს შეუძლია რეალური გზების პოვნა მინიმალური საოჯახო საქმეების მოსაწესრიგებლად.

- ხანგრძლივი მიზანი მიღწევადია, თუ ქალს შეუძლია შეინარჩუნოს დანიშნული თერაპია მშობიარობამდე.

მოწყენილობა

შეფასება

აქტივობების შემცირების გამო, განსაზღვრეთ რა უნარები აქვს ქალს მოწყენილობის გადასატანად. ასევე, წოლითი რეჟიმი გესტაციის გასახანგრძლივებლად ხშირად მოკლე ხნიანია, რადგან კითხვის ნიშნის ქვეშაა სარგებელი და ცნობილი პრობლემები, თუმცა მცირედი აქტივობის შემცირება მაინც რეკომენდებულია. ექთანი უნდა დაეხმაროს ქალს აირჩიოს შესაფერისი აქტივობა, სახლში იქნება თუ საავადმყოფოში.

შეეკითხეთ აქტივობების შესახებ, რასაც აკეთებს ყოველდღიურად; შეიძლება ზოგიერთი რამის გაკეთება ისევ შეძლოს შეზღუდვების განმავლობაში. შეეკითხეთ ჰობზე, აწმყოსა და წარსულში. რითია დაკავებული თავისუფალ დროს, რას აკეთებს სიამოვნებით? რომელი აქტივობის გაკეთებაა ხელმისაწვდომი და შესაძლებელი ? აქვს თუ არა ერთზე მეტი მოსასვენებლი ადგილი, რომ შეიცვალოს გარემო და აქტივობები?

შეაფასეთ მისი პიროვნული მახასიათებლები: არის თუ არა მშვიდი და თავშეკავებული, ინარჩუნებს თუ არა სიმშვიდეს, რაც არ უნდა მოხდეს? თუ სჭირდება, რომ სულ დაკავებული იყოს, უმეტესს დროს? რაც არ უნდა მოტივირებული იყოს, ქალმა თუ აქტივობის შეზღუდვის გამო მოიწყინა, მაინც ძნელი გასაკეთებელი იქნება.

პაციენტის მოვლასთან ასოცირებული დიაგნოზი

დიაგნოზი არის "ყურადღების გადატანის აქტივობების სიმცირე, რომელიც დაკავშირებულია ორსულობის პერიოდში სპეციფიური აქტივობების ცოდნის ნაკლებობით, შეზღუდვების დაწესების დროს".

დაგეგმვა

შესაძლო, მოსალოდნელ გამოსავალს წარმოადგენს ის ფაქტი, როცა ქალი შეასრულებს შემდეგს:

- შესაბამისი აქტივობების განხორციელება (სხვების დახმარებით), რომ შემცირდეს მოწყენილობა რეკომენდებული აქტივობების შეზღუდვის განმავლობაში.

ჩარევა

შესაფერისი აქტივობების შერჩევა

გაარკვიეთ ქალის აღქმა საჭირო აქტივობის შეზღუდვაზე, რომ განსაზღვროთ გაურკვევლობა და გაამყაროთ სწორი ინფორმაცია. დაეხმარეთ, გაარკვიოს თუ რომელი აქტივობაა მისაღები, რომელი არ უნდა გააკეთოს და რატომ. თუ ის რაციონალურად გაიგებს, უფრო მოისურვებს შეზღუდვების შენარჩუნებას.

ზოგიერთი ქალი აგრძელებს სამუშაო აქტივობებს, როგორიცაა საბუთებთან მუშაობა ან სატელეფონო ზარები, რომლის გაკეთებაც შესაძლებელია მინიმალური ფიზიკური დატვირთვით. კოლეგებთან და კლიენტებთან მუშაობა შეიძლება ონლაინ რეჟიმში მოხერხდეს. სამუშაოს ბოლო ვადის მოახლოებამ შეიძლება გაზარდოს სტრესი, თუნდაც სახლში. თუმცა, სარგებლიანობის შეგრძნება, რასაც იღებს ესეთი აქტივობებით, შეიძლება სასარგებლო იყოს, რადგან შეამსუბუქებს მცირეოდენ ფინანსურ პრობლემას.

კომპიუტერით კომუნიკაციის გამოყენება შესაძლებელია სამსახურისთვის და, ასევე, სხვა ქალებთან დასაკავშირებლად, ვისაც იგივე პრობლემა აწუხებს ან გართობის მიზნით გამოყენება, როგორიცაა თამაში სხვა მომხარებლებთან ერთად. ინტერნეტის გვერდები, თუ სწორად იქნება შერჩეული, აწვდის ინფორმაციას ქალს ჯანმრთელობაზე, თუ რას უნდა ელოდოს დიაგ-

ნოსტიკური ტესტებისა და ნაადრევი მშობიარობის მკურნალობისგან, საკუთარი შვილის ზრუნვის შესახებ სპეციალურ საბავშვო განყოფილებაში.

დაეხმარეთ ქალს, აღმოაჩინოს შესაფერისი აქტივობა, რათა იყოს დაკავებული და პროდუქტიული. ეს შეიძლება შედგებოდეს საოჯახო საქმეებით, რომლის გაკეთება შესაძლებელია მოსვენებულ მდგომარეობაში, სახალისო საქმიანობა, როგორიცაა სატელეფონო ზარებით და თავისუფალ დროს გასაკეთებელი აქტივობები, როგორიცაა გამოცანები, თამაშები და ხელსაქმეები (ქარგვა, ქსოვა, კერვა).

ქალს შეუძლია ბავშვებთან ერთად მონაწილეობა მიიღოს ბევრ აქტივობაში დასვენების პერიოდში. მას შეუძლია წიგნი წაუკითხოს ან ეთამაშოს სამაგიდო თამაშები ან კარტი, წაახალისეთ დაეხმაროს ბავშვებს საშინაო დავალებების გაკეთებაში და სტიმულაცია გაუკეთოს აზრების გაცვლა-გამოცვლის, დისკუსიების განვითარებას. ბავშვებთან ერთად ვიდეო თამაშები შეიძლება დაეხმაროს მათ თამაშის დროს ისწავლონ.

შეცვალეთ გარემო

წაახალისეთ ქალი, რომ შეარჩიოს სულ მცირე ორი ადგილი, სადაც დაისვენებს. ადგილმდებარეობის ცვლილება ეხმარება ქალს შეამციროს აქტივობა და ამავდროულად თავი იგრძნოს ოჯახის აქტივობაში ჩართულად. თითოეული ადგილი უნდა შეიცავდეს ბალიშებს, პლედებს და საწერ დაფას. ლეპტოპის ტარება შესაძლებელია ადგილიდან ადგილზე. პატარა საგორავებელი პლასტმასის ურიკა შესაძლებელია გამოიყენოს პატარა ნივთების ერთად მოსათავსებლად. ეს ურიკები შეიძლება ბავშვის დაბადების მერეც გამოიყენოს ნებისმიერი საოჯახო საჭიროებისთვის. იდეალურ შემთხვევაში ტელეფონი უნდა იყოს ხელმისაწვდომ ადგილას, შეუძლია გამოიყენოს და თან ატაროს მობილური ტელეფონი- მნიშვნელოვანი კონტაქტების პროგრამირებით ან ჩაწერით, როგორიცაა ოჯახის წევრები, მეგობრები, ექიმები და სასწრაფო ნომრები. სატელეფონო კონტაქტების მარტივად ხელმისაწვდომობა სასწრაფო სიტუაციების დროს და ასევე, სოციალური პრობლემების მოსაგვარებლად, ამშვიდებს ოჯახს.

შეფასება

მიზანი მიღწეულია დროის განმავლობაში, თუ ქალი გეგმის მიხედვით აკეთებს მხოლოდ შესაფერის აქტივობებს.

გახანგრძლივებული ორსულობა

ორსულობას ეწოდება გახანგრძლივებული, თუ ის გრძელდება 42 კვირაზე მეტ ხანს. ქალთა უმეტესობა, რომლებიც იღებენ ანტენატალურ მეთვალყურეობას და ზუსტად აქვთ დადგენილი ვადები, არ ელოდებიან 42 კვირას. მანამდე ხდება მათი მშობიარობის ინდუცირება - საშუალო გესტაციური ასაკი სრულ ვადაზე. გახანგრძლივებული ორსულობის ზოგიერთი შემთხვევა არის მშობიარობის სავარაუდო დროის (EDD) არასწორი გამოთვლა, რადგან ზოგიერთ ქალს აქვს არარეგულარული მენსტრუალური ციკლი და ბოლო მენსტრუაციის თარიღი არ ახსოვთ. ანტენატალური მეთვალყურეობის დაგვიანებული ან საერთოდ არ ქონა ამცირებს კლინიკური მეთოდების გამოყენებას, როგორიცაა ულტრაბგერა, რომელიც გამოსადეგია მშობიარობის სავარაუდო დროის უკეთესად დასადგენად და თავიდან აცილებს სავარაუდო პრობლემებს, რომელიც დაკავშირებულია გახანგრძლივებულ ორსულობასთან.

გართულებები

პლაცენტის ფუნქციის უკმარისობა, გამომდინარე მისი მომწიფებითა და ინფარქტით, ამცირებს ჟანგბადისა და საკვები ნივთიერებების გადასვლას ნაყოფში და ასევე ნარჩენი ნივთიერებების მოცილებას. რადგან ნაყოფს პლაცენტის უკმარისობით, აქვს ნაკლები რეზერვი გაუძლოს საშვილოსნოს შეკუმშვებს, ნაყოფის არაკეთილსაიმედო მდგომარეობის ნიშნები, როგორიცაა გვიანი დეცელერაცია და შემცირებული ვარიაბელობა შეიძლება განვითარდეს მშობიარობის დროს. დამატებით, ამნიონური სითხის შემცირებულმა მოცულობამ (ოლიგოჰიდრამნიონი), რომელიც ხშირად თან ახლავს პლაცენტის უკმარისობას, შეიძლება გამოიწვიოს ჭიპლარის კომ-

პრესია. ამნიონურ სითხეში გადასულმა მეკონიუმმა შეიძლება გამოიწვიოს რესპირატორული დისტრესი ახალშობილებში, თუ მოხდა მისი ასპირაცია. ახალშობილს შეიძლება ჰქონდეს გვიანი ზრდის შეფერხება და აშკარა იყოს წონაში კლება, ნორმალური ზომის თავითა და თხელი სხეულით.

ბევრ ვადაგადაცილებულ ახალშობილს არ აქვს პლაცენტის უკმარისობა და შეიძლება გააგრძელოს ზრდა. თუ ახალშობილი გაიზრდება, ქალსა და ნაყოფს შეიძლება ჰქონდეთ პრობლემა, რაც დაკავშირებული იქნება დისფუნქციურ მშობიარობასთან, პოსტპარტუმ პერიოდში საშვილოსნოს არასაკმარის შეკუმშვებთან, რომ გააკონტროლოს სისხლდენა და დაზიანება.

ფსიქოლოგიურად, ქალი ხშირად გრძნობს თითქოს მისი ორსულობა არასდროს არ დასრულდება. დამატებით დაღლა, რაც თან ახლავს ორსულობას, რომელიც მნიშვნელოვნად ხანგრძლივდება სავარაუდო მშობიარობის დღისგან, ამცირებს მის რესურს გაუძლოს დამატებით სტრესსა და შფოთვას მშობიარობის განმავლობაში.

თერაპიული მართვა

თუ ქალს არ ჰქონია ანტენატალური მეთვალყურეობა ან მიიღო მხოლოდ ორსულობის გვიან პერიოდში, თერაპიული მართვა იწყება ზუსტი გესტაციის სწორად დადგენით. რამდენიმე ნიშანი, რომ გამოვკვეთოთ გესტაცია, როგორიცაა ულტრაბგერითი გამოკვლევა, საშვილოსნოს ფუძის სიმაღლის გაზომვა, ნაყოფის მოძრაობის თარიღი და პირველად ნაყოფის გულისცემის ტონების მოსმენა არაგამაძლიერებელი სტეტოსკოპით ან დოპლერით, შეიძლება გამოტოვებული იყოს, რადგან ქალი ანტენატალურ მეთვალყურეობას იწყებს ძალიან გვიან. ასევე, შეიძლება ქალს დავიწყებული ჰქონდეს მისი ბოლო მენსტრუაციის თარიღი ან შეიძლება ჰქონდეს არარეგულარული მენსტრუალური ციკლი.

მართვაში გადაწყვეტილების მიღებისას მნიშვნელოვანი ფაქტორია როგორ ვითარდება ნაყოფი საშვილოსნოში. თუ ანტენატალური პერიოდის ტესტებმა, როგორიცაა ბიოფიზიკური პროფილი, გვაჩვენა რომ ნაყოფი კარგ მდგომარეობაშია და პლაცენტის ფუნქცია არ არის შემცირებული, მშობიარობის მიმღებმა პირმა შეიძლება აირჩიოს უფრო კონსერვატიული მიდგომა და საშუალება მისცეს მშობიარობას განვითარდეს ბუნებრივად.

თუ გესტაცია დანამდვილებით ვადაგადაცილებულია და არ არსებობს ნაყოფის ისეთი მდგომარეობა, რომელიც საჭიროებს სასწრაფო მშობიარობას, ამ დროს მართვა დამოკიდებულია საშვილოსნოს ყელის მდგომარეობაზე მშობიარობის ინდუქციისთვის. ხშირ შემთხვევაში სასურველია ინდუქციის დაწყება. თუ ყელი მზად არ არის, მაშინ მზრუნველი პირი იწყებს ყელის გახსნის პროცედურას ყელის დარბილებით.

პაცინეტის მოვლასთან დაკავშირებული მსჯელობა

ორსული ქალის მოვლა გახანგრძლივებული ორსულობით მიბმულია სამედიცინო მართვასთან. ექთნის ფუნქცია არის შემდეგი:

- ქალის სწავლება იმ პროცედურის შესახებ, როგორიცაა ანტენატალური ტესტები და მშობიარობის ინდუქცია;
- ქალის ფსიქოლოგიური და ფიზიკური გადაღლის დროს მხარდაჭერა;
- სპეციფიური პროცედურების დროს, როგორიცაა მშობიარობის ინდუქცია, პაციენტის შესაბამისი მოვლა.

ინტრანატალურ პერიოდში განვითარებული კრიტიკული სიტუაციები

პლაცენტის ანომალიები

ქალებს, რომელთაც აღენიშნებათ პლაცენტის ანომალიები, ახასიათებთ ჰემორაგია მშობიარობამდე ან მშობიარობის განმავლობაში. პლაცენტის წინმდებარეობა (ანომალიური იმპლანტაცია პლაცენტის საშვილოსნოს ქვედა ნაწილში) ხშირად დაკავშირებულია პათოლოგიურად მიმაგრებულ პლაცენტასთან (შეზრდილი პლაცენტა). შეზრდილი პლაცენტის ყველაზე დიდი რისკია საშვილოსნოზე ჩატარებული ქირურგიული ოპერაცია, ხშირად ერთი ან მეტი საკეისრო

კვეთა. შეზრდილმა პლაცენტამ შეიძლება გამოიწვიოს უცაბედი ინტრანატალური ჰემორაგია ან ჰემორაგია დაბადებიდან მალევე, რადგან პლაცენტა არ სცილდება სრულად, ხშირად რჩება მცირე ფრაგმენტი, რაც იწვევს საშვილოსნოს სრულად შეკუმშვის პრევენციას. უფრო მძიმე ხარისხით მიმაგრება ხდება, როცა პლაცენტა ჩაიზრდება კუნთებამდე (პლაცენტა ინკრეტა) ან მთლიანი საშვილოსნოს კედელს გაივლის (პლაცენტა პერცრეტა). შეიძლება საჭირო გახდეს ჰისტერექტომია, თუ პლაცენტის დიდი ნაწილი პათოლოგიურად ჩაზრდილია.

ჭიპლარის მარყუჟის გამოვარდნა

მემბრანების გახევის შემდეგ ჭიპლარის მარყუჟი ჩამოსრიალდება ქვემოთ, რა დროსაც კომპრესირდება ნაყოფსა და მენჯს შორის (სურათი 12-7), ის შეიძლება გამოვარდეს უცებ სითხის გამოსხმასთან ერთად ან მემბრანების გახევიდან მცირე დროის გასვლის შემდეგ. ჭიპლარში სისხლის მიდინების შეწყვეტა ხელს უშლის ნაყოფის ოქსიგენაციას და პოტენციურად სასიკვდილოა.

მიზეზები

ჭიპლარის მარყუჭის გამოვარდნა უფრო მეტად მაშინ ხდება, როცა ნაყოფის წინამდებარე ნაწილი და დედის მენჯი ერთმანეთს კარგად არ ერგება. როცა თანხვედრა კარგია, ნაყოფი ავსებს მენჯს და ტოვებს მცირე ადგილს ჭიპლარისთვის, რომ ჩამოსრიალდეს. მიუხედავად იმისა, რომ ჭიპლარის გამოვარდნა შეიძლება მოხდეს ნებისმიერი მშობიარობის დროს, უფრო მეტად შესაძლებელია შემდეგ მდგომარეობებში:

- ნაყოფი რჩება ჩადგმის მაღალ დონეზე;
- ძალიან პატარა ნაყოფი;
- ჯდომით მდებარეობა (უფრო ფეხით წინმდებარეობის დროს, რადგან ტერფები და ფეხები პატარა ზომისაა და ვერ ავსებს მენჯს მთლიანად);
- განივი მდებარეობა;
- ჰიდრამნიონი (ხშირად დაკავშირებულია ანომალიურ პოზიციასთან, ასევე უჩვეულოდ დიდი რაოდენობით სითხე წარმოქმნის მეტ დაწოლას, რომ მოხდეს ჭიპლარის გამოვარდნა).

დამალული ქიპლარის გამოვარდნა

ქიპლარის კომპრესირება ხდება ნაყოფის წინამდებარე ნაწილსა და მენჯს შორის , მაგრამ არ ჩანს და არ შეიგრძნობა ვაგინალური გასინჯვის დროს

ჭიპლარის გამოვარდნა ნაყოფის თავის წინ

ქიპლარი არ ჩანს, მაგრამ შეიგრძნობა როგორც პულსური მასა ვაგინალური გასინჯვის დროს.

სრული ჭიპლარის გამოვარდნა

გამოვარდნილი ჭიპლარის დანახვა შესაძლებელია ვაგინიდან

სურათი 12-7 , გამოვარდნილი ქიპლარის სახეობები

ჭიპლარის გამოვარდნის ნიშნები

ჭიპლარის გამოვარდნა შესაძლოა იყოს სრული, როცა მარყუჟი კარგად ჩანს ვაგინაში. გამოვარდნილი ჭიპლარის მარყუჟი შეიძლება არ იყოს ხილვადი, მაგრამ პალპაციით ხდებოდეს მისი გასინჯვა ვაგინალური გამოკვლევის დროს - პულსაციის შეგრძნება ხდება სინქრონულად ნაყოფის გულისცემასთან ერთად. ჭიპლარის ფარული გამოვარდნა ხდება, როცა ჟიპლარის მარყუჟი ნაყოფის თავის და მხრების გასწვრივ ჩამოსრიალდება. მარყუჟის გამოვარდნის პალპაცია ან ნახვა ვერ ხერხდება, მაგრამ ვარაუდი შეიძლება, რადგან ხდება ნაყოფის გულისცემის სიხშირის ცვლილება, როგორიცაა შენარჩუნებული ბრადიკარდია ან ვარიაბელური დეცელერაცია.

უსაფრთხოების ზომები

ფაქტორები, რომელიც ზრდის ჭიპლარის გამოვარდნის რისკს:

- დარღვეულ მემბრანები და ნაყოფის წინამდებარე ნაწილი მაღალი ჩადგმის დონეზე;
- ნაყოფი, რომელიც ცუდად ერგება მენჯის გამოსასვლელს, მისი მცირე ზომის ან პათოლოგიური მდებარეობის გამო;
- ამნიონური სითხის ზედმეტი მოცულობა (ჰიდრამნიონი).

თერაპიული მართვა

საექიმო და საექთნო მოვლა ხშირად ერთმანეთს ავსებს, როგორც ხდება მრავალი კრიტიკული მდგომარეობის დროს. ჭიპლარის მარყუჟის გამოვარდნას აღმოაჩენს ექიმი ან ექთანი. მშობიარობა თითქმის ყოველთვის სრულდება საკეისრო კვეთის გზით, თუ ვაგინალური გზით მშობიარობა უფრო სწრაფად და ნაკლებ ტრავმულად არ მოხდა. თუ ნაყოფის სიკვდილი განვითარდა მანამ, სანამ პაციენტი მივა დანიშნულების ადგილას, მართვა ფოკუსირდება დედის საუკეთესო მოვლაზე, რაც დამოკიდებულია სხვა გართულებებზეც.

როცა ჭიპლარის მარყუჟის გამოვარდნა ხდება, პრიორიტეტი არის ჭიპლარზე წნევით დაწოლის შემცირება დაბადებამდე სისხლის მიმოქცევის გასაუმჯობესებლად. არცერთმა ამ ინტერვენციამ არ უნდა მოახდინოს შესაძლო ცოცხალი ნაყოფით მშობიარობის გადადება. დააჭირეთ გამოსაძახებელ ღილაკს დახმარებისთვის. სხვებმა უნდა დაუძახონ ექიმს და მოამზადონ მშობიარობისთვის პაციენტი, სანამ ექთანი ზრუნავს ქალზე, რომ მოახდინოს ჭიპლარზე ზეწოლის შემცირება. თუ ექიმი ან ექთანი, ბებიაქალი ასე არ აკეთებს, უნდა ეცნობოს ნეონატალურ ექთნებს ან ნეონატოლოგს და პერსონალი მზად უნდა იყოს ახალშობილის რეანიმაციისთვის.

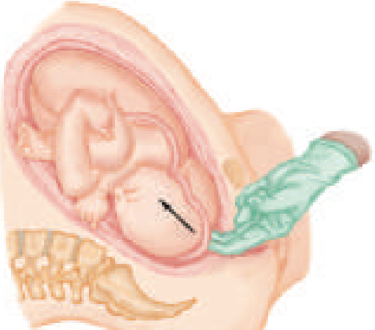
სწრაფი ქმედება ამცირებს ჭიპლარზე ზეწოლას და ზრდის ნაყოფის ოქსიგენაციას:

1. ქალის მენჯ-ბარძაყის უფრო მაღალ დონეზე პოზიციონირება, ვიდრე მისი თავია, გადასწევს ნაყოფის წინამდებარე ნაწილს დიაფრაგმისკენ. შეიძლება გამოყენებული იყოს ნებისმიერი ქვემოთ ჩამოთვლილი მეთოდი:

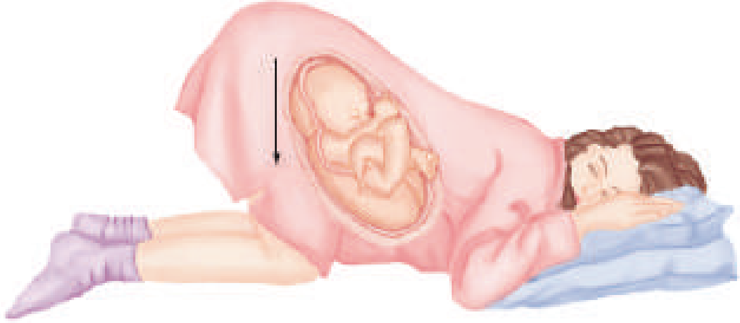
- მუხლი- გულმკერდის პოზიცია;
- ტრენდელენბურგის პოზიცია;
- მენჯ-ბარძაყი აწეული მაღლა ბალიშებით, გვერდითი წოლის პოზიციით შენარჩუნებული

2. ვაგინალურად წინამდებარე ნაწილის ზემოთ აწევა ხელთათმანიანი ხელით, სანამ ქალის გადაყვანა ხდება საოპერაციო ოთახში (OR). სანამ ექიმი მოუწოდებს ვაგინალურად წინამდებარე ნაწილის ზემოთ აწევას, ხშირად ზუსტად საკეისრო კვეთამდე. ჭიპლარის მარყუჟის კომპრესიის მინიმიზაცია ხელით, რომლითაც ხდება წინამდებარე ნაწილის ზემოთ აწევა სადამდეც შესაძლებელია, სანამ ქალი გადაყავთ საოპერაციო ოთახში;

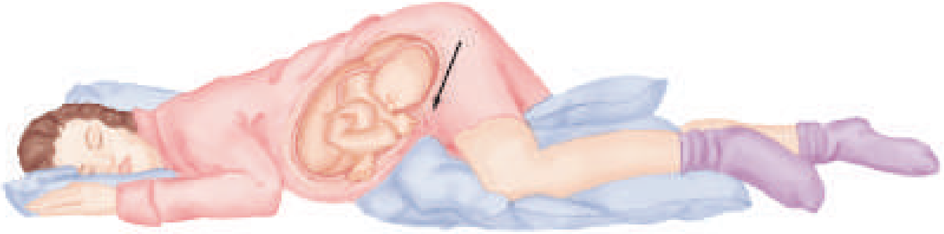
3. მოერიდეთ ან მინიმუმამდე დაიყვანეთ ჭიპლარის პალპაცია ან ხელში დაჭერა, რამდენადაც შესაძლებელია შეამცირეთ ჭიპლარის სისხლძარღვების ვაზოსპაზმი;
4. ულტრაბგერითი გამოკვლევა შეიძლება გამოვიყენოთ, რომ დავადასტუროთ ნაყოფის გულისცემის აქტივობის არსებობა საკეისრო კვეთით მშობიარობამდე.



ხელთათმანიანი ხელით ხდება ვაგინაში ნაყოფის ზემოთ აწევა და მოშორება ჭიპლართან



მუხლის-გულმკერდის პოზიცია იყენებს მიზიდულობის ძალას, რომ გადაიწიოს ნაყოფი მენჯიდან. ქალის ბარძაყები უნდა იყოს სწორი კუთხით მოთავსებული საწოლზე და გულმკერდი დაყრდნობილი საწოლზე.



ქალის მენჯები არის აწეული ორი ბალიშით. ეს ხშირად არის კომბინირებული ტრენდელენბურგის (თავი ქვემოთ) პოზიციასთან

სურათი 12-8 , **ზომები , რომელიც შეიძლება გამოვიყენოთ დაწოლის შესამცირებლად გამოვარდნილი ჭიპლარის შემთხვევაში სანამ დასრულდება მშობიარობა.**

სანამ ქირურგიული ოპერაციისთვის მზადება ხდება, მიეცით ქალს ჟანგბადი 8-10 ლიტრით წუთში (L/min) სახის ნიღბით, რომ გაზარდოთ დედის სისხლის ჟანგბადის სატურაცია და ნაყოფისთვის ჟანგბადის უკეთესი მიწოდება.

შეიძლება გამოყენებული იყოს სხვა აქტივობები ნაყოფის ოქსიგენაციის გასაზრდელად, მაგრამ დროული მშობიარობა არის პრიორიტეტი. ტოკოლიტიკური მედიკამენტები, როგორიცაა ტერბუტალინი აინჰიბირებს შეკუმშვებს, რაც ზრდის პლაცენტალური სისხლის დინებას და ამცირებს ხანგამოშვებით დაწოლას ნაყოფზე მენჯისა და ჭიპლარის საწინააღმდეგოდ. თბილი, ფიზიოლოგიური სითხით დასველებული პირსახოცი ამცირებს ჭიპლარის გადაციებას და გამოშრობას. თუ ჭიპლარი გამოვარდნილია ვაგინიდან, არანაირი მცდელობა არ უნდა გატარდეს მისთვის ადგილის ცვლილებაზე, რადგან ამან შეიძლება გამოიწვიოს ტრავმირება და სისხლის დინების შემცირება ჭიპლარში. ჭიპლარზე ჩატარებულმა მანიპულაციამ შეიძლება გამოიწვიოს ჭიპლარის არტერიის სპაზმი, რომელიც შეამცირებს სისხლის დინებას ნაყოფსა და პლაცენტას შორის.

პროგნოზი ქალისთვის კარგია. ახალშობილის პროგნოზი დამოკიდებულია რა ხანგრძლივობით და როგორი სიმძიმით არის სისხლის მიდინება ჭიპლარში შეფერხებული. დროულად აღქმით და გამოსასწორებელი მოქმედებებით ახალშობილები ხშირად კარგად არიან.

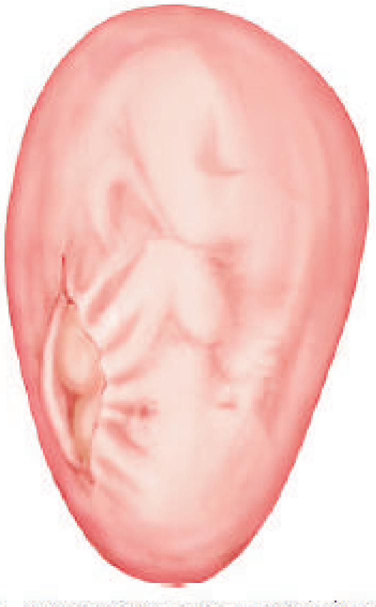
პაციენტის მოვლასთან დაკავშირებული მსჯელობა

დამატებით, დროულად გამოსასწორებელ მოქმედებების მიღებასთან ერთად, ექთანმა უნდა გაითვალისწინოს ქალის ნერვიულობა. ექთანმა უნდა შეინარჩუნოს სიმშვიდე სწრაფად მუშაობის განმავლობაში და გაითვალისწინოს ქალის შფოთვა. ახსნა უნდა იყოს მარტივი, რადგან შფოთვა ხელს უშლის ქალის შესაძლებლობას სათანადოდ მიხვდეს სიტუაციას. რამდენდაც შესაძლებელია, უნდა მოხდეს მისი პარტნიორისა და ოჯახის წევრების ჩართვა.

საშვილოსნოს გახევა

ხანდახან ხდება საშვილოსნოს გახევა, რადგან საშვილოსნო ვერ უძლებს მის წინააღმდეგ მიმართულ გადაჭიმვის წნევას (სურათი 12-9). საშვილოსნოს გახევა შეიძლება მოხდეს სახლში და არა საავადმყოფოში. საშვილოსნოს გახევა შეიძლება წინ უსწრებდეს მშობიარობის დაწყებას. არსებობს სამი სახეობის საშვილოსნოს გახევა:

- სრული გახევა არის პირდაპირი კომუნიკაცია საშვილოსნოსა და პერიტონეუმის ღრუს შორის;
- არასრული გახევა არის გახევა პერიტონეუმში, რომელიც ფარავს საშვილოსნოს ან ფართო ლიგამენტს, მაგრამ არა პერიტონეუმის ღრუმდე;
- გადახსნა არის ნახევრად განცალკევება საშვილოსნოს ძველი ნაწიბურის. სისხლდენა შეიძლება საერთოდ არ იყოს ან იყოს მცირე რაოდენობით. არანაირი ნიშნები და სიმპტომები არ არსებობდეს და გახევა ("ფანჯარა") შეიძლება აღმოჩნდეს შემთხვევით მომდევნო საკეისრო კვეთით მშობიარობის ან სხვა მუცელკვეთის დროს.



სურათი 12-9 , საშვილოსნოს გახევა, საშვილოსნოს ქვედა სეგმენტში

მიზეზები

მიუხედავად იმისა, რომ საშვილოსნოს გახევა იშვიათია, გადახსნა იშვიათი არ არის. საშვილოსნოს გახევა დაკავშირებულია საშვილოსნოზე წინა ქირურგიულ ჩარევასთან, როგორიცაა საკეისრო გზით მშობიარობა ან ფიბროიდების ამოჭრის ქირურგიული ოპერაცია. გახევის რისკი უფრო დიდია ქალებში, კლასიკური განაკვეთით (საშვილოსნოს ზედა ნაწილში ვერტიკალურად), ვიდრე ქალებში ქვედა განივი განაკვეთით. ამ მიზნით, ვაგინალური მშობიარობა საკეისრო კვეთის შემდეგ (VBAC) არ არის რეკომენდებული ქალისთვის, რომელსაც წინა მშობიარობა ჰქონდა კლასიკური საკეისრო კვეთით. გადაწყვეტილება VBAC არჩევის დროს კეთდება ქალისა და მისი ექიმის მიერ, რადგან არსებობს სარგებელი და სავარაუდო პრობლემები გადატანილი საკეისრო კვეთით მშობიარობის შემდეგ.

ნაწიბურის გარეშე საშვილოსნოს გახევა ხდება ქალებში, ვისაც აქვთ მრავალნაყოფიანი ორსულობა საშვილოსნოს თხელი კედლის თანხლებით. ასევე, ქალებში რომელთაც ჰქონდათ მუცლის ბლაგვი ტრავმა და/ან აქვთ ძლიერი შეკუმშვები, განსაკუთრებით თუ ნაყოფისა და მენჯის შეუთავსებულობაა. ძლიერმა შეკუმშვებმა (ჰიპერტონუსი) შეიძლება გამოიწვიოს საშვილოსნოს შიდა წნევის გადაჭარბება საშვილოსნოს კედლის გადაჭიმვის ძალასთან შეფარდებით. თუ ნაყოფს არ შეუძლია მენჯში გამოსვლა, შეკუმშვებმა შეიძლება ჩამოიყვანოს საშვილოსნოს ქვედა ნაწილში. უფრო ხშირად ძლიერი შეკუმშვები ვითარდება, როცა მშობიარობის ინდუქციისა და აუგმენტაციისთვის ინიშნება საშვილოსნოს სტიმულანტი ოქსიტოცინი და მიზოპროსტოლი.

ნიშნები და სიმპტომები

დასაწყისში ნაწიბურის გადახსნას ნიშნები და სიმპტომები არ აქვს და შეიძლება ხელიც არ შეუშალოს ვაგინალურ მშობიარობას, თუ ადგილი, სადაც მოხდა გადახსნა, მცირეა. თუმცა, მშობიარობის პროგრესი შეიძლება შეწყდეს, რადგან გახსნილი ადგილი ხელს უშლის ნაყოფის ექსპულსიას. საშვილოსნოსშიდა წნევა შეიძლება მცირედით შეიცვალოს შეკუშვების განმავლობაში. უფრო დიდი ადგილის გადახსნას ახლავს მუცლის ტკივილი, რომელიც არ ყუჩდება მიუხედავად ანალგეზიისა.

საშვილოსნოს გახევის გამოვლენა განსხვავდება გახევის ხარისხის მიხედვით და შეიძლება ჰგავდეს გართულებებს. საშვილოსნოს გახევის შესაძლო ნიშნები და სიმპტომებია:

- მუცლის ტკივილი და დაჭიმულობა: ტკივილი შეიძლება არ იყოს ძლიერი, განვითარდეს უცებ, შეკუმშვის პიკის დროს. ქალმა შეიძლება აღწეროს შეგრძნება როგორც "გზის პოვნა" ან ,,გახევა";
- ტკივილი გულმკერდის არეში, ბეჭის ძვლებს შორის ან ჩასუნთქვის დროს: ტკივილი წარმოიქმნება ქალის დიაფრაგმის ქვემოთ არსებული სისხლის მიერ გაღიზიანებით;
- ჰიპოვოლემიური შოკი გამოწვეული ჰემორაგიით: ტაქიკარდია, ტაქიპნოე, სისხლის წნევის დავარდნა, სიფერმკრთალე, ცივი და ნოტიო კანი, შფოთვა. შოკის ნიშნები შეიძლება არ განვითარდეს მანამ, სანამ მშობიარობა არ დამთავრდება. სისხლის წნევის დავარდნა ხშირად არის ჰემორაგიის ნიშანი;
- ნიშნები, დაკავშირებული ნაყოფის ოქსიგენაციის შეფერხებასთან: გვიანი დეცელერაცია, შემცირებული ვარიაბელობა, ტაქიკარდია და ბრადიკარდია;
- ნაყოფის გულის აქტივობის არ არსებობა ულტრაბგერით გამოკვლევაზე;
- საშვილოსნოს შეკუმშვების შეწყვეტა;
- ნაყოფის პალპაცია საშვილოსნოს გარეთ (ხშირად ხდება მხოლოდ დიდი, სრული ნახეთქის შემთხვევაში). ნაყოფი, სავარაუდოდ, მკვდარია .

თუ გახეთქვა არასრულია, სისხლის კარგვა მიმდინარეობს შედარებით ნელა და, შესაბამისად, შოკის, გულმკერდის ტკივილის ან ინტრაკაპსულარული ტკივილის ნიშნები ვლინდება ცოტა მოგვიანებით. სრული გახევა გვაძლევს სისხლის მასიურ დანაკარგს. შოკისა და ტკივილის ნიშნები ვითარდება სწრაფად. გარეგანი ტკივილი შეიძლება არ იყოს დიდად გამოხატული, რადგან სისხლის დიდი ნაწილი იკარგება პერიტონეუმის ღრუში. სრული გახევის დროს ხდება პლაცენტის სისხლის მიმოქცევის მოშლა და ნაყოფი ხშირად იღუპება.

თერაპიული მართვა

თავდაპირველი მართვა არის ქალისა და ნაყოფის სტაბილიზაცია საკეისრო კვეთით დაბადებისთვის. თუ გახევა მცირე ზომისაა და ქალს უნდა სხვა ბავშვების გაჩენაც, შეიძლება მოხდეს მისი აღდგენა. როცა გახევის მოცულობა დიდია, ქალი საჭიროებს ჰისტერექტომიას. სისხლის შევსება ხდება საჭიროებისამებრ.

პაციენტის მოვლასთან დაკავშირებული მსჯელობა

ექთანს უნდა ჰქონდეს სრული ინფორმაცია ქალზე, რომელიც არის საშვილოსნოს გახევის გაზრდილი რისკის ქვეშ და უნდა იყოს ფხიზლად შესაბამის ნიშნებსა და სიმპტომებზე. საშვილოსნოს სტიმულაციისთვის წამლის დანიშვნა ხდება სიფრთხილით, ზედმეტი შეკუმშვების შემცირებისათვის. ექთანმა, ასევე, მხედველობაში უნდა მიიღოს ის ფაქტი, რომ ჰიპერტონური შეკუმშვები ხდება სპონტანურადაც. შეატყობინეთ ექიმს თუ ვითარდება ჰიპერტონური შეკუმშვები. შეიძლება საჭირო გახდეს ტოკოლიტიკური წამლების დანიშვნა ზედმეტი შეკუმშვების შესამცირებლად.

საშვილოსნოს გახევის აღმოჩენა შეიძლება ვერ მოხერხდეს მშობიარობამდე. თუ პოსტპარტუმ სისხლდენა ძლიერია და საშვილოსნოს ფუძე გამაგრებულია, სამშობიარო გზების დაზიანებასთან ერთად შეიძლება იყოს საშვილოსნოს გახევაც. სისხლდენა შეიძლება შეჩერდეს, თუ გახეული ადგილიდან სისხლი ჩაედინება ფართე იოგში. ამ შემთხვევაში, ჰიპოვოლემიური შოკი შეიძლება განვითარდეს სწრაფად.

საშვილოსნოს ინვერსია

ინვერსია ხდება როცა საშვილოსნო სრულად ან ნაწილობრივ გადმობრუნდება შიგნიდან გარეთ, ხშირად მშობიარობის მესამე პერიოდში. ესეთი შემთხვევა ხშირი არ არის, მაგრამ პოტენციურად სასიკვდილოა.

მიზეზები

ხშირად, არცერთი მიზეზი არ არის გამორკვეული. გამომწვევი ფაქტორებიდან აღსანიშნავია:

- ჭიპლარის ჩამოქაჩვა, სანამ პლაცენტა მოცილდება საშვილოსნოს კედელს სპონტანურად;
- ფუძეზე ზეწოლა მშობიარობის დროს;
- ფუძეზე ზეწოლა არასრულად შეკუმშულ საშვილოსნოზე მშობიარობის შემდეგ;
- მუცელშიდა წნევის გაზრდა;
- პლაცენტის ანომალიურად მიმაგრება;
- საშვილოსნოს კედლის თანდაყოლილი სისუსტე;
- პლაცენტის მიმაგრება ფუძეზე;

ნიშნები და სიმპტომები

მეანი აღნიშნავს, რომ ან საშვილოსნო არ მოიძებნება მუცელში, ან ფუძის ადგილის დაწევაა. საშვილოსნოს შიგნითა ნაწილი შეიძლება ჩანდეს ყელში ან გამოწეული იყოს ვაგინაში. მასიური ჰემორაგია, შოკი ან ტკივილი მალევე ხდება თვალსაჩინო. ქალს აქვს მენჯის ძლიერი ტკივილი.

მართვა

ექთნისა და სამედიცინო პერსონალის ადეკვატურად სწრაფი მოქმედება აუცილებელია რომ შემცირდეს დედის ავადობისა და სიკვდილიანობის სიხშირე. ექიმი ცდილობს, ვაგინალურად განხორციელებული მანიპულაციებით, საშვილოსნო დააბრუნოს ნორმალურ პოზიციაში. თუ ეს შესაძლებელი არ არის, გამოიყენება ლაპარატომია საშვილოსნოს მდგომარეობის შესაცვლელად. შეიძლება საჭირო გახდეს ჰისტერექტომია და სისხლის გადასხმა.

პაციენტის მოვლასთან დაკავშირებული მსჯელობა

პაციენტის მოვლა პოსტპარტუმ პერიოდში მიმართულია დაკვირვებასა და დედის სისხლის მოცულობის შენარჩუნებაზე, შოკის ნიშნების გამოსწორებაზე. მშობიარობის შემდეგ ქალი გადაჰყავთ ინტენსიურ განყოფილებაში.

შეაფასეთ საშვილოსნოს ფუძე სამ მაჩვენებელზე: სიმაგრეზე, სიმაღლესა და შუა ხაზიდან გადახრაზე. შეაფასეთ სასიცოცხლო მაჩვენებლები ყოველი 15 წუთის განმავლობაში ან უფრო ხშირად, სანამ პაციენტი დასტაბილურდება და შემდეგ ოპერაციის შემდგომი განყოფილების სტანდარტული პროტოკოლის მიხედვით. დააკვირდით ტაქიკარდიასა და სისხლის წნევის შემცირებას, რომელიც დაკავშირებულია შოკთან. დაიმახსოვრეთ, რომ სისხლის წნევის დავარდნა ხშირად არის ჰემორაგიული შოკის უკანასკნელი ნიშანი. გულის მონიტორინგი განსაზღვრავს დისრითმიას, რომელიც შეიძლება განვითარდეს შოკის დროს, როცა პულსოქსიმეტრი მიანიშნებს ქალის პულსის სიხშირეს და ჟანგბადის სატურაციის ცვლილებას.

მუდმივი კათეტერის ჩაყენება ხშირად ხდება სითხის ბალანსზე დაკვირვებისა და ცარიელი შარდის ბუშტის შენარჩუნებისათვის. დაცლილი შარდის ბუშტი ხელს უწყობს საშვილოსნოს კარგად შეკუმშვას. შეაფასეთ კათეტერი გამტარიანობაზე და ჩაიწერეთ გამოყოფილი სითხის რაოდენობა. შარდის გამოყოფა უნდა იყოს სულ მცირე 30 მლ საათში. შარდის გამოყოფის შემცირება შეიძლება მიანიშნებდეს ჰიპოვოლემიას ან დახშულ კათეტერს.

ქალს არ შეუძლია საკვების ორალურად მიღება, სანამ მისი მდგომარეობა არ დასტაბილურდება. მაგრამ მალევე შეუძლია მიიღოს სითხეები და გადავიდეს მყარ საკვებზე, რადგან საშვილოსნოს გადმობრუნება არ მეორდება იგივე პოსტპარტუმ პერიოდში. ის შეიძლება განმეორდეს მომდევნო ორსულობების განმავლობაში თუ გარემოებები ხელს შეუწყობს მის განვითარებას.

ანაფილაქტოიდური სინდრომი

ორსულობასთან დაკავშირებული ანაფილაქტოიდური სინდრომი, ხშირად სახელწოდებით ამნიონური სითხის ემბოლია (AFE), ხდება როცა ამნიონური სითხე გადადის დედის ცირკულაციაში და აღწევს დედის ფილტვებში. ნაყოფის ზოგიერთი ნივთიერების (კანის უჯრედები, პირველადი ნაცხი, მეკონეუმი) მოხვედრა სითხეში ახშობს ფილტვის სისხლძარღვებს, ვითარდება მარჯვენა პარკუჭის უკმარისობა, რამაც შეიძლება გამოიწვიოს ჰიპოქსემია. ამ პროცესს მოსდევს მარცხენა პარკუჭის უკმარისობა. შესაძლოა განვითარდეს უცაბედი რესპირატორული დისტრესი, სისხლის მიმოქცევის სისტემის კოლაფსი და დაქვეითდეს გულის ფუნქცია. მოსალოდნელია დისემინირებული ინტრავასკულარული კოაგულაცია (DIC), რადგან თრომბოპლასტინით-მდიდარი ამნიონური სითხე აფერხებს სისხლის ნორმალურ შედედებას. დაავადება ხშირად ფატალურია და გადარჩენილებს შეიძლება ჰქონდეთ ნევროლოგიური დეფიციტი.

შესაძლებელია მოხდეს ქალის სისხლის ცირკულაციაში ნაყოფის უჯრედებისა და სხვა ნივთიერებების შემცველი ამნიონური სითხის შერევა, როგორიცაა პირველადი ნაცხი ან მეკონეუმი, თუ მშობიარობას ახლავს ძალიან ძლიერი სამშობიარო ტკივილები. მაღალი საშვილოსნოსშიდა წნევის ზემოქმედება ამნიონურ სითხეს გადაიყვანს ღია საშვილოსნოში ან საშვილოსნოს ყელის ვენებში.

ასევე ამ დაავადებას ჰქვია ამნიონური სითხით ემბოლია. ამჟამად უფრო აქტიურად იყენებენ ტერმინს: „ანაფილაქტოიდური სინდრომი“ , რადგან აღმოჩენილი ნიშნები სხვა გართულებებთანაა დაკავშირებული. დედის სხვა მდგომარეობები, რომელიც არ ხასიათდება ამნიონური სითხის გამოჟონვით დედის სისხლის მიმოქცევაში, მოიცავს სეპტიურ შოკს, პრეეკლამფსიასა და გულის დაავადებებს. ამ დაავადებასთან შესაძლოა დაკავშირებული იყოს სხვა გართულებებიც. ასევე, ნაყოფის უჯრედები ხშირად აღმოჩნდება ქალის სისხლის ნიმუშში, რომელსაც არასდროს არ განვითარებია ეს სასიკვდილო გართულება.

ორსულობასთან დაკავშირებული ანაფილაქტოიდური სინდრომის დროული თერაპიული მართვა მოიცავს:

- გულფილტვის მუშაობის აღდგენა და შენარჩუნება;
- ჟანგბადის მიწოდება მექანიკური ვენტილაციით;
- ჰიპოტენზიის გამოსწორება;
- სისხლის კომპონენეტებით მკურნალობა (მაგალითად, ფიბრინოგენი, ერითროციტული მასა, თრომბოციტები, სუფთად გაყინული პლაზმა), რომ გამოსწორდეს კოაგულაციური დეფექტი.

თუ ორსულს აღენიშნა გულის გაჩერება, უნდა ჩატარდეს სასწრაფო საკეისრო კვეთა ბავშვის გადარჩენის ალბათობის გასაზრდელად.

ტრავმა

ორსულობის განმავლობაში, ტრავმების უმეტესობა ხდება საგზაო შემთხვევების დროს, ძალადობის ან თვითმკვლელობის დროს. ორსულობის დროს დედისა და ნაყოფის ტრავმების მნიშვნელოვანი მიზეზია ცემა ან პიროვნებებს შორის ძალადობა. ტრავმა შეიძლება იყოს გლუვი საგნით მიყენებული, როგორიცაა საავტომობილო შემთხვევების დროს მიღებული ან გამჭოლი, როგორიცაა იარაღით ან დანით მიყენებული ჭრილობები. ასევე შეიძლება მოხდეს დამწვრობები და ელექტრული დაზიანებები. ტრავმა არის ერთ-ერთი წამყვანი მიზეზი არა სამეანო მიზეზით დედის სიკვდილისა.

ასევე, დაზიანება შეიძლება არ იყოს სასიკვდილო, ახალშობილის ნევროლოგიური დეფიციტი შეიძლება ალმოჩენილი იყოს დაბადების შემდეგ. ნაყოფის პირდაპირი ტრავმა, როგორიცაა თავის ქალის მოტეხილობა ან ინტრაკრანიალური ჰემორაგია, ვითარდება დედის მენჯის მოტეხილობის, გამჭოლი ჭრილობებით ან გლუვი საგნით მიყენებული ტრამვების დროს. ნაყოფის დაზიანების არაპირდაპირი მიზეზები ან სიკვდილი შედგება პლაცენტის აცლისგან და პლაცენტის სისხლის დინების შეფერხებისგან, მეორეულად, დედის ჰიპოვოლემიის ან საშვილოსნოს გახევის შემდეგ. ნაყოფის სიკვდილის ყველაზე ხშირი მიზეზია დედის სიკვდილი.

ტრავმის მართვას განსაკუთრებულს ხდის ორსულობის განმავლობაში განვითარებული ანატომიური და ფიზიოლოგიური ცვლილებები. ადრეული ორსულობის განმავლობაში, საშვილოსნო შემოსაზღვრულია მენჯით და კარგად დაცულია პირდაპირი დაზიანებისგან. ამავე დროს, ის მოქმედებს როგორც ფარი დედის სხვა ორგანოებისთვისაც და ხშირად იცავს მათ პირდაპირი ტრამვებისგან.

ორსულობის ნორმალური ცვლილებები შეიძლება ეფექტს ახდენდეს დედისა და ახალშობილის გამოსავალზე ტრავმული დაზიანებების შემდეგ. ორსულ ქალებს არაორსულ ქალებთან შედარებით აქვთ უფრო მეტი სისხლის მოცულობა, რაც მათ საშუალებას აძლევთ გაუმკლავდნენ სისხლის დანაკარგს. თუმცა, ნაყოფი შეიძლება დაზიანდეს, თუ დედის ჰემორაგია გამოწვეულია იმით, რომ დედის სასიცოცხლო ორგანოებში სისხლის მიწოდება იზრდება პლაცენტის მიმოქცევის ხარჯზე. შესაძლოა განვითარდეს ნაყოფის ჰიპოქსია, აციდოზი და სიკვდილიც კი.

დედის ფიბრინოგენის დონე უფრო მაღალია ორსულობის დროს (300 - 600 მილიგრამი დეცილიტრზე [mg/dl]). უფრო დაბალ დონეზე შემცირება დაკავშირებულია პლაცენტის აშრევებასთან და შეიძლება მიანიშნებდეს, რომ დისემინირებული ინტრავასკულარული კოაგულაცია ვითარდებოდა.

მართვა

ტრავმირებულ ორსულზე ზრუნვა პირველ რიგში არის ფოკუსირება იმ დაზიანებებზე, რომელიც მის სიცოცხლეს საფრთხეს უქმნის. ახალშობილის მართვა დამოკიდებულია იმაზე ცოცხალია თუ არა, ან რა გესტაციური ასაკისაა. საკეისრო კვეთა არის არჩევანი თუ ნაყოფი იმდენად მომწიფებულია, რომ გადარჩეს და თუ დედისა და ახალშობილის მდგომარეობის გაუმჯობესება შესაძლებელია ახალშობილის დროული დაბადებით. შეიძლება შევუკვეთოთ კლეიჰაუერ- ბეტკეს (K-B) ტესტი ინტერვალებით, პლაცენტის დესტრუქციის აღმოსაჩენად, რაც იწვევს ნაყოფის სისხლის გაჟონვას სისხლის მიმოქცევაში.

პაციენტის მოვლასთან დაკავშირებული მსჯელობა

ორსულობის დროს გლუვი საგნით მიყენებული ტრამვების წამყვანი მიზეზია ავტო საგზაო შემთხვევები. ავტომობილების უსაფრთხოების მოწყობილობების არ გამოყენებამ ან არასწორმა გამოყენებამ, როგორიცაა დამცავი ღვედი ან ავარიული დამცავი ბალიში, შეიძლება გამოიწვიოს დედის და ნაყოფის ტრავმა ან სიკვდილიანობა.

ტრავმირებული ორსული პაციენტის მოვლა ფოკუსირებულია დედის და შემდეგ ნაყოფის სტაბილიზაციაზე. სოლი მოთავსებულია დედის ერთ მხარეს, რომ მოაშოროს საშვილოსნო მთა-

ვარ სისხლძარღვებს. მისი დამაგრება ხდება ისე, რომ საშვილოსნომ შეიცვალოს მდებარეობა, რათა მოხდეს ორთოსტატიული ჰიპოტენზიისა და ჰემოდინამიური არასტაბილურობის პრევენცია, ასევე გაუმჯობესება პლაცენტალური სისხლის ნაკადის. სასიცოცხლო მაჩვენებლები და შარდის გამოყოფა (სულ მცირე 30 მილილიტრი საათში, [მლ/სთ] გვაწვდის მნიშვნელოვან ინფორმაციას. სისხლიანი შარდი მიგვანიშნებს შარდის ბუშტისა და თირკმელების დაზიანებაზე. პაციენტის მოვლა ასევე მიმართულია სპეციფიური დაზიანებების აღმოფხვრისაკენ ან სამედიცინო ზრუნვის განხორციელებაზე.

ნიშნები, რომელიც მიანიშნებს პლაცენტის აცლას (ვაგინალურ სისხლდენას საშვილოსნოს ტკივილითა და დაჭიმულობით), უნდა იყოს მოხსენებული, რადგან ეს გართულებები ვითარდება მუცლის ტრავმის დროს. ვაგინალური სისხლდენა შეიძლება არ იყოს მანიფესტირებული, თუ პლაცენტის კიდეები მიმაგრებულია, მაგრამ ცენტრალური ნაწილი აცლილი. საშვილოსნოს ფუძის სიმაღლე ასევე იზრდება, როგორც კი საშვილოსნო სისხლით ივსება. როცა ჰიპოვოლემიაა მიზეზი, ტაქიკარდია ხშირად წინ უსწრებს სისხლის წნევის დავარდნას. ნაყოფის ტაქიკარდია ან ახალშობილის გულისცემის შეწყვეტა შესაძლებელია მოხდეს საშვილოსნოს უფრო დიდი ტრავმებისა და დედის ჰემორაგიის დროს.

როგორც კი ქალის მდგომარეობა დასტაბილურდება, ნაყოფზე ზრუნვა ძლიერდება. გარეგანი მონიტორინგი არის შესაბამისი, თუ ნაყოფმა მიაღწია სიცოცხლისუნარიან გესტაციის ვადას. ტრავმამ შეიძლება გამოიწვიოს ნაადრევი მშობიარობა, მაგრამ ეს შეუმჩნეველია, თუ ქალი უგონოდაა ან თუ დაზიანებით გამოწვეული ტკივილი გადაფარავს შეკუმშვებით გამოწვეულ დისკომფორტს. შეკუმშვებს შეიძლება თან ახლდეს პერიოდული მოუსვენრობა ან კვნესა. ექთანმა პერიოდულად უნდა გაუკეთოს პალპაცია საშვილოსნოს შეკუმშვების განსასაზღვრად, რადგან შეიძლება ნაყოფის მონიტორინგის ჩანაწერზე ეს არ ფიქსირდებოდეს, განსაკუთრებით თუ ნაყოფი მცირე ზომისაა.

პაციენტის მოვლის პროცესის აპლიკაცია

ინტრანატალური კრიტიკული მდგომარეობები

ინტრანატალურ კრიტიკულ სიტუაციებში მოვლა გადაფარავს სხვა სიტუაციებში მოვლას, რომელიც განხილულია სხვაგან. პაციენტის მოვლა არის კოლაბორაციული და ეყრდნობა სამედიცინო მართვას. მშობლები შეიძლება განიცდიდნენ დანაკარგს, თუ ნაყოფი მოკვდება ან დედა დაკარგავს შესაძლებლობას იყოლიოს მომავალში ბავშვები, როგორიცაა მაგალითად საშვილოსნოს გახევა. ნებისმიერი კრიტიკული სიტუაციების დროს წარმოქმნილი პრობლემა არის ემოციური დისტრესი ქალისა და მისი ოჯახისთვის.

შეფასება

კრიტიკული სიტუაციის დროს, უცაბედი შემთხვევითობის გამო, ქალსა და მის ოჯახს ცოტა დრო აქვთ სრულად გაანალიზონ თუ რა მოხდა. ჭიპლარის მარყუჟის გამოვარდნის დროს, მაგალითად მშობიარობა მიმდინარეობს მშვიდად უშუალოდ გამოვარდნის მომენტამდე. ექთანი დროულად ათავსებს ქალს შესაბამის პოზიციაში, უნიშნავს ჟანგბადს და მიყავს საოპერაციოში. მობილიზებულია სხვა სამედიცინო პერსონალი.

ამ მდგომარეობაში ქალი და მის ოჯახი ვერ ახერხებს ფოკუსირებას, ხშირად არიან შეშინებულები და ვერ აკონტროლებენ თავს. ქალი და მისი პარტნიორი შეიძლება იმობილიზებულები იყვნენ შიშისგან.

პაციენტის მოვლასთან ასოცირებული დიაგნოზი

დიაგნოზი შემდეგია: "შფოთვა დაკავშირებული მოულოდნელ შემთხვევებზე, გამომდინარე გართულებების უცაბედი განვითარებით". მიჩნეულია, რომ ეს დიაგნოზი განსხვავდება შფოთვისგან, რომელიც დაკავშირებულია ნაადრევ მშობიარობასთან, რადგან იწყება მწვავედ. შფოთვა შეიძლება მალევე დამთავრდეს, რადგან კრიტიკული სიტუაციები მალევე გაივლის ხოლმე. წუხილი ვითარდება დედასა და ბავშვზე კრიტიკული ავადობის ეფექტის გამო.

დაგეგმვა

კრიტიკულ სიტაუციებში მნიშვნელოვანია მიზანზე ფოკუსირება. კრიტიკული სიტუაციის განმავლობაში შესაძლო გამოსავალია, როცა ქალი და მისი ოჯახი მოიქცევა შემდეგნაირად:

- გებულობენ სასწრაფო პროცედურების საჭიროებას;
- გამოხატავენ საკუთარ გრძნობებს გართულებებზე.

ჩარევა

მიუხედავად იმისა, რომ განხილვისთვის მცირე დროა, შეეცადეთ აუხსნათ გულახდილად და მარტივად, თუ რა და რატომ ხდება. ამით შეამცირებთ უცნობი მდგომარეობით გამოწვეულ შიშსა და შფოთვას. ჩართეთ ამ პროცესში მისი ოჯახი და პარტნიორი, თუ შესაძლებელია. დაამშვიდეთ და ეცადეთ, ყოველთვის გვერდით დაუდგეთ ქალს, რადგან მისი პარტნიორი ხშირად უნდა გამოვიყვანოთ სასწრაფო ან საოპერაციო ოთახიდან, როცა კრიტიკული სიტუაცია ვითარდება.

კრიტიკულ სიტუაციაში დაბადებულ ახალშობილს შეიძლება დასჭირდეს რეანიმაცია და სხვა დამხმარე ზომები. ექთნები და ინტენსიური ნეონატალური განყოფილების თანამშრომლები, სასურველია ნეონატოლოგი, მობილიზებულნი უნდა იყვნენ მშობიარობის მომენტისათვის ახალშობილის მისაღებად. აუხსენით ოჯახს თუ რისი პროფესიონალები არიან და რა არის მათი ფუნქცია. თუ შესაძლებელია, აუხსენით რა არის ჩატარებული ბავშვის მკურნალობისთვის.

კრიტიკული მდგომარეობის შემდეგ მიეცით ქალს და ოჯახს შანსი დასვან კითხვები. შესაძლებლობა იმისა, რომ ახალი ინფორმაცია ადეკვატურად მიიღონ აღელვების პერიოდში, მკვეთრად შეზღუდულია. შესაფერისი ახსნა ეხმარებათ გაიგონ და გაითავისონ გამოცდილება (ყუთი 12-1) .

ექთანიც ხშირად ნერვიულობს სასწრაფო ოთახში, თუმცა სიმშვიდის შენარჩუნება ძალიან მნიშვნელოვანია. ქალი და ოჯახი უმალვე გრძნობს პერსონალის მღელვარებას და, შესაბამისად, მათი მღელვარებაც მატულობს. დარჩით ქალთან, რომ შეამციროთ მიტოვების შიში. თუ შესაძლებელია, დაიკავეთ მისი ხელი. ესაუბრეთ დაბალი, მშვიდი ხმით. სიტუაციაში ჩართულ ექთნებსაც ასევე სჭირდებათ დრო გამოხატონ მღელვარება თავის კოლეგებთან კრიტიკული მდგომარეობის გადავლის შემდეგ.

ყუთი 12-1 დიაგნოზები, რომელიც მხედველობაში უნდა მივიღოთ ქალებში, რომელსაც ვუვლით მშობიარობის დროს განვითარებული გართულებების გამო

აქტიურობის აუტანლობა;
მწუხარება, გაძლიერებული და/ან არსებული;
შფოთვა;
შეზღუდული ან სრული ქმედითუუნარობა, ინდივიდისა და ოჯახის სიტუაციასთან გამკლავების;
მზაობა სიტუაციის გამკლავების გაძლიერებული მცდელობებისა ინდივიდისა და ოჯახის მიმართ;
ყურადღების გადატანის მცდელობების დეფიციტი;
ჯანმრთელობის მომსახურების მიღების მცდელობა;
სახლში მოვლის მდგომარეობის დარღვევა;
ჯანმრთელობის არაეფექტურად მართვა;
დაღლა;
სისუსტე;
ინფექციის რისკი.

შეფასება

მიზნების შეფასება ხშირად შეუძლებელია, სანამ კრიტიკული სიტუაცია არ გადაივლის და ქალის ფიზიკური მდგომარეობა არ დასტაბილურდება. დიაგნოზისთვის მოსალოდნელი გამოსავალის მისაღწევად აუცილებელია ქალისა და ოჯახის წევრების მიმართ მიწოდებული ინფორმაციის სათანადოდ აღქმა. ამისათვის ექთანი უნდა დარწმუნდეს, რომ მათ ესმით პრობლემა და გონივრულად, ადეკვატურად აუხსნას სასწრაფო და მნიშვნელოვანი პროცედურები, წაახალისოს, რომ რამდენიმე დღის განმავლობაში გამოხატონ თავიანთი განცდები მომხდარზე.

თავი 13

დედის მშობიარობის შემდგომი გართულებები

ორსულობა და მშობიარობა ბუნებრივი, ფიზიოლოგიური პროცესია, რომლის შემდეგაც რამდენადმე შეცვლილი ფუნქციები გართულებების გარეშე აღდგება. ექთანმა უნდა გაითვალისწინოს შესაძლო პრობლემები და მოახდინოს მათი პრევენცია. ორსულობის ყველაზე ხშირ გართულებებს მიეკუთვნება: სისხლდენა, თრომბოემბოლიური დაავადებები, ინფექცია და მშობიარობის შემდგომი შფოთვითი ხასიათის დაავადებები.

მშობიარობის შემდგომი სისხლდენა

დედის სიკვდილისა და ავადობის ყველაზე ხშირი მიზეზია მშობიარობის შემდგომი სისხლდენა მთელს მსოფლიოში.

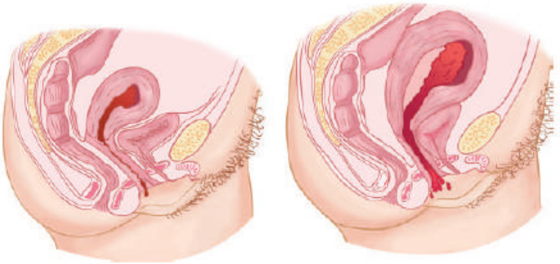
არ არსებობს მშობიარობის შემდგომი სისხლდენის საბოლოოდ ჩამოყალიბებული კლასიფიკაცია. არსებული დეფინიცია მოიცავს: ვაგინალური მშობიარობის დროს სისხლის დანაკარგს 500 მლ და მეტი ან საკეისრო კვეთის შემდგომი სისხლის დანაკარგი 1000 მლ ან მეტი. პაციენტის ჰემატოკრიტის შემცირება 10% ან მეტი, ასევე, გახანგრძლივებული სისხლდენა და სისხლის ტრანსფუზიის საჭიროება "ჩვეულებრივი მკურნალობის" ფონზე. გამოთვლილი სისხლის დანაკარგი ძირითადად რეალური დანაკარგის ნახევარს შეესაბამება. სისხლდენას, რომელიც ვითარდება მშობიარობიდან პირველ 24 საათში, ეწოდება მშობიარობის შემდგომი ადრეული სისხლდენა. სისხლდენას, მშობიარობიდან 24 საათის შემდეგ და 6-12 კვირამდე, ეწოდება მშობიარობის შემდგომი გვიანი სისხლდენა.

ადრეული მშობიარობის შემდგომი სისხლდენა

ადრეული მშობიარობის შემდგომი სისხლდენა ვითარდება მშობიარობიდან პირველი საათის განმავლობაში და ყველაზე ხშირად გამოწვეულია საშვილოსნოს ატონიისგან. სხვა გამომწვევი მიზეზებია: სამშობიარო გზების ტრავმა მშობიარობისა და ბავშვის დაბადების პროცესის დროს, ჰემატომა (ლოკალურად სისხლის დაგროვება გარკვეულ სივრცეში ან ქსოვილში), პლაცენტის ნაწილის რეტენცია და კოაგულაციის დარღვევები.

საშვილოსნოს ატონია

ატონია კუნთების ტონუსის დაქვეითებაა, რომლის შედეგადაც პლაცენტის მოცილების დროს არ იკუმშება საშვილოსნოს კუნთების ბოჭკოები, პლაცენტის ქსოვილის მჭიდრო მიმაგრების გამო. საშვილოსნოს ატონიის დროს, მოშვებული კუნთები იწვევს სისხლდენას პლაცენტის მიმაგრების ადგილზე არსებული ენდომეტრიული არტერიებიდან. სისხლდენა გრძელდება, სანამ საშვილოსნოს კუნთის ბოჭკოები არ შეიკუმშება სისხლის ნაკადის შესაჩერებლად. სურათი 13-1 აღწერს პლაცენტის მიმაგრების ადგილზე საშვილოსნოს შეკუმშვის და სისხლდენის ეფექტს.



სურათი 13-1, A. როცა საშვილოსნო რჩება შეკუმშული , პლაცენტის მიმაგრების ადგილი პატარავდება, ისე რომ სისხლდენა მინიმუმადე მცირდება B. თუ საშვილოსნოს კუნთები არ შეიკუმშება ენდომეტრიალური არტერიების გარშემო პლაცენტის მიმაგრების ადგილას, სისხლდენა განვითარდება.

გამომწვევი ფაქტორები

იმ ფაქტორების ცოდნა, რომელიც ზრდის საშვილოსნოს ატონიის რისკს, ეხმარება ექთანს განსაზღვროს და, შესაბამისად, შეამციროს ზედმეტი სისხლდენა. ნებისმიერი მიზეზით გამოწვეული საშვილოსნოს გადაჭიმვა (მრავლობითი ორსულობა, დიდი ზომის ნაყოფი ან ჰიდრამნიონი (ამნიონური სითხის ზედმეტი მოცულობა), უფრო ართულებს საშვილოსნოს შეკუმშვას, რის გამოც, საშვილოსნო არაა იმდენად მკვრივი, რომ მოხდეს ჭარბი სისხლდენის პრევენცია. მრავლობითი ორსულობა იწვევს კუნთების ბოჭკოების განმეორებით გადაჭიმვას და მოდუნებული კუნთის ბოჭკოები შეიძლება აღარ შეიკუმშოს მშობიარობის შემდეგ. მშობიარობის შემდგომი სისხლდენის საშვილოსნოს ატონიით გამოწვეული შემთხვევები გაზრდილია ჭარბწონიან ქალებში, რაც დაკავშირებულია მომატებული სხეულის მასის ინდექსთან.

