



 international  
*stillbirth* alliance

**ვენუს ჯორჯია** *Venus Georgia*

**ქალთა რეაბილიტაციის ასოციაციის  
II საერთაშორისო კონფერენცია**

**II INTERNATIONAL CONFERENCE OF  
WOMEN'S REHABILITATION ASSOCIATION**

თბილისი, 13 ივნისი 2015  
Tbilisi, 13 June 2015





# პროგრამა

## I სექცია

**თავმჯდომარე:** მანანა აბულაძე - მედიცინის დოქტორი, მეან-გინეკოლოგი, სამეანო-გინეკოლოგიური რეაბილიტაციის ცენტრი „ვენუს ჯორჯია“; ქალთა რეაბილიტაციის ასოციაცია, ჩაჩავას კლინიკა, მკვდრადშობადობის საერთაშორისო ალიანსი

**9:00 - 10:00 რეგისტრაცია**

**10:00 - 10:10 გახსნის ცერემონია**

საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს წარმომადგენლის მისალმება.

**10:10 - 10:30 ქალთა რეაბილიტაციის ასოციაციის პრეზიდენტის მისალმება**

მანანა აბულაძე, მედიცინის დოქტორი, მეან-გინეკოლოგი, სამეანო-გინეკოლოგიური რეაბილიტაციის ცენტრი „ვენუს ჯორჯია“; ქალთა რეაბილიტაციის ასოციაცია, ჩაჩავას კლინიკა, მკვდრადშობადობის საერთაშორისო ალიანსი.

**10:30 - 10:50 მკვდრადშობადობა - საქართველოს რეალობა და გამოწვევები, სტატისტიკური ანალიზი**

სოფო ანანიკოვი, მეან-გინეკოლოგი, სამეანო-გინეკოლოგიური რეაბილიტაციის ცენტრი „ვენუს ჯორჯია“; ქალთა რეაბილიტაციის ასოციაცია, თბილისი, საქართველო.

**10:50 - 11:10 სამეანო მეთვალყურეობის ხარისხის გაუმჯობესება: რა მოვიმოქმედოთ მკვდრადშობადობის შესამცირებლად? პერინატალური აუდიტი**

პროფესორი იან ერვიჩი, მეან-გინეკოლოგი, მკვდრადშობადობის საერთაშორისო ალიანსის ექს-პრეზიდენტი, გრონინგენის სამედიცინო უნივერსიტეტი, გრონინგენის უნივერსიტეტი, გრონინგენი, ჰოლანდია.

**11:10 - 11:30 მკვდრადშობადობა: საქართველოს რეალობა და გამოწვევები 2008-2012 წლების მონაცემების საფუძველზე**

თამარ შელია, მეან-გინეკოლოგი, სამეანო-გინეკოლოგიური რეაბილიტაციის ცენტრი „ვენუს ჯორჯია“; ქალთა რეაბილიტაციის ასოციაცია, თბილისი, საქართველო.

**11:30 - 11:50 მკვდრადშობადობა: საქართველოს რეალობა და გამოწვევები 2013 წლის მონაცემების საფუძველზე**

ნათია შარაბიძე, მედიცინის დოქტორი, მეან-გინეკოლოგი, სამეანო-გინეკოლოგიური რეაბილიტაციის ცენტრი „ვენუს ჯორჯია“; ქალთა რეაბილიტაციის ასოციაცია, მკვდრადშობადობის საერთაშორისო ალიანსის სამეცნიერო საბჭოს წევრი, თბილისი, საქართველო.

**11:50 - 12:00 დისკუსია**

**12:00 - 12:30 ყავის შესვენება**

## II სექცია

**თავმჯდომარე:** დავით მეტრეველი – დ.მეტრეველის სამედიცინო ცენტრის დირექტორი, თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტის ასოცირებული პროფესორი. საქართველოს ენდოკრინოლოგთა საზოგადოების თავმჯდომარის მოადგილე. საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს ექსპერტი-ენდოკრინოლოგი, ქალთა რეაბილიტაციის ასოციაცია.

**12:30 - 12:50 მკვდრადშობადობის მიზეზები გლობალურად და გამოწვევები, რომლებსაც კლასიფიკაციის არაერთგვაროვანი სისტემების არსებობა ქმნის**

ვიკი ფლენადი, პერინატალური კლინიკური ეპიდემიოლოგი, დედათა კვლევითი ინსტიტუტი, ქუინსლენდის უნივერსიტეტი, ბრისბენი, ავსტრალია; ავსტრალიის პერინატალური საზოგადოება და ახალი ზელანდიის მკვდრადშობადობის და ნეონატალური დანაკარგის ალიანსი; მკვდრადშობადობის საერთაშორისო ალიანსი.

**12:50 - 13:10 მკვდრადშობადობის შემდგომი დიაგნოსტიკა: მიზეზების დადგენა**

პროფესორი იან ერვიჩი, მეან-გინეკოლოგი, მკვდრადშობადობის საერთაშორისო ალიანსის ექს-პრეზიდენტი, გრონიგენის სამედიცინო უნივერსიტეტი, გრონიგენის უნივერსიტეტი, გრონიგენი, ჰოლანდია.

**13:10 - 13:30 გესტაციური ჰიპერტენზია და მკვდრადშობადობა**

დალი ტრაპაიძე, დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრის არაგადამდებ დაავადებათა დეპარტამენტის მთავარი სპეციალისტი, საქართველოს ჰიპერტონიის შემსწავლელი საზოგადოების კვლევების სამუშაო ჯგუფის ხელმძღვანელი, ქალთა რეაბილიტაციის ასოციაცია, თბილისი, საქართველო.

**13:30 - 13:50 პლაცენტის პათოლოგია მკვდრადშობადობის დროს**

პროფესორი იან ერვიჩი, მეან-გინეკოლოგი, მკვდრადშობადობის საერთაშორისო ალიანსის ექს-პრეზიდენტი, გრონიგენის სამედიცინო უნივერსიტეტი, გრონიგენის უნივერსიტეტი, გრონიგენი, ჰოლანდია.

**13:50 - 14:10 ნაყოფის შემცირებული მოძრაობის შესახებ ცნობიერების ამაღლება მკვდრადშობადობის შესამცირებლად**

ვიკი ფლენადი, პერინატალური კლინიკური ეპიდემიოლოგი, დედათა კვლევითი ინსტიტუტი, ქუინსლენდის უნივერსიტეტი, ბრისბენი, ავსტრალია; ავსტრალიის პერინატალური საზოგადოება და ახალი ზელანდიის მკვდრადშობადობის და ნეონატალური დანაკარგის ალიანსი; მკვდრადშობადობის საერთაშორისო ალიანსი.

**14:10 - 14:30 დისკუსია**

**14:30 - 15:30 ლანჩი**

### III სექცია

**თავმჯდომარე:** დავით მეტრეველი – დ.მეტრეველის სამედიცინო ცენტრის დირექტორი, თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტის ასოცირებული პროფესორი. საქართველოს ენდოკრინოლოგთა საზოგადოების თავმჯდომარის მოადგილე. საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს ექსპერტი-ენდოკრინოლოგი, ქალთა რეაბილიტაციის ასოციაცია.

**15:30 - 15:50** **სამედიცინო ჟურნალ „ლანცეტის“ 2011 წლის მკვდრადშობადობასთან დაკავშირებული კვლევების „მოგინოდებთ მოქმედებისკენ“ განხილვა. კიდევ რისი გავლენაა საჭირო?**

დევიდ ელვუდი, პროფესორი, მენ-გინეკოლოგი, გრიფითის უნივერსიტეტის მედიცინის სკოლა და გოლდ ქოუსტის საუნივერსიტეტო კლინიკა, ქუინსლენდი, ავსტრალია; მკვდრადშობადობის საერთაშორისო ალიანსის ყოფილი თავმჯდომარე.

**15:50 - 16:10** **მკვდრადშობადობა და პეპატიტები**

თამარ მეგრელიშვილი, მედიცინის დოქტორი, თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტის ინფექციური დაავადებების დეპარტამენტის ასოცირებული პროფესორი, ქალთა რეაბილიტაციის ასოციაცია.

**16:10 - 16:30** **შაქრიანი დიაბეტით დაავადებული პაციენტების, მიკრო-, მაკრო- და ნორმოალბუმინურიის ფონზე მიმდინარე ორსულობის შედეგები და ამ პაციენტების კლინიკური სტატუსი მშობიარობიდან 9 წლის შემდეგ**

ნატალია ასათიანი, დიაბეტის კვლევის ეროვნული ცენტრი, თბილისი, საქართველო. ასოცირებული პროფესორი, პეტრე შოთაძის სახელობის თბილისის სამედიცინო აკადემია. დიაბეტის კვლევის ეროვნული ცენტრი, თბილისი, საქართველო.

**16:30 - 16:50** **მენ-გინეკოლოგთა ფენომენოლოგიური კვლევა მკვდრადშობადობასთან დაკავშირებით**

ვიოლეტა კატილიენი, ფსიქოლოგი, ფსიქოთერაპევტი, კაუნასი, ლიტვა.

**16:50 - 17:10** **ხელოვნება-თერაპია: რეაბილიტაციის ერთ-ერთი ალტერნატიული გზა**

ეკა მჭედლიშვილი, ფსიქოლოგი, ხელოვნება თერაპევტი, სამეანო-გინეკოლოგიური რეაბილიტაციის ცენტრი „ვენუს ჯორჯია“; ქალთა რეაბილიტაციის ასოციაცია, თბილისი, საქართველო.

**17:10 - 17:30** **მკვდრადშობადობის ფსიქოლოგიური და ემოციური ასპექტები**

ლარისა პარკაძე, ფსიქოლოგი, სამეანო-გინეკოლოგიური რეაბილიტაციის ცენტრი „ვენუს ჯორჯია“. ქალთა რეაბილიტაციის ასოციაცია, თბილისი, საქართველო.

**17:30 - 17:40** **რას ნიშნავს მკვდრადშობადობა იმ ოჯახებისთვის, რომლებმაც გადაიტანეს პერინატალური დანაკარგი?**

ია კლდიაშვილი, ქალთა რეაბილიტაციის ასოციაციის მშობელთა კომიტეტის თავმჯდომარე, თბილისი, საქართველო.

**17:40 - 17:50** **დისკუსია**

**17:50 - 18:30** **კონფერენციის დახურვის ცერემონია**

# მომხსენებლები

## იან ერვიჩი (ჰოლანდია).

პროფესორი, მეან-გინეკოლოგი, საერთაშორისო მკვდრადშობადობის ალიანსის ყოფილი თავმჯდომარე, გრონინგენის საუნივერსიტეტო სამედიცინო კლინიკა, გრონინგენის უნივერსიტეტი, გრონინგენი, ჰოლანდია.

პროფესორი ერვიჩი არის ექსპერტი მეან-გინეკოლოგი პერინატალური სიკვდილის და მშობელთა მეთვალყურეობის განხრით. მისი ხელმძღვანელობით ჰოლანდიის მასშტაბით სამეანო-გინეკოლოგიურ დაწესებულებებში დაიწყო პერინატალური აუდიტის პროგრამის დანერგვა. ის ასევე არის არაერთი ეროვნული კომიტეტის წევრი, რომლებიც სამეანო მეთვალყურეობის გაუმჯობესებაზე მუშაობენ და ISA-ISPID კონფერენციის თანაორგანიზატორი, რომელიც 2014 წელს ამსტერდამში ორჯერ ჩატარდა. მისი სადოქტორო კვლევა პლაცენტის არაქილონული მუშავის მეტაბოლიზმის თემაზე იყო, ხოლო პოსტ-სადოქტორო პროექტი მან ადელაიდაში, ავსტრალიაში დაიწყო, რომელიც ეხებოდა ნაყოფის ზრდა-განვითარებას. 2000 წლიდან დღემდე იგი მონაწილეობას იღებს მკვდრადშობადობის, დიაგნოსტიკური პროცედურების, პლაცენტის პათოლოგიის, პერინატალური აუდიტის მეთოდოლოგიური განვითარების და სამეანო მეთვალყურეობის თემებზე ჩატარებულ ფართომასშტაბიან პროექტებში.

## დევიდ ელვუდი (ავსტრალია).

პროფესორი, მეან-გინეკოლოგი, გრიფითის უნივერსიტეტის მედიცინის სკოლა და გოლდ ქოუსტის საუნივერსიტეტო კლინიკა, ქუინსლენდი, ავსტრალია; მკვდრადშობადობის საერთაშორისო ალიანსის ყოფილი თავმჯდომარე.

ოქსფორდში უნივერსიტეტში მედიცინის ფაკულტეტის დამთავრების შემდეგ მან დოქტორანტურა კემბრიჯის უნივერსიტეტში დაიწყო, რის შემდეგაც პრაქტიკული საქმიანობა სიდნეიში, პრინცი ალფრედის ჰოსპიტალში გააგრძელა. 1995 წელს მას მიენიჭა პროფესორის წოდება და 2006 წელს დაინიშნა ავსტრალიის სახელმწიფო უნივერსიტეტის სამედიცინო სკოლის დეკანის თანამშემწედ. წლების განმავლობაში დევიდ ელვუდი ხელმძღვანელობდა ისეთ ორგანიზაციებს, როგორებიც არის ავსტრალიის და ახალი ზელანდიის პერინატალური საზოგადოება, ავსტრალიის და ახალი ზელანდიის მკვდრადშობადობის ალიანსი და ავსტრალია-აზიის ქალთა ჯანმრთელობის ორგანიზაცია. ამჟამად მას უკავია აზია-ოკეანის პერინატალურ საზოგადოებათა ფედერაციის თავმჯდომარის პოზიცია, არის მკვდრადშობადობის საერთაშორისო ალიანსის წევრი, ასევე, გრიფითის უნივერსიტეტის მედიცინის სკოლაში მეან-გინეკოლოგიის კათედრის პროფესორი და გოლდ ქოუსტის საუნივერსიტეტო კლინიკის დირექტორი.

## ვიკი ფლენადი (ავსტრალია).

პერინატალური კლინიკური ეპიდემიოლოგი, დედათა კვლევითი ინსტიტუტი, ქუინსლენდის უნივერსიტეტი, ბრისბენი, ავსტრალია; ავსტრალიის პერინატალური საზოგადოება და ახალი ზელანდიის მკვდრადშობადობის და ნეონატალური დანაკარგის ალიანსი; მკვდრადშობადობის საერთაშორისო ალიანსის ბორდის ყოფილი თავმჯდომარე და სამეცნიერო კომიტეტის ამჟამინდელი თანათავმჯდომარე.

ის არის პერინატალური კლინიკური ეპიდემიოლოგი. ამჟამად მას უკავია კვლევის პრაქტიკაში გადატანის ცენტრის (TRIP) დირექტორის პოზიცია. ის ასევე დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის თემასთან დაკავშირებული კვლევის პროგრამის თანათავმჯდომარეა დედათა კვლევის ინსტიტუტში (ბრისბენი, ქუინსლენდი). ვიკი ფლენადი ჩართულია ფართომასშტაბიან პერინატალურ ეპიდემიოლოგიურ კვლევებში, რომლებიც ეხება რისკ ფაქტორებსა და მონაცემთა ხარისხს სახელმწიფო და საერთაშორისო დონეზე და ყურადღებას ამახვილებს მკვდრადშობადობის პრევენციაზე. ის იყო ჟურნალ ლანცეტის მკვდრადშობადობასთან დაკავშირებული კვლევების კომიტეტის წევრი. ამჟამად მას ავსტრალიისა და ახალი ზელანდიის პერინატალური საზოგადოების პრეზიდენტის თანამდებობა უკავია. ვიკი ფლენადიმ დააფუძნა ავსტრალიისა და ახალი ზელანდიის მკვდრადშობადობის ალიანსი, რომელიც მკვდრადშობადობის საერთაშორისო ალიანსის რეგიონალურ ოფისს წარმოადგენს.

## მანანა აბულაძე (საქართველო).

მედიცინის დოქტორი, მეან-გინეკოლოგი, სამეანო-გინეკოლოგიური რეაბილიტაციის ცენტრი „ვენუს ჯორჯია“; „ჩაჩავას კლინიკა“, ქალთა რეაბილიტაციის ასოციაციის დამფუძნებელი და პრეზიდენტი. 3 პროექტის და მრავალი სამეცნიერო შრომის ავტორი. ქალთა რეაბილიტაციის ასოციაციის I (2012 წლის) და II (2015 წლის) საერთაშორისო კონფერენციების ორგანიზატორი. ტრენინგების „ქალის ჯანმრთელობა დღეს“ ორგანიზატორი და ტრენერი. მკვდრადშობადობის საერთაშორისო ალიანსის სამეცნიერო საბჭოს წევრი.

## **ნათია შარაბიძე** (საქართველო).

მედიცინის დოქტორი, მენ-გინეკოლოგი, რეპროდუქტოლოგი, სამეანო-გინეკოლოგიური რეაბილიტაციის ცენტრი „ვენუს ჯორჯია“; ქალთა რეაბილიტაციის ასოციაციის დამფუძნებელი. 7 სამეცნიერო შრომის ავტორი. ქალთა რეაბილიტაციის ასოციაციის I (2012 წლის) და II (2015 წლის) საერთაშორისო კონფერენციების ორგანიზატორი. ტრენინგების „ქალის ჯანმრთელობა დღეს“ ორგანიზატორი და ტრენერი. მკვრადმოზადობის საერთაშორისო ალიანსის სამეცნიერო საბჭოს წევრი.

## **თამარ შელია** (საქართველო).

მენ-გინეკოლოგი, სამეანო-გინეკოლოგიური რეაბილიტაციის ცენტრი „ვენუს ჯორჯია“; ქალთა რეაბილიტაციის ასოციაციის წევრი. 3 სამეცნიერო შრომის ავტორი. ტრენინგების „ქალის ჯანმრთელობა დღეს“ ტრენერი.

## **სოფიო ანანიკოვი** (საქართველო).

მენ-გინეკოლოგი, სამეანო-გინეკოლოგიური რეაბილიტაციის ცენტრი „ვენუს ჯორჯია“; ქ. გორის სამშობლო სახლი „ჯ. გოგიაშვილის კლინიკა“, ქალთა რეაბილიტაციის ასოციაციის წევრი. 1 სამეცნიერო შრომის ავტორი.

## **ლარისა პარკაძე** (საქართველო).

ფსიქოლოგი, სამეანო-გინეკოლოგიური რეაბილიტაციის ცენტრი „ვენუს ჯორჯია“; ქალთა რეაბილიტაციის ასოციაციის დამფუძნებელი. ტრენინგების „ქალის ჯანმრთელობა დღეს“ ტრენერი.

## **ეკა მჭედლიშვილი** (საქართველო).

ფსიქოლოგი, ხელოვნება თერაპევტი, სამეანო-გინეკოლოგიური რეაბილიტაციის ცენტრი „ვენუს ჯორჯია“; ქალთა რეაბილიტაციის ასოციაციის წევრი.

## **დალი ტრაპაიძე** (საქართველო).

ექიმი კარდიოლოგი, დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრის არაგადამდებ დაავადებათა დეპარტამენტის მთავარი სპეციალისტი, საქართველოს ჰიპერტონიის შემსწავლელი საზოგადოების კვლევების სამუშაო ჯგუფის ხელმძღვანელი, ქალთა რეაბილიტაციის ასოციაცია.

ი. ჯავახიშვილის სახ. თბილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტის მედიცინის ფაკულტეტის შინაგან დაავადებათა დეპარტამენტის მონვეული პედაგოგი. სამუშაო გამოცდილება: კლინიკური კარდიოლოგია, პრევენციული კარდიოლოგია, ეპიდემიოლოგია, საზოგადოებრივი ჯანმრთელობა, დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობა. არის 30 პუბლიკაციის ავტორი.

## **თამარ მეგრელიშვილი** (საქართველო).

მედიცინის აკადემიური დოქტორი, თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტის ინფექციური დაავადებების დეპარტამენტის ასოცირებული პროფესორი, ქალთა რეაბილიტაციის ასოციაცია. საქართველოს საპატრიარქოს წმინდა თამარ მეფის უნივერსიტეტის ასოცირებული პროფესორი.

## **ვიოლეტა კატილიენი** (ლიტვა).

ფსიქოლოგი, ფსიქოთერაპევტი, ქალთა რეაბილიტაციის ასოციაცია. კაუნასის სასჯელადსრულების დაწესებულება (2007-2012), კერძო პრაქტიკა (2011-2012), „პირველი ნაბიჯი საქართველო“-ს და სამეანო-გინეკოლოგიური რეაბილიტაციის ცენტრის „ვენუს ჯორჯია“ მოხალისე ფსიქოლოგი (2012-დან დღემდე).

