

პერინატალური ჯანმრთელობის ანგარიში

2016

შინაარსი

შესავალი 3

2. დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის მონაცემების წყაროები..... 6

3. პერინატალური სერვისების რეგიონალიზაცია..... 8

4. მკვდრადშობადობა 110

5. ნეონატალური სიკვდილიანობა 187

5.1 ნეონატალური სიკვდილის შემთხვევათა ჩადრმაგებული ანალიზი.....23

6. 0-1 წლამდე ბავშვთა სიკვდილიანობა 332

7. ანტენატალური მეთვალყურეობა 40

8. საკეისო კვეთა..... 38

9. დედათა სიკვდილიანობა 43

გამოყენებული ლიტერატურა:..... 5454

1. შესავალი

დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობა საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ერთ-ერთი წამყვანი პრიორიტეტი, ჯანმრთელობის დაცვის სისტემისა და ქვეყნის ეკონომიკური მდგრადობის პრიორიტეტული ინდიკატორი და მოსახლეობის განვითარების მნიშვნელოვანი ქვაკუთხედი.

დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობა პრიორიტეტულ გამოწვევას წარმოადგენს საქართველოსთვისაც და ამ მიმართულებით ბოლო წლებში მნიშვნელოვანი ნაბიჯები გადაიდგა როგორც ზოგადად ჯანმრთელობის სფეროს, ასევე დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის გასაუმჯობესებლად, სამედიცინო სერვისების რეფორმირების პროცესში (1).

2013 წელს, ჯანმრთელობის სერვისებზე მოსახლეობის ფინანსური და გეოგრაფიული ხელმისაწვდომობის უზრუნველსაყოფად, დაინერგა საყოველთაო ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამა, რამაც უამრავი ადამიანის სიცოცხლის გადარჩენა და ოჯახების გადარიბების თავიდან აცილება უზრუნველყო. საყოველთაო ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამა სრულად ფარავს მშობიარობას, საკეისრო კვეთასა და 0-18 წლის ბავშვთა ჯანმრთელობასთან დაკავშირებულ საჭიროებებს.

ამ მნიშვნელოვანი ინიციატივის გარდა, სახელმწიფოს მიერ დაინერგა და გაფართოვდა დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის რამდენიმე პროგრამა, მათ შორის თანდაყოლილი ანომალიების და ორსულობასთან ასოცირებული გართულებების ადრეული გამოვლენა და მართვა; ორსულთა სკრინინგი აივ-ინფექციის, B და C ჰეპატიტებისა და სიფილისის გამოსავლენად; ორსულებისათვის ფოლიუმის მჟავისა და რკინის პრეპარატების მიწოდება და სხვა.

ასევე ძალიან მნიშვნელოვანი რეფორმა ხორციელდება საქართველოს ჯანმრთელობის, შრომისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს ინიციატივით დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუმჯობესების მიზნით - პერინატალური სერვისების რეგიონალიზაცია.

პერინატალური სერვისების რეგიონალიზაცია პერინატალური მომსახურების ორგანიზების საუკეთესო მოდელის წარმოადგენს. რომელიც მიზნად ისახავს პერინატალური გამოსავლის გაუმჯობესებას, ავადობისა და სიკვდილიანობის შემცირებას რისკის შესაბამისი მოვლის უზრუნველყოფით.

სამედიცინო დაწესებულებების მიერ მიწოდებული პერინატალური მომსახურების ხარისხი დამოკიდებულია როგორც დაწესებულების ინფრასტრუქტურულ და ფუნქციურ შესაძლებლობებზე, ასევე კლინიკის პერსონალის განათლებაზე, კვალიფიკაციასა და გამოცდილებაზე. პერინატალური სერვისების რეგიონალიზაცია გულისხმობს დაწესებულებების დაყოფას დონეებად მათი ადამიანური, ტექნიკური რესურსების და

ფუნქციური შესაძლებლობების საფუძველზე და პერინატალური რეგიონების შექმნას განსაზღვრულ გეოგრაფიულ სივრცეში, რაც თავის მხრივ ხელს უწყობს თითოეული დედისა და ახალშობილის მიმართვას და სამედიცინო მომსახურების უზრუნველყოფას მათ საჭიროებებზე მორგებულ სამედიცინო დაწესებულებებში.

საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრომ პერინატალური სერვისების რეგიონალიზაციის განხორციელება დაიწყო 2015 წელს. პროექტის ფარგლებში მოხდა სამედიცინო და ნეონატალური სერვისების დონეებისა და დონის შესაბამისი მოთხოვნების განსაზღვრა, სამედიცინო და ნეონატალური რეფერალის კრიტერიუმების შემუშავება, შეიქმნა ახალი სანებართვო პირობები პერინატალური სერვისის მიწოდებელი დაწესებულებებისადმი. ქვეყანაში ყველა (100%) პერინატალური სერვისის მიწოდებელი დაწესებულების შეფასება და დონის განსაზღვრა მოხდა დონით განსაზღვრული მოთხოვნების შესაბამისად.

პერინატალური სერვისის დონეები:

I (საბაზისო) დონის დაწესებულება უზრუნველყოფს ფიზიოლოგიურად მიმდინარე ორსულობა/მშობიარობის და ჯანმრთელი დროული ახალშობილის (37 0/7 – 41 0/7 კვირის) მართვას. თუმცა, I დონის დაწესებულებას აქვს რესურსი მოახდინოს რისკის მქონე დედისა და ახალშობილის სტაბილიზაცია გადაყვანამდე.

II (სპეციალიზებული) დონის დაწესებულება უზრუნველყოფს მაღალი დონის სამედიცინო მოვლას როგორც ფიზიოლოგიური, ასევე რისკის მქონე ორსულობისა და მშობიარობის შემთხვევაში და ნეონატალურ მომსახურებას ჯანმრთელი, დღენაკლი (≥ 34 0/7 კვირის გესტაციური ასაკის) და საშუალო სიმძიმის ახალშობილებისათვის, რომელთა პრობლემები სწრაფად მოგვარებადია.

III (სუბსპეციალიზებული) დონის დაწესებულება უზრუნველყოფს მაღალსპეციალიზირებულ სამშობიარო მომსახურებას, განსაზღვრულია ორსულობისა და მშობიარობის მძიმე გართულებებისათვის, რომლებიც მოითხოვს კონპლექსურ მართვას. III დონის ნეონატოლოგიური დაწესებულება უზრუნველყოფს ინტენსიურ ნეონატალურ მოვლას მძიმე პათოლოგიების მქონე და/ან ძალზე მცირე მასის (<1500 გ) და დაბალი გესტაციური ასაკის (<34 კვირა) ახალშობილებისთვის.

პერინატალური სერვისების რეგიონალიზაციის განხორციელების შედეგად:

- 75 დაწესებულებას მიენიჭა პერინატალური სერვისის დონე
- დაწესებულებების 100%-მა გააძლიერა ადამიანური რესურსი
- დაწესებულებების 100%-მა გააუმჯობესა ინფრასტრუქტურა, აღჭურვილობა, და შესაბამისობაში მოიყვანა პერინატალური მოვლის დონის მოთხოვნებთან

- დაწესებულებების 98% ახორციელებს რისკის-შესაბამის მოვლას
- 33%-ით შემცირდა დედისა და ახალშობილის რეფერალი
- რეგიონებში შეიქმნა მძლავრი პერინატალური ცენტრები, რაც მინიმუმდე ამცირებს დედისა და ახალშობილის გადაყვანის საჭიროებას და აძლიერებს რეგიონის შესაძლებლობებს.

ათასწლეულის განვითარების მიზნებიდან მდგრადი განვითარების მიზნებზე გადასვლის პერიოდში ძალიან მნიშვნელოვანია დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის სრულფასოვანი შეფასება.

საქართველომ წარმატებით შეასრულა ათასწლეულის განვითარების მე-4 მიზანი, რომელიც გულისხმობდა 0-დან 5 წლამდე ასაკის ბავშვთა სიკვდილიანობის 2/3-ით შემცირებას 1990-2015 წლების პერიოდში; ასევე მნიშვნელოვნად შემცირდა ჩვილთა სიკვდილიანობა, რაშიც დიდი წვლილი გაზრდილ სახელმწიფო დაფინანსებასა და სამედიცინო მომსახურებაზე გამარტივებულ წვდომას მიუძღვის.

პერინატალური ავადობის და სიკვდილიანობის წამყვან მიზეზთა შორის წარმოდგენილია სოციალური, ქცევითი და კულტურული დეტერმინანტები, ასევე ჯანმრთელობასთან ასოცირებული მდგომარეობები: არაგადამდები და ქრონიკული მდგომარეობები ორსულობის და ლოგინობის ხანაში, დღენაკლულობა, ნაყოფის განვითარების შეფერხება, თანდაყოლილი ანომალიები.

პერინატალური ჯანმრთელობის ანგარიშის პუბლიკაცია 2016 წლიდან ხორციელდება. ანგარიში მოიცავს დედათა და პერინატალური ჯანმრთელობის მონაცემთა ჩაღრმავებულ ანალიზს. პუბლიკაციაში წარმოდგენილია დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის ძირითადი ინდიკატორები 2016 წლისათვის - ნეონატალური (0-დან 28 დღემდე) და პოსტნეონატალური სიკვდილიანობის (28 დღიდან 1 წლამდე), მკვდრადშობადობის, ანტენატალური მომსახურების, საკეისრო კვეთისა და დედათა სიკვდილიანობის მაჩვენებლები. პერინატალური ჯანმრთელობის ანგარიში წარმოადგენს საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს ჯანმრთელობის დაცვის დეპარტამენტის და დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრის დედათა და ბავშვთა სამმართველოსა და სამედიცინო სტატისტიკის დეპარტამენტის ერთობლივ ნამუშევარს.

2. დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის მონაცემების წყაროები

წარმოდგენილ ანგარიშში მოყვანილი მონაცემები შეგროვებულია სამი წყაროდან: (1) სახელმწიფო სერვისების განვითარების სააგენტოს მონაცემთა ბაზები; (2) დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრის რეპროდუქციული ასაკის ქალისა და 5 წლამდე ბავშვთა სიკვდილის შემთხვევების შეტყობინებების სისტემა და სამედიცინო სტატისტიკის დეპარტამენტის მონაცემთა ბაზები; (3) საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს დედათა და ბავშვთა სიკვდილობის/ მკვდრადშობადობის სავალდებულო შეტყობინების სისტემა და სტატისტიკის ეროვნული სამსახურის მოსახლეობის აღწერისა და დემოგრაფიის სამმართველოს მონაცემთა ბაზები.

2.1 სახელმწიფო სერვისების განვითარების სააგენტო

გარდაცვალების შემთხვევების რეგისტრაცია საქართველოში რეგულირდება საქართველოს კანონით „სამოქალაქო აქტების შესახებ“ (15.10.1998 No1644). 1998 წლიდან, კანონში გარკვეული ცვლილებების შეტანის შემდეგ, მონაცემთა მართვაზე პასუხისმგებელია იუსტიციის სამინისტროში შემავალი სახელმწიფო სერვისების განვითარების სააგენტო.

გარდაცვალების შემთხვევების რეგისტრაცია დაფუძნებულია შემდეგ დოკუმენტებზე: სამედიცინო ცნობა გარდაცვალების შესახებ, რომელსაც გასცემს სამედიცინო დაწესებულება; სასამართლო ექსპერტიზის მიერ გაცემული გარდაცვალების დადასტურების ცნობა; სამოქალაქო აქტების რეგისტრაციისა და ადგილობრივი თვითმმართველობის აქტები.

2009 წლიდან სიკვდილის შემთხვევების რეგისტრაციის სისტემა საგრძნობლად გაუმჯობესდა (15.12.2009 ბრძანება No2321). ამჟამად, ადგილობრივი თვითმმართველობის წარმომადგენლები ვალდებული არიან მომხდარი შემთხვევა დაარეგისტრირონ გარდაცვალებიდან ხუთი სამუშაო დღის განმავლობაში. 2010 წლიდან გარდაცვალების შესახებ შეტყობინება იმავე ვადაში ასევე სავალდებულო გახდა ყველა სამედიცინო დაწესებულებისათვის მიუხედავად საკუთრების ფორმისა. იმ შემთხვევაში, თუ რომელიმე დაწესებულება გადააცილებს შემთხვევის რეგისტრაციისათვის კანონით გათვალისწინებულ ვადას, სახელმწიფო სერვისების განვითარების სააგენტო უფლებამოსილია მოახდინოს პასუხისმგებელი პირების დაჯარიმება.

შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს ბრძანებით (23.03.2003 No54/5) დამტკიცებული ქალაქმმართველობის ფორმატის სამედიცინო ცნობა სიკვდილის შესახებ მოქმედი იყო 2011 წლამდე. ცნობა ხელმისაწვდომი იყო რეგიონალურ სამსახურებსა და თვითმმართველობებში, სადაც იგი მიჰქონდა გარდაცვლილთა ახლობლებს.

2011 წლის აპრილიდან სამედიცინო ცნობა გარდაცვალების შესახებ გაიცემა მხოლოდ ელექტრონულად (15.12.2010 No4051), ფორმატი დამტკიცებულია ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის (WHO) რეკომენდაციით.

მონაცემთა შეგროვების მიზანია გამოიკვეთოს სიკვდილის პირველადი (Underlying Cause of Death - UCOD) და სხვა მიზეზები და პათოლოგიური მდგომარეობების ჯაჭვი, რომელიც დაკავშირებულია ავადმყოფობასთან, უბედურ შემთხვევასთან ან ძალადობასთან, რამაც გამოიწვია ფატალური დაზიანება.

გარდაცვალების შესახებ ცნობის რეგისტრაციის ჩანაწერი (ქალაქდმატარებელი ან ელექტრონული) იგზავნება სახელმწიფო სერვისების განვითარების სააგენტოში, ხოლო ასლი (ქალაქდმატარებელი) ინახება იმ რეგიონალურ ოფისში, სადაც გარდაცვალება დაფიქსირდა. სამოქალაქო აქტების რეგისტრაციის დოკუმენტაცია, მათ შორის გარდაცვალების ცნობაც, სახელმწიფო სერვისების განვითარების სააგენტოს ერთიანი ელექტრონული ბაზის კრიტერიუმების გათვალისწინებით არის შედგენილი.

სახელმწიფო სერვისების განვითარების სააგენტოს მიერ ხორციელდება გარდაცვალების შესახებ მონაცემთა (როგორც ქალაქდმატარებელი, ასევე ელექტრონული) შეგროვება კანონით განსაზღვრული ყველა წყაროდან და გარდაცვალების მონაცემთა ბაზის ფორმირება. ინფორმაცია ბაზიდან ყოველკვარტალურად იგზავნება საქართველოს სტატისტიკის ეროვნულ სამსახურში (National Statistics Office - NSO).

2.2 საქართველოს სტატისტიკის ეროვნული სამსახური

საქართველოს სტატისტიკის ეროვნული სამსახური შექმნილია საქართველოს 2009 წლის „ოფიციალური სტატისტიკის შესახებ“ კანონის საფუძველზე. ორგანიზაციის მთავარი მიზნებია: მონაცემთა შეგროვება, რედაქტირება, გადამუშავება, შენახვა, ანალიზი და სტატისტიკური მონაცემების გავრცელება; სტატისტიკის სფეროში ერთიანი პოლიტიკის შემუშავება და ტერიტორიულ და სტატისტიკის მწარმოებელ სხვა ორგანოებთან კოორდინირებული მუშაობის უზრუნველყოფა. სამსახური წარმოადგენს სტატისტიკის მწარმოებელ და ინფორმაციის გამავრცელებელ დაწესებულებას, რომელიც თავის საქმიანობას ყველა სახელმწიფო ერთეულისგან დამოუკიდებლად ახორციელებს.

2.3 დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი

დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრის ერთ-ერთი ფუნქცია დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობაზე ეპიდზედამხედველობაა. მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობასთან დაკავშირებულ მონაცემებს სამედიცინო

სტატისტიკის დეპარტამენტი 1996 წლიდან აგროვებს. ანტენატალური, პერინატალური და პოსტნატალური მოვლის, ასევე დედათა და ბავშვთა სიკვდილიანობის, ადრეული ნეონატალური სიკვდილიანობისა და მკვდრადშობადობის შესახებ ანგარიში ყოველთვიურად ბარდება ცენტრში. მონაცემები გროვდება აგრეგირებული ფორმის სახით, რაც გარკვეულ შეზღუდვებს ქმნის ანალიზის შესაძლებლობების თვალსაზრისით. მონაცემთა ხარისხის გაუმჯობესების მიზნით 2016 წელს შეიქმნა აღრიცხვიანობის ახალი ელექტრონული სისტემა „ორსულთა და ახალშობილთა მეთვალყურეობის რეგისტრი“, ე.წ. „ქართული დაბადების რეგისტრი“, რომელიც მოიცავს სრულფასოვან ინფორმაციას საქართველოს თითოეული მოქალაქის ანტენატალურ, ინტრანატალურ და პოსტნატალურ პერიოდზე; ასევე, აბორტთან დაკავშირებულ, ორსულობის, მკვდრადშობადობისა და ადრეული ნეონატალური სიკვდილიანობის შესახებ ინფორმაციას. დაბადების რეგისტრის მეშვეობით შესაძლებელი გახდა ორსულის ჯანმრთელობის მდგომარეობის უწყვეტი ზედამხედველობა პირველი ანტენატალური ვიზიტიდან მშობიარობის ჩათვლით და ახალშობილის ჯანმრთელობის მდგომარეობის მონიტორინგი დაბადებიდან კლინიკიდან გაწერამდე.

დაბადების რეგისტრში თავმოყრილი ფართო სპექტრის ინფორმაცია მისი სხვადასხვა მიზნისთვის გამოყენების შესაძლებლობას იძლევა:

- დედათა და ახალშობილთა ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული მნიშვნელოვანი საკითხებისა და პრობლემების იდენტიფიცირება;
- ანტენატალური, ინტრანატალური და ადრეული ნეონატალური სერვისებისა და ადმინისტრირების ხარისხის შეფასება/გაუმჯობესება, ახალი სერვისების დაგეგმვა;
- პერინატალური მიმართულების სახელმწიფო პროგრამების/ინიციატივების იმპლემენტაციის მინოტორინგი (მაგ. პერინატალური სერვისების რეგიონალიზაცია, სელექტიური კონტრაქტირება და ა.შ.);
- სამედიცინო მეთვალყურეობის დაგეგმვა და გაუმჯობესება პერინატალური ჯანმრთელობის სფეროში;
- რისკ-ფაქტორთა მონიტორინგი;
- თანდაყოლილი ანომალიების მქონე ბავშვთა მონიტორინგი;
- იმუნოზაციის მონიტორინგი;
- ოჯახის დაგეგმვის პროგრამის შემუშავება, დანერგვა და ეფექტურობის შეფასება;
- სამედიცინო დაწესებულებების მიერ გაწეული მომსახურების ხარისხის და მათი საჭიროებების შეფასება;
- სამეცნიერო კვლევების წარმოება;
- მტკიცებულებებზე დაფუძნებული რეკომენდაციებისა და პოლიტიკის შემუშავება;
- სტატისტიკური ინფორმაციის თავმოყრა და საჭიროებისამებრ გავრცელება.