ინტრანატალური ფაქტორები, როგორიცაა, არაეფექტური, სუსტი ინტენსივობის შეკუმშვებით გამოწვეული გახანგრძლივებული მშობიარობა; ზედმეტად ძლიერი შეკუმშვებით გამოწვეული სწრაფი მშობიარობა და ინდუცირებული ან ოქსიტოცინით სტიმულირებული მშობიარობა, ასევე, პლაცენტის დიდი ნაწილის რეტენცია საშუალებას არ აძლევს საშვილოსნოს მჭიდროდ შეიკუმშოს, რაც იწვევს საშვილოსნოს ატონიას. შემთხვევა 13-1 იხილავს მშობიარობის შემდგომი სისხლდენების გამომწვევ ფაქტორებს

კლინიკური გამოვლინებები

საშვილოსნოს ატონიის მთავარი ნიშნებია:

- საშვილოსნოს ფუძე, რომელიც ძნელად იძებნება;
- რბილი და მოფამფალებული - პალპაციის დროს ხერხდება საშვილოსნოს ფუძის ლოკაციის დადგენა;
- საშვილოსნო, რომელიც მკვრივდება მასაჟის დროს, მაგრამ კარგავს სიმკვრივეს, როცა მასაჟის გაკეთებას ვწყვეტთ;
- ფუძე, რომელიც მდებარეობს სავარაუდო დონის ზედა ზღვარზე;
- ზედმეტი ლოქიები, განსაკუთრებით თუ ის ღია წითელი ფერისაა;
- ზედმეტი კოლტების გამოყოფა, საშვილოსნოს მასაჟით ან მის გარეშე;

მშობიარობის შემდეგ პირველი 24 საათი საშვილოსნო უნდა იყოს ბურთივით, მკვრივად შეკუმშული, უხეშად რომ ვთქვათ, დაახლოებით ყურძნის დიდი მტევნის ზომის. საშვილოსნოს ფუძის ადგილმდებარეობის დადგენა მარტივად უნდა ხდებოდეს ჭიპის დონეზე. ლოქიები უნდა იყოს მცირე ან საშუალო რაოდენობის, მუქი წითელი ფერის. ერთი საფენის სრულად გაჟღენთვა 15 წუთის განმავლობაში ზედმეტი სისხლის დანაკარგს ასახავს. ექთანმა ყურადღება უნდა მიაქციოს და გაანალიზოს, რომ სისხლი შეიძლება იყოს უხვი და თვალშისაცემი, მუდმივი, უწყვეტი, წვეთ-წვეთად ან ნელ-ნელა ჟონავდეს და ყველა შემთხვევაში მნიშვნელოვნად საყურადღებოა.

სამახსოვრო 13-1 მშობიარობის შემდგომი სისხლდენის ხშირი გამომწვევი ფაქტორები

საშვილოსნოს გადაჭიმვა (ტყუპი ან დიდი ზომის ნაყოფი, ჰიდრამნიონი);
მრავალნამშობიარები (ხუთი ან მეტი);
ინდუცირებული მშობიარობა;
გახანგრძლივებული მშობიარობა;
მაშებისა და ვაკუუმ ექსტრაქტორის გამოყენება;
საკეისრო კვეთა;
პლაცენტის ხელით მოცილება;
საშვილოსნოს ამოტრიალება;

წინმდებარე პლაცენტა, პლაცენტის ჩაზრდა ან ქვემოთ იმპლანტაცია;
მედიკამენტები: ოქსიტოცინი, პროსტაგლანდინები, ტოკოლიტიკები ან მაგნეზიუმის სულფატი;
ზოგადი ანესთეზია;
ქორიოამნიონიტი;
შედედების დაავადებები;
გადატანილი მშობიარობის შემდგომი სისხლდენა ან საშვილოსნოზე წარმოებული ქირურგიული ჩარევა;
დისემინირებული ინტრავასკულარული კოაგულაცია;
საშვილოსნოს ლეიომიომა (ფიბროიდები).

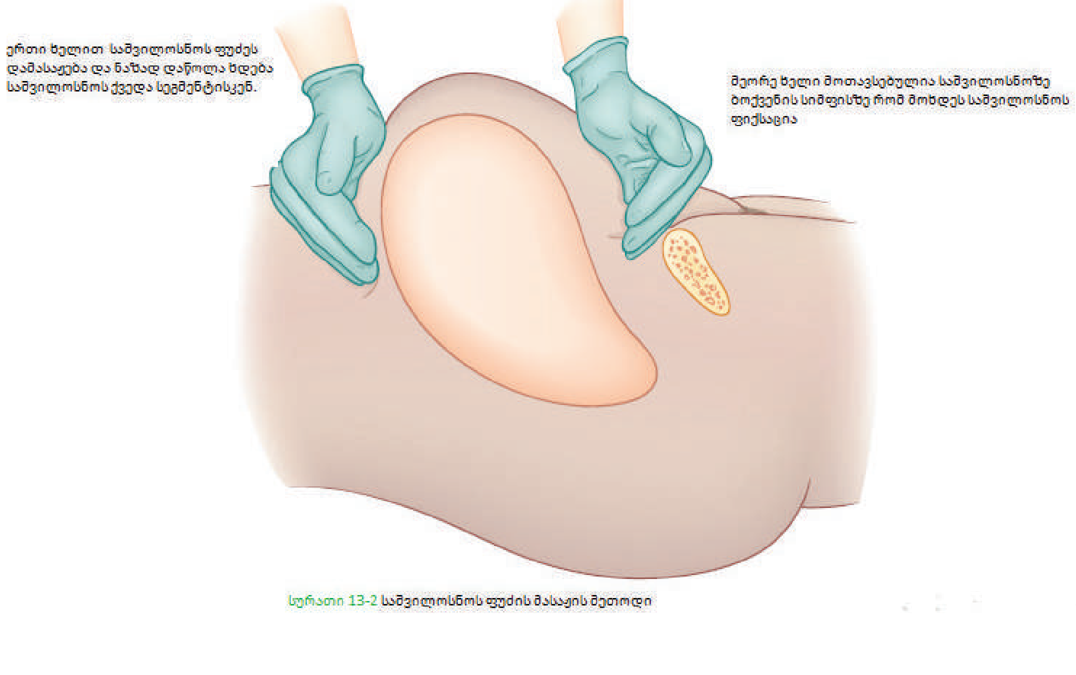
თერაპიული მართვა

ექთნებმა უნდა შეაფასონ საშვილოსნოს ატონია და შეძლონ თავდაპირველი მართვა. თუ საშვილოსნო კარგად არ არის შეკუმშული, პირველი ჩარევა ფუძის მასაჟია, სანამ საშვილოსნო არ გამკვრივდება და არ გამოდევნის კოლტებს, რომელიც შეიძლება დაგროვებული ყოფილიყო საშვილოსნოს ღრუში.

ერთი ხელი მოთავსებულია სიმფიზის ზემოთ საშვილოსნოს ქვედა ნაწილის დასაფიქსირებლად, მეორე ხელი ფრთხილად, მაგრამ ძლიერად ამასაჟებს ფუძეს წრიული მოძრაობით (სურათი 13 -2).

კოლტები, რომელიც შეიძლება დაგროვებული იყოს საშვილოსნოს ღრუში, ხელს უშლის საშვილოსნოს ეფექტურად შეკუმშვის შესაძლებლობას. მათი გამოყოფა შეიძლება ძლიერად, მაგრამ ფრთხილი დაწოლით ფუძეზე ვაგინის მიმართულებით. კრიტიკულად მნიშვნელოვანია, რომ ყურადღება მიექცეს საშვილოსნოს სიმკვრივეს მასაჟის გაკეთებამდე. საშვილოსნოზე დაწოლამ, რომელიც არ არის შეკუმშული, შეიძლება გამოიწვიოს საშვილოსნოს (ინვერსია) გადმოტრიალება და გამოიწვიოს მასიური ჰემორაგია და სწრაფად განვითარებული შოკი.

თუ საშვილოსნო არ იკუმშება საშვილოსნოს მასაჟის შედეგად ან თუ ხდება ფუძის მდებარეობის შეცვლა, შარდის ბუშტი შეიძლება გადაიჭიმოს. სავსე შარდის ბუშტი მდებარეობას უცვლის საშვილოსნოს, გადააადგილებს ზემოთ და გვერდით და ხელს უშლის საშვილოსნოს კუნთების ეფექტურ შეკუმშვას. დაეხმარეთ დედას მოშარდვაში ან ჩაუდგით კათეტერი, რომ გამოასწოროთ შარდის ბუშტის გადავსებით გამოწვეული საშვილოსნოს ატონია. დააფიქსირეთ გამოყოფილი შარდის რაოდენობა.



სურათი 13-2 საშვილოსნოს ფუძის მასაჟის მეთოდი

მნიშვნელოვანია ასევე მედიკამენტოზური ჩარევა, რომ შენარჩუნდეს საშვილოსნოს მკვრივი შეკუმშვა. განზავებული ოქსიტოცინით (პიტოცინი) ჩქარი, ინტრავენური (IV) ინფუზია ხშირად ზრდის საშვილოსნოს ტონუსს და აკონტროლებს სისხლდენას. მეთილერგონოვინი (მეთერგინი) შეიძლება გავუკეთოთ კუნთში, მაგრამ ის წევს სისხლის წნევას და არ უნდა მივცეთ ქალს, რომელსაც აწუხებს ჰიპერტენზია. პროსტაგლანდინი F2 ანალოგი (PGF2, კარბოპროსტ ტრომეთამინი, ჰემაბათი, პროსტინი) არის ძალიან ეფექტური კუნთში ან უშუალოდ საშვილოსნოს კუნთში გაკეთებისას, თუ ოქსიტოცინი არაეფექტურია საშვილოსნოს ტონუსის კონტროლისთვის. სისხლდენის კონტროლისთვის ასევე შეიძლება გამოვიყენოთ პროსტინი E2 (დინოპროსტონი) ან რექტალურად გაკეთებული მიზოპროსტოლი (ციტოტეკი).

წამლის გზამკვლევი

მეთილერგონოვინი (მეთერგინი)

კლასიფიკაცია: ერგოტ ალკალოიდები, საშვილოსნოს სტიმულანტი;

მოქმედების მექანიზმი: ასტიმულირებს საშვილოსნოს შეკუმშვებს და იწვევს არტერიულ ვაზოკონსტრიქციას;

დანიშნულება: მშობიარობის შემდგომი ან აბორტის შემდგომი ჰემორაგიის პრევენცია და მკურნალობა, გამოწვეული საშვილოსნოს ატონიით ან სუბინვოლუციით;

დოზა და მიღების გზა: ჩვეულებრივი დოზა არის 0.2 მგ კუნთშიდა (IV) ინექცია ყოველ 2-4 საათში, მაქსიმუმ 5 დოზა. გადადით ორალური გზით მიღებაზე 0.2 მგ ყოველ 6-8 საათში მაქსიმუმ 7 დღის განმავლობაში. ინტრავენური გზით მიღება არ არის რეკომენდებული, გამოიყენეთ მხოლოდ სიცოცხლისთვის საშიში სასწრაფო შემთხვევების დროს და გადაუსხით მხოლოდ 60 წამის განმავლობაში, ასევე აკონტროლეთ სისხლის წნევა და პულსი, რადგან შეიძლება გამოიწვიოს ძლიერი ჰიპერტენზია;

შეწოვა: კარგად შეიწოვება ორალური და კუნთშიდა გზით მიღების დროს;

გამოყოფა: მეტაბოლიზირდება ღვიძლის მიერ, გამოიყოფა განავლისა და შარდის გზით;

უკუჩვენება და წინასწარი ზომები: მეთილერგონოვინი არასდროს არ უნდა იყოს გამოყენებული ორსულობის დროს ან მშობიარობის ინდუცირებისთვის. არ გამოიყენოთ კუნთშიდა ინექციის დროს, თუ დედა ჰიპერმგრძნობიარეა ერგოტების მიმართ. უკუნაჩვენებია ქალებისთვის, რომლებსაც აქვთ ჰიპერტენზია, ღვიძლისა და თირკმელების მძიმე დაავადება, თრომბოფლებიტი, კორონარული არტერიების დაავადება, პერიფერიული ვასკულარული დაავადება, ჰიპოკალცემია, სეფსისი ან გამოყენებულია მშობიარობის წინა პერიოდში;

გვერდითი ეფექტები: პირღებინების შეგრძნება, ღებინება, საშვილოსნოს შეკუმშვები, ჰიპერტენზია, თავბრუსხვევა, დისპნოე, გულმკერდის ტკივილი, პალპიტაცია, პერიფერიული იშემია, კრუნჩხვები და საშვილოსნოს და კუჭ-ნაწლავის შეკუმშვები;

პაციენტის მოვლისთვის მიღებული ზომები: მედიკამენტის დანიშვნამდე, შეაფასეთ სისხლის წნევა. იმოქმედეთ გზამკვლევის მიხედვით, რომ განსაზღვროთ სისხლის წნევის რა მაჩვენებელზე უნდა შეწყვიტოთ მედიკამენტი. გააფრთხილეთ დედა, რომ თავი შეიკავოს თამბაქოს მოხმარებისგან, რადგან ნიკოტინი იწვევს სისხლძარღვების შევიწროვებას. შეახსენეთ, რომ აღნიშნოს ნებისმიერი გვერდითი ეფექტი

სურათი 13-3, ბიმანუალური კომპრესია. ერთი ხელით შესვლა ხდება საშოში და მეორეთი საშვილოსნოს კომპრესია მუცლის კედელზე დაწოლით.

წამლის გზამკვლევი

კარბოპროსტი ტრომეთამინი (ჰემაბატი, პროსტინი / 15 M);
კლასიფიკაცია: პროსტაგლანდინი, ოქსიტოცინი;
მოქმედების მექანიზმი: ასტიმულირებს საშვილოსნოს შეკუმშვებს;
დანიშნულება: გამოიყენება მშობიარობის შემდგომი სისხლდენის სამკურნალოდ, რომელიც გამოწვეულია საშვილოსნოს ატონიით. ასევე გამოიყენება აბორტისთვის;
დოზირება და მიღების გზა: მშობიარობის შემდგომი სისხლდენა: 250 მიკროგრამი კუნთშიდა ინექციით. შეიძლება გავიმეოროთ 15-90 წუთის ინტერვალით. მაქსიმუმი სრული დოზა 2 მგ;
შეწოვა: მეტაბოლიზირდება ფილტვებსა და ღვიძლში ფერმენტების მიერ;
გამოყოფა: უმთავრესად გამოიყოფა შარდის მიერ;
უკუჩვენება და წინაწარი ზომები: ზედმეტმა დოზებმა შეიძლება გამოიწვიოს ტეტანური შეკუმშვები და ჩახევები ან საშვილოსნოს გახევა. ოქსიტოცინთან ერთად გამოყენებისას შეიძლება გამოიწვიოს საშვილოსნოს ჰიპერტონუსი. პირღებინების შეგრძნება, ღებინება, ფაღარათი (ხშირი), ცხელება, კანკალი, სახის წამოწითლება, ჰიპერტენზია ან ჰიპოტენზია, ტაქიკარდია, ფილტვების შეშუპება;
პაციენტის მოვლისთვის მიღებული ზომები: სამაცივრე პრეპარატია. გაუკეთეთ კუნთშიდა ინექციით, ფრთხილად. კატეგორიულად არ შეიძლება ინტრავენურად შეყვანა. შეანაცვლეთ ინექციის ადგილი განმეორებითი გამოყენებისას. აწარმოეთ სასიცოცხლო ნიშნების მონიტორინგი. გამოიყენეთ ანტიემეზური ან ანტიდიარეზული მედიკამენტები დანიშნულების მიხედვით.

თუ საშვილოსნოს მასაჟი და ფარმაკოლოგიური ზომები არაეფექტურია საშვილოსნოს სისხლდენის შესაჩერებლად, ექიმმა ან ექთანმა-ბებიაქალმა შეიძლება გამოიყენოს საშვილოსნოს ბიმანუალური კომპრესია. ამ პროცედურაში, ერთი ხელი შეყოფილია ვაგინაში და მეორეთი ხდება საშვილოსნოზე დაწოლა მუცლის კედლიდან. შეიძლება საშვილოსნოში ჩავდგათ ბუშტი, გამოვიწვიოთ საშვილოსნოს ზედაპირის საწინააღმდეგო წნევა სისხლდენის შესაჩერებლად.

ასევე, შეგვიძლია გავაკეთოთ საშვილოსნოს ტამპონირება. შესაძლოა საჭირო გახდეს სამშობიარო ოთახში ქალის კვლავ გადაყვანა, საშვილოსნოს ღრუს დათვალიერებისა და პლაცენტის ფრაგმენტების მოსაცილებლად, რომელიც ხელს უშლის საშვილოსნოს შეკუმშვებს.

სისხლდენის მიზეზის დასადგენად შეიძლება საჭირო გახდეს ლაპარატომია. ძლიერი სისხლდენის შესამცირებლად შეიძლება გაკეთდეს საშვილოსნოს კომპრესიული ნაკერები. საშვილოსნოს ან ჰიპოგასტრალური არტერიების ლიგაცია ან მენჯის არტერიების ემბოლიზაცია (ოკლუზია) შეიძლება საჭირო გახდეს თუ სხვა ზომები ეფექტური არ იქნება. ბოლო საშუალება, ქალის გადასარჩენად, არის ჰისტერექტომია.

ჰემორაგია საჭიროებს ინტრავასკულარული სითხის მოცულობის დროულ შევსებას. რისთვისაც გამოიყენება: რინგერ ლაქტატის ხსნარი, სისხლი, ერითროციტარული მასა, ნორმალური ფიზიოლოგიური ხსნარი და პლაზმის სხვა შემავსებლები.

უნდა მოხდეს საკმარისი სითხის გადასხმა, რომ შენარჩუნდეს გამოყოფილი შარდის ოდენობა სულ მცირე 30 მლ/სთ (ნორმული ოდენობაა 60 მლ/სთ). ზოგადად, ექთანს ევალება შესაბამისი ჯგუფის და ჯვარედინად შერჩეული სისხლის მოძიება-შეგროვება, დიდი კალიბრის IV ხაზის დაყენება, რომლითაც შესაძლებელია სისხლის გადასხმა.

ტრავმა

სამშობიარო გზების ტრავმა ადრეული მშობიარობის შემდგომი სისხლდენის ყველაზე ხშირ მიზეზებს შორის მეორე ადგილზეა და მოიცავს ვაგინალურ, ყელის ან პერინეუმის ჩახევებს და ჰემატომის წარმოქმას.

გამომწვევი ფაქტორები

ფაქტორები, რომელიც ზრდის მშობიარობის დროს საშვილოსნოს ატონიის რისკს, ასევე, ზრდის რბილი ქსოვილების ტრავმის რისკს. მაგალითად, სამშობიარო გზების ტრავმირება ხდება თუ ახალშობილი დიდი ზომისაა ან თუ მშობიარობა და ნაყოფის დაბადება ხდება ძალიან სწრაფად. მშობიარობის ინდუქცია და აუგმენტაცია, ასევე დამხმარე მოწყობილობების გამოყენება, როგორიცაა ვაკუუმ ექსტრაქტორი, ზრდის ქსოვილების ტრავმის რისკს.

ჩახევები

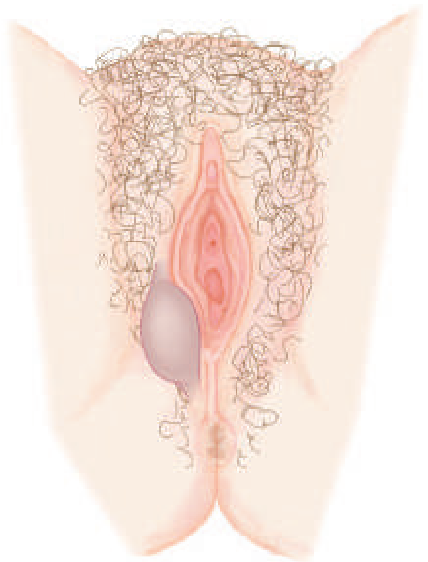
ყველაზე ხშირად ჩახევა ხდება შემდეგ ადგილებში: პერინეუმი, ვაგინა, ყელი და საშარდე ხვრელის ირგვლივ. ხშირია მცირე ზომის ჩახევები, რომელიც არ საჭიროებს აღდგენას. ვაგინის, პერინეუმისა და შარდსაწვეთის გარშემო ადგილების ჩახევა უმეტესად ხდება მშობიარობის მეორე პერიოდში, როცა ნაყოფის თავი სწრაფად ჩამოდის ქვემოთ ან როცა ნაყოფის თავის დასაბადებლად საჭირო ხდება დამხმარე მოწყობილობების გამოყენება, როგორიცაა ვაკუუმ ექსტრაქტორი ან მაშები.

სამშობიარო გზების ჩახევა უნდა ვივარაუდოთ მაშინ, როცა ჭარბი სისხლდენა გრძელდება და საშვილოსნოს ფუძე კარგადაა შეკუმშული. გენიტალური გზების ჩახევებით გამოწვეული სისხლდენისას სისხლი ხშირად ღია წითელია, განსხვავებით ლოქიებისგან, რომელსაც ახასიათებს უფრო მუქი წითელი გამონადენი. სისხლდენა შეიძლება იყოს სხვადასხვა ინტენსივობის: ძლიერი ან უმნიშვნელო, რომელიც მოდის უწყვეტი სისხლის ნაკადით წვეთ-წვეთად ან გამოჟონვით.

ჰემატომა

ჰემატომა ჩნდება, როცა სისხლდენა ვითარდება თხელ შემაერთებელ ქსოვილში და ზედა ქსოვილის მთლიანობა არ ირღვევა. ჰემატომა ვითარდება სისხლძარღვების დაზიანების შედეგად სპონტანური მშობიარობის დროს და ბავშვის დაბადების პროცესში, დამხმარე მოწყობილობების - ვაკუუმ ექსტრაქტორის ან მაშების გამოყენებისას.

თხელ ქსოვილებში სწრაფმა სისხლდენამ შეიძლება გამოიწვიოს გარეთა სასქესო ორგანოს ხილვადი ჰემატომა, შეფერილი გამობურცული მასა, რომელიც მგრძნობიარეა შეხებაზე (სურათი 13 -4).



სურათი 13-4 , სასირცხო ბაგეების ჰემატომა გამოწვეულია ჩქარი სისხლდენით რბილ ქსოვილებში და ის იწვევს ძლიერ ტკივილს და დაწოლის შეგრძნებას.

ვაგინასა და რეტროპერიტონეალურ ადგილას ჰემატომა არ ჩანს. ჰემატომა იწვევს ღრმა, ძლიერ, გაუყუჩებელ ტკივილს და დაწოლის შეგრძნებას, რომელიც არ ყუჩდება ჩვეულებრივი ტკივილგამაყუჩებლების მიღებით. ჰემატომის წარმოქმნა უნდა ვივარაუდოთ, თუ დედას აღენიშნება ფარული სისხლდენის სისტემური ნიშნები, როგორიცაა ტაქიკარდია ან შემცირებული სისხლის წნევა, როცა საშვილოსნოს ფუძე მკვრივია და ლოქიებიც ნორმალური რაოდენობითაა.

თერაპიული მართვა

როცა მშობიარობის შემდგომი სისხლდენა გამოწვეულია სამშობიარო გზების ტრავმებით, ხშირად აუცილებელია ქირურგიული აღდგენა. ვაგინისა და ყელის ლაცერაციის ვიზუალიზაცია რთულია და აუცილებელია დედის კვლავ დაბრუნება სამშობიარო ოთახში, სადაც ქირურგიული განათებაა. ქალის მოთავსება ხდება ლითოტომიურ პოზიციაში. საჭიროა ქირურგიული ასეპტიკის წესების დაცვა, როცა ხდება ჩახევის ვიზუალიზაცია და აღდგენა.

მცირე ზომის ჰემატომა ხშირად ბუნებრივად გაიწოვება. დიდი ზომის ჰემატომას შეიძლება დასჭირდეს გაჭრა, კოლტებისგან გათავისუფლება და სისხლმდენი სისხლძარღვის პოვნა, რათა მოხდეს სისხლძარღვის ლიგაცია.

გვიანი მშობიარობის შემდგომი სისხლდენა

გვიანი მშობიარობის შემდგომი სისხლდენის ყველაზე ხშირი მიზეზია საშვილოსნოს სუბინვოლუცია (საშვილოსნოს არაორსულობის მდგომარეობის ზომისა და სტრუქტურის დაგვიანებული აღდგენა) და პლაცენტის მოშორების შემდეგ მიომეტრიუმზე მიმაგრებული პლაცენტის ფრაგმენტი. ჩარჩენილი ფრაგმეტის გარშემო წარმოიქმნება კოლტები, რომელიც მშობიარობიდან რამდენიმე დღის შემდეგ დანეკროზდება, მოცილდება და შეიძლება განვითარდეს ჭარბი სისხლდენა. სისხლდენის ერთ ერთი მიზეზია საშვილოსნოს ინფექცია.

პლაცენტის ჩარჩენილი ფრაგმენტით გამოწვეული გვიანი მშობიარობის შემდგომი სისხლდენის პრევენცია, როგორც წესი, შესაძლებელია. პლაცენტის გამოძევების შემდეგ, აუცილებელია პლაცენტის ფრთხილად დათვალიერება მისი მთლიანობის შესაფასებლად. თუ პლაცენტის ნაწილი აკლია, პასუხისმგებელი პირი ხელით სინჯავს საშვილოსნოს ღრუს, პოულობს ჩარჩენილ ნაწილს და აშორებს მას.

გვიანი მშობიარობის შემდგომი სისხლდენის ერთ-ერთი სახეა მეორეულად გამოწვეული მშობიარობის შემდგომი სისხლდენა და განისაზღვრება როგორც სისხლდენა, რომელიც ხდება მშობიარობის შემდეგ 24 საათიდან 6 კვირის განმავლობაში. ის ხშირად ხდება ქალის გაწერის შემდეგ და დედისათვის შეიძლება საშიში იყოს მოულოდნელი დაწყების გამო. ქალს უნდა ვასწავლოთ თუ როგორ შეაფასოს საშვილოსნოს ფუძე, ლოქიების დენის ნორმალური მახასიათებ-

ლები და ხანგრძლივობა. ქალმა უნდა იცოდეს ვის მიმართოს თუ სისხლდენა ჭარბი და არაკონტროლირებადია.

გამომწვევი ფაქტორები

ფაქტორები, რომელიც იწვევს პლაცენტის ფრაგმენტის ჩარჩენას საშვილოსნოს ღრუში შემდეგია: პლაცენტის ხელით მოცილება, პლაცენტის ჩაზრდა, წინა მშობიარობა საკეისრო კვეთით და საშვილოსნოს ლეიომიომა, პლაცენტის მოცილების მცდელობა, სანამ ის მოსცილდება საშვილოსნოს კედელს.

თერაპიული მართვა

გვიანი მშობიარობის შემდგომი სისხლდენის თავდაპირველი მკურნალობა მიმართულია ჭარბი სისხლდენის კონტროლისკენ. ყველაზე ხშირად გამოყენებული ფარმაკოლოგიური მედიკამენტებია: ოქსიტოცინი, მეთილერგონოვინი და პროსტაგლანდინები. ოქსიტოცინის დანიშვნის შედეგად პლაცენტის ნაწილები შეიძლება მოცილდეს და ჩამოსრიალდეს საშვილოსნოდან სისხლდენის დროს და თუ სისხლდენა შეწყდება, სხვა მკურნალობა საჭირო აღარ არის. სონოგრაფიამ შეიძლება დააფიქსიროს პლაცენტის ფრაგმენტები, რომელიც რჩება საშვილოსნოში. თუ სისხლდენა გრძელდება ან განმეორდება, შეიძლება საჭირო გახდეს დილატაცია და კურეტაჟი (საშვილოსნოს ყელის გაფართოვება, რაც საშუალებას მისცემს გამოტუმბვას და საშვილოსნოს კედლების გამოფხეკას) ფრაგმენტების მოსაცილებლად.

ფართო სპექტრის ანტიბიოტიკები ინიშნება, როცა მშობიარობის შემდგომ ინფექციას ვარაუდობენ, საშვილოსნოს გამკვრივების, ცუდი სუნის ლოქიების ან სიცხის არსებობის შემთხვევაში.

ჰიპოვოლემიური შოკი

მშობიარობის განმავლობაში ან მის შემდგომ, ქალმა შეიძლება აიტანოს სისხლის დანაკარგი, რომელიც უახლოვდება სისხლის იმ რაოდენობას, რომლის მომატებაც ფიზიოლოგიურად ხდება ორსულობის დროს (დაახლოებით 1500- 2000 მლ) . ქალი, რომელიც ანემიური იყო მშობიარობამდე, აქვს ნაკლები რეზერვი, ვიდრე სისხლის ანალიზის ნორმული მაჩვენებლების მქონე დედას. სისხლის დანაკარგი შეიძლება განვსაზღვროთ მშობიარობამდე და მშობიარობის შემდგომ ჰემატოკრიტის მაჩვენებლის განსაზღვრით და შედარებით. ჰემატოკრიტის მაჩვენებელი შედარებით დაბალია, იმ შემთხვევაში, თუ ქალმა დაკარგა სისხლის რაოდენობა, რომელიც მოემატა ორსულობის დროს, და ასევე, დამატებით 500 მლ შეესაბამება ყოველი 3% შემცირებულ ჰემატოკრიტის მაჩვენებელს.

როცა სისხლის დანაკარგი ჭარბია, შეიძლება განვითარდეს ჰიპოვოლემიური შოკი (მწვავე პერიფერიული სისხლის მიმოქცევის მოშლა, რომელიც გამოწვეულია მოცირკულირე სისხლის მოცულობის დაკარგვით). ჰიპოვოლემია (მოცირკულირე სითხის მოცულობის პათოლოგიური შემცირება) ჟანგბადის შემცირებით საფრთხეს უქმნის სასიცოცხლო ორგანოებს. თავის ტვინი, გული და თირკმელები განსაკუთრებით მიდრეკილია დაზიანების მიმართ ჰიპოქსიის დროს და შეიძლება დაზიანდეს ძალიან სწრაფად.

პათოფიზიოლოგია

ჰიპოვოლემიური შოკის აღმოჩენა შეიძლება დაგვიანდეს, რადგან სხეული ააქტიურებს კომპენსატორულ მექანიზმს, რომელიც ნიღბავს პრობლემის სიმძაფრეს. ხდება საძილე არტერიისა და აორტის ბარორეცეპტორების სტიმულაცია, რათა მოხდეს პერიფერიული სისხლძარღვების შევიწროვება. ეს კი იწვევს ცენტრალური სისხლის მიმოქცევის ნაკადის დაქვეითებას ისეთი სასიცოცხლო ორგანოებისკენ, როგორიცაა კანი და კიდურები. კანი ხდება ფერმკრთალი და ცივი, მაგრამ გულის წუთმოცულობა და სასიცოცხლო ორგანოების პერფუზია შენარჩუნებულია.

დამატებით, თირკმელზედა ჯირკვლები გამოყოფს კატექოლამინებს, რომელიც იწვევს სხვა დანარჩენი ორგანოების სისხლძარღვების შევიწროებას და ზრდის გულის სიხშირეს და სისხლის

წნევას. ამის შედეგად, სისხლის წნევა რჩება კვლავ ნორმალური , ხშირად მცირდება პულსური სისხლის წნევა (განსხვავება სისტოლურ და დიასტოლურ სისხლის წნევებს შორის). განვითარებული ტაქიკარდია ჭარბი სისხლის დაკარგვით გამოწვეული კომპენსაციის ადრეული ნიშანია.

შოკური მდგომარეობის გაუარესებასთან ერთად, ირღვევა კომპენსატორული მექანიზმი და იზრდება ფიზიოლოგიური პროცესის დარღვევის საშიშროება. ორგანოების არასაკმარისი პერფუზია და მეტაბოლიზმისათვის საჭირო უჯრედოვანი ჟანგბადის შემცირებული ოდენობა იწვევს რძის მჟავის დაგროვებას და მეტაბოლური აციდოზის განვითარებას. აციდოზი იწვევს ვაზოდილატაციას, რომელიც უფრო ზრდის სისხლდენას. საბოლოოდ, მოცირკულირე სისხლის რაოდენობა იკლებს, რაც არასაკმარისია გულისა და თავის ტვინის ქსოვილის ადეკვატური პერფუზიისათვის. ხდება უჯრედების სიკვდილი ანოქსიისგან (ჟანგბადის უკმარისობისგან), რაც სიცოცხლისათვის შეუთავსებელია და ქალი კვდება.

კლინიკური გამოვლინებები

ადრეული ნიშნები

ისეთი გამოხატული სიმპტომები, როგორიცაა მსუბუქი ტაქიკარდია ან ჰიპოტენზია, შესამჩნევი არაა, როცა სისხლის დანაკარგი სისხლის საერთო მოცულობის 20-25 %-მდეა. ტაქიკარდია და პულსის სიხშირის თანდათანობითი ზრდა ჰიპოვოლემიური შოკის ყველაზე ადრეული ნიშნებია. თუკი მოცირკულირე სისხლის მოცულობა საგრძნობლად შემცირებულია, მცირდება როგორც სისხლის წნევა, ისე პულსური წნევა. როცა ჰემოგლობინის დონე დაბალია და ვერ ხდება საჭირო რაოდენობის ჟანგბადის სათანადო ტრანსპორტირება, ქალი ცდილობს მიიღოს ჟანგბადის ის რაოდენობა, რაც რეალურად სჭირდება და შედეგად იზრდება რესპირატორული სიხშირე.

ერთ-ერთი ადრეული ნიშანია კანზე ასახული ცვლილებები. ვაზოკონსტრიქციის გამო კანი ფერმკრთალი და შეხებით ცივია. ჰემორაგიის გაუარესებასთან ერთად კანის ცვლილებები უფრო აშკარა ხდება: კანი ხდება კიდევ უფრო ფერმკრთალი, ცივი და ნოტიო.

შოკის პროგრესირებასთან ერთად ცვლილებები ხდება ცენტრალურ ნერვულ სისტემაში. სისხლდენის გაძლიერებისას დედა ხდება აღელვებული, შემდეგ ებინდება გონება და საბოლოოდ ხდება ლეთარგიული. მცირდება და საბოლოოდ ჩერდება შარდის გამოყოფა.

თერაპიული მართვა

თერაპიული მართვა საჭიროა სისხლდენის კონტროლისა და ჰიპოვოლემიური შოკის პრევენციისათვის. ჰიპოვოლემიური შოკი არ უნდა გახდეს შეუქცევადი. მეორე IV ხაზის ჩადგმა უნდა მოხდეს დიდი კალიბრის (14- 18 კალიბრი) კათეტერით, რომელიც იძლევა სისხლის გადასხმის საშუალებას. შეიძლება საჭირო გახდეს ცენტრალური ინტრავენური კათეტერის ჩადგმა. უნდა გადაესხას საკმარისი რაოდენობის სითხე, რათა შენარჩუნდეს შარდის გამოყოფა სულ მცირე 30 მლ/სთ. დაბალი სისხლის წნევისთვის შესაძლოა საჭირო გახდეს ვაზოპრესორების გამოყენება. პაციენტცენტრული, მზრუნველი გუნდი ყველაფერს აკეთებს სისხლდენის წყაროს პოვნისა და სისხლდენის შეწყვეტისათვის. შესაძლოა საჭირო გახდეს პაციენტის ინტერვენცია საშვილოსნოს ტამპონირებისათვის; საშვილოსნოს, საკვერცხისა და ჰიპოგასტრიუმის არტერიის ლიგირებისათვის ან ჰისტერექტომიისათვის.

პაციენტის მოვლასთან ასოცირებული მსჯელობა

დაუყოვნებლივი ზრუნვა

ექთანმა უნდა შეაფასოს და დააფიქსიროს სასიცოცხლო ნიშნები: სისხლის წნევისა და პულსის შეფასება უნდა მოხდეს ყოველ 3-5 წუთში; ფუძის ადგილმდებარეობა და ლოქიების რაოდენობა; კანის ტემპერატურა და ფერი; კაპილარების ავსება.

ჟანგბადის მიწოდება ხდება მჭიდრო სახის ნიღბით 8 - 10 ლ/წუთში. უნდა მოხდეს ჟანგბადის სატურაციის დონის დაკვირვება-შეფასება. ექთანმა დაწესებულების პროტოკოლის მიხედვით უნდა აიღოს სისხლი ჰემოგლობინის, ჰემატოკრიტის, შედედების ფაქტორების, სისხლის ჯგუ-

ფისა და ჯვარედინი რეაქციის შესაფასებლად. ექთნები დანიშნულების შესაბამისად უსხამენ სითხეებს, სისხლსა და მედიკამენტებს, აკვირდებიან ეფექტურობას. შარდის ბუშტში თავსდება შარდის კათეტერი შარდის საათობრივი გამოყოფის კონტროლისათვის. კათეტერი ასევე აუცილებელია, თუ ჰემორაგიის კონტროლისათვის საჭირო გახდა ქირურგიული პროცედურის ჩატარება. დამატებით, ექთანმა ქალსა და მის ოჯახს უნდა გაუწიოს ინფორმაციული და ემოციური მხარდაჭერა.

უსაფრთხოების ზომები

მშობიარობის შემდგომი სისხლდენის ნიშნებია:

- საშვილოსნო, რომელიც არ იკუმშება ან არ ნარჩუნდება შეკუმშულ მდგომარეობაში;
- ვაგინიდან დიდი რაოდენობით სისხლდენა ან ნელი, უწყვეტი ნაკადით ან წვეთების სახით გამოჟონვა;
- ერთი საფენის სრულად გაჟღენთვა 15 წუთის განმავლობაში;
- ძლიერი, გაუყუჩებელი პერინეალური ან რექტალური ტკივილი;
- ტაქიკარდია.

პაციენტის მოვლის პროცესის აპლიკაცია

ქალი ჭარბი სისხლდენით

შეფასება

ქალის მშობიარობის შემდგომი მეთვალყურეობა, პირველ რიგში, გულისხმობს სისხლდენის რისკების გამოვლენასა და შეფასებას.

საშვილოსნოს ატონია

საშვილოსნოს ატონიის შეფასების დროს პრიორიტეტულია საშვილოსნოს ფუძის, შარდის ბუშტის, ლოქიების, სასიცოცხლო ნიშნების, კანის ტემპერატურისა და ფერის შეფასება.

შეაფასეთ საშვილოსნოს ფუძის კონსისტენცია და ადგილმდებარეობა. შეკუმშული, მკვრივი საშვილოსნოს ფუძე ისინჯება ჭიპის და შუა ხაზის პროექციაზე, ან მასთან ახლოს.

როცა საშვილოსნოს ფუძე არის რბილი (მოდუნებული) , საშვილოსნო არ არის მკვრივად შეკუმშული ან პლაცენტის მიმაგრების ადგილიდან არის სწრაფი და უწყვეტი სისხლდენა.

როცა ფუძე არის ჭიპის დონეზე ან მის ზემოთ, სავსე შარდის ბუშტმა შეიძლება გამოიწვიოს ჭარბი სისხლდენა.

სისხლის დანაკარგის შეფასების დროს უნდა ვთხოვოთ ქალს, გადაბრუნდეს გვერდით და შევამოწმოთ ხომ არაა ლოქიები დაგროვილი ქალის ფეხების, დუნდულების ან წელის უკან. ეს საშუალებას გვაძლევს დავინახოთ სისხლი, რომელიც არ ჩანდა წინიდან შეხედვით.

ჭარბწონიან ქალებს, ყოველი მომდევნო მშობიარობის შემდეგ, აქვთ საშვილონოს ატონიის მომატებული რისკი. ფუძის შეფასებაც კი სირთულეებთანაა დაკავშირებული. მათ სჭირდებათ განსაკუთრებული მონიტორინგი საშვილოსნოს ატონიის ნიშნებზე, ამიტომ საშვილოსნოს ფუძე უნდა შეფასდეს უფრო ხშირად და არ უნდა ველოდოთ ლოქიების ან სისხლის კოლტების მომატებას.

ლოქიების მოცულობის შეფასება რთულია მხოლოდ საფენებზე დაკვირვებით. უფრო ზუსტი ინფორმაციის მიღება ხდება საფენების და თუ საჭიროა თეთრეულის, გადასაფარებლების აწონვით სისხლდენამდე და შეფასების დროს. ერთი გრამი (წონა) უდრის დაახლოებით 1 მლ (მოცულობა) .

განსაზღვრეთ სასიცოცხლო ნიშნები ყოველ 15 წუთში ან საჭიროების შემთხვევაში უფრო ხშირად. გამოიყენეთ პულსოქსიმეტრი ჟანგბადის სატურაციის დონის განსაზღვრისათვის. ტაქიკარდია და პულსური წნევის შემცირება მიგვანიშნებს სისხლის მნიშვნელოვანი დანაკარგით გამოწვეულ ქალის მდგომარეობის გაუარესებაზე. რადგან სხეული თავიდან აკომპენსირებს ჭარბ სისხლდენას, სასიცოცხლო ნიშნები შეიძლება დარჩეს ნორმალური, მაშინაც კი, როცა ქალი ხდება ჰიპოვოლემიური. კანი უნდა იყოს თბილი და მშრალი, ტუჩების და პირის ლორწოვანი გარსები - მოვარდისფრო. როცა ფრჩხილებზე ხდება დაწოლა, კაპილარების ავსება უნდა მოხდეს 3 წამის განმავლობაში. ეს ნიშნები პერიფერიული ქსოვილებისათვის მოცირკულირე სითხის საკმარისი მოცულობის დამადასტურებელია.

უსაფრთხოების ზომები

სისხლის დანაკარგის განსაზღვრისთვის:

აწონეთ ყველა სისხლით გაჟღენთილი ნივთი (მაგ., საფენები, თეთრეული), შემდეგ აწონეთ იგივე სუფთა საგნები. გამოაკელით მშრალი ნივთების წონა სველი ნივთების წონას

1 გ წონა = 1 მლ სისხლს

ტრავმა

თუ საშვილოსნოს ფუძე მკვრივია, მაგრამ სისხლდენა ჭარბია, ეს შეიძლება გამოწვეული იყოს საშვილოსნოს ყელის ან სამშობიარო გზების დაზიანებით.

თუ დედა უჩივის მწვავე, ძლიერ ტკივილს მენჯის არეში ან რექტალურად, სასიცოცხლო ნიშნები ან კანის ცვლილებები მიანიშნებს ჰემორაგიას, მაგრამ ჭარბი სისხლდენა გამოხატული არ არის, მიზეზი შეიძლება იყოს ფარული სისხლდენა ან ჰემატომის წარმოქმნა. გამოიკვლიეთ გარეთა სასქესო ორგანოები კანის დისკოლორაციაზე ან ამობურცულ წარმონაქმნზე. შესაძლოა ჰემატომა განვითარებული იყოს ვაგინაში ან რეტროპერიტონეალურ ადგილას და ეს ვერ ვნახოთ გარეთა სასქესო ორგანოების დათვალიერებისას. ამიტომ, ექიმმა აუცილებლად უნდა დაათვალიეროს ვაგინის კედლები და ყელი. ცხრილი 13-1 განიხილავს პათოლოგიურ ნიშნებისა და სიმპტომების შეფასებას, ექთნის თანამონაწილეობას ამ რთულ და საპასუხისმგებლო საქმეში.

პაციენტის მოვლასთან დაკავშირებული დიაგნოზი

მშობიარობის შემდგომი სისხლდენა არის გართულება, რომელიც საჭიროებს მთლიანი გუნდის ძალისხმევას სისხლდენის კონტროლისა და შემდგომი, ისეთი მოსალოდნელი გართულებების პრევენციისათვის, როგორიცაა ჰიპოვოლემიური შოკი.

დაგეგმვა

ექთანი დამოუკიდებლად არ მართავს მშობიარობის შემდგომ სისხლდენას. ექთანი იღებს და ითვალისწინებს ექიმის ან ბებიაქალის მითითებებს, როგორ მართოს მშობიარობის შემდგომი სისხლდენა ისე, რომ თავიდან იქნას აცილებული სავარაუდო გართულებები.

ექთანი პასუხისმგებელია:

- მონიტორინგი გაუწიოს მშობიარობის შემდგომი სისხლდენის ნიშნებს;
- აწარმოოს ისეთი ქმედებები, რომელსაც მინიმუმამდე დაჰყავს მშობიარობის შემდგომი სისხლდენა და პრევენციას უკეთებს ჰიპოვოლემიურ შოკს;
- შეატყობინოს შესაბამის პირს ჭარბი სისხლის დაკარგვის ნიშნები, თუ ეს გამოხატულია ან თუ ქალის რეაქცია არაადეკვატურია.

ცხრილი 13- 1 პაციენტის შეფასება მშობიარობის შემდგომი სისხლდენის შემდეგ		
შეფასება	**პათოლოგიური ნიშნები და სიმპტომები**	**მოვლის გეგმა**
ცხრილის მიმო-ხილვა	განმაპირობებელი ფაქტორების არსებობა	აწარმოეთ უფრო ხშირი შეფასება
ფუძე	რბილი, მოდუნებული, შეც-ვლილი ლოკაციით	მასაჟი, გამოაძევებინეთ კოლტები და დაეხ-მარეთ, რომ მოშარდოს ან კათეტერიზაცია გაუკეთეთ. შეატყობინეთ ექიმს, თუ მიღებული ზომები არაეფექტურია
ლოქია	სისხლდენა (მუდმივი ნაკადი, წვეთ-წვეთად დენა, დასველება, გამოჟონვა ან მასიური დენა) ძლიერი, გაჟღენთვა 1 საფენის/ საათში. ჭარბი: 1 საფენი/ 15 წუთში	შეაფასეთ ტრავმაზე, შეინახეთ და აწონეთ საფენები, შეინახეთ საწოლის თეთრეული, სისხლის დანაკარგის გამოთვლა უფრო ზუსტი რომ იყოს. შეატყობინეთ ექიმს
სასიცოცხლო ნიშნები	ტაქიკარდია, შემცირებული პულსის წნევა, სისხლის წნევის დაცემა, ჟანგბადის სატურაციის დონის შემცირება	აღნიშნეთ ზედმეტი სისხლის დანაკარგი
შარდის გამო-ყოფა	შარდის გამოყოფის შემცირება, უნდა შეადგენდეს სულ მცირე 30 მლ/სთ	აღნიშნეთ შარდის გამოყოფის შემცირება
კომფორტის დონე	მენჯის ან რექტალური ძლიერი ტკივილი	შეაფასეთ პერინეალური ან ვაგინალური ჰემა-ტომის ნიშნებზე: გასინჯეთ სასირცხო ბაგეები გამობურცულ მასებზე ან სისხლჩაქცევებზე და აღნიშნეთ
კანი	ცივი, ნოტიო, ფერმკრთალი	დააკვირდით ჰიპოვოლემიის ნიშნებს. მთლიანი გუნდის მიერ მართვა და ყურადღებით შეფა-სება მნიშვნელოვანია!

ჩარევები

სისხლდენების პრევენცია

ადრეული მშობიარობის შემდგომი სისხლდენის წარმატებული მართვის გასაღები მისი ადრეული გამოვლენა და დროული საპასუხო ჩარევებია. მშობიარობის შემდგომ პერიოდში ყველა ქალს აქვს სისხლდენის რისკი. თუმცა, განსაკუთრებით ყურადღებით უნდა იყოთ გაზრდილი რისკების მიმართ და უნდა მოხდეს ასეთი ქალების მონიტორინგი, რათა წინასწარ იქნას განსაზღვრული მოსალოდნელი ჭარბი სისხლდენა და მინიმუმადე იქნას დაყვანილი გართულებები. როცა არსებობს რაიმე რისკი, შეფასება აწარმოეთ უფრო ხშირად. ბევრ საავადმყოფოს და სამშობიარო დაწესებულებას აქვს პროტოკოლი თუ როგორ მოუარონ პაციენტს, რაც მოიცავს შემდეგ ნაბიჯებს: ქალის შეფასება ყოველ 15 წუთში მშობიარობიდან პირველი საათის განმავლობაში, ყოველი 30 წუთში შემდეგი 2 საათის განმავლობაში და საათში ერთხელ მომდევნო

4 საათის განმავლობაში. ეს გეგმა შეიძლება საკმარისი არ იყოს ქალისთვის, რომელსაც უკვე გამოვლენილი აქვს რისკ-ფაქტორები, რადგან ასეთ შემთხვევაში მშობიარობის შემდგომი სისხლდენა საკმაოდ სწრაფად ვითარდება.

კოლაბორაცია პაციენტის ჯანმრთელობაზე მზრუნველ პირთან

როცა ნავარაუდევია ჭარბი სისხლდენა და ფუძე არის მოშვებული, დაიწყეთ საშვილოსნოს მასაჟი. შეამოწმეთ ქალის შარდის ბუშტი გადავსებაზე და საშუალება მიეცით, რომ დაცალოს. თუ საჭიროება მოითხოვს და მას არ შეუძლია მოშარდვა, აუცილებელია შარდის ბუშტის კათეტერიზაცია. აწონეთ სისხლით გაჟღენთილი საფენები და თეთრეული, რათა ზუსტად შეაფასოთ სისხლის დანაკარგის რაოდენობა. თუ მასაჟი არ არის ეფექტური სისხლდენის დროულად საკონტროლებლად, შეატყობინეთ ექიმს ან ბებია-ქალს. შეინახეთ ნებისმიერი ქსოვილი ან კოლტები, რაც საშოდან გამოიდევნება.

დაწესებულებათა უმეტესობას ასევე აქვს პროტოკოლი, რომელიც საშუალებას აძლევს ექთანს მოახდინოს პაციენტის კათეტერიზაცია და დაიწყოს შესაბამისი ლაბორატორიული კვლევები, როგორიცაა ჰემოგლობინისა და ჰემატოკრიტის დონეების განსაზღვრა, სისხლის ჯგუფი და ჯვარედინი ურთიერთშეთავსება. თუ ტრანსფუზია გახდა საჭირო, მზად უნდა იყოს სისხლი. კოაგულაციური კვლევები, რომელიც შეიძლება საჭირო გახდეს, მოიცავს: ფიბრინოგენის, პროთრომბინის დრო, პარციალური თრომბოპლასტინის დრო, ფიბრინის დაყოფის პროდუქტის, ფიბრინის დაშლის პროდუქტების, თრომბოციტების, D-დიმერისა და სისხლის საერთო ანალიზის გამოკვლევას. ბევრი პროტოკოლი საშუალებას აძლევს ექთანს გაზარდოს გადასხმის სიჩქარე არსებულ IV ხაზში ან დაუყენოს დიდი კალიბრის კათეტერი, რომ დაიწყოს IV სითხეების გადასხმა, სანამ მოხდება მზრუნველი პირის ინფორმირება ქალის მდგომარეობის შესახებ. ეს მოქმედებები არ ნიშნავს იმას, რომ არ უნდა შეატყობინოს მზრუნველ პირს, არამედ საშუალებას აძლევს ექთნებს დროულად წარმართონ ინტერვენცია.

საშუალება მიეცით ქალს დაისვენოს საწოლზე, რომ გაიზარდოს ვენური უკუდინება და შეინარჩუნოს გულის წუთმოცულობა. სრული ტრენდელენბურგის პოზიციამ შეიძლება შეაფერხოს გულისა და ფილტვების ფუნქცია და ამიტომ, არ არის რეკომენდებული. შეცვლილი ტრენდელენბურგის პოზიცია: ფეხების აწევა 10 - 30 ხარისხით, რომ გაიზარდოს სისხლის მიდინება ფეხებიდან, სხეული ჰორიზონტალურად და თავი ოდნავ აწეული. გააგრძელეთ შეფასება, დაუძახეთ დახმარებისთვის და შეინახეთ სისხლით გაჟღენთილი ყველა მასალა, რათა მოხდეს სისხლის დანაკარგის ზუსტი განსაზღვრა. დახმარება არის მნიშვნელოვანი, რადგან ერთმა ექთანმა უნდა გააგრძელოს საშვილოსნოს მასაჟი, გააკეთოს და შეაფასოს მონაცემები, სანამ მეორე ატყობინებს მზრუნველ პირს დედის მდგომარეობას და აგროვებს მედიკამენტებს ან სხვა საჭირო მასალებს.

როცა ვატყობინებთ მზრუნველ პირს, აღნიშნეთ დრო და თითოეული შემთხვევის მნიშვნელობა. მაგალითად “13:00: ექიმი. X შეტყობინება მოხდა მშობიარობის შემდგომი სისხლდენის გატარებისთვის გამოწვეული საშვილოსნოს შეკუმშვის გაძნელებით და შენარჩუნებული ჭარბი სისხლდენის გამო. გამოძახებული იყო ექიმი.X პაციენტის სანახავად“.

გააგრძელეთ მკურნალობა ისე, როგორც დანიშნული იყო ექიმის მიერ ან მოწოდებულია პროტოკოლის მიხედვით. მკურნალობის ეფექტი და ინფორმაცია შეატყობინეთ ექიმს. პაციენტის მართვის დროს ექიმები და ბებია ქალები ეყრდნობიან ექთნის მიერ მოწოდებულ ინფორმაციას. ექთანი კარგად უნდა ფლობდეს მართვის პროტოკოლს და გააზრებული უნდა ჰქონდეს პაციენტის დანიშნულება.

როცა საჭიროა მაღალი დოზით ოქსიტოცინის დანიშვნა, უნდა იქნას გათვალისწინებული ოქსიტოცინის ანტიდიურეზული ეფექტი და ხშირად უნდა მოუსმინოთ ფილტვებს ფილტვების შეგუბების შესაძლო ნიშნების გამოვლენისათვის (სითხით გადატვირთვის გამო). მეთერგინის დანიშვნის შემთხვევაში აუცილებელია სისხლის წნევის დაფიქსირება.

როცა ჩატარებული პროცედურები უშედეგოა, უნდა შეატყობინოთ პაციენტზე მზრუნველ პირს, დამატებითი პროცედურების დროულად ჩასატარებლად. ეს შეიძლება მოიცავდეს ოპერაციული ჩარევისთვის მზადებას (ქირურგიულ მზადებას, ოპერაციული პროცედურების ან სისხლის გადასხმისათვის ჩასატარებლად საჭირო ინფორმირებულ თანხმობას).

ოჯახისთვის მხარდაჭერის გამოხატვა

საავადმყოფოს პერსონალის უჩვეულო აქტივობებმა შეიძლება გამოიწვიოს დედისა და მისი ოჯახის აღელვება. ყურადღებით იყავით არაპირდაპირი გზით ემოციების გამოხატვის ნიშნების მიმართ და როცა ისინი შეშინებულები გამოიყურებიან, გაათვიცნობიერეთ მათი გრძნობები. ოჯახის ინფორმირებულობა ერთ-ერთი ყველაზე ეფექტური გზაა მღელვარების შესამცირებლად.

გაათვიცნობიერეთ მათი შფოთვა და მარტივად აუხსენით თუ რაც ხდება: “მესმის, რომ ყველა ეს აქტივობა შეიძლება ცოტა საშიში იყოს, მას აქვს სისხლდენა იმაზე ჭარბი რაოდენობით, ვიდრე ჩვენ ველოდით და რამდენიმე საქმეს ვაკეთებთ ერთად, რომ ეს გამოვასწოროთ.”

სისხლდენის შემდგომი მოვლა

სისხლდენის გაკონტროლების შემდეგ, გააგრძელეთ ქალის ხშირად შეფასება სისხლდენის განმეორების რისკზე. ქალი შეიძლება იყოს ანემიური და დაღლილი. საშუალება მიეცით დაისვენოს და ისე განახორციელეთ ნებისმიერი ქმედება, რომ რაც შეიძლება მეტი ენერგიის დაზოგვა შეძლოს. შესაძლოა განვითარდეს ორთოსტატიული ჰიპოტენზია, ამიტომ დაეხმარეთ მას საწოლში მჯდომარე პოზიციიდან წამოდგომაში, როცა ფეხები ქვემოთ აქვს ჩამოწეული. შეაფასეთ თავბრუსხვევასა და სისხლის დაბალ წნევაზე. შესთავაზეთ სითხეების და რკინის მაღალი შემცველობის მქონე საკვების მიღება. გაითვალისწინეთ, რომ მას შეიძლება დასჭირდეს დახმარება ახალშობილის კვებაში.

სახლში მოვლა

ექთნები, რომლებიც მუშაობენ სახლში მოვლაზე ან ექთნები, რომლებიც მუშაობენ კლინიკებში, სადაც ხდება მშობიარობის შემდგომი სისხლდენის მართვა, უნდა აცნობიერებდნენ, რომ ქალები, რომლებსაც აქვთ მშობიარობის შემდგომი სისხლდენა, არიან მიდრეკილები სხვადასხვა გართულების მიმართ. ზოგადად, ასეთი პაციენტები გადაღლილები არიან, საჭიროებენ კვირებს, რომ ძალები აღიდგინონ და კვლავ კარგად იგრძნონ თავი. ხშირია ანემიები, ამიტომ ჰემოგლობინის დონის სტაბილიზაციისათვის აუცილებელია რკინის პრეპარატის დანიშვნა. შეიძლება შეიზღუდოს აქტივობა, სანამ ძალები აღდგება. ზოგიერთ ქალს სჭირდება დახმარება საოჯახო საქმეებსა და ახალშობილის მოვლაში. დაღლამ შეიძლება ხელი შეუშალოს ახალშობილთან კავშირის დამყარებასადა მიჩვევაში.

მასიური სისხლდენა ზრდის მშობიარობის შემდგომ ინფექციებს, ქალს უნდა ვასწავლოთ დააკვირდეს სპეციფიურ ნიშნებსა და სიმპტომებს

შეფასება

მიუხედავად იმისა, რომ ექთნები აგროვებენ, ადარებენ და განიხილავენ მონაცემებს დაწესებულ ნორმალურ მაჩვენებლებთან მიმართებით, ხშირად მაინც იჩენს თავს კოლაბორაციული პრობლემები, თუ პრობლემა წამოიჭრება, ექთანი მოქმედებს, რათა მინიმუმადე დაიყვანოს სისხლდენები და შეატყობინოს პაციენტზე პასუხისმგებელ პირს.

კრიტიკულად სააზროვნო სავარჯიშო 13-1

თაკო, 26 წლის ორსულია. მეხუთე ორსულობაა, 4 მშობიარობა მიღებულია კლინიკაში. ჰქონდა სწრაფი მშობიარობა, ახალშობილის წონაა 4000. ორი საათის შემდეგ გადაყვანილია მშობიარობის შემდგომ პალატაში. მშობიარობის შემდგომ, პირველადი შეფასების დროს, თაკოს საშვილოსნოს ფუძე ჭიპლარის დონეზეა და კონსისტენცია მკვრივია. ლოქიები მძიმე, პერიოდულად მცირე ზომის კოლტებით. სასიცოცხლო ნიშნები ნორმის ფარგლებში.

კითხვები:

1. მიანიშნებს თუ არა ნებისმიერი "წითელი დროშის" ნიშანი პრობლემას ან გართულებას? რა უნდა მოიმოქმედოს ექთანმა?
2. შემდგომი შეფასების შემდეგ, ექთანი აკვირდება ფუძე არის თუ არა რბილი და ლოქიები ჭარბი ხომ არაა? რა არის უმთავრესი ჩარევა და რატომ?
3. ერთ საათში ფუნდუსი კვლავ დარბილებულია და მოთავსებულია ჭიპლარიდან 3 სმ-ის ზემოთ და გადაწეულია მარჯვნივ. რა არის პრიორიტეტი ექთნის მოქმედებაში ? რატომ?
4. თაკო შარდავს 500 მლ შარდს. ფუძის ადგილის დადგენა გაძნელებულია, ლოქიები ჭარბია. რა არის ექთნების შემდეგი მოქმედება? რატომ?

საშვილოსნოს სუბინვოლუცია

საშვილოსნოს სუბინვოლუცია მშობიარობის შემდგომი გართულებაა, რომელიც ხასიათდება საშვილოსნოს ნორმალური (პრენატალური) ზომის აღდგენის შეფერხებით. ნორმალურად საშვილოსნო მცირდება დაახლოებით 1 სმ ან ერთი თითის სისქით დღიურად. 14 დღეში, პალპაციის დროს, სიმფიზის ზემოთ უკვე აღარ ისინჯება. ენდომეტრიუმის ამომფენი გარსი ჩამოიფცქვნება და პლაცენტის მიმაგრების ადგილი აღდგება მშობიარობიდან 6 კვირის განმავლობაში.

სუბინვოლუციის ყველაზე ხშირი მიზეზია საშვილოსნოს ღრუში ჩარჩენილი პლაცენტის ფრაგმენტი და მენჯის ღრუს ინფექციები. სუბინვოლუციის ნიშნები შედგება ლოქიების გახანგრძლივებული გამოყოფა გამონადენის სახით, საშვილოსნოდან არარეგულარული ან ჭარბი, ხანდახან მასიური სისხლდენა. ხშირი სიმპტომებია: მენჯის ტკივილი ან მენჯის არეში სიმძიმის შეგრძნება, წელის ტკივილი, დაღლა და მუდმივი სისუსტე. ლოგინობის ხანის განმავლობაში საშვილოსნოს ბიმანუალური გასინჯვით საშვილოსნო არის უფრო დიდი ზომის და უფრო რბილი კონსისტენციის, ნორმალურ საშვილოსნოსთან შედარებით.

თერაპიული მართვა

მკურნალობის მიზანია საშვილოსნოს სუბინვოლუციის მიზეზის აღმოფხვრა. ორალურად მიღებული მეთილერგონოვინი მალეატი (მეთერგინი) საშუალებას გვაძლევს ხანგრძლივი დროით შევინარჩუნოთ საშვილოსნო ნორმოტინუსში. ანტიმიკრობული თერაპია, ინფექციის არსებობისას, სათანადოდ უნდა იქნას შერჩეული.

პაციენტის მოვლასთან დაკავშირებული მსჯელობა

ხშირად საშვილოსნოს სუბინვოლუცია ვლინდება სახლში გაწერის შემდეგ. ამიტომ, ექთანმა უნდა ასწავლოს მელოგინეს და მის ოჯახს როგორ შეამჩნიოს ეს შემთხვევა.

აჩვენოს როგორ მოძებნოს, გასინჯოს და განსაზღვროს ფუძის სიმაღლე ჭიპლართან დამოკიდებულებაში. საშვილოსნო უნდა პატარავდებოდეს ყოველი დღე (დაახლოებით ერთი თითის სისქით). ასევე აუხსნას როგორ ხდება პროგრესული ცვლილებები ლოქია რუბრადან ლოქია სეროსაზე და შემდეგ ლოქია ალბაზე.

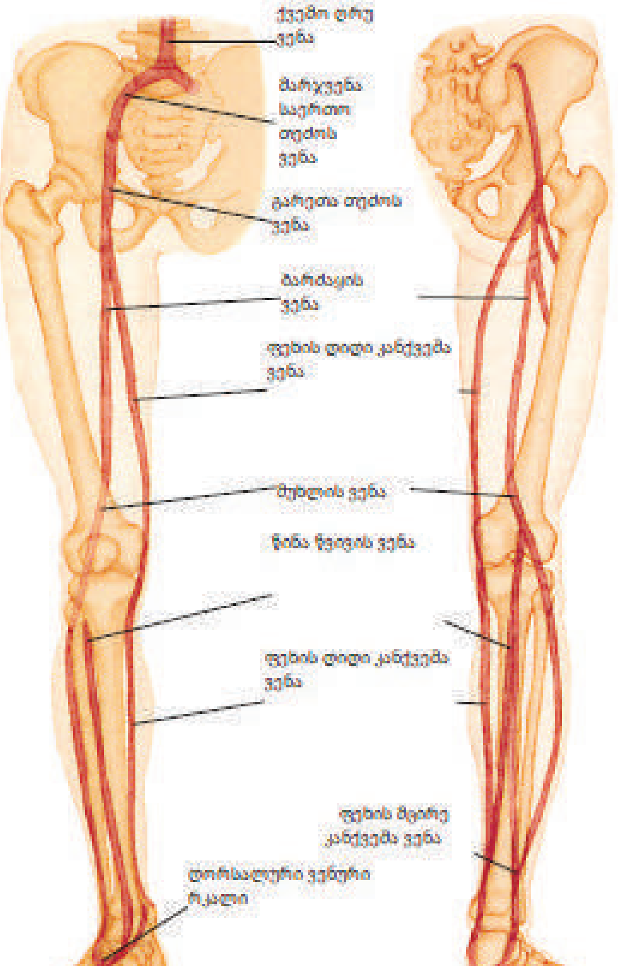
აუხსენით დედას, ყურადღება მიაქციოს ლოქიების გამოყოფას, მის ხანგრძლივობასა და რაოდენობას, დააფიქსიროს ნორმიდან ნებისმიერი გადახრა. ცუდი სუნი ხშირად საშვილოსნოს ინფექციას მიანიშნებს, რომლის დროსაც მკურნალობა მნიშვნელოვანია. დამატებითი ნიშნებია: მენჯისა და ფუძის ტკივილი, ზურგის ტკივილი, მენჯის დაწოლისა და სისავსის შეგრძნება. დედას უნდა შეეძლოს სამშობიარო დაწესებულებიდან გაწერამდე მოგვიყვეს გამაფრთხილებელი ნიშნების შესახებ.

თრომბოემბოლიური დაავადებები

თრომბი არის სისხლის შენადედი-კოლტი, რომელიც ჩნდება სისხლძარღვებში. თრომბის წარმოქმნა საკმაოდ რთული პროცესია. ის შეიძლება განვითარდეს ორი მექანიზმით - სისხლძარღ-

ვის კედელზე მოქმედი მექანიზმითა და კოაგულაციური ფაქტორების ცვლილებებით გამოწვეული მექანიზმით. პირველ შემთხვევაში ზიანდება სისხლძარღვის კედელი და მასში გამავალი სისხლის ელემენტები, ანუ თრომბოციტები. თრომბოციტების აგრეგაცია ანუ დაგროვება ხდება დაზიანებული სისხლძარღვის კედელთან. რთული ქიმიური პროცესის შედეგად გამომუშავდება ისეთი ნივთიერებები, რომელიც ხელს უწყობს თრომბის წარმოქმნას, რის გამოც ამ ადგილზე სისხლძარღვი ვიწროვდება. მეორე მექანიზმი უფრო ნელა მიმდინარეობს. ფიბრინოგენი - სისხლში არსებული ცილა, რომელიც მონაწილეობს სისხლის შედედებაში, გარდაიქმნება ფიბრინად. ფიბრინი წარმოქმნის ისეთ ბადეს, სადაც თრომბოციტები ილექება და, ამგვარად, მოხდება თრომბის/კოლტის წარმოქმნა.

სისხლძარღვის კედელზე, სადაც თრომბია მიმაგრებული, ანთებითი პროცესის შედეგად ვითარდება თრომბოფლებიტი. ეს კიდევ უფრო მეტად დაახშობს სისხლძარღვს. ემბოლია არის მასა, რომელიც სისხლში ნორმაში არ უნდა იყოს. კოლტს შეუძლია გაყვეს სისხლის ნაკადს, სანამ არ გაიჭედება რომელიმე კიდურში ან ორგანოში, ხშირად ფილტვებში. პულმონალური ემბოლია არის პოტენციურად სასიკვდილო გართულება, რომელიც ვითარდება მაშინ, როცა პულმონური არტერიის დახშობა ხდება სისხლის კოლტებით, რომელიც გამოვიდა სისტემურ ცურკულაციაში ვენებიდან ან ამნიონური სითხიდან. სამი ყველაზე ხშირი თრომბოემბოლიური დაავადება, რომელიც მხედველობაში მიიღება ორსულობის დროს და პოსტპარტუმ პერიოდში არის ზედაპირული ვენური თრომბოფლებიტი (SVT), ღრმა ვენური თრომბოზი (DVT) და იშვიათად პულმონალური ემბოლია. ზედაპირული ვენური თრომბოფლებიტი ხშირად მოიცავს ფეხის კანქვეშა ვენურ სისტემას და შემოიფარგლება კიდურის ქვედა ნაწილებით. ღრმა ვენური თრომბოზი შეიძლება მოიცავდეს ვენებს ტერფებიდან თეძო-ბარძაყის რეგიონამდე. ეს საყურადღებო მდგომარეობაა, რადგან შეიძლება გამოიწვიოს პულმონალური ემბოლია. სურათი 13 -5 ასახავს ფეხის ვენურ სისტემას.



სურათი 13- 5 , ფეხის ვენურ სისტემაზე ეფექტი ვენური თრომბოზის დროს.