## ნატალია ასათიანი (საქართველო).

ფუნქციური დიაგნოსტიკის განყოფილების გამგე, დიაბეტის კვლევის ეროვნული ცენტრი. პროგრამა „დიაბეტი და ორსულობა“ დირექტორი; ასოცირებული პროფესორი, პეტრე შოთაძის სახელობის თბილისის სამედიცინო აკადემია. 100-ზე მეტი პუბლიკაციის ავტორი. ევროპის დიაბეტური სწავლების ასოციაციის წევრი და დიაბეტური განათლების საკვლევი ჯგუფის გენერალური კომიტეტის წევრი; დიაბეტის საერთაშორისო ფედერაციის წევრი; BSDU-ს დიაბეტური განათლების ბორდის წევრი.

## ქალთა რეაბილიტაციის ასოციაციის პრეზიდენტის მისალმება

### მანანა აბულაძე

**მედიცინის დოქტორი, მუან-გინეკოლოგი, სამუანო-გინეკოლოგიური რეაბილიტაციის ცენტრი „ვენუს ჯორჯია“; ქალთა რეაბილიტაციის ასოციაცია, ჩაჩავას კლინიკა, მკვდრადშობადობის საერთაშორისო ალიანსი.**

მოგესალმებით, ძვირფასო კოლეგებო და სტუმრებო. მადლობას მოგახსენებთ მობრძანებისთვის და თანადგომისთვის. დღეს ქალთა რეაბილიტაციის ასოციაცია მკვდრადშობადობის საერთაშორისო ალიანსთან ერთად ატარებს რიგით II სამეცნიერო კონფერენციას. მინდა ვისარგებლო შემთხვევით და დიდი მადლობა გადავუხადო ქალთა რეაბილიტაციის და საქართველოს ექიმთა საზოგადოების სახელით მკვდრადშობადობის საერთაშორისო ალიანსს და დღეს საქართველოში ჩამოსულ სტუმრებს, რომლებმაც მიუხედავად იმისა, რომ ძალიან დაკავებულები არიან, გამონახეს დრო და მოახერხეს დღეს ჩვენთან შეხვედრა.

ქალთა რეაბილიტაციის ასოციაცია დაფუძნდა 2008 წელს და მისი ძირითადი საქმიანობა მიმართულია პერინატალური დანაკარგის მაქსიმალურად შემცირებისკენ და ჯანმრთელი შთამომავლობის გაგრძელების მიზნით პერინატალური დანაკარგის შემდგომ მშობლების სათანადო რეაბილიტაციისკენ. ქალთა რეაბილიტაციის ასოციაციის აქტივობები:

1. 2012 წელს I საერთაშორისო კონფერენცია, რომელიც მიეძღვნა ქალთა რეაბილიტაციის და პერინატალური ფსიქოლოგიის საკითხებს.
2. 2013-2014 წლებში ტრენინგების ჩატარება ექიმებთან, სტუდენტებთან და რეპროდუქციული ასაკის ქალებთან, რომელიც ეხებოდა რეპროდუქციული ჯანმრთელობის ყველა ძირითად საკითხს. ტრენინგების თემატიკა ეფუძნებოდა მსოფლიოს წამყვანი კლინიკების გამოცდილებას და ქალთა რეაბილიტაციის მიერ ამ პერიოდში შესრულებულ 2 სამეცნიერო შრომას: საშვილოსნოს გარე ორსულობის და აბორტის შემდგომი პერიოდის მართვა.
3. 2014 წლის 15 ოქტომბერს ქალთა რეაბილიტაციის ასოციაციის მიერ პირველად აღინიშნა საქართველოში გახსენების დღე. ეს დღე მსოფლიოს სხვადასხვა ქვეყნებში ყოველწლიურად აღინიშნება. გახსენების საერთაშორისო დღეს იხსენებენ იმ ჩვილ ბავშვებს, რომლებიც დაკარგეს მშობლებმა, ოჯახებმა და საზოგადოებამ.

დღევანდელი ჩვენი შეკრების მიზანია ყოველ ადამიანს ჩამოვუყალიბოთ თავისი ჯანმრთელობის მიმართ თანამედროვეობის შესატყვისი ახლებური მიდგომა რამეთუ თანამედროვე ადამიანი ვითარდება როგორც სოციალური არსება და მასზე გავლენა ხორციელდება გარემოს და სოციო-ეკონომიკური ფაქტორებით. დაავადების სტრუქტურა, მისი მიმდინარეობა, სიკვდილიანობა, ასევე შობადობის პრობლემის მეცნიერული გაგებაც ამ ფაქტორებზეა დამოკიდებული. ამავე დროს, ჩვენი მიზანია გავუმჯობესოთ დემოგრაფიული მაჩვენებლები მკვდრადშობადობის შემცირების გზით მტკიცებულებებზე დაფუძნებული პრევენციისა და რეაბილიტაციის მეშვეობით.

მკვდრადშობადობა ძლიერი ემოციური სტრესია მშობლებისთვის, ოჯახებისთვის და იმ ექიმისთვის, ვინც ამ შემთხვევას მართავდა. მშობლებს გარკვეული იმედები და ოცნებები გააჩნდათ მომავალ შვილზე, მაგრამ ბავშვი მკვდრად იშვა ან ახალშობილის სიკვდილი დაფიქსირდა- მშობლებს იმედი და ოცნებაც უკვდებათ. თუ ამ სიტუაციაში დროულად და სწორად არ ჩავერთვებით, გვაქვს დიდი ალბათობა მთელი რიგი გართულებების განვითარებისა. ყოველივე ზემოთ თქმულიდან გამომდინარე ქალთა რეაბილიტაციის ასოციაცია II საერთაშორისო კონფერენციას მთლიანად მკვდრადშობადობის საკითხების გაშუქებას უთმობს მკვდრადშობადობის საერთაშორისო ალიანსთან ერთად.

ვიმედოვნებ, რომ ჩვენი დღევანდელი შეხვედრა ნაყოფიერი და სასარგებლო იქნება როგორც ქართველი ექიმებისთვის, ასევე უცხოელი სტუმრებისთვის. ქალთა რეაბილიტაციის ასოციაციის სახელით ქართველ ექიმებს ვუსურვებ ნაყოფიერ მუშაობას, აქტიურობას კონფერენციის მსვლელობაში, წარმატებებს სამედიცინო საქმიანობაში, უცხოელ სტუმრებს კი ნაყოფიერ და სასიამოვნო დღეებს საქართველოში.

გმადლობთ ყურადღებისთვის!



# მკვდრადშობადობა - საქართველოს რეალობა და გამონვევები, სტატისტიკური ანალიზი

## სოფო ანანიკოვი

მეან-გინეკოლოგი, სამეანო-გინეკოლოგიური რეაბილიტაციის ცენტრი „ვენუს ჯორჯია“; ქალთა რეაბილიტაციის ასოციაცია.

მკვდრადშობადობა საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის თვალსაზრისით მნიშვნელოვან პრობლემას წარმოადგენს განვითარებად ქვეყნებში. გლობალურად დაახლოებით 2.6 მილიონი მკვდრადშობადობის შემთხვევა ფიქსირდება ყოველწლიურად. შემთხვევათა 98%-ი აღინიშნება დაბალი შემოსავლების ქვეყნებში.

საქართველოში უკანასკნელ წლებში მკვდრადშობადობის მაჩვენებლის კლება დაფიქსირდა. 2006 წლიდან მკვდრადშობადობის აბსოლუტური რიცხვი 34%-ით შემცირდა. 2013 წელს მკვდრადშობადობის მაჩვენებლის მნიშვნელობამ შეადგინა 9.7 ყოველ 1000 დაბადებულზე, მაგრამ ევროკავშირის ქვეყნებთან შედარებით საქართველოში მკვდრადშობადობის მაჩვენებელი დაახლოებით 2-ჯერ მეტია, ხოლო ყოფილ საბჭოთა კავშირის ქვეყნებს შორის იგი მე-6 ადგილს იკავებს. შედარებისათვის, 2013 წელს დიდ ბრიტანეთს (4.7/1000 დაბადებულზე), საფრანგეთს (10.4/1000 დაბადებულზე) და ბულგარეთს (8/1000 დაბადებულზე) აღენიშნებოდათ ყველაზე მაღალი მაჩვენებელი ევროპაში, მაშინ როცა ესპანეთს, სლოვენიას (2.3/1000 დაბადებულზე) და ფინეთს (1.9/1000 დაბადებულზე) ყველაზე დაბალი. აღსანიშნავია რომ სოფლის მოსახლეობაში მაჩვენებელი თითქმის 3-ჯერ მეტია ვიდრე ქალაქის. მკვდრადშობადობის შემთხვევების 55 % მოდის სამხრეთ აზიისა და სუბ-საჰარული აფრიკის რეგიონის სოფლის მოსახლეობაზე, სადაც გასათვალისწინებელია რომ შემთხვევათა დიდი ნაწილი არც კი აღირიცხება.

მსოფლიოში მკვდრადშობადობის ყველაზე მაღალი მაჩვენებელი აღენიშნება პაკისტანს (46/1000 დაბადებულზე) და ნიგერიას (41/1000 დაბადებულზე), ყველაზე დაბალი ფინეთს (1.9/1000 დაბადებულზე) და სინგაპურს (2/1000 დაბადებულზე). ინდოეთში საერთო მაჩვენებელია 22, თუმცა ზოგიერთ შტატებში მაჩვენებელი 60-ია.

მსოფლიოში, რეგულაციები მკვდრადშობადობის რეგისტრაციის შესახებ ცვალებადობს. ჩვენს ქვეყანაში მკვდრადშობილად ითვლება ნაყოფი, რომლის გესტაციური ასაკი აღემატება 22 კვირას.

მართალია მკვდრადშობადობის მაჩვენებლის მონიტორინგი არ წარმოადგენს ათასწლეულის განვითარების მიზანს, თუმცა უნდა აღინიშნოს, რომ მკვდრადშობადობის შემცირება ისევე როგორც ზოგადად ორსულობის გამოსავლის გაუმჯობესება, მნიშვნელოვან როლს ასრულებს მილენიუმის განვითარების მიზნების მიღწევის გზაზე.

## სამეანო მეთვალყურეობის ხარისხის გაუმჯობესება: რა მოვიმოქმედოთ მკვდრადშობადობის შესამცირებლად? პერინატალური აუდიტი

### პროფესორი იან ერვიჩი

ერვიჩი, მეან-გინეკოლოგი, მკვდრადშობადობის საერთაშორისო ალიანსის ექს-პრეზიდენტი, გრონინგენის საუნივერსიტეტო სამედიცინო კლინიკა, გრონინგენის უნივერსიტეტი, გრონინგენი, ჰოლანდია.

არასასურველად დასრულებული ორსულობის მიზეზების შესწავლა მეტად მნიშვნელოვანია მომავალში ასეთი შედეგების თავიდან აცილების და მეთვალყურეობის გაუმჯობესების მიზნით. ყველა ასეთი შემთხვევის სათანადო ანალიზი არა მხოლოდ იმის გასაგებადაა საჭირო, თუ რა შემთხვევით მოხდებოდა და როგორი იქნება მათი მომავალი, არამედ ასევე მნიშვნელოვანია სამედიცინო პერსონალისთვის, ისევე, როგორც, ზოგადად, ორსული ქალებისათვის. დედათა სიკვდილიანობის, მკვდრადშობადობის, პერინატალური სიკვდილიანობის და მძიმე დაავადებების განხილვა და აუდიტი უკვე სტანდარტული შეფასების მეთოდად მიიჩნევა კლინიკებში მთელი მსოფლიოს მასშტაბით. ზოგადად, შემთხვევათა 20-25%-ში ვლინდება სტანდარტულზე დაბალი მოვლის ხარისხი, რაც ნაწილობრივ იწვევს ორსულობის არასასურველ გამოსავალს. აუდიტის განსხვავებული მეთოდების გამოყენებამ აჩვენა, რომ აუდიტიც და განხილვებიც ხელს უწყობს მოვლის ხარისხის გაუმჯობესებას და ორსულობის ცუდი გამოსავლის შემცირებას. თუმცა, დიდი გამოწვევაა ასეთი ტიპის შეხვედრების დაგეგმვა, განხორციელება და ფუნქციონირება ოპტიმალური შედეგის მისაღებად. რომელია მთავარი ასპექტები, რომლებიც გათვალისწინებული უნდა იყოს ამ პროცესში? პირველი სირთულეა შემთხვევასთან დაკავშირებით რელევანტური ინფორმაციის მოძიება და ფაქტების ქრონოლოგიურად დალაგება. ამისთვის საჭიროა დრო და ადამიანური რესურსი. აუდიტის დროს ინფორმაციის მოძიებისას მნიშვნელოვანია გვახსოვდეს, რომ უნდა შეგროვდეს არა მარტო სამედიცინო ინფორმაცია, არამედ ინფორმაცია პროცედურების შესახებაც. ასევე, უნდა გავითვალისწინოთ რა უდევს საფუძვლად კონკრეტული გადაწყვეტილების მიღებას, რაც ჩვეულებრივ სამედიცინო ჩანაწერებში არ აღინიშნება. ამას გარდა, შეხვედრისთვის სათანადო მომზადების მიზნით კვლევაში ჩართული პერსონალის ყველა წევრი უნდა თანხმდებოდეს შეხვედრის შინაარსთან დაკავშირებით, რათა დრო არ დაიხარჯოს

აუდიტისთვის შესაბამისი დეტალებზე. აუდიტის შეხვედრისთვის მზადების პროცესში სასურველია გუნდი მომზადებული იყოს შეხვედრის მიზნებისა და პროცედურებისთვის.

შეხვედრის დაგეგმვამდე აუცილებელია კომუნიკაციასთან დაკავშირებით ძირითად წესებზე შეთანხმება- მიღებულია თუ არა ღიად ლაპარაკი სამედიცინო შეცდომებზე და იმ ადამიანთა ემოციებზე, რომლებსაც პრაქტიკაში ასეთი შემთხვევა ჰქონიათ.

ასეთი შეხვედრების მთავარი მიზანი არა ადამიანთა დადანაშაულება, არამედ ერთიანი ძალებით (ექიმი, მეანი, მედდა და ა.შ.) მოვლის ხარისხის გაუმჯობესებაა. აუდიტის შეხვედრების წარმატებისთვის ასევე გადამწყვეტი მნიშვნელობა აქვს პატივსაცემ თავმჯდომარეს, რომელიც არ განსჯის პერსონალს.

არსებობს რამდენიმე მეთოდოლოგია თუ როგორ გამოვააშკარაოთ დაბალი ხარისხის მეთვალყურეობის მიზეზები. ამ მონაცემების ანალიზი საშუალებას გვაძლევს შევიმუშავოთ გაუმჯობესების გზები. ამ გზების დანერგვა, განხორციელება და შენარჩუნება სირთულეს წარმოადგენს, მაგრამ ყოველდღიურ პრაქტიკაში შემოთავაზებული გზების დანერგვით მიღწეული გაუმჯობესება იქნება მოტივაცია პერსონალისთვის, რომ გააგრძელონ აუდიტის შეხვედრები, რადგან ეს შეხვედრები ორიენტირებულია შედეგზე. ციკლი „**დაგეგმვა-განხორციელება-მოქმედება-კონტროლი**“-ს (Plan-Do-Act-Check) განხორციელება აუცილებელია ყოველდღიურ პრაქტიკაში მეთვალყურეობის გაუმჯობესების მიზნით. ნებისმიერ წარმატებას ხაზი უნდა გაესვას თანამშრომელთა მოტივაციის ასამაღლებლად, მოვლის ხარისხის გასაუმჯობესებლად, ორსულ ქალთა და მათ შვილთა საკეთილდღეოდ.

## **მკვლადშობადობა: საქართველოს რეალობა და გამოწვევები 2008-2012 წლების მონაცემების საფუძველზე**

**შელია თამარი<sup>1,2</sup>, შარაბიძე ნათია<sup>1,2,3</sup>, აბულაძე მანანა<sup>1,2</sup>, ანანიკოვი სოფიო<sup>1,2</sup>, გამრევლიძე თეა<sup>2,4</sup>, ესებუა სალომე<sup>2,5</sup>.**

<sup>1</sup> სამედიცინო-გინეკოლოგიური რეაბილიტაციის ცენტრი „ვენუს ჯორჯია“;

<sup>2</sup> ქალთა რეაბილიტაციის ასოციაცია;

<sup>3</sup> მკვლადშობადობის საერთაშორისო ალიანსის სამეცნიერო საბჭოს წევრი;

<sup>4</sup> დავით ტვილიდიანის სახელობის სამედიცინო უნივერსიტეტი;

<sup>5</sup> „ჩაჩავას კლინიკა“, ექიმი-რეზიდენტი.

ქალთა რეაბილიტაციის ასოციაციის მკვლევართა ჯგუფის მიერ მკვლადშობადობის ტენდენციების შესწავლის მიზნით ჩატარდა კვლევა, რომელიც მიზნად ისახავდა:

1. დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის სფეროში არსებული გამოწვევების გამოვლენას;
2. მკვლადშობადობის გამოწვევი მიზეზების შესწავლას სამედიცინო დოკუმენტაციის მიმოხილვის საფუძველზე;
3. მოპოვებული მონაცემების ანალიზის საფუძველზე რეკომენდაციების შემუშავებას.

მკვლადშობადობის შემთხვევათა სამედიცინო დოკუმენტაციის შესწავლა განხორციელდა თბილისის ორ სამშობიარო სახლში, რომელიც შეირჩა შემთხვევითი შერჩევის წესით, სადაც ხდება შობადობათა 40-50% თბილისის მასშტაბით ყოველწლიურად. სამედიცინო დოკუმენტაცია შესწავლილ იქნა სპეციალური კითხვარის მეშვეობით, რომელიც ფოკუსირებული იყო შემდეგ საკითხებზე: დედის დემოგრაფიული მახასიათებლები, მშობიარობის ისტორია, ბოლო ორსულობის და მშობიარობის მიმდინარეობა და მკვლადშობადობის პრობლემის იდენტიფიკაცია.

მონაცემთა ანალიზისთვის გამოყენებულ იქნა Epi-info 3.5.1. 2008-2012 წლებში მკვლადშობადობის აბსოლუტური რიცხვი იყო 3291, კვლევისას შესწავლილი იქნა საერთო რაოდენობის 28% (დაახლოებით 1/3). კვლევის დროს განსაკუთრებული ყურადღება მიექცა რისკ ფაქტორების შესწავლას. ამ მიზნით ორსულები იქნა დაჯგუფებული გესტაციური ასაკის მიხედვით შემდეგ ჯგუფებად: 22-27 კვირა და 28 კვირიდან და ზევით. შესწავლილი შემთხვევების 56.5%-ში ორსულობა შეწყდა 22-27 კვირის ვადაზე, ხოლო 43.5%-ში 28 კვირის შემდეგ.

### **დასკვნა:**

სამედიცინო ისტორიების შესწავლისას გამოიკვეთა მნიშვნელოვანი პრობლემა, კერძოდ სამედიცინო დოკუმენტაციის არასრულყოფილი შევსება, არ არის გამოყენებული თანამედროვე ტერმინოლოგია დიაგნოზის ფორმულირებისას, პაციენტის და მისი მეუღლის ან პარტნიორის ანამნეზის შევსება ხდება არასრულყოფილად. პრობლემის აღმოფხვრისთვის:

1. აუცილებელია შეიქმნას უნიფიცირებული სამედიცინო დოკუმენტი და მოხდეს მისი იმპლემენტაცია მკვდრადშობადობის შემთხვევებისთვის ქვეყნის მასშტაბით.
2. საჭიროა დაბადების რეგისტრის შექმნა, დედათა და ბავშვთა ინდიკატორთა გაახლებული კომპლექსით.
3. სამედიცინო მომსახურების ხარისხის გაუმჯობესების და მკვდრადშობადობის სწორი მენეჯმენტის მიზნით ეროვნული გაილაინის და პროტოკოლის შემუშავება და იმპლემენტაცია.

ჩატარებულმა კვლევამ გამოავლინა, რომ აუცილებელია მკვდრადშობადობის და ზოგადად ანტენატალური მოვლის შესახებ როგორც სამედიცინო პერსონალის ცოდნის ამაღლება, ასევე მოსახლეობის, განსაკუთრებით რეპროდუქციული ასაკის ქალთა განათლება.