ცენტრის სტრუქტურაში არსებული დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის სამმართველო რეპროდუქციული ასაკის (15–49 წლის) ქალთა გარდაცვალების ზედამხედველობას 2012

წლიდან ახორციელებს. 2015 წლიდან ასევე ხორციელდება 5 წლამდე ასაკის ბავშვთა სიკვდილის შემთხვევათა რეგისტრაცია. შეტყობინებები გროვდება ცენტრში არსებულ დაავადებათა ზედამხედველობის ელექტრონულ ინტეგრირებულ სისტემაში (დზეის; EIDSS - The Electronic Integrated Disease Surveillance System). რეგიონებიდან შეტყობინებების მოწოდება ხდება საზოგადოებრივი ჯანდაცვის რაიონული ცენტრების მიერ, რომლებიც პასუხისმგებელი არიან შეაგროვონ ინფორმაცია ადგილობრივი სამედიცინო დაწესებულებებიდან.

2.4 საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო

2013 წლიდან ჯანდაცვის სამინისტრომ სრულყო სასწრაფო შეტყობინებების რეგისტრაციის სისტემა - დედის სიკვდილის, მკვდრადშობადობისა და 5 წლამდე ასაკის ბავშვთა გარდაცვალების ყველა შემთხვევა სამინისტროს 24 საათის ვადაში უნდა ეცნობოს.

ჯანდაცვის სამინისტროს ბრძანების მიხედვით (07.03.2016 №01-11/ნ) სამედიცინო დაწესებულებებმა სიკვდილის შემთხვევის შესახებ სატელეფონო შეტყობინება უნდა მიაწოდოს ჯანდაცვის სამინისტროს საგანგებო სიტუაციების დეპარტამენტის ცხელ ხაზს. შემდგომი 5 დღის მანძილზე დაწესებულება, სადაც დაფიქსირდა გარდაცვალება, ვალდებულია წარადგინოს პაციენტის სრული სამედიცინო დოკუმენტაცია, რასაც შემდგომში „დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის საკოორდინაციო საბჭო“ განიხილავს. ანალიზის შედეგად გაკეთებული დასკვნები საფუძვლად უდევს რეკომენდაციებს პერინატალური სერვისების გაუმჯობესების მიმართულებით.

2.5 პერინატალური სიკვდილიანობის მიზეზების კლასიფიკაცია

პერინატალური სიკვდილიანობის მიზეზების იდენტიფიცირების მრავალი კლასიფიკატორი არსებობს. 2015 წელს პერინატალური სიკვდილის შემთხვევების კლასიფიკაცია მოხდა დოლფუსის კლასიფიკატორის მიხედვით. დოლფუსის კლასიფიკაციას გააჩნია გარკვეული შეზღუდვები; კერძოდ, მასში გაერთიანებულია მხოლოდ დაავადებათა საერთაშორისო კლასიფიკაციის (ICD-9) კოდები; ვერ ხორციელდება არასწორი კოდების იდენტიფიცირება, როდესაც სიკვდილის მიზეზის შეტყობინება არასრულია. ამის მაგალითია სიკვდილის შემთხვევის შეტყობინების განხორციელება მხოლოდ სიკვდილის პირდაპირი მიზეზით, დამატებითი ან თანმხლები მიზეზების გარეშე. თუ აღნიშნული მდგომარეობა ICD კლასიფიკატორს შეესაბამება, იგი გამოჩნდება როგორც გარდაცვალების ძირითადი მიზეზი (მისი სანდოობის დადასტურების მიუხედავად.) მაგალითად, თუ სიკვდილის უშუალო მიზეზად პოლიდაქტილია დაფიქსირდება და არ იქნება წარმოდგენილი დამატებითი

მიზეზები, იგი გახდება სიკვდილის საფუძველი, ვინაიდან ეს არის მდგომარეობა, რომელიც შეიძლება შეესაბამებოდეს (ICD-10) კლასიფიკაციას მიუხედავად იმისა, არსებობს თუ არა სხვა მდგომარეობები, რომლებიც გამოიწვევდნენ სიკვდილს ამ შემთხვევაში. ასევე, არსებობს ისეთი პირობები, როდესაც "ჩვილის" ან "თანდაყოლილი" სიტყვების არარსებობისას თანდაყოლილი ანომალიები ან პერინატალური მდგომარეობები რჩება როგორც ICD-9, ასევე ICD-10-ის მიღმა; მაგალითად, დიაფრაგმის თიაქარი, რომელიც ICD-9-ში კოდირებულია როგორც 756.6 იმ შემთხვევაში, თუ თანდაყოლილია, ხოლო 553.3 - თუ არ არის თანდაყოლილი. ხოლო ICD-10-ში Q79.0 თუ თანდაყოლილია და K44 - თუ არ არის თანდაყოლილი.

ყოველივე ზემოთ აღნიშნულიდან გამომდინარე, გადაწყვეტილება იქნა მიღებული 2016 წლის პერინატალური სიკვდილის შემთხვევების კლასიფიცირება მომხდარიყო ICD-PM (ICD-პერინატალური სიკვდილიანობის კლასიფიკატორი; WHO application of ICD-10 to deaths during the perinatal period: ICD-PM) კლასიფიკატორის საშუალებით. ICD-PM კლასიფიკატორი ჯანმოს მიერ, პარტნიორ ორგანიზაციებთან თანამშრომლობით, იქნა შემუშავებული დაავადებათა საერთაშორისო კლასიფიკაციის (ICD) მე-10 გადახედვის საფუძველზე; მისი მიზანია დედათა სიკვდილიანობის შესახებ ინფორმაციის შეგროვების, ანალიზისა და ინტერპრეტაციის უწყვეტობა. ICD-PM წარმოადგენს საერთაშორისო სტანდარტიზებულ სისტემას სიკვდილის მიზეზების კლასიფიკაციის მრავალმხრივი მიდგომით.

აღნიშნული მოდელის მეშვეობით განისაზღვრება კლინიკური მდგომარეობები, რომლებიც წარმოადგენენ პერინატალური სიკვდილობის ერთ კონკრეტულ მიზეზს შესაბამისი ICD კოდის მიხედვით. აღნიშნული მოდელის მეშვეობით ხდება ინფორმაციის შედარება სხვადასხვა ინდიკატორების მიხედვით მცირე, საშუალო- და მაღალი შემოსავლების ქვეყნებს შორის.

ICD კლასიფიკატორი ფართოდ გამოიყენება მსოფლიო მასშტაბით (117 ქვეყანა). ICD-PM-ს გააჩნია დიდი პოტენციალი გამოავლინოს სიკვდილის ის შემთხვევები, რომლებიც აქამდე ანგარიშგების მიღმა რჩებოდა.

ICD-PM კლასიფიკატორის ფარგლებში ხდება დედათა ჯანმრთელობის მდგომარეობის დაკავშირება პერინატალური სიკვდილის მიზეზებთან. პერინატალური სიკვდილის გამომწვევი და დედისა და ნაყოფის კლინიკური მდგომარეობების გამოვლენა ხელს უწყობს პრევენციული და სამკურნალო ღონისძიებების სწორად დაგეგმვასა და გატარებას; მაგალითად, საშუალებას იძლევა დიაბეტით ან ჰიპერტენზიით დაავადებულ ორსულ ქალებში განისაზღვროს ინტერვენციები სიკვდილის თავიდან ასაცილებლად. დედათა ჯანმრთელობის მდგომარეობები წარმოადგენს პერინატალური სიკვდილიანობის კლასიფიკატორის ინტეგრალურ ნაწილს, რომელიც თავის მხრივ ჯანმოს სამოქმედო გეგმის შემადგენელი ნაწილია.

3. მკვდრადშობადობა

მკვდრადშობადობა პერინატალური ჯანმრთელობის და, შესაბამისად, საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ერთ-ერთ მნიშვნელოვან პრობლემას წარმოადგენს. ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის გლობალური მონაცემებით, ყოველწლიურად დაახლოებით 2.6 მილიონი მკვდრადშობილი აღირიცხება, რომელთაგან 98% დაბალ და საშუალო განვითარების ქვეყნებზე მოდის.

2014 წელს ჯანმრთელობის მსოფლიო ასამბლეაზე წვერი ქვეყნებისათვის შემუშავდა რეკომენდაცია 2030 წლისათვის მკვრადშობადობა შემცირებულიყო ≤ 12 ერთეულამდე ყოველ 1000 დაბადებულზე.

ამასთან აღინიშნა, რომ 2015 წლისათვის 94 მაღალი და საშუალო შემოსავლების ქვეყანამ უკვე მიაღწია მიზანს და მნიშვნელოვანად შეამცირა მკვდრადშობადობის მაჩვენებელი (1). აღნიშნული მაჩვენებელი ბოლო ათწლეულის განმავლობაში საქართველოშიც მნიშვნელოვნად შემცირდა; **2016 წლისთვის მკვდრადშობადობის მაჩვენებელი იყო 9.8/1000 დაბადებულზე, რითიც ქვეყანამ უკვე მიაღწია 2030 წლის გლობალურ სამიზნე მაჩვენებელს**, თუმცა, განვითარებულ ქვეყნებთან შედარებით იგი კვლავ მაღალი რჩება (სურათი 3.3.1).

მკვდრადშობადობის მაჩვენებელი მნიშვნელოვნად ვარირებს განვითარებულ ქვეყნებს შორისაც (1.3/1000-დან 8.8/1000-მდე).

მსოფლიოში მკვდრადშობადობის შემთხვევათა ნახევარი (1.3 მილიონი) ვითარდება მშობიარობის პროცესში. შემთხვევათა უმრავლესობა პრევენციურებადი მდგომარეობებით არის განპირობებული, რაც მაჩვენებლის შემცირების შესაძლებლობაზე მიუთითებს (2); მაგალითად, დედისმხრივი ინფექციები, არაგადამდები დაავადებები და მშობიარობის გართულებები (2).

მკვდრადშობადობის მიზეზებს შორის ყველაზე ხშირია ნაადრევი მშობიარობა, თანდაყოლილი ანომალიები, დედისმხრივი ინფექციები (სიფილისი, აივ-ინფექცია და სხვა), სისხლდენა მშობიარობისას, პლაცენტის ნაადრევი აცლა, ნაყოფის განვითარების შეფერხება და სხვა დედისმხრივი გართულებები. მკვდრადშობადობის რისკ-ფაქტორებად განიხილება ჰიპერტენზია, სიმსუქნე, დიაბეტი და ჯანმრთელობის სხვა მდგომარეობები (3).

საქართველოში მკვდრადშობადობის მიზეზების შესწავლა კვლავ რჩება საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ერთ-ერთ გამოწვევად. ჯერ კიდევ პრობლემას წარმოადგენს სამედიცინო ჩანაწერები, რომელთა საშუალებით ვერ ხდება მკვდრადშობადობის მიზეზების შესწავლა. აღნიშნულ ჩანაწერებში არ არის წარმოდგენილი ინფორმაცია ჯანმრთელობის ისეთი დეტერმინანტების შესახებ, როგორცაა მაგალითად ქცევითი რისკ-ფაქტორები, გარემო ფაქტორები და სხვა.

ჯანმოს ავადმყოფობათა და ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული პრობლემების საერთაშორისო კლასიფიკაციის (ICD-10) მიხედვით, მკვდრადშობადობა განიმარტება, როგორც „მშობიარობა ნაყოფით, რომელსაც არ აქვს სიცოცხლის არანაირი ნიშანი: სუნთქვა, გულისცემა, ჭიპლარის პულსაცია ან მიმიკური კუნთების გამოხატული შეკუმშვა. მკვდრადშობილად უნდა ჩაითვალოს ნაყოფი, გესტაციური ასაკით 22 კვირა და მეტი (თუ ცნობილია გესტაციის ვადა), ან წონა 500 გრ და მეტი იმ შემთხვევაში, თუ გესტაციის ვადა ცნობილი არ არის“ (4) .

სამშობიარო გზებიდან გამოსვლის შემდეგ მკვდრადშობილად დაბადების–დადასტურების კრიტერიუმებია: სუნთქვის ან სიცოცხლის სხვა ნიშნების (გულისცემა, ჭიპლარის პულსაცია ან კუნთების შეკუმშვა) არარსებობა.

მკვდრადშობადობის შეფასებისას ყველაზე მნიშვნელოვანი კვლევებია: ნაყოფის აუტოფსია, პლაცენტის, ჭიპლარისა და სანაყოფე გარსების გამოკვლევა და კარიოტიპირება. საქართველოში მკვდრადშობადობის მიზეზების შესწავლისათვის მნიშვნელოვან ბარიერს წარმოადგენს ის ფაქტი, რომ რელიგიური და კულტურალური ფაქტორებიდან გამომდინარე არ ხორციელდება აუტოფსია და პათოლოგანატომიური კვლევა.

3.1 ორსულობის შეწყვეტა

საქართველოს კანონმდებლობის მიხედვით, აბორტი ნებადართულია ორსულობის მე-12 კვირის ჩათვლით, მე-13 კვირიდან 22 კვირამდე ორსულობის შეწყვეტა დაშვებულია მხოლოდ სამედიცინო და სოციალური ჩვენებებით.

2013 წლიდან ორსულობის შეწყვეტა ორსულობის 22 კვირის შემდეგ მხოლოდ განსაკუთრებულ შემთხვევებშია შესაძლებელი - დედისმხრივი გართულებების ან თანდაყოლილი ანომალიებისას.

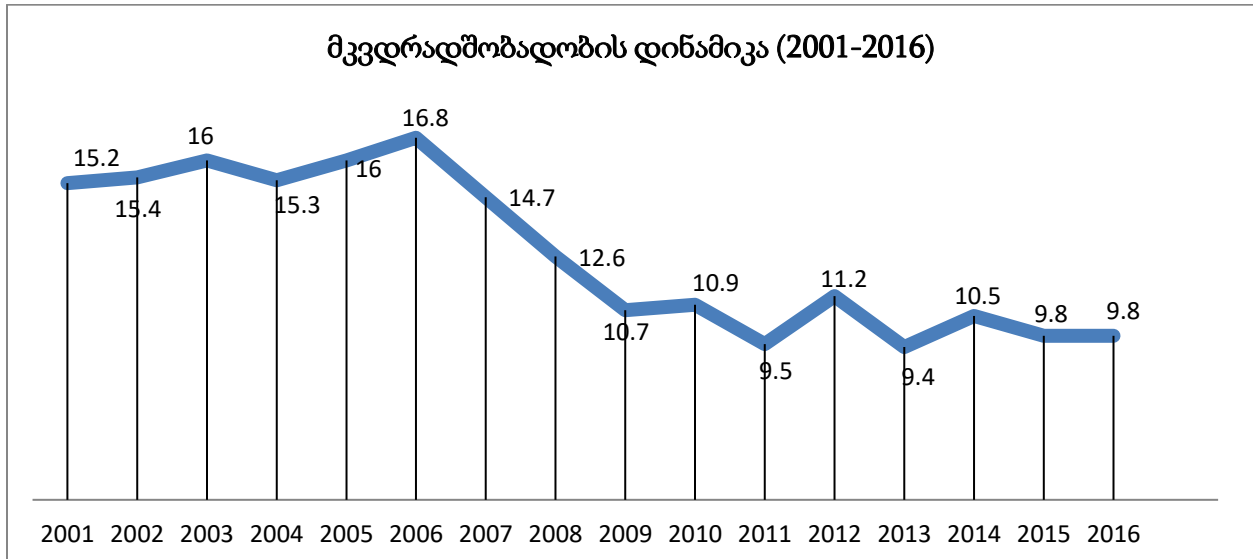
2016 წელს საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს სპეციალურ ბაზაში 22 კვირის შემდეგ ორსულობის შეწყვეტის 29 შემთხვევა იყო რეგისტრირებული, რაც 17%-ით ნაკლებია 2015 წლის (35 შემთხვევა) მონაცემთან შედარებით.

3.2 შედეგები

საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროსა და დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრის მონაცემებით 2016 წელს დაფიქსირდა მკვდრადშობადობის 558 შემთხვევა, მკვდრადშობადობის მაჩვენებელმა კი 1000 დაბადებულზე 9.8 შეადგინა; 2006 წლიდან,

მკვდრადშობადობის ყველაზე მაღალი მაჩვენებლის (16.8) დაფიქსირებიდან, მკვდრადშობადობის მაჩვენებელი 42%-ით შემცირდა.

სურათი 3.2.1 მკვდრადშობადობის მაჩვენებელი 1000 დაბადებულზე, საქართველო, 2001- 2016



წყარო: საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის სამინისტრო; დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი

მკვდრადშობილთა გადანაწილება გესტაციური ასაკისა და დაბადებისას წონის მიხედვით, წარმოდგენილია სურათზე 3.2.2.