შემთხვევა და ეტიოლოგია

ვენური თრომბოემბოლიის გავრცელება არის დაახლოებით 1500-დან 1 შემთხვევა ორსულებში, თუმცა ის წამყვანი მიზეზია დედათა სიკვდილიანობის მიზეზებს შორის. თრომბი შეიძლება წარმოიქმნას ნებისმიერ ადგილას, სადაც სისხლის ნაკადი შეფერხებულია. თრომბის სიდიდე მატულობს შენელებული სისხლის ნაკადით, მასში შემავალი თრომბოციტების, ასევე თრომბინის ზედდებით.

თრომბოზის სამი მთავარი გამომწვევი მიზეზია: ვენური სტაზი, ჰიპერკოაგულაცია და სისხლძარღვის ამომფენი ენდოთელიუმის (ყველაზე შიდა ფენა) დაზიანება. ორი მდგომარეობა, ვენური სტაზი და შედედებისკენ მიდრეკილი სისხლი, დამახასიათებელია ორსულობისათვის; მესამე - სისხლძარღვების დაზიანება კი ხდება მშობიარობის დროს.

ვენური სტაზი

ორსულობის დროს გადიდებული საშვილოსნოს ზეწოლისგან გამოწვეული ფეხისა და მენჯის დიდი სისხლძარღვების კომპრესია იწვევს ვენურ სტაზს. სტაზი ყველაზე მეტად გამოხატულია, როცა ორსული ქალი დგას დროის ხანგრძლივი პერიოდის განმავლობაში. შედარებითი არა აქტიურობა ორსულობის დროს და მოქმედებების შეზღუდვა გართულებების გამო, იწვევს ვენურ შეგუბებას და სისხლის სტაზს ქვედა კიდურებში. გახანგრძლივებული მშობიარობა, შემდგომ ეპიზიოტომიის აღდგენა იწვევს ვენურ სტაზს და ზრდის თრომბის წარმოქმნის რისკს.

ჰიპერკოაგულაცია

ორსულობისთვის დამახასიათებელი კოაგულაციური და ფიბრინოლიტიკური სისტემის ცვლილებები ნარჩუნდება პოსტპარტუმ პერიოდშიც. ორსულობის დროს ბევრი კოაგულაციური ფაქტორი მომატებულია. დამატებით, ფიბრინოლიტიკური სისტემა, რომელიც იწვევს კოლტების დაშლას, სუპრესირდება. შედეგი კი ისაა, რომ ფაქტორები, რომელიც იწვევს კოლტების წარმოქმნას, გაზრდილია და ფაქტორები, რომელიც პრევენციას უკეთებს კოლტების წარმოქმნას, შემცირებულია, რომ მოახდინოს დედის სისხლდენის პრევენცია, რაც იწვევს თრომბის წარმოქმნის უფრო მაღალ რისკს ორსულობისა და პოსტაპრტუმ პერიოდში.

სისხლძარღვების დაზიანება

სისხლძარღვების ენდოთელიუმის დაზიანება შეიძლება მოხდეს ორსულობისა და, განსაკუთრებით, მშობიარობის დროს. ქვედა კიდურების ტრავმა, ოპერაციული მშობიარობა და გახანგრძლივებული მშობიარობა იწვევს სისხლძარღვების დაზიანებას. საკეისრო კვეთით დაბადება მნიშვნელოვნად ზრდის თრომბოემბოლიურ დაავადებების რისკს. იხილეთ ყუთი 13 -2: თრომბოემბოლიური დაავადებების დამატებითი რისკ-ფაქტორები.

ყუთი 13- 2 ფაქტორები, რომელიც ზრდის თრომბოზის რისკს

ფიზიკური არააქტიურობა;
გახანგრძლივებული წოლითი რეჟიმი;
სიმსუქნე;
საკეისრო კვეთით მშობიარობა;
სეფსისი;
თამბაქოს მოხმარება;
წარსულში თრომბოზის შემთხვევა;
ვარიკოზული ვენები;
შაქრიანი დიაბეტი;
დედის ასაკი 35 წელზე მეტი;

მრავლობითი ორსულობა;
დეჰიდრაცია;
პირველი რიგის ნათესავები თრომბოზის დიაგნოზით;
მაშების გამოყენება;
ანტიფოსფოლიპიდური ანტისხეულების სინდრომი ;
თანდაყოლილი თრომბოფილია;
საჰაერო მოგზაურობა.

ზედაპირული ვენური თრომბოზი

კლინიკური გამოვლინებები

ზედაპირული თრომბოფლებიტისთვის დამახასიათებელი ვარიკოზული ვენები ხშირად წვივის უკანა ნაწილთან ვითარდება. ასევე, შეიძლება განვითარდეს მკლავებზე IV თერაპიის შედეგად. ნიშნები და სიმპტომებია: შეშუპებული და გაწითლებული ქვედა კიდურები, რომელიც ამავდროულად მკვრივი და მხურვალეა. შესაძლებელია გასინჯვით გამოვლინდეს გადიდებული, გამაგრებული, ბაწრის მსგავსი ვენა. ქალმა შეიძლება სიარულის დროს განიცადოს ტკივილი, მაგრამ ზოგიერთ ქალს არანაირი ნიშნები არ აღენიშნება.

თერაპიული მართვა

მკურნალობა შედგება ტკივილგამაყუჩებლებისგან, მოსვენებისა და ელასტიური წინდების გამოყენებისგან. ქვედა კიდურების ზემოთ აწევა აუმჯობესებს ვენურ უკუდინებას. თბილი საფენების გამოყენება შეიძლება მოხდეს დაზიანებულ ადგილას. ანტიკოაგულაციური მედიკამენტები არ გამოიყენება, მაგრამ შეიძლება საჭიროების შემთხვევაში, ანტიანთებითი მედიკამენტების გამოყენება. წოლითი რეჟიმის შემდეგ ფეხების ზემოთ მოთავსების მდგომარეობიდან, ქალი უნდა ადგეს ნელა, როცა სიმპტომები გაივლის. მან თავი უნდა შეიკავოს ხანგრძლივი პერიოდით დგომისგან და უნდა გააგრძელოს კომპრესიული წინდების გამოყენება, რათა პრევენცია გაუკეთოს ვენურ შეგუბებას და ზედაპირული თრომბოზის მომდევნო ეპიზოდებს. პულმონალური ემბოლიის მცირე შანსი არსებობს ქვედა კიდურების ზედაპირულ ვენების თრომბოზისას.

ღრმა ვენების თრომბოზი

ღრმა ვენების თრომბოზის ან პულმონალური ემბოლიის ნიშნები და სიმპტომები შეიძლება იყოს გაურკვეველი, ზოგჯერ ორსულობის დროს განვითარებულ ნორმალურ ცვლილებებთან მსგავსუ. ქალმა შეიძლება აღნიშნოს ტკივილი ფეხებში, საზარდულში, წელის ქვემოთ ან მარჯვენა ქვედა კვადრანტში. ყველაზე ხშირი ნიშნებია ფეხების შეშუპება (2 სმ-ზე მეტად, ვიდრე მეორე ფეხზე) ერითემა, სიცხე და სიმკვრივე დაზიანებულ ადგილას. დადებითი ჰომანის ნიშანი (ტკივილის არსებობა ტერფის დორსოფლექსიის დროს) შესაძლოა მიგვანიშნებდეს, რომ შესაძლოა საქმე გვაქვს ღრმა ვენურ თრომბოზთან. თუმცა სარწმუნო ან დასაბუთებელი ტესტი არაა. რეფლექსურმა არტერიულმა სპაზმმა შეიძლება გამოიწვიოს ფეხის სიფერმკრთალე და გაციება შეხებაზე, შემცირებულ პერიფერიული პულსთან ერთად. დამატებითი სიმპტომები მოიცავს მოძრაობასთან დაკავშირებულ ტკივილს, სიცივის შეგრძნებას, ზოგად სისუსტესა და დაზიანებული ფეხის არეში სიმძიმისა და სიმკვრივის შეგრძნებას.

დიაგნოზი

ღრმა ვენების თრომბოფლებიტის დიაგნოსტირებისათვის გამოიყენება დოპლეროგრაფიული ულტრაბგერითი კვლევა და კოაგულაციური ტესტები.

მაგნეტიკური რეზონანსული კვლევა (MRI) შეიძლება იყოს სენსიტიური და ზუსტი მენჯისა და ქვემო კიდურების თრომბოზის დიაგნოსტირებაში, უფრო იშვიათად ხდება ვენოგრაფიის გა-

მოყენება. D-დიმერის ტესტი შეიძლება გამოვიყენოთ, მაგრამ ტესტის შედეგი შეიძლება იმდენად ეფექტური არ იყოს როგორც სხვა დროს (ორსულობისა და პოსტპარტუმ პერიოდში ნორმალურ მაჩვენებელზე მაღალია). ნეგატიურ შედეგს აქვს ძალიან მაღალი სანდოობა (predictive value), ამიტომ D-დიმერის ტესტი შეიძლება გამოვიყენოთ დაბალი რისკის პაციენტებში თრომბის გამოსარიცხად. თუ ტესტი არის დადებითი, შემდეგი ნაბიჯია ვენური ულტრაბგერა- დოპლეროგრაფიული კვლევა.

თერაპიული მართვა

თრომბის წარმოქმნის პრევენცია

ქალს, რომელსაც ანამნეზში აქვს ღრმა ვენური თრომბოზის ან პულმონალური ემბოლიის შემთხვევა, შემდგომში გამეორების გაზრდილი რისკის ქვეშაა. ასეთ და სხვა მაღალი რისკის ქვეშ მყოფ პაციენტებს შეიძლება დაენიშნოთ პროფილაქტიკური ჰეპარინი, რომელიც არ გადის პლაცენტარულ ბარიერს. სტანდარტული არაფრაქცირებული ჰეპარინი (UH) ან დაბალი მოლეკულური წონის ჰეპარინი (LMWH), როგორიცაა ენოქსაპარინი (ლოვენოქსი) ან ტინზაპარინი (ინოჰეპი) შეიძლება იყოს გამოყენებული. LMWH უფრო ხანგრძლივად მოქმედია და შეიძლება ნაკლები სიხშირით გამოვიყენოთ და ნაკლები ლაბორატორიული ტესტები დაგვჭირდეს. აქვს ნაკლები გვერდითი ეფექტი და ნაკლებად იწვევს სისხლდენას. თუმცა ის უფრო ძვირია, ვიდრე UH და უნდა მოხდეს კანქვეშ დანიშვნა. UH მიცემა ხდება ინტრავენურად და კანქვეშ.

ქალი, რომელიც იღებს LMWH ორსულობის დროს, დაახლოებით 36 კვირის გესტაციაზე უნდა შეიცვალოს UH. ცვლილება საკმარისია, რადგან UH-ს აქვს უფრო ხანმოკლე ნახევრად დაშლის პერიოდი და ეპიდურალური ანესთეზია, რომელიც შეიძლება საჭირო გახდეს მშობიარობის დროს, უკუნაჩვენებია 24 საათის განმავლობაში LMWH ბოლო დოზიდან. ჰეპარინის მიღება წყდება მშობიარობისა და ბავშვის დაბადების დროს და აღდგება დაახლოებით 6-12 საათში გაურთულებელი მშობიარობის და ეპიდურალური კათეტერის ამოღებიდან 12 საათში.

ნამშობიარებ ქალს უნდა ვთხოვოთ, რომ არ მოდუნდეს და იმოძრაოს. მოძრაობა პრევენციას უკეთებს სისხლის სტაზს ფეხებში და ამცირებს თრომბის წარმოქმნის შესაძლებლობას. თუ ქალს არ შეუძლია მოძრაობა, უნდა ვურჩიოთ მარტივი ფეხის ვარჯიში, როგორიცაა მუხლის მოხრა, გაშლა და აწევა. მოძრაობის დაწყება უნდა მოხდეს მშობიარობიდან 8 საათში. დამატებით, მელოგინემ არ უნდა გამოიყენოს ბალიში მუხლების ქვემოთ და საწოლი არ უნდა აწიოს მუხლის ქვემოთ. ამ მოწყობილობამ შეიძლება გამოიწვიოს მუხლების მკვეთრი მოხრა და დაწოლა მუხლის უკანა სივრცის საწინააღმდეგოდ, რაც გამოიწვევს სისხლის შეგუბებას ქვედა კიდურებში.

კომპრესიული წინდები ან თანმიმდევრული კომპრესიული მოწყობილობა გამოიყენება დედებისთვის ვარიკოზული ვენებით, ანამნეზში თრომბოზის შემთხვევებით ან საკეისრო გზით მშობიარობის დროს. თანმიმდევრული კომპრესიული მოწყობილობა უნდა გამოვიყენოთ პრეოპერაციულად ქალებისთვის, რომლებსაც უტარდებათ საკეისრო კვეთა და არ არიან ანტიკოაგულაციურ მკურნალობაზე, და უნდა გააგრძელოს მიღება, სანამ დაიწყებს მოძრაობას პოსტპარტუმ პერიოდში. კომპრესიული წინდების გამოყენება უნდა მოხდეს, სანამ დედა საწოლიდან ადგება (ვენური შეგუბების პრევენციისათვის, რომელიც იწყება როგორც კი ადგება). მნიშვნელოვანია, რომ მას ესმოდეს როგორ ჩაიცვას სწორად წინდები. არასწორად ჩაცმული წინდები შეიძლება დაეხვიოს ან კონად შეიკრას ერთ ადგილას და შეანელოს ვენური მიდინება ფეხებიდან.

თავდაპირველი მკურნალობა

ღრმა ვენური თრომბოზის დროს მკურნალობის საფეხურებია:

- წოლითი რეჟიმი, ფეხი ზემოთ აწეული, რომ შემცირდეს ინტერსტიციალური შეშუპება და გამოიწვიოს ვენური უკუსვლა ფეხიდან. მოძრაობა დაშვებულია, როცა სიმპტომები გაივლის;

- ანტიკოაგულაციური თერაპია, თრომბის ზომაში გაზრდის პრევენციისათვის. თერაპია შეიძლება დაიწყოს უწყვეტი გადასხმით IV, UH, რომელიც მოგვიანებით იცვლება კან-ქვეშა UH. წამალი არ შლის თრომბებს, მაგრამ ახდენს მისი ზრდის პრევენციას;
- ლაბორატორიული ტესტები საჭიროა, რომ განისაზღვროს მედიკამენტებზე საპასუხო რეაქცია. გააქტიურებული ნახევრად თრომბოპლასტინის დრო (aPTT) და თრომბოციტების რაოდენობის მონიტორინგი უნდა მოხდეს, როცა UH დანიშვნა ხდება. დოზა უნდა იყოს შერჩეული და მოხდეს კონტროლი თერაპიული დონის შენარჩუნებისათვის. თუ კან-ქვეშა LMWH გამოიყენება UH-ის მაგივრად, ნაკლებად ხშირი ლაბორატორიული მონი-ტორინგია საჭირო;
- ტკივილგამაყუჩებლები, რამდენადაც მნიშვნელოვანია, რომ მოხდეს ტკივილის კუპი-რება და კონტროლი;
- ანტიბიოტიკოთერაპია, თუ საჭიროა, ინფექციის პრევენციისა და კონტროლისთვის;
- მუდმივად ნოტიო საფენი ტკივილის შესამსუბუქებლად და ცირკულაციის გასაზრდე-ლად;
- თანდათანობითი მოძრაობის დაწყება, რაც დასაშვებია, როცა სიმპტომები გაივლის. უნდა მოერიდოს ჯდომას ფეხებზე დაყრდნობით.

შემდგომი მკურნალობა

ღრმა ვენური თრომბოფლებიტის შემდგომი მართვა დამოკიდებულია ქალი ორსულად არის თუ მელოგინეა. ორსული ქალი ღრმა ვენური თრომბოზით იღებს ანტიკოაგულაციურ თერაპიას, სანამ მშობიარობა დაიწყება. მისი განახლება ხდება მშობიარობიდან 6-12 საათის განმავლო-ბაში და გრძელდება მშობიარობიდან 6 კვირიდან 6 თვემდე. ვარფარინის (კუმადინი) დანიშვნა უკუნაჩვენებია ორსულობის დროს, ტერატოგენული ეფექტისა და ნაყოფის ჰემორაგიის რისკის გამო. ამიტომ, ორსულ ქალს ენიშნება UH ან LMWH, რადგან არცერთი არ გადის პლაცენტარულ ბარიერს.

ლოგინობის ხანაში უწყვეტი ანტიკოაგულაციური ეფექტისათვის ვარფარინით მკურნალობა იწყება, სანამ ჰეპარინი შეწყდება. ჰეპარინი წყდება, როცა INR ინდექსი არის თერაპიულ დონე 2-ზე. ვარფარინით მკურნალობა გრძელდება სულ მცირე 6 კვირით მშობიარობის შემდგომ. ვა-რფარინი უსაფრთხოა ლაქტაციის პერიოდში გამოყენების დროს. შესაძლოა უფრო ხანგრძლივი გამოყენება ისეთ პაციენტებში, რომლებსაც აქვთ უწყვეტი რისკ-ფაქტორები. ვარფარინით მკურნალობის დროს კოაგულაციის დროის მონიტორინგისთვის გამოიყენება INR ინდექსი.

სამშობიარო დაწესებულებიდან გამოწერამდე, მელოგინეს უნდა ვასწავლოთ ცხოვრების სტილის ცვლილებები, რომელიც დაეხმარება გააუმჯობესოს პერიფერიული ცირკულაცია. თავი უნდა აარიდოს ხანგრძლივ ჯდომას, მოჭერილ ტანსაცმელს. თუ ხანგრძლივი პერიოდით ჯდომა მნიშვნელოვანია, ამ შემთხვევაში მცირე მანძილზე სიარული ან ტერფებისა და ფეხების მოძრაობა ხშირად ეხმარება სისხლის მიმოქცევის შეგუბების პრევენციაში.

ქალმა უნდა იცოდეს
როგორ ხდება თრომბოზის (სისხლის კოლტების) პრევენცია ?
მეთოდები, რომლითაც შეიძლება გაუმჯობესდეს პერიფერიული სისხლის მიმოქცევა და-ეხმარება თრომბოემბოლიის განმეორების პრევენციაში; გააუმჯობესეთ საკუთარი სისხლის მიმოქცევა რეგულარული, გეგმიური აქტივობებით, უმჯობესია სიარული; თავი მოარიდეთ ხანგრძლივ დგომას ან ჯდომას ერთ პოზიციაში;

როცა ზიხართ, აწიეთ ფეხები და თავი შეიკავეთ ერთმანეთზე გადაჯვარედინებისგან. ეს გაზრდის ვენური სისხლის მიდინებას ფეხებიდან;

მიიღეთ საკმარისი რაოდენობით სითხე, რომ მოახდინოთ დეჰიდრატაციის პრევენცია და ამის გამო გამოწვეული სისხლის მიმოქცევის შეფერხება;

შეწყვიტეთ თამბაქოს მოხმარება. თამბაქოს მოხმარება არის თრომბოზის რისკ-ფაქტორი და იწვევს სუნთქვით პრობლემებს თქვენსა და თქვენს ახალშობილში.

პაციენტის მოვლის პროცესის აპლიკაცია

დედა ღრმა ვენური თრომბოზით

შეფასება

შეფასება მიმართულია ვენური თრომბოზის სტატუსის განსაზღვრისთვის. დააკვირდით ორივე ფეხს ერთდროულად, დაზიანებული ფეხი შეადარეთ ფეხს, რომელიც ჯანმრთელია. DVT უმეტესად არის ცალმხრივი, ხშირად მარცხენამხრივი. სითბო და სიწითლე მიანიშნებს ანთებას, სიცივე და ციანოზი მიანიშნებს ვენურ დახშობას. შეამოწმეთ ტერფის პულსი. შეადარეთ მარჯვენა და მარცხენა ფეხის ტერფის პულსის სიძლიერე. გაზომეთ დაავადებული და არადაავადებული ფეხი, შეადარეთ გარშემოწერილობა, რომ შეაფასოთ შეშუპება, რომელიც შეიძლება იყოს დაავადებულ ფეხზე, აღნიშნეთ მიმდინარე შეფასების გაზომილი მონაცემები. შეამოწმეთ ტკივილზე. ტკივილი გამოწვეულია ქსოვილის ჰიპოქსიით. მზარდი ტკივილი მიანიშნებს პროგრესულ ობსტრუქციას.

შეაფასეთ ლაბორატორიული პასუხები სისხლის შედედებაზე. თრომბოციტები შეიძლება განისაზღვროს, როცა UH გამოიყენება. ჰეპარინის ხანგრძლივი გამოყენებისას მნიშვნელოვანია თრომბოციტოპენიის ხარისხის განსაზღვრა. INR ისაზღვრება, როცა მელოგინესთან ანტიკოაგულაცია იცვლება ვარფარინით.

პაციენტის მოვლასთან ასოცირებული დიაგნოზი

DVT მკურნალობა მოიცავს ხანგრძლივი დროით ანტიკოაგულანტების დანიშვნას. შესაფერისი დიაგნოზი ამ სიტუაციისთვის არის "ანტიკოაგულაციური თერაპიის გამაფრთხილებელი ზომების ნაკლებობით გამოწვეული სისხლდენის რისკი".

დაგეგმვა

მოსალოდენლი გამოსავალი:

- ანტიკოაგულაციური თერაპიის დაწყებით აიცილებს სისხლდენას;
- სიტყვიერად ათქმევინეთ, თუ რომელი გამაფრთხილებელი ზომები არის საჭირო, როცა იღებს ანტიკოაგულანტებს;
- აუხსენით ანტიკოაგულაციური თერაპიით გამოწვეული ცვლილებები.

ჩარევები

სისხლდენის ნიშნების მონიტორინგი

სულ მცირე დღეში ორჯერ, დაათვალიერეთ მელოგინე დალურჯებებსა და სისხლჩაქცევებზე. აუხსენით, რომ აღნიშნოს სისხლდენის ნებისმიერი ნიშანი: დალურჯებები, ცხვირიდან სისხლდენა, სისხლი შარდსა და განავალში, სისხლმდენი ღრძილები ან გაზრდილი ვაგინალური სისხლდენა. ფხიზლად იყავით ჰემორაგიის ისეთ ნიშნებზე, როგორიცაა ტაქიკარდია, სისხლის წნევის დაცემა ან შოკის სხვა ნიშნები, რომელიც შეიძლება მიანიშნებდეს შინაგან სისხლდენას.

დააკვირდით ჭარბი ან ღია ფერის წითელ ლოქიებს. თუ საშვილოსნო მოდუნებულია, უნდა ვივარაუდოთ საშვილოსნოს ატონია. დაამასაჟეთ საშვილოსნო და გამოდევნეთ კოლტები. თუ ფუძე მყარია, სისხლდენა შეიძლება იყოს ტრავმისგან ან ანტიკოაგულაციური თერაპიით გამოწვეული. ნებისმიერ შემთხვევაში უნდა მოხდეს ექიმის შეტყობინება. სანამ აშკარად გამოხატული ჰემორაგიაა, მიზანშეწონილია ანტიკოაგულაციური თერაპიის დროებითი შეწყვეტა. მომარაგებული უნდა გვქონდეს პროტამინის სულფატი, რომელიც წარმოადგენს UH ანტიდოტს და ნახევრად აქტიურია LMWH შედარებით. ვარფარინის ანტიდოტი არის ვიტამინი K.

გახანგრძლივებული მკურნალობისთვის საჭირო რეკომენდაციები

ასწავლეთ ქალს, როგორ მოახდინოს ზედმეტი ანტიკოაგულაციის პრევენცია. ფრთხილად აუხსენით მკურნალობის სქემა, მედიკამენტების ცხრილის შემადგენლობით. დაეხმარეთ, რომ შეიმუშაოს მეთოდი, რომელიც დაეხმარება დანიშნული მედიკამენტის დროულად მიღებისათვის. გააფრთხილეთ, რომ არ გააორმაგოს თუ დოზას გამოტოვებს. თუ საჭიროა, ასწავლეთ მათ და ოჯახის სხვა წევრებს, როგორ შეიყვანოს ჰეპარინი ან ენოქსაპარინი. აუხსენით განმეორებითი ლაბორატორიული ტესტების მნიშვნელობა ანტიკოაგულანტის დოზების რეგულირებისათვის. ხაზი გაუსვით სიფრთხილის ზომების გამოჩენის მნიშვნელობას დოზის ცვლილებაზე.

ორალური ანტიკოაგულანტები ურთიერთქმედებს ბევრ კლინიკურად მნიშვნელოვან წამალთან. ხაზი გაუსვით მზრუნველი პირის ინფორმირებულობის მნიშვნელობაზე ნებისმიერი მედიკამენტის მიღების შემთხვევაში. გააფრთხილეთ ქალი, რომ მსგავსი ურეცეპტო მედიკამენტები, როგორიცაა ასპირინი ან სხვა არასტეროიდული ანტიანთებითი წამლები, ზრდის ჰემორაგიის რისკს. აუხსენით, რომ ბევრმა მცენარეულმა და კვებითმა დანამატებმა შეიძლება ეფექტი მოახდინოს ანტიკოაგულანტების ეფექტურობაზე და ქალმა უნდა გადაამოწმოს მზრუნველ პირთან, სანამ რამე მედიკამენტს მიიღებს.

აუხსენით ქალს, რომელიც იღებს ვარფარინს, რომ ვიტამინი K-ს შემცველელი საკვების ჭარბმა მიღებამ შეიძლება ხელი შეუშალოს ანტიკოაგულაციურ ეფექტს. ასეთი სახის საკვები პროდუქტებია ბროკოლი, კომბოსტო, სალათის ფურცლები, ისპანახი და ოსპი. გააფრთხილეთ, რომ არ მიიღოს ალკოჰოლი, რომელიც აინჰიბირებს ორალური ანტიკოაგულანტების მეტაბოლიზმს. ქალმა უნდა მიიღოს ეფექტური კონტრაცეპტივი, სანამ იღებს ვარფარინს, რადგან მედიკამენტმა შეიძლება გამოიწვიოს ნაყოფის დეფექტები.

მელოგინემ უნდა გამოიყენოს კბილის ჯაგრისი და ფლოსერი თავისი კბილებისთვის ნაზად, რომ მოხდეს ღრძილებიდან სისხლდენის პრევენცია. ელექტრული კბილის ჯაგრისი შეიძლება ზედმეტად ძლიერი იყოს და შეიძლება გამოიწვიოს სისხლდენა. მან უნდა გადადოს სტომატოლოგთან ვიზიტი, სანამ თერაპია არ დასრულდება. არასასურველი თმის მოშორებისთვის დეპილატორის ან ვაქსის პროდუქტის გამოყენება, ან გაპარსვა ელექტრული საპარსით უფრო უსაფრთხოა, ვიდრე მჭრელპირიანი სამართებლის გამოყენება ანტიკოაგულაციური თერაპიის დროს. შეახსენეთ დედას, რომ არ იაროს ფეხშიშველა და თავიდან აიცილოს აქტივობები, რომელმაც შეიძლება გამოიწვიოს დაზიანება. ხაზი გაუსვით უჩვეულო სისხლდენის შეტყობინების მნიშვნელობას.

ოჯახის დახმარება შინ მკურნალობისას

ექთნები ხშირად ეხმარებიან ოჯახს, რომ ადაპტაცია განიცადონ სახლში ზრუნვაზე. შეაფასეთ ოჯახის სტრუქტურა და ფუნქციები, რომ განსაზღვროთ როგორ შეამზადოთ ოჯახი გაუმკლავდეს მელოგინის დაავადებას. განსაზღვრეთ თითოეული ბავშვის ასაკი და ოჯახის წევრების, მეგობრების როლი, როცა მელოგინეს საწოლში ყოფნა უწევს ან აქტიურობა შემცირებული აქვს. დაეხმარეთ ოჯახს განავითაროს ზრუნვის გეგმა, რომელიც შედგება დროებითი დახმარების საჭიროებებისგან.

აღნიშნეთ ურთიერთკავშირი დედასა და ახალშობილს შორის, მამასა და ახალშობილს შორის. დედის ჯანმრთელობა არის უპირველესი მნიშვნელობის. უნდა მოხდეს დედის და ახალშობილის ურთიერთკავშირის პროცესის ნორმალურ განვითარებაზე ზრუნვა.

გამოკვლევა

- დედას არ აღენიშნება უჩვეულო სისხლდენის ან მედიკამენტების სხვა გვერდითი ეფექტების ნიშნები;
- ქალი განიხილავს წინასწარ ზომებს, რაც მის მიერ იყო ჩატარებული ჰემორაგიის პრევენციისთვის;
- მნიშვნელოვანი ცვლილებები, რაც განხორციელდა სახლში.

პულმონური ემბოლია

პულმონური ემბოლია (PE) ღრმა ვენების თრომბოზის სერიოზული გართულება და დედის სიკვდილიანობის წამყვანი მიზეზია. პულმონური ემბოლიის მქონე პაციენტების დაახლოებით 70%-ს ასევე აქვს ღრმა ვენური თრომბოფლებიტის სიმპტომები. პულმონალური ემბოლია ხდება, როცა სისხლის თრომბიდან ნაწილი მოცილდება და მიდის ფილტვებამდე. ემბოლი, სისხლში მოცირკულირე სუბსტრატი, ასევე შეიძლება შედგებოდეს ამნიონური სითხისა და მისი ნარჩენებისგან. ემბოლი იჭედება სისხლძარღვებში და ნახევრად ან სრულად ახშობს სისხლის დინებას ფილტვებისკენ. თუ პულმონური სისხლის მიმოქცევა ძლიერად შეფერხებულია, რამდენიმე წუთში გამოიწვევს სიკვდილს. თუ ემბოლი მცირე ზომისაა, საკმარისი პულმონალური სისხლის მიმოქცევა შეიძლება შენარჩუნდეს, სანამ მკურნალობა დაიწყება.

კლინიკური გამოვლინებები

კლინიკური ნიშნები და სიმპტომები დამოკიდებულია იმაზე თუ რამდენად შეფერხებულია სისხლის ნაკადი. ყველაზე ხშირი ნიშნებია ქოშინი, გულმკერდის არეში ტკივილი, ტაქიკარდია და ტაქიპნოე. სინკოპე (გულის წასვლა) არის უჩვეულო და შეიძლება მიანიშნებდეს მასიურ ემბოლიას. შეიძლება გამოვლინდეს პულმონალური ხიხინი, ხველა, ჰემოპტიზი (სისხლის ამოხველება ან სისხლიანი ლორწო), მუცლის ტკივილი და დაბალი ხარისხის ცხელება. პულსოქსიმეტრი აჩვენებს შემცირებული ჟანგბადის სატურაციას. არტერიული სისხლის აირების განსაზღვრა აჩვენებს შემცირებულ პარციალურ წნევას. გულმკერდის რადიოგრაფია აჩვენებს ატელექტაზსა და პლევრალურ ეფუზიას.

ქალი, პულმონალური ემბოლიის ნიშნებით, ასევე უნდა შეფასდეს ღრმა ვენურ თრომბოზზე. თუ მას აქვს ღრმა ვენების თრომბოზის სიმპტომები, უნდა ჩატარდეს ვენური სონოგრაფია (VUS). თუ ღრმა ვენების თრომბოზის ნიშნები არ არის, აუცილებელია ანტიკოაგულაციური თერაპიის დაწყება, როგორც განხილული იყო. თუ VUS ნეგატიურია, შეიძლება გაკეთდეს გულმკერდის რენტგენი, რომ გამოირიცხოს სხვა მიზეზები, როგორიცაა პნევმოთორაქსი ან პნევმონია. გულმკერდის ნორმალური რენტგენის არსებობის შემთხვევაში, შეიძლება განიხილონ ვენტილაცია-პერფიზიის სკანირება და შესაძლო სპირალური CT სკანირების დანიშვნა. D-დიმერის სინჯი აღარ მიიჩნევა შესაფერისად იმ ორსული ქალის გამოსაკვლევად, სადაც პულმონალურ ემბოლიას ვეჭვობთ. თუ პაციენტი არის კრიტიკულად ავად ან არასტაბილური, ანტიკოაგულაციური თერაპია შეიძლება დავიწყოთ გულმკერდის რენტგენოგრაფიულ კვლევამდე.

თერაპიული მართვა

პულმონური ემბოლიის მკურნალობის მიზანია თრომბის მოცილება და პულმონური სისხლის მიმოქცევის შენარჩუნება. ჟანგბადი გამოიყენება ჰიპოქსიის შესამცირებლად. ნარკოტიკული ანალგეზიური საშუალებები ინიშნება, რომ შემცირდეს ტკივილი და შფოთვა. წოლითი დასვენება, თავის ოდნავ მაღლა წამოწევა, გამოიყენება ქოშინის შემცირებისათვის. ზრუნვის დონე, რომელიც შედგება ვენტილაციის დახმარებითაც, დამოკიდებულია ფილტვების მდგომარეობაზე. უნდა განისაზღვროს არტერიული სისხლის აირების დონე. ჰეპარინით თერაპია იწყება და გრძელდება მთელი ორსულობის განმავლობაში, თუ ემბოლია ხდება მშობიარობამდე. ვარფარინით თერაპიის გაგრძელება შეიძლება მოხდეს თვეების განმავლობაში, ხელახალი თრომბის წარმოქმნის პრევენციისათვის.

სასწრაფო მედიკამენტები, როგორიცაა დოპამინი, შეიძლება გამოვიყენოთ, რომ მოხდეს სისხლის წნევის დაწევის პრევენცია. თრომბოლიტიკური წამლები, როგორიცაა სტრეპტოკინაზა, უროკინაზა ან ქსოვილის მსგავსი პლაზმინოგენის აქტივატორი, შეიძლება გამოვიყენოთ სიცოცხლისთვის საშიში პულმონური ემბოლიის დროს, მაგრამ ეს დაკავშირებულია სისხლდენის რისკთან. ემბოლექტომია (ქირურგიული მოცილება ემბოლიის) არის იშვიათი; მწირია სამეანო პრაქტიკაში მისი გამოყენების შესახებ მტკიცებულებები.

პაციენტის მოვლასთან დაკავშირებული მსჯელობა

ნიშნების მონიტორინგი

როცა ვმკურნალობთ ქალს, რომელსაც აქვს ღრმა ვენური თრომბოზი, ექთანი უნდა იყოს გათვიცნობიერებული პულმონალური ემბოლიის საშიშროებაზე და ფოკუსირება მოახდინოს ადრეული ნიშნებისა და სიმპტომების შეფასებაზე, რაც გულისხმობს სუნთქვის სიხშირის ხშირ შეფასებას, ფილტვის ხმების ყურადღებით და ხშირ მოსმენას. პათოლოგიური მდგომარეობები, როგორიცაა შემცირებული ან არათანასწორი სუნთქვის ხმები ან ხველება, დაუყოვნებლივ უნდა ეცნობოს პასუხისმგებელ პირს. დამატებითი ნიშნები, რომელსაც სჭირდება დაუყოვნებლივი ყურადღება, არის ქოშინი, ტაქიკარდია, სიფერმკრთალე და ციანოზი.

ოქსიგენაციის გაუმჯობესება

ჟანგბადის დანიშვნა უნდა მოხდეს 8-10 ლ/წუთში სახეზე მჭიდროდ მიბჯენილი ნიღბით. ექთანი უნდა დარჩეს დედასთან ერთად, რომ შეამციროს მისი შიში და შფოთვა. საწოლის თავი უნდა იყოს აწეული, რომ მოხდეს სუნთქვის გაადვილება. ნარკოტიკული ანალგეზიური საშუალებები, როგორიცაა მორფინი, შეიძლება გამოვიყენოთ ტკივილის შემსუბუქებისათვის. სედატივები შეიძლება დავუნიშნოთ შფოთვის კონტროლისათვის.

დახმარებისთვის მიმართვა

ქალის მდგომარეობა არის გაურკვეველი, სანამ თრომბი იშლება ან სანამ ის მიემაგრება პულმონალურ არტერიის კედელს და შეიწოვება. დახმარება მოიცავს სასიცოცხლო ნიშნების უწყვეტ შეფასებას, ასევე IV ჰეპარინისა და საჭირო მედიკამენტების დროულ დანიშვნას. ქალს, რომელსაც აქვს პულმონური ემბოლია, სჭირდება პაციენტის კრიტიკული მდგომარეობის მოვლის უნარები და ამიტომ ხშირად გადაყავთ ინტენსიური თერაპიის განყოფილებაში.

პუერპერალური (მშობიარობის შემდგომი) ინფექცია

მშობიარობის შემდგომი ინფექცია არის ტერმინი, რომელიც გამოიყენება მშობიარობის შემდგომი ბაქტერიული ინფექციის აღწერისათვის. ანტიბიოტიკების გამოგონებამდე, მშობიარობის შემდგომი ინფექცია ხშირად იწვევდა სიკვდილს. თუნდაც დღევანდელ დღეს, ის კვლავ არის სიკვდილის მიზეზი, განსაკუთრებით მსოფლიოს განვითარებად ქვეყნებში. მშობიარობის შემდგომ ყველაზე ხშირ ინფექციებს მიეკუთვნება ენდომეტრიტი (საშვილოსნოს შიდა ამომფენი გარსის ინფექცია), ჭრილობის ინფექციები, საშარდე გზების ინფექციები, მასტიტი (ძუძუს ინფექცია) და მენჯის სეპტიური თრომბოფლებიტი. ენდომიომეტრიტი არის საშვილოსნოს კუნთოვანი და შიდა ამომფენი გარსების ინფექცია. თუ გარშემო ქსოვილებიც არის ინფიცირებული, მაშინ ენდოპარამეტრიტის შემთხვევასთან გვაქვს საქმე. მეტრიტი არის საშვილოსნოს დეციდუალური გარსის, მიომეტრიუმის და პარამეტრიალური ქსოვილების ინფექცია.

განმარტება

მშობიარობის შემდგომი ინფექციის დამადასტურებელია 38^0 C ან უფრო მაღალი ტემპერატურა, მშობიარობიდან პირველი 24 საათის და სულ მცირე 2-10 დღის განმავლობაში. ასევე, ტემპერატურის ოდნავ მომატება შეიძლება მოხდეს პირველი 24 საათის განმავლობაში, მშობიარობის დეჰიდრაციის ან დაძაბულობის გამო. ნებისმიერი ქალი მაღალი ცხელებით უნდა იყოს შემოწმებული ინფექციის სხვა ნიშნებზეც.

ნორმალური ანატომიის და ფიზიოლოგიის ეფექტი ინფექციაზე

რეპროდუქტიული სისტემის ყოველი ნაწილი დაკავშირებულია ერთმანეთთან და ინფექციის გამომწვევი სხვადასხვა სახის მიკროორგანიზმი შეიძლება გადავიდეს ვაგინიდან საშვილოსნოს ყელის გავლით საშვილოსნოში და კვერცხსავალი მილებიდან საკვერცხეებსა და პერიტონეალურ ღრუში. მთლიანი რეპროდუქტიული სისტემა ორსულობის განმავლობაში და მშობიარობის შემდგომ განსაკუთრებით კარგად მარაგდება სისხლით. ბაქტერია, რომელიც იჭრება სისხლძარღვებში ან ლიმფურ სისტემაში, შეიძლება გავრცელდეს მთლიან სხეულში, რამაც შეიძლება გამოიწვიოს სიცოცხლისთვის საშიში სეპტიცემია.

მშობიარობის ნორმალური ფიზიოლოგიური ცვლილებები ზრდის ინფექციის რისკს. მშობიარობისa და ბავშვის დაბადების პროცესში ვაგინის მჟავიანობა მცირდება ამნიონური სითხით, სისხლითa და ლოქიებით, რომელიც არის ტუტე რეაქციის. ტუტოვანი გარემო ხელს უწყობს ბაქტერიის გაზრდას.

ენდომეტრიუმის ამომფენი გარსის ნეკროზი და ლოქიების არსებობა ქმნის სასურველ გარემოს ანაერობული ბაქტერიების ზრდისთვის. ბევრი მცირე ზომის ჩახევები, ზოგიერთ მიკროსკოპულ ზომაში, ხდება ენდომეტრიუმში, ყელსა და ვაგინაში მშობიარობის დროს და საშუალებას აძლევს ბაქტერიას, რომ შეიჭრას ქსოვილში. ასევე საშვილოსნოს ღრუ არ არის სტერილური მშობიარობიდან 3-4 კვირამდე. ინფექცია არ ვითარდება ქალების უმეტესობაში, ნაწილობრივ იმის გამო, რომ გრანულოციტები ლოქიებსა და ენდომეტრიუმში ეხმარება ინფექციის პრევენციაში. ასეპტიური მეთოდები მშობიარობის და ბავშვის დაბადების დროს და ხელების სწორად და ზედმიწევნით დაბანა, მშობიარობის შემდგომ პერიოდში, არის ასევე უმთავრესი პრევენციური ფაქტორები.

სხვა რისკ-ფაქტორები

სხვადასხვა ფაქტორმა შესაძლოა გაზარდოს ქალის მიერ ინფექციების მიმღებლობა. (ცხრილი 13-2). საკეისრო კვეთა იწვევს ქსოვილების ტრავმას ოპერაციის დროს. ჭრილობა ხელს უწყობს ბაქტერიების შეღწევას, ოპერაციის დროს დაბინძურებას და უცხო სხეულები, როგორიცაა ნაკერები, ზრდის ინფექციის რისკს. დამატებით, ქალებს, რომლებსაც ესაჭიროებათ მშობიარობა საკეისრო კვეთით, იმ პრობლემის გამო, რაც გამოიკვეთა მშობიარობის დროს, შეიძლება ჰქონდეთ სხვა რისკ-ფაქტორები. ვაგინის კოლონიზაცია ორგანიზმებით, როგორიცაა B ჯგუფის სტრეპტოკოკი, ქლამიდია ტრაქომატისი, მიკოპლაზმა ჰომინისი და გარდნერელა ვაგინალისი, ასევე განაწყობს ქალს ინფექციის განვითარებისთვის მშობიარობის შემდეგ.

დედის ქსოვილის ნებისმიერი ტრავმა ზრდის ინფექციის საფრთხეს. ტრავმა შეიძლება მოხდეს ვაგინალური გზით სწრაფი მშობიარობის დროს, დიდი ნაყოფით მშობიარობის დროს, ვაკუუმ ექსტრაქტორის ან მაშების გამოყენებით, პლაცენტის ხელით მოცილებით ან ჩახევებითა და ეპიზიოტომიით. მშობიარობის დროს კათეტერიზაცია ზრდის ორგანიზმების შეჭრის რისკს საშარდე ბუშტში და ამატებს ტრავმებს საშარდე სისტემაზე, რომელიც ვითარდება ნორმალური მშობიარობის დროს.

როცა სანაყოფე გარსების რღვევა მიმდინარეობს ხანგრძლივი დროის განმავლობაში, იზრდება შანსი იმისა, რომ ორგანიზმები ვაგინიდან აღმავალი გზით მოხვდეს საშვილოსნოს ღრუში. ხანგრძლივი მშობიარობა ან ხშირი ვაგინალური გამოკვლევა ზრდის ინფექციის საშიშროებას. თითოეული ვაგინალური გამოკვლევა ზრდის ვაგინის დაბინძურების შესაძლებლობას, ღია ყელის გავლით ხვდება საშვილოსნოში. ნაყოფის თავის ქალის ელექტროდის ან საშვილოსნოსშიდა წნევის კათეტერის გამოყენებას აქვს ერთი და იგივე ეფექტი. თუ პლაცენტის ნაწილი რჩება საშვილოსნოს ღრუში მშობიარობის შემდეგ, ქსოვილი ხდება ნეკროზული და წარმოადგენს საუკეთესო ნიადაგს ბაქტერიის გასამრავლებლად.

მშობიარობის შემდგომი სისხლდენა შესაძლოა იყოს მიზეზი ინფექციის გაღრმავებისა, რადგან იწვევს ინფექციის წინააღმდეგ მიმართული სისხლის კომპონენტების კარგვას, მაგალითად, ლეიკოციტების, და დედას ტოვებს დასუსტებულ მდგომარეობაში. პრენატალური მდგომარეობები (ცუდი კვება, ანემია) ხელს უშლის დედის შესაძლებლობას გაუმკლავდეს ინფექციებს. ჰიგიენის შესახებ ცოდნის ნაკლებობა ზრდის მშობიარობის შემდგომი ინფექციის რისკს.

ცხრილი 13 - 2 პუერპერალური (მშობიარობის შემდგომი) ინფექცია	
რისკ-ფაქტორები	მიზეზი
ანამნეზში გადატანილი ინფექცია (საშარდე გზების ინფექცია, მასტიტი, თრომბოფლებიტი)	შეიძლება მეტად გაღრმავდეს
ქვედა გენიტალიური ორგანოების კოლონიზაცია პათოლოგიური ორგა-ნიზმებით	ინფექციები ხშირად გამოწვეულია რამდენიმე მიკრობით, რო-მელიც აღმავალი გზით ხვდება საშვილოსნოში ქვედა გენიტა-ლიური გზებიდან
საკეისრო კვეთა	უზრუნველყოფს გაფართოებულ არეალს, რომ მოხდეს ბაქტერიების შეღწევა
ტრავმა	უზრუნველყოფს ბაქტერიის შეღწევას და ქსოვილებს ხდის მეტად შეღწევადს ბაქტერიების მიმართ
გახანგრძლივებული მემბრანების გახევა	აშორებს ბარიერს ბაქტერიების შეღწევისთვის, რითაც ხელს უწყობს ორგანიზმების შეღწევას საშვილოსნოში.
გახანგრძლივებული მშობიარობა	ზრდის ვაგინალური გასინჯვის რაოდენობას, მეტი დროა, რომ მოხდეს ბაქტერიების გამრავლება
კათეტერიზაცია	შესაძლებელია გამოიწვიოს ორგანიზმის შეღწევა საშარდე ბუშტში
ვაგინალური გასინჯვის გაზრდილი რაოდენობა	ზრდის საშვილოსნოში ბაქტერიების მოხვედრის შანსს ვაგი-ნიდან ან სხვა გარე ადგილებიდან
ჩარჩენილი პლაცენტის ფრაგმენტები	უზრუნველყოფს სასურველ გარემოს ბაქტერიებისთვის და შეიძლება ხელი შეუშალოს ლოქიების დენას
სისხლდენა	გამოიწვევს ინფექციის საწინააღმდეგო სისხლის კომპონე-ნტების კარგვას
ზოგადი ჯანმრთელობის სტატუსის დაქვეითება (ზედმეტი დაღლა, ანე-მია, ხშირი მცირე დაავადებები)	ზრდის ინფექციებისა და მშობიარობის გართულებების რისკებს
ცუდი კვება (შემცირებული ცილა, ვიტამინი C)	ნაკლებ შესაძლებელია ქსოვილების აღდგენა და ინფექციების მიმართ დაცვა
ცუდი ჰიგიენა	პათოგენის შეხების გაზრდილი შემთხვევები
სამედიცინო მდგომარეობები, როგო-რიცაა შაქრიანი დიაბეტი	შემცირებული შესაძლებლობა, რომ მოხდეს ინფექციების მიმართ დაცვა, დიაბეტი ზრდის გლუკოზის დონეს შარდში
დაბალი სოციო-ეკონომიური მდგომა-რეობა	შესაძლებელია, რომ იყოს არასაკმარისი კვება და არასაკმა-რისი ანტენატალური ზრუნვა

სპეციფიური ინფექციები

ენდომეტრიტი

შემთხვევები და ეტიოლოგია

ენდომეტრიტი ხდება ვაგინალური გზით ნამშობიარებ ქალთა 1%- 3%-ში და დაგეგმილი საკეისრო კვეთის შემდეგ ქალთა 5% - 15%-ში. თუ გახანგრძლივებული მშობიარობა და მემბრანების გახევა უსწრებს წინ საკეისრო კვეთით დაბადებას, ინფექცია ხდება 30% - 35% იმ ქალებში, რომლებიც არ იღებენ პროფილაქტიკურ ანტიბიოტიკებს. ენდომეტრიტი ხშირად გამოწვეულია იმ ბაქტერიებით, რომელიც გვხვდება ვაგინასა და ყელში. ინფექციების უმეტესობა არის პოლიმიკრობული, ორივე-აერობული და ანაერობული მიკროოგანიზმებით გამოწვეული. აღმოჩენილ მიკროორგანიზმთა შორის ყველაზე ხშირია აერობული და ანაერობული სტრეპტოკოკი, ეშერიხია კოლი, კლებსიელა, პროტეუსი, გარდნერელლა. ქლამიდია ტრაქომატისი არ არის ადრეული ინფექციის გამომწვევი, მაგრამ დაკავშირებულია გვიან ეტაპზე განვითარებულ ინფექციებთან.

კლინიკური გამოვლინებები

დედა მძიმე ენდომეტრიტით შეწუხებული სახით გამოიყურება. ის სრულიად განსხვავებულია ჯანმრთელი და ბედნიერი დედისგან. უმთავრესი ნიშნები და სიმპტომებია: ტემპერატურა 38^0 C ან უფრო მაღალი მშობიარობიდან 36 საათში, შემცივნება, ზოგადი სისუსტე, მადის დაქვეითება, მუცლის ტკივილი და მუცლის კრუნჩხვითი შეკუმშვები, საშვილოსნოს დაჭიმულობა და ჩირქოვანი, ცუდი სუნის მქონე ლოქიები.

დამატებითი ნიშნები: ტაქიკარდია და საშვილოსნოს სუბინვოლუცია. უმეტესობა შემთხვევებში, ენდომეტრიტის ნიშნები და სიმპტომები ვითარდება მშობიარობიდან 36 საათში.

შეიძლება ლაბორატორიულმა მონაცემებმა დაადასტუროს დიაგნოზი. სისხლის საერთო ანალიზის შედეგებმა შეიძლება აჩვენოს ლეიკოციტების რაოდენობის მომატება (15,000/mm3 - 30,000/mm3). ლეიკოციტების დონე მომატებულია იმდენად, რომ შეიძლება იყოს 30, 000/mm3 მშობიარობის დროს და ადრეული ლოგინობის ხანაში. თუკი არ ხდება ლეიკოციტების დონის კლება, საჭიროა უფრო ღრმა კვლევები. შეიძლება გაკეთდეს სისხლის კულტურა. ვაგინის ან ენდომეტრიუმის კულტურა არ გამოიყენება. შარდის ნიმუშის აღება ხდება კათეტერით.

თერაპიული მართვა

ენდომეტრიტის მკურნალობა IV ანტიბიოტიკოთერაპიაა, რის ფონზეც ინფექცია ლოკალიზდება საშვილოსნოში და ხდება ინფექციის მთელ სხეულში გავრცელების პრევენცია. ძირითადად ინიშნება ფართო სპექტრის ანტიბიოტიკები, როგორიცაა ცეფალოსპორინი, კლინდამიცინი გენტამიცინთან ერთად ან ამპიცილინი ამინოგლიკოზიდებთან ერთად. ასევე, შეიძლება დაინიშნოს მეტრონიდაზოლისა და პენიცილინის კომბინაცია. ანტიობიოტიკოთერაპია გრძელდება, სანამ მელოგინე არ გახდება აფებრილური და ასიმპტომური 24 საათის განმავლობაში.

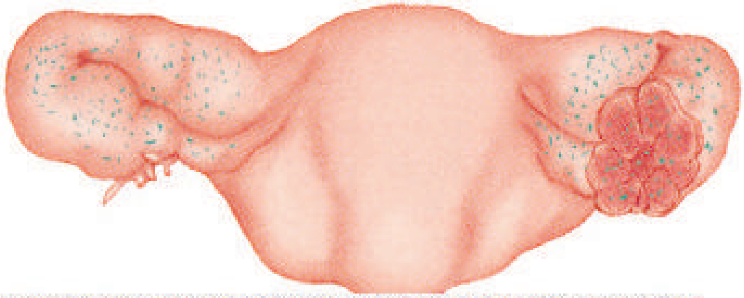
ენდომეტრიტისა და ჭრილობის ინფექციის შემთხვევების შემცირების მიზნით, ბევრი ექიმი უნიშნავს ანტიბიოტიკის ერთ პროფილაქტიკურ IV დოზას, ნებისმიერ ქალს, რომელთაც უტარდებათ საკეისრო კვეთა ან რომლებიც არიან ინფექციების მიმართ გაზრდილი რისკის ქვეშ.

წლების განმავლობაში, ანტიბიოტიკების დანიშვნა ხდებოდა ქირურგიული ოპერაციის და მშობიარობის დროს, ჭიპლარის მომჭერით დამაგრების შემდეგ, რომ თავიდან აეცილებინათ ნაყოფის შეხება მედიკამენტზე. თანამედროვე რეკომენდაცია დაფუძნებულია უახლეს, მრავალრიცხოვან კვლევებზე: ანტიბიოტიკის გაკეთება ხდება კანის გაჭრამდე.

გართულებები.

თუ ინფექცია გავრცელდება საშვილოსნოს ღრუს გარეთ, შეიძლება გავრცელდეს კვერცხსავალ მილებზე (სალფინგიტი) ან საკვერცხეებზე (ოოფორიტი) და შეიძლება გამოიწვიოს უნაყოფობა. პერიტონიტის (მუცლის და მენჯის ღრუს ამომფენი გარსების ანთებითი პროცესი) განვითარებამ შეიძლება გამოიწვიოს მენჯის არეში აბსცესის წარმოქმნა. დამატებით, ენდომე-

ტრიტის განვითარებისას პათოგენური ბაქტერია შეაღწევს სისხლის მიმოქცევის სისტემაში და ვითარდება მენჯის თრომბოფლებიტი.



სალფინგიტი : კვერცხსავალი მილების ინფექცია იწვევს მილების გადიდებას , ჰიპერემიას და შესიებას

პერიტონიტი: ინფექცია ვრცელდება ლიმფური არხებიდან პერიტონეუმში. მენჯის აბსცესი შეიძლება ჩამოყალიბდეს

სურათი 13-6 , სამშვილოსნოს ინფექციის განვითარების ადგილები

ინფექციის გავრცელების ნიშნები და სიმპტომები ენდომეტრიტის მსგავსია, მაგრამ გაცილებით უფრო მძიმეა. განსაკუთრებით გამოხატულია სიცხე და მუცლის ტკივილი. პერიტონიტმა შეიძლება გამოიწვიოს პარალიტიკური ილეუსი და მუცლის გადაჭიმვა მუცლის ხმების არ არსებობით.

პაციენტის მოვლასთან ასოცირებული მსჯელობა

მელოგინე, რომელსაც აღენიშნება ენდომეტრიტი, უნდა მოთავსდეს ფოვლერის პოზიციაში, ლოქიების დრენაჟის ხელშეწყობისათვის. ძლიერი მუცლის ტკივილის ან კრუნჩხვებისთვის ენიშნება მედიკამენტები. საჭიროა მელოგინის მონიტორინგი მკურნალობაზე საპასუხო რეაქციებსა და მდგომარეობის გაუმჯობესების ნიშნებზე (გულისრევის შეგრძნება და პირღებინება, მუცლის გადაჭიმვა, მუცლის არ არსებული ხმები და ძლიერი მუცლის ტკივილი). შეაფასეთ სასიცოცხლო ნიშნები ყოველი 2 საათში, სანამ ცხელებაა და შემდეგ კი ყოველ 4 საათში. შეუქმენით სასიამოვნო და კომფორტული გარემო: თბილი პლედები, ცივი საფენები, ცივი ან თბილი სასმელები ან გამათბობელი საფენების გამოყენებით. შესთავაზეთ პროტეინებით და C ვიტამინით მდიდარი საკვები სწრაფად გამოსაჯანმრთელებლად. ურჩიეთ საკმარისი რაოდენობით სითხის მიღება, რათა ორგანიზმმა შეინარჩუნოს ჰიდრაცია.

მელოგინეს უნდა მიაწოდოთ ამომწურავი ინფორმაცია მკურნალობის გეგმის, თერაპიის შესაძლო გვერდითი ეფექტების, მდგომარეობის გართულების ნიშნებისა და სიმპტომების შესახებ. როცა მელოგინის მდგომარეობა იმდენად საყურადღებოა, რომ აუცილებელია ახალშობილისგან განცალკევება, უნდა ვივარაუდოთ დიაგნოზი: „შეზღუდული ურთიერთობის რისკები დაკავშირებული ახალშობილის დაშორებასთან". თუ დედა ძუძუთი კვებაზეა, მას დასჭირდება სარძევე ჯირკვლის გამოტუმბვა ლაქტაციის შესანარჩუნებლად.

ჭრილობის ინფექცია

მშობიარობის შემდგომ ინფექციათა რიცხვს მიეკუთვნება ჭრილობის ინფექცია, რადგან ნებისმიერი დაზიანება კანზე ან ლორწოვან გარსზე იწვევს პათოგენური ორგანიზმების შეღწევას. საკეისრო კვეთის საერთო შემთხვევათა დაახლოებით 3%-5%-ში განაკვეთი ინფიცირდება. ასევე, შესაძლოა დაინფიცირდეს ეპიზიოტომია და ჩახევები. რისკ-ფაქტორებია: სიმსუქნე, დიაბეტი, ჰემორაგია, ანემია, ქორიოამნიონიტი, კორტიკოსტეროიდებით თერაპია და მრავლობითი ვაგინალური გასინჯვა.

კლინიკური გამოვლინებები

ჭრილობის ინფექციის ნიშნებია: შეშუპება, სიმხურვალე, სიწითლე, კანის გადაჭიმვა და ტკივილი. ჭრილობის ბოლოები შეიძლება გაიხსნას და ჩაიდგას დრენაჟი. როცა არ ხდება ჭრილობის მკურნალობა, შეიძლება განვითარდეს ინფექციის ზოგადი ნიშნები, როგორიცაა სიცხე ან ზოგადი სისუსტე. აერობული და ანაერობული ბაქტერიების მრვავალგვარმა კომბინაციამ შეიძლება გამოიწვიოს სხვადასხვა სახის მშობიარობის შემდგომი ინფექციები. ნეკროზული ფასციტი შედარებით იშვიათი ინფექციაა, რომელიც შეიძლება განვითარდეს ნებისმიერი ჭრილობის განაკვეთის ადგილას. ნეკროზი შეიძლება გავრცელდეს და მდგომარეობა გახდეს ლეტალური.

თერაპიული მართვა

შეიძლება საჭირო გახდეს დაავადებული ადგილის გაჭრა და დრენაჟი. უნდა გაკეთდეს ჭრილობის ექსუდატის კულტურა და დაინიშნოს ფართო-სპექტრის ანტიბიოტიკები. ტკივილის კუპირებისათვის უნდა დაინიშნოს ტკივილ გამაყუჩებლები. თბილი საფენები ან ჩასაჯდომი ავზები შეიძლება გამოვიყენოთ, რომ გამოვიწვიოთ ამ ადგილას სისხლის მიდინების გაზრდა. ნეკროზული ფასციიტისთვის ტარდება ჭრილობის დამუშავება ქირურგიული გზით.

პაციენტის მოვლასთან ასოცირებული მსჯელობა

მიუხედავად მცირე ზომისა, ჭრილობის ინფექცია მტკივნეული და შემაწუხებელია დედისთვის. პერინეალური ინფექციები იწვევს დისკომფორტს ზოგიერთი აქტივობების განმავლობაში, როგორიცაა ფეხით სიარული, ჯდომა ან დეფეკაცია, რომელიც განსაკუთრებით შემაწუხებელია.

ჭრილობის ინფექციის გამო შეიძლება საჭირო გახდეს საავადმყოფოში კვლავ დაბრუნება ან სახლში ვიზიტი. მკურნალობის განმავლობაში ქალს სჭირდება გამხნევება და გვერდში დგომა. სრულყოფილი მოვლისთვის აუცილებელია: ჩასაჯდობი ავზები, თბილი კომპრესიები და ხშირი პერინეალური მოვლა, ხელების სწორად დაბანის მეთოდზე ხაზგასმა. მნიშვნელოვანია საკმარისი სითხის მიღება და ჯანსაღი კვება. შეიძლება შეიცვალოს აქტივობა, რაც დამოკიდებულია დაინფიცირებული ჭრილობის ადგილზე, სიმძიმესა და მკურნალობის ტაქტიკაზე.

ახალშობილი არ არის იზოლირებული დედისგან რუტინულად, რომელსაც აქვს ჭრილობის ინფექცია. მაგრამ უნდა მოხდეს რჩევის მიცემა, რომ დაიცვას თავისი ახალშობილი კონტამინირებულ ნივთებთან კონტაქტისაგან, როგორიცაა საფენები. მელოგინეს უნდა ავუხსნათ მედიკამენტების შესაძლო გვერდით ეფექტი, მდგომარეობის გაუარესების ნიშნები, როგორ მოუაროს საკუთარ თავს და როგორ დაიბანოს სწორად ხელები.

საშარდე გზების ინფექციები

ეტიოლოგია

მშობიარობის დროს ნაყოფის ჩამოსვლით გამოწვეული ზეწოლით ზიანდება შარდის ბუშტი და შარდსაწვეთი. მშობიარობის შემდეგ, შარდის ბუშტი და შარდსაწვეთი ჰიპოტონურია, ამიტომ ხშირი პრობლემაა შარდის შეგუბება და შეკავება, ნარჩენი შარდი და შარდის რეფლუქსი. ასიმპტომური ბაქტერიურიის მქონე ორსულებს აქვთ რისკი ცისტიტით და პიელონეფრითით გართულების, რამაც შესაძლოა გამოიწვიოს ნაადრევი მშობიარობა. ასიმპტომური ბაქტერიურია ხდება ორსულობის 5%-10%-ში. საშარდე გზების ინფექცია ყველაზე ხშირად გამოწვეული ბაქტერიებით, როგორიცაა E.coli. კლებსიელა და პროტეუსის შედარებით იშვიათად.

კლინიკური გამოვლინებები

სიმპტომები ხშირად იწყება დიზურიით (ტკივილის ან წვის შეგრძნება შარდვის დროს), შარდვის უცაბედად სურვილით, გახშირებით და ბოქვენის ზემოთ ტკივილით, ზოგჯერ ჰემატურიითა და სუბფებრილიტეტით. მშობიარობიდან მესამე-მეოთხე დღეს შეიძლება განვითარდეს ზედა საშრდე გზების ინფექცია-პიელონეფრიტი, შემცივნებით, სიცხის უცაბედი მატებით, კოსტოვერტებრალური კუთხის ტკივილით, უკანა ტანის გვერდების ტკივილით, გულისრევის შეგრძნებითა და პირღებინებით. თირკმლის მენჯის ამ ინფექციამ შეიძლება გამოიწვიოს თირკმელების მუდმივი დაზიანება, თუ დროულად არ ვუმკურნალეთ.

თერაპიული მართვა

საშარდე გზების ინფექციის სამკურნალოდ საჭიროა ანტიბიოტიკოთერაპია. მკურნალობის არაეფექტურობისას ასიმპტომური ბაქტერიურიის მქონე ქალთა ერთ მესამედს უვითარდება მწვავე პიელონეფრიტი. ორსულობის დროს პიელონეფრიტს შეიძლება დასჭირდეს ჰიდრაცია და IV გზით ფართო სპექტრის ანტიბიოტიკების შეყვანა. დამატებით, უნდა მოხდეს ქალზე დაკვირვება ნაადრევი მშობიარობის ნიშნებზე. თუ მშობიარობის შემდგომ ქალი მხოლოდ მსუბუქად არის ავად, შესაძლებელია ვუმკურნალოთ ორალური ანტიბიოტიკებით სახლში. შეიძლება ასევე დაენიშნოს საშარდე სისტემის ანალგეზიური საშუალებები, როგორიცაა ფენაზოპირიდინი (პურიდიუმი). უნდა დაინიშნოს ისეთი ანტიბიოტიკები, რომელიც უსაფრთხოა ლაქტაციის დროს.

პაციენტის მოვლასთან ასოცირებული მსჯელობა

საშარდე გზების ინფექციის მქონე ქალს უნდა ავუხსნათ, რომ მიიიღოს მედიკამენტი იმ დროით, როგორც აქვს გამოწერილი და არ შეწყვიტოს, როცა სიმპტომები შემცირდება. დამატებით, მან უნდა დალიოს სულ მცირე 2500-3000 მლ სითხე ყოველ დღე, რათა მოხდეს ბაქტერიების რაოდენობის განზავება და ინფექციის გამორეცხვა შარდის ბუშტიდან. მჟავე გარემო აინჰიბირებს ბაქტერიის გამრავლებას და რეკომენდებულია სასმელი, რომლებიც შარდის მჟავიანობას ზრდის, როგორიცაა გარგარის, ქლიავის, შავი ქლიავისა და შტოშის წვენები. გრეიფრუტისა და გაზიანი სასმელების მიღებისგან თავი უნდა შეიზღუდოს, რადგან ისინი ზრდის შარდის ტუტე გარემოს. მელოგინეს უნდა მიეწოდოს ინფორმაცია ისეთ ქმედებებზე, რომელიც იცავს საშარდე სისტემას ინფექციებისგან: შესაბამისი პერინეალური მოვლის გამოყენება, სითხის მიღების გაზრდა და ხშირი მოშარდვა.

მასტიტი

შემთხვევები და ეტიოლოგია

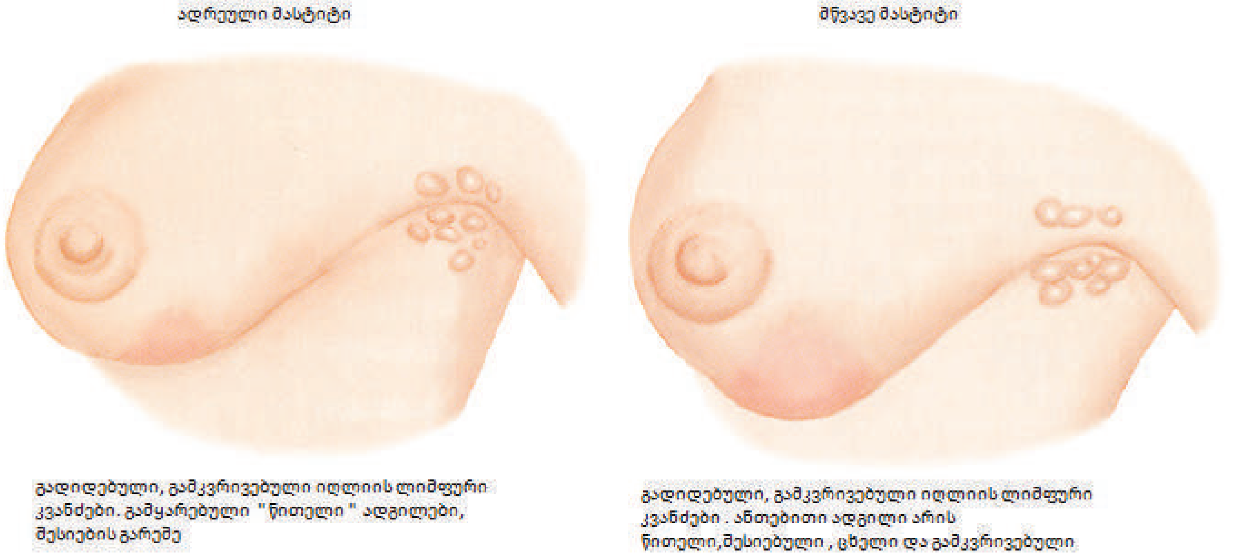
სარძევე ჯირკვლის ინფექცია, ანუ მასტიტი, ყველაზე ხშირად ხდება დაბადებიდან 2-4 კვირაში, მეძუძურ დედათა დაახლოებით 2%-10%-ში. თუმცა, ის შეიძლება განვითარდეს ნებისმიერ დროს ძუძუთი კვების დროს. ის ხშირად გვხდება მხოლოდ ერთ სარძევე ჯირკვალში. მასტიტი ხშირად გამოწვეულია ოქროსფერი სტაფილოკოკით, E.coli ან სტრეპტოკოკით. ბაქტერია ყველაზე ხშირად არის როგორც დედის, ისე ახალშობილის კანზე, პირში ან ცხვირში. ორ-

განიზმის შეჭრა ხდება დაზიანებული სარძევე ჯირკვლის თავზე არსებული ნაპრალიდან ან ბუშტუკიდან. ზოგჯერ არაა გამოხატული დაზიანების შესამჩნევი ნიშანი. სარძევე ჯირკვლის თავების მტკივნეულმა შეგრძნებებმა და ტკივილმა, შესაძლოა გამოიწვიოს სარძევე ჯირკვლის არასაკმარისი დაცლა ძუძუთი კვების დროს.