## **მკვდრადშობადობა: საქართველოს რეალობა და გამოწვევები 2013 წლის მონაცემების საფუძველზე**

**შარაბიძე ნათია<sup>1,2,3</sup>, შელია თამარი<sup>1,2</sup>, აბულაძე მანანა<sup>1,2</sup>, ანანიკოვი სოფიო<sup>1,2</sup>, გამრევლიძე თეა<sup>2,4</sup>, ესებუა სალომე<sup>2,5</sup>.**

<sup>1</sup> სამედიცინო-გინეკოლოგიური რეაბილიტაციის ცენტრი „ვენუს ჯორჯია“;

<sup>2</sup> ქალთა რეაბილიტაციის ასოციაცია;

<sup>3</sup> მკვდრადშობადობის საერთაშორისო ალიანსის სამეცნიერო საბჭოს წევრი;

<sup>4</sup> დავით ტვილიდიანის სახელობის სამედიცინო უნივერსიტეტი,

<sup>5</sup> „ჩაჩავას კლინიკა“, ექიმი-რეზიდენტი.

საქართველოში მკვდრადშობადობის შემთხვევების სამედიცინო დოკუმენტაციის რეტროსპექტული კვლევა განხორციელდა 2012-2014 წლებში. ეს გახლდათ ქალთა რეაბილიტაციის ასოციაციის მიერ ჩატარებული სამეცნიერო კვლევა და პირველი მცდელობა ჩვენს ქვეყანაში მკვდრადშობადობის ანალიზისა.

2013 წლის პირველი ნახევრის მკვდრადშობადობის შემთხვევათა სამედიცინო დოკუმენტაციის შესწავლა განხორციელდა თბილისის ორ სამშობიარო სახლში, რომელიც შეირჩა შემთხვევითი შერჩევის წესით, ხოლო 2013 წლის მეორე ნახევრიდან კი შესწავლილი იქნა მკვდრადშობადობა მთელი ქვეყნის მასშტაბით.

კვლევის დიზაინი მოიცავდა მკვდრადშობადობის სამედიცინო დოკუმენტაციის კვლევას სპეციალური კითხვარის საშუალებით. მონაცემთა ანალიზისთვის გამოყენებულ იქნა Epi-info 3.5.1.

2013 წელს მკვდრადშობილთა აბსოლუტური რიცხვი იყო 549. კვლევის განმავლობაში შესწავლილი იქნა 2013 წელს მკვდრადშობილთა საერთო რაოდენობის 54%. შესწავლილ ორსულობათა 33% შეწყდა 22-27 კვირის ვადაზე, 40% - 28-36 კვირის ვადაზე, ხოლო 27%-ის შემთხვევაში მკვდრადშობადობა დადგა 37 კვირა და მეტ გესტაციურ ასაკში.

ბოლო ორსულობისას არსებული რისკ ფაქტორების შესწავლა განსაკუთრებით ინფორმატიულია. 2013 წლის შემთხვევათა ანალიზისას ორსულები დაჯგუფდა გესტაციური ასაკის მიხედვით შემდეგნაირად: 22-27 კვირა, 28 კვირიდან და ზევით.

მკვდრადშობადობა ერთ-ერთი მნიშვნელოვანი ინდიკატორია სამედიცინო მომსახურების შეფასებისას. ჩატარებულმა კვლევამ გამოავლინა, რომ კვლავ მაღალია მკვდრადშობილთა წილი, რომელთა მასა აღემატება წონის კრიტიკულ ზღვარს. ჩატარებული კვლევის დროს ანალიზმა გვიჩვენა, რომ 37 და მეტი გესტაციური ასაკის და 2500 გრამზე მეტი ნაყოფის სიკვდილი მაღალია. მაშინ, როცა აღნიშნული პოპულაციის გადარჩენის ალბათობა გაცილებით მეტია ადეკვატური ანტენატალური და ნეონატალური მოვლის პირობებში.

ზემოთ აღნიშნულიდან გამომდინარე კვლევის შედეგების განხილვაში მითითებულია 2500 გრამზე მეტი მკვდრადშობილის ყველა შემთხვევის პათოლოგ-ანატომიური შესწავლის აუცილებლობის შესახებ ქვეყნის კულტურული და რელიგიური თავისებურებების გათვალისწინებით, ასევე მოსახლეობის, განსაკუთრებით, რეპროდუქციული ასაკის ქალთა განათლება მკვდრადშობადობის და ზოგადად ანტენატალური მოვლის შესახებ, ვინაიდან არსებობს მტკიცებულება, რომ მნიშვნელოვანი კორელაციაა ქალის განათლებასა და ორსულობის გამოსავალს შორის.

# მკვდრადშობადობის მიზეზები გლობალურად და გამოწვევები, რომლებსაც კლასიფიკაციის არაერთგვაროვანი სისტემების არსებობა ქმნის

ვ. ფლენადი<sup>1,2</sup>, დ. ელვუდი<sup>2,9</sup>, ჰ.ე. რეინბრანტი<sup>1</sup>, ს. ლეიშერი<sup>1,2</sup>, ზ. ტეო<sup>1</sup>, რ. ლორი<sup>1</sup>, გ. გარდენერი<sup>1</sup>, ჯ.ჯ. ერვიჩი<sup>2,3</sup>, ა. ჩარლზი<sup>4</sup>, ი. ხონგი<sup>5</sup>, ე.მ. მაკკლური<sup>2,6</sup>, გ. სმიტი<sup>2,7</sup>, ს.ჯ. გორდინი<sup>2,3</sup>, ჯ.რ. ფროენი<sup>2,8</sup>.

- <sup>1</sup> დედათა კვლევის ინსტიტუტი, ქუინსლენდის უნივერსიტეტი, ბრისბენი, ავსტრალია;
- <sup>2</sup> მკვდრადშობადობის საერთაშორისო ალიანსი;
- <sup>3</sup> გრონინგენის საუნივერსიტეტო-სამედიცინო ცენტრი, ნიდერლანდები;
- <sup>4</sup> პედიატრიული და პერინატალური პათოლოგიების განყოფილება, მეფე ედუარდის მემორიალური საავადმყოფო, პერთი, ავსტრალია;
- <sup>5</sup> სამხრეთ ავსტრალიის პათოლოგიის, ქალთა და ბავშვთა საავადმყოფო, ადელაიდი, ავსტრალია;
- <sup>6</sup> ეპიდემიოლოგიის და ბიოსტატისტიკის განყოფილება, კვლევითი ინსტიტუტი, ა.შ.შ;
- <sup>7</sup> სამედიცინო-გინეკოლოგიური განყოფილება, კემბრიჯის უნივერსიტეტი, გაერთიანებული სამეფო;
- <sup>8</sup> საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ნორვეგიული ინსტიტუტი, ნორვეგია;
- <sup>9</sup> გრიფითის უნივერსიტეტის მედიცინის სკოლა და გოლდ ქოუსტის საუნივერსიტეტო კლინიკა, ქუინსლენდი, ავსტრალია.

**შესავალი:** მკვდრადშობადობა და ნეონატალური სიკვდილი მშობლებისთვის, ოჯახებისთვის და სამედიცინო პერსონალისთვის ტრაგიკული მოვლენაა. ყოველწლიურად დაახლოებით 2.64 მილიონი მკვდრადშობადობის ( $\geq 28$  გესტაციური კვირა ან  $\geq 1000$  გ) და 3.8 მილიონი ნეონატალური სიკვდილის შემთხვევა ფიქსირდება მსოფლიოს მასშტაბით. ამ შემთხვევათა დიდი უმრავლესობა ხდება საშუალო და დაბალ შემოსავლიან ქვეყნებში. პრევენციისთვის მნიშვნელოვანია სიკვდილის მიზეზებთან დაკავშირებით მონაცემების სწორი და თანმიმდევრული შეგროვება. სამუხაროდ, ოქროს სტანდარტის კლასიფიკაციის სისტემის არ არსებობის პირობებში გამოიყენება სხვადასხვა, ერთმანეთისგან მეტად განსხვავებული სისტემები, რაც მნიშვნელოვან ბარიერს ქმნის მკვდრადშობადობის პრევენციის საკითხთან მიმართებაში. არსებული სისტემებიდან ბევრი მაღალ შემოსავლიან ქვეყნებშია შექმნილი და შეუსაბამოა საშუალო და დაბალ შემოსავლიან ქვეყნებისთვის იმ მიზეზით, რომ ეს სისტემები არ ითვალისწინებს შედარებისთვის საჭირო ინფორმაციას, რომლის მიხედვითაც შეიძლება მკვდრადშობადობის და ნეონატალური სიკვდილის კლასიფიკაცია.

**მიზანი:** ამ კვლევის მიზანი იყო ქვეყნის განვითარების დონის გათვალისწინებით მკვდრადშობადობის ყველაზე ხშირად დაფიქსირებული მიზეზების კლასიფიკაცია და იმ განსხვავებების აღწერა, რომლებიც კლასიფიკაციის სისტემის გამოყენებისას არსებობს.

**მეთოდი:** ჩატარდა 2004-2014 წლების ლიტერატურის სისტემატიური მიმოხილვა.

**შედეგები:** მკვდრადშობადობის დროს სიკვდილის მიზეზებზე ჩატარდა 67 კვლევა. უმრავლესობა (78%) ჩატარებული იყო მაღალ შემოსავლიან ქვეყნებში და დანარჩენი (22%) - საშუალო და დაბალ შემოსავლიან ქვეყნებში. სიკვდილის მიზეზების აღწერისთვის გამოყენებული იყო 13 სხვადასხვა კლასიფიკაციური სისტემა. 14 კვლევაში საერთოდ არ იყო მითითებული კლასიფიკაციის სისტემა. 12 ანგარიშში სიკვდილის მიზეზების კლასიფიკაციისთვის გამოყენებული იყო დაავადებათა საერთაშორისო კლასიფიკაციის სისტემა.

სიკვდილის მიზეზები განსხვავებულია ქვეყნის და კლასიფიკაციის სისტემის მიხედვით. კვლევებში დაუდგენელი გენების მკვდრადშობადობის რაოდენობა 0%-დან 80%-მდე მერყეობდა. საშუალო და დაბალ შემოსავლიან ქვეყნებში მკვდრადშობადობის ძირითადი მიზეზები იყო: სამედიცინო გართულებები (16%), დაუდგენელი (14%) და ჰიპოქსიური მშობიარობის პროცესში ჰიპოქსიის შედეგად განვითარებული (peri-partum) სიკვდილი (9%), ხოლო მაღალ შემოსავლიან ქვეყნებში - დაუდგენელი (25%), პლაცენტარული (17%) და თანდაყოლილი ანომალიები (12%).

**დასკვნა:** პერინატალური დანაკარგის შემცირების სტრატეგიების განვითარების მცდელობები, მათ შორის მიმდინარე მონიტორინგი, შეზღუდულია, რაც მიზეზთა კლასიფიკაციისადმი არაერთგვაროვანი მიდგომითაა გამოწვეული. საჭიროა პრაგმატული და ეფექტური კლასიფიკაციის შექმნა, რომელიც თანმიმდევრულად ასახავს მკვდრადშობადობის და ნეონატალური სიკვდილის მიზეზებს გლობალურ დონეზე.

ეს კვლევა ჩატარდა საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ნორვეგიული ინსტიტუტის პროექტ „hRHR“-თან თანამშრომლობით. ასევე განხორციელდა თანამშრომლობა მსოფლიო ჯანდაცვის ორგანიზაციის რეპროდუქციული ჯანმრთელობის და კვლევის დეპარტამენტთან, რომელიც ფინანსდება ნორვეგიის განვითარების და კოოპერაციის სააგენტოს მიერ.

# მკვდრადშობადობის შემდგომი დიაგნოსტიკა: მიზეზების დადგენა

## პროფესორი იან ერვიჩი

მეან-გინეკოლოგი, მკვდრადშობადობის საერთაშორისო ალიანსის ექს-პრეზიდენტი, გრონინგენის საუნივერსიტეტო სამედიცინო კლინიკა, გრონინგენის უნივერსიტეტი, გრონინგენი, ჰოლანდია.

მკვდრადშობადობის მიზეზების დადგენა მნიშვნელოვანია არა მარტო იმისთვის, რომ მშობლებმა იცოდნენ რამ გამოიწვია ეს, არამედ იმისთვისაც, თუ როგორ დაგეგმონ მომავალი ორსულობა. ამასთანავე, კლინიკებში, რეგიონებში ან ქვეყანაში ყველა შემთხვევის რეგისტრაცია გვაძლევს ინფორმაციას იმის შესახებ, თუ რომელი მიზეზია უფრო მეტად გარცელებული და საით უნდა იყოს მიმართული პრევენციული ღონისძიებები. დიაგნოსტიკური ღონისძიებები დამოკიდებულია ადგილობრივ თავისებურებებზე, როგორცაა, მაგალითად აფრიკასა და ევროპას შორის არსებული განსხვავებები ინფექციურ დაავადებებში. ასევე განსხვავებულია დიაგნოსტიკის მეთოდები სხვადასხვა ქვეყნების სამედიცინო დაწესებულებებში, რადგან გამოკვლევის ისეთი მეთოდები, როგორებიცაა ჰისტომორფოლოგია, რადიოლოგია და ლაბორატორიული მომსახურება შეიძლება ზოგიერთ ადგილას დაბალ დონეზე იყოს განვითარებული, საერთოდ არ არსებობდეს ან ფასები არ იყოს ხელმისაწვდომი.

მკვდრადშობადობის მიზეზების 40-მდე განსხვავებული კლასიფიკაციის სისტემა არსებობს მსოფლიოში. ყველა ამ სისტემას აქვს თავისი მიზანი, უპირატესობა და ნაკლი. დიაგნოსტიკურ პროცესში პირველი ნაბიჯი მკვდრადშობადობის შემთხვევის სათანადო რეგისტრაციაა (რასაც სტატისტიკური დანიშნულებაც აქვს). ამასთან ერთად საჭიროა ქალისა და მისი პარტნიორის ანამნეზის შეკრება, ასევე ქალის სამეანო ანამნეზი და მისი ბოლო ორსულობის სრული დოკუმენტაცია. წარსულში მიღებული იყო მკვდრადშობადობის დიაგნოზის შემდეგ მრავალი ანალიზის ჩატარება, რომლებიც ხშირად ურთიერთგამომრიცხავ შედეგებს აჩვენებდა. ამჟამად უფრო საფეხურებრივი გამოკვლევები ტარდება.

მკვდრადშობადობის მიზეზის დადგენის შემდეგ კლინიკურმა და ექსპერტიზამ გამოკვლევებმა შესაძლოა მოგვცეს მტკიცებულებები, რომლებიც ადასტურებს დედის ინფექციას, პრეეკლამფსიას, პლაცენტის აცლას, ნაყოფის ზრდა-განვითარების შეფერხებას ან თანდაყოლილ ანომალიებს და წყალმანკს. შესაძლოა საჭირო გახდეს ამნიოცენტეზის ჩატარება ნაყოფის ქრომოსომული პათოლოგიების დასადგენად.

ისეთი კლინიკური ნიშნების გამოვლენისას, როგორებიცაა ჰიპერტენზია ან ხელის გულების და ფეხის ტერფის ქავილი, შეიძლება დამატებული იყოს ლაბორატორიული გამოკვლევები პრეეკლამფსიის და ქოლესტაზის დასადგენად. შემდეგი კლინიკური ნიშნების არსებობისას: მაკროსომია, მრავალწყლიანობა, ჰიპერგლიკემია, სიმსუქნე და სხვა, ვიკვლევთ დიაბეტზე და ფარისებრი ჯირკვლის დაავადებებზე. როდესაც ინფექციურ მიზეზებზე გვაქვს ეჭვი (კლინიკური ნიშნები, როგორებიცაა ცხელება, დიარეა და სხვა) ნაჩვენებია სეროლოგიური და ნაცხის ბაქტერიოლოგიური გამოკვლევები. მაღარია ან სიფილისი შეიძლება იყოს კონკრეტული რეგიონისთვის დამახასიათებელი მიზეზი. მშობიარობის შემდეგ ყველაზე მნიშვნელოვანია პლაცენტის პათანატომიური კვლევა და აუტოფსია. თრომბოფილიის, ფაქტორი V და II მუტაციის ჩათვლით, პროტეინ S- C და ანტითრომბინ III ნაკლებობის, ლუპუს ანტიკოაგულანტის, ანტიკარდიოლიპიდური ანტისხეულების და ჰიპერჰომოცისტეინემიის კვლევა ხშირად საკამათო საკითხია. თუ ანამნეზში ზემოთ აღნიშნული გართულებები არ აღინიშნებოდა, მაშინ მათი განხილვა, როგორც მკვდრადშობადობის მიზეზისა საეჭვოა. გამონაკლისია ანტი-ფოსფოლიპიდური სინდრომი, რომლის არსებობის შემთხვევაშიც ასპირინის მცირე დოზებით და დაბალმოლეკულური ჰეპარინით მკურნალობა ორსულობის პერიოდში აუმჯობესებს გამოსავალს.

მკვდრადშობადობის მიზეზებზე მოპოვებული ყველა ინფორმაცია განხილული უნდა იყოს სპეციალისტების გუნდში და მკვდრადშობადობის მიზეზები და რეკომენდაციები მომავალ ორსულობასთან დაკავშირებით უნდა იყოს შემუშავებული. ეს მიზეზები შემდგომ უნდა იყოს განხილული მშობლებთან.

## გესტაციური ჰიპერტენზია და მკვდრადშობადობა

დალი ტრაპაიძე<sup>1,2</sup>; ლელა შენგელია<sup>3,4</sup>.

<sup>1</sup> საქართველოს ჰიპერტონიის შემსწავლელი საზოგადოების კვლევების სამუშაო ჯგუფის ხელმძღვანელი;

<sup>2</sup> ქალთა რეაბილიტაციის ასოციაცია;

<sup>3</sup> საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის საერთაშორისო მაგისტრი,

<sup>4</sup> დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრის დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის სამმართველოს უფროსი.

ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის მონაცემებით, ყოველ 200 ორსულობაზე აღწერილია მკვდრადშობადობის ერთი შემთხვევა მსოფლიოში [1]. განსაკუთრებული მნიშვნელობა ენიჭება ასეთი შემთხვევების შეფასებასა და ანალიზს, რადგანაც ქალთა 90%-ზე მეტს, რომელთაც ანამნეზში აღენიშნებათ მკვდრადშობადობა აქვთ შანსი შემდეგი ორსულობის კეთილსაიმედოდ დამთავრებისა. ანამნეზში მძიმე პრეეკლამფსია/ეკლამფსიის არსებობისას 5-ჯერ მატულობს პერინატალური სიკვდილობის და 9,6-ჯერ მკვდრადშობადობის რისკი.

**კვლევის მიზანი:** მკვდრადშობადობის მიზეზების შეფასება ქართულ პოპულაციაში, 2008-2013 წლები.

**კვლევის მეთოდები:** აღწერილობითი კვლევა-სამედიცინო დოკუმენტაციის ანალიზი. ქალთა რეაბილიტაციის ასოციაციის მიერ განხილულ იქნა 2008 -2013წწ მკვდრადშობადობის 1308 შემთხვევა (ორი სამშობიარო სახლის სამედიცინო დოკუმენტაციის საფუძველზე).

**კვლევის ინსტრუმენტი:** სპეციალურად შემუშავებული სტრუქტურირებული კითხვარი.

**კვლევის შედეგები:** კვლევის მონაწილე დედათა საშუალო ასაკი შეადგენს 28 წელს, ხოლო ბოლო ორსულობისას ეკლამფსია/პრეეკლამფსიის შემთხვევები მქონე დედათა საშუალო ასაკი -30წელს. მკვდრადშობადობათა 40%-ი დადგა ორსულობის 28-36 კვირაზე, ამასთან 50%-იალინიშნა პირველი მშობიარობის შემთხვევაში. დედათა 25%-ს ჰქონდა დამძიმებული სომატური ანამნეზი. ორსულობათა 11%-ი გართულდა ეკლამფსია/პრეეკლამფსიით, მათ შორის მძიმე ფორმის პრეეკლამფსია აღინიშნა 83%-ში.

არტერიული ჰიპერტენზია (აჰ) დიანოსტირდა ორსულობათა 66%-ში. სამედიცინო დოკუმენტაციის 52%-ში წარმოდგენილი არ არის ინფორმაცია აჰ არსებობის ან არსებობის შესახებ. ხოლო წარმოდგენილ ინფორმაციათა შორის 31%-ში გვხვდება აჰ. დიაგნოსტირებულ შემთხვევათა 5%-ში არის ინფორმაცია მკურნალობის შესახებ, აჰ მკურნალობა ძირითადად ხორციელდებოდა არამტკიცებითი მედიკამენტებით.

**დასკვნა:** მკვდრადშობადობის მიზეზების ანალიზის საფუძველზე, კვლევამ გამოავლინა გესტაციური ჰიპერტენზიის მართვის სეროზული დეფექტები. აუცილებელია ამ მიმართულებით როგორც სამედიცინო პერსონალში, ასევე პოპულაციაში მტკიცებულებებზე დაფუძნებული საგანმანათლებლო ინტერვენციის განხორციელება.