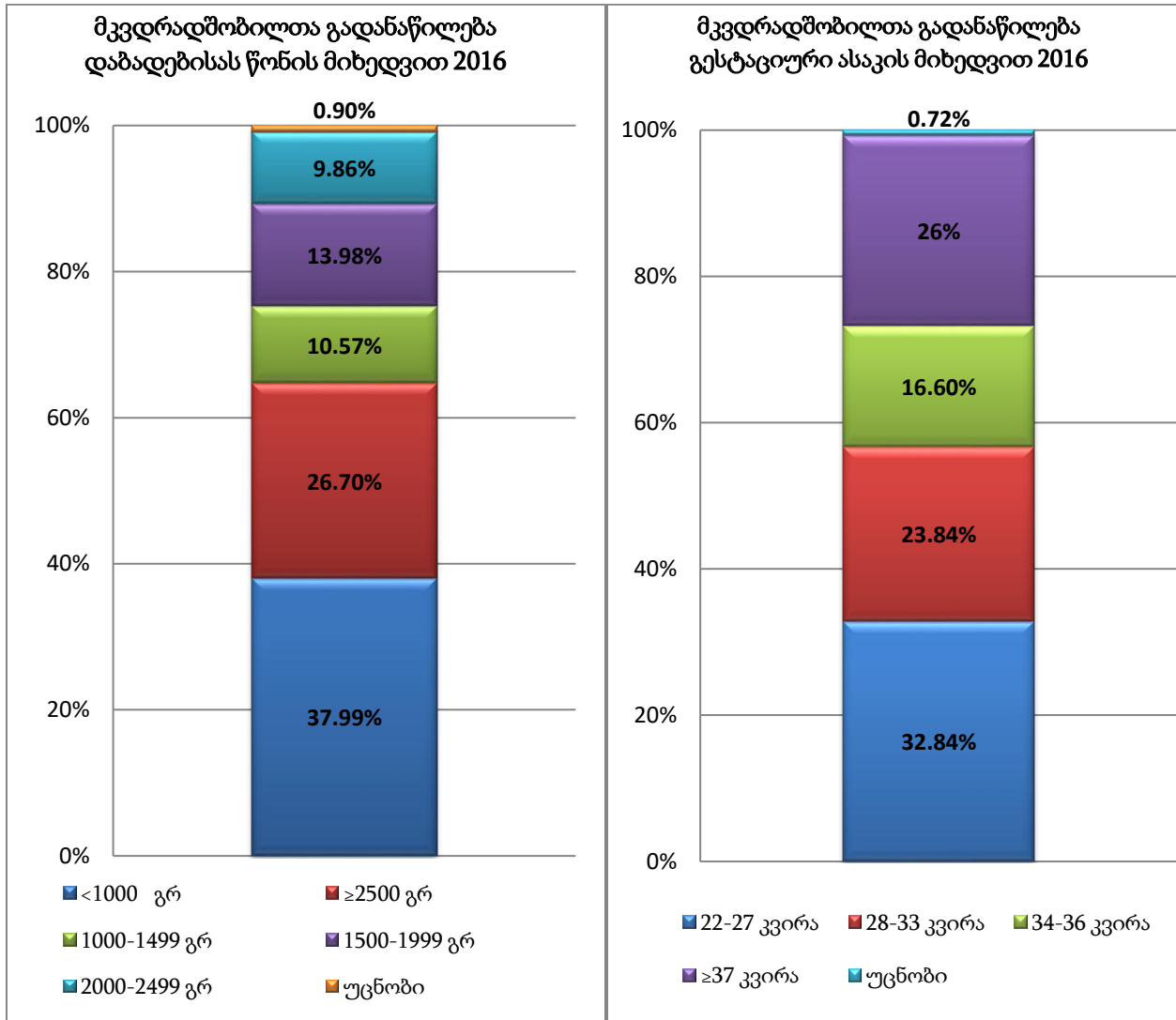
მკვდრადშობილთა 26.3% დაიბადა 37 და მეტი კვირის გესტაციურ ასაკში. მნიშვნელოვანია აღინიშნოს, რომ 41 კვირაზე მეტ ვადაზე დაფიქსირდა მკვდრადშობადობის 2%. შემთხვევათა 0.7%-ში გესტაციური ასაკი უცნობია.

მკვდრადშობადობის პირდაპირი მიზეზების დადგენა დღემდე პრობლემურია. სამედიცინო ჩანაწერების თანახმად, მკვდრადშობადობათა უმრავლესობა (86%) ანტენატალურ პერიოდში მოხდა. ანტენატალურ პერიოდში დაღუპულ მკვდრადშობილთა პროცენტული მაჩვენებელი წინა საანგარიშო წელთან შედარებით უმნიშვნელოდ გაიზარდა.

ინტრანატალურ პერიოდში დაღუპულ ნაყოფთა რაოდენობა 2015 წელთან შედარებით შემცირდა და 12% შეადგინა. შემთხვევათა 2%-ში ნაყოფის გარდაცვალების დროის დადგენა სამედიცინო დოკუმენტაციის მიხედვით ვერ მოხერხდა.

ანტენატალურ პერიოდში მკვდრადშობადობის 27% დაფიქსირებულ იქნა ორსულობის 22-27 კვირის ვადაზე, 26% - 28-33 კვირაზე, 19% - 34-36 და 27% - 37-41 კვირის ორსულობის ვადაზე. მკვდრადშობადობის 1% დაფიქსირდა 22 კვირის ვადამდე.

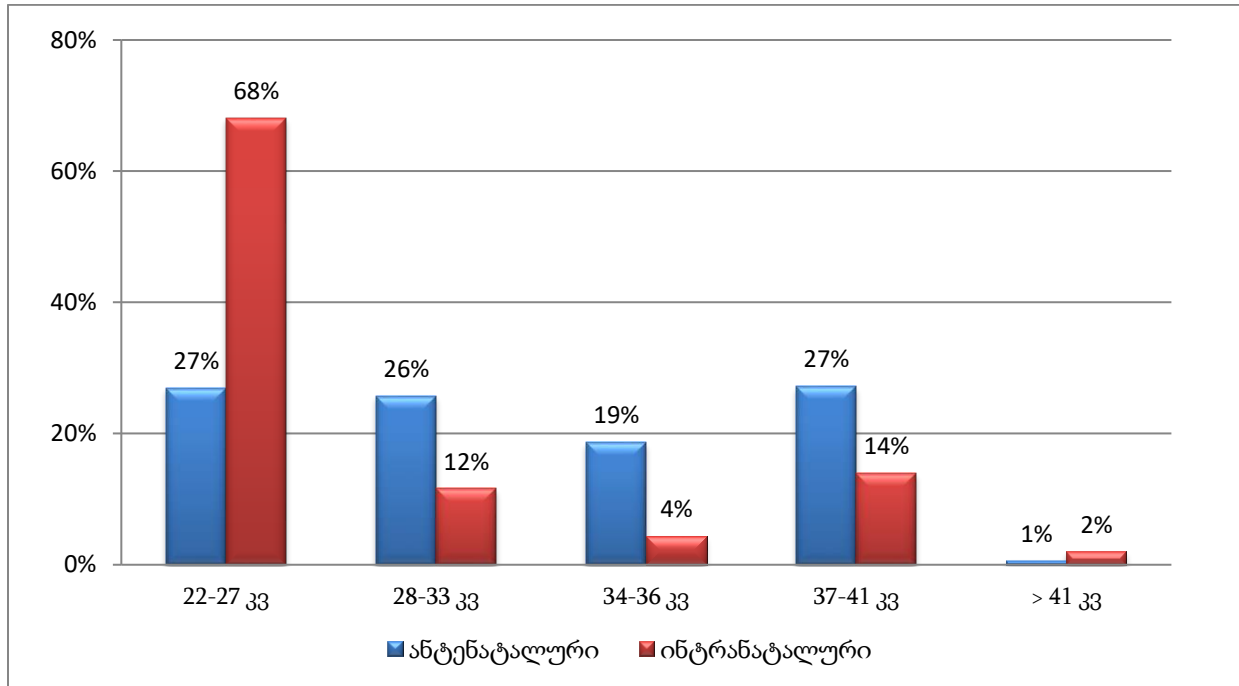
სურათი 3.2.2 მკვდრადშობილთა გადანაწილება დაბადებისას წონის და გესტაციური ასაკის მიხედვით, საქართველო, 2016



წყარო: საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის სამინისტრო; დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი

ინტრანატალურ პერიოდში გარდაცვლილ ნაყოფთა 68% დაფიქსირდა ორსულობის 22-27 კვირის ვადაზე; 12% - 28-33 კვირის ვადაზე; ხოლო, მკვდრადშობადობის 4% და 14% ორსულობის 34-36 და 37-41 კვირის ვადაზე დადგა. მკვდრადშობადობის 2% დაფიქსირდა >41 კვირაზე მეტ ვადაზე (სურათი 3.2.3).

სურათი 3.2.3 მკვდრადშობილთა გადანაწილება გესტაციური ასაკისა და სიკვდილის დროის მიხედვით, საქართველო, 2016



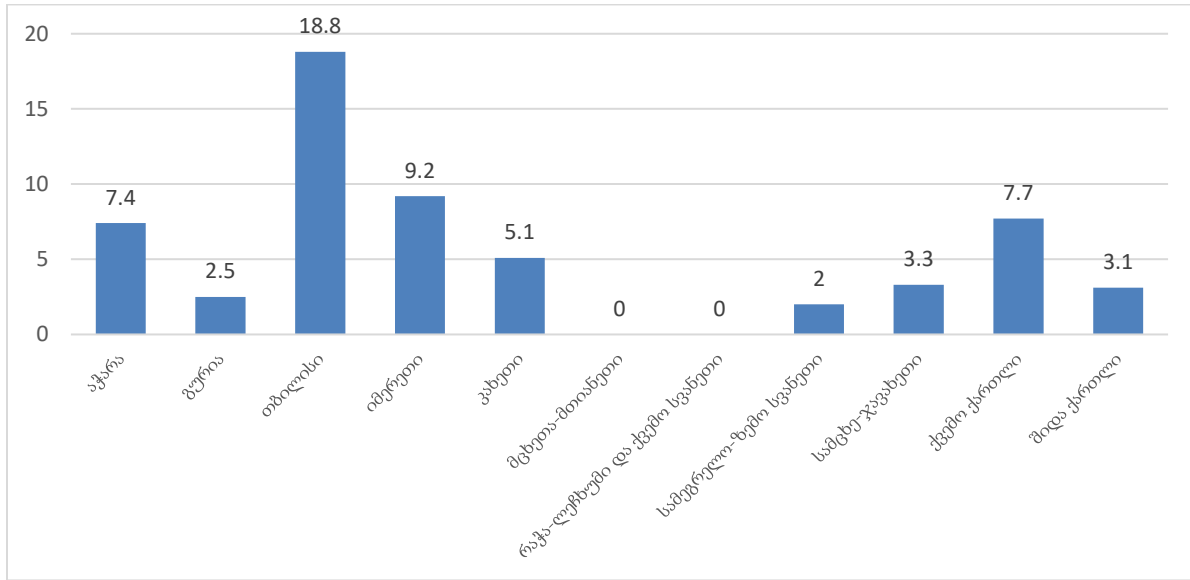
წყარო: საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის სამინისტრო; დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი.

ჩვეულებრივ, განვითარებულ ქვეყნებში ინტრანატალურ პერიოდში დაფიქსირებულ მკვდრადშობადობათა გავრცელება 4-10% მდე მერყეობს (3). საშუალო შემოსავლების ქვეყნებთან შედარებით საქართველო გამოირჩევა ინტრანატალურ პერიოდში დაფიქსირებულ მკვდრადშობადობის დაბალი პროცენტით (12%), რაც საკითხის დამატებითი შესწავლის საჭიროებაზე მიუთითებს. იმის გამო, რომ ქვეყანაში ფართოდ არ გამოიყენება პათოლოგანატომიური აუტოფსია, ვერ ხერხდება მკვდრადშობადობის ჭეშმარიტი დროისა და მიზეზების დადგენა. (3). თუმცა ანტენატალური და ინტრანატალური მკვდრადშობადობის გამიჯვნის მიზნით იგეგმება მშობიარის რუტინული კარდიოტოკოგრაფიის შემოღება სამშობიაროში შემოსვლისას ნაყოფის გულისცემის დასაფიქსირებლად, შესაბამისი შედეგის ასახვით სამედიცინო ისტორიაში.

2016 წელს მკვდრადშობადობის მაჩვენებელი ყველაზე მაღალი იყო თბილისში (18.8), შედარებით დაბალი სამეგრელო-ზემო სვანეთში. რაჭა-ლეჩხუმი და ქვემო სვანეთისა და მცხეთა-მთიანეთის რეგიონებში მკვდრადშობადობის არცერთი შემთხვევა არ დაფიქსირებულა.

სურათი 3.2.4 მკვდრადშობადობის მაჩვენებელი 1000 დაბადებულზე რეგიონების მიხედვით,

საქართველო, 2016



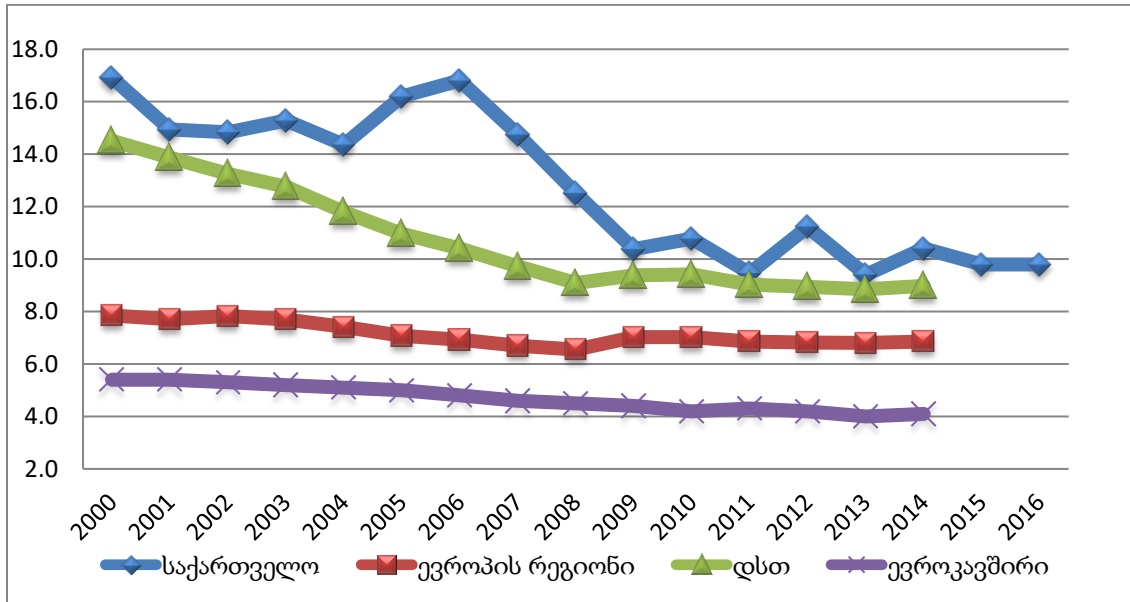
წყარო: საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის სამინისტრო; დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი

3.3 შედარება სხვა ქვეყნებთან

2006 წელთან შედარებით, მკვდრადშობადობის მაჩვენებელმა საქართველოში მნიშვნელოვნად დაიკლო. თუმცა ეს მაჩვენებელი კვლავ მაღალია ევროპის რეგიონის და ევროკავშირის ქვეყნებთან შედარებით.

2015 წელს მსოფლიოში მკვდრადშობადობის მაჩვენებელმა შეადგინა 18.4 (1000 ახალშობილზე), მაშინ როდესაც 2000 წელს იგივე მაჩვენებელი 24.7 იყო. სახეზეა მკვდრადშობადობის მაჩვენებლის შემცირების ტენდენცია, შემცირების საშუალო წლიური მაჩვენებელი მკვდრადშობადობის შემთხვევაში შეადგენს 2%-ს, დედათა სიკვდილიანობის შემთხვევაში 3%-ს, ხოლო პოსტნეონატალური სიკვდილიანობის შემთხვევაში კი 4.5%-ს (2).

სურათი 3.3.1 მკვდრადშობადობის მაჩვენებელი 1000 დაბადებულზე, საქართველო, დსთ, ევროპის რეგიონი, ევროკავშირი 2000-2016



წყარო: ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის მონაცემთა ბაზა „ჯანმრთელობა ყველასათვის“

მკვდრადშობადობის მაჩვენებლის შედარებამ ისეთივე შემოსავლების ქვეყნებთან (4), როგორცაა საქართველო, ცხადყო, რომ მაგალითად, თურქმენეთში, სომხეთსა და ტაჯიკეთში მკვდრადშობადობის მაჩვენებელი უფრო მაღალია ვიდრე საქართველოში, თუმცა, მოლდოვეთში გაცილებით დაბალია ვიდრე საქართველოში.

უნდა გავითვალისწინოთ, რომ ყველა ქვეყანას მკვდრადშობადობის განსხვავებული დეფინიცია გააჩნია და ინფორმაციის შეგროვება ხდება სხვადასხვა მეთოდით, რაც ართულებს მონაცემების შედარების პროცესს. მაგალითად, სომხეთი მკვდრადშობადობის შემთხვევის განსაზღვრისათვის იყენებს ჯანმოს დეფინიციას - მკვდრადშობადობა ითვლება ორსულობის 28 კვირიდან (6) და არა 22 კვირიდან, როგორც საქართველოში.

ზოგიერთ ქვეყნებს ასევე განსხვავებული რეგულაცია აქვთ ორსულობის შეწყვეტასთან დაკავშირებით, რაც თავის მხრივ გავლენას ახდენს მკვდრადშობადობისა და ნეონატალური სიკვდილიანობის მაჩვენებლებზე.

3.4 მნიშვნელოვანი მიგნებები

1. ბოლო ათწლეულის მანძილზე მკვდრადშობადობის მაჩვენებელი ქვეყანაში 42%-ით შემცირდა, თუმცა ის კვლავ მაღალია ევროპის რეგიონის საშუალო მაჩვენებელთან შედარებით;

2. საყურადღებოა ≥ 28 კვირის გესტაციური ასაკის მკვდრადშობილთა მაღალი პროცენტული წილი ($\approx 67\%$). საკითხის უკვე შესწავლისათვის ქვეყანაში 2017 წელს დაინერგა პერინატალური აუდიტის სისტემა, რაც მკვდრადშობადობის მიზეზების დეტალური შესწავლის საშუალებას მოგვცემს;

3. კვლავ გამოწვევად რჩება მაღალი რისკის ორსულთა სკრინინგის გაუმჯობესება; რისკ-ფაქტორების ადრეული გამოვლენა და გართულებების საწყის ეტაპზე დროული და ადეკვატური მართვა (განსაკუთრებით, პრეეკლამფსიისა და ნაყოფის განვითარების შეფერხების შემთხვევებში) მნიშვნელოვნად შეამცირებს ნაყოფის სიკვდილის შემთხვევებს ანტენატალურ პერიოდში;

4. ქვეყანაში განხორციელდა პერინატალური სერვისების რეგიონალიზაცია, რაც მნიშვნელოვნად გააუმჯობესებს სამედიცინო სამსახურის ხარისხს და, შესაბამისად, შეამცირებს ნაყოფის სიკვდილის შემთხვევებს ინტრანატალურ პერიოდში;

5. ქვეყანამ დაამტკიცა დედათა და ახალშობილთა ჯანმრთელობის ეროვნული სტრატეგია და სამოქმედო გეგმა, რომლის ერთერთ სამიზნეს მკვდრადშობადობის შემთხვევათა შემცირება წარმოადგენს;

6. ქვეყანაში მაღალია ანტენატალური მკვდრადშობადობა მაღალ გესტაციურ ვადებზე, რაც ანტენატალურ პერიოდში რისკის დროული გამოვლენის და შესაბამისი მართვის ნაკლოვანებებზე მიუთითებს. პრობლემის მოგვარებას ხელს შეუწყობს ახალი ანტენატალური მოვლის პროტოკოლის დამტკიცება და დანერგვა, რომლის თანახმადაც გადაიხედა ანტენატალური ვიზიტების შინაარსი და გაიზარდა ვიზიტების რაოდენობა, განსაკუთრებით ორსულობის ბოლო კვირებში. ახალი პროტოკოლით ანტენატალური მოვლის მართვა ხელს შეუწყობს ორსულისა და ნაყოფის მონიტორინგის გაუმჯობესებას და ნაყოფის არაკეთილსაიმედო მდგომარეობის დროულ გამოვლენას.