მასტიტს წინ უძღვის რძის დაგროვება და შეგუბება. ეს შეიძლება მოხდეს, როცა: კვება გა-მოტოვებულია, ახალშობილი იწყებს ძილს ღამის განმავლობაში ან ძუძუთი კვება უცებ წყდება. მჭიდრო ბუსჰალტერის გამოყენება ხელს უშლის ყველა სარძევე სადინრის დაცლას და შეიძლება გამოიწვიოს ინფექცია. დედა, რომელიც დაღლილია ან სტრესის ქვეშ იმყოფება, ან რომელსაც აქვს ჯანმრთელობის სხვა პრობლემები, რომელმაც შესაძლოა გამოიწვიოს იმუნური სისტემის დაქვეითება, ასევე მასტიტის განვითარების გაზრდილი რისკის ქვეშაა.

კლინიკური გამოვლინებები

სიმპტომები იწყება გაციების მსგავსი დაღლითა და კუნთების ტკივილით. თანდათანობით სიმპტომები პროგრესირდება 39^{0}C-ით ან უფრო მაღალი ტემპერატორული რეაქციით, შემცივ-ნებით, ზოგადი სისუსტითა და თავის ტკივილით. მასტიტისთვის დამახასიათებელია ლოკალუ-რად ამობურცული ადგილი ან სოლის ფორმის მტკივენული ადგილი, სიწითლე, სიმხურვალე, ანთება და გაზრდილი იღლიის ლიმფური ჯირკვლები. გამკვირევბულ ადგილის პალპაცია ასახულია სურათზე 13-7. მკურნალობის გარეშე მასტიტი შეიძლება პროგრესირდეს სარძევე ჯირკვლის აბსცესში.



სურათი 13-7 , მასტიტი ხშირად ემართებათ მშობიარობიდან 2-3 კვირაში ქალებს, რომელიც ძუძუთი კვებავენ ახალშობილებს.

თერაპიული მართვა

ანტიბიოტიკოთერაპია და სარძევე ჯირკვლის უწყვეტად დაცლა ძუძუთი კვების დროს და ძუძუს გამოსატუმბით, წარმოადგენს პირველი რიგის მკურნალობას. დროული ანტიბიოტიკო-თერაპიით მასტიტი გაივლის 24- 48 საათში. ანტიბიოტიკები უნდა გაგრძელდეს სრული 7 დღე. ქალს, რომელსაც უვითარდება სარძევე ჯირკვლის აბსცესი, მკურნალობენ ქირურგიული დრე-ნაჟით და ანტიბიოტიკებით. მასტიტის მქონე ქალთა დაახლოებით 10%-ს უვითარდება სარძევე ჯირკვლის აბსცესი.

დამატებითი ზომები: ნოტიო თბილი საფენებისა და ყინულის პაკეტის გამოყენება, წოლითი რეჟიმი, სითხეები და ანალგეზიური საშუალებები.

დედამ უნდა გააგრძელოს ძუძუთი კვება ორივე სარძევე ჯირკვლიდან. სარძევე ჯირკვლის აბსცესის წარმოქმნის პრევენციისთვის მნიშვნელოვანია სარძევე ჯირკვლის სრული დაცლა.

თუ აბსცესი განვითარდება და მოხდება მისი დრენაჟი ქირურგიულად, ძუძუთი კვება შეიძლება გაგრძელდეს იმ შემთხვევაში, თუ განაკვეთი არ არის თავებთან ახლოს და დისკომფორტს არ უქმნის დედას. თუ მოხდა აბსცესის გახეთქვა სადინარში, ძუძუთი კვება ცოტა ხნით უნდა შეწყდეს იმ მხარეს და გაგრძელდეს გამოტუმბვა, რათა მოხდეს სარძევე ჯირკვლის დაცლა.

პაციენტის მოვლასთან ასოცირებული მსჯელობა

გამომდინარე იქიდან, რომ მასტიტი იშვიათად ხდება სამშობიარო დაწესებულებიდან გაწერამდე, ექთანმა უნდა მიაწოდოს საკმარისი ინფორმაცია პრევენციისთვის. ზომები, რომლითაც ხდება მასტიტის პრევენცია, შედგება ახალშობილის სწორად დაჭერისგან, თავების ტრამვისა და რძის შეგუბების თავიდან აცილებისგან. დედამ ძუძუთი უნდა კვებოს ახალშობილი მოთხოვნილების მიხედვით, ყოველი 2-3 საათის განმავლობაში და უნდა მოარიდოს ფორმულირებულ დანამატებს. საფენებს არ უნდა ჰქონდეს პლასტიკური ქვედა ნაწილი და მათი გამოცვლა უნდა მოხდეს დროულად. დედამ, ასევე, თავი უნდა შეიკავოს უწყვეტად სარძევე ჯირკვალზე მჭიდრო ბიუსჰალტერის ან ახალშობილის სატარებლის გამოყენებისაგან.

მასტიტის ჩამოყალიბების დროს, პაციენტის მოვლის ზომები მიმართულია ლაქტაციის შესანარჩუნებლად დედის თანადგომისაკენ. თბილ წყალში დასველებული სუფთა, სქელი საფენების სარძევე ჯირკვალზე მოთავსება არის მარტივი გზა, რომ უზრუნველყოთ კომფორტი და გაზარდოთ სისხლის მიმოქცევა. სისქე ეხმარება ტემპერატურის შენარჩუნებაში. დუშის ან თბილი პაკეტების გამოყენება სასურველია ძუძუთი კვებამდე ან მის გამოტუმბვამდე. ქალმა სრულად უნდა ჩაიტაროს ანტიბიოტიკოთერაპიის მთლიანი კურსი სარძევე ჯირკვლის აბსცესის განმეორების პრევენციისათვის.

სარძევე ჯირკვალი სრულად უნდა დაიცალოს თითოეულ კვებაზე რძის შეგუგების პრევენციისათვის. თუ დედასთვის ძალიან მტკივნეულია ძუძუს წოვება დაზიანებული მხრიდან, უნდა ვასწავლოთ როგორ გამოიწველოს რძე ან გამოიყენოს ტუმბო, რომ დაცალოს სარძევე ჯირკვალი.

ძუძუთი კვება მოთხოვნილების მიხედვით ან გამოტუმბვა ყოველი 1.5-2 საათის განმავლობაში, დედას უფრო მეტ კომფორტს უქმნის და იწვევს შეგუბების პრევენციას. უნდა დაიწყოს ძუძუთი კვება ჯანმრთელი სარძევე ჯირკვლიდან, რაც გამოიწვევს რეფლექსურად რძის გამოყოფას ორივე სარძევე ჯირკვლიდან და საშუალებას მისცემს ახალშობილს დროულად გამოწოვოს რძე, როცა დაზიანებულ მხარეს გააგრძელებს წოვას. კვების დაწყებამდე ან კვების დროს სარძევე ჯირკვლის მსუბუქი მასაჟი ეხმარება მის სრულ დაცლაში. დაავადების მწვავე სტადიაში დედისთვის სასურველია წოლითი რეჟიმი. დღეში უნდა მიიღოს საშუალოდ 2500-3000 მლ. სითხე. დისკომფორტის მოსახსნელად ზოგჯერ საჭიროა ანალგეზიური საშუალებების გამოყენება.

როცა მელოგინეს უვითარდება მასტიტი, ის ძალიან შეწუხებულია და ზოგჯერ ზოგიერთი დედა გადაწყვეტილებას იღებს შეწყვიტოს ძუძუთი კვება დისკომფორტის გამო. მასტიტის ეპიზოდის დროს ძუძუთი კვებაზე თავის დანებებამ შეიძლება გამოიწვიოს რძის შეგუბება და დაგროვება, რაც იწვევს აბსცესის წარმოქმნას ან განმეორებით ინფექციას. დედას შესაძლოა დაჭირდეს ცოტაოდენი გამხნევება და სხვა ბავშვებზე ზრუნვის მოწესრიგება ან სხვა პასუხიმსგებლობების გადანაწილება, რომ მოახერხოს დასვენება. ექთანმა უნდა აუხსნას დედას, რომ მოსალოდნელია შედარებით მცირე რაოდენობის რძის წარმოქმნა, გარკვეული დროის განმავლობაში ინფექციის შემდეგ და რძე დაუბრუნდება ნორმალურ რაოდენობას რამდენიმე კვირაში. პაციენტის მოვლასთან ასოცირებული დიაგნოზის ფორმულირებაა " შეწყვეტილი ძუძუთი კვება, რაც დაკავშირებულია დისკომფორტთან, ინფექციურ პროცესთან ან თერაპიის ეფექტთან".

მენჯის სეპტიური თრომბოფლებიტი

შემთხვევა და ეტიოლოგია

მენჯის სეპტიური თრომბოფლებიტი ყველაზე ნაკლებად გვხდება მშობიარობის შემდგომ ინფექციებში, დაახლოებით 1 შემთხვევა 3000 ორსულობიდან. არ გვხდება მშობიარობიდან 2-4 დღემდე. მისი შემთხვევა ხდება ვენური სისტემისა და თრომბოფლებიტის განვითარებიდან ინფექციის გავრცელებით. ვითარდება უფრო ხშირად ჭრილობიდან გავრცელებული ინფექციით

და ხშირად მოიცავს ერთ ან ორივე საკვერცხის ვენას - სახელწოდებით საკვერცხის ვენური სინდრომი. იშვიათია გაურკვეველი ცხელება, როცა ერთადერთი გამოვლინება ცხელებაა.

კლინიკური გამოვლინებები

პირველადი სიმპტომი საკვერცხის ვენური სინდრომის დროს არის ტკივილი საზარდულის, მუცლის ან ბეჭის ადგილას. ასევე შესაძლოა იყოს სიცხე, ტაქიკარდია, გულისრევის შეგრძნება, გაზების დაგროვება, კუჭ-ნაწლავის მოქმედების მოშლა და მუცლის შემცირებული ხმიანობა. გაურკვეველი ცხელების დროს ცხელების პიკები არ ექვემდებარება ანტიბიოტიკებს. ტაქიკარდია შეიძლება იყოს ერთადერთი ნიშანი ქალებში, რომელსაც თავდაპირველად უმკურნალეთ ენდომეტრიტზე. თავდაპირველი გაუმჯობესების შემდეგ, ქალი გამოიყურება კარგად გარდა იმ ფაქტისა, რომ აქვს ცხელება.

ლაბორატორიული მონაცემები შეიძლება გამოვიყენოთ სხვა დიაგნოზის გამოსარიცხად. საჭიროა გაკეთდეს სრული სისხლის ანალიზი დიფერენცირებით, სისხლის ბიოქიმიური ანალიზი, კოაგულაციური ანალიზები და კულტურები. კომპიუტერული ტომოგრაფია (CT), მაგნეტურ რეზონანსული კვლევა (MRI) ან მენჯის ღრუს ულტრაბგერა შეიძლება გაკეთდეს დიაგნოზის დასადასტურებლად.

თერაპიული მართვა

ხშირია განმეორებითი ჰოსპიტალიზაცია, პირველადი მკურნალობაა ანტიკოაგულაციური თერაპია IV ჰეპარინთან და IV ანტიბიოტიკებთან ერთად. ჰეპარინის შეწყვეტის შემდეგ ინიშნება ვარფარინი. გაუმჯობესება იგრძნობა ანტიკოაგულაციური მკურნალობიდან 2-3 დღეში. დამატებითი მოვლა იგივეა, რაც ღრმა ვენური თრომბოზის დროს და გულისხმობს ანტიკოაგულაციური თერაპიის უსაფრთხო დონის, პულმონალური ემბოლიის ნიშნებისა და სიმპტომების მონიტორინგს.

პაციენტის მოვლის პროცესის აპლიკაცია

ინფექცია

შეფასება

მიუხედავად იმისა, რომ ყველა დედაზე ხდება დაკვირვება აქვს თუ არა ცხელება რუტინული გასინჯვის დროს, ექთანმა განსაკუთრებული ყურადღება უნდა გამოიჩინოს დედების მიმართ, ვისაც გააჩნიათ ინფექციის გაზრდილი რისკი.

განსაკუთრებული ყურადღება ექცევა შემდეგ ნიშნებს: ცხელება, ტაქიკარდია, ტკივილი ან უჩვეულო ფერის, სუნისა და რაოდენობის ლოქიები. ზოგადი სიმპტომები: ზოგადი სისუსტე და კუნთების ტკივილი. გამოიკვლიეთ ყველა ჭრილობა ლოკალიზებული ინფექციის ნიშნებზე, როგორიცაა სიწითლე, შეშუპება, დაჭიმულობა, გამონადენი ან ნაწიბურის გახსნა ან ნაკერების მიერ ჩახევა. შეეკითხეთ დედას ხომ არა აქვს დისკომფორტი შარდის ბუშტის დაცლასთან დაკავშირებით.

შეაფასეთ დედის ცოდნა ჰიგიენის პრაქტიკაზე ინფექციის პრევენციისათვის: ხელების სწორად დაბანა, პერინეალური მოვლა და პერინეალური საფენების გამოცვლა. შეაფასეთ მისი ცოდნა ძუძუთი კვების შესახებ და შესაძლო პრობლემებზე, რომელმაც შეიძლება გამოიწვიოს სარძევე ჯირკვლების არხებში რძის შეგუბება და დაგროვება. გამოიკვლიეთ სარძევე ჯირკვლების თავები დაზიანების ნიშნებზე, რომელიც შესაძლოა ორგანიზმების შეჭრის ადგილი გახდეს.

პაციენტის მოვლასთან ასოცირებული დიაგნოზი

რადგან ყველა ქალი არის გარკვეული რისკის ქვეშ მშობიარობის შემდეგ, დაწესებულებათა უმეტესობას შემუშავებული აქვს ინფექციის მართვის პროტოკოლი. როცა ვლინდება ფაქტორები, რომელიც ზრდის ინფექციის განვითარების შესაძლებლობას, რუტინული შეფასება და მოვლა იცვლება, ძლიერდება პრევენციული ზომები. ამ შემთხვევაში ყველაზე შესაფერისი დიაგნოზი არის “ინფექციასთან დაკავშირებული რისკი მნიშვნელოვან რისკ-ფაქტორებთან ერთად”

დაგეგმვა

დიაგნოზისთვის მოსალოდნელი გამოსავალია:

- მელოგინეს არ უნდა აღენიშნებოდეს ინფექციის ნიშნები ლოგინობის ხანაში;
- მელოგინე იცნობდეს და ფლობდეს ინფექციის პრევენციის მეთოდებს;
- მელოგინემ უნდა იცოდეს ინფექციის ნიშნები, რომელიც უნდა შეატყობინოს მზრუნველ პირს დაუყოვნებლივ;

უსაფრთხოების ზომები

მშობიარობის შემდგომი ინფექციის ნიშნები და სიმპტომებია:

- სიცხე, კანკალი;
- ჭრილობის ტკივილი და შეწითლება;
- ჩირქოვანი ჭრილობის დრენაჟი ან ჭრილობის გახსნილი ნაპირები;
- ტაქიკარდია;
- საშვილოსნოს სუბინვოლუცია;
- გახანგრძლივებული, ცუდი სუნის მქონე ლოქიები;
- ლეიკოციტების მომატებული რაოდენობა;
- შარდვის სიხშირე და შეუკავებლობა, დიზურია ან ჰემატურია;
- ტკივილი ბოქვენს ზემოთ;
- სარძევე ჯირკვლის სიმხურვალე, გაწითლება, გამაგრება;
- სხეულის ტკივილი, ზოგადი სისუსტე.

ჩარევა

ინფექციის პრევენცია

ჰიგიენის ხელშეწყობა

მშობიარობის შემდგომი ინფექციის რისკებზე ქალის მიმართ ექთნის პასუხისმგებლობა ინფექციის პრევენციაზე ფოკუსირება. პრევენციული ზომები მოიცავს ყველა ინვაზიური პროცედურის დროს ასეპტიური მეთოდების გამოყენებას და ყურადღების გამახვილებას ხელების სწორად დაბანაზე. ხელების დაბანა მნიშვნელოვანია პაციენტზე მზრუნველი პერსონალისა და დედისთვის. ხელი უნდა დაიბანოს საფენის გამოცვლამდე და გამოცვლის მერე, ასევე პერინეუმზე შეხების დროს. აუხსენით მას პერინეუმისა და ეპიზიოტომიის ადგილის მოვლა. დარწმუნდით, რომ შეუძლია სწორად შეასრულოს გასუფთავების მეთოდები, სანამ გაეწერება.

შარდის შეგუბების პრევენცია

საკმარისი სითხის მიღება (სულ მცირე 2500- 3000 მლ/დღეში) მნიშვნელოვანია შარდის შეგუბების პრევენციისთვის. გაამხნევეთ ქალი, რომ დაცალოს შარდის ბუშტი 2-3-ჯერ დღის განმავლობაში. დააფიქსირეთ პირველი ორი მოშარდვა მშობიარობიდან ან შარდის ბუშტის კათეტერის მოხსნის დროს. შეაფასეთ შარდის ბუშტი და საშვილოსნოს ფუძე. დარწმუნდით, რომ შარდის ბუშტი ცარიელია. აუხსენით პაციენტს, რომ შეატყობინოს ექიმს საშარდე სისტემის ინფექციის ნებისმიერი ნიშანი დაუყოვნებლივ, რათა მკურნალობა დროულად იქნას დაწყებული.

ცხელი სითხეების დალევა, როგორიცაა ჩაი, ეხმარება დედებს მოშარდვაში. გამდინარე წყლის ხმა ან ჭიქაში წყლის ბუშტების გაბერვა, წყლის ხმების გამოყენება სტიმულაციას უკეთებს მოშარდვის სურვილს. თბილი წყლის დასხმა პერინეუმზე ან დედის დახმარება მოშარდოს დასაჯდომ ავზში ან დუშის ქვეშ, ეხმარება საშარდე სპინქტერის მოდუნებაში.

ძუძუთი კვების მეთოდების სწავლება

დედებს ხშირად სჭირდებათ დახმარება ახალშობილის ძუძუთი კვებისას, რათა მოხდეს სარძევე ჯირკვლის სრულად დაცლა თითოეულ კვების დროს, რაც შეამცირებს სარძევე ჯირკვლის თავის ტრავმას.

ინფორმაციის მიწოდება

ურჩიეთ დედას საკმარისად დაისვენოს და მიიღოს შესაფერისი საკვები, რომ აღიდგინოს ენერგია და მოახდინოს ინფექციის პრევენცია. ურჩიეთ ცილებით მდიდარი საკვები და ვიტამინი C, რაც აუცილებელია დაზიანებული ქსოვილის აღდგენისთვის. ცილებით მდიდარი საკვებია: წითელი ხორცი, ფრინველის ხორცი, თევზი, ყველი, კვერცხი, მთლიანი მარცვლოვანი ბურღულეულის პური, მარცვლეული, მაკარონი და სხვა. ეს განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია დედებისთვის, ვინც ძუძუთი კვებაზეა.

ბევრ დედას არა აქვს საშუალება ხშირად დაისვენოს. ექთნების დახმარება ფოკუსირდება განრიგის შედგენაში, რომელიც საშუალებას მისცემთ დაისვენონ, სანამ ახალშობილს სძინავს და იპოვოს ოჯახის წევრი ან მეგობარი, რომელიც შეძლებს მის გვერდში დგომას და დახმარებას.

გაწერამდე ასწავლეთ ქალს ინფექციის ნიშნები და სიმპტომები, რომელიც უნდა შეატყობინოს მასზე მზრუნველ პირს: ცხელება, შემცივნება, შარდვის დროს ტკივილი ან წვის შეგრძნება, ჭრილობის შეწითლება და გამაგრება, ჭრილობიდან გამონადენი, ცუდი სუნის მქონე, გახანგრძლივებული ლოქიები.

შეფასება

ინტერვენცია წარმატებულია, თუ დედას:

- არ აღენიშნება ინფექციის ნიშნები;
- აღწერს მეთოდებს, რომელსაც გამოიყენებს ინფექციის პრევენციისთვის;
- შეუძლია იმ ნიშნებისა და სიმპტომების ჩამოთვლა, რომელიც უნდა შეატყობინოს მასზე მზრუნველ პირს.

თუ ინფექცია განვითარდა, პრობლემა აღარ არის დამოუკიდებლად, მხოლოდ ექთნის პასუხისმგებლობის ქვეშ, არამედ ხდება კოლაბორაციული პრობლემა, რაც საჭიროებს ექიმებისა და ექთნების ერთობლივ ჩარევას.

აფექტური დაავადებები

მშობიარობის შემდგომი პერიოდი არის ცვლილებებისა და შეგუების დრო დედისადა ოჯახისთვის. მშობიარობის პერიოდში ქალს აქვს ფსიქიატრიული დაავადებების გაზრდილი რისკი (“baby blue”, დეპრესია და ფსიქოზი და იშვიათად ბიპოლარული დაავადებების) და შფოთვითი დაავადებები (ობსესიურ-კომპლუსიური დაავადებები, ზოგადი შფოთვითი დაავადებები, პანიკური აშლილობის დაავადებები).

მშობიარობის შემდგომი ხასიათობრივი დაავადებები

ხასიათობრივი დაავადებები არის ფუნქციის, აფექტურობის ან ფიქრის პროცესის მოშლა, რაც ეფექტს ახდენს ოჯახზე მშობიარობის შემდეგ, ისევე მძიმედ როგორც, ფიზიოლოგიური პრობლემები. მშობიარობის შემდგომი “ბეიბი ბლუ” (მცირე უხასიათობა) არის გარდამავალი ხასიათობრივი მოშლა, რომელიც თავისით გაივლის. მშობიარობის შემდგომი დეპრესია (PPD),

მშობიარობის შემდგომი ფსიქოზი და ბიპოლარული დაავადება არის უფრო სერიოზული დაავადებები, რომელიც ოჯახს ეხება და საჭიროებს ჩარევას.

მშობიარობის შემდგომი დეპრესია

ამერიკის ფსიქიატრთა ასოციაცია განსაზღვრავს “ორსულობის დეპრესიას” როგორც პერიოდს, რომელიც იწყება ორსულობის დაწყებიდან ან მშობიარობის შემდგომი 4 კვირის განმავლობაში და გრძელდება სულ მცირე 2 კვირა. ის მოიცავს დეპრესიულ გუნება-განწყობას ან ინტერესის დაკარგვას თითქმის ყველა აქტივობის დროს. ის ასევე შედგება მომდევნო, მინიმუმ 4 მახასიათებლისგან: მადისა და წონის ცვლილება, ძილი და ფსიქომოტორული აქტივობა, ენერგიის ნაკლებობა, გრძნობა, რომ არავის სჭირდება ან დანაშაულის შეგრძნება, სირთულეები ფიქრის პროცესში, კონცენტრაციისას და გადაწყვეტილების მიღების დროს, განუწყვეტელი ფიქრები სიკვდილსა და თვითმკვლელობაზე ან ამის მცდელობები.

შემთხვევა

მშობიარობის შემდგომი დეპრესია მშობიარობის ყველაზე ხშირი გართულებაა, რაც ვლინდება ნამშობიარებ ქალთა 10%- 15-%-ში. ყველა ქალი, მიუხედავად ეთნიკური წარმომავლობისა და განათლების დონისა, არის ერთნაირი რისკის ქვეშ. მშობიარობის შემდგომი დეპრესია ხშირად ხდება პირველი 3 თვის განმავლობაში, მაგრამ შეიძლება მოხდეს მშობიარობის შემდგომ პირველი წლის განმავლობაში, ნებისმიერ დროს.

მშობიარობის შემდგომი დეპრესიის გამომწვევები

მშობიარობის შემდგომი დეპრესია უფრო მეტად გვხვდება პირველმშობიარეებში, მაგრამ შეიძლება განვითარდეს ნებისმიერი ორსულობის შემდეგ. მშობიარობის შემდგომი დეპრესიის მიზეზი უცნობია. არსებობს თეორიები, რომელიც განიხილავს ბიოქიმიური, გენეტიკური და ფსიქო-სოციალური ფაქტორების ურთიერთკავშირსა და ცხოვრებისეულ სტრესებს.

პაციენტის მოვლის გეგმა 13-1	
მშობიარობის შემდგომი ინფექცია	
შეფასება: ლიზა არის გამხდარი, ფერმკრთალი, 16 წლის ორსული, მიღებულია მშობიარობის შემდგომ განყოფილებაში საკეისრო კვეთის შემდეგ, ნაყოფის დისტრესის გამო. მშობიარობა გაგრძელდა 16 საათი და სანაყოფე გარსების რღვევა ხდებოდა 14 საათის განმავლობაში მშობიარობამდე. მისი კათეტერიზაცია მოხდა ორჯერ მშობიარობის დროს, მუდმივი კათეტერით ოპერაციამდე. ის გეგმავს, რომ ძუძუთი კვებოს ბავშვი. კრიტიკული აზროვნება: რა მონაცემი მიანიშნებს, რომ ლიზა არის ინფექციის გაზრდილი რისკის ქვეშ? რა დამატებითი მონაცემი შეიძლება შეფასდეს? პასუხი: კათეტერიზაცია ზრდის საშარდე სისტემის ინფექციის რისკს. დამატებითი საჭირო მონაცემები ინფექციის რისკის შესაფასებლად არის დაკრგული სისხლის რაოდენობა, ანტენატალური მდგომარეობები, როგორიცაა ანემია ან სხვა ინფექცია. დიაგნოზი: ინფექციების რისკი, რომელიც მართულია და დაკავშირებულია ინფექციის მართვის სასურველ გამოსავალთან.	შეფასება: ლიზას უკვე აღარ აღენიშნება ინფექციის ნიშნები და სიმპტომები მისი კლინიკაში ყოფნის დროს და ასევე მისი პერინეუმის შემოწმებისას. ის აღწერს ყველა იმ ზომას, რომელსაც ის მიიღებს ინფექციის რისკების შესამცირებლად, როცა საავადმყოფოდან გაწერენ. მას შეუძლია ჩამოთვალოს ინფექციის ნიშნები და შეატყობინოს სამედიცინო პერსონალს, რომ სჭირდება მკურნალობა.

მოსალოდნელი გამოსავალი - გაწერამდე ლიზას: 1. აღარ ექნება ინფექციის ნიშნები; 2. განიხილავს იმ მეთოდებს, რომელსაც გამოიყენებს ინფექციის პრევენციისთვის; 3. აღნიშნეთ ინფექციის ნიშნები, რომელსაც შეატყობინებს ექიმს. ინტერვენცია და რაციონალიზაცია 1. შეაფასეთ სასიცოცხლო ნიშნები ყოველ 4 საათში. ტემპერატურა 380C ან ტაქიკარდია, მიანიშნებს ინფექციების პროცესს და უნდა მოხდეს აღნიშვნა; 2. დააკვირდით ჭრილობას. შეაფასეთ სიწითლეზე, გამკვრივებაზე, შეშუპებაზე, გამონაჟონზე და დაახლოებით აღნიშნეთ ლოქიების სუნი ყოველ 4 საათში. განსაზღვრეთ შარდის მახასიათებელი თვისებები და უჩივის თუ არა ლიზა შარდვის გახშირებას, შეუკავებლობას ან ტკივილს შარდვის დროს კათეტერის მოშორების შემდეგ. ჭრილობის სიწითლე, ტკივილი ან შეშუპება მიანიშნებს ინფექციაზე. გამონადენი ჭრილობიდან, ჭრილობის კიდეების დაშორება ასევე შეიძლება მიანიშნებდეს ინფექციას. ლოქიების ცუდი სუნი მიანიშნებს ენდომეტრიალურ ინფექციას. სიხშირე, შეუკავებლობა ან მტკივნეული შარდვა მიანიშნებს საშარდე გზების ინფექციას. 3. ასწავლეთ ლიზას სწორი ჰიგიენა, რომ მოახდინოს ინფექციის პრევენცია: • ხელების დაბანა პერინეალური მოვლის დაწყებამდე ან მის შემდეგ. ხელის დაბანა არის ყველაზე მნიშვნელოვანი თავდაცვის მექანიზმი ინფექციის პრევენციისა და მისი გავრცელების თავიდან ასაცილებლად; • პერინეალური გასუფთავება ელიმინაციის შემდეგ. პერინეალური დამუშავება განაპირობებს ბაქტერიის ზრდის პრევენეციას; • საფენების ხშირი ცვლა ხელს უშლის ლოქიების დაგროვებას და ბაქტერიისთვის სასურველ გარემოს; • პერინეუმის გასუფთავება წინა მიმართულებიდან უკან. ვაგინის წინიდან უკან მიმართულებით გასუფთავება პრევენციას უკეთებს ვაგინის განავლით დაბინძურებას. 4. შეიმუშავეთ ზომები, რომ შეამციროთ საშარდე სისტემის ინფექციის რისკი: • უზრუნველყავით ლიზა სითხეებით, როცა შეუძლია მისი მიღება და ხაზი გაუსვით თუ რა მნიშვნელოვანია სითხის მიღება (2500- 3000 მლ/დღეში). საკმარისი ჰიდრაცია ეხმარება შარდის სტაზის პრევენეციას, რომელიც ზრდის საშარდე სისტემის ინფექციის რისკს; • მონიტორინგი გაუკეთეთ შარდის ბუშტის გადაჭიმვას, რომ მოხდეს მისი გადავსების პრევენცია. ასწავლეთ ლიზას თუ როგორ დაცალოს შარდის ბუშტი ყოველ 2-3 საათში მშობიარობიდან პირველი დღეების განმავლობაში. შარდის ბუშტის ხშირი დაცლა იცავს შარდის შეგუბებისგან;	

• გამოიყენეთ მეთოდები, რომ უზრუნველყოთ შარდის ბუშტის დაცლა, როგორიცაა ონკანის ღია დატოვება, თბილი წყლის გადასხმა პერინეუმზე და ტკივილგამაყუჩებლებით უზრუნველყოფა. გამდინარე წყლის ხმამ შესაძლებელია სტიმულაცია გაუკეთოს მოშარდვის სტიმულს. ტკივილის გაყუჩება საშუალებას აძლევს ქალს მოდუნდეს იმდენად, რომ შეძლოს მოშარდვა. 5. დაეხმარეთ ლიზას ძუძუთი კვების დროს. აუხსენით სწორი პოზიციონერობის და ხშირი, საკმარისი კვების მნიშვნელობა. ცუდად დაჭერა და მოკლე ხანგრძლივობის, არასაკმარისმა კვებამ შეიძლება გამოიწვიოს სარძევე ჯირკვლების ტრავმა, შეჯირჯვება ან არასრული დაცლა, რაც იწვევს მასტიტს; 6. შესთავაზეთ და გაამხნევეთ ლიზა, რომ იკვებოს დაბალანსებული საკვებით, როცა გადავა რეგულარულ კვებაზე. ხაზი გაუსვით დიეტის მნიშვნელობას, რომელიც მდიდარია ცილებით და ვიტამინი C-თი. საკმარისი ცილა და ვიტამინი C მნიშვნელოვანია დაზიანებული ქსოვილების აღსადგენად; 7. ისე დაგეგმეთ პაციენტის მოვლა, რომ საშუალება მისცეთ პაციენტს დაისვენოს. დასვენება მნიშვნელოვანია რომ დაეხმაროს ორგანიზმს აღდგენასა და ინფექციასთან ბრძოლაში; 8. ასწავლეთ ლიზას ინფექციის ნიშნების ამოცნობა, რომელიც უნდა შეატყობინოს ექიმს; ესენია: სიცხე, კანკალი, დიზურია, ჭრილობის გამკვრივება ან გამონაჟონი, ლოქიები ცუდი სუნით ან სარძევე ჯირკვლის ტკივილი და სიწითლე. ინფექციის ნიშნების დაუყოვნებლივი აღმოჩენა და შეტყობინება იძლევა ადრეული მკურნალობის საშუალებას, რაც ამცირებს გართულებათა რისკს.	

კლინიკური გამოვლინებები

მშობიარობის შემდგომი დეპრესია შეიძლება გავდეს მშობიარობის შემდგომ "ბეიბი ბლუს". თუმცა, დეპრესია განსხვავდება ორსულობის ნორმალური ემოციური ცვლილებებისა და მშობიარობის შემდგომი პერიოდის სიმპტომებისგან რაოდენობით, ინტენსიურობითა და შენარჩუნებით. სიმპტომების უმეტესობა ინტენსიურად და მუდმივად ნარჩუნდება სულ მცირე 2 კვირის განმავლობაში და თანდათან, დროთა განმავლობაში უარესდება. ქალი, რომელსაც აქვს მშობიარობის შემდგომი დეპრესია, ახასიათებს დეპრესიული ხასიათი, თავისი ყოველდღიური აქტივობების მიმართ ინტერესის დაკარგვა და მისი ჩვეულებრივი, ემოციური საპასუხო რეაქციების დაკარგვა ოჯახის წევრთა მიმართ. ეს არ არის ხასიათის ცვალებადობა, არამედ მუდმივი ემოციური მდგომარეობა ოჯახის წევრთა მიმართ. მიუხედავად იმისა, რომ ზრუნავს ბავშვზე, მას არ შეუძლია განიცადოს სიამოვნება და სიყვარული. ის აღიქვამს ბავშვს, როგორც მომთხოვნ არსებად და თავის თავს უუნაროს დედობისთვის.

ქალს შეიძლება ჰქონდეს გაძლიერებული შეგრძნებები შფოთვის, გამოუსადეგრობის, დანაშაულის შეგრძნების, აღგზნების, სირცხვილის და ხშირად კარგავს საკუთარი თავის შეგრძნებას; ზოგადი დაღლა, აღგზნებადობა, ავადმყოფობაზე საყვედურები, კონცენტრაციისა და გადაწყვეტილებების ვერ მიღების სირთულეები. მას ხშირად აქვს უმადობა, წონის ცვალებადობა და ძილის რიტმის დარღვევა.

ოჯახზე გავლენა

მშობიარობის შემდგომი დეპრესია წარმოქმნის დაძაბულობას ოჯახის ჩვეულებრივი პრობლემების დაძლევის მეთოდებზე და ხშირად იწვევს სირთულეებს ურთიერთობაში. ხდება სტრესორების გაძლიერება და ამის შედეგად ოჯახის წევრები ამცირებენ ურთიერთობას დეპრესიულ დედასთან მაშინ, როცა ყველაზე მეტად სჭირდება სხვებთან კონტაქტი და თანადგომა. დაქვეითებული ლიბიდო, რომელიც დაკავშირებულია დეპრესიასთან, ასევე გავლენას ახდენს პარტნიორთან ურთიერთობაზე.

დეპრესიული ქალის პარტნიორები ხშირად უჩივიან პარტნიორის შეგრძნების და იმ ურთიერთობის დაკარგვას, რაც წინათ ჰქონდათ. ისინი გამოხატავენ კონტროლის დაკარგვის შეგრძნებას, ასევე სიბრაზეს, იმედგაცრუებასა და დაბნეულობას. მამას შეუძლია იზრუნოს სახლის საქმესა და ბავშვის მიმართ მოვალეობაზე, რომელსაც დეპრესიული დედა ვერ ახერხებს. მამასაც შეიძლება დაემართოს დეპრესია.

ყუთი 13- 3 მშობიარობის შემდგონი დეპრესიის რისკ-ფაქტორები

ორსულობის დროს დეპრესია ან წინა მშობიარობის შემდგომი დეპრესია (ძლიერი ფაქტორი);

პირველი ორსულობა;

ჰორმონალური ცვლილებები, რომელიც მოსდევს მშობიარობას;

სამედიცინო პრობლემები ორსულობის დროს ან მშობიარობის შემდეგ, როგორიცაა პრეეკლამფსია, არსებული შაქრიანი დიაბეტი, ანემია ან ფარისებრი ჯირკვლის დისფუნქცია;

პერსონალური ან ოჯახური ისტორია დეპრესიის, მენტალური დაავადებების ან ალკოჰოლიზმის;

პირადი მახასიათებლები, როგორიცაა მოუმწიფებლობა ან დაბალი თვითშეფასება;

ოჯახური პრობლემები ან სირთულეები ურთიერთობაში ახლობელ ადამიანებთან, რაც გამოიწვევს გვერდში დგომის ნაკლებობას;

სიბრაზე ან გაურკვევლობა ორსულობის მიმართ;

მარტოხელას სტატუსი;

ახალგაზრდა დედის ასაკი;

იზოლაციის შეგრძნება, სოციალური მხარდაჭერის დეფიციტი, რომელიც თანხვედრაში არაა დედის მოთხოვნილებებთან;

დაღლა, ძილის ნაკლებობა;

ფინანსური პრობლემები;

ბავშვის ზრუნვით გამოწვეული სტრესი (ახალშობილი, რომელიც არის ავად, აქვს ანომალიები ან აქვს ტემპერამენტის პრობლემები);

მრავალნაყოფიანი ორსულობა;

ქრონიკული სტრესორები;

არასასურველი ან დაუგეგმავი ორსულობა.

უსაფრთხოების ზომები

მშობიარობის შემდგომი დეპრესიის ნიშნები და სიმპტომები:

- შფოთვა;
- დანაშაულის შეგრძნება;
- აგიტაცია;
- დაღლა, ძილიანობა;
- ცუდად ყოფნის შეგრძნება;
- აღგზნებადობა;
- კონცენტრაციის ან გადაწყვეტილების მიღების სირთულეები, დაბნეულობა;
- მადის ცვლილება;
- სიამოვნების დაკარგვა ნორმალურ აქტივობებში;
- ენერგიის ნაკლებობა;
- ტირილი;
- მოწყენილობა;
- დეპრესია (თავდაპირველად შეიძლება არ ვლინდებოდეს);
- თვითმკვლელობის აზრები;
- ახალშობილის მიმართ ნაკლები რეაქციები.

დეპრესიული დედა სხვანაირად შედის კონტაქტში საკუთარ ახალშობილთან, განსხვავებით არადეპრესიული დედისგან. ისინი თავს გრძნობენ დაძაბულად, არიან უფრო აღგზნებულები და ნაკლებად ქმედითუნარიანები. მათ შეიძლება ვერ შეამჩნიონ ახალშობილის ღიმილი და შეიძლება ვერ მიხვდნენ, თუ რა სურს ახალშობილს და ვერ ისიამოვნონ დადებითი ემოციებით. დედის მშობიარობის შემდგომი დეპრესია ქმნის ნეგატიურ გარემოს სახლში, რასაც შეიძლება ნეგატიური ეფექტი ჰქონდეს ახალშობილის ფიზიკურ და ფსიქო-სოციალურ განვითარებაზე.

თერაპიული მართვა

დეპრესია უმჯობესდება, როცა ფსიქოთერაპია, სოციალური მხარდაჭერა და მედიკამენტოზური ჩარევა ხდება კომბინირებულად. ფსიქოთერაპია ეხმარება ქალს გაუმკლავდეს მის ცხოვრებაში არსებულ ცვლილებებს. ქალის პარტნიორი და ოჯახის ის წევრები, რომლებიც მასთან არიან იმ პერიოდში, უნდა შედიოდნენ დიალოგში; უნდა ეცადნონ მიხვდნენ თუ რას განიცდის და რა სურს ქალს. თუმცა, მშობიარობის შემდგომი დეპრესიის ჯგუფურ-მხარდამჭერმა მკურნალობამ არ აჩვენა ეფექტურობა, მაგრამ მას ექნება დადებითი შედეგები, თუ გამოვიყენებთ როგორც პრევენციის სტრატეგიას.

როცა მარტო ფსიქოთერაპია არაა ეფექტური, მკურნალობას უნდა დაემატოს მედიკამენტები. სელექციური სეროტონინის უკუმიტაცების ინჰიბიტორი (SSRI) და ტრიციკლიკ ანტიდეპრესანტი (TCA) გამოიყენება ყველაზე ხშირად. მედიკამენტის სრული ეფექტურობისთვის საჭიროა 4 კვირა და მკურნალობა გრძელდება 9-12 თვე სიმპტომების რემისიიდან. მედიკამენტის დანიშვნისას უნდა გავითვალისწინოთ ქალი ორსულადაა თუ მეძუძური დედაა, რადგან არ შეიძლება ნებისმიერი მედიკამენტის დანიშვნა. ქალი, რომელიც წყვეტს დეპრესიის მკურნალობისთვის დანიშნულ მედიკამენტებს, ორსულობის დროს უფრო მეტად მიდრეკილები არიან, რომ ჰქონდეთ დეპრესიის განმეორებითი შემთხვევა ორსულობის დროს ან მშობიარობის შემდგომ.

მშობიარობის შემდგომი ფსიქოზი

ფსიქოზი არის მენტალური მდგომარეობა, როცა პიროვნების შესაძლებლობა, აღიქვას რეალობა, კომუნიკაცია და კავშირი დაამყაროს სხვებთან, დარღვეულია. მშობიარობის შემდგომი ფსიქოზი შეიძლება კლასიფიცირდეს როგორც დეპრესიული ან მანიაკალური სახეობის ფსიქოზი. ეს არის იშვიათი მდგომარეობა, რომელიც უვლინდება 1000 მშობიარედან 1 ან 2 ქალს. შეიძლება განვითარდეს მშობიარობიდან 2 დღის განმავლობაში და წარმოადგენს ფსიქიატრიულ სასწრაფო მდგომარეობას, რომელიც ხშირად საჭიროებს ჰოსპიტალიზაციას. გამოვლინებები შედგება აგიტაციისგან, აღგზნებადობისგან, ჩქარი ხასიათობრივი ცვლილებებისგან, დისორიენტაციისგან და დისორგანიზებული ქცევებისგან. ზოგიერთ დედას ბავშვზე აქვთ დელუზიები და ჰალუცინაციები. ქალს, რომელსაც ჰქონდა მშობიარობის შემდგომი ფსიქოზის ერთი ეპიზოდი, არის გამეორების გაზრდილი რისკის ქვეშ. მართვა საჭიროებს ჰოსპიტალიზაციას, ფარმაკოლოგიურ მკურნალობასა და ფსიქიატრიულ მოვლას.

მშობიარობის შემდგომი ფსიქოზის შეფასება და მართვა- მეანი ქალის პასუხისმგებლობას სცდება და დედა, რომელიც ამ მდგომარეობაშია, უნდა გადამისამართდეს სრულყოფილი თერაპიისთვის შესაბამის პროფესიონალთან.

ბიპოლარული აშლილობა ტიპი II

ქალი, ბიპოლარული აშლილობით, განიცდის აღგზნების, ჰიპერაქტიურობის, ეიფორიისა და განდიდების მანიის პერიოდებს. მათ სჭირდებათ ცოტა ძილი და ხშირად არც კი იციან რომ პრობლემა აქვთ. დარღვეული მსჯელობის უნარი და დაბნეულობა რასაც ისინი განიცდიან, საკუთარ თავზე და ახალშობილზე ზრუნვას ხდის შეუძლებელს და შეიძლება იყოს სიცოცხლისთვის საშიში, როგორც დედისთვის ასევე ახალშობილისთვის.

ბიპოლარული დაავადება ანუ ღრმა დეპრესიული დაავადებება, ხასიათდება ტირილის ეპიზოდებით, დანაშაულის გრძნობით, თავს გრძნობენ, რომ არავის სჭირდებათ, ძილის და მადის დარღვევით, გადაჭარბებული ყურადღებით ბავშვის ჯანმრთელობის მიმართ. დელუზიები, რომ ახალშობილი მკვდარია ან რამე დეფექტი აქვს, საკმაოდ ხშირია. შეიძლება იყოს ასევე ჰალუცინაციები. ქალს, რომელსაც აქვს დეპრესიული სიმპტომები, აუცილებლად უნდა შეფასდეს თვითმკვლელობის სურვილის არსებობაზე ან ახალშობილის დაზიანების სურვილის ქონაზე და უმკურნალონ საფრთხის რეალობის შესაბამისად.

მშობიარობის შემდგომი შფოთვითი დაავადებები

მშობიარობის შემდგომი შფოთვითი დაავადებები შედგება პანიკური დაავადების, მშობიარობის შემდგომი ობსესიურ-კონვულსიური დაავადების (OCD) და პოსტ ტრავმული სტრესული დაავადებებისგან. პანიკური დაავადებები წარმოადგენს ტაქიკარდიის ეპიზოდს, გულის აჩქარებებს, სუნთქვის უკმარისობას, გულმკერდის ტკივილსა და სიკვდილის შიშს ან აზრებს "მემგონი ვგიჟდები". ეპიზოდები არის განმეორებითი და ხელს უშლის ქალს ყოველდღიურ საქმიანობაში. ანტი-შფოთვითი და ანტიდეპრესანტი მედიკამენტები, ფსიქოლოგიურ კონსულტაციებთან ერთად, საუკეთესო არჩევანია ამ მდგომარეობის მკურნალობისათვის.

მშობიარობის შემდგომი ობსესიურ-კომპულსიური აშლილობა არის მდგომარეობა, რომლის დროსაც ქალს აქვს აკვიატებული აზრები, რომ შეიძლება დააზიანოს ბავშვი და ეშინია ბავშვთან მარტო დარჩენის. ამ დროს, შესაძლოა ქალს ჰქონდეს კომპულსიური ქცევა, რაც მას ფიქრებიდან გათავისუფლებაში ეხმარება. მკურნალობა შედგება ანტიშფოთვითი და ანტიდეპრესანტების მედიკამენტებისა და ფსიქოლოგის კონსულტაციისგან.

პოსტ-ტრავმული სტრესული დაავადების (PTSD) დროს, ქალი აღიქვამს მშობიარობას, როგორც ტრავმულ მოვლენას. აღმოჩნდა, რომ ახალბედა დედების 9%-ს დადებითი შედეგი ჰქონდათ სკრინიგზე, რომელიც შედგებოდა პოსტ-ტრავმული სტრესული დაავადების კრიტერიუმებისაგან და 18%-ს კი შეადგენდნენ ქალები, რომელიც მიანიშნებს, რომ ისინი განიცდიდნენ პოსტ-ტრამვული სტრესული მდგომარეობის სიმპტომებს. ქალებს PTSD-ის დროს აქვთ ღამის კოშმარები და წარსულის სიტუაციების გახსენებები შემთხვევაზე, შფოთვა და თავის არიდება იმ მდგომარეობების ან სიტუაციების, რაც ახსენებთ ტრავმულ შემთხვევებს. ზრუნვისა და

კომუნიკაციის ნაკლებობამ, ან მშობიარობის გამოცდილებამ, რომელიც საგრძნობლად განსხვავდება იმისგან თუ რასაც ელოდებოდა, შეიძლება გამოიწვიოს ეს მდგომარეობა. ქალს სჭირდება ისაუბროს ამ გამოცდილებაზე და როგორ იმოქმედა ამან მასზე და ხშირად მოძებნოს პასუხები მის გამოცდილებაზე. ისინი შეიძლება იზოლირებულად გრძნობდნენ თავს თავიანთ ახალშობილისგან და ჰქონდეთ სიძნელეები ახალშობილთან დაახლოებისათვის.

კულტურული ნაწილი

მშობიარობის შემდგომი დეპრესია ხდება ბევრ კულტურაში. რისკ-ფაქტორები ხშირად ერთი და იგივეა. რისკი გაზრდილია კულტურებში, სადაც გენდერულ ფაქტორზეა დამყარებული ბევრი რამ (მამრობითი შვილის ყოლის უპირატესობა, ქალისთვის უფლებების შეზღუდვა, ზედმეტი აუნაზღაურებელი სამუშაო და სახლის გარემო, სადაც ბევრი თაობა ცხოვრობს ერთად, სადაც რძალს ნაკლები ავტონომიური უფლებები აქვს.)

პაციენტის მოვლის პროცესის აპლიკაცია

მშობიარობის შემდგომი აფექტური დაავადებები

შეფასება

მშობიარობის შემდგომი ხასიათობრივი და შფოთვითი დაავადებების ადრეულ ეტაპზე აღმოჩენისა და მკურნალობისათვის, მნიშვნელოვანი ფაქტორია მდგომარეობის ხანგრძლივობა. შეაფასეთ ყველა ქალი დეპრესიაზე ორსულობის დროს, სამშობიარო დაწესებულებაში და მშობიარობის შემდგომ ვიზიტებზე. ქალი განმეორებით უნდა შეფასდეს თითოეული კონსულტაციის დროს ექიმთან (რაც შედგება შემდგომი სატელეფონო ვიზიტითაც). ქალები, რომლის ახალშობილებიც იმყოფებიან ინტენსიური ზრუნვის განყოფილებაში, უნდა შეფასდნენ მშობიარობის შემდგომ დეპრესიაზე მათი ახალშობილის ვიზიტზე მიყვანის დროს. ახალბედა დედებს ხშირად მიყავთ თავიანთი ახალშობილები პედიატრის ოფისში დაბადებიდან ადრეულ თვეებში. ეს არის იდეალური მდგომარეობა, როცა შეიძლება ახალბედა დედის ემოციური მდგომარეობის შეფასება და საჭიროების მიხედვით გადამისამართება.

კრიტიკული სააზროვნო - დავალება 13-2

მეგი 23 წლის ნამშობიარები ქალია. მან იმშობიარა 5 დღის წინ, მისთვის მეორე მშობიარობაა. გაწერის შემდგომი ტელეფონით კონსულტაციის დროს, ექთანი შეამჩნევს, რომ მეგი ტირის და ამბობს: ”არ ვიცი რა მჭირს! დილით საწოლიდან ვერ ვდგები და ბავშვებსაც ველარ ვუვლი” ექთანი პასუხობს: “ეს უბრალოდ “ბეიბი ბლუა”. უბრალოდ შეხედე თქვენს არაჩვეულებრივ ბავშვს და თავს კარგად იგრძნობთ.”

კითხვები:

1. რა დასკვნა გამოიტანა ექთანმა?
2. ექთნის პასუხი დაეხმარება მეგის? რატომ ან რატომ არა?
3. რა იქნება უკეთესი თერაპიული გზები პრობლემის მოსაგვარებლად?
4. რა დამატებითი ქმედება უნდა განახორციელოს ექთანმა?

შეფასების საშუალება

როგორიცაა მშობიარობის შემდგომი დეპრესიის განმსაზღვრელი აღწერა-შესწორება შეიძლება სასარგებლო იყოს. ეს აღწერა აღმოაჩენს ანტენატალურ დეპრესიას, ცხოვრებისეულ სტრესორებს, სოციალურ მხარდაჭერას, ანტენატალურ შფოთვას, ქორწინებაში ურთიერთობის კმაყოფილებას, წარსულში დეპრესიის ეპიზოდს, თავდაუჯერებლობას, არასასურველ ან

დაუგეგმავ ორსულობას, ოჯახურ მდგომარეობას, სოციო-ეკონომიურ სტატუსს, ბავშვის მოვლასთან დაკავშირებული სტრესებს, ახალშობილის ტემპერამენტი და დედის "ბეიბი ბლუ," როგორც ფაქტორი, რომელიც შეიძლება გადავიდეს მშობიარობის შემდგომ დეპრესიაში. დამატებით, ზედმეტი გადაღლის სკრინინგი მშობიარობიდან პირველი ორი კვირის განმავლობაში შეიძლება სასარგებლო იყოს ქალების იდენტიფიცირებაში, რომელსაც მოგვიანებით შესაძლოა განუვითარდეთ მშობიარობის შემდგომი დეპრესია. ეს იძლევა დროული მკურნალობის დაწყების საშუალებას.

სკრინინგის სხვა ტაქტიკაა ედინბურგის მშობიარობის შემდგომი დეპრესიის შკალისა და მშობიარობის შემდგომი დეპრესიის სკრინინგის შკალის შეფასება. შეეკითხეთ ქალს არის თუ არა ხშირად მოწყენილი ან დეპრესიული ან თუ აქვს სიამოვნების განცდის ან ინტერესის დაკარგვა იმ მდგომარეობების მიმართ, რაც ადრე სიამოვნებას ანიჭებდა. ამ კითხვებმა შეიძლება საშუალება მოგვცეს დეპრესიის ადრეული აღმოჩენის, რამაც შეიძლება შეამციროს მკურნალობის ხანგრძლივობა და მდგომარეობის სიმძიმე. შეკითხვები აჩვენებს ინტერესსა და გამოხატვის მიმღებლობას, ასევე ხსნის კარს უფრო მეტის განსახილველად.

დააკვირდით სუბიექტურ სიმპტომებს, როგორიცაა აპათია, ინტერესისა და ენერგიის ნაკლებობა, ანორექსია ან ძილიანობა. დედის სიტყვიერად გამოხატვა მისი ვერ შეძლების, მოწყენილობის, სიმარტოვის, შფოთვისა და გაურკვეველი დაბნეულობის მნიშვნელოვანი მანიშნებლებია. მდგომარეობის სიმძიმის შესაფასებლად ფოკუსირება მოახდინეთ სიხშირეზე, ხანგრძლივობასა და ქალის შეგრძნებების ინტენსიურობაზე.

შეაფასეთ ობიექტური მონაცემები, როგორიცაა ტირილი, ძილიანობა, ცუდი პირადი ჰიგიენა ან უუნარობა, მიჰყვეს მითითებებს ან მოახდინოს კონცენტრაცია. განსაზღვრეთ, რა მოხდება თუ ნებისმიერი მდგომარეობის მხრდაჭერაა შესაძლებელი. დედებს, რომლებსაც არ აქვთ ან არ შეუძლიათ მხარდამჭერი გარემოება ჰქონდეთ, შეიძლება გრძნობდნენ თავს ზედმეტად იზოლირებულად, რაც გამოიწვევს სტრესსა და შეგრძნებას, რომ მათ არ შეუძლიათ ამასთან გამკლავება. იშვიათად გვხვდება დანაშაულისა და სიბრაზის შეუსაბამო გამოხატვა პარტნიორის მიმართ და მოლოდინის იმედგაცრუება ბავშვის მიმართ ან მშობლის მდგომარეობის მიმართ.

პაციენტის მოვლასთან ასოცირებული დიაგნოზი

შესაძლო დიაგნოზი არის პრობლემის არაეფექტურად გადალახვის რისკი, რაც სტრესორებიდან გამომდინარე, დაკავშირებულია მშობიარობასთან და ბავშვის აღზრდასთან (ყუთი 13-4).

ყუთი 13-4 მშობიარობის შემდგომი გართულებების ხშირი დიაგნოზები

ფიზიკური აქტივობის შეუთავსებლობა;
დაღლა;
შეწყვეტილი ძუძუთი კვება;
ტკივილი;
ურთიერთკავშირის დამყარების შეფერხების რისკი;
სიტუაციის არაეფექტურად გამკლავების რისკილ
სისხლდენის რისკი;
ინფექციის რისკი;

დაგეგმვა

მოსალოდნელი გამოსავალის მისაღწევად, ახალბედა დედა:

- სიტყვიერად გამოხატავს მომსახურე პირთან და ასევე მისთვის მნიშველოვან ადამიანებთან თავის შეგრძნებებს პოსტპარტუმ პერიოდის განმავლობაში;

- განიხილავს საკუთარ ძალებს;
- აღნიშნავს ხელმისაწვდომ წყაროებს პოსტპარტუმ პერიოდისთვის.

ჩარევა

წინასწარი მართვის უზრუნველყოფა

გამომდინარე იქიდან, რომ საავადმყოფოში ახალბედა დედის დაყოვნება ხდება მცირე დროით და აფექტური დაავადებების სავარუდო დაწყების დროის გამო, მშობიარობის შემდგომი დეპრესიის შემთხვევათა უმეტესობა (მშობიარობის შემდგომი ფსიქოზი) ხდება ქალის სახლში გაწერის შემდეგ. ანტენატალური მეთვალყურეობის პერიოდის დროს, დაიწყეთ განხილვა ყველა ორსულ ქალთან და მის პარტნიორთან წინასწარი ზომების შესახებ. აუხსენით მშობიარობის შემდგომი დეპრესიის ნიშნები და ადრეულ ეტაპზე დახმარებისთვის მიმართვის მნიშვნელობა, მკურნალობის ხანგრძლივობის შესამცირებლად.

განიხილეთ ხშირი კონტაქტის საჭიროება. ამ შემთხვევაში დედა თავს არ იგრძნობს იზოლირებულად. ხაზი გაუსვით კომუნიკაციის შენარჩუნების მნიშვნელობას პარტნიორთან ან ახლო მეგობართან, რომელიც შეძლებს მის გვერდით ყოფნას, როცა მარტოობა და შფოთვა პრობლემური გახდება.

აუხსენით, რომ შესაფერისი დასვენებამ და კვება დაეხმარება შეინარჩუნოს ენერგია, იგრძნოს ჯანმრთელობა და კარგად ყოფნა. ასწავლეთ დედას და მის გვერდით მდგომ ადამიანებს მშობიარობის შემდგომი დეპრესიის ნიშნები და მშობიარობის შემდგომი სხვა ფსიქოლოგიური დაავადებები. აუხსენით, როდის უნდა მიმართონ დახმარებისთვის მზრუნველ პირს.

ზრუნვითი დამოკიდებულება არის მნიშვნელოვანი მოვლის მიდგომა, რაც ეხმარება დედას მისი ემოციური დისტრესის შემცირებაში და მშობიარობის შემდგომი პერიოდის რეაბილიტაციისათვის. გაათვიცნობიერეთ, რომ რაღაც არის არასწორი და ქალი თავს გრძნობს დეპრესიულად. მეტი დრო დაუთმეთ მას და დაარწმუნეთ, რომ ამ მდგომარეობაში არ არის მისი ბრალეულობა.

აუხსენით, რომ რასაც ის განიცდის, მშობიარობის შემდგომ პერიოდში ეს ხშირია. გაამხნევეთ, რომ ისაუბროს მის განცდებზე და დაარწმუნეთ, რომ შესაძლებელია მისი დახმარება.

დაეხმარეთ დედას გამოხატოს გრძნობები

გამომდინარე იქიდან, რომ მშობიარობის შემდგომ მოლოდინია, რომ ქალი უნდა იყოს ბედნიერი, ბევრი ქალი არ განიხილავს თავის უარყოფით შეგრძნებებს სხვებთან. მათ შეიძლება აწუხებდეთ სირცხვილის გრძნობა და სჯეროდეთ, რომ დეპრესიის აღიარების გამო შეიძლება ნებისმიერ დროს სოციალური სტიგმის ქვეშ აღმოჩნდნენ. შეიძლება ჰქონდეთ შიში, რომ დააშორებენ თავის ახალშობილს თუ იტყვის თავისი პრობლემის შესახებ. თუ ისინი განიხილავენ თავიანთ პრობლემას, მათმა მეგობარმა ან მზრუნველმა პირმა შეიძლება პრობლემა შეუმსუბუქოს ისეთი კომენტარების გაკეთებით როგორიცაა: "ამას გადაიტან, ყველაფრის მიუხედავად, ნახე რა ლამაზი ბავშვი გყავს". ქალი და მისი ოჯახი დეპრესიას მნიშვნელობას არ ანიჭებს, რადგან არ შეუძლიათ ზუსტი მიზეზის პოვნა.

რეკომენდაცია გაუწიეთ, რომ შეიძლება მისი გრძნობები მათთვის "უსაფუძვლო" ჩანდეს (სიბრაზე, დანაშაულის შეგრძნება, სირცხვილი). ქალმა უნდა გაათვიცნობიეროს ნეგატიური შეგრძნებები თავის თავში და სხვებსაც მოთხოვოს, რომ აღიარონ ისინი. განიხილეთ ბავშვის აღზრდასთან დაკავშირებული რეალური მდგომარეობები და ასევე ის ფაქტი, რომ ეს ხშირად ძალიან დამღლელია. შეიძლება გამოადგეთ ისეთი სიტუაციების გათამაშება როგორიცაა, რას გააკეთებს სახლში მარტო ყოფნის დროს ან როცა მარტოსულად იგრძნობს თავს.

ახალშობილის მინიშნებებზე გაძლიერებული სენსიტიურობა

აღნიშნეთ ახალშობილის მინიშნებები და აღწერეთ მათი მნიშვნელობა. აჩვენეთ დედას როგორ უნდა მოახდინოს რეაგირება ახალშობილის მინიშნებების მიმართ. შესთავაზეთ ზომები, რითაც მეტ ყურადღებას გამოიჩენს მინიშნებებზე ("კენგურუ" ზრუნვა (კანი-კანზე კონტაქტი)).

აჩვენეთ მშობიარობის შემდგომი დეპრესიის სიმპტომების შემცირების ცოტაოდენი წარმატება. ზომები, რომელიც დაეხმარება დედას რომ მოდუნდეს, შეიძლება დაეხმაროს გააუმჯობესოს ხასიათი და საპასუხო რეაქციები ახალშობილის მიმართ.

შეაფასეთ ახალშობილის ზრდა და განვითარება. დეპრესიულმა დედებმა შეიძლება არ იზრუნონ და ვერ გაწიონ აღმზრდელობითი საჭიროებები. განსაზღვრეთ ახალშობილის წონის მატება ან კლება და დააკვირდით დედის საპასუხო რეაქციებს ახალშობილის ტირილზე. თუ ახალშობილი ძუძუთი კვებაზეა, შესთავაზეთ დახმარება რომ გააგრძელოს, რადგან ამან შეიძლება გააძლიეროს ბავშვთან სიახლოვის შეგრძნება. თუ იღებს მედიკამენტს, დარწმუნდით, რომ მისი გამოყენება შეიძლება ლაქტაციის დროს.

ოჯახის წევრების დახმარება

ჩართეთ მამა დეპრესიის საკითხის განხილვაში, მშობიარობამდე და მის შემდგომ. გაიაზრეთ დედისა და მისი გრძნობები. ხაზი გაუსვით მამის პასუხისმგებლობას მისი პარტნიორისა და ოჯახის სხვა წევრების მიმართ. შესთავაზეთ პრაქტიკული რჩევები, რომელიც დაეხმარება მონახოს გზები მათი ცხოვრების ცვლილებებთან გამკლავებაში. განიხილეთ დედის დახმარების, გაღიზიანებისა და შფოთვის შემცირების გზები. განსაზღვრეთ მამის საჭიროებები დამატებითი დახმარებისთვის. მამა შეიძლება იძულებული გახდეს მიიღოს დახმარება პროფესიონალებისგან და სხვა არაფორმალური დამხმარე ჯგუფებიდან. მათ შეიძლება დასჭირდეთ ინფორმაციული და ქმედითი მხარდაჭერა. აუხსენით მშობიარობის შემდგომი დეპრესიის გავლენა ოჯახის ყოველ წევრზე. ხაზი გაუსვით იმის მნიშვნელობას, რომ დედამ დროულად მიიღოს მედიკამენტი, ისე როგორც გამოწერილი აქვს. განიხილეთ ნიშნები, რაც მიანიშნებს რომ დედის მდგომარეობა უარესდება და როდის უნდა დაურეკოს შესაბამის პირს.

დახმარების გაწევა

ოჯახთან ერთად განიხილეთ პრაქტიკული შეთავაზებები, თუ როგორ დაეხმაროთ მელოგინეს. აღნიშნეთ ძილის მნიშვნელობა და შესთავაზეთ, რომ ოჯახის სხვა წევრმა იზრუნოს ბავშვზე ღამის განმავლობაში თუ ეს შესაძლებელია, რაც საშუალებას მისცემს დედას დაიძინოს. იქიდან გამომდინარე, რომ დეპრესიული დედები ახალშობილთან ურთიერთობაში კარგად არ შედიან, ხაზი გაუსვით სხვა ოჯახის წევრების მნიშვნელობას ბავშვის მოვლაში.

განიხილეთ არჩევანი და რესურსები

შეეკითხეთ დედას შესაძლო სტრესორებზე მის ცხოვრებაში, რასაც შეიძლება გამოეწვია მისი დეპრესია. დაეხმარეთ გეგმის შემუშავებაში, რაც ამცირებს სტრესს. დაეხმარეთ დედას და მის პარტნიორს, რომ მოახდინოს ისეთი ადამიანების შეკრება, ვინც გვერდში დაუდგება. დამატებით, მიაწოდეთ მშობიარობის შემდგომი დეპრესიის მხარდამჭერი ლოკალური ჯგუფების საკონტაქტო ნომრები. ასევე, ინტერნეტი არის სივრცე, სადაც შეიძლება დახმარების პოვნა:
მშობიარობის შემდგომი მხარდამჭერი საერთაშორისო ცენტრი (www.postpartum.net);
მშობიარობის შემდგომი დეპრესიის ცენტრი (www.depresssion-afterdelivery.net(;
ქალის ჯანმრთელობის ეროვნული საინფორმაციო ცენტრი (www.womenshealth.gov) .

შეფასება

ჩარევა ითვლება წარმატებულად თუ დედა:

- ლაპარაკობს თავის შეგრძნებებზე პერსონალთან და ოჯახის წევრებთან;
- აღნიშნავს მის პერსონალურ ძლიერ მხარეებს;
- განიხილავს საოჯახო რესურსებს და გეგმავს მათ გამოყენებას საზოგადოებაში.

თავი 14

მაღალი რისკის მქონე ახალშობილი: გესტაციის ასაკსა და განვითარებასთან დაკავშირებული გართულებები

მეანი ახალშობილის გართულებებს დაბადებისთანავე აღმოაჩენს და იწყებს მოქმედებას, სანამ ბავშვს ინტენსიური თერაპიის განყოფილებაში გადაიყვანენ და შეძლებენ სათანადო მოვლის გაგრძელებას. ბავშვთა ინტენსიური თერაპია არის სპეციალობა, რომელსაც სჭირდება დამატებითი განათლება და გამოცდილება. ბავშვთა ინტენსიური თერაპიის ექთნები ხშირად ესწრებიან მშობიარობას, როცა მოსალოდნელია ახალშობილის გართულებები.

მაღალი რისკის მქონე ახალშობილზე ზრუნვა

დედათა და ახალშობილთა განყოფილებაში ექთნები ზრუნავენ მსუბუქ დაავადებებზე ფიზიოლოგიურ ახალშობილთა ოთახში, მაგრამ უფრო სერიოზულ პრობლემებს სჭირდება ინტენსიური თერაპია ბავშვთა ინტენსიური თერაპიის განყოფილებაში. სპეციალურად შექმნილია განყოფილება, რომელიც ემსახურება ასეთ ახალშობილებს (სურათი 14 -1). ახალშობილთა დაახლოებით 9 %-ს სჭირდება ინტენსიური თერაპია.

სურათი 14-1, ახალშობილის მოვლა ახალშობილთა ინტენსიური განყოფილების ექთნის მიერ, რომელიც არის სპეციალურად ამისთვის დახელოვნებული

მრავალპროფილური მიდგომა

ახალშობილებს, რომლებსაც აღენიშნებათ პრობლემები დაბადებისას, ესაჭიროებათ კოლაბორაციული ზრუნვა სხვადასხვა სპეციალისტისგან: ექთნებისგან, სხვადასხვა სპეციალობის ექიმისგან, ბავშვთა რეანიმატოლოგისაგან, ლაბორატორიის პერსონალისგან, ფარმაცევტისგან, სოციალური მუშაკისგან, ფიზიკური თერაპევტისგან, კვების სპეციალისტისა და ახალშობილის განვითარების ექსპერტისგან, რომელმაც შეიძლება დაიწყოს მოვლა საავადმყოფოში ყოფნის დროს და გააგრძელოს გაწერის შემდეგაც. ექთნებმა ხშირად უნდა შეათანხმონ მოვლა მშობლებთან, აუხსნან ან განუმარტონ მოვლისთვის საჭირო ყველა ნიუანსი.