## პლაცენტის პათოლოგია მკვდრადშობადობის დროს

### პროფესორი იან ერვიჩი

**მეან-გინეკოლოგი, მკვდრადშობადობის საერთაშორისო ალიანსის ექს-პრეზიდენტი, გრონინგენის საუნივერსიტეტო სამედიცინო კლინიკა, გრონინგენის უნივერსიტეტი, გრონინგენი, ჰოლანდია.**

არსებობს ოთხი ძირითადი მიზეზი, თუ რატომ უნდა ჩავატაროთ პლაცენტის ჰისტომორფოლოგიური კვლევა:

1. პლაცენტის პათო-მორფოლოგიური გამოკვლევის შედეგად მიღებული მონაცემები მიგვითითებს მიზეზზე რამაც გამოიწვია მკვდრადშობადობა და გვაძლევს საშუალებას მომავალში თავიდან ავიცილოთ ორსულობის მსგავსი გართულება.
2. მშობლებმა, რომლებმაც შვილი დაკარგეს საჭიროა იცოდნენ თუ რაში მდგომარეობდა პრობლემა. თუ ეს პრობლემა დაკავშირებული იყო პლაცენტის პათოლოგიასთან, რის გამოც ნაყოფს არ მიენოდებოდა საკმარისად საკვები და ჟანგბადი, მნიშვნელოვანია მათი ინფორმირება ამის შესახებ.
3. პლაცენტის სპეციფიური ცვლილებები დაკავშირებულია ახალშობილის დაბადების შემდგომ პრობლემებთან. ორსულობის დროს პლაცენტის პათოლოგიის შესახებ არსებული ინფორმაცია ეხმარება პედიატრებს მომავალში მიიღონ პრევენციული ზომები.
4. პლაცენტის სხვადასხვა სახის პათოლოგიები შეიძლება იყოს მკვდრადშობადობის მიზეზი. თითოეული ასეთი მიზეზი გვაძლევს ინფორმაციას, რომლის გამოყენებაც აუცილებელია შემდეგი ორსულობის დაგეგმვისას იმის გათვალისწინებით, თუ რამდენად არსებობს შემთხვევის განმეორების რისკი.

მომავალი ორსულობის კლინიკური მართვა განსხვავებულია და დამოკიდებულია ანამნეზში არსებული მკვდრადშობადობის მიზეზზე. პლაცენტურ პათოლოგიასთან დაკავშირებით ტერმინების არათანმიმდევრული და ზოგადი გამოყენება ხშირად პრობლემას წარმოადგენს. პლაცენტის გამოკვლევის შედეგები რაოდენობრივად რთულად აღრიცხვადია და ზოგიერთი პათოლოგიური ცვლილება შეიძლება აღინიშნებოდეს ნორმალური პლაცენტის არსებობის შემთხვევაშიც. ზოგადად, პათანატომებს არ მოსწონთ პლაცენტის გამოკვლევა, რადგან შესაძლოა ზემოთ აღნიშნული მე-3 და მე-4 პუნქტები არ არის კარგად განსაზღვრული და ბოლომდე არ აქვთ გააზრებული რამდენად ღირებულია პლაცენტის გამოკვლევა. კლასიფიკაციის სისტემები განსხვავებულია და მიუხედავად იმისა, რომ არსებობს ისეთი შემთხვევები, როცა სიკვდილი ერთი კონკრეტული მიზეზით არის გამოწვეული, პრაქტიკაში მრავალ ფაქტორიანი მიზეზები უფრო ხშირად გვხვდება. პლაცენტის პათოლოგიის კლასიფიკაცია რამდენიმე სისტემის საშუალებით შეიძლება.

ახლახან რ. ვ. რედლაინმა (Placenta 29 Suppl, Trophoblast Research Vol 22 (2008) S86-S91) შემოგვთავაზა პლაცენტის პათოლოგიისადმი სისტემური მიდგომა კლინიკური კორელაციით. მან აღწერა პლაცენტის დაზიანების სამი სახე: დედისმხრივი, ნაყოფისმხრივი და ანთებითი. პირველ ორ ჯგუფს აქვს შემდეგი განმტოებები: არასრულფასოვანი განვითარება, ობსტრუქცია ან მთლიანობის დარღვევა. ანთებითი ჯგუფის განმტოებებია: მწვავე ქორიოამნიონიტი (ინფექციური), პლაცენტის ქრონიკული ანთება და ქრონიკული დეცდუიტი. პათომორფოლოგიური გამოკვლევის სპეციფიური შედეგები ამ კატეგორიებში ერთიანდება და დაკავშირებულია ახალშობილის ნევროლოგიურ გამოსავალთან. ჩვენს მიერ ჩატარებულ კვლევაში მკვდრადშობადობის მიზეზების კლასიფიკაცია მოხდა TULIP-ის კლასიფიკაციის სისტემის მიხედვით (Korteweg et al BJOG 2006). ამ კოჰორტიდან ჩვენ დავადგინეთ, რომ პლაცენტის პათოლოგიის და დედის სისხლძარღვთა პათოლოგიის თანაარსებობა ყველაზე ხშირია 32 კვირის ვადაზე განვითარებული მკვდრადშობადობის დროს.

საინტერესოა, რომ ამ ქალთა 1/3-ზე მეტს არ აღენიშნებოდა პრეეკლამფსიის ან ნაყოფის ზრდა-განვითარების შეფერხების კლინიკური სიმპტომები. მკვდრადშობადობის დროს იკვეთება პლაცენტის ორი ტიპის პათოლოგია:

1. პლაცენტის ჰიპოპლაზია, რომელშიც ჰისტოლოგიურად ნორმალური პლაცენტა არის მცირე წონის, განსაკუთრებით ნაყოფის წონასთან შეფარდებით.
2. ნორმალური განვითარება და პლაცენტის ბუსუსები რჩება განუვითარებელი მესამე ტრიმესტრში.

აღინიშნება დიფუზია დედისა და ნაყოფის სისხლს შორის და უეცრად ნორმალური განვითარების ნაყოფი კვდება. პლაცენტის განვითარების პათოლოგიის მიზეზების და განმეორების რისკის უფრო ღრმა კვლევაა საჭირო, რადგან შესაძლებელია პრევენციული ზომების მიღება. დღემდე, შემდეგი ორსულობისას 38 კვირის შემდეგ გეგმიური მშობიარობა ამ პროცესში ჩარევის ერთადერთი ხერხია.

## ნაყოფის შემცირებული მოძრაობის შესახებ ცნობიერების ამაღლება მკვდრადშობადობის შესამცირებლად

**ვ. ფლენადი<sup>1,2,3</sup>, დ. ელვუდი<sup>2,3,4</sup>, გ. გარდენერი<sup>1,2,3</sup>, ა. ვოციზევი<sup>1,2,3</sup>, პ. მიდელტონი<sup>3,5</sup>, ქ. ქროუთერი<sup>3,5</sup>, ვ. მაჰომედი<sup>1,2,6</sup>, ა. კენტი<sup>2,11</sup>, ა. მაკარდლი<sup>1,2</sup>, ა. ფიქოქი<sup>1</sup>, პ. დილონი<sup>1,2</sup>, ჯ. ნორმანი<sup>9</sup>, ფ. ფროენი<sup>2,3,10</sup>.**

- <sup>1</sup> დედათა კვლევითი ინსტიტუტი, ქუინსლანდის უნივერსიტეტი, ბრისბენი, ავსტრალია;
- <sup>2</sup> ავსტრალიის პერინატალური საზოგადოება და ახალი ზელანდიის მკვდრადშობადობის და ნეონატალური დანაკარგის ალიანსი;
- <sup>3</sup> მკვდრადშობადობის საერთაშორისო ალიანსი;
- <sup>4</sup> გრიფითის უნივერსიტეტის მედიცინის სკოლა და გოლდ ქოუსტის საუნივერსიტეტო კლინიკა, ქუინსლენდი, ავსტრალია;
- <sup>5</sup> ავსტრალიის ქალთა და ბავშვთა ჯანმრთელობის კვლევის ცენტრი, ადელაიდის უნივერსიტეტი, ადელაიდი, ავსტრალია;
- <sup>6</sup> იპსვიჩის საავადმყოფო, ქუინსლენდი, ავსტრალია;
- <sup>9</sup> ედინბურგის უნივერსიტეტი და რეპროდუქტიული ჯანმრთელობის სამედიცინო კვლევის ცენტრი;
- <sup>10</sup> ნორვეგიის საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ინსტიტუტი, ნორვეგია;
- <sup>11</sup> ავსტრალიის ნაციონალური უნივერსიტეტის სამედიცინო სკოლა და კანბერას საავადმყოფო, ავსტრალიის ფედერალური ტერიტორია, ავსტრალია.

### შესავალი

მკვდრადშობადობა ქალებისთვის და მათი ოჯახებისთვის ტრაგიკული მოვლენაა გრძელვადიანი ფსიქოლოგიური შედეგებით. მკვდრადშობადობის მრავალი შემთხვევა ხდება ორსულობის მესამე ტრიმესტრში, ერთი შეხედვით ფიზიოლოგიური ორსულობის დროს. მკვდრადშობადობის ეს შემთხვევები ხშირად ასოცირდება ნაყოფის განვითარების შეფერხებასთან და წინ სდევს ნაყოფის მოძრაობის შემცირება, რაც იმაზე მიუთითებს, რომ დედის მიერ ნაყოფის მოძრაობის შემცირების აღქმა სკრინინგის მარტივი მეთოდია და არ მოითხოვს დანახარჯებს. მიუხედავად ამისა, ამჟამად, რომ ქალებს ხშირად არ მიეწოდებათ ადეკვატური ინფორმაცია იმის შესახებ, თუ რას მოიცავს ნაყოფის ნორმალური მოძრაობა ორსულობის გვიან პერიოდში და როდის უნდა მიმართონ ექიმს ნაყოფის მოძრაობის შემცირების დასადგენად. სამედიცინო პერსონალის დამოკიდებულება ნაყოფის მოძრაობის შემცირების პრაქტიკული მენეჯმენტის საუკეთესო ხერხების შესახებ განსხვავდება. პრევენციული ხაზს გაუსვამს მიმდინარე კვლევებს შემდეგ საკითხებთან დაკავშირებით:

1. ორსულთა დამოკიდებულება და მოსაზრებები ნაყოფის მოძრაობასთან დაკავშირებით და მათი მოსალოდნელი ქმედებები ნაყოფის მოძრაობის შემცირების დროს.
2. ორსულთა გამოცდილება ნაყოფის მოძრაობის შემცირებაზე ინფორმაციის მიღებასთან დაკავშირებით.
3. სამედიცინო პერსონალის მხრიდან ნაყოფის მოძრაობის შემცირებისას შემთხვევათა კლინიკური მენეჯმენტის გაიდლაინების ცოდნა.
4. იმ სამედიცინო პერსონალის კლინიკური პრაქტიკა, რომელთაც ამ დიაგნოზის ორსულების მეთვალყურეობის გამოცდილება აქვთ.
5. მიმდინარე ინტერვენციის მცდელობები ნაყოფის მოძრაობის შემცირებასთან დაკავშირებით ცნობიერების ასამაღლებლად მკვდრადშობადობის რიცხვის შემცირების მიზნით.

### ახლანდელი მდგომარეობა

ორსულებში აღინიშნება ცოდნის ნაკლებობა ნაყოფის ნორმალურ და შემცირებულ მოძრაობასთან, ისევე როგორც მის მნიშვნელობასთან დაკავშირებით. ბევრი ქალი ორსულობის გვიან პერიოდში ნაყოფის მოძრაობის შემცირებას ნორმალურ მოვლენად ავიწყლებს. განსხვავებულია რჩევები, რომელსაც სამედიცინო პერსონალი ქალებს ნაყოფის მოძრაობასთან დაკავშირებით აძლევს, რაც ხშირად იწვევს ისეთ შემთხვევებს, როცა ორსულს აღარც კი ახსოვს რომ მიიღო ასეთი ტიპის დარიგება. ასევე მნიშვნელოვნად განსხვავდება ნაყოფის მოძრაობის შემცირებისას შემთხვევების კლინიკური მენეჯმენტის.

### მომავალი მიმართულებები

საჭიროა ინტერვენცია, რომ გავუმჯობესოთ დედების ინფორმირება ნაყოფის მოძრაობის შემცირებასთან და ასეთ შემთხვევებში შესაბამის ქმედებასთან დაკავშირებით. ასევე საჭიროა ასეთი შემთხვევების კლინიკური მენეჯმენტის სტანდარტიზირება. ამ საკითხთან დაკავშირებით ორი ფართომასშტაბიანი კვლევა მიმდინარეობს ავსტრალია-ახალ ზელანდიაში და გაერთიანებულ სამეფოში. ავსტრალიასა და ახალ ზელანდიაში მიმდინარეობს კვლევა „ჩემი ბავშვის მოძრაობები“, რომლის ფარგლებშიც მობილური ტელეფონის აპლიკაციის საშუალებით ხელი ეწყობა ნაყოფის მოძრაობის შემცირების შემთხვევების დაფიქსირებას და შესაბამისად ცნობიერების ამაღლებას. „ჩემი ბავშვის მოძრაობები“-ს აპლიკაცია იძლევა ინფორმაციას მესამე ტრიმესტრში ნაყოფის მოძრაობის შესახებ მხოლოდ იმ შემთხვევაში, როცა ერთი ნაყოფია. ასევე ეს აპლიკაცია ასრულებს საგანმანათლებლო როლს სამედიცინო პერსონალისთვის, რომელთაც უხდებათ ნაყოფის მოძრაობის შემცირების შემთხვევების მეთვალყურეობა. გაერთიანებულ სამეფოში AFFIRM-ის პროგრამა ემსახურება ნაყოფის მოძრაობის შემცირებისას ზრუნვის ხარისხის შეფასებას რუტინული ანტენატალური მეთვალყურეობის ფარგლებში. ამ კვლევების მიზანია პრაქტიკაში დაინერგოს ქალებისთვის საჭირო ინფორმაციის მიწოდება და მხარდაჭერა. ასევე, საუკეთესო კლინიკური გაიდლაინების შემუშავება, ნაყოფის მოძრაობის შემცირების პრობლემასთან დაკავშირებით ცნობიერების ამაღლება და მკვდრადშობადობის შემცირება.

## სამედიცინო ჟურნალ „ლანცეტის“ 2011 წლის მკვდრადშობადობასთან დაკავშირებით ჩატარებული კვლევების „მოგინოდებთ მოქმედებისკენ“ მიმოხილვა. კიდევ რისი გავთებაა საჭირო?

### დევიდ ელვუდი<sup>1</sup>; ვიკი ფლენადი<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> გრიფითის უნივერსიტეტის მედიცინის სკოლა და გოლდ ქოუსტის საუნივერსიტეტო კლინიკა, ქუინსლენდი, ავსტრალია.

<sup>2</sup> დედათა კვლევის ინსტიტუტი, ქუინსლენდის უნივერსიტეტი, ავსტრალია.

ლანცეტის მკვდრადშობადობის სერიების პირველი ნაწილი 2011 წლის აპრილში გამოქვეყნდა და ხაზი გაესვა მკვდრადშობადობას რეპროდუქციის, დედათა, ახალშობილთა და ბავშვთა გადარჩენის კონტექსტში. ამ კვლევის მიზანი იყო ეპიდემიოლოგიის, მტკიცებულებებზე დაფუძნებული სამედიცინო ჩარევის, ფასებისა და განაწესის ანალიზის ერთ სივრცეში თავის მოყრა. სერიებისთვის გამოყოფილი საერთაშორისო გუნდი შედგებოდა 69 ავტორისგან, რომლებიც 50-ზე მეტ ორგანიზაციას და 18 ქვეყანას წარმოადგენდნენ. ლანცეტის მკვდრადშობადობის სერიები მოიცავს ექვს პუბლიკაციას, ორ კვლევით სტატიას და რვა კომენტარს. ამ გამოცემებში გაერთიანებულია მკვდრადშობადობის ისტორიები. ეს არის ამომწურავი ანგარიში იმისა, თუ რა იყო ცნობილი მკვდრადშობადობის შესახებ კვლევის პერიოდში და შედგენილია ექსპერტთა საერთაშორისო გუნდის მიერ.

ამ სერიებმა წარმოგვიდგინა მკვდრადშობადობის პირველი გლობალური მონაცემები ქვეყნების მიხედვით, გამოყო პრიორიტეტული ინტერვენციები მკვდრადშობადობის შესამცირებლად და შემოგვთავაზა ამ ინტერვენციების დანერგვის გზები. ის ასევე მოიცავდა მკვდრადშობადობის ყველაზე გავრცელებულ მიზეზებს, პრიორიტეტებს, კვლევებს



შორის განსხვავებებს გლობალური მასშტაბით და მაღალი შემოსავლის ქვეყნებში არსებულ რისკ-ფაქტორებს და ინტერვენციებს. სერიის ბოლო გამოცემა მოქმედებისკენ მოწოდებაა, რომელიც შეეხება:

1. მკვდრადშობადობის სტატისტიკური მონაცემების შეგროვებას.
2. მკვდრადშობადობის მიზეზების ზუსტი განსაზღვრის მიზნით ეფექტური ინტერვენციების დანერგვას.
3. არაპრივილეგირებული ქალების სპეციალურ საჭიროებებს.
4. მკვდრადშობადობის შედეგად შვილდაკარგული მშობლების და მათი ოჯახების ზედამხედველობას.

ლანცეტის მკვდრადშობადობის სერიებს დასაბამი დაედო ლონდონში, ნიუ იორკში, ჰობარტში, უენეციაში, პაკისტანში, ფლორენციაში და კეიპ თაუნში ერთდროულად ჩატარებული ღონისძიებებით, რომელთა შედეგადაც პროექტის მასშტაბები კიდევ უფრო გაფართოვდა. სერიების დაწყებას მედიის მხრიდან უპრეცედენტო გამოხმაურება მოჰყვა. ღონისძიებები გაშუქდა დაახლოებით 1000 მედია საშუალების მიერ, რომელთა მაცურებლების რაოდენობამ მსოფლიოს მასშტაბით თითქმის მილიარდი შეადგინა. პროგრამის გავრცელების აქტიური ფაზის კულმინაცია იყო FIGO-ს 2012 წლის კონფერენცია, რომელზეც ლანცეტის მკვდრადშობადობის სერიების ავტორები და სხვა მნიშვნელოვანი ფიგურები სიტყვით გამოვიდნენ მოქმედებისკენ მოწოდებით.

უკვე ოთხი წელი გავიდა ამ პროგრამის დაარსებიდან და შესაბამისად მნიშვნელოვანია დაისვას კითხვა: მოახდინა თუ არა ლანცეტის მკვდრადშობადობის სერიებმა დადებითი გავლენა? ამაღლა თუ არა ცნობიერება მკვდრადშობადობის თემის სიმძიმის მასშტაბების შესახებ და შეცვალა თუ არა ამ საკითხისადმი მიდგომის პრაქტიკა? სერიის მომავალი ნაშრომები უკვე შედგენილია და გამოქვეყნება ამ წელს იგეგმება ვანკუვერში FIGO-ს 2015 წლის მსოფლიო კონგრესზე. ეს ნაშრომები მოიცავს მრავალ საკითხს, მათ შორის მკვდრადშობადობის განახლებულ მსოფლიო სტატისტიკას და პუბლიკაციას, რომელშიც გაანალიზებული იქნება კითხვარი, რომელიც იმის დასადგენად შედგა თუ რამდენად მოხდა რეაგირება სამედიცინო პერსონალის მხრიდან ლანცეტის პროგრამის მიმართ „მოგინოდებთ მოქმედებისკენ“ მაღალი შემოსავლის ქვეყნებში. ჩატარდა საერთაშორისო კვლევა სამედიცინო პერსონალის და პაციენტების გამოკითხვის საფუძველზე, რის შედეგადაც შეგროვდა მონაცემები იმის შესახებ თუ რამდენად შეიცვალა კლინიკური გამოცდილება. ასევე კვლევის მიზანს წარმოადგენდა განათლებაში არსებული განსხვავებების გამოაშკარავება. ეს პრეზენტაცია პარალელურად გაავლეს ლანცეტის მკვდრადშობადობის პირველ სერიასთან, განიხილავს მოქმედებისკენ მოწოდების პროგრამის წარმატებას და მომავალ სერიებს.