4. ნეონატალური სიკვდილიანობა

სამედიცინო სერვისების ეფექტურობისა და ხარისხის შეფასების ერთ-ერთ მთავარ ინდიკატორს ნეონატალური სიკვდილიანობის მაჩვენებელი წარმოადგენს.

ნეონატალური სიკვდილი განისაზღვრება, როგორც ახალშობილის გარდაცვალება ნეონატალურ პერიოდში (0-დან 28 დღემდე) ორსულობის 22 ან მეტი კვირის ვადაზე. ნეონატალური სიკვდილი იყოფა ადრეულ (0-დან 7 დღემდე) და გვიან (7-დან 28 დღემდე) ნეონატალურ სიკვდილად.

საქართველოში ნეონატალური სიკვდილის შესახებ მონაცემები გროვდება გარდაცვალებისას გესტაციური ასაკის, დაბადებისას წონისა და მრავალნაყოფიანობის შესახებ ინფორმაციის სახით.

ჯანმო-ს მონაცემებით, განვითარებულ ქვეყნებში ნეონატალური სიკვდილიანობის წილი 5 წლამდე ასაკის ბავშვთა სიკვდილიანობაში 43%-ს შეადგენს (7). საქართველოში ნეონატალური სიკვდილიანობის წილმა 2016 წელს 59% შეადგინა.

ნეონატალური სიკვდილიანობის რამდენიმე კლასიფიკაცია არსებობს. 2015 წელს ნეონატალური სიკვდილის შემთხვევათა ანალიზისათვის დოლფუსის კლასიფიკაცია იქნა გამოყენებული, ხოლო 2016 წელს ჯანმომ გამოუშვა ახალი რეკომენდაცია რისი გათვალისწინებითაც ნეონატალური სიკვდილის შემთხვევათა კლასიფიკაცია მოხდა ICD – PM-ით. აღნიშნული საერთაშორისო კლასიფიკატორი იძლევა უნივერსალურ შესაძლებლობას შესწავლილ იქნას პერინატალური პერიოდის სიკვდილიანობასა და დედის ორსულობის დროინდელ მდგომარეობას შორის შედეგობრივი კავშირი (8).

4.1 შედეგები

ბოლო წლების განმავლობაში ქვეყანაში მნიშვნელოვნად გაუმჯობესდა ნეონატალური სიკვდილიანობის მაჩვენებელი. 2012 წელთან შედარებით მაჩვენებელი 36%-ით შემცირდა და 2016 წელს 6.3 შეადგინა 1000 ცოცხლადშობილზე, მათ შორის ადრეული და გვიანი ნეონატალური სიკვდილიანობის მაჩვენებლები 1000 ცოცხლადშობილზე იყო 4.1 და 2.2, შესაბამისად.

2016 წელს 2015 წელთან შედარებით ნეონატალური სიკვდილიანობის მაჩვენებელი მცირედ გაიზარდა. ზოგადად, მაჩვენებლის ასეთი მცირედი ცვლილება გამოწვეულია ე.წ. ფლუქტუაციით (მაჩვენებლების მცირე ცვლილებით), რაც საქართველოს შემთხვევაში დასაშვებ საზღვრებში ჯდება, და, შესაბამისად, ქვეყანაში ნეონატალური სიკვდილიანობის ტენდენციის სტაბილურობის მიმანიშნებელია. თვალსაჩინოებისათვის წარმოგიდგინთ ნეონატალური სიკვდილის შემთხვევების ცხრილს აბსოლუტური რიცხვებით და მაჩვენებლით უკანასკნელი 3 წლის განმავლობაში (ცხრილი 4.1.1).

ცხრილი 4.1.1 ნეონატალური სიკვდილის შემთხვევები, საქართველო, 2014-2016

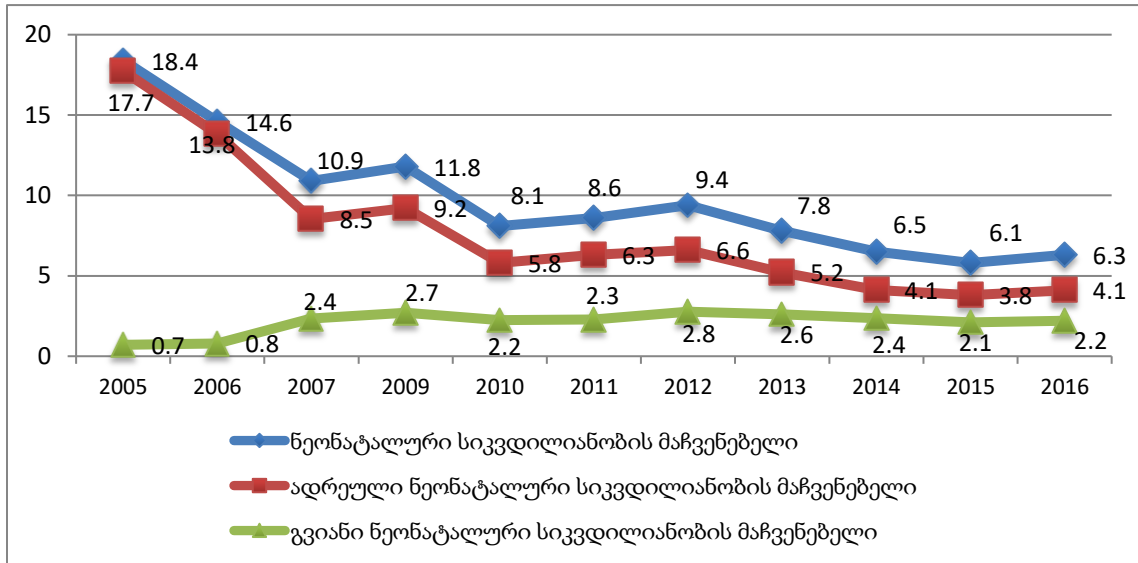
| წელი | ცოცხალშობილთა რაოდენობა | ნეონატალური სიკვდილის შემთხვევების რაოდენობა | ნეონატალური სიკვდილიანობის მაჩვენებელი |
|------|-------------------------|--|--|
| 2014 | 60 635 | 393 | 6.5 |
| 2015 | 59 249 | 363 | 6.1 |
| 2016 | 56 569 | 356 | 6.3 |

წყარო: საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის სამინისტრო; დაავადებათა

კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი

როგორც ცრილში ჩანს, საქართველოში, უკანასკნელ წლებში ნეონატალური სიკვდილიანობის მაჩვენებელი სტაბილურ მნიშვნელობას ინარჩუნებს.

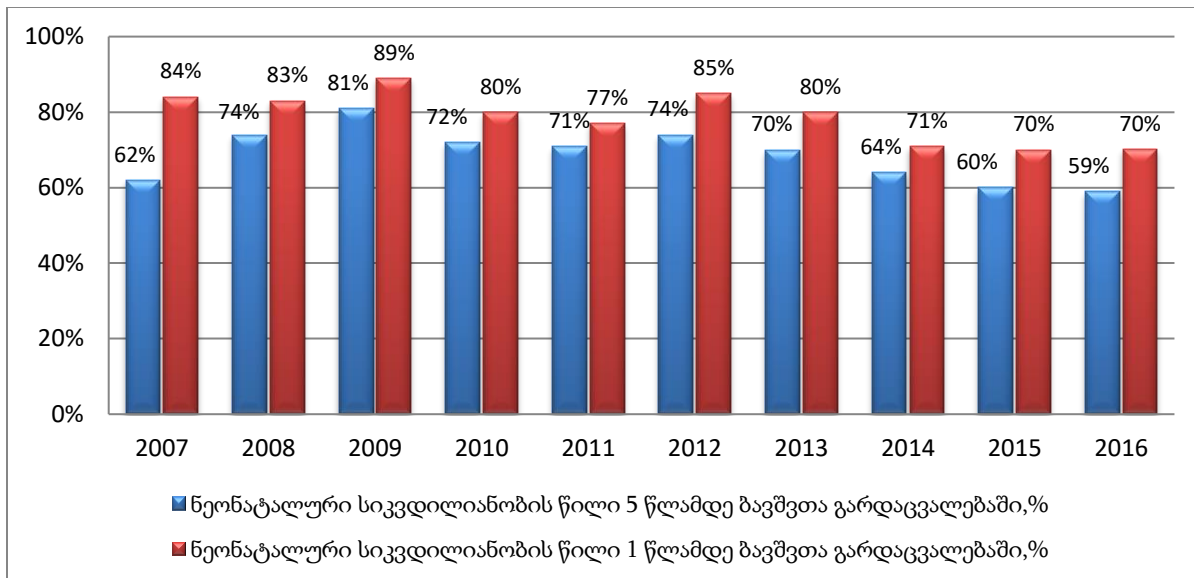
სურათი 4.1.1 ნეონატალური, ადრეული და გვიანი ნეონატალური სიკვდილიანობის მაჩვენებელთა დინამიკა, საქართველო, 2005-2016



წყარო: საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის სამინისტრო; დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი.

აღსანიშნავია, რომ 2015 წელთან შედარებით, ნეონატალური სიკვდილიანობის წილმა 5 წლამდე ასაკის ბავშვთა გარდაცვალებაში დაიკლო და 59% შეადგინა; თუმცა, მისი მნიშვნელობა კვლავ აჭარბებს გლობალურ საშუალო მაჩვენებელს, რომელიც ჯანმოს მიხედვით 43%-ს შეადგენს (9). 2016 წელს ნეონატალური სიკვდილიანობის წილმა 0-დან 1 წლამდე ბავშვთა გარდაცვალებაში 70% შეადგინა, რაც უტოლდება 2015 წლის მონაცემებს.

სურათი 4.1.2 ნეონატალური სიკვდილიანობის წილი 5 წლამდე და 1 წლამდე ასაკის ბავშვთა გარდაცვალებაში, საქართველო, 2007-2016



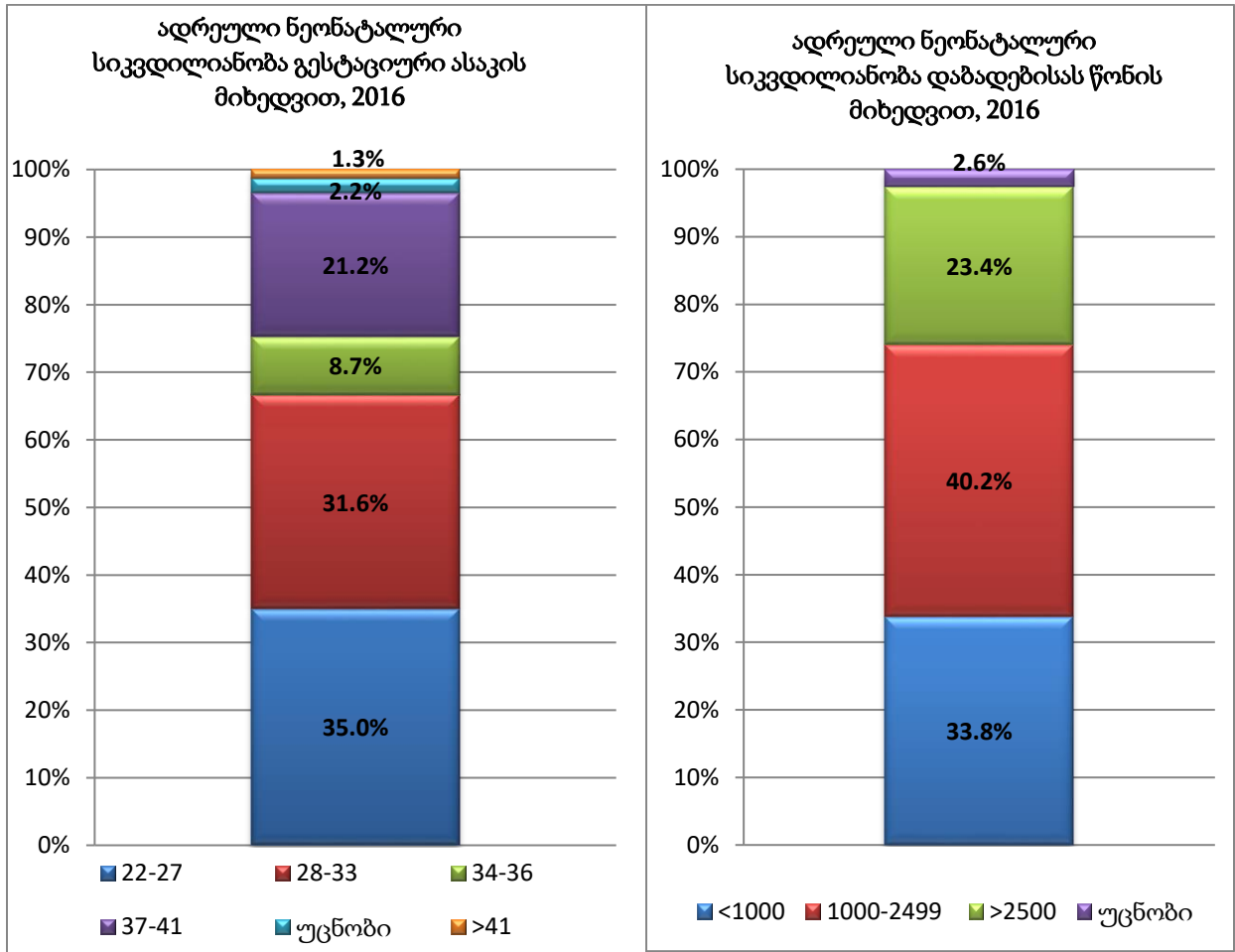
წყარო: საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის სამინისტრო; დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი.

2016 წელს ნეონატალური სიკვდილიანობის 72% ნაადრევ ახალშობილთა შორის დაფიქსირდა; მათ შორის ნეონატალურ პერიოდში გარდაცვლილ ახალშობილთა 39%-ში გესტაციური ასაკი დაბადებისას 22-27 კვირა, 47%-ში - 28-33 კვირა, 14%-ში 34-37 კვირა იყო.

ნეონატალური სიკვდილიანობის 65%-ს წარმოადგენდა ადრეული ნეონატალური სიკვდილიანობა. 2016 წელს ადრეული ნეონატალური სიკვდილის შემთხვევათა 35% 22-27 გესტაციური კვირის ასაკში დაბადებულ ახალშობილთა შორის დადგა, 32% - 28-33 გესტაციური კვირის ასაკის ახალშობილებში, ხოლო 9% და 22%, შესაბამისად, 34-37 და 37-ზე მეტი კვირის გესტაციური ასაკის მქონე ახალშობილებში. გარდაცვლილ ნეონატთა 0.4% დაიბადა 22 კვირამდე, ხოლო 1.6%-ში უცნობია ახალშობილის გესტაციური ასაკი.

გარდაცვლილ ნეონატთა წონა 40.2%-ში შეადგენდა 1000-2499 გრამს, ადრეულ პერიოდში გარდაცვლილ ნეონატთა 23.4%-ში მათი წონა დაბადებისას 2500 გრამზე მეტს შეადგენდა, ხოლო 33.8%-ში 1000 გრამზე ნაკლებს. ადრეული ნეონატალური სიკვდილის შემთხვევათა 2.6%-ში ახალშობილის წონა დაბადებისას უცნობია.

სურათი 4.1.3 ადრეული ნეონატალური სიკვდილი გესტაციური ასაკისა და დაბადების წონის მიხედვით, საქართველო, 2016



წყარო: საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის სამინისტრო; დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი.

როგორც აღინიშნა, 2016 წელს საქართველოში ნეონატალური გარდაცვალების მიზეზების ანალიზი განხორციელდა ICD-PM კლასიფიკაციის მიხედვით. კლასიფიკატორის გამოყენებამ საშუალება მოგვცა დეტალურად შეგვესწავლა ნეონატალური სიკვდილის მიზეზები. ვინაიდან, ორსულობის განმავლობაში დედისმხრივი გართულებების შესახებ ინფორმაცია ძალიან მწირია, ნეონატალური სიკვდილის შემთხვევათა სამედიცინო ჩანაწერებში ვერ მოხერხდა კორელაციის დადგენა ნეონატალურ სიკვდილიანობასა და ორსულობის დროინდელ გართულებებს შორის. დედისმხრივ გართულებებსა და ადრეულ ნეონატალურ სიკვდილიანობას შორის მიზეზ-შედეგობრივობის შესწავლა შესაძლებელი იქნება 2017 წლიდან „ორსულთა და ახალშობილთა ზედამხედველობის“ მოდულის საშუალებით.