გვიანი ნაადრევი ახალშობილი

34 0/7 და 36 6/7 გესტაციის კვირებში დაბადებულ ახლშობილებს ეწოდებათ გვიანი ნაადრევი ახალშობილი (LPIs), რადგან ისინი საჭიროებენ ბევრ ისეთ რამეს, რაც სჭირდება ნაადრევ ახალშობილს. ისინი უფრო სტაბილურები არიან, ვიდრე ნაადრევი ახალშობილები, მაგრამ ფიზიოლოგიურად და მეტაბოლურად მოუმწიფებლები და აქვთ უფრო მაღალი სიკვდილიანობა და ავადობა სრული ვადით ახალშობილებთან შედარებით. 2005 წელს ქალის ჯანმრთელობის, სამეანო და ნეონატალური ახალშობილების ასოციაციამ წარადგინა მრავალწლიანი გამოცდილებით შემუშავებული, მტკიცებულებებზე დაფუძნებული პრაქტიკული გზამკვლევი გვიანი ნაადრევი ახალშობილის მოვლასთან დაკავშირებით. კვლევების შედეგებმა აჩვენა, რომ გვიანი ნაადრევი ახალშობილების 46% ატარებს მცირე დროს სპეციალურ ზავშვთა თერაპიის განყოფილებაში. მოხდა ნაადრევი ახალშობილების გამოკვლევა შემდეგ მდგომარეობებზე: ჰიპოთერმია, ჰიპოგლიკემია, კვებაზე სირთულეები, ჰიპერბილირუბინემია, რესპირატორული დისტრესი და/ან სეპტიურობა. მეტი ინფორმაციისთვის იხილეთ www.AWHONN.org.

შემთხვევა და ეტიოლოგია

2011 წელს საერთო მშობიარობიდან გვიანი ნაადრევი მშობიარობათა რიცხვი შეადგენდა 8.28%-ს.

გვიანი ნაადრევი მშობიარობის ხელშემწყობი ფაქტორებია: არჩევითი და სამედიცინო ჩვენებით ინდუქცია და საკეისრო კვეთა, ნაადრევი მშობიარობა, სანაყოფე გარსების ნაადრევი დარღვევა, პრეეკლამფსია, მრავალნაყოფიანი ორსულობა, სიმსუქნე, დამხმარე რეპროდუქციული ტექნოლოგია, დედის ასაკი და მშობიარობამდე გესტაციის ვადის არაზუსტი შეფასება.

გვიანი ნაადრევი ახალშობილის მახასიათებლები

იქიდან გამომდინარე, რომ ნაადრევი ახალშობილი ხშირად ჰგავს სრული ვადის ახალშობილს, შეიძლება ვიზუალურად ვერ მოხერხდეს მათი ნაადრევ ახალშობილად აღქმა. თუმცა, ფიზიოლოგიურად მოუმწიფებლები არიან. იმყოფებიან რესპირატორული დაავადებების, ტემპერატურის შენარჩუნების პრობლემების, ჰიპოგლიკემიის, ჰიპერბილირუბინემიის, კვებითი პრობლემების, აციდოზისა და ინფექციის (როგორიცაა რესპირატორული სინციტიალური ვირუსი) გაზრდილი რისკის ქვეშ მათი მოუმწიფებლობის გამო. ასევე აქვთ ნევროლოგიური განვითარების, კოგნიტური და ქცევითი პრობლემების მაღალი რისკი. ხშირია მათი გადაყვანის შემთხვევები ახალშობილთა ინტენსიური თერაპიის განყოფილებაში და არიან რეჰოსპიტალიზაციის გაზრდილი რისკის ქვეშ.

თერაპიული მართვა

არსებული პრობლემების მიხედვით თერაპიული მართვა განსხვავებულია. ბევრი ჩარევა თითქმის იგივეა, რაც ნაადრევი ახალშობილისთვის, რომელიც განხილულია ამ თავში.

პაციენტის მოვლასთან ასოცირებული მსჯელობა

შეფასება და ზრუნვა

გვიან ნაადრევ ახალშობილს ესაჭიროება იგივე მოვლა, რაც სრული ვადით ახალშობილს, თუმცა საავადმყოფოში ყოფნის დროს სჭირდებათ შედარებით უფრო ხშირი მონიტორინგი. ბევრ ასპექტში ახალშობილთა ზრუნვა იგივეა, როგორც ნაადრევი ახალშობილებისა.

თერმორეგულაცია

დასტაბილურების შემდეგ, ნორმალურ ახალშობილებს პერიოდულად უმოწმებენ ტემპერატურას. გვიან ნაადრევ ახალშობილებს ზოგჯერ უვითარდებათ სტრესი (დაბალი ტემპერატურა), რომელიც არ შეინიშნება, სანამ მორიგი სასიცოცხლო ნიშნების შეფასების დროს არ გამოიკვეთება საყურადღებო ნიშნები. ამიტომ, ექთნები უფრო ფხიზლად უნდა იყვნენ თერმული არა-

სტაბილურობის გამოვლენის შემთხვევაში. ტემპერატურა, ისევე როგორც სხვა სასიცოცხლო ნიშნები, უნდა შემოწმდეს ყოველი 3-4 საათში ერთხელ პირველ 24 საათში და შემდეგ დაწესებულების შიდა პროტოკოლის მიხედვით. კანით კანზე კონტაქტი ახალშობილებსა და მათ დედებს შორის უნარჩუნებს ახალშობილს ტემპერატურას. თუ ახალშობილს არ შეუძლია ნორმალური ტემპერატურის შენარჩუნება, შეიძლება გამოვიყენოთ გამათბობელი ან ინკუბატორი.

კვება

გვიან ნაადრევ ახალშობილებს შეიძლება არ ჰქონდეთ ჩამოყალიბებული წოვისა და ყლაპვის რეფლექსი, აქვთ შედარებით ხანმოკლე სიფხიზლის პერიოდები და შეიძლება ჩაეძინოთ კვების განმავლობაში, სანამ დანაყრდებიან. ძუძუთი კვების დროს აქვთ სარძევე ჯირკვალზე მოჭიდების პრობლემა. დაქვეითებული ტონუსი და წოვის რეფლექსის სისუსტე ამცირებს კვების დროს მიღებული რძის რაოდენობას. მათ აქვთ კალორიებზე გაზრდილი მოთხოვნილება და უნდა იკვებონ ყოველ 2-3 საათში ერთხელ.

კვების პრობლემები ხშირია და ექთნებმა უნდა შეაფასონ თითოეული კვების პროცესი: ყლაპვა ხდება თუ არა. მეძუძურ დედებს სჭირდებათ სპეციალური დახმარება, რათა დარწმუნდნენ, რომ მათი ახალშობილი კარგად იკვებება. შარდისა და განავლის გამოყოფის მონიტორინგი წარმოადგენს საკმარისი სითხისა და საკვების მიღების ინდიკატორს. ძუძუთი კვების შეფასება უნდა მოხდეს სულ მცირე დღეში ორჯერ. გვიანი ნაადრევი ახალშობილი ჰიპოგლიკემიის გაზრდილი რისკის ქვეშ იმყოფება და ამიტომ, სისხლის გლუკოზის გაზომვა უნდა მოხდეს საავადმყოფოს პროტოკოლის მიხედვით, განსაკუთრებით პირველი 24 საათის განმავლობაში.

დოკუმენტირება იმისა, რომ ძუძუთი კვება ფასდება სულ მცირე დღეში ორჯერ, საკმაოდ მნიშვნელოვანია. დამატებითი კვება ბოთლით, კუჭის ზონდით ან დამატებითი მოვლის სისტემით შეიძლება საჭირო გახდეს, თუ ახალშობილის წონის კლება უფრო მეტია, ვიდრე 10% ან მეტია ფიდრე 3% ერთი დღის განმავლობაში. ძუძუთი კვებასთან ასოცირებული პრობლემებისთვის გვიანი ნაადრევი ახალშობილი არის უფრო დიდი რისკის ქვეშ დროულ ახალშობილითან შედარებით, ამიტომ მოვლაში უნდა ჩაერთოს ლაქტაციის კონსულტანტი.

გაწერა

გვიანი ნაადრევი ახალშობილის გაწერა ხდება იმავე ვადაში, როგორც სრული ვადით ახალშობილების. მათ გაწერა არ უნდა მოხდეს დაბადებიდან 48 საათზე ადრე. ბილირუბინის დონე უნდა შეფასდეს გაწერამდე.

სწავლება

ახალშობილი უნდა მოთავსდეს სითბოში, უნდა მოვარიდოთ სითხეებს და შევახვიოთ ერთზე მეტი ფენით, ვიდრე მოზრდილი ადამიანი. გვიანი ნაადრევი ახალშობილები არიან ზედმეტი გაღიზიანების მიმართ უფრო მგრძნობიარეები. ეს შეიძლება მოხდეს თუნდაც მაშინ, როცა მშობლებს მიყავთ სახლში, სადაც ბევრი სხვადასხვა გამღიზიანებელია. ექთანმა უნდა განუმარტოს ზედმეტი გაღიზიანების ნიშნები და ასწავლოს როგორ მოახდინოს მისი შემცირება.

მშობლებს უნდა ვასწავლოთ მიაქციონ ყურადღება ისეთ ნიშნებს, როგორიცაა სიყვითლე ან დეჰიდრაცია და რა უნდა მოიმოქმედონ მათი განვითარების დროს. რადგან ზოგიერთი პრობლემა შეიძლება არ იყოს შესამჩნევი გაწერის დროს, გვიანი ნაადრევ ახალშობილებს უნდა ჰქონდეთ მომდევნო ვიზიტი ექიმთან გაწერიდან 24- 72 საათის განმავლობაში.

ნაადრევი ახალშობილი

ნაადრევი ახალშობილი (ასევე მოუმწიფებელი ახალშობილი) იბადება 38 კვირის გესტაციამდე. სიტყვა ნაადრევი ხშირად ეშლებათ ტერმინში მცირე ზომის ნაყოფი (LBW), რომელიც ეხება ახალშობილებს წონით 2500გ ან უფრო ნაკლები დაბადებისას, მიუხედავად გესტაციური ვადისა. ძალიან მცირე ზომის ახალშობილი (ELBW), ახალშობილები წონით 1000 გ ან უფრო მცირე დაბადებისას. ასევე უმეტესობა ახალშობილები არიან ნაადრევი, ზოგი - სრული ვადით,

მაგრამ ვერ დაასრულეს ნორმალურად გაზრდა საშვილოსნოსშიდა პერიოდში, ეს არის მდგომარეობა, რასაც ეწოდება ნაყოფის ზრდაში შეფერხება (FGR) .

შემთხვევა და ეტიოლოგია

პრობლემის მასშტაბურობა

ტექნოლოგიების განვითარებამ მცირე წონიანი ახალშობილების გადარჩენა შესაძლებელი გახადა. დაავადებები, რომელიც დაკავშირებულია ნაყოფის მცირე გესტაციასა და მცირე წონასთან, ახალშობილთა სიკვდილიანობის მეორე წამყვანი მიზეზია. ახალშობილის სიკვდილიანობა და ავადობა იზრდება გესტაციის ასაკის კლებასთან ერთად.

მიზეზები

ნაადრევი მშობიარობის ზუსტი მიზეზები უცნობია. თუმცა, ორსულობაში არსებული ნებისმიერი რისკ-ფაქტორი შესაძლოა აღმოჩნდეს სავარაუდო მიზეზი.

პრევენცია

ნაადრევი მშობიარობის პრევენცია ნაწილობრივ შესაძლებელია ადეკვატური ანტენატალური მოვლის უზრუნველყოფით, რა დროსაც ადრეულ ეტაპზე ხდება რისკ-ფაქტორების იდენტიფიცირება და მკურნალობა. ორსულმა უნდა იცოდეს ნაადრევი მშობიარობის ნიშნები, რათა დროულად მიმართოს დაწესებულებას, სანამ სამშობიარო აქტივობის შეჩერება შესაძლებელია.

ნაადრევი ახალშობილის მახასიათებლები

ნაადრევი ახალშობილის მახასიათებლები განსხვავდება და დამოკიდებულია გესტაციის ასაკზე. მაგალითად, ახალშობილის გარეგნული მხარე და პრობლემები, რომელიც დაბადებულია გესტაციის 34-ე კვირას, განსხვავადება ახალშობილისგან, რომელიც დაიბადა გესტაციის 26-ე კვირას. თუმცა, ზოგიერთი მახასიათებელი ერთი და იგივეა ყველა ნაადრევი ახალშობილისთვის.

გარეგნული მხარე

ნაადრევი ახალშობილი ხშირად გამოიყურება მყიფედ და სუსტად, აქვს ნაკლებად განვითარებული მომხრელი კუნთები და კუნთის ტონუსი სრული ვადის ახალშობილთან შედარებით. კიდურებში აქვთ სიკოჭლე, მცირედ ან საერთოდ არ აქვთ გამოხატული მოძრაობისას წინააღმდეგობის გაწევის უნარი. ნაადრევი ახალშობილი ხშირად წევს გადაშლილ პოზიციაში, ახალშობილის თავი შედარებით დიდი ზომისაა მის დანარჩენ სხეულთან.

ნაადრევ ახალშობილს სუსტად აქვს განვითარებული კანქვეშა ან თეთრი ცხიმი, რაც მათ თხელ კანს აჩენს როგორც წითელსა და გამჭირვალეს, სისხლძარღვების კარგად ხილვადობით. სარძევე ჯირკვლის თავები და არეოლა ძნელად შესამჩნევია, პირველადი თეთრი ნაცხი და ლანუგო ჭარბი რაოდენობითაა. პლანტალური (ლანჩის) ნაკეცი 32 კვირის გესტაციაზე ნაკლები ვადის ახალშობილებში გამოხატული არაა.

ყურის ნიჟარა ბრტყელი და რბილია, შედგება მცირე ხრტილისგან. მათ არ აქვთ ყურის ნიჟარის ისეთი მომრგვალო შესახედაობა, როგორც სრული ვადით ახალშობილებს. მდედრობით ახალშობილებში კლიტორი და მცირე სასირცხო ბაგეები გამოიყურება უფრო დიდად და არ არის დაფარული პატარა, განცალკევებული დიდი სასირცხო ბაგეებით. მამრობით ახალშობილებს შეიძლება ჰქონდეთ ჩამოუსვლელი სათესლე ჯირკვლები მცირე, გლუვი სათესლე პარკით.

ქცევა

ნაადრევი ახალშობილის ქცევა დამოკიდებულია გესტაციურ ასაკზე და განსხვავდება სრული ვადის ახალშობილისგან, სტრესის გამო, რომელსაც უნდა გაუძლოს მოუმზადებლად, საშვილოსნოს გარე ცხოვრებაში. ნაადრევ ახალშობილს შეიძლება ჰქონდეს მომხრელების რთული

განვითარება და სჭირდებოდეს ზედმეტი ენერგია კუნთების ტონუსის შესანარჩუნებლად. ისინი ადვილად იღლებიან ხმაურითა და რუტინული აქტივობებით. მათი საპასუხო რეაქციები განსხვავდება შემცირებული ოქსიგენაციის დონისა და სტრესთან დაკავშირებული ქცევითი ცვლილებებით. ტირილი შეიძლება იყოს სუსტი.

ზოგადი პრობლემების შეფასება და მოვლა

რადგან ნაადრევი ახალშობილი არის “დაუსრულებელი” თავის ზრდა-განვითარებაში, მიდრეკილები არიან პრობლემებისკენ, რომელიც ეხება ყველა სისტემას.

სუნთქვის პრობლემები

სასუნთქი გზების პრობლემები უმთავრესი საყურადღებო გარემოებაა, რადგან ნაადრევ ახალშობილებს აქვთ მოუმწიფებელი ფილტვები, მაგრამ უნდა გაიარონ იგივე პროცესები, როგორც სრული ვადით ახალშობილმა, რომ დაიწყონ სუნთქვა. საკმარისი რაოდენობის სურფაქტანტის არსებობა ყველაზე მნიშვნელოვანია. სურფაქტანტი ამცირებს ზედაპირულ დაჭიმულობას ალვეოლებში და იცავს მათ ჩაფუშვისგან ამოსუნთქვის დროს. ის საშუალებას აძლევს ფილტვებს, რომ გაიბეროს უფრო დაბალი უარყოფითი წნევით. ახალშობილები, რომლებიც საკმარისი რაოდენობის სურფაქტანტის წარმოქმნამდე იბადებიან, ემართებათ რესპირატორული დისტრეს სინდრომი (RDS). დამატებით, ნაადრევ ახალშობილებს აქვთ ცუდად გამოხატული ხველების რეფლექსი და ვიწრო სასუნთქი გზები, რაც ზრდის სუნთქვითი სიძნელეების რისკს.

შეფასება

ახალშობილის სუნთქვით სტატუსზე დაკვირვება უნდა მიმდინარეობდეს უწყვეტად. რაც გულისხმობს ფილტვებზე დაკვირვებას, დამატებით სუნთქვით ხმებზე ან სუნთქვითი ხმიანობის არარსებობაზე ზოგიერთ ლოკაციაზე.

ექთანმა უნდა განასხვავოს პერიოდული სუნთქვა სუნთქვის სრულად შეკავებისგან. პერიოდული სუნთქვა არის სუნთქვის შეკავება 5-10 წამის განმავლობაში სხვა ცვლილებების გარეშე, რასაც მოყვება 10-15 წამი ჩქარი სუნთქვა. კანის შეფერილობაში ან გულის რიტმის სიხშირის ცვლილებები არ ხდება. ასევე, პერიოდული სუნთქვითი ცვლილებები ხანდახან ხდება სრული ვადით ახალშობილში, ხოლო ნაადრევ ახალშობილებში კი- გაცილებით უფრო ხშირად.

აპნოეს პერიოდები შედგება სუნთქვის არ არსებობისგან, რომელიც გრძელდება 20 წამზე მეტი ან ნაკლები დროით და თან ახლავს ციანოზი, სიფერმკრთალე, ბრადიკარდია ან ჰიპოტონია. აპნოეს პერიოდები მით უფრო ხშირია ნაადრევ ახალშობილებში, რაც უფრო მცირეა გესტაციური ასაკი. აპნოეს, აშკარა მიზეზის გარეშე ნაადრევ ახალშობილებში ეწოდება იდიოპათიური აპნოე ან მოუმწიფებლობის აპნოე და, ზოგადად, უმჯობესდება ახალშობილის მომწიფებასთან ერთად. სუნთქვითი მოძრაობის შეწყვეტები შეიძლება მოხდეს სუნთქვის ჩვეულებრივ პერიოდებთან ერთად და ახალშობილს შეიძლება დასჭირდეს ნაზი შეხებით სტიმულაცია, ნიღბით სტიმულაცია, მედიკამენტები ან უწყვეტი დადებითი სასუნთქი გზების წნევა. აპნოე შეიძლება დაკავშირებული იყოს სხვა მდგომარეობებთან.

ექთანი აკვირდება იმ ძალისხმევას, რაც საჭიროა სუნთქვისთვის, რეტრაქციის ადგილსა და სიმძიმეს. რეტრაქცია განსაკუთრებით შესამჩნევია ნაადრევ ახალშობილებში, რადგან მათი სუსტი გულმკერდის კედელი ძალიან მოქნილია, რაც ხელს უშლის ფილტვების სრულ გაშლას.

სტერტოროზული სუნთქვა (სუნთქვა ხიხინით) შეიძლება იყოს რესპირატორული დისტრეს სინდრომის ადრეული ნიშანი. ის ხურავს ყიას (ხორხის ხვრელს) და ზრდის წნევას ალვეოლაში, რაც საშუალებას აძლევს ალვეოლებს იყოს ნახევრად ღია ამოსუნთქვის დროს და გაზარდოს ჟანგბადის ათვისება.

პაციენტის მოვლასთან ასოცირებული ჩარევა

ჩარევა ფოკუსირდება გუნდის სხვა წევრებთან ერთად, რესპირატორული თერაპევტის ჩართულობით, ტექნიკური მოწყობილობის სამართავად და სეკრეტის დროულად მოსაშორებლად.

სუნთქვით მოწყობილობაზე მუშაობა

ჟანგბადის დეფლექტორები ხშირად გამოიყენება ახალშობილებისთვის, რომლებსაც შე-უძლიათ დამოუკიდებლად სუნთქვა, მაგრამ სჭირდებათ უფრო მეტი ჟანგბადი. დეფლექტორი არის პლასტმასის გუმბათისებრი ფორმის მოწყობილობა, რომელიც ერგება ახალშობილის თავს ან თავსა და სხეულის ზედა ნაწილს. ახალშობილი სუნთქავს მაღალი დონის შემცველობის ჟანგ-ბადს დეფლექტორში და მოწყობილობა ხელს არ უშლის ახალშობილის სხეულის სხვა ნაწილებ-თან მიდგომასა და მოვლას (სურათი 14-2).

სურათი 14- 2, ჟანგბადის თავსახურავი არის ერთერთი საშუალება ჟანგბადის მიწოდების ახალშობილისთვის, რომელიც დაუხმარებლად სუნთქავს

ჟანგბადი ასევე მიეწოდება ცხვირის კანულით ახალშობილს, რომელიც სუნთქავს კარგად, დამოუკიდებლად. გამოწერის შემდეგ, სახლში, ბევრი ნაადრევი ახალშობილი აგრძელებს ჟანგ-ბადის მიღებას ცხვირის კანულის მეშვეობით. ჟანგბადი უნდა გავათბოთ, რომ შევინარჩუნოთ სხეულის ტემპერატურა და დავატენიანოთ უხილავი წყლის კარგვის პრევენციისათვის.

უწყვეტი დადებითი სასუნთქი გზების წნევა (CPAP) იძლევა საშუალებას შევინარჩუნოთ ალვეოლები ღია მდგომარეობაში და გავაუმჯობესოთ ფილტვების გაშლა. CPAP შეიძლება მი-ვაწოდოთ ცხვირის კბილაკებით, ნიღბით და ენდოტრაქეალური მილით. ახალშობილს შეიძლება დასჭირდეს ჩვეულებრივი მექანიკური ვენტილაცია, როცა სუნთქვითი უკმარისობა, მძიმე აპ-ნოე, ბრადიკარდია და სხვა მდგომარეობებია გამოხატული. მაღალი-სიხშირის ვენტილაცია გა-მოიყენება მაშინ, როცა საჭიროა ძალიან ჩქარი სუნთქვა ნაკლები წნევითა და მოცულობით. ეს ეხმარება ფილტვის დაზიანების შემცირებას წნევისა(ბაროტრავმა) და მოცულობისგან (ვოლუ-ტრამვა).

როცა ხდება ჟანგბადის მიწოდება, საჭიროა ჟანგბადის დონის მონიტორინგი ახალშობილის სისხლში. ჟანგბადის დონის შემოწმებისთვის უნდა ავიღოთ არტერიული სისხლი. შეიძლება ასევე გამოვიყენოთ პულსოქსიმეტრი. ეს მეთოდი არის ნაკლებად ინვაზიური და კანზე მიმა-გრებული სენსორებით უზრუნველყოფს ჟანგბადის პარციალური წნევის (Po2) უწყვეტ ინფო-რმაციას. ექთნები და რესპირატორული თერაპევტები აკეთებენ ჟანგბადის ტიტრაციას, რაც დამოკიდებულია პულსოქსიმეტრზე ან არტერიული ჟანგბადის დონეზე, დაწესებული რეგულა-ციის მიხედვით.

ექთანი უნდა დააკვირდეს ახალშობილის გაზრდილ ან შემცირებულ დამოკიდებულებას სუ-ნთქვის დამხმარე მოწყობილობებსა და ჟანგბადის საჭიროებაზე ისეთი აქტივობების დროს, როგორიცაა ხელში დაჭერა, კვება და გადასაფარებლების გამოცვლა. ხელში დაჭერამ, კვებამ და თეთრეულების გამოცვლამ შეიძლება გაზარდოს ჟანგბადის საჭიროება. ესეთი აქტივობების დროს შეიძლება საჭირო გახდეს მოწყობილობის პარამეტრების ცვლილება.

ახალშობილის პოზიციონირება

გვერდზე წოლა და მუცელზე წოლა აჩქარებს სუნთქვითი სეკრეციის დრენაჟს და რეგურგიტაციას უკეთებს საკვებს. მუცელზე და გვერდზე წოლითი პოზიცია არ არის რეკომენდებული სრული ვადით ახალშობილისთვის, რადგან ის დაკავშირებულია ახალშობილის უცაბედი სიკვდილის სინდრომის (SIDS) გაზრდილ შემთხვევებთან. ნაადრევ ახალშობილებში, ზემოთ ჩამოთვლილის გათვალისწინებით, მუცელზე წოლა ზრდის ოქსიგენაციას, აძლიერებს რესპირატორულ კონტროლს, აუმჯობესებს ფილტვების მექანიკურ ფუნქციას და მოცულობას და ამცირებს ენერგიის დანახარჯს. მშობლებს უნდა ავუხსნათ მუცელზე წოლის მიზეზი.

ახალშობილის გულაღმა ძილი იწყება, როგორც კი შეუძლია ამის გაძლება და ასევე გაწერამდე, ასე რომ ახალშობილი მიეჩვევა ზურგზე წოლას სახლში გაწერამდე. ზურგზე წოლა შეიძლება გამოვიყენოთ დაახლოებით 32 კვირის გესტაციის ვადის ახალშობილებში. გაწერამდე მშობლებს უნდა ვასწავლოთ ზურგზე წოლის მნიშვნელობა, ახალშობილის უცაბედი სიკვდილის სინდრომის პრევენციისათვის. მნიშვნელოვანია ექთნებმა აჩვენონ მშობლებს ახალშობილის უცაბედი სიკვდილის სინდრომის პრევენციის მეთოდები, ახალშობილის მოთავსებით ზურგით პოზიციაზე. რადგან მშობლები უკეთ გაიმეორებენ იმას, რასაც დაინახავენ როცა ექთნები უვლიან ახალშობილს საავადმყოფოში.

სეკრეტის ამოტუმბვა

სუსტი ხველის რეფლექსი ან სრულად არ არსებობა და ძალიან მცირე სასუნთქი გზები ნაადრევი ახალშობილის სასუნთ გზებს ხდის მეტად მიდრეკილს ლორწოთი დახშობის მიმართ. ექთანი ამოწმებს ამოსაქაჩ მოწყობილობას თითოეული ცვლის დასაწყისში, რათა დარწმუნდეს, რომ ის ყოველთვის ხელმისაწვდომია და სწორად ფუნქციონირებს.

ახალშობილის სეკრეტის ამოქაჩვა ხდება მხოლოდ მაშინ, როცა საჭიროა. ამოქაჩვა უნდა მოხდეს ნაზად, თხელი ლორწოვანი მემბრანების ტრავმირების თავიდან ასაცილებლად. ტრავმამ შეიძლება გამოიწვიოს შეშუპება, სასუნთქი გზების ზომის კიდევ უფრო შემცირება და უფრო მეტი სუნთქვითი გართულებების გამოწვევა. ამოქაჩვის დროს შესაძლოა მოხდეს მიკროორგანიზმებით დაბინძურება და ოქსიგენაციის შემცირება. პროცედურა იწვევს გულისცემის სიხშირის, სისხლის წნევისა და თავის ტვინის სისხლის დინების ცვლილებებს. ამოქაჩვა უნდა გაგრძელდეს მხოლოდ 5 - 10 წამი ერთ ჯერზე და უნდა მოხდეს გაზრდილი ჟანგბადით უზრუნველყოფა ყოველი ამოქაჩვის მცდელობამდე და მის შემდეგ. პირის ამოტუმბვა ხდება ცხვირის ამოტუმბვამდე, რადგან ნესტოების სტიმულაცია იწვევს რეფლექსურ ჩასუნთქვას, რაც გამოიწვევს ახალშობილის პირში სითხეების ასპირაციას. მოსვენებითი პერიოდი უნდა იყოს სეკრეტის ამოქაჩვის შემდეგ.

ჰიდრაციის შენარჩუნება

საკმარისი ჰიდრაცია აუცილებელია, რათა მოხდეს თხელი სეკრეტის შენარჩუნება ისე რომ, მისი მოშორება შესაძლებელი იყოს დრენაჟით ან ამოტუმბვით. როცა ახალშობილი დეჰიდრატირებულია, სეკრეტი ხდება სქელი და ბლანტი, რამაც შეიძლება გამოიწვიოს მცირე სასუნთქი გზების დახშობა.

სითხის მიღების გაზრდა უნდა მოხდეს ექიმის დანიშნულების მიხედვით, თუ სეკრეცია გვაჩვენებს თუნდაც მინიმალურ დეჰიდრაციას.

თერმორეგულაციის პრობლემები

სითბოს კარგვა, თერმორეგულაციის პრობლემა, მნიშვნელოვანია არა მხოლოდ ნაადრევ ახალშობილებში, არამედ სრული ვადის ახალშობილისთვის კი. ნაადრევ ახალშობილთა კანი თხელია, სისხლძარღვები ზედაპირთან ახლოსაა და მცირეა კანქვეშა თეთრი ცხიმი თბოიზოლაციისთვის. შედეგად, სითბოს კარგვა სწრაფად ხდება. ნაადრევი ახალშობილის უფრო მცირე

დროით ყოფნა საშვილოსნოში, იწვევს ნაკლები ყავისფერი ცხიმის დაგროვებას მშობიარობამდე, რაც ასუსტებს ახალშობილის შესაძლებლობას წარმოქმნას სითბო.

სითბოს კარგვით გამოწვეული გართულებები, რაც შესაძლებელია განვითარდეს ნაადრევ ახალშობილში, შემდეგია: ჰიპოგლიკემია, სუნთქვითი პრობლემები, მეტაბოლური აციდოზი, პულმონალური ვაზოკონსტრიკცია, სურფაქტანტის წარმოქმნის დარღვევა და სუნთქვითი სისტემის სხვა სირთულეები. დამატებით, სითბოს წარმოქნისთვის გამოყენებული კალორიები არ არის საკმარისი ზრდისა და წონის მატებისთვის.

შეფასება

ახალშობილის ტემპერატურა მონიტორდება უწყვეტად, მუცლის კანზე მოწყობილობის მიმაგრებით, რომელიც, თავის მხრივ, მიმაგრებულია სითბოს მაკონტროლებელ მექანიზმზე (გამათბობელი ან ინკუბატორი). მუცლის კანის ტემპერატურა ხშირად ნარჩუნდება 36^0 C- 36.5^0 C-მდე. ახალშობილის ტემპერატურა, როგორც ნაჩვენებია მონიტორზე, უნდა ჩავიწეროთ ყოველ 30 - 60 წუთში თავდაპირველად და ყოველი 1 -3 საათში ერთხელ, როცა ახალშობილი სტაბილურადაა. იღლიის ტემპერატურა უნდა შევადაროთ სითბოს მაკონტროლებლის ჩანაწერებს, რათა დავრწმუნდეთ, რომ მოწყობილობა ფუნქციონირებს სწორად.

იღლიის ტემპერატურა ნაადრევი ახალშობილისთვის არის 36.3 ^{0}C- 36.9 ^{0}C-მდე, ოდნაც დაბალი, ვიდრე სრული ვადის ახალშობილის ტემპერატურა. თუ ახალშობილმა დააგროვა ყავისფერი ცხიმი, კანის ტემპერატურამ შეიძლება მიანიშნოს რომ გამოყენებულია სითბო ყავისფერი ცხიმიდან (იღლიის ადგილიდან), რათა მოხდეს ახალშობილის შიდა ტემპერატურის შენარჩუნება.

არასაკმარისი თერმორეგულაციის მანიშნებლებია: პრობლემური კვება ან კვების მიმართ აუტანლობა ახალშობილში, რომელსაც ადრე ჰქონდა მცირე სიძნელეები; აღგზნებადობა, ლეთარგია, კუნთების ცუდი ტონუსი, ცივი და აჭრელებული კანი (სურათი 14-3).

სურათი 14-3, ამ ახალშობილს აქვს აჭრელებული კანი და მცირედი მუცლის გადაბერვა და რეტრაქცია

ზოგჯერ ჰიპოგლიკემია და რესპირატორული დისტრესი პირველი ნიშანია იმისა, რომ ახალშობილის ტემპერატურა დაბალია. რადგან ტემპერატურის არასტაბილურობა შეიძლება იყოს ინფექციის ადრეული ნიშანი, ექთანმა უნდა შეაფასოს ინფექციის სხვა ნიშნებიც.

პაციენტის მოვლაში ჩარევა

სითბოს შენარჩუნება ნაადრევ ახალშობილებში შეიცავს იმავე საბაზისო მოვლის პრინციპებს, როგორც სრული ვადის ახალშობილისთვის. მიუხედავათ ამისა, ეს პრინციპები უნდა მოერგოს ნაადრევი ახალშობილის მოთხოვნებს.

კრიტიკულად მნიშვნელოვანი ინფორმაცია
არასაკმარისი თერმორეგულაციის ნიშნები
იღლიის ტემპერატურა(<36.3 0 C ან > 36.90 C); მუცლის კანის ტემპერატურა (<360 C ან >36.5 0 C); ცუდი კვება ან კვების აუტანლობა; აღგზნებადობა, რომელიც ლეთარგიის შემდეგ ვითარდება; სუსტი ტირილი ან წოვა; კუნთების შემცირებული ტონუსი; ცივი კანი; აჭრელებული, ფერმკრთალი ან აკროციანოზური კანი; ჰიპოგლიკემიის ნიშანი; სუნთქვის გაძნელების სირთულეები; წონაში ცუდი მატება.

ნეიტრალური თერმული გარემოს შენარჩუნება

ახალშობილის სხეულის ტემპერატურის შენარჩუნებისათვის მნიშვნელოვანია ნეიტრალური თერმული გარემოს შენარჩუნება ჟანგბადზე გაზრდილი მოთხოვნის პრევენციისათვის. ნეიტრალური თერმული გარემო განსხვავდება გესტაციური ასაკის მიხედვით. არსებობს სპეციალური ცხრილები, რომელიც განსაზღვრავს ნეიტრალურ თერმულ ტემპერატურას გესტაციური ასაკის მიხედვით.

მშობიარობის დროს მნიშვნელოვანია სამშობიარო ოთახის გათბობა, ახალშობილის სითბოს დანაკარგის პრევენციისათვის. მშობიარობისთანავე, ახალშობილის დაბადებისთანავე, უნდა მოხდეს ახალშობილის გამშრალება და ახალშობილის მოთავსება დედის მუცელზე ან მანამდე გამთბარ გამათბობელზე. 29 კვირაზე ნაკლები ვადის ახალშობილი გამშრალებამდე მოათავსეთ სპეციალური პოლიეთილენის პარკში და შეახვიეთ ისე, რომ ფარავდეს სხეულს მხრებიდან ბოლომდე.

სამშობიარო ოთახის გათბობა აუცილებელია, რათა შემცირდეს სითბოს დანაკარგი მშობიარობის დროს. დაბადებიდან მალევე ხდება ახალშობილის გამშრალება და მოთავსება დედის მუცელზე ან მანამდე გამთბარ გამათბობელზე მოსავლელად. ამ გზით ხდება სითბოს კარგვის პრევენცია ევაპორაციის გზით თავდაპირველი მკურნალობის დაწყებამდე და ახალშობილთა ინტენსიური თერაპიის განყოფილებაში გადაყვანამდე. ის ასევე ამცირებს შეუმჩნეველი სითხის კარგვას.

რადგან დღენაკლი ახალშობილები სითბოს წარმოქმნიან ნაკლებად აქტიურად და კარგავენ უფრო მეტ სითბოს, ვიდრე უფრო დიდი ზომის ან უფრო დიდი ასაკის ახალშობილები, ამიტომ უფრო მცირე ზომის ან ნაკლებად მომწიფებულ ახალშობილებს სჭირდებათ მეტი სითბო, რომ შეინარჩუნონ სხეულის ტემპერატურა. გამათბობლები და ინკუბატორები გამოიყენება სხეულის ნორმალური ტემპერატურის შესანარჩუნებლად სანამ ახალშობილი თვითონ შეძლებს სხეულის ნორმალური ტემპერატურის შენარჩუნებას.

ახალშობილებს, რომლებსაც სჭირდებათ ბევრი პროცედურა, სასურველია ეს განხორციელდეს ღია გამათბობლის ადგილებში, რაც ახალშობილთან მარტივად წვდომის საშუალებას იძლევა. თუმცა, ჩაუცმელი ბავშვის გარშემო ჰაერის ნაკადმა შეიძლება გამოიწვიოს სითბოს კარგვა კონვექციის გზით. ახალშობილებმა უნდა მიიღონ მხოლოდ გამთბარი ჟანგბადი, რადგან სახეზე არსებული თერმული რეცეპტორები სენსიტიურია სიცივის მიმართ. ცივმა ჟანგბადმა შეიძლება გამოიწვიოს სიცივის (დაბალი ტემპერატურის) სტრესი.

მოწყობილობა და მომვლელები არ უნდა იყვნენ ახალშობილსა და სითბოს წყაროს შორის. გამათბობელს აქვს ორმაგი კედელი თბოიზოლაციისათვის. გამთბარი ჰაერი, რომელიც ცირკულირებს ინკუბატორის შიგნით, უზრუნველყოფს სითბოს შენარჩუნებას. სასურველია ჰაერი დავატენიანოთ, რათა შევამციროთ სითბოს კარგვის ევაპორაცია და შეუმჩნეველი წყლის კარგვა, განსაკუთრებით ძალიან ნაადრევ ახალშობილებში. ინკუბატორების მოთავსება უნდა მოხდეს ჰაერის კონდიციონერისგან, ფანჯრებისა და იმ საშუალებებისგან შორს, რომელიც ეფექტს ახდენს ინკუბატორის ტემპერატურაზე.

როცა ახალშობილები ინკუბატორში არიან, ექთანმა უნდა უზრუნველყოს, რომ მრგვალი ფანჯრები და კარები იყოს დახურული, რამდენადაც შესაძლებელია. სითბოს მნიშვნელოვანი ნაწილი იკარგება ყოველ ჯერზე, როცა იხსნება ინკუბატორი და საჭიროებს დროს, რომ კვლავ მოხდეს გათბობა. როცა ახალშობილები გამოგვყავს ინკუბატორიდან სხვადასხვა პროცედურის ჩასატარებლად, უნდა შევახვიოთ გამთბარ პლედებში და ქუდი დავახუროთ. ინკუბატორის კარები უნდა დავხუროთ, სანამ ახალშობილი მის გარეთ იმყოფება, რათა მოხდეს შიგნით სითბოს შენარჩუნება. იმ პროცედურებისთვის, რომელსაც ინკუბატორში ვერ გავუკეთებთ, ახალშობილები უნდა მოვათავსოთ გამათბობლის ქვეშ და დავაწვინოთ ზედაპირზე, სადაც თბილი პლედებია დაფენილი. სითბოს ნათურა უზრუნველყოფს სითბოს ალტერნატიულ წყაროს.

ახალშობილებისათვის პრობლემას წარმოადგენს როგორც ტემპერატურის კარგვა, ისე გადაცხელება. გადაცხელება ასევე ზრდის მეტაბოლურ სიჩქარეს: გაზრდილი ჟანგბადით, გლუკოზის საჭიროებით და შეუმჩნეველი წყლის კარგვით. შეტყობინების სიგნალები სულ უნდა იყოს ჩართული, რათა გამოვლინდეს მაღალი და დაბალი ტემპერატურა.

მიუხედავად იმისა, რომ ტემპერატურის რეგულაცია ნაადრევ ახალშობილებში ხშირად უზრუნველყოფილია ინკუბატორებში, სანამ ახალშობილს თავისით შეეძლება საკუთარი ტემპერატურის დარეგულირება, სითბო ასევე გადაეცემათ როცა მშობლებს უჭირავთ ხელში. საკმარისი ტემპერატურა ნარჩუნდება სტაბილურ ახალშობილში, “კენგურუ ზრუნვის” დროს.

ახალშობილის გადმოყვანა ღია საბავშო საწოლში

ახალშობილის გადმოყვანა ღია საბავშვო საწოლში უნდა დავიწყოთ რაც შეიძლება ადრე. როცა ახალშობილი სტაბილურადაა, შეგვიძლია ჩავაცვათ ტანსაცმელი, პამპერსი და ქუდი სანამ ინკუბატორშია. ტანსაცმელი იკავებს ტემპერატურას, ეხმარება ახალშობილს მოერგოს სხვადასხვა ტემპერატურას. ახალშობილები, რომლებიც იწონიან 1500 გრ და იმატებენ მუდმივად წონაში 5 დღის განმავლობაში, არ აქვთ სამედიცინო გართულებები, შეიძლება კვება დავიწყოთ თანდათანობით, გარეგანი სითბოსგან მოშორებით.

ახალშობილთა ინტენსიური თითოეულ თერაპიის განყოფილებას აქვს საკუთარი პროტოკოლი თუ როგორ უნდა განხორციელდეს ინკუბატორიდან გადაყვანის პროცესი. ინკუბატორის ტემპერატურა ხშირად მცირდება თანდათანობით. ხდება კვლავ მომატება, თუ ახალშობილის ტემპერატურა დაეცემა ნორმალურ მაჩვენებელზე ქვემოთ. თუ ტემპერატურა რჩება სტაბილური, პროცესი შეიძლება გაგრძელდეს შემდეგ დღეს.

როცა ახალშობილი მზად არის ღია საბავშვო საწოლში გადასაყვანად, ორმაგი შესახვევი, თბილი პლედები ეხმარება სხეულის ტემპერატურის შენარჩუნებას. საძილე ტომრები (პლედის მატერიით შეკერილი დასაძინებელი და ბოლოში დახურული) ხშირად გამოიყენება, როცა ახალშობილს სძინავს. ტემპერატურის შემოწმება ხდება თანდათანობით, მზარდი ინტერვალებით, სანამ ახალშობილი არ გადავა რუტინულ განრიგზე. პლედის დამატება ხდება დაბალი ტემპერატურის შემთხვევაში, მაგრამ თუ ტემპერატურა არ მოიმატებს ნორმალურამდე, ახალშობილს აბრუნებენ ინკუბატორში.

ღია საბავშვო საწოლში გადაყვანიდან რამდენიმე დღის განმავლობაში ექთნები უნდა დააკვირდნენ ახალშობილებს. არასაკმარის თერმორეგულაციაზე მიგვანიშნებს შემდეგი ნიშნები: შემცირებული წონის მატება ან ჟანგბადის გაზრდილი მოთხოვნა.

სითხისა და ელექტროლიტების ბალანსის პრობლემები

ნაადრევი ახალშობილები სითხეს ძალიან მარტივად კარგავენ და მით მეტია დანაკარგი, რაც მეტია მოუმწიფებლობის ხარისხი. ჩქარი, ხშირი სუნთქვა და ჟანგბადის გამოყენება ზრდის სითხის დანაკარგს ფილტვებიდან. მათ თხელ კანს აქვს მცირე დამცველობითი კანქვეშა თეთრი ცხიმი და უფრო გამტარია, ვიდრე სრული ვადის ახალშობილის კანი. ახალშობილის წონასთან შედარებით სხეულის დიდი ზედაპირის ფართობი და კიდურების მოხრის ნაკლებობა უფრო მეტად ზრდის ტრანსეპიდერმულ წყლის კარგვას. გამათბობლები ზრდის შეუმჩნეველი წყლის კარგვას 40%-50%-ით, ვიდრე ინკუბატორი. ფოტოთერაპიის ნათურებისგან გამოყოფილი სითბო იწვევს კანიდან უფრო მეტი სითხის დაკარგვას.

დაქვეითებულია თირკმლის ფუნქცია, უზრუნველყოს კონცენტრაციულობის გაზრდა და განზავება, რაც იწვევს არამყარ ბალანსს დეჰიდრაციასა და ზედმეტად ჰიდრაციას შორის. დიდია განსხვავებები სითხის მოთხოვნაში, რაც დამოკიდებულია ისეთ განსხვავებზე, როგორიცაა ახალშობილის ზომა, გესტაციის ასაკი, წყლის შეუმჩნეველი კარგვა და სამედიცინო საჭიროებები. ნორმალური შარდის გამოყოფა არის 1-3 მლ/კგ/საათში ნაადრევი ახალშობილისთვის პირველი რამდენიმე დღე. სიცოცხლის 24 საათის შემდეგ, შარდის გამოყოფა ნაკლები ვიდრე 0.5 მლ/კგ/საათში, მიიჩნევა ოლიგურიად.

პრობლემაა ასევე თირკმელების მიერ ელექტროლიტების რეგულაცია. ნაადრევ ახალშობილებს ასევე სჭირდებათ უფრო მეტი ნატრიუმის მიღება, რადგან თირკმელები კარგად ვერ ითვისებს. თუ ისინი მიიღებენ ზედმეტ ნატრიუმს, ამის გამო შეიძლება მათ ველარ შეძლონ გაზარდონ ნატრიუმის ექსკრეცია და, შესაბამისად, მიდრეკილნი არიან ნატრიუმისა და წყლის შეკავების მიმართ.

შეფასება

ექთანი უნდა დააკვირდეს როგორც სითხის დეფიციტს, ისე მის სიჭარბეს. მიღებული და გამოყოფილი სითხის მონიტორინგი მას ეხმარება სითხის ბალანსის განსაზღვრაში. ახალშობილის სითხის მიღება და დაკარგვა ყველა გზით, ზუსტად უნდა იყოს გამოთვლილი. პარენტერალური, კვებითი მილი, მედიკამენტები და ორალური სითხეები ითვლება, როცა სითხის მიღებას ვსაზღვრავთ. სითხის გამოყოფა უნდა განვსაზღვროთ რეგურგიტაციის, სადრენაჟე მილებიდან, განავლიდან და შარდიდან. ექთანმა ასევე უნდა აღნიშნოს აღებული სისხლის რაოდენობა ლაბორატორიული ტესტებისთვის, რადგან დანაკარგი შეიძლება იყოს შესამჩნევი და ახალშობილმა ვერ შეძლოს ახალი სისხლის წარმოქმნა ჩქარი ტემპით.

შარდის გამოყოფა

შარდის გამოყოფის გასაზომად რამდენიმე მეთოდი არსებობს. პლასტიკური ტომრები, რომელიც მიმაგრებულია პერინეუმზე, არ არის გამოსადეგი ნაადრევი ახალშობილისთვის, რადგან ამან შეიძლება დააზიანოს სუსტი კანი. საფენების აწონვა ნაკლებ საზიანო მეთოდია ახალშობილისთვის. გამოყოფილი შარდის რაოდენობის განსაზღვრისათვის მშრალი საფენების წონა აკლდება სველი საფენების წონას. ერთი გრამი (1 გ) უდრის 1 მლ შარდს. თუმცა, დატენიანებამ შეიძლება კიდევ დაამატოს ტენი საფენს. როცა ზუსტი გაზომვა აუცილებელია, ხდება საფენების მორგება ახალშობილზე, ნაცვლად ახალშობილის ქვემოთ მოთავსებისა.

უნდა განისაზღვროს შარდის კუთვნილი მასა, რათა გაირკვეს შარდი კონცენტრირებულია თუ განზავებული. შარდის შეგროვება ხდება თხელი ქსოვილის მოთავსებით პერინეუმზე. შარდის კუთვნილი მასა უნდა მერყეობდეს 1.002 და 1.01-მდე.

წონა

ახალშობილის წონის ცვლილება გვაძლევს მინიშნებას სითხის დაკარგვის ან შეკავების შესახებ. საყურადღებოა როცა ეს ცვლილებები ხდება მოულოდნელად, სწრაფად ან უფრო ღრმაა, ვიდრე ეს მოსალოდნელია. ახალშობილი უნდა ავწონოთ ტანსაცმლის გარეშე, ერთსა და იმავე დროს, ერთი და იგივე სასწორით. ძალიან მცირე ზომის ახალშობილებს ხშირად ათავსებენ სასწოლზე, რომელსაც აქვს სასწორი, ამიტომ ყოველდღიურად აწონვისთვის მათი ზედმეტად შე-

წუხება აღარაა საჭირო. მათი აწონვა შეიძლება მოხდეს 2- 3 ჯერ დღეში, სითხის სტატუსის უფრო ზუსტი მონიტორინგისთვის.

დეჰიდრაციისა და ჰიპერჰიდრაციის ნიშნები

ექთანი უნდა დააკვირდეს ნიშნებს, რომელიც მიანიშნებს თუ რა რაოდენობის სითხე მიიღო ახალშობილმა: მცირე თუ ზედმეტი რაოდენობით. იხილეთ ცხრილი, სადაც ჩამოთვლილია კრიტიკულად მნიშვნელოვანი ნიშნების სია.

კრიტიკულად მნიშვნელოვანი ინფორმაცია
ახალშობილებში სითხის დისბალანსის ნიშნები
დეჰიდრაცია; შარდის გამოყოფა <1 მლ/კგ/სთ; შარდის ხვედრითი წონა >1.01; წონაში კლება, იმაზე მეტი, ვიდრე მოსალოდნელია; მშრალი კანი და ლორწოვანი მემბრანები; დაჩუტული წინა ყიფლიბანდი; ქსოვილის დაქვეითებული ტურგორი; სისხლი: მომატებული ნატრიუმი, ცილა და ჰემატოკრიტის დონე; ჰიპოტენზია;
ზედმეტი ჰიდრაცია; შარდის გამოყოფა > 3 მლ/კგ/სთ; შარდის ხვედრითი წონა < 1.002; შეშუპება; წონაში იმაზე ჭარბი მატება, მეტი ვიდრე მოსალოდნელია; მფეთქავი ყიფლიბანდი; სისხლი: შემცირებული ნატრიუმი, ცილა და ჰემატოკრიტის დონე; სველი ხიხინით სუნთქვა; სუნთქვის სირთულეები;

პაციენტის მოვლასთან ასოცირებული ჩარევები

ექთანმა ფრთხილად უნდა არეგულიროს ინტრავენური (IV) სითხეები ინფუზიის საკონტროლო მოწყობილობით, რომლითაც ხდება სითხის მიწოდება ზუსტ 0.1 მლ/ საათში, რათა მოხდეს სითხის მოცულობის სიჭარბის კონტროლი. IV მედიკამენტების განზავება უნდა მოხდეს იმდენად მცირე სითხეში, რომელიც მნიშვნელოვანია წამლის უსაფრთხო შეყვანისთვის და სითხის ეს ოდენობა უნდა გავითვალისწინოთ, როცა იზომება სითხის მიღება. IV ხაზის დაყენება ახალშობილზე, რომელსაც შესაფერისი ვენები არ აქვს, არის ხანგრძლივი, რთული პროცედურა. აუცილებელია მოვახდინოთ ინფილტრაციის პრევენცია; თუ მოხდება ინფილტრაცია, უნდა გავითვალისწინოთ, რომ ზოგიერთი სითხე იწვევს ზედმეტ დაზიანებას ქსოვილის დაზიანების ხარჯზე.

ინფილტრაციის ნიშნებზე IV გადასხმის ადგილების შემოწმება უნდა მოხდეს სულ მცირე, ყოველი საათში. ბევრ ახალშობილს აქვს ცენტრალური ვენური კათეტერი ან ჭიპლარში ჩადგმული ხაზი, რომელთა შემოწმებაც უნდა მოხდეს ინფექციაზე და ადგილმდებარეობის ცვლილებებზე.

ზოგჯერ საჭიროა სისხლის გადასხმა, რათა მოხდეს იმ სისხლის დანაკარგის ჩანაცვლება, რომელსაც ხშირი ლაბორატორიული ანალიზებისთვის ვიღებთ.

პრობლემები კანზე

ნაადრევ ახალშობილებს აქვთ სუსტი, გამტარი, მარტივად დაზიანებადი კანი. მათ ხშირად სჭირდებათ ენდოტრაქეალური მილები, IV ხაზები, ელექტროდები და სხვა მოწყობილობები, რომელიც უნდა დაფიქსირდეს, მაგრამ სტანდარტული დასაკრობი ლენტის გამოყენება არ შეიძლება, რადგან შეიძლება მარტივად დავაზიანოთ კანი. მოძრობისას წებოვან ლენტს შეიძლება თან აყვეს კანის ეპიდერმული ფენა, რაც იწვევს ტკივილს და წყლის ტრანსდერმალური კარგვის გაძლიერებას, ინფექციების რისკის გაზრდას. კანის დეზინფექციისათვის გამოყენებულმა ზოგიერთმა ნივთიერებამ შეიძლება დააზიანოს სუსტი კანი და ასევე, შესაძლებელია ამ ნივთიერების შეწოვა კანის გზით.

შეფასება

ექთანმა ხშირად უნდა შეაფასოს ახალშობილის კანის მდგომარეობა და აღნიშნოს ნებისმიერი ცვლილება. უნდა აღინიშნოს ასევე, ახალშობილის რეაქცია იმ ნივთიერებების მიმართ, რომელიც გამოიყენება გასუფთავებისა და დეზინფექციისთვის.

პაციენტის მოვლა

AWHONN-ის მიერ შემუშავებულია ახალშობილის კანის მოვლასთან დაკავშირებული, მტკიცებულებებზე დაფუძნებული გზამკვლევი. გამოყენებულია ისეთი მოწყობილობები და მონიტორები, რომელიც იწვევს ქსოვილების ყველაზე მცირე დაზიანებას. კანის დაცვა წებოვანი ლენტებისგან შესაძლებელია სილიკონით გაკეთებული დამცავი თხელი ფენებით. წებოვანი ლენტები უნდა მოვაძროთ ნელა და ნაზად გამოქაჩვით, ჰორიზონტალურად, კანის პარალელურად. წებოვან ლენტსა და კანს შორის სივრცე უნდა დავასველოთ სველი სახვევით ან ფიზიოლოგიურ ხსნარში დასველებული ტამპონით. მინერალური ზეთი, ვაზელინი შეიძლება გამოვიყენოთ სილიკონზე დაფუძნებული დასაწებებლების მოსაცილებლებლად.

ახალშობილთან გამოყენებულ ყველა სადეზინფექციო ნივთიერებას აქვს პოტენციური რისკები. ხშირად გამოიყენება წყალნარევი ქლორჰექსიდინ გლუკონატის ხსნარი. იოდი ნარევმა ხსნარებმა შეიძლება დააზიანოს კანი, ასევე შეიძლება ჰქონდეს ტოქსიური ეფექტი ფარისებრ ჯირკვალზე. ყველა სადეზინფექციო ხსნარი უნდა მოვაშოროთ სტერილური წყლით ან ფიზიოლოგიური ხსნარით. არ უნდა გამოვიყენოთ ალკოჰოლის შემცველი ხსნარები.

ახალშობილის დასაბანად შეიძლება გამოვიყენოთ pH 5.5 - 7-ის მქონე გამწმენდი ხსნარები. ნაადრევ ახალშობილთა ყოველ დღე დაბანა არ შეიძლება. ახალშობილებისთვის, გესტაციის 32 კვირაზე ნაკლებ ასაკში, მშობიარობიდან პირველ კვირაში, დასაბანად უნდა გამოვიყენოთ თბილი წყალი, საპნის გარეშე. სტერილური წყლით დაბანა აუცილებელია არაა, თუ კანის მთლიანობა დარღვეული არაა და გამდინარე წყალი დაბინძურებული არაა. ცილინდრული ფორმის დასაბანები უნდა გამოვიყენოთ მხოლოდ ერთი ბავშვისთვის მთელ იმ პერიოდში, რასაც საავადმყოფოში ატარებს ან კარგად გავასუფთავოთ, თუ სხვა ბავშვისთვისაც გვინდა გამოყენება.

მნიშვნელოვანია დავარეგულიროთ ინკუბატორის ტენიანობა, რომ შევამციროთ სითბოს გამოშრობის ეფექტი. დამატენიანებლებმა შეიძლება შეამციროს ნახეთქები მშრალ კანზე და ტრანსდერმული წყლის კარგვა. აუცილებლად უნდა დავაკვირდეთ ახალშობილის კანს ინფექციის ნიშნებზე.

კანის მთლიანობის დარღვევა შეიძლება მოხდეს ნებისმიერი ძვლოვანი წამონაზარდის გასწვრივ, განსაკუთრებით კი თავზე, რომელსაც აქვს ყველაზე დიდი სხეულის ზედაპირი. ხშირი პოზიციის ცვლილება მნიშვნელოვანია და დამოკიდებულია ახალშობილის შესაძლებლობაზე გაუძლოს ცვლილებებს.

ინფექციის პრობლემები

ნაადრევ ახალშობილებში ინფექციების რისკი არის 3-10-ჯერ უფრო დიდი, ვიდრე სრული ვადით ახალშობილებში. ბევრ ნაადრევ ახალშობილს აქვს სეფსისის ერთი ან მეტი ეპიზოდი საავადმყოფოში ყოფნის დროს.

ფაქტორები, რომელიც განაპირობებს ინფექციის მაღალ სიხშირეს შემდეგია: დედის ინფექციებთან შეხება, საკმარისი პასიური იმუნიტეტის ნაკლებობა, რაც გამოწვეულია იმუნოგლობილი G- არასაკმარისი გადასვლით დედიდან ნაყოფში მესამე ტრიმესტრში და არასაკმარისი საპასუხო რეაქციით ინფექციაზე.

ნაადრევი ახალშობილი ხშირად შეხებაშია ისეთი სიტუაციებთან, რამაც შეიძლება გამოიწვიოს ინფექცია. საავადმყოფოში გახანგრძლივებული ყოფნა ზრდის მიკროორგანიზმებით ინფიცირების შესაძლებლობის რისკს.

ახალშობილებს ხშირად უკეთებენ ინვაზიურ პროცედურებს, როგორიცაა IV ხაზების ჩაყენება და სისხლის ნიმუშების აღება. ინტრავენური თერაპიისთვის ხშირად გამოიყენება პერიფერიულად ჩადგმული ცენტრალური კათეტერი (PICCs). შესაძლოა განვითარდეს კათეტერთან დაკავშირებული სისხლის ინფექციები და ამიტომ საჭიროა განსაკუთრებული მოვლა მათი გამოყენებისას. ახალშობილებს ხშირად აქვთ ცენტრალური ინტრავენური კათეტერი, რომელიც საჭიროებს სტერილურ საფენებს. ყველა საფენის გამოცვლა უნდა მოხდეს მკაცრად გაკონტროლებული სტერილური მეთოდით.

შეფასება

ექთანი, ნებისმიერ დროს, უნდა იყოს მზად სეფსისის ნიშნების გამოსავლენად.

პაციენტის მოვლასთან ასოცირებული ჩარევა

ხელის დაბანა არის ერთ-ერთი ყველაზე მნიშვნელოვანი ასპექტი საავადმყოფოში შეძენილი ინფექციების პრევენციისთვის. პაციენტის მოვლა მოიცავს ახალშობილის კანის დეტალურად გასუფთავებასა და მთლიანობის შენარჩუნებას. მომვლელის ხელზე არსებულმა ნორმალურმა ფლორამ შესაძლოა გამოიწვიოს სეფსისი. ამიტომ, მშობლებმა და ნებისმიერმა პირმა, სანამ ახალშობილს აიყვანენ ხელში, წესების ზედმიწევნით დაცვით უნდა დაიბანონ ხელები. ბევრ განყოფილებაში არანაირი სამკაულის გაკეთება არ არის დაშვებული, მიკროორგანიზმების შესაძლო არსებობის გამო. ოჯახისა და სამედიცინო პერსონალის იმ წევრებთან, ვისაც გადამდები დაავადება აქვთ, უნდა მოხდეს კონტაქტების შეწყვეტა.

მნიშვნელოვანია ინფექციის ნიშნების დროული აღმოჩენა და შესაბამის პირთა ინფორმირება, რათა მკურნალობის დაწყება მოხდეს დაუყოვნებლივ. ექთანი ზუსტად აღნიშნავს ახალშობილის რეაქციებს მკურნალობაზე, რადგან ზოგიერთი მიკროგანიზმი შეიძლება აღმოჩნდეს ანტიბიოტიკებზე რეზისტენტული.

ტკივილის პრობლემები

ახალშობილები, ახალშობილთა ინტენსიური თერაპიის განყოფილებაში გადიან ბევრ მტკივნეულ პროცედურას და მკურნალობას, როგორიცაა ინტუბაცია, ქუსლზე ჩხვლეტა, ვენიდან სისხლის აღება და ამოტუმბვა ყოველ დღე. უფრო პატარა და უფრო ავადმყოფ ახალშობილს სჭირდება მეტი ჩარევა და მეტ ტკივილს განიცდიან ჩატარებული პროცედურების გამო, ვიდრე შედარებით უფრო დიდი ახალშობილები. ერთ დროს მიჩნეული იყო რომ ახალშობილები, განსაკუთრებით ნაადრევნი, ნევროლოგიურად მოუმწიფებლები იყვნენ, რომ ეგრძნოთ ტკივილი. დღეს მიჩნეულია, რომ ნაადრევი ახალშობილები შეიგრძნობენ ტკივილს და ტკივილის სტიმული იწვევს მათში ფიზიოლოგიურ და ქცევით ცვლილებებს.

ტკივილს შეიძლება ჰქონდეს მრავალი ხელისშემშლელი ეფექტი. მაგალითად, ტკივილისაგან გაზრდილი ქალაშიდა წნევა ზრდის ინტრაპარკუჭოვანი ჰემორაგიის რისკს. სხვა რისკები შედგება ჰიპოქსიის, მეტაბოლური სიჩქარის ცვლილების, ნაყოფის ზრდის შეფერხებისა და ჭრი-

ლობის შეხორცების საზიანო ეფექტებისგან. ახალშობილებში სტრესმა და ტკივილმა შეიძლება შეცვალოს ტკივილის ზღურბლი და გამოიწვიოს ნერვული გზების მუდმივი ცვლილებები.

ახალშობილებში ტკივილის გახანგრძლივებული ეფექტი ჯერ არ არის სრულად გარკვეული. შესაძლოა, რომ განმეორებითმა მტკივნეულმა შემთხვევებმა გამოიწვიოს ემოციური, ქცევითი და დასწავლის პრობლემები. ამერიკის პედიატრიის ასოციაცია (AAP), ამერიკის მეან-გინეკოლოგთა კოლეგია (ACOG) და ნეონატალური ექთნების ეროვნული ასოციაცია (NANN) რეკომენდაციას უწევს, რომ მოხდეს ტკივილის რუტინულად შეფასება, მტკივნეული პროცედურები მინიმუმამდე იყოს დაყვანილი და მოხდეს არაფარმაკოლოგიური და ფარმაკოლოგიური თერაპიების გამოყენება ტკივილის პრევენციისათვის, რაც გამოწვეულია მცირე პროცედურებიდან, ასევე, ქირურგიული ჩარევებით და რთული პროცედურებით გამოწვეული ტკივილის ელიმინაციისათვის.

შეფასება

რადგან ტკივილი არის მეხუთე სასიცოცხლო ნიშანი, საჭიროა ტკივილის შეფასება სასიცოცხლო ნიშნების შეფასების დროს. დამატებით, ექთანმა უნდა შეაფასოს ახალშობილის საპასუხო რეაქცია პოტენციურად მტკივნეულ სტიმულზე, ასევე, ფარმაკოლოგიურ და არაფარმაკოლოგიურ ჩარევებზე.

არსებობს შეფასების საშუალებები, რათა შევაფასოთ ტკივილზე ფიზიოლოგიური და ქცევითი საპასუხო რეაქციები სრული ვადით და ნაადრევი ვადის ახალშობილში. ნაადრევი ახალშობილის ტკივილის პროფილი (PIPP) შექმნილია სრული ვადისა და ნაადრევი ახალშობილებისთვის. ეს შეფასების საშუალება აფასებს გესტაციურ ასაკს და ქცევის მდგომარეობას, გულის სიხშირეს, ჟანგბადის სატურაციას, წარბის ამობურცვას, თვალების მოჭუტვასა და ცხვირტუჩის ღარს (ხაზი ნესტოების კიდედან პირის კუთხეების ქვემოთ), რომ დავადგინოთ ტკივილის ქულა.

ტკივილის დროს ვლინდება ორივე, ფიზიოლოგიური და ქცევითი საპასუხო რეაქციები. თუმცა, ფიზიოლოგიური ცვლილებები შეიძლება არაპროგნოზირებადი იყოს და ვერ გამოვიყენოთ მარტო ტკვილის შესაფასებლად.

კრიტიკულად მნიშვნელოვანი ინფორმაცია
ახალშობილების ტკივილის ხშირი ნიშნები
გაზრდილი და შემცირებული გულის და სუნთქვის სიხშირე, აპნოე; გაზრდილი სისხლის წნევა; შემცირებული ჟანგბადის სატურაცია; ფერის ცვლილება: წითელი, გამუქებული, ფერმკრთალი; მაღალი ტონალობის, ინტენსიური, უხეში ტირილი; კრუსუნი, კვნესა; "ატირებული სახე"; თვალები მოჭუტული, დახუჭული; პირი ღია; სახის მიმიკა; შუბლის მოჭმუხვნა; დაჭიმული, რიგიდული კუნთები ან მოდუნებული კუნთის ტონუსი; კიდურების რიგიდულობა ან მოშვებული მდგომარეობა; ძილ-ღვიძილის ციკლის ცვლილება.

ახალშობილებს, რომლებიც არიან დაინტუბირებულნი ან იმდენად სუსტები, რომ ვერ ტირიან აქვთ "მტირალა სახეები", სახის გამომეტყველება ისეთი, როგორც ტირილის დროს, მაგრამ ხმას არ გამოსცემენ. ნაადრევი ახალშობილების ნახევარზე ნაკლები, რომლებიც მტკივნეულ სტიმულს განიცდიან, რეაგირებენ ტირილით. კრიტიკულ მდგომარეობაში მყოფ ან ძალიან მოუმწიფებელმა ახალშობილებმა შეიძლება არ გამოხატონ ტკივილზე რეაქცია იგივენაირად როგორც მოზრდილმა და ნაკლებად ავადმყოფმა ახალშობილებმა. ამიტომ, მტკივნეულ სტიმულზე საპასუხო რეაქციის ნაკლებობა არ უნდა აღვიქვათ, როგორც ტკივილის არ არსებობა.

მშობლები ხშირად ბევრ დროს ატარებენ თავიანთ ნაადრევ ახალშობილთან ახალშობილთა ინტენსიური თერაპიის განყოფილებაში. ექთანმა უნდა ჩართოს ისინი ახალშობილის ტკივილის შეფასების პროცესში და გაამხნევონ, რომ გააზიარონ თავიანთი შეფასება ტკივილზე გამოხატული საპასუხო რექციებით. მათ შეიძლება ჰქონდეთ შეკითხვები ტკივილის ეფექტსა და მათ სამკურნალოდ მიღებულ ზომებზე, რომელსაც შეიძლება ექთანმა უპასუხოს.

პაციენტის მოვლასთან ასოცირებული ჩარევები

ექთნებმა უნდა მოამზადონ ახალშობილები პოტენციურად მტკივნეული პროცედურებისთვის მათი ნელა და ნაზად გამოფხიზლებით და გამოიყენონ ჰერმეტული მოწყობილობა. ჰერმეტული მოწყობილობა აკეთებს საშვილოსნოს სივრცის სიმულაციას, იცავს ზედმეტი და არაორგანიზებული მოტორული აქტივობებისგან და კომფორტულია ახალშობილისთვის. ახალშობილი არის ზურგით ან გვერდზე წოლით პოზიციაში, ახალშობილის ხელი პირთან ახლოს, რომ მოწოვოს. ჰერმეტულ მოწყობილობას ეწოდება დამაჩქარებელი თავშესაფარი.

კენგურუს პოზა და ძუძუთი კვება ასევე გამოიყენება ტკივილის შესამსუბუქებლად, თუ ეს შესაძლებელია. ეს არის მდგომარეობები, რაც დედას ეხმარება დაეხმაროს თავის ახალშობილს ტკივილის შემსუბუქებაში. დედის ხმა და სუნი, რომელიც ნაცნობია ახალშობილისთვის, ემატება კანი კანთთან შეხებას და ეს ყველაფერი განაპირობებს ტკივილის შემსუბუქებას.

პროცედურამდე ხელში აყვანა უნდა დავიყვანოთ მინიმუმადე. ეს შეიძლება არაკომფორტული და შემაწუხებელი იყოს. პროცედურა უნდა ჩატარდეს სხვა დროს, რათა ახალშობილს საშუალება მიეცეს დაისვენოს პროცედურამდე და მის შემდეგ. თუ რამდენიმე რამ არის გასაკეთებელი, მაშინ პირველ რიგში ყველაზე ნაკლებ მტკივნეული უნდა გავაკეთოთ. ახალშობილები ხშირად ჰიპერმგრძნობიარენი არიან მტკივნეული სტიმულის შემდეგ და შეიძლება სხვა პროცედურებიც მტკივნეულად აღიქვან.