## შაქრიანი დიაბეტით დაავადებული პაციენტების , მიკრო-, მაკრო- და ნორმოალბუმინურიის ფონზე მიმდინარე ორსულობის შედეგები და ამ პაციენტების კლინიკური სტატუსი მშობიარობიდან 9 წლის შემდეგ

ნ. ასათიანი<sup>1</sup>, რ. ყურაშვილი<sup>1</sup>, ე. შელესტოვა<sup>1</sup>, მ. დუნდუა<sup>1</sup>, ლ. ცუცქირიძე<sup>1</sup>, მ. ჰოდ<sup>2</sup>

<sup>1</sup> დიაბეტის კვლევის ეროვნული ცენტრი, თბილისი, საქართველო,

<sup>2</sup> რაბინის სამედიცინო ცენტრი, მუან-გინეკოლოგიის განყოფილება, თელ-ავივი, ისრაელი.

**მიზანი:** შაქრიანი დიაბეტით დაავადებული პაციენტების მიკრო-, მაკრო- და ნორმოალბუმინურიის ფონზე მიმდინარე ორსულობის შედეგების შეფასება და ამ პაციენტების კლინიკური სტატუსი მშობიარობიდან 9 წლის შემდეგ.

**მეთოდები:** კვლევაში ჩართული იყო 141 პაციენტი შაქრიანი დიაბეტით ტიპი 1. შარდში ალბუმინის ექსკრეციის (შაე) დონის მიხედვით, ქალები 3 ჯგუფად (ჯგ) დაიყო: ჯგ.1 - 95 ქალი - ნორმოალბუმინურია-(შაე < 30 მგ/24სთ), ჯგ.2 - 36 ქალი - მიკროალბუმინურია (შაე - 30 - 300 მგ/24სთ), ჯგ.3 - 10 ქალი - მაკროალბუმინურია (შაე > 300 მგ/24სთ). ორსულობის პეროდში მკაცრი მეტაბოლური კონტროლი ტარდებოდა და ნაყოფის მეთვალყურეობა ხორციელდებოდა. პაციენტებზე დაკვირვება მიმდინარეობდა ორსულობის განმავლობაში, განმეორებითი გამოკვლევები ტარდებოდა მშობიარობიდან 9 წლის შემდეგ.

**შედეგები:** პაციენტების უმრავლესობაში, კვლევის დასაწყისში, HbA1c (%) მაჩვენებლები იყო მაღალი: ჯგ.1 - 8.4 (0.9), ჯგ.2 - 8.9 (1.2), ჯგ.3 - 9.3 (1.3); 1-ლ ტრიმესტრში HbA1c-ის მაჩვენებლები იყო სტატისტიკურად უფრო დაბალი ქალებში, რომელთაც გაიარეს ორსულობისათვის მოსამზადებელი პერიოდი: 6.9 (0.8), 6.7 (1.2), 6.5 (0.6). ორსულობის ბოლოს HbA1c-ის მაჩვენებლები შემცირდა ყველა ჯგუფში (P=0.024, P=0.000, P=0.000, შესაბამისად). მმაკროალბუმინურიის მქონე ქალთა პროცენტული რაოდენობა გაიზარდა გესტაციური ვადის ზრდასთან ერთად. მე-3 ტრიმესტრის ბოლოს მაკროალბუმინურია დაფიქსირდა პაციენტების 3.8%-ში (ჯგ.1) და 22.2%-ში (ჯგ.2). ჯგ.1-ის პაციენტებში პრეეკლამფსიისა და ნაადრევი მშობიარობის (ორსულობის 37 კვირამდე) პროცენტი იყო უფრო დაბალი, ვიდრე ჯგ.2-სა და ჯგ.3-ში (პრეეკლამფსია - P 1-2 = 0.0003; P 1-3 = 0.0001; ნაადრევი მშობიარობა - P 1-2 = 0.0001; P 1-3 = 0.0001). პერინატალური სიკვდილობა დაფიქსირდა 3.5% - ჯგ.2 და 20.0% - ჯგ.3. მშობიარობიდან 9 წლის შემდგომ განმეორებით ჩატარებულმა გამოკვლევებმა აჩვენა რომ HbA1c-ის მაჩვენებლები სტატისტიკურად უფრო

მაღალი იყო ვიდრე მშობიარობის შემდეგ : 8.8 (1.5) - ჯგ.1; 8.4 (1.12) - ჯგ.2 და 7.1(0.68) - ჯგ.3. თირკმლის ფუნქციური მაჩვენებლები გაუარესდა მშობიარობიდან 9წლის შემდეგ: ჯგ.1-ში პაციენტების 26.9%-ს ჰქონდა მიკროალბუმინურია; ჯგ.2-ში პაციენტების 72.2% -ს ჰქონდა მიკროალბუმინურია, ხოლო 22.2%-ს - მაკროალბუმინურია. ჯგ.3-ში- ყველა პაციენტი ჰქონდა მაკროალბუმინურია. შვიდი პაციენტი ჯგ.2 და ჯგ. 3-დან იმყოფება მუდმივ ჰემოდიალიზზე; 3 მოკვდა თირკმლის მწვავე უკმარისობით და 2 პაციენტი ჩაუტარდა თირკმლის ტრანსპლანტაცია.

**დასკვნა:** ჩასახვამდე და ორსულობის ადრეულ ეტაპზე აღმოჩენილი მიკრო- და მაკროალბუმინურია შეიძლება ჩაითვალოს პრეეკლამფიის, ნაადრევი მშობიარობის და პერინატალური სიკვდილობის განვითარების რისკ ფაქტორებად. მიკრო- ან მაკროალბუმინურია, აღმოჩენილი ორსულობის I ტრიმესტრში, შეიძლება ჩაითვალოს დიაბეტური ნეფროპათიის ტერმინალური სტადიის განვითარების რისკ ფაქტორად მშობიარობიდან რამდენიმე წელიწადში.

## **მეან-გინეკოლოგთა ფენომენოლოგიური კვლევა მკვდრადშობადობასთან დაკავშირებით**

### **ვიოლეტა კატილიენი**

**ფსიქოლოგი, ფსიქოთერაპევტი.**

**შესავალი:** მკვდრადშობადობის შემდეგ მწუხარებას განიცდიან არა მარტო ოჯახები, რომლებმაც ეს ტრავმა გადაიტანეს, არამედ ის მეან-გინეკოლოგებიც, რომელთა მეთვალყურეობის ქვეშაც იმყოფებოდა ორსული. ამ ფაქტის შემდეგ განვითარებული დისტრესი იწვევს უარყოფით გავლენას არა მარტო იმ მომენტებში, როდესაც ეს ხდება, არამედ მოგვიანებითაც და გამოიხატება როგორც ფსიქოლოგიური და ემოციური, ასევე ფიზიკური სიმპტომებითაც. (Yam et al, 2001; Walpole, 2002; Begley, 2003; Nallen, 2006).

**მეთოდი:** ამ გამოცდილების შესასწავლად გამოყენებული იყო აღწერითი ფენომენოლოგიური ფსიქოლოგიური მეთოდი, რაც საშუალებას გვაძლევს გავიაზროთ ამ მოვლენის მთავარი ასპექტები. ამის შედეგად შეგვიძლია ნათლად წარმოვიდგინოთ ასეთ სიტუაციაში მეან-გინეკოლოგთა რეალობა, რითიც მნიშვნელოვან ინფორმაციას მივიღებთ იმის შესახებ, თუ რა სირთულეებთან გამკლავება უხდება პერსონალს ასეთი რთული შემთხვევების მართვისას.

**მონაწილეები:** ორი რესპონდენტი (მეან-გინეკოლოგი), რომლებსაც აქვთ მკვდრადშობადობა გადატანილი ქალის მეთვალყურეობის გამოცდილება და შესაბამისად კარგად ესმით მკვდრადშობადობის ფენომენი.

**შედეგები:** ამ კვლევის შედეგებმა აჩვენა, რომ ნაყოფის სიკვდილი მნიშვნელოვან ზეგავლენას ახდენს მეან-გინეკოლოგებზე. მკვდრადშობადობის გამოცდილება ძალიან ჰგავს დანაკარგის განცდას (გლოვის რეაქცია), რომელიც ადამიანზე მოქმედებს როგორც პირადულად, ისე პროფესიონალურად.

## **ხელოვნება-თერაპია: რეაბილიტაციის ერთ-ერთი ალტერნატიული გზა**

### **ეკა მჭედლიშვილი**

**ფსიქოლოგი, ხელოვნება თერაპევტი, სამეანო-გინეკოლოგიური რეაბილიტაციის ცენტრი „ვენუს ჯორჯია“; ქალთა რეაბილიტაციის ასოციაცია, თბილისი, საქართველო..**

**როგორც ცნობილია, ფსიქოლოგიის ერთ-ერთი მიმართულება ხელოვნების ფსიქოლოგია დაინტერესებულია ადამიანის შინაგანი რაობის კვლევით.**

**არტ-თერაპია** ხელოვნებით მკურნალობის ექსპრესიული, დიაგნოსტიკური, ფსიქოთერაპიული მეთოდია, რომელიც საშუალებას აძლევს ადამიანს გამოხატოს საზოგადოებისთვის მიუღებელი აგრესიული განცდები, სოციალურად მისაღები ფორმით, ხელოვნების საშუალებებით : ხატვით, ძეგნვით, ფოტოგრაფიით, ფერით, მუსიკით , თეატრალური ჩანარებით და ა. შ.

მეთოდს არ გააჩნია უკუჩვენებები, მასში მთავარია შემოქმედებითი პროცესი და არა პროდუქტი, მუშაობის პროცესის დროს ხდება სტრესის, პოსტტრამატული სიმპტომების მოხსნა, თვითგამორკვევა, მტკივნეული განცდის ან წარმოდგენის „გარეთ გამოტანა“.

პერინატალური დანაკარგი და განსაკუთრებით მკვდრადშობადობა არის მწუხარება, რომელზეც არ საუბრობენ და რაც, შემდგომში, როგორც ფსიქოსომატური დარღვევების, ასევე ოჯახურ ურთიერთობებში პრობლემის გაჩენის მიზეზი ხდება.

მკვდრადშობადობის შემდგომ პერიოდში არტ-თერაპიის ექსპრესიული მეთოდის საშუალებით, შესაძლებელია პაციენტმა, რომელსაც ხშირ შემთხვევაში, უჭირს საუბარი პრობლემაზე, ხელოვნებითი სხვადასხვა გამოხატვის საშუალებით შესძლოს გაუცნობიერებულის გაცნობიერება, განმუხტვა, საკითხისადმი ემოციური დამოკიდებულების შეცვლა, დაძაბული ურთიერთობების დარეგულირება და მთავარი - ფსიქოლოგიური წონასწორობის აღდგენა.

მიუხედავად იმისა, რომ საქართველოში ეს მეთოდი არ არის სავარისად გამოყენებადი, პერინატალური დანაკარგის შემდგომ პერიოდში ხელოვნება-თერაპია არის მწუხარების დაძლევის და ფსიქოლოგიური წონასწორობის აღდგენის ერთ-ერთი ალტერნატიული გზა.

## მკვდრადშობადობის ფსიქოლოგიური და ემოციური ასპექტები

### ლარისა პარკაძე

**ფსიქოლოგი, სამედიცინო-გინეკოლოგიური რეაბილიტაციის ცენტრი „ვენუს ჯორჯია“. ქალთა რეაბილიტაციის ასოციაცია, თბილისი, საქართველო.**

**შესავალი:** პერინატალური დანაკარგის გადატანის შემდეგ ოჯახებისთვის ფსიქოლოგიური დახმარების საკითხი მთელ რიგ ქვეყნებში არასაკმარისად არის შესწავლილი. საქართველოც არ წარმოადგენს გამონაკლისს.

დღეისათვის კოხრენის სახელობის ბიბლიოთეკის მონაცემებით არ არსებობს არანაირი რანდომიზირებული კვლევები, რომლებიც დაადასტურებდნენ რაიმე სახის სპეციალურ-ფსიქოლოგიური დახმარების არსებობას, რაც მოახდენდა დადებით გავლენას ასეთი დანაკარგის მქონე ოჯახების დასახმარებლად. მიუხედავად ამისა, არსებობს უამრავი მაგალითი, რომელიც ადასტურებს ფსიქოლოგიური დახმარების აუცილებლობას.

15 წელზე მეტია მსოფლიოს სხვადასხვა ქვეყნებში სამედიცინო დახმარების სტანდარტებში მითითებულია პერინატალური დანაკარგის მქონე ოჯახებისთვის სხვადასხვა სახის ემპათიური მხარდაჭერის აუცილებლობა. ითვლება, რომ ასეთი მხარდაჭერა აქტუალურია და ამსუბუქებს დანაკარგით გამოწვეული მწუხარების გადატანას და აუმჯობესებს სამედიცინო მომსახურების ხარისხს.

მოცემულ ნაშრომში წარმოდგენილია როგორც ჩვენს ქვეყანაში, ასევე უცხოეთში თეორიული და პრაქტიკული ასპექტების პროფესიულ-ფსიქოლოგიური მხარდაჭერის აუცილებლობა.

**მონაწილეები:** პროფესიულ-ფსიქოლოგიურ დახმარებასა და შემდგომ აღწერაში მონაწილეობა მიიღო 12-მა ქალმა. აქედან რვას ანამნეზში ჰქონდა მკვდრადშობადობა, ორს საშვილოსნოსგარე ორსულობა და ორს თვითნებითი აბორტი.

**მეთოდები:** არჩეული იყო ეკლექტიკური მიდგომა, კერძოდ ფსიქოთერაპიული დიალოგი, კლიენტ-ცენტრირებული თერაპია, კოგნიტიურ-ქცევითი ფსიქოთერაპია. აგრეთვე სხეულ-ორიენტირებული თერაპიის და ნეიროლინგვისტური პროგრამირების ელემენტები.

**შედეგი:** ჩატარებული ფსიქოლოგიური და ფსიქოთერაპიული მუშაობის შემდეგ, აღნიშნულმა პაციენტებმა შეძლეს სრულყოფილად გადაეღახათ პერინატალური დანაკარგის სევდა, დაეძლიათ თანმხლები ემოციურ-ქცევითი დარღვევები, დაემთავრებინათ ფსიქიკაში დაუსრულებელი პროცესები: ორსულობა-მშობიარობა; ამასთან დაბრუნებოდნენ სრულყოფილ ცხოვრებას.

# ნაყოფის სიკვდილიანობის გამომწვევი ზოგიერთი მიზეზი

## მ. ნილოსანი. ი. სიხარულიძე. მ. კორძაია.

### ივ. ჯავახიშვილის თბილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტის ა. ნათიშვილის მორფოლოგიის ინსტიტუტი

კლინიკური პერინატალოგიის მიზანია უზრუნველყოს ჯანმრთელი და სრულყოფილი ნაყოფისა და ახალშობილის განვითარება, დაცვა, შეამციროს მისი დაღუპვის შესაძლებლობა.

ამ მიზნით მიმდინარეობს თეორიული და პრაქტიკული მეთოდების ძიება, რათა მინიმუმამდე შემცირდეს ნაყოფის ინტრანატალური და პერინატალური სიკვდილიანობა, რის შესაძლებლობასაც იძლევა ადრეული დიაგნოსტიკა და პროფილაქტიკა.

პერინატალური სიკვდილიანობის შემცირების მიზანით გამოყოფილია ორსულთა რისკ-ჯგუფები: 1. პლაცენტისა და ჭიპლარის სისხლის მიმოქცევის პათოლოგიები. 2. პრეეკლამფსია, ეკლამფსია. 3. დედის მწვავე და ქრონიკული დაავადებები, ნაყოფის არასწორი მდებარეობა, შეუსაბამობა ნაყოფის თავსა და დედის მენჯის ზომებს შორის.

ჩვენს მიერ შესწავლილია 50 არანამკურნალები ორსულის პლაცენტის ცვლილებები პრეეკლამფსიისა და ეკლამფსიის დროს.

მასალა აღებული იყო ვ. ჩაჩავას კლინიკის ორსულთა პათოლოგიის განოფილებიდან. პლაცენტის სტრუქტურის ჰისტოლოგიური და ჰისტოქიმიური შესწავლის მიზნით ცენტრალური და გვერდითი ნაწილებიდან ვიღებდით მცირე ნაჭრებს, ვაფიქსირებდით კარნუას ხსნარში, შემდგომ ვღებავდით ჰემატოქსილინ-ეოზინით, ვან-გიზონის მეთოდით, ფუქსიცინით, ბრაშეს მეთოდით. ულტრასტრუქტურის შესწავლა წარმოებდა ტრანსმისიული ელექტრონული მიკროსკოპის „ტესლა-ბ.ს.500“ საშუალებით.

პრეეკლამფსიისა და ეკლამფსიის დროს პლაცენტაში აღინიშნებოდა ღრმა დესტრუქციული ცვლილებები, დიდი რაოდენობით იყო ინფარქტული უბნები, აღინიშნებოდა ფიბრინის ჭარბი დალაგება, რის შემდეგ ქაოების უმეტესი ნაწილი განიცდიდა ფიბრინოიდულ გადაგვარებას და აღინიშნებოდა სინციტიალური საფარველის გაქრობა, ქაოთაშუა სივრცეში სისხლჩაქცევები, დიდი სისხლძარღვების კედლის გასქელება, იწვევდა სანათურის შევიწროებას და რიგ შემთხვევებში სრულ ობლიტერაციას. მრავლადაა დათრომბილი სისხლძარღვები, კაპილარული ქსელი საგრძობად შემცირებული.

ჰისტოქიმიურმა გამოკვლევებმა გვიჩვენა, რომ პრეეკლამფსიისა და განსაკუთრებით ეკლამფსიის დროს პლაცენტაში დნმ-ისა, რნმ-ის და გლიკოგენის რაოდენობა ნორმასთან შედარებით შემცირებულია, იგი მტვრის სახით გვხვდება მსხვილი სისხლძარღვების კედელში და ზოგიერთ ქაოებში.

ელექტრონომიკროსკოპულმა გამოკვლევამ გვიჩვენა, რომ პლაცენტაში აღინიშნებოდა პლაზმოდიოტროფობლასტის მძიმე დესტრუქციული ცვლილებები - მთლიანადაა გამქრალი სანათურისკენ მიქცეული ვეზიკულები, აღინიშნებოდა მკვეთრად გამოხატული უჯრედშორისი და უჯრედშიდა შეშუპება, ციტოპლაზმაში გვხვდება უკრისტებო მიტოქონდრიები, პირველადი და მეორადი ლიზოსომები, სხვადასხვა ზომის ვაკუოლები. ფაქტიურად არ არსებობს გრანულაციური, ენდოპლაზმური ბადე. ყოველივე ეს მიუთითებს ხანგრძლივად მიმდინარე ნეკრობიოზულ პროცესებზე. აღინიშნებოდა კოლაგენური ბოჭკოების რაოდენობის მომატება, კაპილარების ირგვლივ სინციტიუმის შევიწროება, რომლის ბირთვები იცვლიან ფორმას, სიდიდეს, ასევე ქრომატინის შემცველობას.

პლაცენტაში გამოვლენილი იყო რიგი მძიმე დესტრუქციული ცვლილებები, რაც უარყოფით გავლენას ახდენდა ნაყოფის განვითარებასა და სიცოცხლის უნარიანობაზე.

ნაყოფის ინტრანატალური და პერინატალური სიკვდილიანობის შემცირების მიზნით საჭიროა დროულად იქნას გამოვლენილი დედის დაავადებები, სოციალურ-ეკონომიური მდგომარეობა და ჩაუტარდეს სათანადო პროფილაქტიკა.

# მაგნეფარი® B<sub>6</sub>

თქვენი  
ჯანმრთელობის  
ენერჯია



აძლიერებს  
სტრესისაღმ  
მდგრადობას

აფხვილას

აუცილებელია  
ბილ-ის და რითმის  
დარღვევის დროს

აფხვილას  
საფხვილას  
ტონუსს



Магнефар®  
B<sub>6</sub>

BIOFARM®

PHARMACY

# პრეგნარინი №30 ტაბლეტი

Pregnarin საკვები დანამატი



ჯანმრთელი, აქტიური და ბედნიერი  
ორსულობა ტოქსიკოზის გარეშე!

ჩვენებები

- ორსულთა გულმძარვა, გულისრევა, ლებინება და სხვა დისპეპსიური მოვლენები
- თავის ტკივილი
- საერთო სისუსტე
- მეტეორიზმი და ყაბზობა



პრეგნარინი – უსაფრთხო,  
მცენარეული საშუალება  
ტოქსიკოზის სამკურნალოდ!

# DHA comb

დეჰა კომბი  
DHA comb საკვები დანამატი

30 ტაბლეტი + 30 კაფსულა

სრულყოფილი ფორმულია  
რისთვისაც დაგეგმილია ორსულობის  
და ბავშვის ჯანმრთელობისთვის!