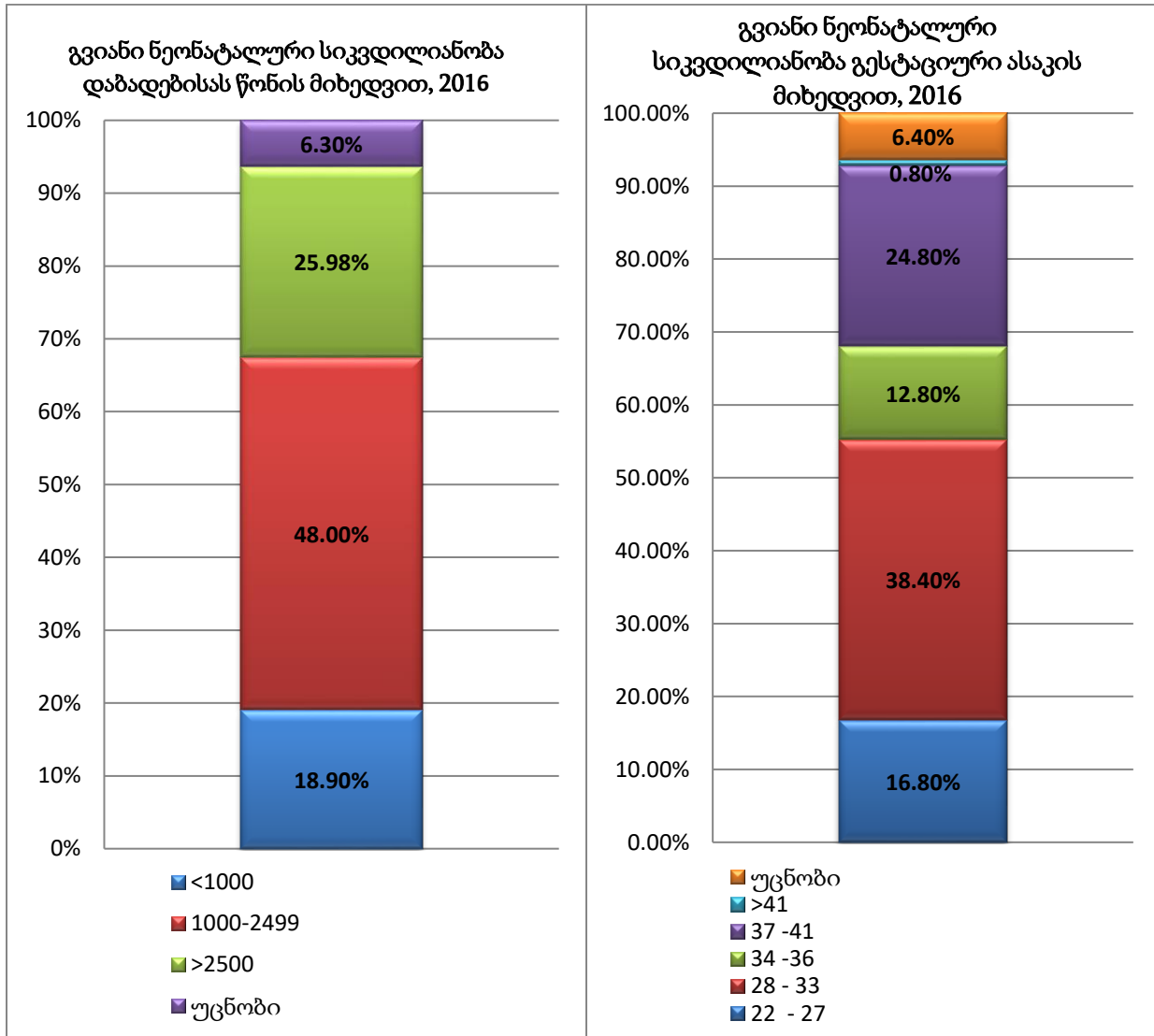
ცხრილი 4.1.2: ადრეული ნეონატალური სიკვდილიანობის მიზეზები ICD-PM კლასიფიკაციის მიხედვით

| ნაყოფისიმზრები მიზეზები | % |
|--|--------|
| დღენაკლულობის სხვა შემთხვევები | 30.74% |
| უკიდურესი უმწიფრობა (დღენაკლულობა) | 23.81% |
| სხვა მცირე წონის ნაყოფი დაბადებისას | 11.69% |
| ძლიერ მცირე წონის ნაყოფი | 8.66% |
| ახალშობილთა რესპირაციული დისტრეს-სინდრომი | 6.49% |
| მძიმე ასფიქსია დაბადებისას | 3.90% |
| ახალშობილთა სხვა რესპირაციული დისტრესი | 3.03% |
| გესტაციურ ასაკთან შედარებით მცირე წონის ნაყოფი | 0.43% |
| გესტაციურ ასაკთან შედარებით პატარა ნაყოფი | 0.43% |
| ნაყოფის მალნუტრიცია, გესტაციურ ასაკთან შედარებით მისი ზომებისა და წონის აღნიშვნის გარეშე | 0.43% |
| თანდაყოლილი ციტომეგალოვირუსული ინფექცია | 0.43% |
| ახალშობილთა ბაქტერიული სეფსისი, დაუზუსტებელი | 1.73% |
| ვადაგადაცილებული ახალშობილი, რომელიც არ არის ორსულობის ასაკთან შედარებით დიდი წონის | 1.30% |
| პერინატალური პერიოდისათვის დამახასიათებელი ინფექცია, დაუზუსტებელი | 0.87% |
| ნაყოფისა და ახალშობილის დისემინირებული სისხლმარღვშიდა კოაგულაცია | 0.43% |
| მდგომარეობები, აღმოცენებული პერინატალურ პერიოდში, დაუზუსტებელი | 1.30% |
| ნაყოფის სიკვდილი დაუზუსტებელი მიზეზით | 1.30% |
| გულის ძგიდის თანდაყოლილი ანომალიები | 0.43% |
| გულის სხვა თანდაყოლილი ანომალიები | 0.87% |
| მაგისტრალურ სისხლმარღვთა სხვა თანდაყოლილი ანომალიები | 0.43% |
| ფილტვის თანდაყოლილი ანომალიები | 0.43% |
| სხვა დაუზუსტებული, თანდაყოლილი ანომალიების სინდრომები რამდენიმე სისტემის დაზიანებით | 0.87% |

წყარო: საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის სამინისტრო; დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი

გვიან ნეონატალურ პერიოდში გარდაცვლილ ახალშობილთა შორის 17% დაიბადა 22-27 კვირის გესტაციურ ასაკში, 38% - 28-33 კვირის ვადაზე, ხოლო გარდაცვლილთა 13% და 26% დაიბადა, შესაბამისად, ორსულობის 34-36 და ≥ 37 კვირის ვადაზე. გვიან ნეონატალურ პერიოდში გარდაცვლილ ახალშობილთა 6%-ში გესტაციური ასაკი უცნობია.

სურათი 4.1.4 გვიანი ნეონატალური სიკვდილიანობის გესტაციური ასაკისა და დაბადებისას წონის მიხედვით, საქართველო, 2016



წყარო: საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის სამინისტრო; დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი.

ცხრილი 4.1.3 გვიანი ნეონატალური სიკვდილიანობის მიზეზები ICD-PM კლასიფიკაციის მიხედვით

| ნაყოფისმხრივი მიზეზები | % |
|-------------------------------------|--------|
| ძლიერ მცირე წონის ნაყოფი | 4.00% |
| სხვა მცირე წონის ნაყოფი დაბადებისას | 9.60% |
| უკიდურესი უმწიფრობა (დღენაკლულობა) | 13.60% |
| დღენაკლულობის სხვა შემთხვევები | 36.00% |

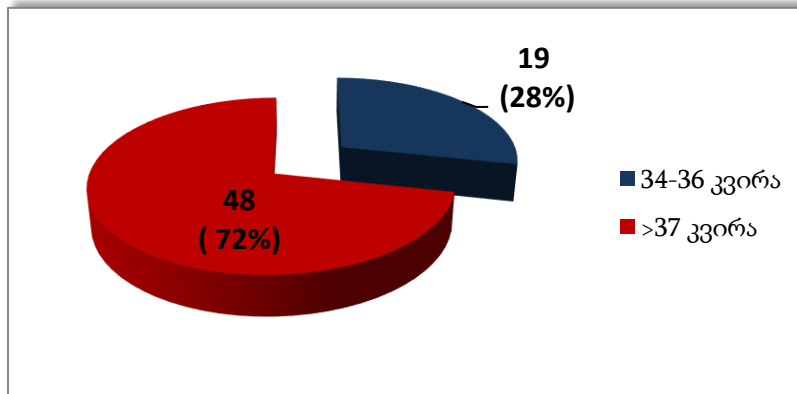
| | |
|---|---------|
| ცენტრალური ნერვული სისტემის სამშობიარო ტრავმა, დაუზუსტებელი | 0.80% |
| მძიმე ასფიქსია დაბადებისას | 0.80% |
| ახალშობილთა რესპირაციული დისტრეს-სინდრომი | 0.80% |
| ახალშობილთა სხვა რესპირაციული დისტრესი | 0.80% |
| ახალშობილთა სხვა რესპირაციული დისტრესი, დაუზუსტებელი | 0.80% |
| სხვა მდგომარეობები, დაკავშირებული ინტენსტივულ ემფიზემასთან, აღმოცენებული პერინატალურ პერიოდში | 0.80% |
| ახალშობილთა ბაქტერიული სეფსისი, დაუზუსტებელი | 11.20 % |
| პერინატალური პერიოდისათვის დამახასიათებელი ინფექცია, დაუზუსტებელი | 3.20% |
| ნაყოფის და ახალშობილის პარკუჭშიდა (არატრავმული) სისხლჩაქცევა, II ხარისხის | 0.80% |
| თირკმლის თანდაყოლილი უკმარისობა | 0.80% |
| მდგომარეობები, აღმოცენებული პერინატალურ პერიოდში, დაუზუსტებელი | 5.60% |
| თანდაყოლილი ჰიდროცეფალია | 0.80% |
| გულის ძგიდის თანდაყოლილი ანომალიები | 1.60% |
| გულის სხვა თანდაყოლილი ანომალიები | 5.60% |
| ფილტვის თანდაყოლილი ანომალიები | 0.80% |
| სხვა თანდაყოლილი ანომალიები, რომლებიც არ არის შეტანილი სხვა რუბრიკებში | 1.60% |

წყარო: საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის სამინისტრო; დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი

4.1.1 ნეონატალური სიკვდილის შემთხვევების ჩაღრმავებული ანალიზი

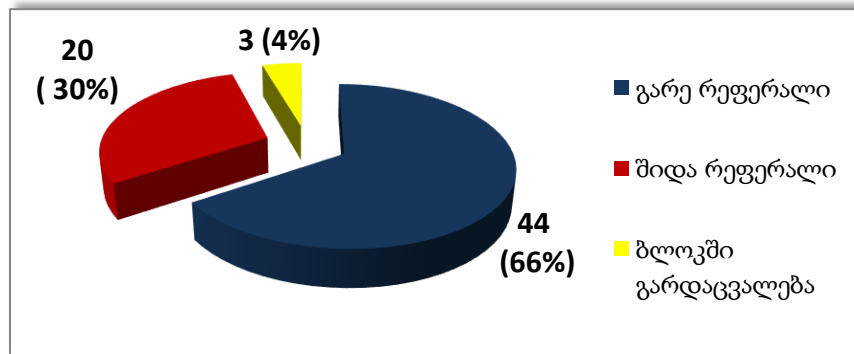
ჩაღრმავებული ანალიზისათვის ნეონატალური სიკვდილის შემთხვევები შერჩეული იქნა გარკვეული კრიტერიუმების მიხედვით. შერჩევის ძირითად კრიტერიუმს კოჰორტის ადრეული (0-6 კვირა) და გვიანი (7-28 კვირა) ნეონატების შემთხვევებად დიფერენცირება წარმოადგენდა. კოჰორტის შერჩევისას გამოირიცხა თანდაყოლილი, სიცოცხლისათვის შეუთავსებელი ანომალიების მქონე გარდაცვლილი ბავშვების შემთხვევები. ძირითად კრიტერიუმად გესტაციური ასაკი 34-36 და 37-41 კვირა იქნა აღებული. საბოლოოდ მოძიებულ და განხილულ იქნა გარდაცვლილი ადრეული ნეონატების 40 ისტორია და გვიანი ნეონატების 27 ისტორია, რის შედეგადაც მივიღეთ კოჰორტა - 67 შემთხვევა. აღნიშნული გესტაციური ასაკის შერჩევის საფუძველს წარმოადგენდა ის ფაქტი, რომ საერთაშორისო გაიდლაინების და მტკიცებულებების მიხედვით აღნიშნულ გესტაციურ ასაკში დაავადებები და პათოლოგიური მდგომარეობები უმეტეს შემთხვევაში მკურნალობასა და მართვას ექვემდებარება (10, 11). დაავადების გამოსავალი მკვეთრად და დამოკიდებული სამედიცინო მოსახურეობისა და ანტენატალური მეთვალყურეობის ხარისხზე. აღნიშნულ კოჰორტაში 28% იყო გვიანი დღენაკლული (34-36 კვირა) ახალშობილის, ხოლო 72% დროული (37-41 კვირა) ახალშობილის გარდაცვალების შემთხვევა.

სურათი 4.1.1.1 ანალიზისათვის შერჩეულ ახალშობილთა (n=67) განაწილება გესტაციური ასაკის მიხედვით (%)



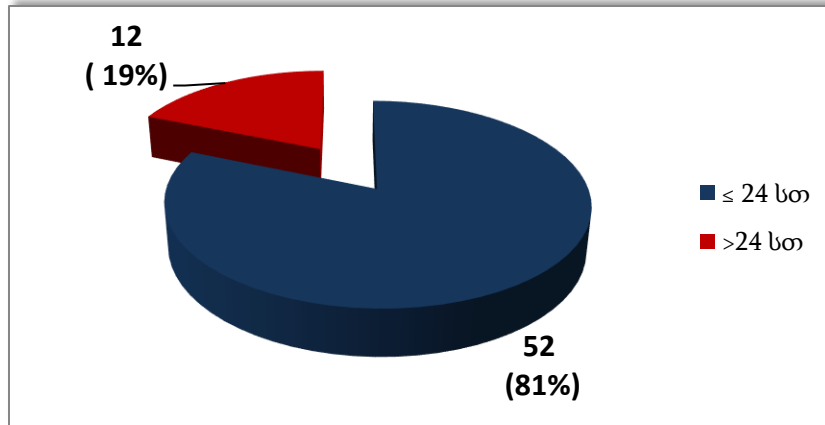
ანალიზისათვის შერჩეულ (გვიანი დღენაკლული და დროული ახალშობილები) ახალშობილთა ნეონატალურ პერიოდში გარდაცვალების 67 შემთხვევიდან გარე რეფერალი განხორციელდა 44 (66%) შემთხვევაში, ხოლო 20 (30%) შემთხვევაში განხორციელებული იქნა შიდა რეფერალი. 3 (4%) შემთხვევაში სიკვდილი დადგა სამშობიარო ბლოკში.

სურათი 4.1.1.2 ანალიზისათვის შერჩეულ ახალშობილთა განაწილება რეფერალის განხორციელების მიხედვით (%) (n=67)



რაც შეეხება რეფერალის განხორციელების დროულობას, რეფერალური მომსახურება პირველ 24 საათში 52 (81%) შემთხვევაზე იქნა განხორციელებული, ხოლო 12 (19%) შემთხვევაზე 24 საათის შედგომ.

სურათი 4.1.1.3 ახალშობილთა ნეონატალური სიკვდილიანობის შემთხვევების განაწილება რეფერალის განხორციელების დროის მიხედვით (%) (n=64)



სიცოცხლის პირველ 24 საათში რეფერალ-განხორციელებულ 52 (81%) შემთხვევაში ახალშობილთა გარდაცვალების ძირითად მიზეზებს წარმოადგენდა: ახალშობილთა რესპირატორული დისტრესი, ასფიქსია დაბადებისას, თანდაყოლილი ანომალიები, ჰიპოთერმია, სამშობიარო ტრავმა, სისხლდენები, ახალშობილის ჰემორაგიული დაავადებები და სხვა; მიზეზები შემდეგნაირად გადანაწილდა.

ცხრილი 4.1.1.4 ადრეული ნეონატალური სიკვდილის შემთხვევების განაწილება სიცოცხლის პირველ 24 საათში განხორციელებული რეფერალისა და გარდაცვალების ძირითადი მიზეზების მიხედვით (%) (n=52)

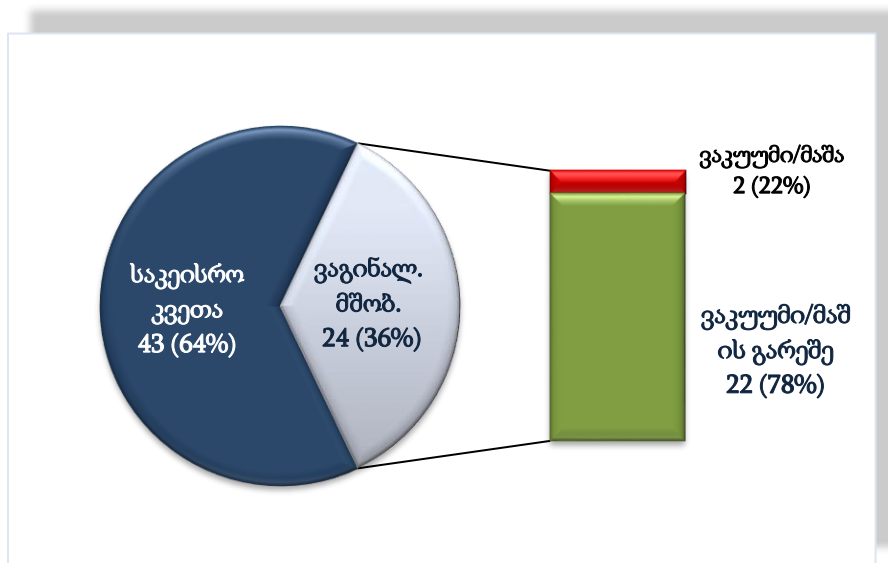
| სიკვდილის ძირითადი მიზეზები | სიცოცხლის პირველ 24 საათში | პროცენტი (%) |
|---|----------------------------|--------------|
| G93.1თავის ტვინის ანოქსიური დაზიანება, რომელიც არ არის შეტანილი სხვა რუბიკებში | 1 | 2% |
| P20.0 საშვილოსნოსშიდა ჰიპოქსია, პირველად შემჩნეული სამშობიარო მოქმედებების დაწყებამდე | 1 | 2% |
| P21.0 მძიმე ასფიქსია დაბადებისას | 4 | 8% |
| P22 ახალშობილთა რესპირაციული დისტრესი | 29 | 56% |
| P25.1 პნევმოტორაქსი, აღმოცენებული პერინატალურ პერიოდში | 1 | 2% |
| P29.0 ახალშობილის გულის უკმარისობა | 1 | 2% |
| P93.9 რეაქციები და ინტროქსიკაციები გამოწვეული ნაყოფისა და ახალშობილისათვის მიცემული სამკურნალო საშუალებებით | 1 | 2% |
| P36.8 ახალშობილთა სხვა ბაქტერიული სეფსისი | 9 | 16% |
| P52.2 ნაყოფის და ახალშობილის პარკუჭშიდა არატრამეული სიხლჩაქცევა, III ხარისხის | 1 | 2% |
| Q25.0 ღია არტერიული სადინარი | 2 | 4% |
| Q79.0 თანდაყოლილი დიაფრაგმული თიაქარი | 1 | 2% |
| R57.9 შოკი, დაუზუსტებელი | 1 | 2% |
| სულ | 52 | 100% |

ცხრილი 4.1.1.5 ადრეული ნეონატალური სიკვდილიანობის შემთხვევების განაწილება დაბადებიდან 24 საათის შემდგომ განხორციელებული რეფერალისა და გარდაცვალების ძირითადი მიზეზების მიხედვით (%) (n=12)

| სიკვდილის ძირითადი მიზეზები | დაბადებიდან 24 საათის შემდგომ | პროცენტი (%) |
|--|-------------------------------|--------------|
| E88 მეტაბოლიზმის სხვა დარღვევები | 1 | 8% |
| P22.8 ახალშობილთა სხვა რესპირატორული დისტრესი | 6 | 50% |
| P36.9 ახალშობილთა ბაქტერიული სეფსისი, დაუზუსტებელი | 3 | 26% |
| Q02 მიკროცეფალი | 1 | 8% |
| R57.9შოკი, დაუზუსტებელი | 1 | 8% |
| სულ | 12 | 100% |

ანალიზისასათვის შერჩეულ 67 ნეონატალურ პერიოდში გარდაცვლილ გვიან დღენაკულ და დროულ ახალშობილებილთა შორის 64% საკეისრო კვეთის შედეგად დაიბადა, 36%-ში მშობიარობა იყო ვაგინალური, მათ შორის 3%-ში საჭირო გახდა ვაკუუმი/მაშა.