კომფორტული ზომების მიღება შეიძლება დაეხმაროს ახალშობილს გაუძლოს მცირე ხნიან, მსუბუქ ტკივილს და შეამციროს აგიტაცია. არანუტრიციული წოვება, როგორიცაა საწოვარათი ან საკუთარი თითით, შეიძლება დაეხმაროს, მაგრამ მანამდეა ეფექტური, სანამ წოვას აგრძელებს. სუკროზის მოთავსება საწოვარაზე ან ახალშობილის პირში 2-3 წუთით ადრე მტკივნეულ სტიმულამდე, ზრდის ტკივილის მოხსნას. სუკროზისა და არანუტრიციული წოვების კომბინაციამ აჩვენა, რომ ამცირებს ტკივილს ახალშობილებში მტკივნეული პროცედურების გაკეთებამდე და მის შემდეგ. განსაკუთრებით მცირე გესტაციის ვადით დაბადებულ ახალშობილებთან სუკროზა შეიძლება გამოსადეგი არ იყოს.

ტკივილის შესამსუბუქებლად შეიძლება გამოვიყენოთ ნაზად საუბარი, ხელში აყვანა, დარწევა, კიდურების უშედეგოდ მოძრაობის შეკავება სუკროზასთან ერთად. ზომების მიღება უნდა მოხდეს ახალშობილის საპასუხო რეაქციების მიხედვით. კომბინირებულმა ზომებმა, როგორიცაა კანით კანთან კონტაქტი და სუკროზიანი საწოვარა, შეიძლება გაზარდოს ეფექტურობა.

საშუალო ან მძიმე ტკივილის დროს საკმარისი არაა აღნიშნული ზომების მიღება. ექთანმა ექიმთან ერთად უნდა განიხილოს ახალშობილის ტკივილისთვის დანიშნული მედიკამენტების შესახებ, რათა დარწმუნდეს, რომ დანიშნულია ძლიერი ტკივილისთვის საჭირო, ხანგრძლივი მოქმედების მედიკამენტები. ნაადრევ ახალშობილებში, ზოგიერთი პროცედურისათვის საჭირო ადგილობრივი ანესთეზიის დროს ტკივილის შესამცირებლად, გამოიყენება ოპიოდები, როგორიცაა მორფინი და ფენტანილი. ასევე, არანარკოტიკული ანალგეზიური საშუალებები - აცეტამინოფენი.

ავადმყოფი ახალშობილის აგიტაციის დროს გამოიყენება სედატივები, მაგრამ ეფექტური არ არის ტკივილისთვის და არ უნდა მოხდეს მისი გამოყენება ანალგეზიური საშუალებების ნაცვ-

ლად. ქირურგიული ჩარევის დროს გამოიყენება რეგიონალური ან ზოგადი ანესთეზია.

მტკივნეულ პროცედურამდე და მაშინ, როცა ახალშობილს აქვს გამოხატული ტკივილის ნიშნები, ექთანი უკეთებს დანიშნულ მედიკამენტს და აღნიშნავს დოკუმენტურად ახალშობილის საპასუხო რეაქციებს დოზის შესაძლო კორექციის მიზნით. ანალგეზიური საშუალებები შეიძლება დავუნიშნოთ საჭიროებისამებრ ან უწყვეტად.

პაციენტის მოვლის პროცესის აპლიკაცია

ნაადრევი ახალშობილი

ინტენსიური თერაპიის განყოფილებაში მყოფი ნაადრევი ახალშობილები რთულად იტანენ გარემოდან და საკვების მიღებით გამოწვეულ სტრესს. მათ მშობლებს შეიძლება ჰქონდეთ სირთულეები ბავშვთან ურთიერთკავშირის დამყარებაზე.

გარემოდან გამოწვეული სტრესი

ნაადრევ ახალშობილზე გარემო ფაქტორების ეფექტებმა მოითხოვა დამატებითი, დამხმარე ზრუნვის მეთოდების განვითარება. ახალშობილის ფიზიოლოგიური და ქცევითი საპასუხო რეაქციების შესაბამისად მიმართული ზრუნვა საშუალებას იძლევა მინიმუმამდე იქნას დაყვანილი სტრესორები.

წარსულში, ნაადრევ ახალშობილზე მკაფიო სინათლისა და ხმაურიანი გარემოს მოქმედება კარგად არ იყო გარკვეული. განვითარება ხდებოდა, მაგრამ ხმაურის პრობლემა რჩებოდა. ახალშობილთა ინტენსიური თერაპიის განყოფილებაში რეკომენდებული ხმაურის დონე არის 45 დეციბელზე ნაკლები, თუმცა შეიძლება დონეები მერყეობდეს 38- 90 დეციბელებს შორის ან უფრო მაღალზე. ყველაზე მაღალი ხმაური არის შემოვლებისა და მოხსენების დროს, და იმ ადგილებში, სადაც პერსონალის შეკრებები ხდება. ასეთებია შემოსასვლელები, დასაბანი ადგილები ან კომპიუტერის ადგილები.

ვენტილატორების, ინკუბატორების, ჟანგბადის მონიტორების, კარების, ხალხისა და სხვადასხვა სიგნალის ხმებმა შეიძლება წარმოქმნას ისეთი დონეები, რომ გაზარდოს სმენის დაკარგვის რისკები ან სხვა გართულებები. დამატებით, ნებისმიერი სახით სტიმულაცია ზრდის ენერგიის მოხმარებას. ხმები და თუნდაც რუტინული ხელში აყვანა, ასევე მოვლითი ჩარევები, ხშირად დაკავშირებულია გულის სიხშირის, ჟანგბადის სატურაციის დონისა და ქცევითი სტატუსის ცვლილებებთან.

ნაადრევი ახალშობილები გადიან მრავლობით შეფასებებს, პროცედურებსა და მკურნალობას, რამაც შეიძლება გამოიწვიოს ნორმალური ძილ-ღვიძილის ციკლის დარღვევა. ძილის დარღვევა ცვლის ნერვული სისტემის მომწიფებას და ზრდის ჰორმონის სეკრეციას, რაც ხელს უშლის ზრდა-განვითარებას. ენერგია, რომელიც მიმართულია ზედმეტ სტიმულაციასა და სტრესულ გარემოსთან გასამკლავებლად, შეიძლება საკმარისი აღარ იყოს ნორმალური ზრდა-განვითარებისთვის.

ასევე, ზოგადად, ითვლება, რომ შეხება კომფორტული მდგომარეობაა ახალშობილისთვის, თუმცა ნაადრევ ახალშობილებთან ის ხშირად დაკავშირებულია მტკივნეულ შემთხვევებთან და შეიძლება გამოიწვიოს შეხების მიმართ დისკომფორტი, ნეგატიური საპასუხო რეაქცია ნებისმიერ შეხებაზე. ეს შეიძლება იყოს ტირილი, მობუზვა და მოხრა შეხებაზე, მოლოდინი, რომ შეხება გამოიწვევს ტკივილს.

შემთხვევის გარჩევა 14-1
შესავალი

კატერინამ იმშობიარა საკეისრო კვეთის გზით 3 დღის წინ. მას ჰქონდა სპონტანური აბორტი ამ ორსულობამდე. ეს იყო გართულებული ორსულობა მოსალოდნელი ნაადრევი მშობიარობის ხშირი ეპიზოდებით. მან იმშობიარა მამრობითი ახალშობილი, 30 კვირის გესტაციის ვადაზე. ახალშობილი წევს ნეონატალურ ინტენსიურ განყოფილებაში.

შეფასება

შეაფასეთ ხმაურის სიხშირე იმ გარემოში, სადაც ახალშობილი იმყოფება. განსაზღვრეთ, რა სიხშირით უნდა მოხდეს ჩარევა და როგორ რეაგირებს ახალშობილი ზრუნვის სხვადასხვა სახეზე.

შეაფასეთ ახალშობილის შესაძლებლობა, თუ როგორ აიტანს ხმაურს და სხვადასხვა აქტივობას. ზედმეტი სტიმულაცია იძლევა ოქსიგენაციისა და ქცევის ცვლილებებს. ქცევითი მდგომარეობები სტრესის მიმართ (ასევე სახელწოდებით *სტიმულის აცილება ან ქცევით აცილება*) აჩვენებს, რომ ახალშობილი ცდილობს შემაწუხებელ სტიმულს თავი აარიდოს. დააკვირდით ამ ნიშნებს და განსაზღვრეთ რა სიტუაცია იწვევს ან ზრდის მათ.

კრიტიკულად მნიშვნელოვანი ინფორმაცია
ნაადრევი ახალშობილის ზედმეტი სტიმულაციის ნიშნები
ოქსიგენაციის ცვლილება; სისხლის წნევის, პულსისა და სუნთქვის არასტაბილურობა; ციანოზი, სიფერმკრთალე ან აჭრელება; ნესტოების დაბერვა; შემცირებული ჟანგბადის სატურაციის დონე; დაცემინება, ხველა.
ქცევითი ცვლილება; გამყარებული, გაშლილი ხელები და ფეხები; ხელის მუშტად შეკვრა და თითების ფართოდ გაშლა; თაღისებრად მოხრა; ფხიზელი, ნანერვიულები გამოხედვა; თავის მობრუნება თვალების კონტაქტიდან; რეგურგიტაცია, პირღებინება, სლოკინი; დამთქნარება; დაღლის ნიშნები.

პაციენტის მოვლასთან ასოცირებული დიაგნოზი

დიაგნოზი ნაადრევი ახალშობილისთვის, რომელსაც აქვს დაბრკოლებები გაუძლოს მრავლობით სტიმულს მათ გარემოში, არის „ახალშობილის არაორგანიზებული ქცევის რისკი, რაც განპირობებულია გარემოს ზედმეტი სტიმულაციით“. ამ დიაგნოზის გამოყენება ეხმარება ექთანს დაგეგმოს გზები და გაზარდოს ახალშობილის შესაძლებლობები გაუძლოს სხვადასხვა ჩარევას.

მოსალოდნელი გამოსავალი

ამ დიაგნოზის მოსალოდნელი გამოსავალი არის, რომ ახალშობილი:

- აჩვენებს რუტინული აქტივობის შედეგად გამოწვეული ზედმეტი სტიმულაციის შემცირებულ ნიშნებს (სუნთქვითი და ქცევითი ცვლილებები), მშვიდი მდგომარეობის ან ძილის პერიოდების გაზრდას;
- ზედმეტი სტიმულაციის ნიშნების მოხდენამდე, თანდათანობით აჩვენებს შესაძლებლობებს გაუძლოს მეტ აქტივობას.

ჩარევები

ჩარევები მიმართულია განვითარებადი მხარდამჭერი ზრუნვის უზრუნველყოფისაკენ, რომელიც შეესაბამება ახალშობილის შესაძლებლობას გაუძლოს სტიმულაციას. განვითარებისთვის ზრუნვის მიზანია მინიმუმამდე დაიყვანოს გარემოს სტრესორები, ახალშობილის ფიზიოლოგიურ და საპასუხო ქცევით რეაქციებზე დაყრდნობით.

განრიგის მიხედვით ზრუნვა

დაგეგმეთ პერიოდები, რომლის დროსაც არ შეაწუხებთ ახალშობილს. დასვენების პერიოდში საშუალება მივცეთ ახალშობილს აღიდგინოს მდგომარეობა. თავი აარიდეთ ახალშობილის გაღვიძებას. თუ ახალშობილის გაღვიძება საჭიროა მოვლისთვის, ეცადეთ, რომ ეს გააკეთოთ ძილის აქტიური პერიოდის დროს, როცა ახალშობილი ადვილად ფხიზლდება. გამოიყენეთ ჩუმი საუბარი და ნაზი შეხება.

რუტინული ზრუნვა დაგეგმეთ ახალშობილის სიფხიზლის პერიოდში. თუ ეს შესაძლებელია, მოსვენების პერიოდში თავი შეიკავეთ მოვლისაგან. შეამცირეთ სასიცოცხლო ნიშნების შეფასებისა და სხვა რუტინული ზრუნვის წარმართვის სიხშირე, რამდენადაც შესაძლებელია. თუნდაც ხელში აყვანამ, რუტინული ბანაობის დროს, შეიძლება გამოიწვიოს სტრესი პატარა ახალშობილზე.

რუტინული, ყოველდღიური ბანაობა არ არის აუცილებელი და თავი უნდა შევიკავოთ. ყოველ მეოთხე დღეს დაბანა არ ზრდის კანის ფლორას ან პათოგენების რაოდენობას. დაბანა უნდა გადავდოთ, სანამ ახალშობილი ფიზიოლოგიურად სტაბილური არ გახდება.

კლასტერული ან ჯგუფური მოვლა უკეთესია, რადგან ხდება რამდენიმე დავალების ერთდროულად წარმართვა. ამიტომ ჯგუფური ზრუნვა შეინარჩუნეთ მცირე დროის განმავლობაში და იყავით ფხიზლად ახალშობილის სტრესის ნიშნებზე. ძალიან ბევრი აქტივობა ხშირად იმაზე რთულია, ვიდრე ახალშობილს შეუძლია დასვენების გარეშე აიტანოს. 28 კვირაზე ნაკლების გესტაციის ვადის მქონე ნაადრევი ახალშობილისთვის ჯგუფური თერაპია მისაღები არაა.

უზრუნველყავით აღდგენისთვის მცირე დასვენების ან “ტაიმ-აუტი”-ის პერიოდები ჯგუფური ჩარევების შემთხვევაში ან ხანგრძლივი და მტკივნეული პროცედურების განმავლობაში. მტკივნეული პროცედურები არ უნდა იყოს ჯგუფურად ზრუნვის განმავლობაში. დასვენება საჭიროა მტკივნეულ პროცედურებამდე ან მის შემდეგ.

მნიშვნელოვანია ახალშობილის ზრუნვისკენ მიმართული კოორდინირებული აქტივობები, სხვადასხვა სპეციალობის მუშაკთან. ხშირად ბევრი განსხვავებული ტესტების ჩატარებაა საჭირო. ექთანმა ყურადღება უნდა მიაქციოს მათ ზედმიწევნით ზუსტად შესრულებას და პარალელურად დაიცვას ახალშობილი ზედმეტი სტიმულაციისაგან.

სტიმულის შემცირება

შეინარჩუნეთ სიწყნარე ახალშობილთან. მოათავსეთ ინკუბატორი ტრანსპორტისა და შეკრებების ხმაურის ადგილებიდან მოშორებით და თავი აარიდეთ ინკუბატორთან საუბარს. გამოიყენეთ ინკუბატორის დასაფენები, რაც ეხმარება ინკუბატორში ხმის შემცირებას. დააყენეთ სიგნალები დაბალ ხმაზე და სწრაფი რეაგირება მოახდინეთ მათ ხმაზე. გახსენით და დახურეთ ინკუბატორისა და კარადის მრგვალი ფანჯრები და კარები ჩუმად. არ მოათავსოთ საგნები ინკუბატორის ზემოთ ან არ გამოიყენოთ მისი ზედაპირი რამის დასაწერად, რადგან ეს ზრდის ხმაურს შიგნით. აუხსენით მშობლებს და სხვებსაც თავი შეიკავონ ინკუბატორზე დაკაკუნებისგან. მშვიდი კლასიკური მუსიკა ხშირად გამოიყენება ახალშობილის დასვენების ხელშეწყობისათვის.

სინათლე, რომლებიც ანთებულია 24 საათი, დღის განმავლობაში ბავშვთა ოთახში, ხელს უშლის ძილის ციკლის ჩამოყალიბებას. ინკუბატორი ისე მოათავსეთ, რომ ახალშობილს სინათლე პირდაპირ არ ანათებდეს და დააფინეთ პლედი ან ინკუბატორის დასაფარებელი უკან და ბოლოში, რომ შეამციროთ სინათლე და ხმაური. გამოიყენეთ სინათლის სიკაშკაშის მარეგულირებელი საჭიროებისამებრ. შეამცირეთ ღამის განმავლობაში განათება, რამდენადაც შესაძლებელია, რათა უზრუნველყოთ დასვენება და ზრდისთვის ენერგიის შენარჩუნება.

ახალშობილთა ინტენსიურ ზოგიერთ განყოფილებას აქვს თითო ოთახი თითოეული ახალშობილისთვის. ეს ამცირებს ხმაურს და საშუალებას აძლევს გარემო სტიმულებს მოერგოს თი-

თოელი ახალშობილის საჭიროებებს. ის ასევე უზრუნველყოფს მეტად დაცულ პირად სივრცეს ოჯახის წევრების მონახულებისთვის და შეიძლება შეამციროს საავადმყოფოში შეძენილი ინფექციების რიცხვი.

დასვენების უზრუნველყოფა

ახალშობილთა სათანადო დასვენების უზრუნველსაყოფად, შესაძლებლობის მიხედვით, დაგეგმეთ "ჩუმი პერიოდები", სინათლეებისა და ხმაურის მინიმუმამდე დაყვანით. დასვენების პერიოდები უნდა იყოს ყველაზე მცირე ერთი საათის ხანგრძლივობის, რათა საშუალება მისცეს ნაადრევ ახალშობილს ძილის ციკლი დაასრულოს. დასვენების დროს შესაძლებელია მხოლოდ სასწრაფო პროცედურების განხორციელება.

შეიძლება გახანგრძლივდეს დაგეგმილი შუადღის მოკლე ძილის პერიოდები, როცა ახალშობილების შეწუხება ხდება რაც შეიძლება მცირე დროით. დღისა და საღამოს მოკლე ძილის პერიოდები, ასევე, ძილის პერიოდი ღამის განმავლობაში, ეხმარება ახალშობილს განასხვავოს დღისა და ღამის ძილი. ღამის განმავლობაში სინათლე უნდა იყოს რაც შეიძლება დაბალზე დაყენებული, ცირკადული რიტმის განვითარებისათვის.

ახალშობილის ხელები და ფეხები შეახვიეთ, რათა შეამციროთ ენერგიის კარგვა კიდურების უნებლიე მოძრაობისგან. ახალშობილის მოსათავსებელი მოწყობილობა ასევე უზრუნველყოფს სიწყნარეს, აუმჯობესებს ფიზიოლოგიურ სტაბილურობას და ამცირებს სტრესს. ახალშობილის გარშემო მოათავსეთ დახვეული პლედები ან კომერციულად დამზადებული მოწყობილობები. გვერდზე წოლის ან ზურგზე წოლის პოზიციის შერჩევისას მოათავსეთ ახალშობილის ხელები და ფეხები მოხრილ მდგომარეობაში, ხელები სხეულის შუახაზთან ახლოს, რომ ჰქონდეს საშუალება წოვებისა და ხელ- პირის აქტივობისათვის. ნაადრევი ახალშობილისთვის ხელის გადასმა და ნაზი მასაჟი დამამშვიდებელია. ამან შეიძლება გააუმჯობესოს განვითარება და გაზარდოს წონის მომატება. საყურადღებოა, რომ აღნიშნული მეთოდები არაა საკმარისი მცირე ზომის, მძიმე მდგომარეობის მქონე ახალშობილისათვის.

მოტორული განვითარების უზრუნველყოფა

ნაადრევ ახალშობილებს მოუმწიფებელი ნეირო-კუნთოვანი სისტემის გამო გახანგრძლივებული იმობილიზაციის და მიზიდულობის ეფექტის შედეგად ხშირად აქვთ კუნთ-ჩონჩხოვანი და განვითარების პრობლემები. გამშლელი კუნთები უფრო მალე ასრულებს მომწიფებას, ვიდრე მომხრელი კუნთები, რის გამოც ახალშობილი მიდრეკილია, რომ დარჩეს გაშლილ, "ბაყაყის ფეხებით" პოზიციაში. ახალშობილის სწორი პოზიციონირებისას თავიდან ავირიდებთ ისეთ გართულებებს, როგორებიცაა მხრების რეტრაქცია, ებდუქცია, ქვედა კიდურების გარეგანი როტაცია, ხელების ლატერალური მოხრა, კისრის ჰიპერექსტენზია და პლაგიოცეფალია.

ახალშობილს პოზიცია შეუცვალეთ ყოველ 2-3 საათში ან როცა რამეს ზრუნვით ჩარევას ახორციელებთ. შეცვალეთ მდგომარეობა ნელ-ნელა, რადგან პოზიციის ცვლილება შეიძლება სტრესული იყოს. როცა შესაძლებელია, მოათავსეთ ახალშობილი კიდურებით მოხრილ მდგომარეობაში და ხელები მოთავსებული სხეულის შუა ხაზზე და პირთან ახლოს, კომფორტული წოვისათვის. გამოიყენეთ სახვევები, პლედები და სპეციალურად შეკერილი ახალშობილის მოსათავსებელი მოწყობილობა ახალშობილის მოხრილ მდგომარეობაში შესანარჩუნებლად.

ინდივიდუალიზებული მოვლა

მიუხედავად იმისა, რომ ყველა ახალშობილთა ინტენსიური თერაპიის განყოფილება შესაფერისია ნაადრევი ახალშობილის მოვლისთვის, მათ აქვთ განსაკუთრებულად განსხვავებული სტილი ახალშობილთან მიმართებაში. როცა შესაძლებელია, იგივე ექთანი ან ექთნები არიან დანიშნული ახალშობილის ზრუნვისთვის, რაც საშუალებას აძლევს ექთანს ისწავლოს ახალშობილის უნიკალური ქცევა, სტრესის მიმართ საპასუხო რეაქციები და საშუალება მისცეს ახალშობილს მიეჩვიოს ექთნის მიერ ინდივიდუალიზებულ მიდგომას. ასევე მშობლებისთვისაც ძალიან სასარგებლოა იმ მცირე რაოდენობის ექთნებთან ურთიერთობა, რომლებმაც თავისი ახალშობილის მდგომარეობა კარგად იციან.

სტრესთან გამკლავების უნარი განსხვავებულია თითოეულ ახალშობილში. განსაზღვრეთ ახალშობილის საპასუხო რეაქციები სხვადასხვა სტიმულზე, განსაკუთრებით უარყოფით მასტიმულირებლებზე. თუმცა, დადებითმა სტიმულმა, როგორიცაა ნაზი მუსიკა ან მშვიდად საუბარი, დროის რომელიღაც მონაკვეთში შესაძლოა გამოიწვიოს ზედმეტი სტიმულაცია.

ახალშობილებს ხშირად სჭირდებათ დამატებითი ენერგია, რომ მოერგონ ცვლილებებს მოვლის დროს. დააკვირდით, თუ რამდენად კარგად შეუძლიათ გაუძლონ ცვლილებებს, როგორიცაა გადასვლა დამხმარე მოწყობილობებიდან დამოუკიდებელ სუნთქვაზე ან კვების ახალი მეთოდის მიმართ. გაზარდეთ დასვენების პერიოდები ამ დროის განმავლობაში.

ახალშობილის საჭიროებების მიხედვით კომუნიკაციის დამყარება

გამოიყენეთ პაციენტის მოვლის გეგმა, ცვლის განმავლობაში სხვა მომსახურე პერსონალს მიაწოდეთ ინფორმაცია და ჩანაწერი იმ მეთოდებზე, რომელიც განსაკუთრებით ეფექტურია ახალშობილისთვის. საწოლის გვერდით ჩანაწერების სახით ჩანიშნეთ, როგორც შემახსენებელი, განსაკუთრებული რა სჭირდება თითოეულ ახალშობილს. ესეთი ქცევა მშობლებს საშუალებას აძლევს ნახონ ის მეთოდები, რაც გამოიყენება ახალშობილისთვის. აუხსენით ყველა მეთოდი მშობლებს და გაითვალისწინეთ მათი შემოთავაზებები. გაზარდეთ დასვენების პერიოდები ამ დროის განმავლობაში.

შეფასება

ჩარევების შედეგად, ახალშობილი ავლენს ზედმეტი სტიმულაციის შედეგების ნიშნებს და აჩვენებს გაზრდილ ტოლერანტობას სტიმულის მიმართ, სანამ ნიშნები გაჩნდება.

კვება

ნაადრევი ახალშობილები იბადებიან, სანამ მოხდება საჭმლის მომნელებელი სისტემის სრული ჩამოყალიბება. რაც უფრო მცირეა გესტაციური ასაკი, მით მეტია პრობლემები.

სრული ვადით ახალშობილებს აქვთ კალციუმის, რკინისა და სხვა საკვები ნივთიერებების მარაგი, მაგრამ ამის ნაკლებობაა ნაადრევ ახალშობილებში. ცხიმის მარაგი მინიმალურია ან საერთოდ არ არის, გლუკოზის მარაგის გამოყენება ხდება სრულად დაბადებიდან მალევე. ჰიპოგლიკემია სწრაფად ვითარდება და უნდა ვეცადოთ თავიდან ავიცილოთ ან ვუმკურნალოთ დაუყოვნებლივ.

ნაადრევი ახალშობილები, რომლებიც იღებენ ენტერალურ კვებას, საჭიროებენ დაახლოებით 105-130 კკალ/კგ/დღეში. ეს რაოდენობა განსხვავდება დაავადების, აქტივობებისა და იმ ფაქტორების მიხედვით, რომელიც ეფექტს ახდენს კალორიების მოთხოვნაზე. ამ ახალშობილებს სჭირდებათ მეტი პროტეინი, რკინა, კალციუმი და ფოსფორი. საშუალოდ, ჯანმრთელი ნაადრევი ახალშობილი იმატებს დაახლოებით 15-20 გრ/კგ დღეში.

ნაადრევი ახალშობილების კუჭ-ნაწლავის სისტემა არ იწოვს საკვებ ნივთიერებებს იმდენად კარგად, როგორც სრული ვადით ახალშობილი. საგულისხმოა, რომ ისინი მოინელებენ ცილებს, რადგან ნაადრევ ახალშობილებს არა აქვთ საკმარისი ნაღვლის მჟავა და ცხიმი სათანადოდ შეწოვისათვის. მათ აქვთ ლაქტოზის დეფიციტი, მაგრამ იშვიათად აქვთ ლაქტოზის შეუთავსებლობა. მათი უფრო მცირე მოცულობის კუჭი საზღვრავს თუ რა მოცულობის საკვები შეიძლება მიიღოს თითო ჯერზე. მათ სჭირდებათ მრავალი სახის და უფრო მეტი ოდენობა ნივთიერებისა, კილოგრამთან მიმართებაში, ვიდრე სრული ვადით ახალშობილს და აუცილებელია დამატება.

შეფასება

ექთანმა უნდა შეაფასოს ახალშობილის მზადყოფნა ცვლილებების მიმართ, უნდა ამოიცნოს გართულების ნიშნები და მხოლოდ ამის შემდეგ მოხდეს კვებაში ცვლილებების შეტანა.

კვებაზე მიჩვევა

შეაფასეთ, როგორ ეგუება ახალშობილი ენტერალურ კვებას, იქნება ეს კუჭის ზონდის მეშვეობით თუ სარძევე ჯირკვლის თავებით. ამოქაჩეთ კუჭის შიგთავსი, რომ განსაზღვროთ და-

რჩენილი საკვების რაოდენობა, სანამ კვებისთვის კუჭის დროებით ზონდს ჩავუდგამთ ან ყოველ 2-4 საათში, როცა ვკვებავთ უწყვეტი კვებით ან საავადმყოფოს რეგულაციის მიხედვით. ეს პროცედურა გვეხმარება განვსაზღვროთ კუჭი იცლება თუ არა და ამავდროულად იცავს კუჭს ზედმეტად გადატვირთვისგან. შეატყობინეთ ექიმს დარჩენილი რაოდენობის შესახებ. ზედმეტი დარჩენილი საკვები მიანიშნებს, რომ რაოდენობა, სახეობა ან ფორმულის მიცემის სიხშირე საჭიროებს ცვლილებას. ის ასევე შეიძლება იყოს ისეთი გართულებების ადრეული ნიშანი, როგორიცაა ნეკროტული ენტეროკოლიტი.

ასევე, უნდა ეცნობოს ექიმს კუჭის შიგთავსის აღწერილობა: ხომ არ არის სისხლიანი, არ აქვს დიდი რაოდენობით ლორწო ან არის სხვა მხრივ ანომალიური. ელექტროლიტების კარგვის პრევენციისათვის შესაძლოა მოხდეს კვების ჩანაცვლება. შემდეგი კვება შეიძლება შემცირდეს დარჩენილი საკვების რაოდენობის მიხედვით. აუცილებელია ელექტროლიტების დისბალანსის ნიშნების ფრთხილი შეფასება.

პირღებინება ან ხშირი რეგურგიტაცია მიანიშნებს, რომ ახალშობილი ღებულობს ძალიან დიდი მოცულობის საკვებს. ხშირი პირღებინება, ასევე ნაღვლის მჟავების შემცველი ნარჩენები მიგვანიშნებს ნაწლავების ობსტრუქციაზე და შესაძლოა საჭირო გახდეს ქირურგიული ჩარევა. ფაღარათი შეიძლება გამოწვეული იყოს კვების სწრაფი მომატებით ან ფორმულის სახეობის მიუღებლობლობით.

დააკვირდით ნაწლავების გართულებების ნიშნებს, როგორიცაა შესამჩნევი ნაწლავის მარყუჟი. შეაგროვეთ ობიექტური მონაცემები მუცლის გადაბერვაზე, მუცლის სალტის გაზომვით ყოველი 4-8 საათში. მოათავსეთ სარტყელი ჭიპის დონეზე და აღნიშნეთ მოთავსების ადგილი, რომ დარწმუნდეთ მდგომარეობის მუდმივობაზე. განავალი შეიძლება შემოწმდეს ნივთიერებების შემცირებაზე (რომელიც მიანიშნებს ნახშირწყლების მალაბსორბციაზე) ან ფარულ სისხლდენაზე, თუ სავარაუდო მდგომარეობა კვებითი შეუთავსებლობაა. შეატყობინეთ შემჩნეული ნიშნები ჯანმრთელობის მომსახურე პერსონალს, რადგან ისინი შეიძლება იყოს ისეთი გართულებების ადრეული მანიშნებლები, როგორიცაა ნაწლავის გაუვალობა, სეფსისი, ობსტრუქცია ან ნეკროზული ენტეროკოლიტი.

ძუძუთი კვებიდან სხვა სახის კვებაზე გადასვლა

ნაადრევი ახალშობილები თავდაპირველად ხშირად იკვებებიან პარენტერალურად ან კუჭის ზონდით (საკვები მილი), რომ მოხდეს ენერგიის შენარჩუნება ზრდისა და საბაზისო ფუნქციონირებისთვის. ორალური კვება და წონაში ადეკვატური მატება მიეკუთვნება იმ კრიტერიუმებს, რომელიც ეხება საავადმყოფოდან გაწერის შესახებ მისაღებ გადაწყვეტილებას.

წოვის, ყლაპვისა და სუნთქვის კოორდინაცია რთულად შესასრულებელი დავალებაა ახალშობილისთვის.

შემთხვევის შესწავლა 14-1	პაციენტის მოვლის გეგმა
შეფასება: ლუკა იწონის 1800 გრ და სუნთქავს დამოუკიდებლად. მას სჭირდება კომპლექსური მკურნალობა დღის განმავლობაში. მას გამოხატული აქვს სიფერმკრთალე და სუნთქვის გაზრდილი სიხშირე, როცა დაღლილია. ხმაური ხშირად იწვევს ჟანგბადის სატურაციის დაცემას. ხელში დაჭერის დროს ან გასინჯვისას იჭიმება და შლის ხელებს თითებთან ერთად. უმეტესობა დრო სძინავს, თუ არ ხდება მისი შეწუხება პროცედურებისთვის დიაგნოზი: აქტიურობის ვერ ატანა, რომელიც დაკავშირებულია სისუსტესთან, დაღლასთან და შესაძლო ზედმეტ სტიმულაციასთან	კრიტიკული აზროვნება: ექთნის გარდა კიდევ ვინ უნდა იცოდეს ლუკას მდგომარეობა, რომ საჭიროების შემთხვევეში იმოქმედოს შესაბამისად? პასუხი: ყველამ, ვინც არის ჩართული ლუკას მოვლაში, სხვა ექთნებმა, ექიმებმა, სუნთქვითმა თერაპევტებმა და გუნდის სხვა წევრებმა, ასევე მშობლებმა. ეს არის ძალიან მნიშვნელოვანი, რადგან გარკვეულ სტიმულზე ყველამ ერთნაირად იმოქმედოს.

მოსალოდნელი გამოსავალი - ლუკას: 1. ექნება ზედმეტი სტიმულაციის ნაკლები ნიშნები (სუნთქვის გაზრდილი სიხშირე, სიფერმკრთალე, შემცირებული ჟანგბადის სატურაციის დონე, ხელებისა და ფეხების რიგიდულობა ან თითების გაშლა) როგორც თანდათანობით გაზრდილი აქტივობის შედეგი; 2. გაზრდილი გამძლეობა აქტიურობაზე, რაც გამოხატული იქნება როგორც დაღლისა და სტრესის ნაკლები ნიშნები	გამოკვლევა: ლუკას თანდათანობით უვითარდება გაზრდილი ტოლერანტობა გაზრდილ აქტივობებზე. მისი სუნთქვა და ჟანგბადის სატურაციის დონე რჩება სტაბილური და იშვიათად ხდება მისი კიდურები რიგიდული
ჩარევა და რაციონალიზაცია 1. დაგეგმეთ თუ როგორ იზრუნებთ ლუკაზე მისი სიფხიზლის პერიოდში, როცა შესაძლებლობა გექნებათ. ნაადრევი ახალშობილებისათვის მნიშვნელოვანია მშვიდი ძილის შენარჩუნება მათი სათანადო ზრდა-განვითარებისათვის; 2. დაგეგმეთ პერიოდები, როცა ძილში ხელს არ შეუშლით, განსაკუთრებით ისეთი მოქმედებების დროს, რაც მოითხოვს ზედმეტ ენერგიას. ახალშობილები ყველაზე კარგად იტანენ აქტიურობას დასვენების ადრეულ ეტაპზე და საშუალება ეძლევათ აღიდგინონ ძალები, სანამ სხვა აქტივობების დაწყება გახდება საჭირო; 3. განსაზღვრეთ და დაგეგმეთ ერთდროულად იმ აქტივობების გატარება, რასაც ლუკა შეძლებს, რომ გაუძლოს. შეიძლება საჭირო გახდეს ერთად რამდენიმე აქტივობის გაკეთება, რაც ხელს შეუწყობს ლუკას მეტი დრო ჰქონდეს დასვენებისთვის. თუმცა, ზედმეტი აქტივობები შესაძლოა იყოს ძალიან დამღლელი; 4. განსაზღვრეთ ლუკას სტრესის დონე, სანამ მოვლის სხვა აქტივობებს გამოიყენებთ. შეაფასეთ აქტივობების დროს და ასევე დამთავრების შემდეგაც. ყურადღებით შეფასება საშუალებას აძლევს ექთანს, რომ გამოიმუშავოს სათანადო, ინდივიდუალურად მორგებული ზრუნვის გეგმა, რათა დააკმაყოფილოს ახალშობილის საჭიროებები; 5. განსაზღვრეთ რომელი აქტივობა იწვევს ზედმეტი სტიმულაციის ან დაღლის ნიშნების გამოვლენას. შეწყვიტეთ და საშუალება მიეცით ლუკას, რომ დაისვენოს. ყურადღებით შეფასება საშუალებას აძლევს ექთანს მიხვდეს ახალშობილის საჭიროებებს; 6. შეამცირეთ ხმაური ლუკას გარშემო. თავი შეიკავეთ არასაჭირო საუბრებისგან, გააღეთ და დახურეთ კარები ფრთხილად, მაღვიძარას ხმები დააყენეთ დაბალზე. ხმაურმა შეიძლება გამოიწვიოს ზედმეტი სტიმულაცია და გაზარდოს ჟანგბადის მოთხოვნილება;	

7. შეამცირეთ არასაჭირო განათებები. მოაშორეთ ლუკას სახე მკაფიო სინათლეების წყაროს. დაგეგმეთ რეგულარული ძილის საათები, როცა სინათლე ჩამქრალია. მუდმივად განათებული გარემო ხელს უშლის ახალშობილის ძილს. სინათლეების ჩაწევა, რომელიც ახალშობილს ანათებს და ასევე ძილის განრიგის დაგეგმვა, საშუალებას აძლევს ახალშობილს დაისვენოს;
8. გამოიყენეთ საფიქსაციო მოწყობილობები და კიდურები მოათავსეთ ერთ პოზიციაში. დახურული სივრცე ხელს უწყობს დასვენებასა და კომფორტს. ახალშობილის მოსათავსებელი მოწყობილობები საშუალებას აძლევს ახალშობილს არ მიარტყას თავი საწოლის გარშემო არსებულ ზედაპირებს;
9. აუხსენით დედას თუ რა მნიშვნელოვანია ლუკასთვის დასვენება და ნაკლები გაღიზიანება. აუხსენით ყველა ის გზა, რითაც შეუძლია კომუნიკაცია ჰქონდეს ახალშობილთან და ასევე ყველა ის ნიშნები, რაც მიანიშნებს, რომ მოხდა ახალშობილის ზედმეტი სტიმულაცია. მაგალითად, გაშლილი თითები არის ნიშანი, რომ უნდა შეწყვიტონ ყველა მოქმედება. მშობლების ინფორმირება საშუალებას აძლევს მშობლებს ჩაერთონ ზრუნვის პროცესში და თავი იგრძნონ გუნდის წევრად;
10. დედასთან კოლაბორაციით განსაზღვრეთ თუ რომელი მიდგომაა საუკეთესო, რომ დავიცვათ ლუკა ზედმეტი სტიმულაციისა და გადაღლისგან. გამოიყენეთ ცვლის მონაცემები, მოვლის გეგმა, ასევე შევსებული ინფორმაცია, რომელიც საწოლთანაა ჩამოკიდებული და ყველა ჩაწერილი ნიშანი, რაც ასახავს ლუკას მდგომარეობას. ყველა წევრს, ვინც ზრუნავს ახალშობილზე, უნდა ჰქონდეს ინფორმაცია ახალშობილზე, რათა შეძლოს დაუყოვნებლივ იმოქმედოს მისი მდგომარეობის შესაბამისად.

სრული ვადის ახალშობილებისგან განსხვავებით, ნაადრევ ახალშობილებს არ აქვთ კარგად განვითარებული ლოყის საწოვი კუნთები. ყბა ნაკლებ სტაბილურია და ახალშობილი ადვილად იღლება ორალური კვების დროს. პირღებინების რეფლექსი შეიძლება არც კი იყოს ჩამოყალიბებული. ახალშობილის რესპირატორული სტატუსი, ყურადღების გადამტანი მდგომარეობები, გარემოში არსებული სხვა პრობლემები გარკვეულ ეფექტს ახდენს ახალშობილის კვების შესაძლებლობაზე.

კუჭის ზონდით კვების განმავლობაში დააკვირდით ნიშნებს, რაც საშუალებას მისცემს ახალშობილს გადავიდეს წოვით კვებაზე. ეს შეიძლება იყოს ტუჩების მოძრაობა პირის გვერდითი შეხების მიმართულებით, სუნთქვითი სიხშირე წუთში 60 სუნთქვაზე ნაკლები, ასევე შესაძლებლობის გაზრდა, ექთანმა შეძლოს ახალშობილის ხელში დაჭერა. კუჭის ზონდის წოვა, თითის ან საწოვარას წოვება შეიძლება იყოს მზაობის ნიშანი, თუმცა არა საკმარისი. ახალშობილებს ასევე უნდა ჰქონდეთ ინტაქტური პირღებინების რეფლექსი. ისინი უფრო მეტად მიდრეკილნი არიან საკვების ასპირაციაზე. აღნიშნეთ აქვს თუ არა პირღებინების რეფლექსი კათეტერის ან ხელთათმანიანი თითის პირში ჩადებაზე.

ახალშობილთა უმეტესობა მზად არის დაიწყონ ორალური კვება, როცა მიუახლოვდებიან 34 - 35 კვირის “გამოსწორებულ ასაკს”, ზოგი კი მზად არის 30-34 კვირაზე (გამოსწორებული ან განვითარების ასაკი არის ქრონოლოგიური ასაკს გამოკლებული ის კვირების რაოდენობა,

რამდენითაც ადრე დაიბადა ახალშობილი). ამ დროს ბევრ ჯანსაღ ნაადრევ ახალშობილს შეუძლია კოორდინირებულად მოწოვოს ყლაპვასთან ერთად, ისუნთქოს და ჰქონდეს ფუნქციური პირღებინების რეფლექსი. დამატებით, ახალშობილს უნდა ჰქონდეს საკმარისი ენერგია იკვებოს ორალურად ოქსიგენაციის დარღვევის გარეშე. ძალიან სუსტი ახალშობილები მოიხმარენ ბევრ ჟანგბადს, გლუკოზასა და ენერგიას როცა წოვენ და, ამიტომ, უმჯობესია გააგრძელონ კუჭის ზონდით კვება.

როცა ახალშობილი იწყებს ძუძუს თავებით წოვას, შეაფასეთ წოვის, ყლაპვისა და სუნთქვის კოორდინაცია და დააკვირდით ასპირაციას. ხშირი მოხრჩობა, პირღებინება ან ციანოზი კვების განმავლობაში, მიანიშნებს, რომ ახალშობილს არ შეუძლია საკმარისად კარგად გაუკეთოს კოორდინაცია ყველა აქტივობას ძუძუს თავებით კვების დროს. ზოგიერთი ახალშობილი იმდენად სუსტადაა, რომ ასპირაციის ჩვეულებრივი ნიშანი მინიმალურია ან საერთოდ არაა გამოხატული.

შეაფასეთ სუნთქვის სიხშირე კვებამდე და მის შემდეგ. როცა სუნთქვის სიხშირე მეტია ვიდრე 60 ჩასუნთქვა წუთში კვებამდე, მოახდინეთ კუჭის ზონდით კვება, რათა მოვახდინოთ ასპირაციის პრევენცია. კვების დროს მნიშვნელოვანია დააკვირდეთ საყურადღებო ნიშნებს. ძუძუს თავებით კვება ახალშობილებისგან საჭიროებს ზედმეტად ბევრ ენერგიას და აძლიერებს ჟანგბადის მოთხოვნილებას.

პაციენტის მოვლასთან ასოცირებული დიაგნოზი

როცა ახალშობილის კვებითი საჭიროებები ესადაგება პარენტერალურ მეთოდს, პაციენტის მოვლა არის კოლაბორაციული. თუმცა, როგორც კი ახალშობილს შეუძლია ძუძუთი კვება ან ფორმულირებული საკვების მიღება, პაციენტის მოვლასთან ასოცირებული ჩარევები განსხვავებულია. დიაგნოზი შემდეგია: „არაბალანსირებული კვების რისკი ნაკლები, ვიდრე ახალშობილის მოთხოვნილებები, რომელიც დაკავშირებულია არაკოორდინირებულ წოვასთან, ყლაპვასა და დაღლასთან კვების დროს".

შემთხვევის შესწავლა 14-1
კრიტიკულად სააზროვნო დავალება

ლუკა უკვე მზად არის იკვებოს ენტერალურად. ნაადრევი და დროული ახალშობილის ბოთლით კვების დროს არის რაიმე სახის განსხვავება? და თუ არის, როგორი? ლუკას დედა იხსენებს, რომ მისი დის ახალშობილი არ იყო ნაადრევი და კვებავდნენ ბოთლით. რა პასუხი უნდა გასცეს ექთანმა ამ კითხვას?

მოსალოდნელი გამოსავალი

მოსალოდნელი გამოსავალი არის, რომ ახალშობილი:

1. მოიხმარს სარძევე ჯირკვლის რძის ან ფორმულის შესაბამის რაოდენობას, რათა მოახდინოს შესაბამისი კვებითი საჭიროებების მიღება ასაკსა და წონასთან მიმართებაში;
2. ასაკთან შესაბამისი წონის მატება, ზოგადად, შეადგენს 15- 20 გრ/კგ/ დღეში.

კვების რაოდენობა და წონის მატება განსხვავებულია ახალშობილის გესტაციის ასაკისა და სხვა მდგომარეობათა მიხედვით. განიხილეთ რა არის მნიშვნელოვანი ახალშობილისთვის ექთანთან და ექიმთან ერთად.

ჩარევები

პარენტერალური კვების დანიშვნა

ექთანი აწარმოებს დანიშნული პარენტერალური კვების მონიტორინგს, სითხეების IV ინფუზიას, რომელიც შეიცავს უმთავრეს კვებით ღირებულებებს და საჭიროა მეტაბოლიზმისა

და ზრდა-განვითარებისთვის, რაც განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია ძალიან მოუმწიფებელი ახალშობილისთვის რესპირატორული პრობლემების, შეზღუდული კუჭის მოცულობის ან შემცირებული პერისტალტიკის გამო. ის უზრუნველყოფს კალორიებს, ამინო მჟავებს, ცხიმოვან მჟავებს, ვიტამინებსა და მინერალებს იმ რაოდენობით, რაც მორგებულია ახალშობილის სპეციფიურ საჭიროებებზე. გრძელდება და ხდება მათი რაოდენობის შემცირება თანდათანობით, სანამ ახალშობილი შეძლებს გადავიდეს სრულ ენტერალურ კვებაზე.

ენტერალური კვების დანიშვნა

ენტერალური კვება (კვება გასტროინტესტინალურ ტრაქტში, ორალურად ან კვების მილით), იგივე *ალიმენტალური კვება*, ხშირად იწყება დაბადებიდან პირველი რამდენიმე დღე მინიმალური ენტერალური კვებით. ეს კვება, მცირე რაოდენობით სარძევე ჯირკვლის რძე ან ფორმულა, მიეწოდება კუჭის ზონდის საშუალებით, განსაზღვრულ დროს. ისინი ასტიმულირებს კუჭ-ნაწლავის ტრაქტის განვითარებას, აძლიერებს კუჭის მოძრაობას, მცირდება პარენტერალური კვების საჭიროება და საავადმყოფოში ყოფნის დრო.

ენტერალური კვების დასაწყებად უნდა ისმინებოდეს ნაწლავის ნორმალური ხმიანობა, არ უნდა იყოს მუცლის შესამჩნევი გადაბერვა და ახალშობილი უნდა იყოს შედარებით სტაბილურ მდგომარეობაში. დედის რძე მიეწოდება, თუკი ეს ხელმისაწვდომია. კოლოსტრუმში განსაკუთრებით მაღალი შემადგენლობითაა იმუნური ნივთიერებები, რაც ეხმარება ახალშობილს ინფექციის პრევენციაში. კვება თანდათანობით იზრდება ახალშობილის შესაძლებლობასთან ერთად.

კოლოსტრუმი ან სარძევე ჯირკვლის რძე შეიძლება ასევე გამოვიყენოთ ახალშობილის პირის ღრუს მოსავლელად. მისი გამოყენება ხდება ახალშობილის ტუჩებზე და პირის შიგნით ყოველ 3 საათში ერთხელ, სტერილური ფუნჯით. ის უზრუნველყოფს ძუძუს რძის იმუნოლოგიურ სარგებელს, სანამ თავად ახალშობილი შეძლებს ძუძუთი კვებას.

ნაადრევ ახალშობილებს სჭირდებად სპეციალური ფორმულირებული საკვები ან გამდიდრებული ძუძუს რძე. შერჩეული ფორმულირებული საკვები უნდა შეესაბამებოდეს მარტივად მონელებად, კონცენტრირებულ საკვებ ნივთიერებებს, სითხის მცირე მოცულობებით. ნაადრევ ახალშობილს შეიძლება დასჭირდეს ფორმულირებული საკვები, რომელსაც აქვს 24 კკალ/ oz (განსხვავებით 20 kcal/oz , რომელიც საჭიროა სრული ვადით ახალშობილისთვის), რაც მიესადაგება მათ მოთხოვნებებს. ნაადრევი ახალშობილების ფორმულირებული საკვები შეიძლება შეიცავდეს დამატებით კალორიებს, ცილებს, ვიტამინებს, მინერალებსა და კომპლექსურ ცხიმოვან მჟავებს. ასევე, შეიძლება დამატებული იყოს სხვა კომპონენტები ინდივიდუალური მოთხოვნების შესაბამისად. ძუძუს რძის გამამდიდრებლები ძუძუს რძეს ავსებენ საჭირო კვებითი ნივთიერებებით.

კუჭის ზონდის საშუალებით კვების დანიშვნა

ნაადრევ ახალშობილებში, ორალური კვების დაწყებამდე, ხშირად საჭიროა კუჭის ზონდით კვება (იხილეთ პროცედურა 14 -1). პატარა, რბილი კათეტერი იდგმება ცხვირის ან პირის საშუალებით ყოველი 2-3 საათის განმავლობაში, ხანგამოშვებითი (ერთჯერადად დიდი მოცულობით) კვების დროს. მუდმივი კათეტერი, ასევე, შეიძლება გამოვიყენოთ ხანგამოშვებითი ან უწყვეტი კვებისთვის.

კათეტერის ჩადგმა თითოეული კვების დროს შეიძლება უფრო ტრავმული იყოს, ვიდრე მისი დატოვება ადგილზე. ორალური გზით ზონდის ჩადგმამ შეიძლება გამოიწვიოს გულისრევის შეგრძნება ან მოგვიანებით გაზარდოს ახალშობილის მიუღებლობა ორალურ კვებაზე. ჩადგმის დროს ვაგალურმა სტიმულაციამ შეიძლება გამოიწვიოს აპნოე და ბრადიკარდია. ზონდის ნაზალურად მოთავსება თავიდან არიდებს ორალურ სტიმულაციაზე უარყოფას, მაგრამ ზრდის ახალშობილის სასუნთქი გზების რეზისტენტობას და აბრკოლებს მის პატარა სასუნთქ გზებში ჰაერის მოძრაობას.

ხანგამოშვებითი, ერთჯერადად დიდი მოცულობით კვება უზრუნველყოფს შედარებით ნორმალურ კვებას, კუჭის ჰორმონებისა და ფერმენტების პერიოდული სტიმულაციით. ასეთი კვება უნდა წარმოებდეს ნელა და გაგრძელდეს 30 -60 წუთის განმავლობაში.

მცირე ზომის კუჭის სინდრომით, თანდაყოლილი გულის დაავადებებით, ერთჯერადად დიდი მოცულობით კვებაზე აუტანლობით ან გამოჯანმრთელების პერიოდში ნეკროზული ენტეროკოლიტის მქონე ახალშობილებისათვის უკეთესია გახანგრძლივებული კვება. თუმცა, უწყვეტი კვება უფრო დიდი რისკის მატარებელია ასპირაციის მხრივ, რადგან ახალშობილზე დაკვირვება არ ხდება მთლიანი დროით კვების განმავლობაში. დამატებით, შესაძლოა მკვეთრად მოიმატოს რძეში ან ფორმულირებულ საკვებში ბაქტერიების რაოდენობამ და მოხდეს მილში ცხიმების მიწებება უწყვეტი კვების დროს.

ახალშობილის შესაძლებლობების ზრდასთან ერთად თანდათანობით იზრდება კვება. ფრთხილად დააკვირდით ახალშობილის საპასუხო რეაქციებს თითოეულ კვებაზე, რათა ზუსტად განისაზღვროს როდის შეიძლება კვების სახეობისა და რაოდენობის შეცვლა. პარენტერალური კვება გრძელდება, სანამ ახალშობილი შეძლებს გაუძლოს საკმარის ენტერალურ კვებას.

კუჭში ზონდით კვების დროს ხშირად გამოიყენება საწოვარა. ნაადრევ ახალშობილებს უწევთ შემაწუხებელ ორალურ სტიმულატორზე შეხება, როგორიცაა ინტუბაცია და ლორწოს ამოქაჩვა, რამაც შეიძლება ნეგატიურად იმოქმედოს დამატებით ორალურ სტიმულაციაზე, რომელიც ხელს უშლის კვებას. კუჭის ზონდით კვებით დროს საწოვარას გამოყენება იწვევს დადებით ორალურ სტიმულაციას და ეხმარება წოვით გამოწვეული სისავსის კომფორტულ შეგრძნებებს. არაკვებითი წოვება ზრდის მოგვიანებით ორალურ კვებას და ამცირებს კვების ცვლილებებს.

არაკვებითი წოვება ასევე გულისხმობს, რომ ახალშობილმა, რომელიც ჯერ არ არის მზად ძუძუთი კვებაზე გადასასვლელად, უბრალოდ რძით დაცარიელებული სარძევე ჯირკვლიდან მოწოვოს, რაც საშუალებას მისცემს მოემზადოს სარძევე ჯირკვლიდან კვებისთვის. კუჭის ზონდით კვება შეიძლება გაკეთდეს იმავე დროს, რაც ეხმარება ახალშობილს დანაყრებულად იგრძნოს თავი ძუძუთი კვებასთან ერთად. ამან შეიძლება გააუმჯობესოს ძუძუთი კვების შესაძლებლობები, როცა ახალშობილი მზად არის იკვებოს სარძევე ჯირკვლიდან.

ორალური კვების დანიშვნა

სარძევე ჯირკვლის თავიდან პირველი კვება შეიძლება შეიცავდეს მხოლოდ მინიმალური რაოდენობით რძეს დღიურად და შეიძლება შეივსოს კუჭის ზონდის კვებით. კვება დამოკიდებულია ახალშობილის ნიშნებზე, რომელიც მიგვანიშნებს როდის არის მზად ახალშობილი ორალური კვების დასაწყებად. ხდება კვებათა რაოდენობისა და მოცულობის თანდათანობითი ზრდა, სანამ ახალშობილი დაიწყებს კვებას სარძევე ჯირკვლიდან ან ბოთლიდან ყოველ 8 საათში ერთხელ, შემდეგ ყოველი მეორე ან მესამე კვების დროს და საბოლოოდ ყოველი კვების დროს (სურათი 14 - 4).

სურათი 14-4, ექთანი კვებავს ნაადრევ ახალშობილს

ორალური კვების დაწყება უფრო მეტად დამოკიდებულია ახალშობილის მინიშნებებზე (ფიზიოლოგიური და ქცევითი მზაობის მინიშნებები კვების დასაწყებად), ვიდრე დროის მიხედვით შედგენილ გრაფიკზე. ტირილი არის შიმშილის გვიანი ნიშანი და შეიძლება გამოიწვიოს ახალშობილის დაღლა, რის გამოც შეიძლება კვება ვეღარ შეძლოს. მინიშნებაზე დამოკიდებული კვება შეიძლება დაეხმაროს ახალშობილს უკეთ დაარეგულიროს და განავითაროს ძილ-ღვიძილის ციკლი.

კვებისთვის მომზადება

უზრუნველყავით სითბოს შენარჩუნება კვების განმავლობაში. როცა ახალშობილს შეუძლია სტაბილურად ტემპერატურის შენარჩუნება, შეახვიეთ ის თბილ პლედებში და სათანადოდ მოათავსეთ კვებისთვის. თუ თერმორეგულაცია პრობლემაა, კვებეთ ახალშობილი გამათბობელში ან ინკუბატორში.

სარძევე ჯირკვლის თავებზე მოსათავსებლით კვების დროს ახალშობილი გაცილებით უფრო მეტ ენერგიის ხარჯავს, ვიდრე კუჭის ზონდით კვების დროს. საშუალება მიეცით ახალშობილებს ჰქონდეთ დასვენების პერიოდი კვებამდე და კვების შემდეგ. კვებამდე საწოვარას გამოყენება ეხმარება ნაადრევ ახალშობილს გამოფხიზლებაში, რაც ზრდის ორალური კვების წარმატებას. ახალშობილები უკეთესად იკვებებიან სიფხიზლის პერიოდში.

ახალშობილი შეაფასეთ ზედმეტი სტიმულაციისა და სტრესის ნიშნებზე კვების განმავლობაში. თუ ეს გამოვლინდა, შეწყვიტეთ კვება და საშუალება მიეცით ახალშობილს დაისვენოს. თუ ახალშობილს კვლავ აღენიშნება სტრესის ნიშნები, კვება უნდა შეივსოს კუჭის ზონდის საშუალებით.

ახალშობილები შეიძლება ვკვებოთ განრიგის მიხედვით - ყოველ 3 საათში ან როცა შიმშილის მინიშნებები ექნებათ, როგორიცაა თითების წოვება. ტირილი არის შიმშილის გვიანი ნიშანი და ახალშობილები, რომლებიც ძალიან ბევრს ტირიან, შეიძლება დაიღალონ და ვერ შეძლონ სრულყოფილი კვება.

პროცედურა 14-1

კუჭის ზონდის საშუალებით კვების დაწყება

მიზანი: იმ ახალშობილების კვება, რომლებსაც თავად არ შეუძლიათ იკვებონ ძუძუთი:
შეიძლება მოხდეს იზოლირებულად ან ძუძუთი კვებასთან ერთად

1. **დაიბანეთ ხელები**
მოაგროვეთ მოწყობილობა, რაც მოიცავს: კუჭით ზონდით კვების შესაფერისი ზომის კათეტერს (დამოკიდებულია ახალშობილის ზომაზე), საზომ კონტეინერს, 20 მლ შპრიცს, სტეტოსკოპს, ტუმბოიან შპრიცს, დასაგრძელებელ მილს, თუ ეს გახდა საჭირო. შეათბეთ დედის რძე ან ფორმულა ოთახის ტემპერატურამდე. შეამოწმეთ დიაგრამის მონაცემები, რომ ნახოთ როგორ გადაიტანა წინა კვება.

საჭიროებისამებრ, დაამატეთ გამაძლიერებელი დედის რძეს. ყველა მოწყობილობის ქონა საშუალებას იძლევა, რომ პროცედურა ჩატარდეს ხარისხიანად და თავიდან ავიცილოთ ახალშობილის ზედმეტი შეწუხება ან დაგვიანებული კვება. ცივმა რძემ შეიძლება ხელი შეუშალოს თერმორეგულაციას. წინა კვებიდან მიღებული ინფორმაცია კი საშუალებას მისცემს ახალშობილის მოთხოვნილებების სათანადოდ დაკმაყოფილებას;

2. ჩაიცვით ხელთათმანები
თუ მშობლებს აქვთ სურვილი და გამოთქვამენ მზადყოფნას მონაწილეობა მიიღონ მოვლაში, შეუძლიათ ახალშობილი ჰყავდეთ როგორც ხელში აყვანილი, ისე კენგურუს პოზაში, სანამ კათეტერის გაკეთება მოხდება. თუ თვითონ ახალშობილის აყვანა ვერ ხერხდება, შესაძლებელია დავუჭიროთ ხელები. კვება ძალიან მნიშვნელოვანია მშობლებისთვის და მათი ჩართულობა ამ პროცესში საკმაოდ მნიშვნელოვანია;

3. განსაზღვრეთ იმ კათეტერის სიგრძე, რომლის გაკეთებაც უნდა მოხდეს. გაზომეთ ცხვირის წვერიდან, ყურის ქვემომდე და შემდეგ ქსიფოიდის პროცესის ნახევრამდე და შემდეგ ჭიპამდე მანძილი. მონიშნეთ კათეტერი ზუსტ წერტილში, ლენტის საშუალებით ან საღებავით. თუ ზონდი ძალიან მოძრავია, შეამოწმეთ ყოველ 4- 8 საათში რომ ნახოთ, ლენტი არის თუ არა იმავე ადგილას. გაზომილი მანძილი შეესაბამება მანძილს პირიდან ან ცხვირიდან კუჭამდე. კათეტერზე ნიშნის ცვლილება მიუთითებს, რომ მოხდა ზონდის გადაადგილება;

4. ორალურად დაყენების დროს, ზონდი ნაზად ჩაიყვანეთ პირში, სანამ ზონდზე ნიშანს არ მიუახლოვდებით. ცხვირიდან ჩასვლის დროს ზონდის წვერი დაასველეთ სტერილური წყლით ან ლუბრიკანტით. ნაზად შედით ერთი ნესტოდან, სანამ წინასწარ გაზომილ ნიშანს არ მიუახლოვდებით. მოაშორეთ კათეტერი დაუყოვნებლივ, თუ მუდმივი ხველა, გუდვა, ციანოზი, აპნოე ან ბრადიკარდიის ნიშნები განვითარდება. ლუბრიკანტით დატენიანება საშუალებას აძლევს უფრო მარტივად გაიაროს და ნაკლებად ტრავმული იყოს. იყავით ფრთხილად იმ ნიშნებზე, რაც მიანიშნებს, რომ კათეტერი შედის ტრაქეაში საყლაპავის ნაცვლად. ვაგუსის ნერვის სტიმულაციამ შეიძლება გამოიწვიოს ბრადიკარდია ან აპნოე;

5. შეამოწმეთ ზონდის ადგილმდებარეობა. მიამაგრეთ შპრიცი კათეტერს და ნაზად ამოქაჩეთ კუჭის შიგთავსი. შეიძლება გამოვიყენოთ რადიოგრაფია, რომ დავაზუსტოდ სწორი მდებარეობა (თუ ის კეთდება სხვა მიზეზის გამო). ძალის გამოყენებამ შეიძლება გამოიწვიოს კუჭის ამომფენი გარსის დაზიანება, თუ კათეტერის ბოლო არის მიბჯენილი მის საწინააღმდეგოდ. კათეტერის მოძრაობამ შეიძლება გამოიწვიოს კუჭის ამომფენი გარსიდან მოშორება. ზონდის მონიშნული ადგილის შემოწმება საშუალებას გვაძლევს დავრწმუნდეთ, რომ ზონდი არის სწორ ადგილას;

6. მყარად დაამაგრეთ კათეტერი ლოყაზე მისაწეპებელი სამაგრით. დამაგრება უზრუნველყოფს, რომ კათეტერი იყოს დაფიქსირებული სწორ წერტილში პროცედურის დროს;

7. ამოქაჩეთ კუჭის შიგთავსი, რომ შეამოწმოთ კუჭში დარჩენილი მოცულობა. დააკვირდით ამოქაჩული მასის რაოდენობას, ფერსა და შემადგენლობას. უწყვეტი კვების დროს შეამოწმეთ კუჭის ნარჩენი შიგთავსი ყოველ 2- 4 საათში ან გზამკვლევის მიხედვით. არ გააგრძელოთ ახალშობილის კვება თუ ამოქაჩული მასა შეცვლილია. ნარჩენი არ უნდა იყოს იმაზე მეტი, ვიდრე წინა კვების მოცულობის ნახევარი ან შეიძლება მთლიანად ან ორჯერ მეტი. აღნიშნეთ კუჭის შიგთავსის ანომალიური რაოდენობა ან შემადგენლობა. კუჭის შიგთავსი, რომელიც არის წითელი ან მუქი ყავისფერი, შეიძლება მიანიშნებდეს სისხლის შემცველობას. თუ ამოქაჩული ნივთიერება არის მწვანე ნაღვლის წვენის ან მოყავისფრო განავლით, შეიძლება მიანიშნებდეს ნაწლავების ობსტრუქციას. ჭარბი ნარჩენი მოცულობა შეიძლება ნიშნავდეს, რომ ახალშობილი იღებს ბევრ საკვებს ან კუჭის დაცლა შენელებულია. ნარჩენი ანომალიური მოცულობა მიანიშნებს, რომ კვება გადამეტებულია;

8. ჩაანაცვლეთ ამოქაჩული ნივთიერება ახალი კვების დაწყებამდე, სანამ ამოქაჩული ნივთიერება არ არის ანომალიური და გამოაკელით ამოქაჩული ნივთიერება საკვების იმ რაოდენობას, რომელსაც ვაძლევთ. ასპირატის ჩანაცვლება პრევენციას უკეთებს ელექტროლიტების კარგვას. კუჭის გადაჭიმვას თავიდან აიცილებთ საკვებზე ნარჩენი ნივთიერების გამოკლებით;

9. მოაშორეთ პლუნჟერი და მიამაგრეთ შპრიცი ზონდს. ჩაასხით რძის ზუსტი რაოდენობა შპრიცში. მიამაგრეთ საკვებ ტუმბოს, რომელიც არეგულირებს საკვების ჩასვლას. ტუმბოს მიზიდულობის ძალა და საკვების ჩასვლის რეგულირება გამოიწვევს ნაკლებ ტრავმას და პრევენციას უკეთებს კუჭის სწრაფ გადავსებას;

10. როცა გამოიყენება მიზიდულობის ძალით საკვების მიწოდება, აწიეთ ან ჩაწიეთ შპრიცი სიჩქარის დასარეგულირებლად, ისე რომ საკვები ჩავიდეს კუჭში ნელა, 30 წუთის განმავლობაში. რაც უფრო მაღლაა შპრიცი, მით უფრო სწრაფად და მეტი წნევით ჩავა საკვები კუჭში. კვება უნდა მიმდინარეობდეს ნელი ტემპით, რომ არ მოხდეს კუჭის გადაჭიმვა ან მაღალი წნევისგან ტრავმა;

11. უწყვეტი კვებისთვის მოათავსეთ 2-4 საათის სამყოფი რძე შპრიცში. დააყენეთ ტუმბო ისე, რომ ჩასვლის სიჩქარე იყოს შესაბამისი. შეცვალეთ მოწყობილობა შესაბამისი რეგულაციების მიხედვით. რძეში ან ზონდში ზედმეტი ბაქტერიების ზრდის პრევენციისათვის საჭიროა საკვები მოწყობილობის მცირე დროით გამოყენება და ხშირი ცვლა. გადასხმის ზონდი უზრუნველყოფს უწყვეტ კვებას დარეგულირებული სიჩქარით;

12. მიეცით ახალშობილს საწოვარა კვების დროს. საწოვარა ასტიმულირებს წოვების რეფლექსს, ეხმარება ახალშობილის მომზადებას წოვებისთვის, კომფორტულია და ეხმარება ახალშობილს დააკავშიროს წოვება კვებასთან;

13. ხანგამოშვებითი კვების დროს კათეტერი, რომელიც დაფიქსირებულია ადგილზე, გაასუფთავეთ 1- 2 მლ სტერილური წყლით და დახურეთ ღია ბოლო, როცა კვებას დაასრულებთ. ეს პრევენციას უკეთებს ზონდის დახშობას და ფორმულის გადმოსვლას უკან;

14. როცა ზონდის მოცილება გახდება საჭირო, მოუჭირეთ და სწრაფად მოაშორეთ. მოჭერა პრევენციას უკეთებს სითხის წვეთების ჩასვლას ტრაქეაში. სწრაფი მოცილება ამცირებს გაღიზიანებას;

15. ახალშობილს ამოაქარვებინეთ კვების დასრულების შემდეგ. ჰაერი შეიძლება გადაყლაპოს კათეტერიდან და ეს გამოიწვევს ახალშობილის მიერ რეგურგიტაციასა და ასპირაციას;

16. ჩაინიშნეთ საკვების სახეობა, რაოდენობა, მიღების დრო და კუჭში დარჩენილი მასის ოდენობა, ასევე ისიც, თუ როგორ გადაიტანს ახალშობილი კვებას. დოკუმენტაციაში აღნიშვნა საშუალებას იძლევა მონიტორინგი გაუკეთოთ ახალშობილის შესაძლებლობას, თუ როგორ იტანს კვებას და ასევე, საკვები ნივთიერებების საჭიროებას.

სარძევე ჯირკვლების თავების დასაფარებელი თავების არჩევა

სხვადასხვა სახეობის თავები არსებობს ახალშობილებისთვის. რბილი, მაღალი-დინების თავები ("preemie" თავები) უფრო მოქნილია, ვიდრე რეგულარული თავები და საჭიროებს ნაკლებ ენერგიას წოვებისთვის. თუმცა, შეიძლება მოახდინონ რძის მიწოდება უფრო სწრაფად, რაც იწვევს ხრჩობას და ხელს უშლის სუნთქვაში წოვის სიჩქარის რეგულირებას. სტანდარტული თავები უფრო მკვრივია, რძის გადასვლას იწვევს უფრო ნელა და ახალშობილმა შეიძლება გააკონტროლოს შედარებით მარტივად. თავები არის სხვადასხვა ზომის, ასევე ისეთიც, რომელიც მიესადაგება ძალიან მცირე ზომის ახალშობილის პირს.

ნაადრევი ახალშობილის მოვლაში ჩარევა ფორმულირებული საკვებით მოცემულია პაციენტის შემთხვევის შესწავლა 14-1-ში. რისკის ქვეშ მყოფი ახალშობილებისთვის გამოყენებული ხშირი დიაგნოზები ჩამოთვლილია სამახსოვრო 14-1.