დეჰა კომბი – სპეციალურად შექმნილი ფორმულა  
ორსული და მეძუძური ქალებისთვის:

ვიტამინები +

მინერალები +

ომეგა-3 ცხიმოვანი მჟავები

შემაჯავნელობა

ტაბლეტი შეიცავს 20 სახეობის  
ვიტამინების და მაკრო-  
მიკროელემენტების კომბინაციას

კაფსულა შეიცავს ომეგა-3 პოლიუჯერი  
ცხიმოვან მჟავებს:

- ეიკოზაპენტაენის მჟავა – 44 მგ (EPA)
- დოკოზაჰექსაენის მჟავა – 220 მგ (DHA)



დეჰა კომბი უზრუნველყოფს:

- ნაყოფის სრულფასოვან განვითარებას
- ორსული და მეძუძური ქალის ზოგად გაჯანსაღებას
- ორსულის და მეძუძური ქალის დღიური რაციონის სრულფასოვან შევსებას: ვიტამინებით, მინერალებით და ომეგა-3 პოლიუჯერი ცხიმოვანი მჟავებით
- ორსულობის შემდგომ პერიოდში ქალის ჯანმრთელობის სწრაფ გაუმჯობესებას და ძალების აღდგენას



ფარმაცევტული კომპანია "გეა".  
თბილისი, ვაჟა-ფშაველას გამზირი, №6.  
ტელ: 238-47-66. ფაქსი: +(995 32) 295-81-54.  
E-mail: gea@gea.ge www.gea.ge



# ვენუს ჯორჯია

სამეანო-გინეკოლოგიური  
რეაბილიტაციის ცენტრი

„ვენუს ჯორჯია“ თქვენი და თქვენი ოჯახის ჯანმრთელი ანმეოს და მომავლისთვის! ჩვენ ვიბრუნებთ თქვენზე!

აქ განსაკუთრებული მნიშვნელობა ენიჭება თქვენს კომფორტს და კარგ განწყობას, რაც განპირობებულია პერსონალის გულისხმიერებით, კეთილგანწყობით და ინდივიდუალური მიდგომით. „ვენუს ჯორჯია“-ში მობრძანებით თქვენ ჩვენი ოჯახის წევრი ხდებით, წევრი, რომელზეც ზრუნავენ, უყვართ და ყოველთვის მხარში უდგანან.

## ▶ დიაგნოსტიკა

### 1. ულტრასონოგრაფია

(აპარატი: VOLUSON 730 PRO გამოკვლევა 3-4 განზომილებიან სიბრტყეში, Toshiba Power Vision 6000).

- გინეკოლოგიური ტრანსვაგინალური და ტრანსაბდომინალური ექოსკოპია.
- სამეანო ულტრაბგერითი გამოკვლევა დოპლეროგრაფიით.
- სარძევე ჯირკვლის ულტრაბგერითი გამოკვლევა.
- ანდროლოგიური ულტრაბგერითი გამოკვლევა.
- ფარისებური ჯირკვლის ულტრაბგერითი გამოკვლევა.
- მუცლის ღრუს ულტრაბგერითი გამოკვლევა.
- უროლოგიური ულტრაბგერითი გამოკვლევა.
- ექოპისტეროსალპინგოსკოპია.

### 2. კარდიოტოკოგრაფია

### 3. კოლპოსკოპია

## ▶ ლაბორატორიული გამოკვლევები

### ▶ მკურნალობის ძირითადი მიმართულებები:

1. უშვილო წყვილთა და გინეკოლოგიურ პაციენტთა გამოკვლევა და მკურნალობა.
2. ორსულობის დაგეგმვა.
3. ორსულთა მეთვალყურეობა (საქართველოს მოქალაქეებისთვის მუშაობს უფასო სახელმწიფო პროგრამა „ანტენატალური მეთვალყურეობა“, რაც საშუალებას აძლევს ორსულებს ჩაიტარონ სტანდარტით განსაზღვრული უფასო კონსულტაციები და

გამოკვლევები).

4. „მშობელთა სკოლა“, სადაც მომავალი დედები ემზადებიან ფსიქოლოგიურად და ფიზიკურად მშობიარობისა და დედობისთვის.
5. ფიზიკური მეთოდები (ფიზიოთერაპია, ლაზეროთერაპია, სამკურნალო ვარჯიშები და მასაჟი, მანუალური თერაპია).
6. ჰირუდოთერაპია (წერბელებით მკურნალობა).
7. რეფლექსოთერაპია (აღმოსავლური მედიცინის კაბინეტი: ჩინური კლასიკური აკუპუნქტურა, აურიკულოთერაპია, სუ-ჯოჯო თერაპია, ტვისტ თერაპია, წერტილოვანი მასაჟი).

კლინიკის ბაზაზე ჩამოყალიბებულია „ქალთა რეაბილიტაციის ასოციაცია“, რომლის მიზანია პრევენციული მედიცინის განვითარება და აღდგენითი თერაპიის მეთოდების ფართოდ დანერგვა.

1. მძიმე პათოლოგიური მშობიარობის და სამეანო-გინეკოლოგიური ოპერაციების შემდგომი პერიოდის მართვა: ფიზიკური, ფსიქოლოგიური და სამედიცინო რეაბილიტაცია.
2. წყვილების მედიკო-გენეტიკური გამოკვლევა.
3. კვალიფიციური ფსიქოლოგიური სამსახური.
4. სხეულის მოვლა: ანტიცელულიტური პროგრამა და მშობიარობის შემდგომი პერიოდის მოდუნებული მუცლის კორექცია ელექტრომიოსტიმულაციით.
5. ქალის ჯანმრთელობა, სილამაზე და აქტიური ცხოვრების წლების გახანგრძლივება.

ცენტრში ფუნქციონირებს კოსმეტოლოგიური კაბინეტი, რომელიც აღჭურვილია კომპლექსური აპარატურით.

## პროცედურები:

- სახის კანის განმენდა
- დარსონვალი
- გალვანიზაცია
- პილინგი
- ბრაშინგი
- დატენიანება
- რელაქსაციური მასაჟი
- ბიოეპილატაცია

# Venus Georgia

## Obstetric-Gynecological Rehabilitation Centre

**“Venus Georgia”** for your and your family’s healthy present and future. We will take care of you!

The main objective of our clinic is your comfort and your good spirit, which is determined by our understanding and cheerful staff with individual approach towards patients. By coming to “Venus Georgia” you become the member of our family- a member who is loved, taken care of and supported.

### ► **DIAGNOSTICS**

#### 1. **Ultrasound**

(VOLUSION 730 Pro Real Time 4D imaging- continuous, 3D/4D scanning, apparatus Toshiba Power Vision 6000).

- Gynecological transvaginal and transabdominal echoscopy
- Obstetric ultrasound examination by dopplerography
- Ultrasound examination of mammary glands
- Andrological ultrasound examination
- Ultrasound examination of thyroid gland
- Ultrasound examination of abdominal cavity
- Urological ultrasound examination
- Echohysterosalpingoscopy

#### 2. **Cardiotocography**

#### 3. **Colposcopy**

### ► **LABORATORY RESEARCHES**

### ► **PRINCIPAL DIRECTIONS OF THE TREATMENT:**

1. Examination and treatment of gynecological patients and infertile couples.
2. Family planning.
3. Observation of pregnant women.
4. Antenatal Classes, women’s physical and psychological preparation for childbirth, psychological service.
5. Physical methods (physiotherapy, laser therapy, therapeutic exercises and massage, manual therapy).
6. Hyrudotherapy (treatment with leeches).
7. Reflex therapy (Chinese classic acupuncture, auriculotherapy, su jok therapy, twist therapy, trigger point massage).
8. Aesthetic medicine (facial procedures: deep cleansing, exfoliation, enzyme peeling, face, shoulder and head massage).

“Women’s Rehabilitation Association” was founded in 2008 and is based at “Venus Georgia”. The goal of the association is to implement the methods of physical, psychological and medical rehabilitation of women after abortions, abnormal puerperal period and obstetric-gynecological postoperative period.

“Women’s health, beauty and prolongation of active life”- is the motto of “Women’s Rehabilitation Association”.

# ნორმეგინი

ცოცხალი დოქტორების ჩხირი



## საშოს მიხროვლოკის ნონსტეროიდის

### მარეგულირებადი საშუალება

შეზღვევით:

ყოველი ვამინალური 1 გრ. დაბლადი  
შემსა:

აქტიური სუბსტანცია:

ლორეინოლინიკური აუტანა  
ლორეინოლინიკური აუტანა  
შირეული ბაქტერიამსა 40 მგ.

მიღების წესი და დოზირება:

1 ვამინალური ტაბლეტი, 1-2-ჯერ დღეში,  
ფლუაონში №6 ვავ. სანო.

**დოქტორების ჩხირი -**  
ნარმოადგენს გრამდობით ბაცი-  
ლას, რომელოც გამოყავს რქეგავას-  
აუცილებელ ჯომონტეს სპოს ნორ-  
მალური მიკროფლორის შესანარ-  
ჩუნებლად, განსაუთრებით სვეციფი-  
ური მიუნალობის შემდეგ.



იტალია

## ფაინალა

### ჭიალთისფერი



ვინილია



ჩაის ხის ზეთი



ბალბა



ზოტუ კოლა



ვიტამინი E



ჭიალთის მყავა

1 თველი 1-ჯერ დღეში  
ძილის #06 10 დღე

კოლოფში № 10 თველი



იტალია



## დამალბიტი

ქეოპაზუნა პრის პრის მარეგულირებადი...

- აუბი
- ძილის და ნანყობის დარევა
- შებრელობის შებრევა
- დამის რეგულირება
- ცულის შებრევა რეგულირება
- პანის ცვლილებები
- საშოს სიმბრევა
- ანთიბი

### სორო და იამსი

სორო და იამსის პრეპრეპრე  
ბაანბა შებრევის სიმბრე,  
რან ბანპრეპრე რეგულირება  
სიმბრეპრე ბლობალურ პრე-  
ბრელო.



იტალია



ტაბლეტი N 20  
ფლოროგლუციინი 80 მგ  
ტრიმეტოქსიმენზინი 80 მგ

## სპაგამესი

ფლოროგლუციინი



ამბლეტი N10  
40 მგ/4 მლ  
ფლოროგლუციინი  
(1,3,5 ტრიპრობრეპრე ) 51,43 მგ

### შარდ-სასქოს სისტემა:

- თირქმ-ქეგოვანი დაგადბა, შარდ-ქეგოვანი დაგადბა (თირქმლის გვალა, ირადიაციული ტევილი ზურგში და ბოქმეზელა არემი)
- ცისტოტი(მტევიელი შარდგაბოქმეზელა და წვლის ტევილები)
- მწვავე პელონეფრეტი(ირადიაციული ტევილი გვრეში).

### გინეკოლოგიური ჩეგებები:

- დისმენორეა და მენსტრუალური ტევილი.
- მცირე მენგის დრუს რეგულირების ანთებითი დაგადბები.
- ენდომეტრიოზი.
- თეინებური აბორტი ან აბორტის საშორეობა.
- ნაარევი მზობარობა
- დიაგნოსტიკური პროცედურები

ამბლეტი მწვავე შემბრევისას:

1 ამბ. ი/გ ან ი/მ აუცილებლობის შემბრევაში ეს დოზა შეიძლება გავიზიაროდ არა უადრეს 1 სთ. შემბარევიელი თერაპია: 1 ამბ. 1-2 ვერ დღეში.



კანასა 235 67 87  
234 25 02

SCHARPER

იტალია

www.panacea-pharm.ge  
www.vidal.ge



# Programme

## Section 1

**Chair:** Manana Abuladze - Md. Phd. Obstetrician-gynecologist, Obstetric-gynecological Rehabilitation Centre "Venus Georgia", Women's Rehabilitation Association, Chachava Clinic, Tbilisi, Georgia.

**9:00 - 10:00 Registration**

---

**10:00 - 10:10 Opening Ceremony**

Greetings from a representative from the Ministry of Labour, Health and Social Affairs of Georgia.

---

**10:10 - 10:30 Opening remarks from the president of the Women's Rehabilitation Association**

Manana Abuladze, Md. Phd. Obstetrician-gynecologist, Obstetric-gynecological Rehabilitation Centre "Venus Georgia", Women's Rehabilitation Association, Chachava Clinic, Tbilisi, Georgia.

---

**10:30 - 10:50 Stillbirth- the Reality and Challenges in Georgia, Statistical Analysis**

Sopo Ananikovi, Obstetrician-gynecologist, Obstetric-gynecological Rehabilitation Centre "Venus Georgia", Women's Rehabilitation Association, Tbilisi, Georgia.

---

**10:50 - 11:10 Quality improvement in Obstetric care: How can we perform better to reduce stillbirths? Perinatal Audit.**

Professor Jan Jaap Erwich, Obstetrician, ex-Chair International Stillbirth Alliance, University Medical Center Groningen, University of Groningen, The Netherlands.

---

**11:10 - 11:30 Stillbirth - the Reality and Challenges in Georgia: Review of the results of scientific research from years 2008-2012 carried out by the Women's Rehabilitation Association**

Tamar Shelia, Obstetrician- gynecologist, Venus Georgia, Women's Rehabilitation Association, Tbilisi, Georgia.

---

**11:30 - 11:50 Stillbirth - the Reality and Challenges in Georgia: Review of the results of scientific research from year 2013 carried out by the Women's Rehabilitation Association**

Natia Sharabidze, Md. Phd. Obstetrician-gynecologist, Venus Georgia, Women's Rehabilitation Association, International Stillbirth Alliance, Tbilisi, Georgia.

---

**11:50 - 12:00 Discussion**

---

**12:00 - 12:30 Coffee Break**

## Section II

**Chair:** David Metreveli - Tbilisi State Medical University, associated professor, deputy of Georgian Endocrinologists Society, expert-endocrinologist of Ministry of Labour, Health and Social Affairs of Georgia, Women's Rehabilitation Association.

**12:30 - 12:50 Causes of stillbirth globally**

Vicki Flenady, Perinatal Clinical Epidemiologist, Mater Research Institute, University of Queensland, Brisbane, Australia; Perinatal Society of Australia & New Zealand Stillbirth and Neonatal Death Alliance; International Stillbirth Alliance.

---

**12:50 - 13:10 The diagnostic work-up after stillbirth: finding the cause**

Professor Jan Jaap Erwich, Obstetrician, ex-Chair International Stillbirth Alliance, University Medical Center Groningen, University of Groningen, The Netherlands.

---

**13:10 - 13:30 Gestational hypertension and stillbirth**

Dali Trapaidze - Chief Specialist of National Centre for Disease Control and Public Health; Hypertension Learning Society of Georgia; Women's Rehabilitation Association, Tbilisi, Georgia.

---

**13:30 - 13:50 Placental pathology in stillbirth**

Professor Jan Jaap Erwich, Obstetrician, ex-Chair International Stillbirth Alliance, University Medical Center Groningen, University of Groningen, The Netherlands.

---

**13:50 - 14:10 Moving with the times: Raising awareness of decreased fetal movements to reduce stillbirth**

Vicki Flenady, Perinatal Clinical Epidemiologist, Mater Research Institute, University of Queensland, Brisbane, Australia; Perinatal Society of Australia & New Zealand Stillbirth and Neonatal Death Alliance; International Stillbirth Alliance.

---

**14:10 - 14:30 Discussion**

---

**14:30 - 15:30 Lunch**

## Section III

**Chair:** David Metreveli - Tbilisi State Medical University, associated professor, deputy of Georgian Endocrinologists Society, expert-endocrinologist of Ministry of Labour, Health and Social Affairs of Georgia, Women's Rehabilitation Association.

**15:30 - 15:50    The 2011 Lancet's Stillbirth Series 'call to action'; what still needs to be done?**

David A. Ellwood, former chair of the International Stillbirth Alliance, Professor of Obstetrics and Gynecology, Griffith University School of Medicine and Gold Coast University Hospital, Queensland, Australia.

---

**15:50 - 16:10    Stillbirth and hepatitis**

Tamar Megrelishvili, associated professor, Tbilisi State Medical University, Department of Infectious Diseases, MD.PHD; Women's Rehabilitation Association.

---

**16:10 - 16:30    Pregnancy outcomes and Nine Years Post-partum Follow-up of Women with Type 1 Diabetes Mellitus with Micro- and Macroalbuminuria**

Natalia Asatiani, National Centre for Diabetes Research, Tbilisi, Georgia. Associated professor, Petre Shotadze Tbilisi Medical Academy, National Centre for Diabetes Research, Tbilisi, Georgia.

---

**16:30 - 16:50    A phenomenological research of obstetricians and gynecologists experience working with women who have experienced a stillbirth**

Violeta Katiliene, Master degree in health psychology, postgraduate studies in existential therapy; Women's Rehabilitation Association, Kaunas, Lithuania.

---

**16:50 - 17:10    Art-therapy: one of the alternative ways of rehabilitation**

Eka Mchedlishvili. Psychologist, Art-therapist. , Obstetric-gynecological Rehabilitation Centre "Venus Georgia"; Women's Rehabilitation Association, Tbilisi, Georgia.

---

**17:10 - 17:30    Psycho-emotional aspects of stillbirth**

Larisa Parkadze, Psycholgist, Obstetric-gynecological Rehabilitation Centre "Venus Georgia", Women's Rehabilitation Association, Tbilisi, Georgia.

---

**17:30 - 17:40    What does stillbirth mean for the families who have been confronted with perinatal loss?**

Ia Kldiashvili, Chair of the Committee of Parents at Women's Rehabilitation Association, Tbilisi, Georgia.

---

**17:40 - 17:50    Discussion**

---

**17:50 - 18:30    Closing Remarks**

# Speakers

## **Jan Jaap Erwich** (Netherlands).

Professor, Obstetrician, Ex-Chair of International Stillbirth Alliance, University Medical Center Groningen, University of Groningen, The Netherlands.

Professor Erwich is an expert obstetrician with a focus on perinatal mortality and parent care. He was the first director of a program for nationwide implementation of perinatal audits in all obstetric units in the Netherlands, is a member of several national committees for improvement of obstetric care, and is the co-organizer of the biannual ISA-ISPID conference in Amsterdam in 2014. His PhD research was on placental arachidonic acid metabolism and he conducted a postdoctoral project on embryonic and fetal growth in Adelaide, Australia. Since 2000, he has participated in large projects on stillbirth, diagnostic work-up, placental pathology and methodological development of perinatal audit and quality of obstetric care.

## **David Ellwood** (Australia).

Former chair of the International Stillbirth Alliance, Professor of Obstetrics and Gynecology, Griffith University School of Medicine and Gold Coast University Hospital, Queensland, Australia.

Dr. Ellwood started medical studies at Oxford where he completed a doctorate in reproductive biology and then did clinical training at Cambridge. He began training in obstetrics and gynecology (O&G) in Oxford; his specialist and sub-specialty training was completed at Royal Prince Alfred Hospital, Sydney. In 1995 he became Professor of O&G and then Deputy Dean of the Australian National University Medical School in 2006. He has held the positions of President of the Perinatal Society of Australia & New Zealand, the Australia New Zealand Stillbirth Alliance and Women's Healthcare Australasia (WHA), and is the current chair of the Federation of Asia-Oceania Perinatal Societies (FAOPS). He now holds the position of Professor of O&G at Griffith University School of Medicine, and is Director of Maternal-Fetal Medicine at Gold Coast University Hospital.

## **Vicki Flenady** (Australia).

Perinatal Clinical Epidemiologist, Mater Research Institute, University of Queensland, Brisbane, Australia; Perinatal Society of Australia & New Zealand Stillbirth and Neonatal Death Alliance; International Stillbirth Alliance; former Board Chair and Co-Chair of the Scientific Committee of International Stillbirth Alliance.

Dr. Flenady is a perinatal clinical epidemiologist with an interest in ensuring clinical care is based on the best available evidence through undertaking and disseminating Cochrane systematic reviews and studies in implementation science. Dr. Flenady is currently Director of the Centre for Translating Research into Practice (TRIP) and co-program head of the Mothers and Babies research theme at the Mater Medical Research Institute in Brisbane, Queensland. With a background in midwifery, clinical epidemiology and biostatistics, she is involved in large-scale perinatal epidemiological studies on risk factors and data quality at a national and international level with a focus on stillbirth prevention. She was a member of the steering committee for The Lancet's Stillbirth Series and is currently the President of the Perinatal Society of Australia & New Zealand. Dr. Flenady is also a founding member of the Australian and New Zealand Stillbirth Alliance, a regional office of ISA.

## **Manana Abuladze** (Georgia).

Md. Phd. Obstetrician-gynecologist, Obstetric-gynecological Rehabilitation Centre "Venus Georgia", "Chachava Clinic", founder and president of Women's Rehabilitation Association. Author of three projects and several researches. Organizer of the I (2012) and the II (2015) international conferences held by Women's Rehabilitation Association. Organizer and instructor at the "Women's Health Today" trainings. International Stillbirth Alliance.