სურათი 4.1.1. ანალიზისათვის შერჩეულ ახალშობილთა დედების მშობიარობის ტიპი (%) (n=67)



საინტერესოა, რომ ანალიზისას საკვლევ კოჰორტაში <37 (0/7) კვირამდე 19 (44%) საკეისრო კვეთა დაფიქსირდა; 37 (0/7)-38 (0/7) კვირაზე - 8 შემთხვევა (19%); ორსულობის 39 (0/7) კვირაზე გაკეთდა 5 (12%) ; ხოლო 39 (0/7) კვირის შემდეგ - 11 (25%) საკეისრო კვეთა.

ცხრილი 4.1.1.6 საკეისრო კვეთების განაწილება ორსულობის ვადის მიხედვით (n=43)

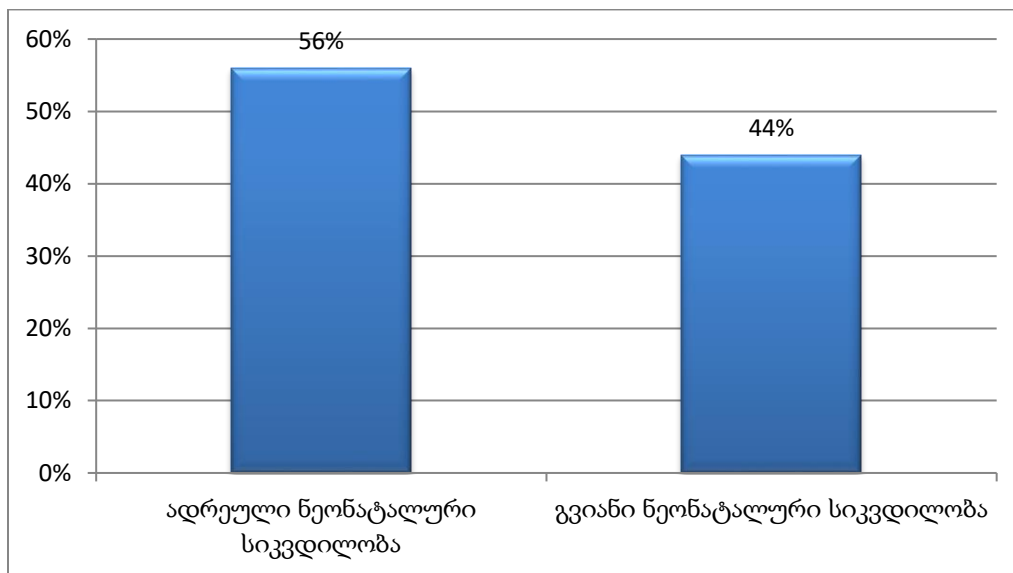
| საკეისრო ჩვენება კვირების მიხედვით | საკეისრო კვეთის | პროცენტი |
|------------------------------------|-----------------|----------|
|------------------------------------|-----------------|----------|

| | რაოდენობა | (%) |
|---|-----------|------|
| 37(0/7)კვირამდე გაკეთებული საკეისრო | 19 | 44% |
| 37(0/7)-38(0/7) კვირაზე გაკეთებული საკეისრო | 8 | 19% |
| 39 (0/7) კვირაზე გაკეთებული საკეისრო | 5 | 12% |
| 39(0/7) კვირის შემდეგ გაკეთებული საკეისრო | 7 | 16% |
| ინფორმაცია ვერ მოიძებნა | 4 | 9% |
| სულ | 43 | 100% |

განსაკუთრებულ კლინიკურ ინტერესს წარმოადგენს საკეისრო კვეთის ჩატარება 37-39 კვირის გესტაციაზე სამედიცინო ჩვენების გარეშე (23%), რაც ახალშობილთა ფილტვის უმწიფრობის და შემდგომში რესპირატორული პრობლემების განვითარების ერთ-ერთ მთავარ რისკ-ფაქტორს წარმოადგენს.

ჩვენს მიერ ჩაღრმავებული ანალიზისათვის შერჩეულ 67 შემთხვევიდან 36 (56%) ადრეული ნეონატალური სიკვდილის, 31 შემთხვევა (44%) კი გვიანი ნეონატალური სიკვდილის შემთხვევაა.

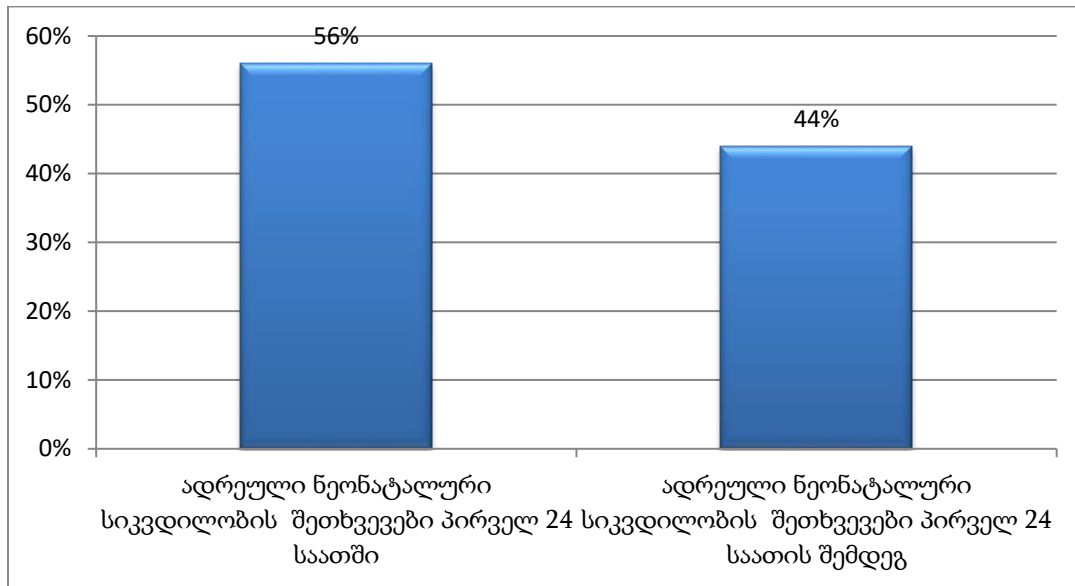
სურათი 4.1.1.5 მოცემულ კოჰორტაში ადრეული და გვიანი ნეონატალური სიკვდილიანობის პროცენტული განაწილება (%)



ადრეულ ნეონატალური სიკვდილის 36 შემთხვევიდან (56%) სიცოცხლის პირველ 24 საათში გარდაცვლილ ახალშობილთა წილი 56%-ია (20 შემთხვევა).

სურათი 4 .1.1.6 მოცემულ კოჰორტაში ადრეული ნეონატალური სიკვდილიანობის ჯგუფში

პირველ 24 საათში და პირველი 24 საათის შემდეგ გარდაცვალების წილი (%)



პირველ 24 საათში გარდაცვლილი ადრეული ნეონატების სიკვდილიანობის ძირითად მიზეზებს წარმოადგენდა: ასფიქსია დაბადებისას - 11 (55%) შემთხვევა; 2 (10%) შემთხვევაში დაფიქსირდა ჰიპოთერმიის, ასევე 2 (10%) შემთხვევაში - შოკი დაუზუსტებელი, ახალშობილთა ბაქტერიული სეფსისი სეფსისი 4 (20%), პერინატალურ პერიოდში დამახასიათებელი სხვა ინფექცია 1 (5%).

ცხრილი 4.1.1.7 პირველ 24 საათში გარდაცვლილი ადრეული ნეონატების სიკვდილობის მიზეზები:

| სიკვდილის ძირითადი მიზეზები | სიცოცხლის პირველ 24 საათში გარდაცვლილი ადრეული ნეონატალური შემთხვევები | პროცენტი (%) |
|--|--|--------------|
| ასფიქსია დაბადებისას | 11 | 55% |
| ჰიპოთერმია | 2 | 10% |
| ახალშობილთა ბაქტერიული სეფსისი | 4 | 20% |
| შოკი დაუზუსტებელი | 2 | 10% |
| პერინატალურ პერიოდში დამახასიათებელი სხვა ინფექცია | 1 | 5% |
| სულ | 20 | 100% |

ჩაღრმავებული ანალიზისათვის შერჩეულ კოჰორტაში პირველ 7 დღეში გარდაცვლილი ადრეული ნეონატების სიკვდილიანობის მიზეზების ანალიზისას ასფიქსია დაბადებისას დაფიქსირებული იქნა 6 შემთხვევაში (38%); ახალშობილის ჰემორაგიული დაავადებები 2 შემთხვევაში (13%); ჰიპოთერმია 1 შემთხვევაში (6%); სამშობიარო ტრავმა 7 შემთხვევაში (43%).

ცხრილი 4.1.1.8 მოცემულ კოჰორტაში პირველ 7 დღეში გარდაცვლილი ადრეული ნეონატების

სიკვდილობის ძირითადი მიზეზები:

| სიკვდილის ძირითადი მიზეზები | სიცოცხლის პირველ 24 საათში გარდაცვლილი ადრეული ნეონატალური შემთხვევები | პროცენტი (%) |
|-------------------------------------|--|--------------|
| ასფიქსია დაბადებისას | 6 | 38% |
| ახალშობილის ჰემორაგიული დაავადებები | 2 | 13% |
| ჰიპოთერმია | 1 | 6% |
| სამშობიარო ტრავმა | 7 | 43% |
| სულ | 16 | 100% |

ცხრილი 4.1.1.9 მოცემულ კოჰორტაში გვიანი ნეონატალური სიკვდილის ძირითადი მიზეზები:

| სიკვდილის ძირითადი მიზეზები | გვიან ნეონატალური შემთხვევები | პროცენტი (%) |
|-------------------------------------|-------------------------------|--------------|
| ასფიქსია დაბადებისას | 12 | 39% |
| ახალშობილის ჰემორაგიული დაავადებები | 9 | 28% |
| ჰიპოთერმია | 4 | 13% |
| სამშობიარო ტრავმა | 3 | 10% |
| სიხლდენები | 3 | 10% |
| სულ | 31 | 100% |

4.1.2 მნიშვნელოვანი მიგნებები

- ანალიზისას გამოიკვეთა სამედიცინო ისტორიების არასრულფასოვნება, განსაკუთრებით ანტენატალური მეთვალყურეობის, დედის ინფექციების, ახალშობილის ძირითადი გართულებების. აღნიშნულიდან გამომდინარე აუცილებელია ქვეყანაში დაინერგოს უნიფიცირებული სამედიცინო ჩანაწერების წარმოების ფორმა და წესები;
- ანალიზმა ასევე გვიჩვენა, რომ მიუხედავად კლების ტენდენციისა საქართველოში კვლავ გამოწვევად რჩება ახალშობილთა გარდაცვალება მაღალ გესტაციურ ვადებზე. ადრეული ნეონატალური სიკვდილის 31%, ხოლო გვიანი ნეონატალური სიკვდილის 39% მოხდა ≥ 34 კვირის გესტაციის მქონე ახალშობილებში. მათ შორის დროული

ახალშობილების წილი (≥ 37 კვირა) შეადგენდა 28%-ს, რაც ანტენატალურ, ინტრანატალურ და პოსტნატალურ მართვაში არსებულ ნაკლოვანებებზე მიუთითებს.

- გარდაცვალების სტრუქტურაში გვიან გესტაციურ ვადებზე ჭარბობს რდს-ი (47%), ინფექცია/სეფსისი (17.5%), ასფიქსია - (10%), რაც ასევე ორსულობის, მშობიარობის და მშობიარობის შემდგომ მართვაში და ახალშობილის პირველად სარეანიმაციო ღონისძიებებში არსებული ხარვეზების მიმანიშნებელია.
- ის ფაქტი, რომ გარდაცვლილ ახალშობილთა $>80\%$ რეფერალი დროულად, პირველ 24 საათში განხორციელდა სამედიცინო პერსონალის მიერ სარისკო მდგომარეობების დროულ ამოცნობაზე მიუთითებს, თუმცა 19% შემთხვევაში რეფერალი 24 საათის შემდეგ განხორციელდა, რაც შესაძლებელია სიმპტომების გვიანი გამოვლენით აიხსნას.
- საქართველოში კვლავ პრობლემად რჩება გეგმიური საკეისრო კვეთის განხორციელება <39 კვირის ვადაზე, რაც ახალშობილთა ფილტვის უმწიფრობის და შემდგომში რესპირატორული პრობლემების განვითარების ერთ-ერთ მთავარ რისკ-ფაქტორს წარმოადგენს. აღნიშნულიდან გამომდინარე მნიშვნელოვანია რეგულატორული/მაკონტროლებელი სისტემის გამკაცრება, რათა არ მოხდეს სამედიცინო ჩვენების გარეშე გეგმიური საკეისრო კვეთის განხორციელება <39 კვირის ვადაზე.

4.2. შედარება სხვა ქვეყნებთან

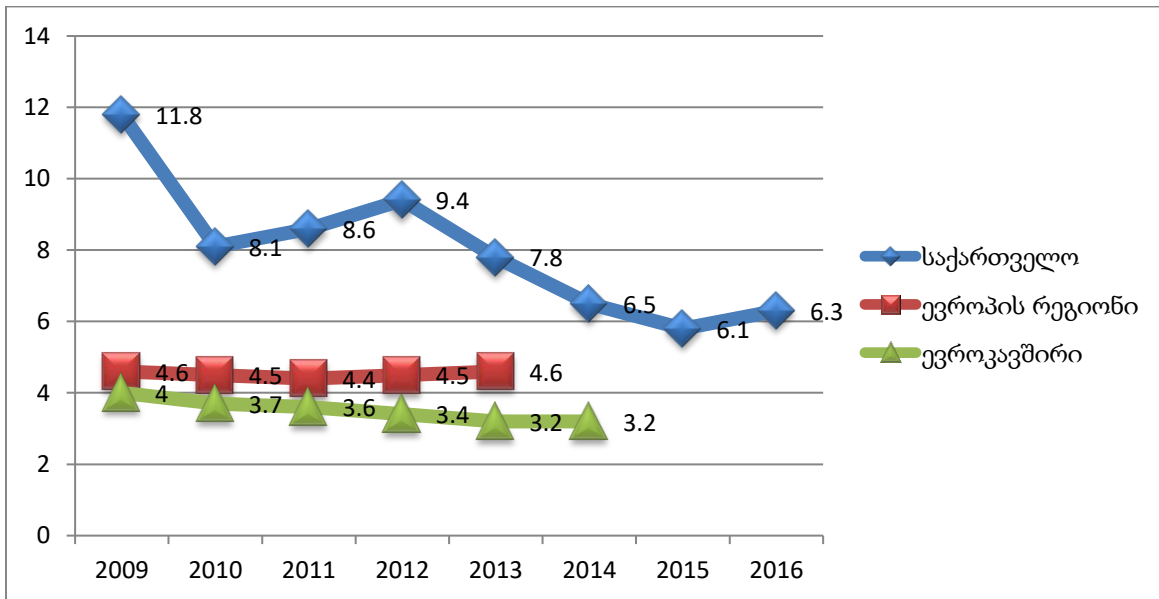
გლობალურად, ნეონატალური სიკვდილიანობა უკანასკნელი 25 წლის განმავლობაში მნიშვნელოვნად შემცირდა; 1990 წელს ნეონატალური სიკვდილიანობის მაჩვენებელი შეადგენდა 36-ს 1000 ცოცხლადშობილზე, 2015 წელს კი ეს მაჩვენებელი 19 იყო.

ნეონატალური სიკვდილის შემთხვევები ყოველწლიურად მცირდება: 5.1 მილიონიდან (1990 წ.) შემცირდა 2.7 მილიონამდე (2015 წ.) (23). მიუხედავად ამისა, ხუთ წლამდე ასაკის ბავშვთა სიკვდილიანობის სტრუქტურაში 1990 წლიდან 2015 წლამდე ნეონატალური სიკვდილიანობის შემცირება (47%) უფრო ნელა მიმდინარეობდა, ვიდრე პოსტნეონატალური პერიოდის (58%) (3).

ნეონატალური სიკვდილიანობა საქართველოში უფრო მაღალია, ვიდრე ევროპის რეგიონის და ევროკავშირის ქვეყნებში. თუმცა, ბოლო წლების კლების ტენდენციის გათვალისწინებით (2016 წლის მაჩვენებელი - 6.3 ყოველ 1000 ცოცხლადშობილზე), ნეონატალური სიკვდილიანობის მაჩვენებელი მალე მიუახლოვდება ევროპის ქვეყნების საშუალო მაჩვენებელს.