ძუძუთი კვების დაჩქარება

ძუძუს რძე საუკეთესო საკვებია თითქმის ყველა, განსაკუთრებით კი ნაადრევი ახალშობილისთვის. ნეონატოლოგიის ექთნების ეროვნული ასოციაციის განცხადებები მიგვითითებს, რომ დედის რძე და ძუძუთი კვება მნიშვნელოვანი კომპონენტია კრიტიკულად ავადმყოფი ახალშობილისთვის. ამერიკის პედიატრთა აკადემია რეკომენდაციას გვაწვდის, რომ ყველა ახალშობილმა მიიღოს დედის რძე.

აუხსენით მშობლებს, რომ დედის რძის იმუნოლოგიური სარგებელი განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია ნაადრევი ახალშობილებისათვის, რომელთაც არ მიუღიათ პასიური იმუნიტეტი მუცლად ყოფნის განმავლობაში. დედის რძე უზრუნველყოფს ინფექციებისგან დაცვას და ამცირებს ნეკროზული ენტეროკოლიტის შემთხვევებს, სტიმულაციას უკეთებს იმუნურ სისტემას და კუჭ-ნაწლავის მომწიფებას, კარგად გადაიტანება და კვებითი ღირებულებებიც მეტია, ვიდრე ძროხის რძეში. ძუძუს რძეში არსებული საკვები ნივთიერებები მარტივად მოინელება და ასტიმულირებს ანტიმიკრობულ კომპონენტებს, ფერმენტებს, ჰორმონებსა და ზრდის ფაქტორებს, რომელიც მეტად მნიშვნელოვანია ნაადრევი ახალშობილისთვის.

დამატებით, ძუძუთი კვება შეიძლება ნაკლებ სტრესული იყოს, ვიდრე ბოთლიდან კვება. ახალშობილის ოქსიგენაციის დონე ხშირად უფრო მაღალია ძუძუთი კვების დროს, რადგან კოორდინაციას უკეთებს სუნთქვასა და წოვას, განსხვავებით ბოთლით კვებისგან.

შესთავაზეთ მხარდაჭერა და გაამხნევეთ დედები, რომლებსაც სურთ ძუძუთი კვება. საკუთარი რძით ახალშობილის გამოკვება ეხმარება დედას გაიაზროს, რომ მასაც შეუძლია დაეხმაროს ახალშობილს. ბევრი დედა ამას აღიქვამს, როგორც ძალიან მნიშვნელოვანს და ღირებულს და იღებენ მეტ პასუხისმგებლობას ახალშობილის ზრუნვაში.

ყუთი 14- 1 ნაადრევი ახალშობილის ხშირი დიაგნოზები

აქტივობის აუტანლობა;
მწვავე ტკივილი;
სასუნთქი გზების არაეფექტური გათავისუფლება;
ახალშობილის არაეფექტური კვება;
არაეფექტური თერმორეგულაცია;
დარღვეული ოჯახური გარემო;
ტკივილი;
რისკი:

- მომვლელის დაძაბულობის;
- შეფერხებული ზრდისა და განვითარების;
- ახალშობილის არაორგანიზებული ქცევის;
- არაბალანსირებული სითხის მოცულობის;
- არაბალანსირებული საკვები ნივთიერების: ნაკლები, ვიდრე მოთხოვნილებაა;
- ახალშობილი- მშობლის დარღვეული ურთიერთდამოკიდებულების;
- ბავშვის აღზრდის დარღვეული პროცესის;
- კანის დარღვეული ერთიანობის;
- ინფექციის.

როცა დედა გეგმავს ძუძუთი კვებოს ახალშობილი, უნდა ეცადოს შეინარჩუნოს ლაქტაცია, სანამ ახალშობილი მოწიფდება სათანადოდ იმისათვის, რომ შეძლოს ძუძუთი კვება. ახალშობილის დაბადებიდან პირველი ექვსი საათის განმავლობაში დედას მიაწოდეთ ძუძუს გამოსატუმბი და აუხსენით მისი გამოყენების წესი. განუმარტეთ, რომ სატუმბის გამოყენება უნდა დაიწყოს რაც შეიძლება ადრე და ხშირად უნდა გამოიტუმბოს რძე: სულ მცირე რვაჯერ ყოველდღე, 10-15 წუთის განმავლობაში. მიეცით დედას სტერილური კონტეინერი რძის შესანახად. აჩვენეთ, სად უნდა დააწეროს ინფორმაცია კონტეინერზე და ახალშობილთა ინტენსიური თერაპიის განყოფილებაში სად მიიტანოს. როცა დედა სახლშია, აუხსენით, რომ რძე უნდა შეინახოს მაცივარში 24 საათის განმავლობაში. ხოლო თუ რძის გამოყენებას აპირებს 24 საათზე მეტი დროის შემდეგ, უნდა შეინახოს საყინულეში. როცა რძეს უნდა დაემატოს გამამდიდრებელი ნივთიერებები, აუხსენით, კიდევ რა შეიძლება დასჭირდეს ნაადრევ ახალშობილს ბოთლის გამოყენების გარეშე.

ახალბედა დედისთვის მნიშვნელოვანია მხარდაჭერის შენარჩუნება. გაამხნევეთ მათი თითოეული მცდელობა ძუძუთი კვებასთან დაკავშირებით, რომელიც შეიძლება რთული აღმოჩნდეს პირველად. შეახსენეთ, რომ თუნდაც სრული ვადით ახალშობილთან კონტაქტისას უნდა ისწავლოს საბაზისო მეთოდები და ასწავლეთ, როგორ მოარგონ ნაადრევ ახალშობილს.

ახალშობილთა თერაპიული ზრუნვის განყოფილებაში არსებული დატვირთვის ფონზე კვებისათვის საჭირო რელაქსაცია რთული მისაღწევია. რამდენადაც შესაძლებელია, უზრუნველყავით რაც შეიძლება მეტი პირადი სივრცე. დაეხმარეთ დედას იგრძნოს თავი კომფორტულად, როცა ხელში უჭირავს თავისი მცირე ზომის ახალშობილი. ძალიან მნიშვნელოვანია ლაქტაციის კონსულტანტის დახმარება პირველი ძუძუთი კვების დროს.

მოარგეთ ძუძუთი კვების სწავლება ძალიან მცირე ზომის ახალშობილის საჭიროებებს. აჩვენეთ დედას როგორ უნდა გამოიყენოს ფეხბურთის და ჯვარედინი სარწეველას ბავშვის დაჭერის მეთოდი, რომელიც საშუალებას აძლევს ახალშობილს სწორად იყოს სახით მიმართული, კარგად მოახდინოს სარძევე ჯირკვალზე მოჭიდება და კვება. დამატებითი მოვლის სისტემა-მოწყობილობა, რომელიც ინახავს გამოწველილ რძეს ტომარაში და მცირე მილით არის მიმაგრებული

დედის სარძევე ჯირკვლის თავებს, შეიძლება გამოვიყენოთ ახალშობილების დასახმარებლად, რათა მიიღონ ნაკლები რაოდენობის რძე ადრეული კვების დროს. ბოთლით კვება უნდა დავიწყოთ თანდათანობით და პროგრესირდეს შესაბამის კვებაზე.

აწარმოეთ იგივე დაკვირვება ახალშობილზე ძუძუთი კვების დროს ისე, როგორც ბოთლით კვების დროს. დაღლის ნიშნები, ბრადიკარდია, ტაქიპნოე ან აპნოე მიგვანიშნებს, რომ ახალშობილი არაა მზად ძუძუთი კვებისთვის. დარწმუნდით, რომ ახალშობილი თბილადაა. კვების დროს დედის სხეულის სითბო დაეხმარება ახალშობილის ტემპერატურის შენარჩუნებას. “კენგურუ ზრუნვა” იწყება მანამდე, სანამ ახალშობილი შეძლებს ძუძუთი კვებას. როგორც კი ახალშობილი მზად იქნება ძუძუთი კვებისთვის, “კენგურუ ზრუნვა” შეიძლება გაგრძელდეს კვების განმავლობაში.

პირველ რამდენიმე დღეს თხელი სარძევე ჯირკვლების თავებისთვის შეიძლება გამოვიყენოთ დამცავი, რითაც ვეხმარებით ახალშობილს კარგად მოეჭიდოს სარძევე ჯირკვალს და მოახდინოს მოჭიდების შენარჩუნება. აუხსენით დედას, რომ თითოეული კვების შემდეგ ბოლომდე გამოიწუროს სარძევე ჯირკვლები, რადგან ნაადრევმა ახალშობილმა შეიძლება რძე კარგად ვერ მოწოვოს.

შემთხვევის შესწავლა 14- 1
პაციენტის მოვლის გეგმა

შეფასება: ორჯერ ან სამჯერ დღის განმავლობაში ლუკას გამოყოფილი აქვს კვების დრო, ბოთლით და კუჭის ზონდის მეშვეობით, როცა დაღლილია. კვების გეგმა: ლუკა იღებს 120 კკალ/კგ/დღეში მოთხოვნების შესაბამისად. აქვს სუნთქვის გახშირების ან მცირე ციანოზური ეპიზოდები კვების განმავლობაში. ხანდახან იღებს მხოლოდ საკვების ნახევარს, სანამ დაეძინება. დანარჩენს კი იღებს კუჭის ზონდის საშუალებით. მაია გადაწყვეტს ლუკა კვებოს ფორმულით.

დიაგნოზი: ახალშობილის არაეფექტური კვება, რომელიც დაკავშირებულია კვების დროს კუნთების სისუსტესა და დაღლასთან.

მოსალოდნელი გამოსავალი: ლუკა შეძლებს:

1. მიიღოს დაახლოებით 216 კკალ/დღეში, რაც შეესაბამება მის წონას 1800 გრ;
2. იმატებს დაახლოებით 27-36 გრ დღეში;
3. ასრულებს წოვებით სრულ კვებას ისე, რომ არ იღლება ზედმეტად (როგორიცაა კვების დროს გაზრდილი სუნთქვითი სიხშირე ან ჩაძინება).

ჩარევა და რაციონალიზაცია

1. დაგეგმეთ დასვენების პერიოდები წოვებამდე და მის შემდეგ. კვებეთ, როცა ლუკა გამოხატავს შიმშილის მანიშნებელ ნიშნებს, სანამ შიმშილისგან ტირილს დაიწყებს. წოვება მოითხოვს დიდ ენერგიას. დასვენება ეხმარება ზედმეტი დაღლის პრევენციაში, მაგრამ ხელს უშლის ახალშობილს დაასრულოს კვება. ტირილი ზრდის ენერგიის ხარჯვას;
2. გამოიყენეთ საწოვარა კვებამდე. არაკვებითი წოვება ეხმარება ახალშობილს მოემზადოს კვებისთვის;
3. მოაგროვეთ კვებისთვის საჭირო ყველა მოწყობილობა. გამოიყენეთ კვებისთვის განკუთვნილი კონტეინერი, რომელზეც აღნიშნულია მილილიტრები. მოათავსეთ კონტეინერი თბილ წყალში, რძის შესათბობად ოთახის ან სხეულის ტემპერატურამდე. ყველა მოწყობილობის მომარაგება ზოგავს დროს და საშუალებას გვაძლევს ახალშობილმა იკვებოს დაბრკოლებების გარეშე. რაოდენობის ზუსტად გაზომვა მნიშვნელოვანია, რათა დავრწმუნდეთ, რომ ახალშობილმა მიიღო საჭირო რაოდენობის საკვები. ზოგიერთი ახალშობილი შემთბარ რძეს უფრო კარგად ღებულობს;

4. შეურჩიეთ ლუკას იმ ბოთლის თავი, რომლიდანაც კარგად იკვებება. სწორად არჩეული თავი უზრუნველყოფს სწორი სიჩქარით მიიღოს საკვები, რაც თავიდან აგვაცილებს საკვების გადაცდენას ან საჭიროზე მეტი ენერგიის ხარჯვას;

5. მოათავსეთ ლუკა თბილი პლედის შუაში და შეახვიეთ მოხრილი კიდურებით. დაახურეთ ქუდი თავზე. შეარჩიეთ მშვიდი გარემო და თავიდან აარიდეთ კვებისთვის ხელის შემშლელი ფაქტორები. ქუდი და პლედი ეხმარება ტემპერატურის შენარჩუნებაში. ახალშობილის კომფორტული პოზიცია ამცირებს არაორგანიზებულ ქცევებს. ზედმეტმა სტიმულმა შეიძლება გადაღალოს ახალშობილი და პრევენცია გაუკეთოს სწორ, ოპტიმალურ კვებას;

6. ახალშობილი ხელში დაიჭირეთ 45- 60 გრადუსის კუთხით. მყარად მოათავსეთ მისი თავი და კისერი ნეიტრალურ პოზიციაში. მოხრილი, ხელში აყვანილი პოზიცია ეხმარება ახალშობილს გააკონტროლოს ფორმულით კვების სიჩქარე;

7. დაარეგულირეთ კვების სიჩქარე. კვებეთ ნელა და საშუალება მიეცით დაისვენოს, როცა შეწყვეტს წოვებას. საწოვარას თავი მოაშორეთ პირიდან თუ აქვს სტრესის ნიშნები ან ხანგრძლივი წოვების ეპიზოდები სუნთქვის შეკავების გარეშე. ნელი ტემპით კვება აუცილებელია, ლუკას შემცირებული ენერგიის გამო. ნაადრევ ახალშობილებს უჭირთ კვების დროს დაარეგულირონ სუნთქვა. ბოთლის მოცილება ლუკას საშუალებას მისცემს დაისვენოს და ისუნთქოს;

8. არ ამოძრავოთ ბოთლის თავი პირში, რომ დააძალოთ ლუკას კვება, სანამ მზად არ არის. ამოაქარვებინეთ ახალშობილს ხშირად. ბოთლის თავის მოძრაობა ხელს შეუშლის ახალშობილს დაარეგულიროს კვების სიჩქარე და დასვენების საჭიროება. ნაადრევმა ახალშობილმა შეიძლება გადაყლაპოს უფრო მეტი ჰაერი, ვიდრე სრული ვადის ახალშობილმა, რადგან ამ დროს წოვება ნაკლებ ეფექტურია;

9. დააკვირდით ხველას, პირღებინებას, ციანოზს, აპნოესა და გულისცემის სიხშირის ცვლილებებს, ასევე სუნთქვასა და ჟანგბადის სატურაციას. შეწყვიტეთ კვება და შეაფასეთ ახალშობილის შესაძლებლობა შეუძლია თუ არა კვების გაგრძელება. საჭიროებისამებრ, უზრუნველყავით გაზრდილი ჟანგბადის მოთხოვნილება. ეს ნიშნები მიანიშნებს წოვის, ყლაპვისა და სუნთქვის კოორდინაციის გაძნელებასა და შესაძლო ასპირაციის. კვებას სჭირდება მეტი ჟანგბადი;

10. დასწიეთ ბოთლი ქვემოთ, რომ შეწყვიტოთ საკვების დინება თუ ახალშობილი ყლაპავს ძალიან ჩქარა, აქვს სიჩქარის დარეგულირების ან კოორდინაციის პრობლემები. საშუალება მიეცით ახალშობილს დაისვენოს, თუნდაც არ მოგიწიოთ ბოთლის თავის ამოღება, რადგან შეიძლება გაუჭირდეს ხელახალი ჩაჭიდება;

11. კვების დროს შეამოწმეთ გადაღლის ნიშნებზე ან ჩაძინებაზე. კვება, რომელიც გრძელდება 20-30 წუთზე მეტი, ზრდის ასპირაციის რისკს, ამცირებს ჟანგბადის სატურაციას. კვებას შეიძლება დასჭირდეს უფრო მეტი ენერგია, ვიდრე ახალშობილს აქვს. გადაღლილ ახალშობილებს ასპირაციის განვითარების მეტი შანსი აქვთ. კალორიები შეიძლება დაიხარჯოს კვებაში და არა ზრდის პროცესში;

12. დაასრულეთ კვება კუჭის ზონდის საშუალებით, საჭიროებისამებრ. კუჭის ზონდის საშუალებით კვება ზოგავს ენერგიას, პრევენციას უკეთებს ასპირაციას და უზრუნველყოფს ახალშობილს საჭირო რაოდენობის საკვებით;

13. ასწავლეთ მაიას როგორ კვებოს ახალშობილი, როცა მზად იქნება ჩაერთოს ბავშის კვებაში. ასწავლეთ კვების დროს როგორ შეაფასოს ახალშობილის ნიშნები და ლუკას საპასუხო რეაქციები კვებაზე. დაეხმარეთ ისწავლოს წოვების, ყლაპვისა და სუნთქვის მახასიათებლები, დააკვირდეს ისეთ ცვლილებებს, როგორიცაა რძის გადმოსვლა ახალშობილის პირიდან ან არარეგულარული სუნთქვა, რომელიც მიანიშნებს, რომ კვება უნდა შეწყდეს დროებით. კვება საშუალებას აძლევს მშობლებს ჩაერთონ ახალშობილის ზრუნვაში. მათი კომფორტული დამოკიდებულება კვების პროცესთან და ახალშობილის საპასუხო რეაქციების სწავლა, საშუალებას გვაძლევს მოემზადონ გაწერისთვის.

შეფასება: ლუკა დღეში მოიხმარს საშუალოდ 220 კალორიას და იმატებს საშუალოდ 33 გრ დღეში. თანდათანობით უფრო მეტად იკვებება ბოთლიდან და იშვიათად სჭირდება კუჭის ზონდით კვება. სუნთქვის სიხშირე რჩება 60 სუნთქვა წუთში და მთლიანი კვების დროს ფხიზლადაა. მაია უფრო კომფორტულად გრძნობს თავს, როცა ხედავს, რომ ბავშვი იმატებს წონაში და მთელი გულით იწყებს მის მოვლაში მონაწილეობას.

მიმდინარე შეფასების გაკეთება

უწყვეტად შეაფასეთ ახალშობილის პასუხი კვების ყველა მეთოდზე. უყურეთ დისტრესის ნიშნებს, განსაკუთრებით კვების დაწყებამდე. დააფიქსირეთ ძუძუს რძის ან ფორმულირებული საკვების რაოდენობა, რასაც ახალშობილი იღებს კუჭის ზონდით ან ბოთლით. შემდეგ კი შეადარეთ იმ რაოდენობას, რაც შეესაბამება ახალშობილის ასაკსა და წონას.

ძუძუთი კვების დროს მიღებული რძის დათვლა რთულია, ამიტომ ახალშობილი უნდა ავწონოთ ელექტრონულ სასწორზე კვებამდე და კვების შემდეგ და განვსაზღვროთ მიღებული რაოდენობა. ორივე შემთხვევაში ახალშობილი უნდა ავწონოთ, როცა აცვია ერთი და იგივე ტანსაცმელი, საფენის გამოცვლამდე. წონაში განსხვავება გრამებში უდრის საჭირო მილილიტრების რაოდენობას.

აღნიშნეთ ახალშობილის საპასუხო რეაქცია სხვა სტიმულზე კვების დროს. ზოგიერთი ახალშობილი შესაბამისად პასუხობს კვების დროს საუბარს ან რწევას. ზოგიერთი შფოთავს ნებისმიერ ხმაზე, მოძრაობაზე ან ნებისმიერ აქტივობაზე.

ახალშობილი აწონეთ ყოველდღიურად ერთსა და იმავე დროს, ერთი და იგივე სასწორზე. აღნიშნეთ ნაადრევი ახალშობილების ზრდის ცხრილი და შეადარეთ შედეგები მიღებულ მონაცემებს. წონის ზრდას თან არ ახლავს სიგრძეში მატება. გაზომეთ და დააფიქსირეთ სიგრძე და თავის გარშემოწერილობა ყოველ კვირას. აღნიშნეთ ზომები ზრდის ცხრილზე და შეადარეთ. წონის ზრდა, რომელიც არ არის დაკავშირებული სიგრძეში ზრდასთან, შეიძლება დაკავშირებული იყოს შეშუპებასთან და შეიძლება იყოს ისეთი გართულების ნიშანი, როგორიცაა შეგუბებითი გულის უკმარისობა.

დააკვირდით ახალშობილის კვებასთან დაკავშირებული შესაძლებლობების ცვლილებებს. წოვა და ყლაპვა უმჯობესდება მომწიფებასა და პრაქტიკასთან ერთად. როგორც კი ახალშობილი გახდება უფრო მომწიფებული, ნაკლებ ენერგიას დახარჯავს კვების დროს, დაიწყებს უფრო ჩქარ კვებას, უფრო იშვიათად ავლენს კვების დროს დაღლისა და ჩაძინების ნიშნებს.

აუხსენით დედას, რომ სახლში გაწერის შემდეგ შეიძლება დასჭირდეს სარძევე ჯირკვლების გამოწურვის გაგრძელება. ახალშობილის მიერ წოვა შეიძლება კვლავ სუსტი იყოს და ვერ მოახდინოს საკმარისი რძის წარმოქმნა. გამოტუმბვა ხელს უწყობს ლაქტაციის შენარჩუნებას. გამოტუმბვის საჭიროება მცირდება როგორც კი ახალშობილი ძლიერად დაიწყებს წოვას.

შეფასება

თუ შესაბამისი გამოსავალი მიიღწევა, ახალშობილი მოიხმარს საკმარისი რაოდენობით ძუძუს რძეს ან ფორმულირებულ საკვებს და იკმაყოფილებს კვებით მოთხოვნილებებს ასაკისა და წონის შესაბამისად, ასაკთან შესაბამისად იმატებენ წონაში.

ბავშვის აღზრდა

ნაადრევი ახალშობილის დაბადება ყოველთვის მოულოდნელი და ემოციურად ტრავმულია მშობლებისთვის. ახალშობილები დაბადებიდან დაუყოვნებლივ გადაყავთ ნეონატალური ინტენსიური თერაპიის განყოფილებაში, სადაც ისინი ხედავენ ახალშობილს, რომელსაც მიმაგრებული აქვს მთელი წყება ტექნიკური აპარატურა.

მშობლებს თავდაპირველად არ შეუძლიათ ახალშობილის ხელში აყვანა ან კვება, ან ნებისმიერი ზრუნვა, რაც მოსალოდნელია ბავშვის მიმართ. ახალშობილები შეიძლება ვერ ახერხებდნენ ისეთ ჩვეულ ურთიერთობას, როგორიცაა თვალით კონტაქტი და მშობლის თითზე მოჭიდების რეფლექსი. როცა ახალშობილის გარეგნული სახე და ქცევა განსხვავებულია იმისგან, რასაც მშობლები მოელიან, ურთიერთკავშირი შეიძლება გადაიდოს.

ნაადრევი ახალშობილის გახანგრძლივებული ჰოსპიტალიზაცია იწვევს მშობლების დაშორებას ახალშობილისგან, რაც წარმოქმნის ემოციურ ტრავმას და უქმნის დისკომფორტს ოჯახურ ცხოვრებას. ახალშობილის ჰოსპიტალიზაციის განმავლობაში მშობლებს უწევთ უარის თქმა თავდაპირველ მოვლაზე. შეიძლება ეგონოთ, რომ ბავშვი ექთნების იმედზეა და მშობლებად საერთოდ ვეღარ გრძნობენ თავს. მზრუნველის როლის დაკარგვა უმთავრესი სტრესორია მშობლებისთვის. ასევე, ხელს უშლის მშობლებს შეისწავლონ ბავშვის ისეთი სახასიათო მაჩვენებლები, როგორიცაა ის, თუ როგორ რეაგირებს ბავშვი სტრესორებზე და ნუგეშისცემის ის გზები, რომელიც უკეთესია ახალშობილისთვის.

დამატებით, მშობლები ნერვიულობენ ბავშვის მდგომარეობასა და გამოსავალზე. მათ სჭირდებათ ახალშობილის მდგომარეობის შესახებ ინფორმაცია მთელი იმ დროის განმავლობაში, რასაც ის საავადმყოფოში ატარებს. ექთნებმა უნდა შეაფასონ ურთიერთკავშირის დამყარების პროგრესი და დაეხმარონ მშობლებს თავი იგრძნონ მნიშვნელოვან ნაწილად საკუთარი ახალშობილის მოვლისას.

შეფასება

ნეონატალურ ახალშობილთა თერაპიის განყოფილებაში შეაფასეთ მშობლების დამოკიდებულების ნიშნები პირველი და ყოველი მომდევნო ვიზიტების დროს. მზად იყავით, რომ შეიძლება მშობლებს ახალშობილის პირველად დანახვის დროს შეეშინდეთ და დაეხმარეთ მეტი ფოკუსირება მოახდინონ თვითონ ახალშობილზე, რომ გამოვიდნენ ნაადრევი მშობიარობით გამოწვეული შოკური მდგომარეობიდან. შეაფასეთ ის მოსალოდნელი ქცევები, რაც მიუთითებს ურთიერთობის დამყარების ნორმალურ პროგრესზე. ეს შედგება ახალშობილითან დადებითი ემოციით საუბრით, თვალებით კონტაქტის დამყარებით, ფიზიკური მახასიათებლების წარმოჩინებით, ახალშობილისთვის სახელის დარქმევითა და ახალშობილის თავისი სახელით მოხსენიებით.

მშობლებმა უნდა დასვან კითხვები ახალშობილის შესახებ. როცა მშობლებს შეეძლებათ ახალშობილის ხელში აყვანა და ზრუნვაში მონაწილეობის მიღება, დააკვირდით კომფორტულობისა და უნარების თანდათანობით ზრდას. მშობლები უნდა იცინოდნენ და ესაუბრებოდნენ თავიანთ ახალშობილს, გამოხატავდნენ თავიანთ გაზრდილ თავდაჯერებულობას მათი მოვლის შესაძლებლობებში.

დააკვირდით ნიშნებს, თუ ურთიერთობის დამყარება ისე არ წარიმართება, როგორც მოსალოდნელია. ეს შედგება მოსალოდნელი ურთიერთობის ვერ დამყარებით ან უკვე ჩამოყალიბებული ქცევების შემცირებით. მშობლები, რომლებიც ჩანან დაინტერესებული განყოფილებაში მყოფი სხვა ბავშვებითაც ან, ზოგადად, საუბრობენ საკუთარ ახალშობილზე, შეიძლება ეს იყოს პრობლემის მანიშნებელი. აღნიშნეთ, თუ რა სიხშირით ნახულობს მშობელი შვილს, ან რეკავს განყოფილებაში, ან თვითონ ისე ხომ არ ეცვლება ქცევა, რომ დადგეს მათი მხარდაჭერის საჭიროების აუცილებლობა.

განსაზღვრეთ სხვა სტრესორების არსებობა მშობლების ცხოვრებაში, რაც ხელს უშლის ახალშობილთა მონახულებასა და ურთიერთობის დამყარებაში. ფინანსური მდგომარეობის გამო სამსახურში ყოფნა, ტრანსპორტის პრობლემა, შორი მანძილი ან საჭიროება სხვა შვილებზე იზრუნონ, ხელს უშლის მშობლებს ხშირ ვიზიტებში.

მშობიარობიდან ადრეულ დღეებში კრიტიკული პერიოდის შემდეგ, ჯანმრთელი ნაადრევი ახალშობილი ხდება უფრო სტაბილური. მათ კიდევ სჭირდებათ სპეციალიზებული ზრუნვა და ჰოსპიტალიზაცია, მაგრამ თანდათანობით მცირდება ტექნოლოგიური ჩარევების ოდენობა. ამ ეტაპზე ხშირად ეწოდებად "გაზრდილები". ეს არის დრო, როცა მშობლების ჩართულობა ახალშობილის ზრუნვაში იზრდება და იწყება გაწერისთვის მომზადება.

კრიტიკულად მნიშვნელოვანი, რომ დავიმახსოვროთ!
ნიშნები, რაც მიგვანიშნებს, რომ ურთიერთკავშირი არის შეფერხებული მშობელსა და ახალშობილს შორის
ნეგატიური ტერმინების გამოყენება ახალშობილის დახასიათებისას; ახალშობილის აღწერა არაპიროვნული და ტექნიკური ტერმინებით; ახალშობილისთვის სახელის არ დარქმევა ან მისი სახელის არ გამოყენება; მონახულება და სატელეფონო ზარებით ხშირად არ მოკითხვა მონახულების ხანგრძლივობისა და რაოდენობის შემცირება; იგივე ინტერესის გამოჩენა სხვა ახალშობილების მიმართ, როგორიც საკუთარი ახალშობილის მიმართ; უარი, აიყვანოს ახალშობილი ან ისწავლოს, თუ როგორ იზრუნოს მასზე; თვალების კონტაქტის შემცირებული ან საერთოდ არ არსებობა; ნაკლები დროის გატარება ახალშობილთან საუბარში ან ღიმილში.

პაციენტის მოვლასთან ასოცირებული დიაგნოზი

ნაადრევ ახალშობილთა მშობლებისთვის, დიაგნოზი არის “არასრული ურთიერთკავშირის დამყარების რისკი, რაც დაკავშირებულია ნაადრევი ახალშობილის მდგომარეობისა და მახასიათებლების შესახებ ინფორმაციის ნაკლებობითა და ახალშობილის მშობლებისგან სეპარაციით” .

მოსალოდნელი გამოსავალი

მშობლები:

- გამოხატავენ ურთიერთობის დამყარებისკენ მიმართულ ქცევებს, რაც შედგება ახალშობილთა საავადმყოფოში ყოფნის დროს, მდგომარეობის შესაბამისად, ხშირი ვიზიტებითა და ურთიერთობით;
- ორი დღის განმავლობაში სიტყვიერად გამოხატვა იმისა, რომ ესმით ნაადრევი ახალშობილის მდგომარეობა და მახასიათებლები;
- საავადმყოფოში ყოფნის დროს ახალშობილის ზრუნვაში მონაწილეობის მიღებით თანდათანობით გაზრდილი კომფორტულობის შეგრძნების გამოხატვა.

ჩარევა

წინასწარი მზადება

ისეთი სტრესული სიტუაციის დროს მშობლების მომზადება, როგორიც ნაადრევი მშობიარობაა, ეხმარებათ გაუმკლავდნენ ამ რთულ პროცესს. მშობლები, რომლებიც ნაადრევი მშობიარობის უფრო მაღალი რისკის ქვეშ არიან, უნდა ესტუმრონ ახალშობილთა ინტენსიური თერაპიის განყოფილებას მშობიარობამდე. თუ დედა საწოლიდან ვერ დგება, მოაწყვეთ ისე რომ, ახალშობილთა ინტენსიური თერაპიის განყოფილებიდან ექთანი თავად ესტუმროს დედას განყოფილების გარემოსთან მის დასაახლოებლად. მამას ან სხვა თანმხლებ პირს შეუძლია მოინახულოს განყოფილება და შემდეგ განიხილოს ბავშვთა ოთახის გარემო დედასთან. გაამხნევეთ მშობლები, რომ დასვან კითხვები.

მშობლების დახმარება მშობიარობის შემდგომ

მშობიარობის შემდგომ, საშუალება მიეცით მშობლებს ნახონ და შეეხონ ახალშობილს სამშობიარო ოთახში, თუნდაც დროის სულ მცირე მონაკვეთით. ამით მათ აქვთ რეალური აღქმა,

თუ როგორ გამოიყურება და რა მდგომარეობაშია ახალშობილი. ეს ეხმარება ურთიერთდაკავშირების პროცესს, რომელიც იწყება ორსულობის დროს და გრძელდება მთელი ცხოვრება.

თუ შესაძლებელია, საშუალება მიეცით მამას ან გვერდში მდგომ ადამიანს უყუროს პირველად ზრუნვას ახალშობილთა ინტენსიური თერაპიის განყოფილებაში. აუხსენით რა ხდება და რისთვის. ეს ყურადღება საშუალებას აძლევს მამას დაინახოს ის გაძლიერებული მონდომება, რასაც იჩენენ ახალშობილის მიმართ, რაც ზრდის სანდოობას პერსონალის მიმართ და საშუალებას აძლევს, რომ დედას მიაწოდოს სრული აღწერილობითი ინფორმაცია. გვერდში დაუდექით მამასაც, ისევე როგორც დედას, სწორი, ზრუნვის გამომხატველი კომუნიკაციით ამ რთულ პერიოდში.

როცა საჭირო გახდება ახალშობილის გადაყვანა სხვა დაწესებულებაში, თუ შესაძლებელია, სთხოვეთ გადამყვან გუნდს მოინახულონ მშობლები, სანამ დატოვებენ დაწესებულებას. ეს ვიზიტები საშუალებას აძლევს მშობლებს თავი იგრძნონ თავისი ახალშობილის ზრუნვის პროცესში და პერსონალთან ურთიერთობაში ჩართულად. ახალშობილის ფოტოების დატოვება დედისთვის ასევე ერთ-ერთი მეთოდია დავეხმაროთ ახალშობილთან ურთიერთკავშირისთვის, როცა ის მის გვერდით არ არის.

მშობლების მხარდაჭერა ადრეული ვიზიტების დროს

წაიყვანეთ მშობლები ახალშობილთა ინტენსიური თერაპიის განყოფილებაში, რაც შეიძლება მალე. თუ დედა იმდენად ცუდად არის, რომ არ შეუძლია ახალშობილთან ყოფნა, მიუტანეთ ახალშობილის ფოტოები. სანამ მშობლები პირველად ნახავენ ახალშობილს, შეამზადეთ ისინი თუ რას უნდა მოელოდნენ. აღუწერეთ მოწყობილობა, ახალშობილზე მიმაგრებული სხვადასხვა საგანი და ამის მიზეზი (სურათი 14-5). აუხსენით თუ როგორ გამოიყურება და როგორ იქცევა ახალშობილი.

სურათი 14-5, ახალშობილი ახალშობილთა ნეონატალურ განყოფილებაში არის გარემოცული მაღალ ტექნოლოგიური მოწყობილობით. ეს შეიძლება შემაშინებელი იყოს მშობლებისთვის პირველი ვიზიტის დროს. მშობლების მომზადება სანამ ნახავენ ახალშობილს, ძალიან მნიშვნელოვანი პასუხისმგებლობაა ექთნის.

პირველი ვიზიტის დროს დარჩით მშობლებთან მთლიანი ვიზიტის განმავლობაში. როცა უკვე კომფორტულად იგრძნობენ თავს, საშუალება მიეცით მარტო დარჩნენ თავიანთ ახალშობილთან, ამით საშუალება ექნებათ კონტაქტი დაამყარონ უფრო პირადულ გარემოში. უპასუხეთ

კითხვებს და აუხსენით ახალშობილის მდგომარეობისა და მკურნალობის ყველა ცვლილება. შეეგუეთ იმას, რომ შესაძლოა დაგჭირდეთ განმეორება, რადგან სტრესის ქვეშ მყოფმა მშობლებმა შეიძლება ვერ გაიგონ ან არ ახსოვდეთ რა უთხრეს. მშობლები ხშირად ვერ ხვდებიან თუ რა კითხვები უნდა დასვან თავიდან ან ზედმეტად ბევრ კითხვას სვამენ. ესეთ შემთხვევაში, განიხილეთ კითხვები, რომელსაც ხშირად სვამენ პირველი ვიზიტის დროს ახალშობილთა ინტენსიური თერაპიის განყოფილებაში. გამოიყენეთ მზრუნველობითი კომუნიკაციის ფორმა, რადგან მშობლებს ამ დროს უწევთ გამკლავება საკუთარ დარდთან, დანაშაულის გრძნობასა და ზედმეტ ემოციურ მდგომარეობასთან.

მშობლები უნდა შეეხონ ახალშობილს რაც შეიძლება მალე, რადგან შეხება ხელს უწყობს ურთიერთკავშირს. შეიძლება თავიდან შეყოყმანდნენ შიშის გამო, რომ მოწყობილობას შეუშლიან ხელს. რაც უფრო მცირე ზომისაა ახალშობილი, მით უფრო იმედგაცრუებულია მშობელი. ზოგიერთი მშობელი ყოყმანობს რამე სახის ურთერთობა დაამყაროს, რადგან ეშინია არ მოხდეს მიჩვევა ახალშობილზე, რომელმაც შეიძლება ვერ იცოცხლოს. მათ სჭირდებათ მხარდაჭერა ექთნისგან, სანამ შეძლებენ პროგრესის მიმართულებით წაიყვანონ ახალშობილთან ურთიერთობა.

აჩვენეთ მშობლებს როგორ შეეხონ სწორად ახალშობილს, როგორიცაა ახალშობილის ხელზე ხელის შეხება ინკუბატორის მრგვალი ფანჯარიდან ან კანის მცირე ადგილას შეხება, ისე რომ ხელი არ შეეშალოს სამედიცინო მოწყობილობებს. აუხსენით, რომ ხელით შეხება უნდა იყოს მინიმუმადე დაყვანილი ფიზიოლოგიურად არასტაბილურ ახალშობილთან, რადგან ეს ძალიან სტრესულია მათთვის. როცა ახალშობილი მომწიფებული და სტაბილურია, აჩვენეთ მშობლებს რა ფორმის შეხებაა საუკეთესო ახალშობილისთვის. ეს ეხმარება მშობლებს, რომ უფრო მეტად საჭიროდ იგრძნონ თავი ახალშობილის მოვლაში.

სამახსოვრო 14-2 ახალშობილთა ინტენსიური განყოფილების მოწყობილობის წარდგენა მშობლებისათვის

სანამ მშობლები მოინახულებენ ახალშობილთა ინტენსიურ განყოფილებას

თუ შესაძლებელია, აჩვენეთ მშობლებს ახალშობილთა ინტენსიური განყოფილება მშობიარობამდე. აუხსენით ნეონატალური განყოფილების გარემო, სადაც იმყოფებიან მომსახურე პერსონალი და ნაადრევი ახალშობილები.

აღწერეთ მოწყობილობები: განგაშის ზარი, ვენტილატორი, IV ხაზები, საკვები ზონდები და მონიტორები. მარტივ ენაზე აუხსენით როგორ გამოიყურება და ემაგრება ახალშობილს ტექნიკური დეტალების გარეშე.

აჩვენეთ მშობლებს თავიანთი ახალშობილის სურათი, რაც დაეხმარებათ მათ მოემზადონ მის შესახვედრად და არ იყოს ძალიან ემოციური ახალშობილის ამ მდგომარეობაში დანახვა.

აღუწერეთ ახალშობილი: ზომა, ცხიმის ნაკლებობა, სუნთქვის პრობლემები და სუსტი ტირილი. აუხსენით, რომ ახალშობილის ტირილის ხმას ვერ გაიგებს, როცა ის ინტუბირებულია. ჩართეთ აღწერილობები, რომელიც ეხება ახალშობილს: როგორიცაა “ის ნამდვილი მებრძოლია” ან “ძალიან სასაცილო სახეებს იღებს კვების დროს”.

როცა მშობლები მოინახულებენ ახალშობილთა ინტენსიურ განყოფილებას

დაეხმარეთ მშობლებს, რომ კარგად დაიბანონ ხელებო და აუხსენით ამის მნიშვნელობა;

დარჩით მშობლებთან მონახულების დროს. ახლობელი ადამიანის გვერდში დგომა საშუალებას მისცემთ თავი იგრძნონ კომფორტულად, სანამ ეგუებიან უცხო გარემოს;

გააცანით თავიანთი ახალშობილის ექთანს. სთხოვეთ განყოფილების ექთანს, აუსხნას მათ მოვლის ზოგიერთი პროცესი, რასაც მათი ახალშობილი გადის;

მიეცით მშობლებს ამობეჭდილი ინფორმაცია ახალშობილთა ინტენსიური განყოფილების შესახებ, ამ გზით მათ შეეძლებათ უფრო მეტი წაიკითხონ სახლში. ეს შედგება მონახულების საათებისგან, სატელეფონო ცნობარისგან, ნაადრევი ახალშობილების მოვლის კლასებისა და დამხმარე ჯგუფების არსებობის შესახებ ინფორმაციისგან;

აუხსენით მშობლებს, რომ დროულად მიაწვდიან ინსტრუქციას როგორ იზრუნონ ახალშობილზე. წაახალისეთ მოინახულონ ახალშობილი რაც შეიძლება მეტჯერ. ხაზი გაუსვით თუ რა მნიშვნელოვნები არიან ისინი ახალშობილისთვის;

ახალშობილის შესახებ მიაწოდეთ ნამდვილი ინფორმაცია;

საშუალება მიეცით მშობლებს გამოხატონ თავიანთი ინტერესი, ემოციები და დასვან კითხვები.

დაეხმარეთ მშობლებს ხელში აიყვანონ ბავშვი, რაც შეიძლება მალე. მშობლები ხშირად ელოდებიან შანსს, რომ დაიკავონ ბავშვი და ამ ფაქტს აფასებენ, როგორც ახალშობილის მდგომარეობის დადებით ნიშანს. თუმცა, ეს შემაშინებელია მათთვის, განსაკუთრებით თუ ახალშობილი მიმაგრებულია ბევრ მოწყობილობას. დაეხმარეთ მშობლებს იპოვონ კომფორტული პოზიცია მათთვის და ახალშობილისთვის და აღნიშნონ დადებითი საპასუხო რეაქცია ახალშობილისგან.

მამის მხარდაჭერა

ექთნები ხშირად კონცენტრირებულები არიან დედისთვის მხარდაჭერის უზრუნველყოფისთვის. თუმცა, მამებსაც უწევთ გამკლავება იმ შოკთან, რასაც ნაადრევი ახალშობილი ჰქვია. მათ სჭირდებათ დახმარება საკუთარი ახალშობილის გაცნობისა და მათზე ზრუნვისათვის. ერთმა კვლევამ აჩვენა, რომ კვლევის პერიოდში, რაც მოიცავდა 7 კვირას, მამებს რომელთა ახალშობილები იმყოფებიან ახალშობილთა ინტენსიური თერაპიის განყოფილებაში, მომატებული ჰქონდათ სტრესის დონე და დეპრესიის სიმპტომები.

დამატებით, მამებს აქვთ სამსახურებრივი მოვალეობები, პასუხისმგებლობა - გაუწიონ ემოციური მხარდაჭერა დედას, აუხსნან დედისა და ახალშობილის მდგომარეობა მეგობრებსა და ოჯახს, ასევე, უწევთ ოჯახის სხვა ვალდებულებების თავის თავზე აღება, სანამ დედა ბავშვზეა კონცენტრირებული. მამებმა შეიძლება ნაკლები დრო გაატარონ ახალშობილთა ინტენსიურ თერაპიულ განყოფილებაში, მაგრამ ამავდროულად შეიძლება ჰქონდეთ ბევრი კითხვა. თუ მამის ვიზიტის ხანგრძლივობა შეზღუდულია, შეიძლება ახალშობილზე ზრუნვა მომავალში ნაკლებ კონფორტული იყოს მისთვის, ვიდრე დედისთვის. გაამხნევეთ, რომ მონაწილეობა მიიღოს უშუალოდ მოვლაში როცა შესაძლებლობა იქნება. შეაქეთ თითოეული მშობელი ბავშვზე ზრუნვის დროს, რომ უფრო გამხნევდნენ მოვლასთან დაკავშირებით.

სწორი კომუნიკაციის მაგალითები
მშობლების დამშვიდება ახალშობილთა ინტენსიურ განყოფილებაში ვიზიტის დროს
მარინას ახალშობილი, გიორგი, დაიბადა გესტაციის 28-ე კვირის ვადაზე. მარინა პირველად მიდის ახალშობილთა ინტენსიურ განყოფილებაში მშობიარობის შემდეგ. ანა, ექთანი უხსნის თუ რას უნდა მოელოდეს და რჩება მასთან ვიზიტის დროს, ბოლომდე. მარინა: ოჰ, ის როგორი პატარაა! მე ის დავინახე მხოლოდ რამდენიმე წუთით როცა დაიბადა და კარგად ვერც კი მოვახერხე მისი დანახვა. აქვს გიორგის შანსი, რომ გადარჩეს? ის ხომ ასეთი პატარაა და ამდენი მოწყობილობა აქვს მიმაგრებული?

ანა: ამ დრომდე, გიორგის მდგომარეობა სტაბილურია. მისი სასიცოცხლო მაჩვენებლები სტაბილურია და თავად დამოუკიდებლად შეუძლია არსებობა. მაგრამ ნამდვილად საშიშია, როცა ესე გამოიყურება, მცირე ზომით და უსუსურად (მიაწოდეთ რეალური ინფორმაცია და დაამშიდეთ შესაბამისად. გამოიყენეთ ახალშობილის სახელი)

მარინა: წოლითი რეჟიმი მქონდა, რასაც ვასრულებდი, რომ შემენარჩუნებინა არტერიული წნევის მაჩვენებლები. რადგან მეგონა, რომ პრევენციას გავუკეთებდი ნაადრევ მშობიარობას.

ანა: ნამდვილად შოკის მომგვრელი იქნებოდა, მითუმეტეს როცა ცდილობდით, რომ ეს თავიდან აგეცილებინათ (გაუწიეთ ემოციური მხარდაჭერა და დაარწმუნეთ, რომ მან ყველაფერი გააკეთა რაც შეეძლო, ნაადრევი მშობიარობის თავიდან ასაცილებლად).

მარინა: ესეთი მცირე ზომის და ესე ავად რომ არის, სრულიად განსხვავებულად გამოიყურება, ვიდრე მე შემეძლო წარმომედგინა

ანა: გიორგი ძალიან პატარაა, მაგრამ ამ ზომის ბავშვები ძალიან ჩქარა იზრდებიან. გინდათ შეეხოთ? (გაუწიეთ ემოციური მხარდაჭერა და ეცადეთ, რომ მარინა მიაახლოვოთ ბავშვთან).

მარინა: რამე რომ დავუშავო? მე მგონი, მოცდა სჯობს, სანამ არ გაიზრდება.

ანა: მცირე ზომის ახალშობილებსაც მოსწონთ, როცა დედა ეხება და ესაუბრება. ის ისმენდა თქვენს ხმას მთელი ორსულობის დროს, ამიტომ მისთვის ნაცნობი ხმაა. არ გინდათ ესაუბროთ მშვიდი ხმით, სანამ მე პროცედურებს ვატარებ? მე შემიძლია აგიხსნათ ყველა მოწყობილობა და ისიც, თუ რატომ ვიყენებთ (ხაზი გაუსვით დედის მნიშვნელობას, ჩართეთ ის ბავშვის მოვლაში და მიაწოდეთ ინფორმაცია ახალშობილის მოწყობილობისა და მოვლის შესახებ).

ინფორმაციის მიწოდება

ექთნის მნიშვნელოვანი მოვალეობაა უზრუნველყოს ინფორმაციის მიწოდება მშობლებისთვის. საშუალება მიეცით მშობლებს, გამოხატონ თავიანთი ინტერესი, სანამ დაიწყებთ სწავლებას. გაამხნევეთ დასვან კითხვები ყველაფრის შესახებ, რაც ეხება თავიანთი ახალშობილის მდგომარეობასა და მოვლას. ზოგიერთი დედა თავისუფლად სვამს კითხვებს, ზოგმა შეიძლება თავი შეიკავოს საკუთარი შეხედულების გამოხატვისგან ახალშობილის მოვლის შესახებ. ამის მიზეზი არის ის, რომ შეიძლება თავს გრძნობდნენ რთულ ან “მომთხოვნ მშობლად”. უთხარით მშობლებს, რომ მოხარული ხართ უპასუხოთ ყველა მათ შეკითხვას და მიაწოდოთ ყველა შესაძლო ინფორმაცია, რაც გაქვთ. ასევე მიაწოდეთ ინფორმაცია ზოგად აუცილებელ საკითხებზე, რომელიც შეიძლება თავად არ იკითხონ.

განუმარტეთ ყველა იმ მოწყობილობის შესახებ, რაც გამოიყენება ახალშობილის მოსავლელად. ხაზი გაუსვით დადებით მხარეებს. გაითვალისწინეთ, რომ ამ ყველაფერის მიწოდება უნდა იყოს ნდობის გამომწვევი. თუ მშობლებს აქვთ არასწორი აღქმა ან საკმარისად ვერ გაიგეს ექიმის ახსნა, გაარკვიეთ ეს საკითხი ექიმთან, რომ თავიდან აუხსნას ყველაფერი მშობლებს. სამედიცინო ტერმინები აუხსენით მშობლებისთვის გასაგები სიტყვებით. გაიმეორეთ ახსნა, განსაკუთრებით თავდაპირველ პერიოდში. მათი ემოციური დისტრესიდან გამომდინარე, მშობლებს ხშირად არ შეუძლიათ სრულად გაიგონ ან დაიმახსოვრონ რა ინფორმაციის მიწოდება მოხდა მათთვის. გამოიყენეთ თარჯიმანი თუ მშობლებს არ ესმით თქვენი ენა. შესთავაზეთ დაწერილი ინფორმაცია ახალშობილთა ინტენსიური თერაპიის განყოფილების რეგულაციების შესახებ და პროცედურებზე, მშობლებისთვის გასაგებ ენაზე. აუხსენით მონახულების საათებზე, ვის შეუძლია მოინახულოს, ხელის დაბანის რუტინა. მშობლების როლი შეიძლება გამყარდეს წერილობითი ფორმით. ახსნის პროცესში მშობლები ძალიან გადაღლილები არიან არსებული მდგომარეობით და მოგვიანებით შეუძლიათ გაეცნონ მიწოდებულ ინფორმაციას.

“კენგურუს” მეთოდით ზრუნვის დანერგვა

მშობლებს სჭირდებათ განცდა, რომ მონაწილეობას იღებენ საკუთარი ახალშობილის ზრუნვის პროცესში. ერთ-ერთი საშუალებაა ზრუნვა “კენგურუს” მეთოდით. დაიწყეთ “კენგურუს” მე-

თოდით ზრუნვა, რაც შეიძლება ჩქარა, თუ მშობლები ამით დაინტერესებულები არიან. “კენგურუს” მეთოდით ზრუნვა სტაბილურ ნაადრევ ახალშობილებსა და მათ მშობლებს აძლევს კანით კანზე შეხების საშუალებას.

“კენგურუს” მეთოდით ზრუნვის განმავლობაში, ახალშობილს აცვია მხოლოდ პამპერსი და აფარია ქუდი; მოთავსებულია ვერტიკალური პოზიციით დედის ტანსაცმლის ქვეშ სარძევე ჯირკვლებს შორის. ორივეს აქვს დაფარებული პლედი (სურათი 14-6). წარმოებს ახალშობილის მონიტორინგი სასიცოცხლო ნიშნებსა და ქცევებზე.

სურათი 14-6, დედას უჭირავს 27 კვირის გესტაციის ნაადრევი ახალშობილი, ტანსაცმელებში გახვეული და კენგურუს პოზაში დაჭერილი. ესე დაკავება ზრდის ურთიერთკავშირს მშობელსა და ახალშობილს შორის და ასევე აქვს ბევრი დამატებითი სარგებელი ახალშობილისთვის და მშობლებისთვის.

კრიტიკულად სააზროვნო დავალება 14-1

ქალმა იმშობიარა 29-ე კვირის გესტაციის ნაადრევი ახალშობილი 3 დღის წინ. ის ნახულობს საკუთარ ბავშვს ყოველ დღე, მაგრამ უარს ამბობს მის შეხებაზე, მიუხედავად იმისა, რომ ექთანი ხშირად სთავაზობს.

კითხვები:

1. რას უნდა ნიშნავდეს მისი საქციელი?
2. რა შეიძლება ექთანმა მოიმოქმედოს, რომ დაეხმაროს მას?

მშობლებს აუხსენით “კენგურუს” მეთოდით ზრუნვის უპირატესობა და მათი როლი ამ მდგომარეობის დროს. ამ მეთოდით ზრუნვა უსაფრთხოა სტაბილური ახალშობილისთვის, თუნდაც იყოს ინტუბირებული. ეს მშობლებისთვის უზრუნველყოფს შესაძლებლობას მიიღონ მონაწილეობა ახალშობილის ზრუნვაში და გაზარდონ მშობლებზე დამოკიდებლება. კენგურუს მეთოდით ზრუნვა მნიშვნელოვანია ნაადრევი ახალშობილისთვის. ის ასოცირდება სასიცოცხლო ნიშნების სტაბილურობასთან, მომატებულ წონის მატებასთან, ნაკლები დროით ჰოსპიტალიზაცია-

სთან, უფრო მშვიდ ძილთან და ნაკლებ ტირილთან. ის ასევე აუმჯობესებს თერმორეგულაციას, ურთიერთკავშირს და ეხმარება ტკივილის შემსუბუქებაში.

ახალშობილის მშობლის გულმკერდზე ვერტიკალური პოზიცია სუნთქვას უფრო გამარტივებულს ხდის. კიდურების მოთავსება ამცირებს უმისამართო მოძრაობებს, რომელიც მოიხმარს მნიშვნელოვან ჟანგბადსა და კალორიებს.

ძუძუთი კვებისას ახალშობილს აქვს უფრო მეტი სიფხიზლის პერიოდები და ღრმა ძილის გაზრდილი დრო. მშობლის კანთან კონტაქტი უნარჩუნებს ახალშობილს სხეულის ტემპერატურას. დამატებით, "კენგურუს" მეთოდით ზრუნვა აძლიერებს დედისა და ახალშობლის ადრეულ და ხანგრძლივ ურთიერთქმედებას, ასევე, დედის საკუთარ თავში დარწმუნებას.

"კენგურუს" მეთოდით ზრუნვა უზრუნველყოფს ნაზ სტიმულაციას, როგორც მშობლის კანის მიმართ, ასევე, სმენით სტიმულაციას, როცა ახალშობილი უსმენს მშობლების გულისცემასა და ხმას, მშობლების სუნთქვითი მოძრაობის ან რწევის აღქმას.

უზრუნველყავით პირადი სივრცე მშობლებისთვის, რომლებიც დაინტერესებულები არიან "კენგურუს" მეთოდით ზრუნვაზე. დაეხმარეთ მათ ახალშობილის გადაყვანაში ლოგინიდან, ხელი შეუწყვეთ მათ ურთიერთკავშირს და მოუწყვეთ ახალშობილს კომფორტი. ასევე, შეამოწმეთ, რომ ისინი არიან კომფორტულად. აუხსენით, რომ ახალშობილის სასიცოცხლო ნიშები და ოქსიგენაციის ცვლილებები ხშირად ჩნდება გადაყვანის პროცესში, მაგრამ ახალშობილი ხდება სტაბილური, როგორც კი დაწყნარდება. "კენგურუს" მეთოდით ზრუნვა მიზანშეწონილია იყოს სულ მცირე ერთი საათის განმავლობაში, რათა გაუმჯობესდეს ახალშობილის ძილი.

ურთიერთკავშირის ხელშეწყობა

ნაადრევ ახალშობილს ხშირად აქვს სახის მცირე ექსპრესიულობა და იშვიათად ახორციელებს თვალით კონტაქტს. მშობლები შეიძლება თავს გრძნობდნენ უარყოფილად ახალშობილის საპასუხო რეაქციების ნაკლებობის ან ნეგატიური საპასუხო რეაქციით ურთიერთკავშირის გამო. აუხსენით, რომ ურთიერთობის დამყარება, რომელიც საკმარისია სრული ვადით ახალშობილისთვის, შეიძლება ზედმეტად მასტიმულირებელი იყოს ძალიან ნაადრევი ან ავადმყოფი ნაადრევი ახალშობილისთვის. შესთავაზეთ შეხების და ურთიერთობის ფორმები, რომელიც დამოკიდებულია ახალშობილის ინდივიდუალურ შესაძლებლობაზე. ხელში მშვიდად აყვანა შეიძლება უკეთესი იყოს, სანამ ახალშობილს შესაძლებლობა ექნება გაუძლოს მეტ სტიმულაციას.

დაეხმარეთ მშობლებს გაიგონ ახალშობილის ქცევა და მინიშნებები, ასწავლეთ მათ ზედმეტად სტიმულირების ნიშნების დროს ადაპტაცია მოახდინონ მათი ურთიერთკავშირის შესაბამისად. აუხსენით, რომ ეს ნიშნები ეხმარება ახალშობილს ზედმეტი სტიმულაციისგან დაცვაში და აჩვენეთ, რომ ახალშობილს ესაჭიროება მშვიდი დასვენების პერიოდებები დამატებითი სტიმულაციების გარეშე. განიხილეთ მეთოდები, რომ თავიდან აიცილოთ ზედმეტი სტიმულაცია და დაამშვიდეთ ახალშობილი. თუ რამდენიმე სახეობის სტიმულაციის ერთობლიობა (როგორიცაა რწევა, თვალით კონტაქტი და საუბარი) იწვევს დისტრესის ნიშნებს, შესთავაზეთ ერთი ან მეტი აქტივობის შეწყვეტა, სანამ ახალშობილს აქვს დასვენების პერიოდი.

კომფორტულად მოვლის უზრუნველყოფის შესასწავლად მშობლებმა შეიძლება გაიარონ რამდენიმე სტადია. პირველად, ისინი შეშინებულები არიან, რომ შეეხონ ახალშობილს. შეხებამდე ისინი აკვირდებიან ახალშობილს, სანამ კომფორტულად არ იგრძნობენ თავს. შემდეგ იწყებენ მონაწილეობის მიღებას მის ზრუნვაში, როგორიცაა პამპერსის გამოცვლა. მათი თავდაჯერებულობა იმატებს, ხდებიან უფრო თავდაჯერებულები თავიანთ შესაძლებლობაში, რომ შეუძლიათ განსაზღვრა როდის არის ახალშობილი არაკომფორტულად და თავიანთი უნარებით ცდილობენ ახალშობილის კომფორტის უზრუნველყოფას.

სურათი 14-7 , მიუხედავათ იმისა რომ დაინტუბირებულია, ამ ნაადრევ ახალშობილს ჩაეძინება მამის გულმკერდზე

ასწავლეთ მშობლებს, თუ როგორ დაამშვიდონ ახალშობილი, როცა გამოხატავს სტრესის ნიშნებს. აუხსენით, როგორ ახერხებენ ამის შეჩერებას და აჩვენეთ ეს როგორ გააკეთონ. ახალშობილის გულმკერდზე ხელისგულის მოთავსება ან ახალშობილის მკლავის მოთავსება მშობლის გულმკერდზე, ეხმარება ახალშობილს რომ დამშვიდდეს. აჩვენეთ მშობლებს როგორ მოათავსონ ახალშობილი ხელებით პირთან ახლოს, ასე ახალშობილი შეძლებს მოწოვოს თითი საკუთარი კომფორტის მისაღწევად. როცა ახალშობილი მზად არის მეტი ურთიერთობისთვის, შესთავაზეთ შესაფერისი სახის სტიმულაცია.

აღნიშნეთ გაუმჯობესების მცირე ნიშნები ან თუნდაც, მცირედი სიძლიერით მომატება. ისაუბრეთ ნორმალური ნაადრევი ახალშობილის მახასიათებლებზე და ხაზი გაუსვით ინდივიდუალურ ნიშნებზე, რაც განასხვავებს ამ ახალშობილს სხვებისგან. აუხსენით თუ როგორ იკვებება ახალშობილი ან როგორ რეაგირებს ხმებზე და თუ რამე გაურკვეველია მონიტორის ჩანაზერზე. ეს ყველაფერი მშობლებს ეხმარება უფრო ახლოს გაიცნონ თავიანთი ახალშობილი.

ჩართეთ მშობლები ახალშობილის მოვლაში, რაც შეიძლება დროულად, რაც მათ ეხმარება იმის გააზრებაში, რომ თვითონაც აკონტროლებენ სიტუაციას (სურათი 14-8). დაგეგმეთ, მაშინ გამოცვალოთ ინკუბატორში ან გამათბობელში თეთრეული, როცა მშობლები იქ არიან. ამით ეძლევათ, თუნდაც მცირე დროით, საშუალება ხელში აიყვანონ ახალშობილი. დაგეგმეთ ბანაობა და სხვა რუტინული მოვლის აქტივობები, როცა მშობლები იქნებიან, ასე ისინიც მიიღებენ მონაწილეობას. როგორც კი ახალშობილის მდგომარეობა გაუმჯობესდება, მშობლებმა შეიძლება განავითარონ უნარები, როგორ მოუარონ ამ მცირე ზომის ახალშობილს საფენების გამოცვლით, კვებით ან ბანაობით.

სურათი 14-8 , ახალშობილის და მშობლის ურთიერთკავშირის დასამყარებლად. მშობლები ჩართულები არიან რამდენადაც შესაძლებელია ბავშვის მოვლაში. მამა კვებავს თავის ახალშობილს რომელიც იმყოფება გამათბობელში.

ახალშობილთა ინტენსიური თერაპიის ზოგიერთ განყოფილებაში, სადაც სტაბილური ახალშობილები არიან, იწონიან 1000 გრამზე მეტს და არ სჭირდებათ ფოტოთერაპია, ჭიპის კათეტერი ან გულმკერდის ზონდი, აცვიათ ნორმალური ბავშვების ტანსაცმელი. ეს ეხმარება მშობლებს აღიქვან ის როგორც უფრო ნორმალური ახალშობილი და შეეხონ მათ. მშობლები იყენებენ საავადმყოფოს მიერ მიწოდებულ ტანსაცმელს ან მიაქვთ საკუთარი და სიამოვნებთ, რომ შეუძლიათ ჩააცვან ახალშობილს.

გაითვალისწინეთ ოჯახის სხვა წევრებიც, შეგიძლიათ მისცეთ უფლება ნახონ ახალშობილი მშობლებთან ერთად (სურათი 14-9). ოჯახის სხვა წევრებს, როცა აქვთ საშუალება ნახონ ახალშობილი და მშობლები საავადმყოფოში, უფრო რეალურად წარმოიდგენენ თუ რა ხდება და მეტად გაუწევენ ემოციური მხადაჭერას. ჩართეთ ოჯახის წევრები სწავლაში, თუ როგორ კვებონ და მოუარონ ახალშობილს, თუ დასჭირდებათ მათი დახმარება გაწერის შემდეგ.

სურათი 14-9 , მშობლები უყურებენ ახალშობილს, სანამ ბებიას უჭირავს ახალშობილი, ახალშობილთა ინტენსიურ განყოფილებაში

ზოგიერთ დაწესებულებებში, მშობლები და, ზოგიერთ შემთხვევაში, მშობლების მშობლებიც კი, ნება დართულები არიან ინახულონ ახალშობილი დღისა და ღამის ნებისმიერ დროს. შესაძლებელია, მათ ვთხოვოთ დატოვონ განყოფილება, როცა ხდება პაციენტის მდგომარეობის მოხსენება ექიმისთვის ან შეიძლება ვთხოვოთ, დარჩნენ და მონაწილეობა მიიღონ დახმარებაში, რათა თავი იგრძნონ ახალშობილის მოვლის შემადგენელ ნაწილად.

ახალშობილთა ინტენსიური თერაპიის ზოგიერთ განყოფილებაში, დამონტაჟებულია კამერები, რაც საშუალებას აძლევს მშობლებს ნახონ თავიანთი ახალშობილი სახლიდან ან საავადმყოფოს ოთახიდან. კამერა დამონტაჟებულია ახალშობილის საწოლთან და მშობლები იყენებენ კომპიუტერს, რათა ჰქონდეთ წვდომა გამოსახულებასთან. კამერა შეიძლება ჩართული იყოს უწყვეტ რეჟიმში ან მხოლოდ გარკვეულ დროს. მშობლებმა შეიძლება გააზიარონ ეს შესაძლებლობა ოჯახთან და მშობლებთან და მათაც შეუძლიათ ნახონ ახალშობილი. ოჯახი ხშირად ძალიან კმაყოფილია ამ შესაძლებლობით.

მშობლების მიერ გადაწყვეტილების მიღებაზე პასუხისმგებლობის გაზრდა

მშობლები უნდა გავითვალისწინოთ კონსილიუმის მნიშვნელოვან ნაწილად და არა როგორც მხოლოდ ვიზიტორებად. მიაწოდეთ ინფორმაცია, რაც მათ სჭირდებათ, მიიღონ აქტიური მონაწილეობა ახალშობილის მკურნალობის გეგმის გადაწყვეტილების მიღებაში. ეს ეხება თუნდაც ისეთ გადაწყვეტილებას, რაც შეიძლება არ იყოს მნიშვნელოვანი პერსონალისთვის. ეს ცოდნა ზრდის შეგრძნებას, რომ აკონტროლებენ სიტუაციას.

როგორც კი მშობლები უკეთ გაიცნობენ ახალშობილს, შეუძლიათ გახდნენ ექსპერტები ახალშობილის საპასუხო რეაქციების, სხვადასხვა სტიმულაციებისა და ზრუნვის აქტივობებში. მათი მოსაზრებები მიღებული და გათვალისწინებული უნდა იყოს სამომავლოდ, ახალშობილის მოვლის დაგეგმვის დროს. აღსანიშნავია, რომ მშობლები ხშირად თავს გრძნობენ როგორც გარეშე წევრები, როცა პირველად სტუმრობენ ახალშობილთა ინტენსიური თერაპიის განყოფილებას. დროთა განმავლობაში პარტნიორის როლს იკავებენ ახალშობილთა ინტენსიური თერაპიის განყოფილების პერსონალთან ერთად ახალშობლის მოვლაში.

ყოველთვის გამონახეთ შესაძლებლობა შეაქოთ ბავშვის აღზრდის უნარებისთვის. აღნიშნეთ, როცა მშობლების შეხებასა და ზრუნვაზე ახალშობილს ექნება დადებითი რეაქცია. აჩვენეთ მეთოდები, თუ როგორ უნდა მოახდინონ რეაგირება ქცევით მინიშნებებზე და აღნიშნეთ, როცა მშობლები შესაბამის რეაგირებას მოახდენენ ახალშობილის მინიშნებებზე. მოუსმინეთ მათ იდეებს, თუ რა უფრო კარგად მოქმედებს მათ ახალშობილზე და გაითვალისწინეთ ისინი, თუ ეს შესაძლებელია.

პრობლემების შემსუბუქების გზები

შესთავაზეთ მშობლებს, დაურეკოს ახალშობილთა ინტენსიური თერაპიის განყოფილებას ნებისმიერ დროს საკუთარი ახალშობილის შესახებ ინფორმაციის მისაღებად. ეს ამცირებს ნერვიულობას, როცა მშობლები იღვიძებენ ღამით და ნერვიულობენ თუ როგორ არის ახალშობილი. სატელეფონო ზარები ხშირად საჭიროა მშობლებისთვის, რომლებსაც არ შეუძლიათ ახალშობილის მონახულება მანძილისა და სხვა მიზეზის გამო.

საექთნო პერსონალის გარდა, მშობლებს ასევე სჭირდებათ ემოციური მხარდაჭერის უზრუნველყოფა სხვებისგანაც. დააკავშირეთ ისინი სხვა მშობლებს, რომლებსაც ჰყავთ ნაადრევი ახალშობილი და გადაამისამართეთ მხარდამჭერ ჯგუფთან, მშობლები მშობლებისთვის, რომელიც შედგება მშობლებისგან, რომელთა ახალშობილებიც მოთავსებულები იყვნენ ახალშობილთა ინტენსიური თერაპიის განყოფილებაში, სატელეფონო მხარდაჭერა, განათლებითი მხარდაჭერა ან საკონსულტაციო შეხვედრებისთვის. უთხარით მათ ინტერნეტის წყაროების შესახებ, როგორიცაა www.premiecare.org

სხვებთან საუბარი, ვისაც იგივე პრობლემის გამოვლა მოუწია, შეიძლება ძალიან დაეხმაროს მშობლებს შეადარონ თავისი მონაცემები და მიიღონ პრაქტიკული რჩევები გამოცდილი მშობლების თვალთახედვით. ზოგიერთი სააგენტო აწყვილებს მშობლებს მსგავსი მონაცემებით და იგივე კულტურიდან. არსებობს სპეციალური პროგრამები, რომელიც უზრუნველყოფს გაწერის

შემდეგ მშობლების უწყვეტ მხარდაჭერასა და განათლებას. მნიშვნელოვანია გავითვალისწინოთ სალაპარაკო ენა და ოჯახის კულტურა.

კულტურული პრაქტიკა შეიძლება გავითვალისწინოთ ახალშობილის ზრუნვის პროცესში. განსაზღვრეთ ვინ მიიღებს გადაწყვეტილებებს და ვინ იქნება ახალშობილის მოვლაში ჩართული. ზოგიერთ კულტურაში, გადაწყვეტილებებს იღებს მამა და ბებია, ვიდრე დედა და წარმოადგენენ მთავარ მზრუნველ პირს. ამ შემთხვევაში, მნიშვნელოვანია, რომ შესაფერისი ადამიანი იყოს ჩართული შესაბამის სწავლებაში. ბევრ კულტურაში მიღებულია, რომ დედა დარჩეს სახლში და აღიდგინოს მდგომარეობა მშობიარობის შემდგომ. ეს ხელს უშლის მის შესაძლებლობას დრო გაატაროს ახალშობილთა ინტენსიური თერაპიის განყოფილებაში. ამ შემთხვევაში შეიძლება ახალშობილთან იყოს სხვა ოჯახის წევრი.