**Natia Sharabidze** (Georgia).

Md. Phd. Obstetrician-gynecologist, Obstetric-gynecological Rehabilitation Centre “Venus Georgia”, founder of Women’s Rehabilitation Association. Author of seven scientific researches. Organizer of the I (2012) and the II (2015) international conferences held by Women’s Rehabilitation Association. Organizer and instructor at the “Women’s Health Today” trainings. International Stillbirth Alliance.

**Tamar Shelia** (Georgia).

Obstetrician-gynecologist, Obstetric-gynecological Rehabilitation Centre “Venus Georgia”, member of Women’s Rehabilitation Association, author of three scientific works, Instructor at the “Women’s Health Today” trainings.

**Sophio Ananikovi** (Georgia).

Obstetrician-gynecologist, Obstetric-gynecological Rehabilitation Centre “Venus Georgia”, maternity hospital “J. Gogiasvili Clinic”, member of Women’s Rehabilitation Association, author of one scientific research.

**Larisa Parkadze** (Georgia).

Psychologist, Obstetric-gynecological Rehabilitation Centre “Venus Georgia”, founder of Women’s Rehabilitation Association, Instructor at the “Women’s Health Today” trainings.

**Eka Mchedlishvili** (Georgia).

Psychologist, art therapist, Obstetric-gynecological Rehabilitation Centre “Venus Georgia”, member of Women’s Rehabilitation Association.

**Dali Trapaidze** (Georgia).

Cardiologist, Chief Specialist of National Centre for Disease Control and Public Health; Hypertension Learning Society of Georgia; Women’s Rehabilitation Association.

Guest lecturer at I. Javakhishvili Tbilisi State University, faculty of medicine, department of internal diseases. Work experience: clinical cardiology, preventive cardiology, epidemiology, public health, maternal and children’s health. She is an author of 30 publications.

**Tamar Megrelishvili** (Georgia).

Associated professor, Tbilisi State Medical University, Department of Infectious Diseases, MD.PHD; Women’s Rehabilitation Association. Associated professor at St. King Tamar’s University.

**Violeta Katiliene** (Lithuania).

Master degree in health psychology, postgraduate studies in existential therapy; Women’s Rehabilitation Association. Kaunas remand prison (2007-2012), private psychological practice (2011-2012), volunteer at First Step Georgia and Obstetric-gynecological Rehabilitation Centre “Venus Georgia” (2012-present).

**Natalia Asatiani** (Georgia).

Head of Department of Functional Diagnostics, National Centre for Diabetes Research.

Director of “Diabetes and Pregnancy” program; associated professor, Petre Shotadze Tbilisi Medical Academy. Author of more than 100 publications. Member of European Association for the Study of Diabetes and the general committee of EASD Diabetes Education Study Group. Member of International Diabetes Federation. Member of BSDU Board on Diabetes Education.

# Greetings

## Manana Abuladze

**Md. Phd. Obstetrician- gynecologist, Obstetric-gynecological Rehabilitation Centre “Venus Georgia”, Women’s Rehabilitation Association, Chachava Clinic, Tbilisi, Georgia.**

Greetings, dear colleagues and guests. I would like to thank you for your participation and support. Today, Women’s Rehabilitation Association is holding its II scientific conference together with International Stillbirth Alliance. I want to use this opportunity in the name of Women’s Rehabilitation Association and Georgian doctors’ society to thank International Stillbirth Alliance, as well as our guests, who, in spite of being extremely busy, still found time and managed to be with us today.

Women’s Rehabilitation Association was founded in 2008 and its work is mainly directed towards decreasing perinatal loss and parents’ rehabilitation after perinatal loss with the aim of raising a healthy generation. Activities organized and held by Women’s Rehabilitation Association are the following:

1. I International Conference in 2012, which was dedicated to the topics of women’s rehabilitation and perinatal psychology.
2. Trainings for doctors, students and women of reproductive age held in 2013-2014, which covered all major issues of reproductive health. The topics of our trainings were based on the experience of world’s leading hospitals, as well as 2 scientific works created by Women’s Rehabilitation Association: Management of the period following extra-uterine pregnancy and abortion.
3. On October 15th, 2014, Women’s Rehabilitation Association celebrated Pregnancy and Infant Loss Remembrance Day for the first time in Georgia. The celebration is held annually in different cities of the world. It is not a day for mourning, it is a day for remembering those infants who were lost not only by parents and families, but by our entire society.

The aim of our conference is to develop in every person the kind of new approach towards their health that corresponds with modern trends and advances, considering a modern person develops as a social being and thus is influenced by the environment, as well as socio-economic factors. The structure of a disease, its development, death and the scientific understanding of the topic of birth are all dependant on these factors. At the same time, our goal is to improve demographic data by decreasing the number of stillbirths through evidence-based prevention and rehabilitation.

Stillbirth results in strong emotional stress for parents, families and the doctors who are responsible for managing these cases. The parents had certain hopes and dreams concerning their future child, but the child was stillborn or died during early neonatal period- the parents’ hopes and dreams are destroyed. The risk for development of complications is high in such cases unless we intervene at the right time. Taking all these into consideration, Women’s Rehabilitation Association together with International Stillbirth Alliance dedicates its II International Conference to the issues of stillbirth.

I remain hopeful that our conference will be productive for Georgian doctors, as well as our foreign guests. In the name of Women’s Rehabilitation Association I would like to wish every Georgian doctor productive work and active participation in the conference and good luck in their medical careers. To our foreign guests I would like to wish a pleasant stay in Georgia.

Thank you for your attention!

# Stillbirth - the Reality and Challenges in Georgia, Statistical Analysis

## Sopo Ananikovi

**Obstetrician-gynecologist, Obstetric-gynecological Rehabilitation Centre “Venus Georgia”, Women’s Rehabilitation Association.**

Stillbirth is an important issue in developing countries in terms of public health. Globally, approximately 2.6 million cases of stillbirth are reported every year. 98% of these cases take place in low income countries.

The number of stillbirths has been decreasing in the last few years throughout Georgia. The absolute number of such cases has decreased by 34% since 2006. The rate of stillbirth in 2013 was 9.7 per 1000 births. The rate of stillbirth in Georgia is still about twice the rate reported in the member states of the European Union and the country is on the 6th place among post-Soviet states. For comparison, according to the statistics from 2013, the countries with the highest number of stillbirths in Europe were the United Kingdom (4.7/1000 births), France (10.4/1000 births) and Bulgaria (8/1000 births), while the lowest numbers were recorded in Spain, Slovenia (2.3/1000 births), and Finland (1.9/1000 births). It is also worth mentioning that the number among the rural population is about 3 times higher than among urban population. 55% of stillbirths take place in the rural areas of South Asia and Sub-Saharan Africa, even though a large number of cases are not registered in these areas.

The countries with the highest number of stillbirths in the world are Pakistan (46/1000 births) and Nigeria (41/1000 births), those with the lowest number are Finland (1.9/1000 births) and Singapore (2/1000 births). The general number in India is 22, but the number in some of the states reaches 60.

The regulations concerning registration of stillbirth cases vary in the world. In Georgia, case is considered as stillbirth if the gestational age of the fetus exceeds 22 weeks.

Monitoring the rates of stillbirth is not among the Millennium Development Goals, but it is worth noting that decreasing the numbers of stillbirth, as well as improving the outcome of pregnancies in general play an important role in achieving Millennium Development Goals.

## Quality improvement in Obstetric care: How can we perform better to reduce stillbirths? Perinatal Audit

### Professor Jan Jaap Erwich

**Obstetrician, ex-Chair International Stillbirth Alliance.  
University Medical Center Groningen, University of Groningen, Groningen, The Netherlands.**

To learn from pregnancies with a bad outcome is an important way to improve our care in order to prevent such outcomes in the future. A proper analysis of every case is not only helpful in understanding what happened to the parents and for their future, but also for the care-providers involved and for future pregnant women in general. Reviews or audits of maternal deaths, stillbirths, perinatal mortality and also severe morbidity are already organized as part of standard evaluations in hospitals all around the world.

In general, around 20-25% of cases show elements of sub-standard care which have been (partly-) responsible for the bad outcomes. Using several audit techniques, it has been shown that reviews or audits are helpful in improving the quality of care and reducing bad outcomes. However, to set up those meetings and have them functioning optimally can be quite a challenge. What are the key-elements that need to be addressed? The first challenge is to obtain all relevant information regarding the case(s) and put this in timely order to generate a chronological narrative. This takes time and personnel which needs to be allocated for this work. Such a narrative needs to be conceived already with the audit goal in mind, this means that not only the medical information should be gathered, but also information on procedures and the background for certain decisions, which are often not part of the regular medical notes.

In addition, regarding a proper preparation for the meeting, all personnel involved should agree on the contents of the narrative so that the meeting will not be wasted on debates about (irrelevant) details. In preparation of audit meetings it is preferable that the team is in some way trained or prepared about the goals and procedures in such an audit meeting. It is essential to prepare and take some time to discuss the culture on which communication skills are prevalent, whether it is custom to talk freely about medical errors and the emotions involved of the

people that have been confronted with these. To agree on some house-rules about communication is a good way to structure these meetings. The main goal is not to blame and shame, but together, multidisciplinary (doctors and midwives and nurses, etc) aim for improvement of the quality of our care.

A respected, non-judgemental chairperson is also essential for the success of audit meetings. There are several methodologies which are designed for identifying substandard factors in our care, and by analyzing those, to identify suggestions for improvement. Putting these suggestions for improvement into action, implementing them and sustaining them in daily practice is an additional challenge. Implementing the suggested improvements into daily practice is essential however for keeping up the positive motivation for all personnel to keep on going with the audit meetings. This is the only way to keep the quality cycle of **Plan-Do-Act-Check** going for getting improvements in our daily care. Successes need to be acknowledged, for continuing motivation of all staff, for improvement of the quality of our care and for the benefit of pregnant women and their babies.

## **Stillbirth: The Reality and Challenges in Georgia (Based on data from years 2008-2012)**

**Shelia T.<sup>1,2</sup>, Sharabidze N.<sup>1,2,3</sup>, Abuladze M.<sup>1,2</sup>, Ananikovi S.<sup>1,2</sup>, Gamreklidze T.<sup>2,4</sup>, Esebua S.<sup>2,5</sup>**

<sup>1</sup> **Obstetric-gynecological Rehabilitation Centre “Venus Georgia”;**

<sup>2</sup> **Women’s Rehabilitation Association;**

<sup>3</sup> **International Stillbirth Alliance;**

<sup>4</sup> **David Tvildiani Medical University;**

<sup>5</sup> **”Chachava Clinic”.**

A research was carried out by the researchers of Women’s Rehabilitation Association with the following aims:

1. Identification of challenges present in the field of children’s and maternal health;
2. Studying the causes of stillbirth based on revision of medical documentation;
3. Formulation of recommendations based on the analysis of data obtained.

Study of medical documentation concerning the cases of stillbirth was carried out at two maternity hospitals that were selected at random, where 40-50% of annual births in Tbilisi take place. The studying of medical documentation was done with the help of a special survey, which focused on the following topics: demographic characteristics of mothers, pregnancy histories, history of the last pregnancy and delivery, identification of the issue of stillbirth.

Epi-info 3.5.1 was used for analysis of the data. The total number of stillbirths from 2008 to 2012 was 3291. 28% of this total number (approximately 1/3) was studied by the researchers. During the research, special emphasis was placed on the study of the risk factors. Pregnant patients were divided according to their gestational age into following groups: 22-27 weeks and 28 weeks or above. In 56.5% of cases studied, the pregnancy was terminated at 22-27 weeks and in 43.5% after 28 weeks.

### **Conclusion:**

While studying medical histories, an important issue was identified, more specifically, there was a problem of inadequate filling of the medical documentation, absence of modern terminology in formulation of the diagnosis, unsatisfactory recording of anamnesis of the patient and her husband or a partner. For eradication of the problem:

1. It is necessary to create a unified medical document and implement it in the cases of stillbirth around the country.
2. It is essential to create a birth registry, renewed compendium of mothers’, as well as children’s health indicators.
3. National guideline and protocol should be created with the aim of improving the quality of medical service and correctly managing the cases of stillbirth.

The research carried out by the association showed the importance of spreading awareness about stillbirth and antenatal care among medical personnel, as well as population, especially among women of reproductive age.



# Stillbirth: The Reality and Challenges in Georgia (Based on data from year 2013)

**Sharabidze N.<sup>1,2,3</sup>, Shelia T.<sup>1,2</sup>, Abuladze M.<sup>1,2</sup>, Ananikovi S.<sup>1,2</sup>, Gamreklidze T.<sup>2,4</sup>, Esebua S.<sup>2,5</sup>**

<sup>1</sup> **Obstetric-gynecological Rehabilitation Centre “Venus Georgia”;**

<sup>2</sup> **Women’s Rehabilitation Association;**

<sup>3</sup> **International Stillbirth Alliance;**

<sup>4</sup> **David Tvildiani Medical University;**

<sup>5</sup> **“Chachava Clinic”.**

The retrospective research concerning medical documentation of the cases of stillbirth in Georgia took place from 2012 to 2014. It was a scientific research carried out by the Women’s Rehabilitation Association and the first effort to analyze stillbirth in our country.

The study of medical documentation of stillbirth cases from the first half of 2013 was done at two maternity hospitals in Tbilisi that were selected at random. From the second half of 2013, stillbirth was studied across the entire country.

The study of medical documentation through a special survey was part of the research design. Epi-info 3.5.1 was used for data analysis.

The total number of stillbirths in 2013 was 549. 54% of the total number was studied as part of the research. 33% of studied pregnancies were terminated at 22-27 weeks, 40% at 28-36 weeks and in 27% of cases the termination took place after 37 weeks or more.

Studying the risk factors during the last pregnancy are especially informative. During the analysis of the cases from 2013, the patients were divided according to their gestational age into the following groups: 22-27 weeks, 28 weeks or above.

Stillbirth is one of the most important indicators while assessing the quality of medical service. The research showed that the number of stillborn children above the critical line of weight is still high. Deep analysis of the research revealed that the death of fetus at 37 weeks or higher gestational age and 2500 grams is abundant even though the probability of survival for the mentioned population is high with adequate antenatal and neonatal care. According to the facts mentioned above, the results of the research point to the importance of spreading awareness about the necessity of patanatomical study of every stillbirth case while taking cultural and religious customs of the country into consideration. It is equally important to educate the population, especially women of reproductive age about stillbirth and antenatal care in general as there is proof of correlation between women’s education and the outcome of the pregnancy.

## Causes of stillbirth globally and the challenges posed by disparate classification systems

**Flenady V<sup>1,2</sup>, Ellwood D<sup>2,9</sup>, Reinebrant HE<sup>1</sup>, Leisher S<sup>1,2</sup>, Teoh Z<sup>1</sup>, Lourie R<sup>1</sup>, Gardener G<sup>1</sup>, Erwich JJ<sup>2,3</sup>, Charles A<sup>4</sup>, Khong Y<sup>5</sup>, McClure EM<sup>2,6</sup>, Smith G<sup>2,7</sup>, Gordijn SJ<sup>2,3</sup>, Frøen JR<sup>2,8</sup>.**

<sup>1</sup> **Mater Research Institute, University of Queensland, Brisbane, Australia;**

<sup>2</sup> **International Stillbirth Alliance**

<sup>3</sup> **University Medical Center Groningen, The Netherlands;**

<sup>4</sup> **Department of Paediatric and Perinatal Pathology, King Edward Memorial Hospital, Perth, Australia;**

<sup>5</sup> **South Australia Pathology, Women’s and Children’s Hospital, Adelaide, Australia;**

<sup>6</sup> **Department of Epidemiology and Biostatistics, Research Triangle Institute, USA;**

<sup>7</sup> **Department of Obstetrics and Gynaecology, University of Cambridge, UK;**

<sup>8</sup> **Norwegian Institute of Public Health, Norway;**

<sup>9</sup> **Griffith University School of Medicine and Gold Coast University Hospital, Queensland, Australia.**

**Background:** Stillbirth and neonatal death are devastating to parents, families and caregivers. There are an estimated 2.64 million stillbirths ( $\geq 28$  weeks gestation or  $\geq 1000$  g) and 3.8 million neonatal deaths worldwide annually, with the vast majority occurring in low and middle-income countries (LMIC). There are unacceptable disparities for disadvantaged groups in high-income countries (HIC). One of the cornerstones for effective prevention is accurate and consistently collected data on cause of death (COD). Unfortunately without an accepted gold standard classification system the disparity across the vast numbers of systems in use is a major barrier to stillbirth prevention. Many of the existing systems were developed in HIC and are not appropriate for LMIC due to lack of comparable information to classify the stillbirth or neonatal death.

**Aim:** The aims of this study were to categorise the most frequently reported causes of stillbirth according to country level and to describe the variation according to classification system used.

**Methods:** A systematic review of the literature from 2004-2014 was performed.

**Results:** 67 studies presenting COD data for stillbirth were identified. The majority (78%) was performed in HIC, and the remainder in LMIC (22%). There were 13 different classification systems used to present COD and 14 reports did not specify any system. In 12 reports ICD was used to classify COD. The main conditions reported as COD varied considerably by country setting and classification system used. The proportion of unexplained stillbirths ranged from 0% to 80% across the studies. The leading reported causes in LMIC were other obstetric complications, unexplained and hypoxic peri-partum death (16%, 14% and 9% respectively) and in HIC were unexplained, placental causes and congenital malformations (25%, 17% and 12% respectively).

**Conclusions:** Efforts to develop strategies, including ongoing monitoring, to effectively reduce perinatal deaths are limited due to current approaches to classification of causes. A pragmatic yet robust classification system that captures COD data for stillbirths and neonatal deaths in a consistent manner at a global level is urgently needed.

**Acknowledgments:** This work was undertaken in collaboration with the hRHR project at the Norwegian Institute of Public Health in collaboration with the Department of Reproductive Health and Research, WHO, which is funded by the Norwegian Agency for Development Co-operation (NORAD).

## Gestational hypertension and stillbirth

Dali Trapaidze<sup>1,2</sup>, Lela Shengelia<sup>3,4</sup>

<sup>1</sup> Head of Research Working Group, Georgian Society of Hypertension;

<sup>2</sup> Women's Rehabilitation Association;

<sup>3</sup> International Master of Public Health - Head of Maternal and Child Health Division;

<sup>4</sup> National Center for Disease Control and Public Health.

Statistically, there is one case of stillbirth per 200 pregnant women worldwide. Severe preeclampsia and eclampsia increase cases of perinatal mortality and stillbirth 5 and 9.6 times respectively. It is important to access each case of stillbirth as nearly 90% of these cases can be prevented.

**Study Goal:** Retrospective assessment of stillbirth causes in Georgian population

**Methods:** Descriptive study, assessment of stillbirth medical charts in 2008-2013 by Women's Rehabilitation Association.

**Study Instrument:** Structured questionnaire;

**Results:** The average age of mothers was 28 years. For about half of women it was the first delivery. 40% of them delivered in 28-36 weeks of pregnancy. In 25% of cases were presented somatic illnesses. 11% of women had eclampsia / pre-eclampsia, 83% of among them had severe pre-eclampsia. Moreover, In case of 31% of women arterial hypertension were diagnosed during last pregnancy. What is more important, not evidence medications were used for the treatment of arterial hypertension among.

**Conclusion:** The defects in management of gestational hypertension require educational intervention. The study identified essential needs of education of the medical staff and the population as well.

# The diagnostic work-up after stillbirth: finding the cause

## Professor Jan Jaap Erwich

**Obstetrician, ex-Chair International Stillbirth Alliance, University Medical Center Groningen, University of Groningen, Groningen, The Netherlands.**

Finding the cause for a stillbirth is important for the explanation what happened to the parents and counseling for next pregnancies. In addition, registration of all the causes in a hospital, region, country or globally gives information on which causes are most prevalent and where preventive actions should be aimed at. This diagnostic process depends very much on the local situation regarding the most prevalent causes, e.g. differences in infectious diseases between Africa and Europe. Also the diagnostic possibilities differ between hospitals worldwide since pathology, radiology and laboratory services vary or are non-existent and some of these tests may be expensive. Defining a cause depends also on the list of different causes one can choose from. These lists of causes represent the more than 40 different classification systems that are used world-wide. They all have their specific goals, advantages and disadvantages. The first step in the diagnostic process is a proper registration of the stillbirth (also for statistical purposes) and to take an extensive history on the women's and partner's past medical history including family illnesses, her obstetric history and proper documentation of her current pregnancy. In the past, it was not uncommon to have a large list of tests done when a stillbirth was diagnosed, often with conflicting results. Recently, a more stepwise analysis has been proposed.