სურათი 4.2.1 ნეონატალური სიკვდილიანობის მაჩვენებლის დინამიკა 1000

ცოცხლადშობილზე, საქართველო და ევროპის რეგიონი, ევროკავშირი; 2009-2016



წყარო: ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის მონაცემთა ბაზა „ჯანმრთელობა ყველასათვის“

4.3 მნიშვნელოვანი მიგნებები

- 2012 წელთან შედარებით ნეონატალური სიკვდილიანობა შემცირდა 36%-ით და 2016 წელს შეადგინა 6.3 ყოველ 1000 ცოცხლადშობილზე.
- ქვეყანაში დაინერგა პერინატალური სერვისების რეგიონალიზაცია, რაც ხელს უწყობს რისკის მქონე ორსულების/ახალშობილების დროულ გამოვლენას და მათი მოვლის უზრუნველყოფას შესაბამისი სიმძლავრის და დონის მქონე დაწესებულებებში.
- 2016 წელს ქვეყნის მიერ დამტკიცებულ იქნა დედათა და ახალშობილთა ეროვნული სტრატეგია და სამოქმედო გეგმა, რომლის ერთ-ერთ მთავარ პრიორიტეტს წარმოადგენს ნეონატალური სიკვდილის შემთხვევათა შემცირება.
- ქვეყანაში დანერგილი პერინატალური აუდიტის სისტემა ასევე შეუწყობს ხელს ნეონატოლოგიური სამსახურის სერვისების ხარისხის გაუმჯობესებას.

5. 0-1 წლამდე ბავშვთა სიკვდილიანობა

ჩვილთა სიკვდილიანობა არ მიეკუთვნება პერინატალურ პერიოდს. მიუხედავად ამისა, პერინატალური ჯანმრთელობის ანგარიშში განხილულია 0-1 წლამდე ასაკის ბავშვთა სიკვდილიანობა, როგორც პერინატალური ავადობის ერთ-ერთი შედეგი. ICD-10-ის მიხედვით, ჩვილთა სიკვდილიანობის მაჩვენებელი განიმარტება როგორც ჩვილის სიკვდილი დაბადებიდან ერთ წლამდე (0-365 დღე) ასაკში ყოველ 1000 ცოცხლადშობილზე.

მონაცემთა შეგროვება ყოველწლიურად ხდება გარდაცვალების მიზეზების, გესტაციური ასაკის, ნაყოფის რაოდენობისა და დაბადებისას წონის მიხედვით.

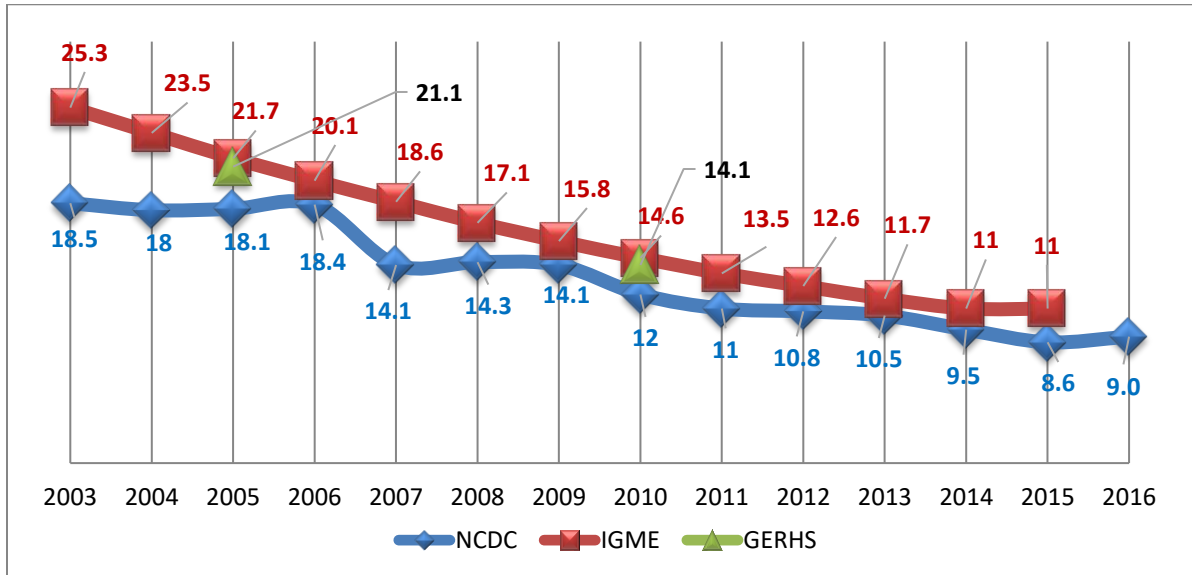
გაეროს სააგენტოთაშორისი ჯგუფი ბავშვთა სიკვდილიანობის შეფასებისათვის მიიჩნევს, რომ საქართველოში როგორც 0-5 წლამდე, ასევე 0-1 წლამდე ბავშვთა სიკვდილიანობა მნიშვნელოვნად შემცირდა. 0-1 წლამდე ასაკის ბავშვთა სიკვდილიანობის მაჩვენებელმა 2003 წლიდან (18.3/1000 ცოცხალშობილზე) დაიკლო და 2015 წელს შეადგინა 8.6/1000 ცოცხალშობილზე.

5.1 შედეგები

ბოლო 25 წლის განმავლობაში მნიშვნელოვანი პროგრესი იქნა მიღწეული ბავშვთა ჯანმრთელობის გაუმჯობესების თვალსაზრისით. გლობალურად, ხუთ წლამდე ასაკის ბავშვთა სიკვდილიანობა შემცირდა 53%-ით (ბავშვთა სიკვდილიანობის მაჩვენებელი 91-დან (1990) 43-მდე (2015) შემცირდა). იმავე პერიოდში, ხუთ წლამდე ასაკში ყოველწლიურად გარდაცვლილ ბავშვთა რაოდენობა 12.7 მილიონიდან 5.9 მილიონამდე შემცირდა (9).

2016 წელს საქართველოში 0-1 წლამდე ჩვილის გარდაცვალების 507 შემთხვევა დაფიქსირდა, მათ შორის 356 გარდაიცვალა ნეონატალურ, ხოლო 151 - პოსტნეონატალურ პერიოდში.

სურათი 5.1.1 0-1 წლამდე ბავშვთა სიკვდილიანობის მაჩვენებელი, საქართველო, 2000-2016



წყარო: საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის სამინისტრო; დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი; სტატისტიკის ეროვნული სამსახური, ბავშვთა სიკვდილიანობის შეფასების გაეროს სააგენტოთაშორისო ჯგუფი

აღსანიშნავია, რომ პოსტნეონატალურ პერიოდში ჩვილთა გარდაცვალება ჩვეულებრივ ასოცირებულია სოციალურ და გარემო ფაქტორებთან, უბედური შემთხვევასა და ინფექციებთან. 2016 წელს პოსტნეონატალურ პერიოდში ჩვილთა გარდაცვალების წილი 29.7% იყო.

2016 წელს წინა საანგარიშო წლისაგან განსხვავებით 0-1 წლამდე ჩვილთა გარდაცვალების მიზეზთა ანალიზი განხორციელდა ICD-PM კლასიფიკატორის მიხედვით. როგორც ცხრილი 6.1.2-დან ჩანს, ჩვილთა გარდაცვალების მიზეზთა შორის სჭარბობს დღენაკლულობა და ახალშობილის მცირე წონა, კვლავ მაღალია გარდაცვალების უცნობ მიზეზთა წილი, ხოლო თანდაყოლილ ანომალიათა პროცენტულმა წილმა შეადგინა 9.2%, რაც 3-ჯერ ნაკლებია 2015 წლის მონაცემზე და დადებით დინამიკად ითვლება.

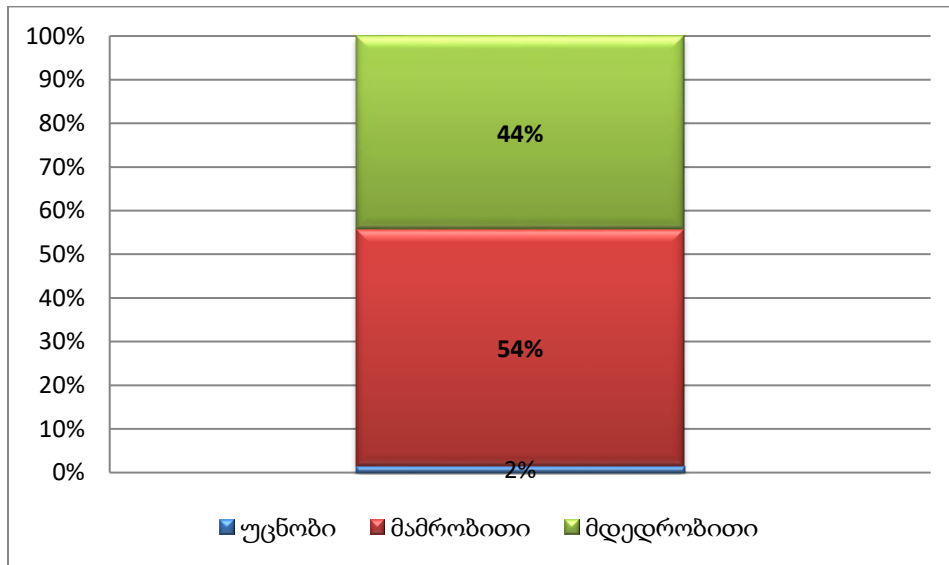
ცხრილი 5.1.1 0-1 წლამდე ჩვილთა გარდაცვალების მიზეზები ICD-PM კლასიფიკაციის

მიხედვით, საქართველო 2016

| სიკვდილის მიზეზები | % |
|---|----------|
| ხანმოკლე ორსულობასთან და ნაყოფის მცირე წონასთან დაკავშირებული დარღვევები, რომლებიც არ არის შეტანილი სხვა რუბრიკებში | 59.0 |
| სიკვდილის სხვა დაუზუსტებელი და არაზუსტად განსაზღვრული მიზეზები | 6.9 |
| ახალშობილთა ბაქტერიული სეფსისი | 5.7 |
| ახალშობილთა რესპირაციული დისტრეს-სინდრომი | 5.5 |
| გულის სხვა თანდაყოლილი ანომალიები | 3.4 |
| ასფიქსია მშობიარობის დროს | 2.2 |
| პერინატალურ პერიოდში აღმოცენებული სხვა დაზიანებები | 2.2 |
| გულის ძგიდის თანდაყოლილი ანომალიები | 1.8 |
| პერინატალური პერიოდისათვის დამახასიათებელი სხვა ინფექციები | 1.4 |
| სხვა დაზუსტებული, თანდაყოლილი ანომალიების სინდრომები რამდენიმე სისტემის დაზიანებით | 1.4 |
| სხვა სეფსისი | 1.0 |
| აორტისა და მიტრალური სარქველების თანდაყოლილი ანომალიები | 0.8 |
| ნაყოფის შენელებული ზრდა-განვითარება და ნაყოფის მალნუტრიცია | 0.6 |
| ხანგრძლივ ორსულობასთან და ნაყოფის დიდ წონასთან დაკავშირებული დარღვევები | 0.6 |
| ნაყოფის სიკვდილი დაუზუსტებელი მიზეზით | 0.6 |
| მსხვილი არტერიების თანდაყოლილი ანომალიები | 0.6 |
| მენინგოკოკური ინფექცია | 0.4 |
| პნევმონია, გამომწვევის დაზუსტების გარეშე | 0.4 |
| ვილტვის თანდაყოლილი ანომალიები | 0.4 |
| საჭმლის მომნელებელი სისტემის სხვა თანდაყოლილი ანომალიები | 0.4 |
| სხვა თანდაყოლილი ანომალიები, რომლებიც არ არის შეტანილი სხვა რუბრიკებში | 0.4 |
| სხვა | 4.5 |
| სულ | 100.0 |

2016 წელს გარდაცვლილ ჩვილთა შორის 54% ვაჟი, ხოლო 44% გოგონა იყო (2%-ში სქესი უცნობია), რაც მცირედით განსხვავდება 2015 წლის იმავე მონაცემებისაგან. 2015 წელს გარდაცვლილ ჩვილთა შორის 51.5% ვაჟი, ხოლო 42.5% გოგონა იყო.

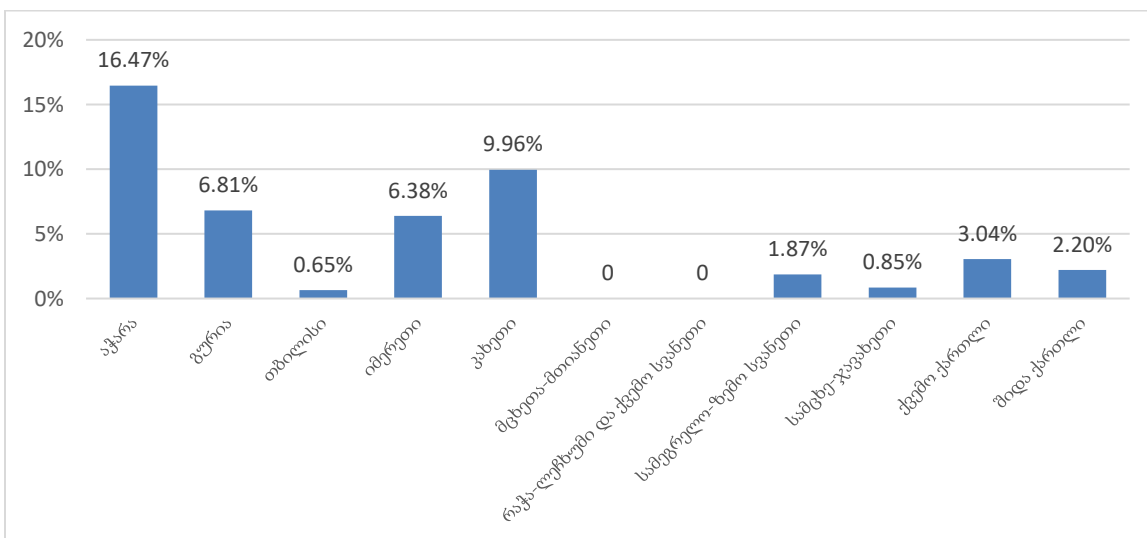
სურათი 5.1.2 ჩვილთა გარდაცვალება სქესის მიხედვით; საქართველო, 2016



წყარო: საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის სამინისტრო; დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი

2016 წელს ჩვილთა სიკვდილიანობის მაჩვენებელი ყველაზე მაღალი იყო თბილისში (16.5/1000 ცოცხალშობილზე), ასევე მაღალი იყო კახეთისა (10/1000 ცოცხალშობილზე) და იმერეთის (6.4/1000 ცოცხალშობილზე) რეგიონებში. რაჭა-ლეჩხუმი და ქვემო სვანეთისა და მცხეთა-მთიანეთის რეგიონებში ჩვილთა სიკვდილიანობა არ აღრიცხულა.

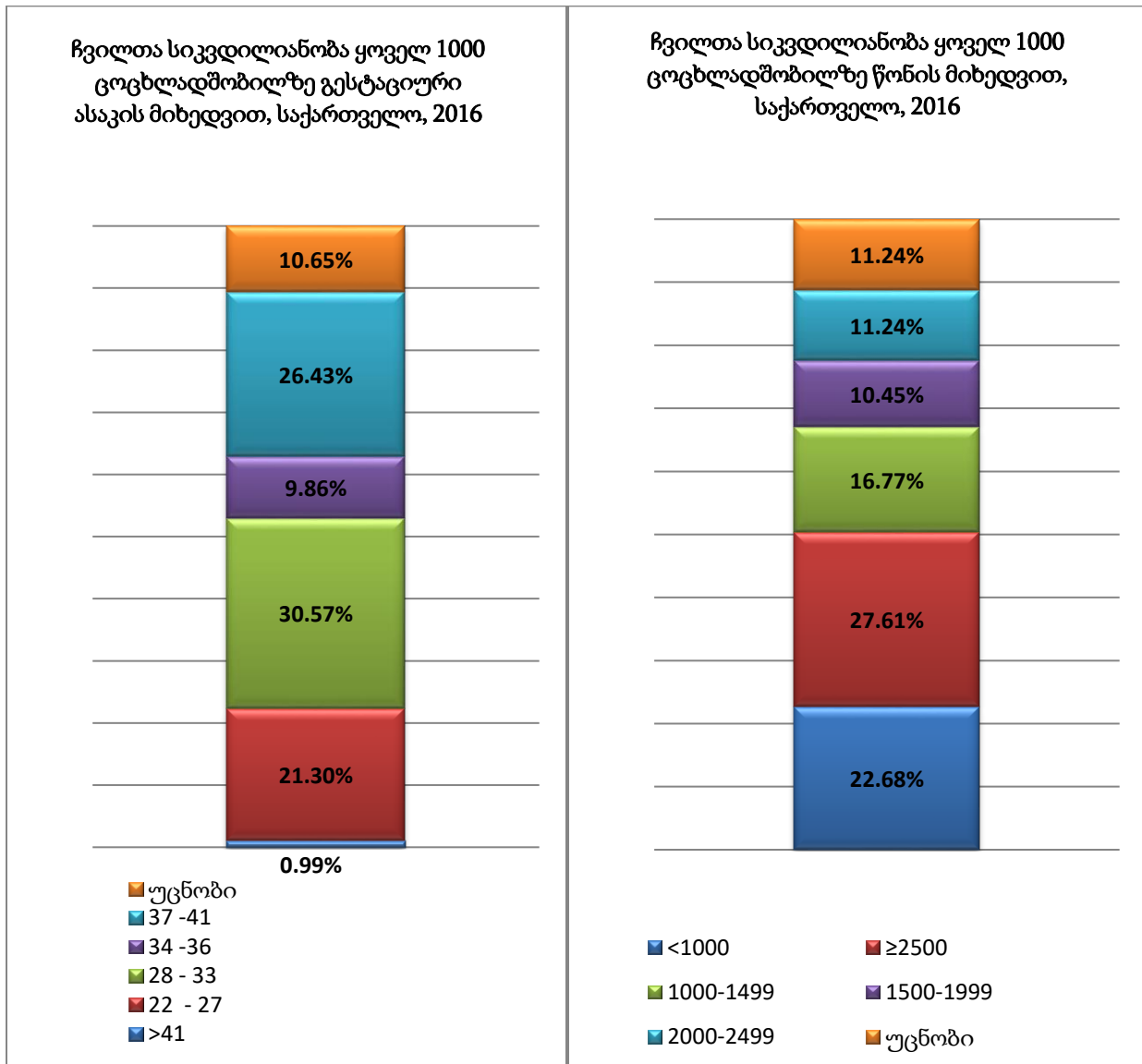
სურათი 5.1.3 ჩვილთა სიკვდილიანობის მაჩვენებელი ყოველ 1000 ცოცხალშობილზე რეგიონების მიხედვით: საქართველო, 2016



წყარო: საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის სამინისტრო; დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი

2015 წელთან შედარებით, 2016 წელს გარდაცვლილთა შორის დღენაკლ ჩვილთა წილი 71% - დან 62%-მდე შემცირდა. 2016 წელს გარდაცვლილ ჩვილთა 61% დაბადებისას წონის მიხედვით 2500 გრამზე ნაკლები იყო, რაც 5%-ით მეტია წინა წელთან შედარებით, რაც საყურადღებო ტენდენციაა.