მიმდინარე პრობლემების მოსაგვარებლად გაწეული დახმარება

მშობლები ხშირად მოუმზადებლები არიან იმ ცვალებადი პროგრესით, რასაც ახალშობილები გადიან ადრეულ დღეებში. ისინი ელოდებიან მყარ პროგრესს, როგორც კი ახალშობილს შეეძლება დამოუკიდებლად სუნთქვა და კვება. თუმცა, გართულებებმა, როგორიცაა ნეკროზული ენტეროკოლიტი ან სეფსისი, შეიძლება გამოიწვიოს პროგრესის შეფერხება იმ დროისთვის. ახალი კრიზის გასამკლავებლად მშობლებს სჭირდებათ მეტი მხარდაჭერა ექთნებისგან. გამოიყენეთ მზრუნველი მიდგომითი კომუნიკაცია: ემოციების გაზიარება, რათა დაეხმაროთ მათ გამოხატონ და გაუმკლავდნენ ასეთ ძლიერ იმედგაცრუებას. მიაწოდეთ ინფორმაცია ახალშობილის შეცვლილი მდგომარეობისა და მოსალოდნელი ამბების შესახებ.

ჰოსპიტალიზებული ბავშვი შეიძლება ძალიან დამთრგუნველი იყოს მშობლებისთვის. ურჩიეთ, აიღონ შესვენებები ახალშობილისგან, წავიდნენ კაფეტერიაში საკვებად ან სახლში დასასვენებლად. როგორც კი ახალშობილის მდგომარეობა გაუმჯობესდება, მშობლებს შეუძლიათ მეტი დროით დატოვონ ახალშობილი და მოემზადონ გაწერისთვის. დაარწმუნეთ, რომ ნებისმიერ დროს შეუძლიათ იმდენი დრო გაატარონ ახალშობილთან, რამდენიც სურთ.

დედებს, რომლებსაც ჰყავთ ახალშობილები ახალშობილთა ინტენსიური თერაპიის განყოფილებაში, შეიძლება ჰქონდეთ ძილის მოშლის პრობლემები და დეპრესიული სიმპტომები. ყურადღებით იყავით მშობიარობის შემდგომი დეპრესიის ნიშნების მიმართ, რადგან დაღლა და ავადმყოფი ბავშვის ყოლა არის ფაქტორები, რომელიც იწვევს ამ მდგომარეობას. ერთმა კვლევამ აჩვენა, რომ დეპრესიის 20% ხდება 18 თვის განმავლობაში იმ დედებში, რომლებიც გაეწერენ მაღალი რისკის ახალშობილით ახალშობილთა ინტენსიური თერაპიის განყოფილებიდან.

გაწერისთვის მზადება

წარსულში, ნაადრევი ახალშობილის გაწერა ხშირად ხდებოდა იმ დროისთვის, როცა უნდა დაბადებულიყო. თუმცა, ბევრი ახალშობილი ამ დროისთვის ეწერება 40 კვირამდე მიღწეული ასაკით.

ადრეულ ეტაპზე დაიწყეთ სწავლება მშობლებისა და მათ მომვლელებისათვის: ნებისმიერი სპეციფიკური პროცედურა, მკურნალობა და მედიკამენტები, რომელსაც ახალშობილი გამოიყენებს გაწერის შემდეგ. დააკვირდით მშობლებს სწორად უვლიან თუ არა, რამდენად კომფორტულად და უსაფრთხოდ შეუძლიათ ამის კეთება. შეაქეთ მათი მცდელობები და მიაწოდეთ მინიშნებები, რაც დაეხმარებათ მოვლის გაადვილებაში. მიაწოდეთ დაწერილი სახით ინფორმაცია სახლის პირობებში ნაადრევი ახალშობილის მოვლის შესახებ.

დაეხმარეთ მშობლებს ისწავლონ რა არის ნორმალური თავიანთი ახალშობილისთვის, როგორ ამოიცნონ და რა რეაგირება მოახდინონ ანომალიური ნიშნების შემთხვევაში. ზოგიერთ საავადმყოფოს აქვს მშობლების ოთახი, სადაც საკუთარ თავზე იღებენ ახალშობილის 24 საათიან მოვლას და ამავდროულად შეუძლიათ მიმართონ დახმარებისთვის ნებისმიერ დროს, რაც ეხმარებათ გაზარდონ მშობლების თავდაჯერებულობა, რომ მათ შეუძლიათ თვითონ იზრუნონ ახალშობილზე. ის ასევე შესაძლებლობას აძლევს პერსონალს შეაფასონ მშობლების შესაძლებლობა შეუძლიათ თუ არა ახალშობილის მოვლა.

ერთ კვლევაში, მშობლებმა აღნიშნეს, რომ უფრო თავდაჯერებულად გრძნობენ თავს ისეთი აქტივობებში ჩართულობისას, რომელიც დაკავშირებულია ახალშობილის მოვლასთან (მაგ:ა-

ხალშობილის მდგომარეობის ცვლილებების აღმოჩენა, მონაწილეობის მიღება მედიკამენტების დანიშვნაში და კარდიორესპირატორულ მონიტორთან მუშაობა). დაეხმარეთ, მშობლებს, რომ მეტი პრაქტიკული გამოცდილება მიიღონ "სამედიცინო" ზრუნვის აქტივობებში. ასე მათ ეცოდინებათ თუ როგორ გაუმკლავდნენ პრობლემებს, რომელიც შეიძლება სახლში წარმოიშვას.

დაეხმარეთ მშობლებს, განსაზღვრონ ადაპტაციის რა მეთოდები დასჭირდებათ, რომ მოხდეს მათი სახლში გაწერა. განიხილეთ ქალთან, თუ რას უნდა ელოდოს ახალშობილის ზრუნვის შესახებ გაწერის შემდეგ. ახალშობილს შეიძლება დასჭირდეს ჟანგბადი, კარდიორესპირატორული მონიტორინგი, ამოტუმბვა, კუჭის ზონდით კვება ან სხვა მკურნალობა, რომლის სწავლაც მოუწევთ მშობლებს. ბევრ ახალშობილს სჭირდება კვება ყოველ 3 საათში, დღისა და ღამის განმავლობაში, რაც დაეხმარებათ მათ წონის შესაბამისად მატებაში. კვება შეიძლება მოითხოვდეს დიდ დროს და მშობლების გადაღლა ძილის დარღვევით შეიძლება უფრო მეტად იყოს გამოხატული, ვიდრე მოელიან.

ახალშობილები მიჩვეულები არიან საბავშვო ოთახის ხმაურს 24 საათის განმავლობაში და შეიძლება კარგად ვერ დაიძინონ თავიდან მშვიდ გარემოში. შესთავაზეთ მშობლებს დაუკრან ნაზი მუსიკა და თავიდან გამოიყენონ ღამის განათება. ისინი თანდათანობით შეამცირებენ ამ მეთოდებს, რათა თავი აირიდონ მათი მოქმედების ზეგავლენას ახალშობილზე. მნახველები, ხმაური ან აქტივობები ახალშობილისთვის შეიძლება იყოს ზედმეტი გამღიზიანებელი და ამას უნდა მოვერიდოთ.

გაარკვიეთ მშობლებთან თუ რა სახის დახმარება შეიძლება დასჭირდეთ ახალშობილისა და ოჯახის დანარჩენი წევრების ყოველდღიური მოთხოვნილებების უზრუნველყოფისათვის. დაეხმარეთ, გაარკვიონ რისთვის შეიძლება მიმართონ დახმარებისთვის ოჯახის წევრებსა და მეგობრებს.

დაარწმუნეთ, რომ ოჯახი და მეგობრები ყოველთვის მოხარულები იქნებიან იმ შესაძლებლობით, რათა ამ დროს მათ დაეხმარონ.

AAP და ACOG რეკომენდაციას უწევს გაწერის დროის განსაზღვრისთვის შემდეგს:

- გაწერისთვის მზაობის ნიშნები შეადგენს წონის მატების შენარჩუნებულ მაჩვენებელს, ღია საწოლში სხეულის ტემპერატურის საკმარისად შენარჩუნებას, გულ-ფილტვის მდგომარეობის დარღვევის გარეშე კვებას და გულ-ფილტვის სტაბილურ ფუნქციას;
- უნდა გაკეთდეს შესაბამისი იმუნიზაცია, მანქანის სკამის შემოწმება, მეტაბოლური სკრინინგი, შეფასდეს სმენა, თვალები, ჰემატოლოგიური მდგომარეობა და კვებითი რისკები. შესაფერისი სამკურნალო გეგმა უნდა შემუშავდეს გაწერამდე;
- უნდა შეფასდეს ოჯახი და სახლი. ოჯახში უნდა იყოს სულ მცირე ორი წევრი, რომელსაც შეეძლება კვებოს და უზრუნველყოს ყველა საჭირო ზრუნვით, ჩაატაროს გულ-ფილტვის რეანიმაცია, მიაღებინოს მედიკამენტები, იცოდეს მოწყობილობის გამოყენება, შეამჩნიოს და შეაფასოს პრობლემების ნიშნები და იცოდეს რა უნდა მოიმოქმედოს მათი არსებობის შემთხვევაში;
- დაიგეგმოს პირველადი რგოლის მომსახურება და სხვა მომდევნო ვიზიტები.

დაეხმარეთ მშობლებს რეალურ აღქმაში რას უნდა მოელოდნენ ახალშობილისგან. მაგალითად, მათ უნდა იცოდნენ, რომ ბავშვი განვითარების ნიშნებს, როგორიცაა ხოხვა და სიარული, შედარებით გვიან დაიწყებს, ვიდრე სრული ვადით დაბადებული ბავშვი. მშობლები უნდა ეყრდნობოდნენ თავიანთ მოლოდინს ბავშვის შევსებული ან განვითარებადი ასაკიდან, ვიდრე ქრონოლოგიური ასაკიდან.

დაეხმარეთ მშობლებს მოახდინონ ახალი ბავშვის ოჯახში ინტეგრაცია. ახალშობილის შეხვედრა სხვა შვილებთან იწვევს ნერვიულობას, დამატებით იმისა, რომ უწევთ ზრუნვა ნაადრევ ახალშობილზე. მოისმინეთ მშობლების გამოხატული ინტერესი სხვა შვილების მიმართ და გაამხნევეთ, რომ დედმამიშვილებმა, რომლებსაც არ აქვთ ინფექცია, მოინახულონ თუ ეს შესაძლებელია.

დაეხმარეთ მშობლებს მოამზადონ დედმამიშვილები იმისათვის, თუ რა მდგომარეობაში დაინახავენ თავიანთ ახალ დას ან ძმას და ეს გააკეთეთ მათი სტუმრობის დროს. დედმამიშვილები უნდა შეეხონ ან ხელში დაიჭირონ ახალშობილი, თუ შესაძლებელია. ამით მოხდება მათ შორის

ურთიერთობის დამყარება. სურათის გადაღება ახალშობილთან დაეხმარებათ ახსოვდეთ თავიანთი ახალი წევრი და მათი მონახულების მნიშვნელობა.

განერამდე მოგვარებული უნდა იყოს მანქანის სკამის პრობლემა. აუცილებელია პლედის სწორად მოთავსება, რომ არ მოხდეს ახალშობილის ჩაცურება ან გულმკერდის მოძრაობის ხელის შეშლა. ზოგიერთ ახალშობილს სჭირდება მანქანის საწოლები, რაც საშუალებას მისცემს მათ მოხრილ მდგომარეობაში მოთავსებას.

შეფასება

მოსალოდნელი გამოსავალი: მაშინ როცა მშობლები ხშირად ნახულობენ ახალშობილს და შესაბამისად ურთიერთობაში შედიან მასთან, გამოხატავენ, რომ ესმით მდგომარეობა, ახალშობილის მოთხოვნებს აკმაყოფილებენ და იღებენ აქტიურად მონაწილეობას ახალშობილის ზრუნვაში.

შემთხვევის შესწავლა 14-1
კრიტიკულად სააზროვნო დავალება

ლუკა გაეწერა კლინიკიდან 8 კვირის ასაკში. ის მოინახულა პედიატრმა გაწერიდან 48 საათში და ხელმეორედ 2 კვირის შემდეგ. 6 კვირის ვადაზე ახალშობილის რუტინული შემოწმების დროს, მაია ბევრ კითხვას სვამს ახალშობილის განვითარებაზე. ერთი კითხვა ეხება თუ როდის შეძლებს ახალშობილი მუცლიდან ზურგზე გადაბრუნებას. ექთანმა იცის, რომ უმეტესობა სრული ვადით დაბადებული ახალშობილები განვითარების უნარებს აღწევენ 4-5 თვის ასაკში

კითხვა:

1. როგორ უნდა უპასუხოს ექთანმა დედას?

ნაადრევი ახალშობილის ხშირი გართულებები

ახალშობილის მოუმწიფებლობის გამო გართულებები იზრდება ახალშობილის გესტაციური ასაკისა და დაბადებისას არსებული წონის სიმცირესთან ერთად.

რესპირატორული დისტრეს სინდრომი

რესპირატორული დისტრეს სინდრომი არის მდგომარეობა, რომელიც გამოწვეულია ფილტვებში სურფაქტანტის არასაკმარისი პროდუქციით. ის ხშირად გვხდება ნაადრევ ახალშობილში გესტაციის 28-ე კვირაზე ადრე და იზრდება გესტაციის ასაკის შემცირებასთან ერთად. დისტრესი ხშირად დაკავშირებულია მშობიარობისას ასფიქსიის, საკეისრო კვეთით მშობიარობის, მრავლობითი მშობიარობის, მამრობითი სქესის, გადაცივებისა და დედის დიაბეტის დროს. რესპირატორულინდისტრესისნგანვითარების მაღალინრისკია ნაყოფის ქრონიკული დისტრესი, როგორიცაა დედის ჰეროინზე დამოკიდებულება, დედის ჰიპერტენზია ან მემბრანების გახანგრძლივებული გახევა. რადგან ეს მდგომარეობები ხელს უშლის სურფაქტანტის პროდუქციას. ის ნაკლებად ხშირია, როცა გამოიყენება ანტენატალური კორტიკოსტეროიდები, რაც იწვევს ფილტვების უფრო სწრაფად მომწიფებას.

პათოფიზიოლოგია

სურფაქტანტი არის ფოსფოლიპიდი, რომელიც ამოფენს ალვეოლებს. სურფაქტანტი ამცირებს ზედაპირულ დაჭიმულობას, რაც საშუალებას აძლევს ალვეოლებს დარჩეს ღია, როცა ხდება ამოსუნთქვა. მისი წარმოქმნა უნდა იყოს უწყვეტი მის გამოყენებასთან ერთად. საკმარისი სურფაქტანტი ხშირად წარმოიქმნება 34-36 კვირის დაწყებასთან ერთად, რომ მოხდეს რესპირატორული დისტრეს სინდრომის პრევენცია.

როცა მცირე სურფაქტანტი არსებობს, ალვეოლები იფუშება თითოეულ ჯერზე ახალშობილის ამოსუნთქვისას. ფილტვები ხდება არაცვალებადი ან “მტკიცე” და ხელს უშლის მის გაფართოებას. არაცვალებადი ფილტვები საჭიროებს უფრო მეტ ნეგატიურ წნევას ალვეოლების გახსნისთვის ჩასუნთქვის დროს. ეს იწვევს ძლიერ რეტრაქციას თითოეული ჩასუნთქვის დროს, რადგან გუმლკერდი არის ძალიან დამყოლი. გულმკერდის სუსტი კუნთები შიგნითაა შევარდნილი, რაც აწვება ფილტვებს, რომელიც ძალიან უშლის ხელს მის გაფართოებას. შეიძლება განვითარდეს ხერხისმაგვარი სუნთქვა.

როცა უფრო მცირე ალვეოლა იშლება, ხდება ატელექტაზი, ჰიპოქსია და ჰიპერკაპნოე (გაზრდილი ნახშირორჟანგი). ეს იწვევს ფილტვების ვაზოკონსტრიქციას და ამცირებს სისხლის დინებას, ფილტვებში გამოწვეული ფილტვების სისხლძარღვების რეზისტენტობის გაზრდით. მუდმივმა პულმონალურმა ჰიპერტენზიამ შეიძლება გამოიწვიოს ნაყოფის საშვილოსნოსშიდა პერიოდის ცირკულაციის ეტაპზე დაბრუნება, არტერიული სადინარის ხელახალი გახსნით. აციდოზი და ალვეოლარული იშემიური დაზიანება სურფაქტანტის სინთეზს კიდევ უფრო ართულებს.

ამნიონური სითხის ტესტებს შეუძლია ლეციზინის, სპინგომიელინის, ფოსფატიდილგლიცეროლისა და ფოსპატიდილინოზიტოლის დეტექცია, რომელიც სურფაქტანტის კომპონენტებია. ამ ტესტებმა შეიძლება განსაზღვროს ახალშობილის ფილტვები მომწიფებულია თუ არა საკმარისად, რომ მოხდეს ახალშობილის გადარჩენა საშვილოსნოს გარეთ. ეს ტესტები ტარდება ინდუქციისა და საკეისრო კვეთის ჩატარებამდე ნაყოფზე, რომელიც არის 38 კვირის გესტაციაზე უფრო პატარა. რესპირატორული დისტრეს სინდრომის შემთხვევა და სიმძიმე შეიძლება შემცირდეს მშობიარობამდე კორტიკოსტეროიდების დანიშვნით .

დაავადების გამოვლინება

რესპირატორული დისტრეს სინდრომის ნიშნები მშობიარობიდან პირველი საათის განმავლობაში შედგება ტაქიპნოესგან, ტაქიკარდიისგან, ნესტოების დაბერვისგან, ქსიფოიდისა (მკერდის ძვლის ხმალისებრი წანაზარდი) და ნეკნთაშუა რეტრაქციისა და ციანოზისგან. დამახასიათებელია ხმოვანი, ხიხინისმაგვარი ხმები ამოსუნთქვის დროს. ის გამოწვეულია ჰაერის მოძრაობით ნახევრად დახურულ ყიაში (გლოტისში), რომელიც ეხმარება ფილტვების გაფართოების შენარჩუნებას, აირების მიმოცვლას ამოსუნთქვის დროს და ფუნქციურ რეზიდუალურ მოცულობას. შეიძლება შემცირებული იყოს სუნთქვის ხმები და ისმოდეს სველი ხიხინი.

აციდოზი ვითარდება ჰიპოქსემიის შედეგად. სისხლის აირები აჩვენებს ნახშირორჟანგის გაზრდილ და ჟანგბადის შემცირებულ დონეს. გულმკერდის რადიოგრამა გამოიყურება როგორც “ორნამენტებიანი შუშა” ფილტვების რეტიკულოგრანულარული შესახედაობით, რომელიც დამახასიათებელია რესპირატორული დისტრეს სინდრომისთვის. არის ატელექტაზის ადგილები. ნიშნები უარესდება და პიკს აღწევს 3 დღე, შემდეგ კი იწყებს თანდათანობით განვითარებას.

თერაპიული მართვა

სურფაქტანტი შეყვანილია ახალშობილის ტრაქეაში დაბადებიდან მალევე ან ეგრევე, როცა ჩნდება რესპირატორული დისტრეს სინდრომის ნიშნები. საჭიროებისამებრ ხდება დოზების გამეორება. ახალშობილებს, რომლებსაც მკურნალობენ სურფაქტანტით, უფრო მაღალი გადარჩენის შანსი აქვთ, თუმცა მოუმწიფებლობიდან გამომდინარე სხვა გართულებების შემთხვევები, როგორიცაა ბრონქოპულმონალური დისპლაზია, არ იცვლება.

სხვა, დამხმარე მკურნალობები შედგება ჟანგბადის, უწყვეტი CPAP ან მექანიკური ვენტილაციისგან, ინჰალაციური აზოტის მჟავა, აციდოზის გამოსწორება, IV სითხეები და სხვა გართულებებზე ზრუნვა. ანტიბიოტიკების დანიშვნა ხდება, რადგან ნეონატალური პნევმონიის ნიშნები არის იგივე, რაც რესპირატორული დისტრეს სინდრომის. შესაძლოა გამოვლინდეს დაბალი ტემპერატურა და გლუკოზის დაბალი დონე, რასაც უნდა ვუმკურნალოთ დროულად.

პაციენტის მოვლასთან ასოცირებული მსჯელობა

ექთანი აკვირდება განვითარებადი რესპირატორული დისტრეს სინდრომის ნიშნებს დაბადებისას და დაბადებიდან ადრეული საათების განავლობაში. ახალშობილის მდგომარეობის

ცვლილებები მუდმივად ფასდება. ზოგადი გართულებების ნიშნებზე დაკვირვება, როგორიცაა ღია არტერიული სადინარი და ბრონქოპულმონალური დისპლაზია, მნიშვნელოვანია. ექთანმა თვალყური უნდა ადევნოს სისხლის აირებისა და მჟავა-ტუტოვანი ბალანსის ცვლილებებს. უნდა შევაფასოთ და აღვნიშნოთ სეფსისის ადრეული ნიშნები. სხვა მხრივ, ზრუნვა იგივეა, რაც ნაადრევი ახალშობილისთვის.

ბრონქოპულმონალური დისპლაზია (ფილტვის ქრონიკული დაავადებები)

ბრონქოპულმონალური დისპლაზია, ასევე, სახელწოდებით ფილტვის ქრონიკული დაავადება, არის ქრონიკული მდგომარეობა, სადაც ახალშობილის ფილტვების დაზიანება საჭიროებს მიწოდებულ ჟანგბადზე გახანგრძლივებულ დამოკიდებულებას. ეს ყველაზე ხშირად ხდება 32 კვირაზე ნაკლები გესტაციის ახალშობილებში. ახალშობილები, ზოგადად, საჭიროებენ ჟანგბადს 36 კვირამდე ან დაბადებიდან 28 დღემდე.

პათოფიზიოლოგია

ბრონქოპულმონალურ დისპლაზიას იწვევს შემდეგი ფაქტორების კომბინაცია: ჟანგბადის მაღალი დონე, ჟანგბადის თავისუფალი რადიკალები და მექანიკური ვენტილაციის წნევა, რომელიც აზიანებს ბრონქიალურ ეპითელიუმს და ხელს უშლის ალვეოლების განვითარებას. შედეგად, ვითარდება ანთება, ატელექტაზი, შეშუპება და სასუნთქი გზების ჰიპერეაქტიურობა, რაც გამოწვეულია ცილების დაკარგვით, ალვეოლების კედლების გასქელებითა და ფიბროზული ცვლილებებით.

დაავადების გამოვლინებები

ბრონქოპულმონალური დისპლაზიის უმთავრესი ნიშანია რესპირატორული აპარატის გამოყენების გაზრდილი საჭიროება ან შეუძლებლობა, რომ მოხდეს მოხსნა რესპირატორული აპარატიდან და ჟანგბადიდან. სხვა ნიშნებია: ტაქიკარდია, ტაქიპნოე, რეტრაქცია, ტკაცუნი-სტვენა სუნთქვისას, რესპირატორული აციდოზი, ციანოზი, გაზრდილი სეკრეცია, ბრონქოსპაზმი და დამახასიათებელი ცვლილებები ფილტვებში გულმკერდის რადიოგრაფიით. ასევე, შესაძლებელია ფილტვების შეშუპება.

თერაპიული მართვა

პრევენცია: ორსულისთვის სტეროიდების გამოყენება, რათა შემცირდეს მოუმწიფებლობა და რესპირატორული დისტრეს სინდრომი, ზომიერი რაოდენობით სითხის მიღება და კვებითი ქცევის კონტროლი. მკურნალობა არის სიმპტომური, საჭიროებისამებრ, ანტიბიოტიკებთან და ბრონქოდილატატორებთან ერთად და ჟანგბადის რაოდენობის თანდათანობითი შემცირება. სასურველია შარდმდენების დანიშვნა და სითხეების შეზღუდვა, რამდენადაც ახალშობილი მიდრეკილია სითხეებით გადატვირთვაზე. მნიშვნელოვანია პროტეინის მიღების და, ზოგადად, გაზრდილი კალორიების მიღება. ახალშობილები შეიძლება გავწეროთ სახლში, გახანგრძლივებული ჟანგბადის თერაპიით. ზოგიერთ ახალშობილს სჭირდება ხშირი რეჰოსპიტალიზაცია ცხოვრების პირველი ორი წელი, რესპირატორული გზების ინფექციების გამო.

ინტრავენტრიკულარული სისხლჩაქცევა

ინტრავენტრიკულარული ჰემორაგია (IVH), ასევე ცნობილია სახელწოდებით გერმინალური მატრიქსის ჰემორაგია და პერივენტრიკულარულ-ინტრავენტრიკულარული ჰემორაგია. ეს არის სისხლდენა თავის ტვინის პარკუჭების შიგნით და მის გარშემო. ნაადრევი ახალშობილის დაახლოებით 30 %-ს, რომელიც იწონის 1500 გრამზე ნაკლებს, უვითარდება ინტრაპარკუჭოვანი ჰემორაგია. ასევე, შეიძლება განვითარდეს სიცოცხლის პირველ რამდენიმე დღეს სრული ვადით ახალშობილებში, რომლებიც დაიბადნენ ასფიქსიით ან ტრავმით.

პათოფიზიოლოგია

ინტრაპარკუჭოვანი სისხლდენა გამოწვეულია დაზიანებული სისხლძარღვების გახეთქვით გერმინალურ მატრიქსში, რომელიც მოთავსებულია თავის ტვინის პარკუჭების გარშემო და დაკავშირებულია გაზრდილ ან შემცირებულ სისხლის წნევასთან, ასფიქსიასთან ან რესპირატორულ დისტრესთან, რომელიც საჭიროებს მექანიკურ ვენტილაციას, და ასევე, გაზრდილ ან ცვალებად ცერებრალურ სისხლის დინებასთან. სხვა მიზეზებია სისხლის მოცულობის სწრაფი გაზრდა, ჰიპერკაპნია, ანემია და ჰიპოგლიკემია.

სისხლდენა ფასდება ქულებით, 1-დან 4-მდე, სისხლდენის რაოდენობის მიხედვით.

- ხარისხი 1 - ძალიან მცირე სისხლდენა გერმინალურ მატრიქსზე, რაც წარმოქმნის თუნდაც ნებისმიერ მცირე კლინიკურ ცვლილებებს;
- ხარისხი 2- სისხლდენა ვრცელდება ლატერალურ პარკუჭებამდე;
- ხარისხი 3 - იწვევს პარკუჭების გაფართოებას;
- ხარისხი 4- სისხლდენა იწვევს პარკუჭოვან დილატაციას და ვრცელდება თავის ტვინის გარშემო ქსოვილებზე.

გამოვლინება და ნიშნები

ინტრაპარკუჭოვანი სისხლდენა განისაზღვრება სისხლდენის სიძლიერით. შეიძლება არ ჰქონდეთ არანაირი ნიშნები ან ჰქონდეთ ლეთარგია, კუნთის ცუდი ტონუსი, რესპირატორული სტატუსის გაუარესება ციანოზით ან აპნოეთი, ჰემატოკრიტის დაცემა, აციდოზი, ჰიპერგლიკემია, შემცირებული რეფლექსები, დაჭიმული ყიფლიბანდი და კრუნჩხვები, თვალის პოზიციის ან მოძრაობის ცვლილების ნორმიდან გადახრა. ნიშნები შეიძლება იყოს მცირე და შეუმჩნეველი.

თერაპიული მართვა

ჰემორაგია უმეტესად დაბადებიდან პირველ კვირას ხდება. ნაადრევ ახალშობილზე მეშვიდე დღეს ჩატარებული ულტრასონოგრაფია, რომელიც ინტრაპარკუჭოვანი სისხლდენის რისკის ქვეშაა, აჩვენებს 90% სისხლდენას. თუ სისხლდენის აღმოჩენა მოხდება, შეიძლება ჩატარდეს სერიული ულტრასონოგრაფია პრობლემის პროგრესის განსაზღვრისათვის.

მკურნალობა სიმპტომურია და ფოკუსირდება რესპირატორული ფუნქციის შენარჩუნებასა და სხვა შესაძლო გართულებების გამკლავებაზე. შეიძლება განვითარდეს ჰიდროცეფალუსი, ცერებროსპინალური სითხის დინების შეფერხების გამო. სითხის დრენირებისთვის შეიძლება საჭირო იყოს ვენტრიკულოპერიტონეალური შუნტი (კათეტერი, რომელიც არის თავის ტვინის პარკუჭებიდან პერიტონეალურ ღრუმდე).

პაციენტის მოვლასთან ასოცირებული მსჯელობა

პაციენტის მოვლის ზოგიერთმა საფეხურმა შეიძლება გაზარდოს ცერებრალური სისხლის დინება და სისხლის წნევა. ეს შეიძლება იყოს მექანიკური ვენტილაცია, ამოქაჩვა და ზედმეტი დროით ხელში დაჭერა. თუნდაც ტირილმაც კი, შეიძლება წარმოქმნას ცერებრალური სისხლის დინების ცვლილებები. ამიტომ, ექთანმა, რამდენადაც შესაძლებელია, თავი უნდა აარიდოს ისეთ სიტუაციებს, რაც ზრდის ინტრაპარკუჭოვანი სისხლდენის რისკს. რამდენადაც შესაძლებელია, ხელში აყვანა, ტკივილისა და გარემო სტრესორების გავლენა მინიმუმამდე უნდა იქნას დაყვანილი. განვითარებადი ზრუნვა დახმარების მომტანი უნდა იყოს. ექთნები მუდმივ მზად ყოფნაში უნდა იყვნენ ინტრაპარკუჭოვანი სისხლდენების ადრეულ ნიშნებზე. პაციენტის მოვლა შედგება თავის გარშემოწერილობის ყოველდღიური გაზომვით და ნევროლოგიური სტატუსის ცვლილებებზე დაკვირვებით, რომელიც შეიძლება შეუმჩნეველი იყოს.

მშობლებს სჭირდებათ დახმარება, რათა სათანადოდ გაუმკლავდნენ დიაგნოზს და მის ხანგრძლივ ეფექტს. მათ უნდა ისწავლონ, თუ როგორ შეაფასონ გაზრდილი ინტრაკრანიალური

წნევის ჰიდროცეფალუსის შემთხვევაში გამოვლენილი ნიშნები და გაიაზრონ გეგმის მომდევნო ნაწილი, რაც შეიძლება მოიცავდეს პერიოდულ ულტრაბგერით გამოკვლევებს.

ახალშობილის მოუმწიფებლობით გამოწვეული რეტინოპათია

ახალშობილის მოუმწიფებლობით გამოწვეული რეტინოპათია არის მდგომარეობა, როცა თვალის სისხლძარღვების დაზიანება იწვევს მხედველობის დარღვევას ან სიბრმავეს ნაადრევ ახალშობილებში. უფრო ხშირია ნაადრევ ახალშობილებში, რომლებიც იწონიან 1000 გრამზე ნაკლებს და არიან 29 კვირის გესტაციაზე ნაკლების.

პათოფიზიოლოგია

ახალშობილის მოუმწიფებლობით გამოწვეული რეტინოპათიის ზუსტი მიზეზი უცნობია, შესაძლოა ჟანგბადის მაღალი დონე ერთ-ერთი რისკ-ფაქტორი იყოს. თუმცა, რეტინოპათია ზოგჯერ ვითარდება ისეთ ახალშობილებში, რომლებსაც არასდროს არ მიუღიათ დამატებითი ჟანგბადის თერაპია. გახანგრძლივებული ვენტილაცია, აციდოზი, სეფსისი, შოკი, ინტრაპარკუჭოვანი სისხლდენა და სისხლში ჟანგბადის ცვალებადი დონე დაკავშირებულია ახალშობილის მოუმწიფებლობით გამოწვეულ რეტინოპათიასთან.

რეტინოპათიის დროს თვალში ზიანდება მოუმწიფებელი სისხლძარღვები. გარკვეული პერიოდის შემდეგ, ზოგიერთ ახალშობილში, ახალი სისხლძარღვები მრავლდება, ფარავს მთლიან რეტინას და თვალის მინისებრ სითხეს. სითხის გაჟონვამ და დაზიანებადი სისხლძარღვებიდან სისხლდენამ შეიძლება გამოიწვიოს ნაწიბურების განვითარება, ტრაქცია რეტინაზე და რეტინის აშრევება. თუმცა, პათოლოგიური მდგომარეობის პროგრესი ჩერდება 90 %-ზე მეტ ახალშობილში და შესაძლოა განვითარდეს მხედველობის მცირედი კარგვა.

თერაპიული მართვა

ახალშობილებს, დაბადების წონით 1500 გრ ან ნაკლებით, ან 30 კვირის გესტაციური ასაკის ან უფრო მცირე, ასევე ზოგიერთი ახალშობილები დაბადების წონით 1500- 2000 გრ ან გესტაციური ასაკი 30 კვირაზე მეტის, არასტაბილური კლინიკური კურსით, უნდა ჩავუტაროთ სკრინინგი თვალებზე ცვლილებების გამოსავლენად. გამოკვლევების სიხშირე განისაზღვრება სკრინინგების შედეგებით.

ლაზერული ქირურგია დღევანდელი მკურნალობის არჩევითი მეთოდია პათოლოგიური სისხლძარღვების გასანადგურებლად. ზოგიერთ შემთხვევებში შეიძლება გამოყენებული იყოს ინტრავიტრეალური ბევაციზუმაბი და შეიქმნას მეტი კვლევა მათი სამომავლო გამოყენებისათვის. მნიშვნელოვანია, ასევე, კრიოქირურგიისა და რეტინის თავიდან მიმაგრების საკითხის განხილვა.

პაციენტის მოვლასთან ასოცირებული მსჯელობა

ექთანმა ხშირად უნდა შეამოწმოს იმ ახალშობილის პულსოქსიმეტრის ჩანაწერი, რომელიც ჟანგბადს იღებს. მშობლებს უნდა მიაწოდოთ ინფორმაცია ოფთალმოლოგიური ტესტების შესახებ და აუხსნათ შედეგების მნიშვნელობა. დავრწმუნდეთ, რომ მათ ეს გაიგეს. თვალის გამოკვლევა შეიძლება ძალიან სტრესული იყოს ახალშობილისთვის და, შესაბამისად, დასვენების პერიოდები უნდა გაკონტროლდეს. გუგის გამაფართოებელმა წვეთებმა, რომელსაც ვიყენებთ თვალის გუგის დილატირებისთვის, შეიძლება გამოიწვიოს ჰიპერტენზია, ბრადიკარდია და აპნოე. როცა საჭიროა ქირურგიული ჩარევა, უნდა შეფასდეს თვალები დრენაჟისთვის. შეშუპებისთვის შეიძლება გამოვიყენოთ ყინულის საფენები და საჭიროების შემთხვევაში, ტკივილისთვის მივცეთ მედიკამენტები. მშობლების მხარდაჭერა აუცილებელია მთლიანი გამოკვლევის დროს და განსაკუთრებით, თუ თვალების დაზიანება გამოხატულია.

ნეკროზული ენტეროკოლიტი

ნეკროზული ენტეროკოლიტი არის ნაწლავური ტრაქტის სერიოზული ანთებითი მდგომარეობა, რამაც შეიძლება გამოიწვიოს ნაწლავის ლორწოვანის ადგილობრივი, უჯრედოვანი სიკვდილი და უვითარდება ახალშობილთა ინტენსიური თერაპიის განყოფილებაში მიღებული ახალშობილების 1- 5 %-ს. სიკვდილიანობის სიხშირე მერყეობს 10- 30 % და გადარჩენილებს შეიძლება გაუხანგრძლივდეთ კუჭ-ნაწლავის პრობლემები. ილეუმი და პროქსიმალური ნაწლავი ის ადგილებია, რომელიც ყველაზე ხშირად ზიანდება.

პათოფიზიოლოგია

მიუხედავად იმისა, რომ ზუსტი მიზეზი უცნობია, მთავარი ფაქტორს წარმოადგენს ნაადრევი ახალშობილების ნაწლავების მოუმწიფებლობა. ნეკროზული ენტეროკოლიტის სიხშირე იზრდება გესტაციური ასაკის კლებასთან ერთად. ნაწლავების გადატანილი ჰიპოქსია შეიძლება ერთ-ერთ გამომწვევ ფაქტორს წარმოადგენდეს. ნეკროზული ენტეროკოლიტის შემთხვევები უფრო მაღალია ახალშობილის კვების შემდეგ.

მინიმალური ნაწლავური კვება მოისაზრება იმისათვის, რომ მოხდეს საკვების ოდენობის თანხვედრა ნაწლავების მომწიფებასთან. კვებამ, რომელიც ხორციელდება ძალიან ადრე, ან გაზრდილი სიჩქარით, შეიძლება გამოიწვიოს ნეკროზული ენტეროკოლიტი. როცა ახალშობილის კვება ხდება, მრავლდება ბაქტერია და აირების წარმომქმნელმა ორგანიზმებმა შეიძლება შეაღწიოს ახალშობილის ნაწლავების კედელში.

საბოლოოდ, შეიძლება განვითარდეს ნეკროზი, პერფორაცია და პერიტონიტი. ძუძუს რძეს, რომელიც შედგება იმუნოგლობულინებისგან, ლეიკოციტებისა და ანტიბაქტერიული აგენტებისგან, შეიძლება ჰქონდეს პრევენციული ეფექტი ნეკროზული ენტეროკოლიტის განვითარებისათვის. ანტენატალურ პერიოდში სტეროიდების გამოყენებაზე ჩატარებული კვლევების შედეგები სხვადასხვანაირია: შესაძლოა მოხდეს ნეკროზული ენტეროკოლიტის პრევენცია, შემთხვევები შემცირდეს ან გაიზარდოს.

პაციენტის გამოვლინებები

დაავადება შეიძლება გამოვლინდეს შემდეგი ნიშნებით: მუცლის გაზრდილი გარშემოწერილობა, რომელიც გამოწვეულია გადაჭიმვით, კუჭში დარჩენილი საკვების გაზრდილი მასით, ნაწლავების არ არსებობით ან მუცლის კედლის გასწვრივ არსებული ნაწლავების მარყუჟებით; ნაღვლის წვენის შიგთავსით ღებინება, მუცლის გამკვრივება, ინფექციის ნიშნები და ფარული სისხლდენის ნიშნები განავალში. შეიძლება განვითარდეს რესპირატორული გართულებები გადაბერილი მუცლის ზეწოლით დიაფრაგმაზე. შეიძლება ასევე იყოს აპნოე, ბრადიკარდია, ტემპერატურული არასტაბილურობა, ლეთარგია, ჰიპოტენზია და შოკი. რადიოგრაფიაზე შეიძლება ჩანდეს ჰაერით დილატირებული ნაწლავის მარყუჟი. ამ მდგომარეობის დამახასიათებელი ნიშანია ჰაერის არსებობა ნაწლავების კედლებში. პერიტონეუმში თავისუფალი ჰაერი მიანიშნებს, რომ პერფორაცია მოხდა, ასევე, პერფორაცია შეიძლება მოხდეს დამახასიათებელი ნიშნის გარეშე.

თერაპიული მართვა

კვლევის მიხედვით პრობიოტიკებით მართვას წარმოადგენს ფორმულირებული საკვების დანიშვნა ნეკროზული ენტეროკოლიტის ნორმალური ნაწლავური ფლორის ჩამოყალიბებისა და პრევენციისათვის.

დედა უნდა გავამხნევოთ, რომ ძუძუთი კვებოს ახალშობილი, განსაკუთრებით მაშინ თუკი არსებობს ნეკროზული ენტეროკოლიტის რისკ-ფაქტორები. თუ დედის რძე არ არის, მაშინ შეიძლება დონორის რძის გამოყენება.

ნეკროზული ენტეროკოლიტის მკურნალობა მოიცავს ანტიბიოტიკოთერაპიას, ორალური საკვების შეწყვეტას, გახანგრძლივებულ ან დროგამოშვებით კუჭის ამოტუმბვას და პარენტე-

რალური კვების გამოყენებას ნაწლავების დასვენებისათვის. შეიძლება საჭირო გახდეს ქირურგიული ჩარევა პერფორაციის პრევენციისათვის. ხდება ნეკროზული ადგილის მოცილება. ახალშობილებს, რომლებსაც ნაწლავების დიდი ფართობი აქვთ ამოჭრილი, შეიძლება განუვითარდეთ მცირე ნაწლავის სინდრომი მალაბსორბციით და კვების უკმარისობით.

პაციენტის მოვლასთან ასოცირებული მსჯელობა

ექთნებმა უნდა გაამხნევონ დაინტერესებული დედები უზრუნველყონ თავიანთი ახალშობილი ძუძუს რძით, რადგან ნეკროზული ენტეროკოლიტი ნაკლებად შესაძლებელია დაემართოთ ძუძუთი კვებაზე მყოფ ბავშვებს. ნეკროზული ენტეროკოლიტის ნიშნების ადრეული ალმოჩენა მნიშვნელოვანია ახალშობილთა სიკვდილიანობის შესამცირებლად. რადგან ექთნები მუდმივად აკვირდებიან ახალშობილს, მათ აქვთ შესაძლებლობა აღმოაჩინონ ადრეული, შეუმჩნეველი ნიშნები, რასაც მივყავართ ზუსტ დიაგნოზამდე. თუ ერთი ან მეტი ნიშნები აღინიშნება, ექთანი ტოვებს შემდეგ კვებას და ატყობინებს ექიმს.

იზომება მუცლის გარშემოწირულობა, ინიშნება IV სითხეები და პარენტერალური კვება. მნიშვნელოვანია განისაზღვროს საკვების მიღება და გამოყოფა. მესამე სივრცის სითხის დაკარგვა ხდება მაშინ, როცა სითხე მოძრაობს ინტრავასკულარული სივრციდან ექსტრავასკულარულ სივრცეში. ახალშობილი უნდა მოთავსდეს გვერდზე, რომ მინიმუმამდე შემცირდეს გადაჭიმული ნაწლავებით დაწოლის ეფექტი დიაფრაგმაზე. გამოჯანმრთელების განმავლობაში, ექთანი უნდა დააკვირდეს კვების აუტანლობის ნიშნებს, როცა კვების აღდგენა ხდება. ნაწიბურმა შეიძლება გამოიწვიოს ნაწლავების ნაწილობრივი ან სრული ობსტრუქცია.

მცირე ნაწლავის სინდრომი

მცირე ნაწლავის სინდრომი (SBS) არის მდგომარეობა გამოწვეული ნაწლავით, რომელიც უფრო მოკლეა, ვიდრე უნდა იყოს. დაავადებას იწვევს კუჭ-ნაწლავის გზების თანდაყოლილი მალფორმაცია ან ქირურგიული რეზექცია, რომელიც ამცირებს მცირე ნაწლავის სიგრძეს.

პათოფიზიოლოგია

როცა ნაწლავი ზედმეტად მოკლეა, შემცირებული ლორწოვანი ზედაპირი იწვევს სითხეების, ელექტროლიტებისა და საკვები ნივთიერებების არასაკმარის შეწოვას. მცირე ნაწლავის 50% და მეტის დაკარგვამ შეიძლება გამოიწვიოს ზოგადი მალაბსორბციის სიმპტომები ან სპეციფიური საკვები ნივთიერებების დეფიციტი, რაც დაკავშირებულია ნაწლავის იმ რეგიონთან, რომლის რეზექციაც მოხდა.

დაავადების გამოვლინებები

მოკლე ნაწლავის სინდრომის ყველაზე ხშირი სიმპტომია მალაბსორბცია, დიარეა და ზრდაში ჩამორჩენა. თუ მცირე ნაწლავი არის 40 სმ ან მეტი, შეიძლება დროთა განმავლობაში მოხდეს მალაბსორბციის გამოსწორება, რადგან დარჩენილი ნაწლავი აგრძელებს ზრდას და ფუნქციებთან ადაპტირებას.

თერაპიული მართვა

ქირურგიული ოპერაციის დროს მაქსიმალურად ცდილობენ შეინარჩუნონ ნაწლავის სიგრძე. ქირურგიული ოპერაციის შემდეგ ბავშვის სითხეები და ელექტროლიტების ბალანსი უნდა აღდგეს და დასტაბილურდეს. მკურნალობის უმთავრესი მიზანია ახალშობილებისა და ბავშვების საკვები ნივთიერებების უზრუნველყოფა.

სრული პარენტერალური კვება (TPN) ითვლება, როგორც კვების უპირველესი წყარო. მისი ფორმულირება ხდება ისე, რომ მიესადაგოს ბავშვის საკვებ მოთხოვნილებებს და უზრუნველყოს წონაში ადეკვატური მატება და ზრდა. ენტერალური კვება იწყება ოპერაციიდან რაც შეიძლება მალე, რათა მოხდეს ნაწლავების ადაპტირება საკვებთან.

პაციენტის მოვლასთან ასოცირებული მსჯელობა

ექთანი უზრუნველყოფს ახალშობილის სრულ პარენტერალურ და ენტერალურ კვებას. ზოგადად სრული პარენტერალური კვების ინფუზია ხდება ცენტრალურ ვენაზე მიმაგრებული მოწყობილობიდან. მკაცრი ასეპტიური გარემო უნდა დავიცვათ, როცა ვაკეთებთ შეყვანის ადგილის საფენების შეცვლას და როცა ვუკეთებთ სრულ პარენტერალურ კვებას, რომ მოხდეს ინვაზიურ ხაზთან ასოცირებული სისხლის ინფექციის პრევენცია. ენტერალური კვების გაუმჯობესება ხდება ნელ-ნელა, სანამ შესაბამისად მოხდება სრული პარენტერალური კვების შემადგენლობის რეგულირება. ექთანმა ზუსტად უნდა შეაფასოს და დოკუმენტირება გაუკეთოს ენტერალური კვების ტოლერანტობას, უნდა აღნიშნოს დეჰიდრაციის, ელექტროლიტური დისბალანსისა და კვებითი დეფიციტის ნებისმიერი ნიშნები. ხდება ასევე არასაკვებისმიერი წოვება.

ვადაგადაცილებული ახალშობილი

გესტაციის 42 კვირის შემდეგ დაბადებულ ახალშობილს ჰქვია ვადაგადაცილებული ახალშობილი. ნორმალურზე უფრო ხანგრძლივი გესტაცია უზრდით სხვადასხვა გართულების მიმართ რისკს.

პრობლემის მასშტაბურობა

ორსულობის დაახლოებით 3- 14 % მიჩნეულია როგორც ვადაგადაცილებულად. ზოგიერთ შემთხვევაში, პლაცენტის საშუალებით, ახალშობილი ნარჩუნდება დამაკმაყოფილებელ მდგომარეობაში და არის ნორმალური ან დიდი ზომის გესტაციურ ასაკთან შედარებით. ზოგიერთი ნაყოფი იზრდება 4000 გრამზე მეტი, რაც მათ აყენებთ სამშობიარო ტრავმების ან საკეისრო კვეთით მშობიარობის რისკის ქვეშ.

სხვა შემთხვევაში, პლაცენტის ფუნქციონირების შემცირდება ხდება ორსულობის გახანგრძლივებასთან ერთად. პლაცენტის უკმარისობის შემთხვევაში შეიძლება მოხდეს ამნიონური სითხის მოცულობის შემცირება (ოლიგოჰიდრამნიონი) და ჭიპლარის კომპრესია. ნაყოფმა შეიძლება ვერ მიიღოს საკმარისი რაოდენობის ჟანგბადი, კვებითი ღირებულებები და ამიტომ, შეიძლება იყოს გესტაციურ ასაკთან შედარებით მცირე ზომის. ეს მდგომარეობა ნაყოფში იწვევს ჰიპოქსიას და კვებით უკმარისობას და ეწოდება გადამწიფების სინდრომი ან მომწიფების დარღვევის სინდრომი. გადამწიფების სინდრომი ხდება ვადაგადაცილებული ორსულობის 20%-ის შემთხვევაში.

როცა მშობიარობა იწყება, ჟანგბადის მცირე რეზერვმა შეიძლება გამოიწვიოს ნაყოფის არაკეთილსაიმედო მდგომარეობა. ახალშობილმა ჰიპოქსიის შედეგად შეიძლება გამოყოს მეკონეუმი მშობიარობამდე ან მშობიარობის დროს, რაც ზრდის მეკონეუმით ასპირაციის რისკს მშობიარობის განმავლობაში. ასეთი ახალშობილები სხვა ახალშობილებისგან განსხვავებით, ასპირაციის უფრო მაღალი რისკის ქვეშ არიან. ვადაგადაცილებულ ახალშობილებს აქვთ უფრო მაღალი პერინატალური სიკვდილიანობა, ვიდრე იმ ახალშობილებს, რომლებიც იბადებიან სრულ ვადაზე.

შეფასება

ახალშობილთა უმეტესობა ნორმალურია. როცა ახალშობილი დიდი ზომისაა, ექთანი უნდა დააკვირდეს დაზიანებისა და გლიკემიის ხარისხს. ახალშობილებს გადამწიფების სინდრომით, შეიძლება ჰქონდეთ დამახასიათებელი შესახედაობა, რაც გამოწვეულია ჰიპოქსიით. ახალშობილები შეიძლება იყვნენ გამხდრები, თხელი კანით და მცირე კანქვეშა ცხიმით. დამახასიათებელია პირველადი ცხიმის სიმცირე ან საერთოდ არ არსებობა, მაგრამ ახალშობილებს, ზოგადად, აქვთ თავზე ჭარბთმიანობა და გრძელი ფრჩხილები. კანი არის დანაოჭებული, დახეთქილი და იქერცლება (სურათი 14 -10). თუ მეკონეუმი არსებობს ამნიონურ სითხეში, ამ დროს ჭიპლარი, კანი და ფრჩხილები შეიძლება შეღებილი იყოს მოყვითლო-მომწვანოდ, რაც მიანიშნებს იმას, რომ მეკონეუმი გამოიყოფოდა რაღაც დროის განმავლობაში. ჭიპლარი არის თხელი, მცირე ვარტონოვის ლაბით (ჟელესებრი სტრუქტურა).

სურათი 14-10 , ვადაგადაცილებულ ახალშობილს არ აქვს პირველადი ნაცხი და აქვს მშრალი , დახეთქილი, აქერცლილი კანი

ვადაგადაცილებული ახალშობილი უნდა შეფასდეს ჰიპოგლიკემიაზე, გლიკოგენის მარაგის სწრაფად გამოყენების გამო. თუ კანქვეშა ცხიმის კარგვა მოხდა, ახალშობილს აქვს დაბალი ტემპერატურის განვითარების რისკი.

თერაპიული მკურნალობა

თერაპიული მართვა, ძირითადად, ფოკუსირდება პრევენციასა და სიმპტომურ მკურნალობაზე. მომლოდინე დედებს, რომლებსაც გესტაციის ვადები გადაუცდათ, ენიშნებათ პლაცენტის ფუნქციონირების განმსაზღვრელი ტესტები და ხდება მშობიარობის ინდუქცია, თუ ვლინდება პლაცენტის მდგომარეობის გაუარესების ნიშნები. თუ ახალშობილს არ შეუძლია მშობიარობას გაუძლოს, საჭიროა მშობიარობის დასრულება საკეისრო კვეთის გზით. აბგარის ქულა 7-ზე ნაკლები მეტად დამახასიათებელია ვადაგადაცილებული ახალშობილისთვის. ასფიქსიის შემთხვევაში ან მეკონეუმის ასპირაციის შემთხვევაში, რესპირაციული უზრუნველყოფა საჭიროა დაბადებისას.

პაციენტის მოვლასთან ასოცირებული მსჯელობა

ექთნის უმთავრესი ფუნქციაა გართულებების პრევენცია, სადაც ეს შესაძლებელია და, შესაბამისად, მიმდინარეობს მონიტორინგი მდგომარეობის ცვლილებებზე. მშობიარობის და უშუალოდ ბავშვის დაბადების დროს, ექთანი სათანადოდ რეაგირებს ახალშობილის გულის სიხშირის დეცელერაციაზე, ამზადებს და აფასებს ორსულს სასწრაფო მშობიარობისთვის, მშობიარობის დროს ზრუნავს რესპირატორულ პრობლემებზე.

გადამწიფების სინდრომის ნიშნები ახალშობილებში აღინიშნება პირველი შეფასებისთანავე. რესპირატორულმა პრობლემებმა შეიძლება შეფასების განმეორებისა და ზრუნვის გაგრძელება საჭიროება გახადოს. ახალშობილები, რომლებსაც შეიძლება ახასიათებდეთ გადამწიფებულობა, უნდა შემოწმდნენ ჰიპოგლიკემიაზე დაბადებიდან მალევე და კიდევ ერთხელ ერთი საათის შემდეგ, ან საავადმყოფოს რეგულაციის მიხედვით. მათ სჭირდებათ ადრეული და უფრო ხშირი კვება, რათა კომპენსაცია გაუკეთონ იმ კვებითი დანაკლისს, რაც მშობიარობამდე ჰქონდათ.

შეიძლება ვერ ხერხდებოდეს ტემპერატურის რეგულაცია იმის გამო, რომ ცხიმის მარაგი გამოყენებული იყო საშვილოსნოს შიდა კვებისთვის. დამატებითი პლედებით უზრუნველყოფა, ტემპერატურის ხშირად შეფასება და მშობლების სწავლება გადაცივების სტრესის პრევენციისთვის, მნიშვნელოვანია მთელი იმ დროის განმავლობაში, რასაც საავადმყოფოში ატარებს. პოლიციტემია, რომელიც გამოწვეულია ჰიპოქსიისგან მშობიარობამდე, ზრდის ჰიპერბილირუბინემიის რისკს.

გესტაციურ ასაკთან შედარებით მცირე ზომის ახალშობილი

გესტაციურ ასაკთან მცირე ზომის ახალშობილებს მიეკუთვნებიან ისინი, რომელთა ზომა ზრდის დიაგრამაზე არის 10 პერსენტილზე ნაკლები. მათ ვერ მოახერხეს საშვილოსნოში გაზრდა, როგორც მოსალოდნელი იყო და აქვთ ნაყოფის ზრდაში შეფერხება. ზოგიერთ ახალშობილს, რომელსაც არ ეხება მცირე ზომის ახალშობილის განმარტება, შესაძლოა ჰქონდეთ ნაყოფის ზრდაში შეფერხება და სრული პოტენციალით გაზრდის პრობლემა სხვადასხვა მიზეზის გამო. თუმცა, მცირე ზომის ახალშობილიას და ნაყოფის ზრდაში შეფერხების ტერმინები ხშირად გამოიყენება ერთმანეთის მონაცვლეებით.

გესტაციურ ასაკთან შედარებით მცირე ზომის ახალშობილი შეიძლება იყოს ნაადრევი ან ვადაგადაცილებული. ახალშობილის სიკვდილიანობა და ავადობა იზრდება მყარად, როგორც კი ზრდის შეფერხება ღრმავდება. დაახლოებით ერთი მესამედი ყველა მცირე წონის (LBW) ახალშობილთაგან არის მცირე ზომის ახალშობილი (SGA).

მიზეზები

არსებობს მრავალი რისკ-ფაქტორი, რომელმაც შეიძლება გამოიწვიოს გესტაციურ ასაკთან შედარებით მცირე ზომის ახალშობილის დაბადება. თანდაყოლილი მალფორმაცია, ქრომოსომული ანომალიები, გენეტიკური ფაქტორები, მრავლობითი ორსულობა და ნაყოფის ინფექციები, როგორიცაა წითელა ან ციტომეგალოვირუსი, იწვევს ნაყოფის ზრდაში შეფერხებას. შეფერხებული პლაცენტალური ფუნქცია, რომელიც გამოწვეულია პლაცენტის დაბერებით, მცირე ზომით, აშრევებით ან მალფორმაციით, ხელს უშლის ნაყოფის ზრდას. დაავადებები მომლოდინე დედებში, როგორიცაა პრეეკლამფსია ან მძიმე ფორმის დიაბეტი, აფერხებს უტეროპლაცენტალურ სისხლის დინებას და ხელს უშლის ნაყოფის ზრდას. ნიკოტინის მოხმარება, ნარკოტიკებისა და ალკოჰოლის მიმართ დამოკიდებულება, ასევე, დედის მძიმე კვებითი უკმარისობა აფერხებს ნაყოფის ზრდას.

პრობლემის მასშტაბურობა

ახალშობილებს, ნაყოფის ზრდაში შეფერხებით, აქვთ უფრო მაღალი პერინატალური ავადობა და სიკვდილიანობა, რაც 10-20-ჯერ მეტია სხვა, ფიზიოლოგიურ ახალშობილებთან შედარებით. სიკვდილი, რომელიც შეიძლება გამოწვეული იყოს ასფიქსიით მშობიარობამდე ან მის შემდეგ, შედეგია პლაცენტალური ფუნქციონირების შეფერხების, სხვადასხვა გართულებით გამოწვეული თანდაყოლილი ანომალიებისა ან მოუმწიფებლობისა.

სრული ვადის მცირე ზომის ახალშობილი მიდრეკილია იგივე გართულებებისკენ, როგორც ნაადრევი ან ვადაგადაცილებული ახალშობილი. პრობლემები უფრო ღრმაა იმ ახალშობილებში, რომლებიც არიან ნაადრევნი, დამატებით მცირე ზომისა.

დაბალი აპგარის ქულა, მეკონეუმის ასპირაცია და პოლიციტემია უფრო ხშირია მცირე ზომის ახალშობილში. ჰიპოგლიკემია ხშირია, რადგან არასაკმარისია ღვიძლში გლიკოგენის მარაგი. ასევე, მომწიფებული კუნთის ტონუსი საშუალებას აძლევს მცირე ზომის ახალშობილს შეინარჩუნოს უკეთესად მოხრილი მდგომარეობა, ვიდრე ნაადრევმა ახალშობილმა. მცირე ზომის ახალშობილები მიდრეკილნი არიან არასაკმარისი თერმორეგულაციის მიმართ, რადგან კანქვეშა თეთრი ცხიმი და ყავისფერი ცხიმის მარაგი უკვე გამოყენებულია საშვილოსნოს შიდა არსებობისთის. თუ ჰიპოგლიკემია განვითარდება, არასაკმარისი გლუკოზა ხმარდება გაზრდილ მეტაბოლიზმს, რათა წარმოქმნას სითბო, რაც უფრო ართულებს პრობლემას.

გესტაციურ ასაკთან შედარებით მცირე ზომის ახალშობილის მახასიათებლები

განსხვავებულია მცირე ზომის ახალშობილის აღწერილობა, რაც დამოკიდებულია იმაზე თუ როდის იწყება ზრდის შეფერხება, ადრე თუ გვიან ორსულობის დროს. განსხვავება ხდება, რადგან ზრდის შეფერხება თავდაპირველად წონას შეეხება, ხოლო პროგრესირების შემთხვევაში, საბოლოოდ, სიგრძეს და შემდეგ თავის ზომასაც.

სიმეტრიულად ზრდის შეფერხება შეეხება მთელ სხეულს. ის შეიძლება გამოწვეული იყოს თანდაყოლილი ანომალიებით, გენეტიკური დაავადებებით, ინფექციებთან შეხებით ან მედიკამენტების ეფექტით ორსულობის ადრეულ ეტაპზე. ასევე, ახალშობილის წონა, სიგრძე და თავის გარშემოწერილობა არის ყველა 10 პერსენტილზე ნაკლები, სხეული არის პროპორციული და განვითარებულია ზომის შესაბამისად. უჯრედების მთლიანი რაოდენობა, ასევე, უჯრედების ზომა შემცირებულია და ახალშობილს შეიძლება ჰქონდეს ხანგრძლივი გართულებები. ეს ახალშობილები ხშირად არიან მცირე ზომის მთლიანი ცხოვრების განმავლობაში. მათ აქვთ ახალშობილთა სიკვდილიანობის უფრო მაღალი სიხშირე. მცირე ზომის ახალშობილთა დაახლოებით 20%-ს აქვს სიმეტრიულ ზრდაში შეფერხება.

ასიმეტრიული ზრდის შეფერხება გამოწვეულია გართულებებით, როგორიცაა პრეეკლამფსია, რომელიც ვითარდება მესამე ტრიმესტრში და ხელს უშლის უტეროპლაცენტალურ ფუნქციას. ასიმეტრული შეფერხების დროს, თავი ნორმალური ზომისაა, მაგრამ ჩანს უფრო დიდი სხეულთან შედარებით. თავის ტვინის ზრდა და გულის ზომა ნორმალურია. სიგრძე ნორმალურია, მაგრამ წონა არის 10 პერსენტილზე ქვევით გესტაციურ ასაკთან შედარებით. მუცლის გარშემოწირულობა შემცირებულია, რადგან ღვიძლი, ელენთა და თირკმელზედა ჯირკვლები უფრო მცირე ზომისაა, ვიდრე ნორმალურად უნდა იყოს.

ახალშობილი გამოიყურება გრძლად, თხლად და გამოფიტულად. მშრალ, თხელ კანს აქვთ სიგრძივი ნაპრალები კანქვეშა ცხიმის განლევის გამო. ახალშობილს აქვს ჩავარდნილი მუცელი, იშვიათი თმა, თხელი ჭიპლარი და სახის გამომეტყველება, როგორც მოხუცის. წინა ყიფლიბანდი შეიძლება იყოს დიდი, ფართო ან ერთმანეთზე გადასული თავის ქალას ნაკერებით. ეს ახალშობილები ზოგადად "ეწევიან" ზრდას, პირველ 2 წელში, თუ მათი კვება სრულყოფილია დაბადების შემდეგ.

თერაპიული მართვა

თერაპიული მართვა ფოკუსირდება პრევენციასა და კარგ ანტენატალურ მეთვალყურეობაზე, რათა დროულად მოხდეს პრობლემის აღმოჩენა და მკურნალობა. როცა ზრდის შეფერხების პრევენცია ვერ ხერხდება, ულტრასონოგრაფიული გამოკვლევები გვეხმარება მდგომარეობის ადრეული აღმოჩენისათვის. სერიული არასტრესული და ბიოფიზიკური პროფილი მნიშვნელოვანია იმის განსაზღვრაში, უნდა მოხდეს თუ არა ახალშობილის დაბადება ადრეულად და მზადება მოსალოდნელი გართულებებისთვის დაბადებისას. პრობლემების მკურნალობა, რომლებიც წარმოიქმნება მშობიარობამდე ან მის მერე, უნდა მოხდეს მალევე. ეს შეიძლება იყოს ასფიქსია, მეკონეუმის ასპირაცია, ჰიპოგლიკემია და პოლიციტემია. მცირე ზომის ახალშობილს აქვს უფრო დიდი ზედაპირის მოცულობა და უფრო მაღალი მეტაბოლური სიჩქარე, ვიდრე ახალშობილებს, რომლებიც არიან შესაბამისი გესტაციური ასაკის. ეს ზრდის მათ რისკს ტემპერატურის სტაბილურობის პრობლემების გაღრმავებისათვის.

პაციენტის მოვლასთან ასოცირებული მსჯელობა

რადგან ზრდის შეფერხების მიზეზები განსხვავდება, მცირე ზომის ახალშობილის ზრუნვა უნდა მოხდეს შესაბამისად, რომ მიესადაგოს სპეციფიურ, არსებულ პრობლემას. როცა არსებობს ზრდის შეფერხების ნიშნები, ექთანი უნდა დააკვირდეს თანმხლებ გართულებებს. ზოგადი ფიზიკური მონაცემები გვაძლევს ინფორმაციას რომელი ტიპის ზრდაში გვაქვს შეფერხება. თუ შეფერხება ასიმეტრიულია, თავის გარშემოწერილობა და სიგრძე ნორმალურია, მაგრამ მუცლის გარშემოწერილობა და წონა შემცირებულია.

ექთანმა უნდა შეაფასოს ჰიპოგლიკემია, განსაკუთრებით ისეთ ახალშობილებთან, რომელთაც აღენიშნებათ ასიმეტრიულ ზრდაში შეფერხება. ახალშობილის თავის ტვინი ნორმალურია და საჭიროებს დიდი რაოდენობით გლუკოზას, მაგრამ ღვიძლი მცირე ზომისაა და აქვს გლიკოგენის არასაკმარისი მარაგი. კალორიული საჭიროება უფრო მეტია, ვიდრე ნორმალური ახალშობილის, რაც მნიშვნელოვანს ხდის კვების დაწყებას ადრე და ხშირად. ტემპერატურის რეგულაცია და რესპირატორული დახმარება დამატებითი მოვლის ინტერესია. სიყვითლეზე დაკვირვება მნიშვნელოვანია ახალშობილებში პოლიციტემიით, რადგან ხდება დიდი რაოდენობით ბილირუბინის გამოთავისუფლება, როცა ერითროციტები იშლება.

გესტაციურ ასაკთან შედარებით დიდი ზომის ახალშობილი

გესტაციურ ასაკთან შედარებით დიდი ზომის ახალშობილი არის გესტაციური ასაკის 90 პერსენტილზე ზემოთ, საშვილოსნოსშიდა ზრდის ცხრილზე. მათ შეიძლება ჰქონდეთ მაკროსომია (4000 - 4500 გრამი ან მეტი) და ხშირად იბადებიან მოსალოდნელ ვადაზე ადრე, თუმცა ასევე, შესაძლებელია მოხდეს მშობიარობის ვადაგადაცილება.. ნაადრევი დიდი ზომის ახალშობილი შეიძლება აგვერიოს სრული ვადის ახალშობილში, მაგრამ იგივე პრობლემები აქვს, რაც ნაადრევ ახალშობილს.

მიზეზები

დიდი ზომის მშობლებს, მრავალჯერ ნამშობიარებ ქალებს, დედებს, რომლებიც არიან დაავადებულები სიმსუქნით, ზოგიერთი ეთნიკური ჯგუფების წარმომადგენლებს შეიძლება გაუჩნდეთ თავის გესტაციურ ასაკთან შედარებით დიდი ზომის ახალშობილები. დედის დიაბეტმა ასევე შეიძლება გამოიწვიოს გაზრდილი ზომა, როგორიცაა, მაგალითად, ერითრობლასტოზის ფეტალისი.

პრობლემის მასშტაბურობა

გესტაციურ ასაკთან შედარებით, დიდი ზომის ახალშობილზე,ქალი მშობიარობს უფრო ხანგრძლივად, აქვთ დაზიანებები მშობიარობის დროს ან სჭირდებათ საკეისრო კვეთით მშობიარობა. შეიძლება მოხდეს მხრების დისტოცია, რადგან მხრები არის ძალიან დიდი ზომის და ვერ ერგება მენჯის ზომებს. ლავიწის ან თავის ქალის მოტეხილობა აზიანებს ბრაქიალურ პლექსუსს და დალურჯებებიც უფრო ხშირია ნორმალური ზომის ახალშობილებთან შედარებით. ხშირია, ასევე, გულის თანდაყოლილი დეფექტები და სიკვდილიანობა.

თერაპიული მართვა

თერაპიული მართვა დამოკიდებულია ორსულობის დროს აღმოჩენილი, მნიშვნელოვნად გაზრდილი საშვილოსნოს ფუძის სიმაღლითა და ულტრასონოგრაფიული გამოკვლევით. მშობიარობის პრობლემებმა შეიძლება გამოიწვიოს ვაკუუმ ექსტრაქტორის, მაშების ან საკეისრო კვეთით დაბადება. დაბადების დროს დაზიანებებისა და გართულებების მკურნალობა ხდება გამოვლინებისთანავე.

პაციენტის მოვლასთან ასოცირებული მსჯელობა

ექთანი ეხმარება პაციენტს როგორც გართულებული მშობიარობის, ისე საკეისრო კვეთით მშობიარობის დროს. როცა ახალშობილი იმაზე დიდი ზომისაა, ვიდრე მოსალოდნელია, ხდება დისტოცია. დაბადების შემდეგ, მნიშვნელოვანია ახალშობილის ყურადღებით შეფასება დაზიანებებზე ან სხვა გართულებებზე, როგორიცაა ჰიპოგლიკემია ან პოლიციტემია. პაციენტის მოვლა ხდება იმის მიხედვით, რა პრობლემაც წამოიჭრება.