After taking the history about what has really happened, a clinical and ultrasound investigation may give clues to conditions like maternal infection, preeclampsia, acute placental abruption, fetal growth restriction, or severe congenital abnormalities and hydrops. An amniocentesis for fetal chromosomal investigation and maternal blood for acute clotting disorders, bloodtype and screen (irregular antibodies like Rhesus), Hb, and fetal-maternal transfusion may now be indicated. Laboratory investigations for preeclampsia or cholestasis can be added when clinical signs like hypertension or palmar and footsole itching are present. Other tests like for diabetes or thyroid disorders are indicated when signs of macrosomia, polyhydramnios, incidental high glucose, obesity, or the general history indicates abnormalities. When infectious causes are suspected (clinical signs like fever, diarrhea or ultrasound abnormalities), tests for viral serology, and bacterial swabs are indicated. Malaria or Lues are causes in endemic areas. After delivery, the most important examinations are placental pathology and autopsy. Trombophilia, including factor V and II mutations, protein S- C and antithrombin III deficiency, lupus anticoagulant, anti-cardiolipid antibodies and hyperhomocysteinaemia, investigations has been the topic of much debate. When there is no history of other trombotic events, the chance of finding a trombofilic disorder is very small, and it is questionable whether this will explain the stillbirth. Exception is a history of anti-phospholipid syndrome, where treatment with low-dose aspirine and low-molecular weight heparine during pregnancy improves the outcome.

All the information obtained should be integrated into a case-narrative and discussed within a group of specialists and a cause (or causes) for the stillbirth and recommendations for future pregnancies should be formulated. This result is then discussed and explained to the parents.

# Placental pathology in stillbirth

## Professor Jan Jaap Erwich

**Obstetrician, ex-Chair International Stillbirth Alliance.  
University Medical Center Groningen, University of Groningen, Groningen, The Netherlands.**

The goals of placental pathology are 4-fold.

1. Knowledge of the pathological changes which underline pregnancy complications like stillbirth may give clues to interventions to prevent these complications to happen.
2. For parents who lost a child it is very important to hear what went wrong. Explanation of a bad-working placenta, not giving enough nutrients and oxygen to the baby is important for them.
3. Specific placental pathology is linked to post-partum problems of a new born child. Information of placental pathology can help the pediatrician to be alert to developmental disorders in the child, and perhaps preventive action can be taken.
4. Different placental pathologies can be the cause of stillbirth and each cause has other implications for counseling for the next pregnancy, depending on recurrence risks.

Clinical management of the subsequent pregnancy may be different dependent on the cause of the stillbirth in the former pregnancy. Problems concerning placental pathology are that there is often an inconsistent and vague use of terminology. Placental findings are hardly quantified and several pathologies do occur in normal placenta's as well. In general, pathologists do not like placenta examination, and perhaps because the above mentioned goals 3 and 4 are not well defined, they wonder what the value of the placental examination is anyway. Classification systems do vary a lot, and although single conditions as a cause of death do exist, multi-factorial, or multi-hit causes of stillbirth seem to be more abundant. Placental pathology can be classified using several systems.

Recently, Redline R.W. (Placenta 29 Suppl, Trophoblast Research Vol 22 (2008) S86-S91) suggested a systemic approach of placental pathology with clinical correlations. Three groups of placental lesions are described: Maternal vascular supply; Fetal vascular supply; Inflammatory. The first two subdivided into: Maldevelopment, Obstruction or Loss of integrity and the inflammatory group subdivided into: acute chorioamnionitis (infectious), chronic placentitis or chronic deciduitis. Specific pathological findings are put under these headings and are correlated with neurological outcomes of the newborn. In our large stillbirth cohort we classified the causes of death according to the TULIP classification (Korteweg et al BJOG 2006). From this cohort we learned that placental bed pathology, consistent with maternal vascular supply disorders, is most abundant in stillbirth around 32 weeks.

Interesting is that more than one-third of these women did not show any clinical symptoms (yet) of preeclampsia or Fetal Growth Restriction. Stillbirth at term showed two distinct patterns. Placental hypoplasia, where a histological normal placenta is underweight, especially in relation to fetal weight, and the immature placenta, where the normal development of thin vasculosyncytiomembranes in the placental villi does not occur and the placental villi remain immature in the third trimester. There remains a relative large diffusion distance between maternal and fetal blood and suddenly a normal grown fetus dies. More research is needed into the background and recurrence risks of these placental mal-developments for preventive measurements can be undertaken. Up till now, planned delivery in the next pregnancy after 38 weeks seems the only intervention.

# Moving with the times: Raising awareness of decreased fetal movements to reduce stillbirth

**Flenady V<sup>1,2,3</sup>, Ellwood D<sup>2,3,4</sup>, Gardener G<sup>1,2,3</sup>, Wojcieszek A<sup>1,2,3</sup>, Middleton P<sup>3,5</sup>, Crowther C<sup>3,5</sup>, Mahomed K<sup>1,2,6</sup>, Kent A<sup>2,11</sup>, McArdle A<sup>1,2</sup>, Peacock A<sup>1</sup>, Dillon P<sup>1,2</sup>, Norman J<sup>9</sup>, Frøen F<sup>2,3,10</sup>.**

<sup>1</sup> Mater Research Institute, University of Queensland, Brisbane, Australia;

<sup>2</sup> Perinatal Society of Australia & New Zealand Stillbirth and Neonatal Death Alliance;

<sup>3</sup> International Stillbirth Alliance;

<sup>4</sup> Griffith University School of Medicine and Gold Coast University Hospital, Gold Coast, Queensland, Australia;

<sup>5</sup> Australian Research Centre for Health of Women and Babies, The University of Adelaide, Adelaide, Australia;

<sup>6</sup> Ipswich Hospital, Queensland, Australia;

<sup>9</sup> University of Edinburgh and MRC Centre for Reproductive Health;

<sup>10</sup> Norwegian Institute of Public Health, Norway;

<sup>11</sup> Australian National University Medical School and Canberra Hospital, ACT, Australia.

## Introduction

Stillbirth is a devastating event with enduring psychosocial consequences for women and their families. Many stillbirths occur in the third trimester in apparently healthy pregnancies. These stillbirths are often associated with fetal growth restriction and are commonly preceded by decreased fetal movement (DFM), indicating that maternal perception of DFM may be a simple and inexpensive stillbirth screening tool. Despite this, it is apparent that women are often not provided with adequate information about what constitutes 'healthy' fetal movement in late pregnancy, and when to report DFM. Clinicians also report ambiguity over best practice management of DFM. This presentation will outline current research on (1) pregnant women's attitudes and beliefs about fetal movements and their anticipated behaviour following DFM; (2) pregnant women's experiences of information-provision regarding DFM; (3) clinicians' knowledge of clinical guidelines for the management of women who report DFM; (4) current practice among clinicians caring for these women; and (5) ongoing trials on interventions to raise awareness of DFM to reduce stillbirth

## The current situation

Knowledge of DFM and the significance of fetal movements for fetal health in later pregnancy appear lacking among pregnant women, and many women may even view decreased fetal movements in late pregnancy as normal. There is wide variation among clinicians about the advice they give women about fetal movements, which is likely to contribute to women often not recalling that they received information about fetal movements from their care providers. Clinical management of women reporting DFM also differs considerably.

## Future Directions

Interventions to increase maternal understanding and response to DFM and increased alignment of clinical practice with best available evidence are needed. To address these gaps, two large-scale trials are underway: one in Australia and New Zealand and one in the United Kingdom. In ANZ the trial 'My Baby's Movements' (MBM) tool - a user-controlled, personalised and interactive mobile phone tool for pregnant women, to support and facilitate maternal awareness of fetal movement and reporting of DFM. The MBM tool includes information and daily prompts about fetal movement in the third trimester for women with a singleton pregnancy and sits alongside an educational program for care providers on the management of women with DFM. In the UK, the AFFIRM trial (Awareness Fetal Movements to Reduce Fetal Mortality Stillbirth) is evaluating a care package on DFM for women and clinicians during routine antenatal care. The aim of these trials is to embed into practice high quality information and support for women and best practice clinical guidelines in an effort to raise awareness of DFM, and reduce stillbirth.

# The 2011 Lancet's Stillbirth Series 'call to action'; what still needs to be done?

DA Ellwood<sup>1</sup>, VJ Flenady<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Griffith University School of Medicine and Gold Coast University Hospital, Queensland, Australia;

<sup>2</sup> Mater Research Institute, University of Queensland, Australia .

The first Lancet's Stillbirth Series (LSS) was published in April 2011, and situated the importance of stillbirth in the context of reproductive, maternal, newborn and child (RMNCH) survival with the goal of bringing together epidemiology, evidence for interventions, costing estimates and policy analysis. The international team for the series included 69 authors, from more than 50 organizations and 18 countries. The LSS contains the six series papers, two research articles, and eight linked commentaries, which included parent's stories to highlight the tragedy of the loss of a child when a baby is stillborn. It is a comprehensive and state-of-the-art account of what was known about stillbirth at that time, written by an expert global team.

The series presented the first comprehensive, global set of stillbirth estimates by country data for advocacy and decision-making related to stillbirths and RMNCH, and new data on costs of priority interventions to reduce stillbirth to more effectively assist countries with implementing priority interventions. It also covered the major causes of stillbirth, research gaps and priorities globally, risk factors and interventions relating to high-income countries (HIC). The final paper in the series was a 'call to action' to address stillbirth by improving data collection to ensure accuracy of numbers and causes of stillbirth, implementing known effective interventions, addressing the specific needs of disadvantaged women, and ensuring that the loss of a child to stillbirth is acknowledged and women and families receive appropriate bereavement care. The dissemination of the LSS commenced with simultaneous events in London, New York, Hobart, Geneva, Pakistan, Florence, and Cape Town, followed by wide dissemination. The launch of the series was met with unprecedented media coverage with around 1000 individual media hits that were estimated to have reached almost a billion people worldwide. The active dissemination phase culminated with a panel discussion at FIGO 2012 with LSS authors and other key stakeholders making a commitment to address the 'call to action'.

Over four years on and it is important to ask if the LSS has made a significant impact? Has it raised awareness of the scale of the burden of stillbirth, and more importantly, has it changed practice? The next series is written and planned for publication later this year, with a launch at FIGO 2015 in Vancouver, and will look at a range of issues including an update on the global estimates of stillbirth rates, and specifically a paper on the way in which health care providers in HIC have responded to the 'call to action'. An international survey has been performed to provide data from health care providers and consumers on how clinical practice has changed, and to identify research and education gaps. This presentation will look back at the first LSS, examine the success of the 'call to action' and look forward to the next series.

## Pregnancy outcomes and Nine Years Post-partum Follow-up of Women with Type 1 Diabetes Mellitus with Micro- and Macroalbuminuria

N. Asatiani<sup>1</sup>, R. Kurashvili<sup>1</sup>, E. Shelestova<sup>1</sup>, M. Dundua<sup>1</sup>, L. Tsurskiridze<sup>1</sup>, M. Hod<sup>2</sup>

<sup>1</sup> National center for Diabetes Research, Diabetes Research, Tbilisi, Georgia,

<sup>2</sup> Rabin Medical Center, Department of Obstetrics and Gynecology, Tel-Aviv, Israel.

**The aim** of the present work was to assess results of nine-years post-partum follow-up of women with type 1 diabetes (T1DM) with micro- and macroalbuminuria.

**Materials and methods:** In total 141 patients with T1DM were enrolled in the study. Based on albuminuria (NormA, MicrA, MacrA) levels in the 1st trimester women were separated into 3 groups (Gr.). Gr.1 – 95 women with NormA, Gr.2 – 36 women with MicrA, Gr.3 – 10 women with MacrA. Strict metabolic control was maintained and fetal surveillance was performed throughout the pregnancy. Patients were supervised throughout the pregnancies, repeated examinations were performed 10 years post-partum.

**Results:** At entry HbA1c(%) levels for Gr.1, 2, 3 were: 8.4 (0.9), 8.9 (1.2), 9.3 (1.3), respectively; women, who received preconception care, had statistically lower levels of HbA1c throughout the 1st trimester, than those who start treatment already after conception: 6.9 (0.8), 6.7 (1.2), 6.5 (0.6), respectively. By the end of the pregnancies

they statistically decreased in all the groups ( $P=0.024$ ,  $P=0.000$ ,  $P=0.000$ , respectively). The percent of women with macroalbuminuria increased, together with the growth of gestational age. By term MacrA was observed in 3.8% (Gr.1) and in 22.2% (Gr.2) of patients. In Gr.1 patients, percent of pre-eclampsia and preterm deliveries before 37 weeks of gestation was lower, than in Gr.2 and 3 (pre-eclampsia -  $P_{1-2} = 0.0003$ ;  $P_{1-3} = 0.0001$ ; preterm deliveries  $P_{1-2} = 0.0001$ ;  $P_{1-3} = 0.0001$ ). Perinatal mortality was observed only in Gr.2 - 3.5% and in Gr.3 - 20.0% of women. Repeated examinations 9 years post-partum showed that HbA1c levels were statistically higher, than at term: 8.8 (1.5) (Gr.1); 8.4 (1.12) (Gr.2) and 7.1(0.68) (Gr.3). Kidney function indices worsened 9 years post-partum: in Gr.1 - 26.9% of patients had MicrA; in Gr.2 - 72.2% of patients had MicrA, and 22.2% of patients had MacrA. In Gr.3 - all patients had macroalbuminuria. Seven patients from Gr.2 and 3 are on regular hemodialysis; three died of acute renal failure, and in two patient kidney transplantation was performed.

**Conclusion:** If MicrA or MacrA is present in the 1st trimester, pregnancy in T1DM patients significantly increases the risk of perinatal mortality, preeclampsia and preterm delivery. Nine years post-partum kidney function significantly deteriorates, including end-stage conditions, if pregnancy proceeded with MicroA and MacrA.

## A phenomenological research of obstetricians and gynecologists experience working with women who have experienced a stillbirth

**Violeta Katiliene**

**Master degree in health psychology, postgraduate studies in existential therapy.**

**Background:** It is not just families who experience significant distress in response to stillbirth, but obstetricians and gynecologists experience distress also, with both immediate and longer-term impacts. Themes relating to the personal and adverse impact appeared to manifest in psychological, emotional and physical symptoms (Yam et al, 2001; Walpole, 2002; Begley, 2003; Nallen, 2006).

**Method:** The descriptive phenomenological psychological method was used to explore this experience as we can bring to life obstetricians' and gynecologists' reality of this situation, reflecting on the essential themes which characterize the phenomenon and could provide valuable information on difficulties faced by delivering this challenging facet of care.

**Participants:** Two interviewees (obstetricians and gynecologists) who had experienced caring for a woman having a stillbirth, therefore having an understanding of the stillbirth phenomenon.

**Results:** The findings of this research suggest that the death of a baby is a significant event for the obstetrician-gynecologists. Subjectively the experience of stillbirth is pretty similar to the sense of loss (also grief responses) which affects not only personally, but also professionally.

# Art therapy: an alternative way of rehabilitation

## Eka Mchedlishvili

**Psychologist, art therapist, Obstetric-gynecological Rehabilitation Centre “Venus Georgia”, Women’s Rehabilitation Association, Tbilisi, Georgia.**

As it is known, one of the fields of psychology, art psychology studies humans’ inner selves. Art therapy is an expressive, diagnostic and psycho-therapeutical method of treatment through art. It enables people to express socially unaccepted aggressive feelings in a more socially accepted form, through different media of art: painting, sculpting, photography, color, music, theatre and so on.

This method does not have any negative effects. The most important part of this method is the process, rather than the product. Stress and post-traumatic symptoms are relieved during this process. With the help of this method people also manage to bring painful sensations and images to the outside.

Perinatal loss, especially stillbirth, results in grief, which people do not talk about and which later becomes the source of psycho-somatic disorders. It can also become the reason for problems in family relationships.

In the period following stillbirth, the expressive method of art-therapy can help the patients, who in many cases find it difficult to talk about their problems, to relax, come to terms with what could have been previously unperceivable, overcome tensions in their relationships, change their attitude towards the issue and most importantly, it can help them regain psychological balance.

Even though this method is not widely used in Georgia, art-therapy is one of the alternative ways used throughout the world to overcome grief and regain psychological balance in the period following stillbirth.

## Psycho-emotional aspects of stillbirth

### Larisa Parkadze

**Psychologist, Obstetric-gynecological Rehabilitation Centre “Venus Georgia”, Women’s Rehabilitation Association, Tbilisi, Georgia.**

**Background:** The question of necessity of routine professional psychological maintenance in the case of perinatal loss stays insufficiently studied throughout the world. Georgia is not an exception to this pattern. According to the current Cochrane Library data, there is no research which can confirm the existence of special psychological assistance of any kind that could have a positive influence in terms of helping the families with the experience of perinatal loss. Despite this, many examples point to the crucial necessity of psychological assistance.

The need for emphatic support among families with the experience of perinatal loss has been incorporated in the standards of medical help for more than 15 years. It is considered that this kind of support can help relieve grief and improve the quality of medical care. The work will present theoretical and practical aspects of the necessity of professional psychological assistance in and outside our country.

**Participants:** 12 women took part in professional psychological assistance and the following observation. 8 of these participants had experienced stillbirth, 2 had gone through extrauterine pregnancy and in the remaining 2 cases voluntary abortion was reported.

**Method:** The used method was eclectic, more specifically, it consisted of psychotherapeutic dialogue, client-centered therapy, cognitive-behavioral psychotherapy. Elements of body-oriented therapy and neuro-linguistic programming were also incorporated.

**Result:** As a result of the performed psychological and psychotherapeutic sessions, the patients were able to fully overcome the grief associated with perinatal loss, as well as accompanying emotional and behavioral disorders, finalize some of the unresolved processes in the conscience (pregnancy and delivery) and return to their everyday lives.



# SOME CAUSES OF FETAL MORTALITY

**M. Tsilosani, I. Sikharulidze, M. Kordzaia.**

**A. Natishvili Institute of Morphology of Ivane Javakhishvili Tbilisi State University.**

The purpose of clinical perinatology - to ensure a healthy and adequate development and protection of the fetus and newborn, to reduce the possibility of his/her death.

For this purpose theoretical and practical techniques are carried out in order to minimize intrapartum and perinatal fetal mortality that is possible through early diagnosis and prevention.

In order to reduce the risk of perinatal mortality the groups of pregnant women were allocated: 1. Circulation Pathology of the placenta and umbilical cord. 2. Preeclampsia, eclampsia. 3. acute and chronic illness of the mother, malpresentation, the discrepancy between the size of the fetal head and pelvis of the mother.

We studied 50 changes in the placenta of not treated pregnant at the time of pre-eclampsia and eclampsia.

The material was taken from the Department of Pregnants' Pathology of Chachava clinic. For the purpose of histological and histochemical study of placenta's structure, we took small pieces of central and lateral parts fixed into Carnoy's solution, and then stained with hematoxylin-eosin by Van-Gieson method, Fuxicin, Brachet method. The study of the ultrastructure was produced by transmission electron microscope "Tesla BS. 500 '.

During pre-eclampsia and eclampsia in the placenta were noted profound destructive changes, in large number were infarcted areas, were noted excessive fibrin deposition, after which most of the villi have experienced a fibrinoid transformation and the disappearance syncytial cover was noted, bleeding in the intervillous space, thickening of the walls of large blood vessels, luminal narrowing, and in some cases complete obliteration. In the plural number of thrombosed vessels, capillary network is significantly reduced.

Histochemical study showed that during the pre-eclampsia and eclampsia in particular the amount of placental DNA, RNA and glycogen relatively lower than normal, they occur in the form of dust in the walls of the large blood vessels and some villi.

Electron microscopic study showed that in the placenta were observed severe destructive changes of plasmotrophoblast - completely disappeared vesicles directed to the lumen, there is a pronounced intercellular and intracellular edema, found in the cytoplasm of mitochondria without cristae, primary and secondary lysosomes, vacuoles of various sizes. Virtually there is no granulation, endoplasmic grid.

All this points to continuously flowing necrobiosis processes. Showed an increase in the number of collagen fibers, narrowing syncytium around the capillaries, the nuclei of which change the shape, size, and content of chromatin. At the placenta revealed a number of severe destructive changes that had a negative impact on the development and viability of the fetus.

In order to reduce intrapartum fetal and perinatal mortality the disease and socio-economic status of the mother should be early identified, with adequate prevention.







**e-mail: [contact@wra.org.ge](mailto:contact@wra.org.ge)  
[www.wra.org.ge](http://www.wra.org.ge)**

**e-mail: [venusgeorgia@gmail.com](mailto:venusgeorgia@gmail.com)  
[www.venusgeorgia.ge](http://www.venusgeorgia.ge)**

**Tel: (+995 32) 291 01 58  
Mob: (+995) 599 624 300**