სურათი 5.1.4 ჩვილთა სიკვდილიანობა ყოველ 1000 ცოცხალშობილზე გესტაციური ასაკისა და დაბადებისას წონის მიხედვით, საქართველო, 2016

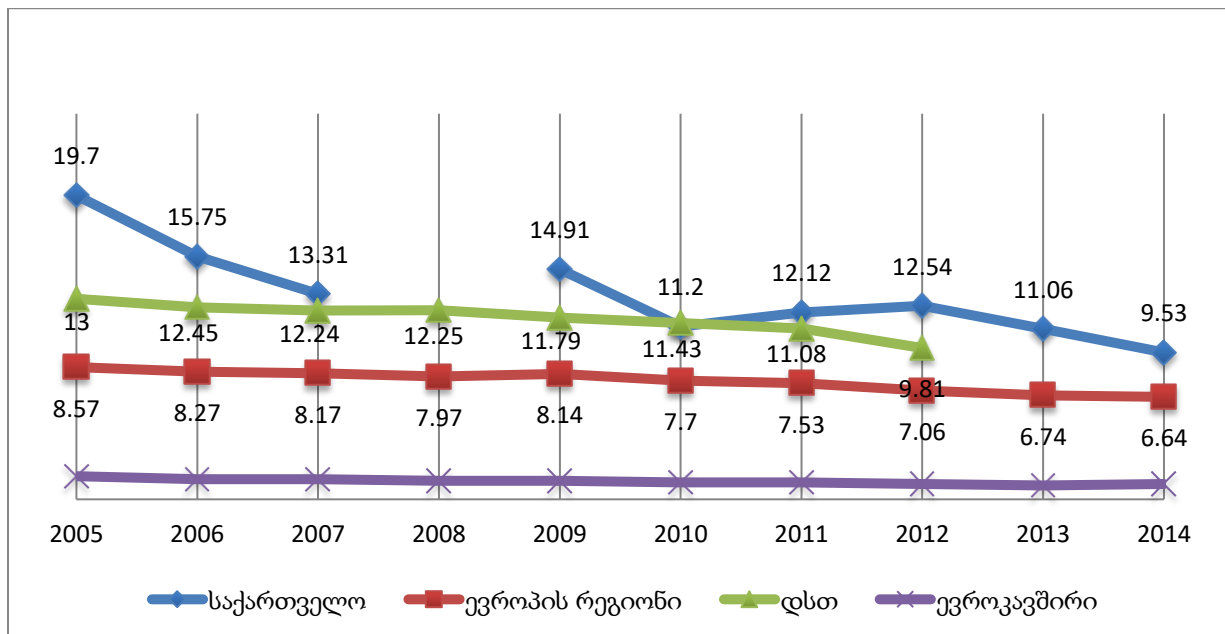


წყარო: საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის სამინისტრო; დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი

5.2 შედარება

ბოლო ხელმისაწვდომი მონაცემებით, საქართველოში ჩვილთა სიკვდილიანობა უფრო მაღალია, ვიდრე ევროპის რეგიონში. თუმცა 2015 წელს დაფიქსირდა მაჩვენებლის მნიშვნელოვანი კლება, რაც საქართველოს აახლოებს ევროპის რეგიონის საშუალო მაჩვენებელს.

სურათი 5.2.1 0-1 წლამდე ჩვილთა სიკვდილიანობის მაჩვენებელი 1000 დაბადებულზე საქართველო და ევროპის რეგიონი, ევროკავშირი 2005-2014



წყარო: ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის მონაცემთა ბაზა „ჯანმრთელობა ყველასათვის“

0-1 წლამდე ჩვილთა სიკვდილიანობის მაჩვენებლის შედარებამ ისეთივე შემოსავლების ქვეყნებთან (4), როგორცაა საქართველო, გამოავლინა, რომ 2014 წელს საქართველოსა და მოლდოვეთში მაჩვენებელი იყო თანაბარი, გაცილებით მაღალია ყირგიზეთსა და თურქმენეთში და უმნიშვნელოდ დაბალია უკრაინასა და სომხეთში (5).

5.3 მნიშვნელოვანი მიგნებები

1. ჩვილ ბავშვთა გარდაცვალების წამყვან მიზეზს (59%) ნაადრევი მშობიარობა და ნაყოფის მცირე წონასთან დაკავშირებული დარღვევები წარმოადგენს. შესაბამისად,

ნაადრევი მშობიარობის პრევენცია და დღენაკლულ ახალშობილთა ჯანმრთელობის მართვის გაუმჯობესება საგრძნობლად შეამცირებს ჩვილ ბავშვთა სიკვდილიანობის ტვირთს.

2. პერინატალური რეგიონალიზაციის დანერგვა ქვეყნის მასშტაბით გააუმჯობესებს მაღალი რისკის ახალშობილთა მართვას და, შესაბამისად, შეამცირებს ჩვილ ბავშვთა ავადობასა და სიკვდილიანობას.
3. ჩვილ ბავშვთა გამოსავალის გაუმჯობესებისთვის ასევე აუცილებელია ადამიანური რესურსის გაძლიერება, სამედიცინო პერსონალის კვალიფიკაციის ამაღლება, რისთვისაც იგეგმება უწყვეტი სამედიცინო განათლების სისტემის შემუშავება და დანერგვა.

6. ანტენატალური მეთვალყურეობა

დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის სახელმწიფო პროგრამის ერთ-ერთ უმნიშვნელოვანეს კომპონენტს წარმოადგენს ანტენატალური მეთვალყურეობა, რომლის მიზანია ნაადრევი მშობიარობების რიცხვისა და თანდაყოლილი ანომალიების/ინფექციების განვითარების შემცირება ორსულთა ეფექტური პატრონაჟის განხორციელებისა და მედიკამენტებით უზრუნველყოფის გზით და, ასევე, დედათა და ახალშობილთა სიკვდილიანობის შემცირება.

პროგრამით განსაზღვრული მომსახურება ამ ეტაპზე მოიცავს 4 ანტენატალურ ვიზიტს ორსულობის განმავლობაში. ამასთან, პირველი ვიზიტი ხორციელდება ორსულობის 13-კვირის ვადამდე, მეორე ვიზიტი ორსულობის მე-18-20 კვირებზე, მესამე ვიზიტი 30-32-ე კვირებზე, ხოლო მეოთხე ვიზიტი ორსულობის 34-36-38 კვირებზე, შემდეგი მოცულობით:

| | |
|-----------|--|
| I ვიზიტი | <ul style="list-style-type: none"> • მენ-გინეკოლოგის კონსულტაცია; • თერაპევტის კონსულტაცია; • სისხლის საერთო ანალიზი; • შარდის საერთო ანალიზი; • B და C ჰეპატიტების, აივ/შიდსისა და სიფილისის დიაგნოსტიკა სწრაფი/მარტივი მეთოდით; • სისხლის ჯგუფისა და რეზუსის განსაზღვრა; • საშოს ნაცხის ბაქტერიოსკოპული გამოკვლევა. |
| II ვიზიტი | <ul style="list-style-type: none"> • მენ-გინეკოლოგის კონსულტაცია; • მცირე მენჯის ღრუს ორგანოების ექოსკოპია (ნაყოფის სტრუქტურული |

| | |
|------------|---|
| | ანომალიების გამოსავლენად). |
| III ვიზიტი | <ul style="list-style-type: none"> • მეან-გინეკოლოგის კონსულტაცია; • ცილის რაოდენობის განსაზღვრა შარდში; • ჰემოგლობინის განსაზღვრა სისხლში; • სიფილისის დიაგნოსტიკა სწრაფი/მარტივი მეთოდით. |
| IV ვიზიტი | <ul style="list-style-type: none"> • მეან-გინეკოლოგის კონსულტაცია; • ცილის რაოდენობის განსაზღვრა შარდში; • ჰემოგლობინის განსაზღვრა სისხლში. |

თუმცა უნდა აღინიშნოს, რომ საქართველოს ჯანმრთელობის, შრომის და სოციალური დაცვის სამინისტრომ ნაციონალური ექსპერტების ტექნიკური დახმარებით განაახლა ანტენატალური მოვლის არსებული პროტოკოლი მსოფლიო ჯანდაცვის ორგანიზაციის რეკომენდაციების თანახმად. განახლებულ პროტოკოლში შეიცვალა როგორც ვიზიტების რაოდენობა (4 ვიზიტი ჩანაცვლდა 8 ვიზიტით), ასევე შინაარსი, რისი დანერგვაც ხელს შეუწყობს ანტენატალური მოვლის ხარისხის ამაღლებასა და დედისა და ახალშობილის გამოსავალის გაუმჯობესებას.

6.1 ანტენატალური მოვლის სახელმწიფო პროგრამა

პროგრამით განსაზღვრული სერვისების მისაღებად ორსულმა ორსულობის 13 კვირის ვადამდე უნდა მიმართოს პროგრამის მიმწოდებელ სამედიცინო დაწესებულებას, სადაც ხდება მისი რეგისტრაცია ორსულთა და ახალშობილთა მეთვალყურეობის ელექტრონულ პროგრამაში და მოსარგებლედ ცნობა.

დარეგისტრირებული ყველა ორსული ორსულობის 13 კვირის ვადაზე უზრუნველყოფილია ფოლიუმის მჟავით, ხოლო დადასტურებული რკინადეფიციტური ანემიის დიაგნოზის შემთხვევაში მათზე გაიცემა რკინის პრეპარატი.

ყველა იმ ორსულისათვის, ვინც შესაბამის დროში ვერ დარეგისტრირდა სახელმწიფო პროგრამის მიმღებ ბენეფიციარად, პროგრამის ფარგლებში უზრუნველყოფილია სკრინინგული კვლევები აივ/ინფექცია-შიდსზე, B და C ჰეპატიტებსა და სიფილისზე.

სახელმწიფოს მიერ, საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამის ფარგლებში, ორსულისათვის უზრუნველყოფილია მშობიარობის/საკეისრო კვეთის

დაფინანსება 500/800 ლარით.

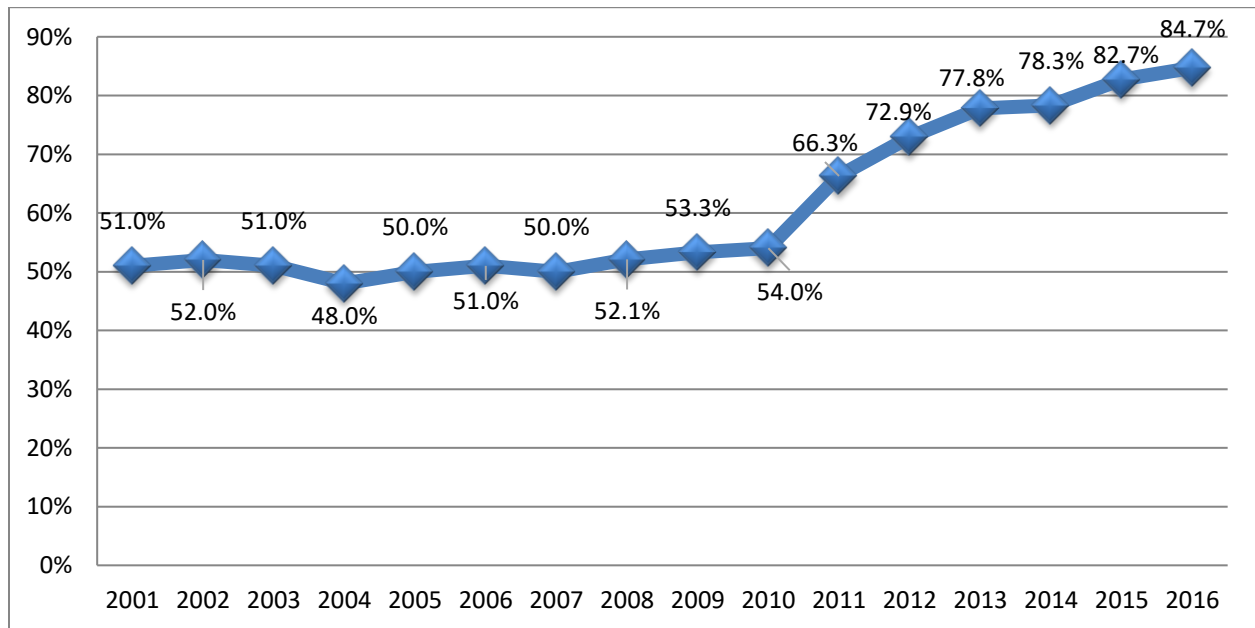
2016 წლის მონაცემებით, საქართველოში ნამშობიარები ქალების 85%-მა ისარგებლა საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის მშობიარობის კომპონენტით; დაახლოებით იგივე მდგომარეობა იყო 2015 წელსაც. აღნიშნული მონაცემებიდან ჩანს, რომ წლის განმავლობაში ნამშობიარე ქალთა საშუალოდ 15% სარგებლობს კერძო დაზღვევით ან არ არის საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის ბენეფიციარი.

6.2 ანტენატალური მომსახურება ქვეყნის მასშტაბით

დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრის მიერ ინფორმაციის შეგროვება ხდება როგორც სახელმწიფო პროგრამის მონაწილე, ასევე არამონაწილე ანტენატალური მომსახურების მიმწოდებლებისაგან.

2016 წელს გაიზარდა ანტენატალური მომსახურებით მოცვა და 4 ვიზიტით მოსარგებლეთა წილმა მიაღწია 90%-ს. 2016 წელს აღრიცხვაზე აყვანილი იყო 54 886 ორსული, მათგან 46 492 (85%) ორსულმა მომსახურების მიღებისათვის სპეციალისტს მიმართა 12 კვირამდე.

სურათი 6.2.1 ანტენატალურ მეთვალყურეობაზე ორსულობის პირველ ტრიმესტრში აყვანილ ორსულთა წილი (%), საქართველო, 2001-2016

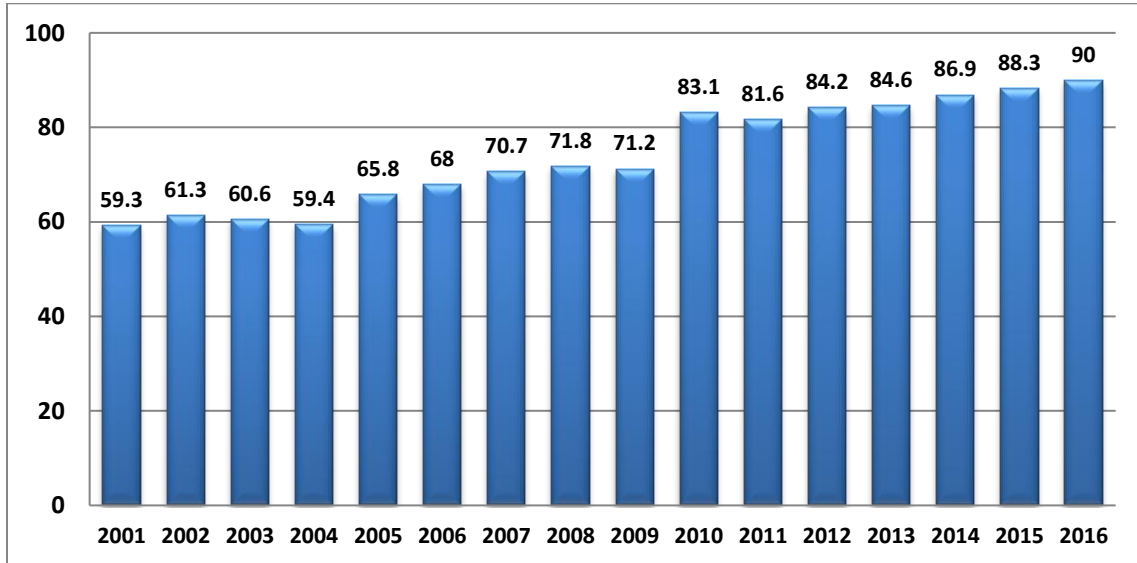


წყარო: საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის სამინისტრო; დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი

2016 წელს დაფიქსირდა ორსულთა პირველ ტრიმესტრში დარეგისტრირების ყველაზე მაღალი მაჩვენებელი, რაც თავისთავად მნიშვნელოვანი ფაქტია და საშუალებას იძლევა

დროულად მოხდეს ორსულობასთან ასოცირებული გართულებებისა და ნაყოფის განვითარების ანომალიების პრევენცია.

სურათი 6.2.2 ანტენატალური მომსახურებით მოცვა (%), 4 სრული ვიზიტი, საქართველო, 2016



წყარო: საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის სამინისტრო; დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი

ცხრილი 6.2.1 ანტენატალური მომსახურებით მოცვა 4 სრული ვიზიტით რეგიონების მიხედვით, საქართველო, 2016

| რეგიონი | 4 ანტენატალური ვიზიტის # | ორსულობა მიიტანა ბოლომდე | % იმ ქალებიდან, ვინც ორსულობა ბოლომდე მიიტანა |
|-------------------------------|--------------------------|--------------------------|---|
| აფხაზეთი | 496 | 626 | 79% |
| აჭარა | 5 271 | 5 622 | 94% |
| თბილისი | 17 003 | 19 110 | 89% |
| კახეთი | 2 830 | 3 149 | 90% |
| იმერეთი | 6 441 | 6 924 | 93% |
| სამეგრელო-ზემო სვანეთი | 2 736 | 3 068 | 89% |
| შიდა ქართლი | 2 771 | 2 872 | 96% |
| ქვემო ქართლი | 2 872 | 3 816 | 75% |
| გურია | 582 | 587 | 99% |
| სამცხე-ჯავახეთი | 1 377 | 1 508 | 91% |
| მცხეთა-მთიანეთი | 228 | 241 | 95% |
| რაჭა-ლეჩხუმი და ქვემო სვანეთი | 70 | 73 | 96% |
| საქართველო | 42 677 | 47 596 | 90% |

წყარო: საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის სამინისტრო; დაავადებათა

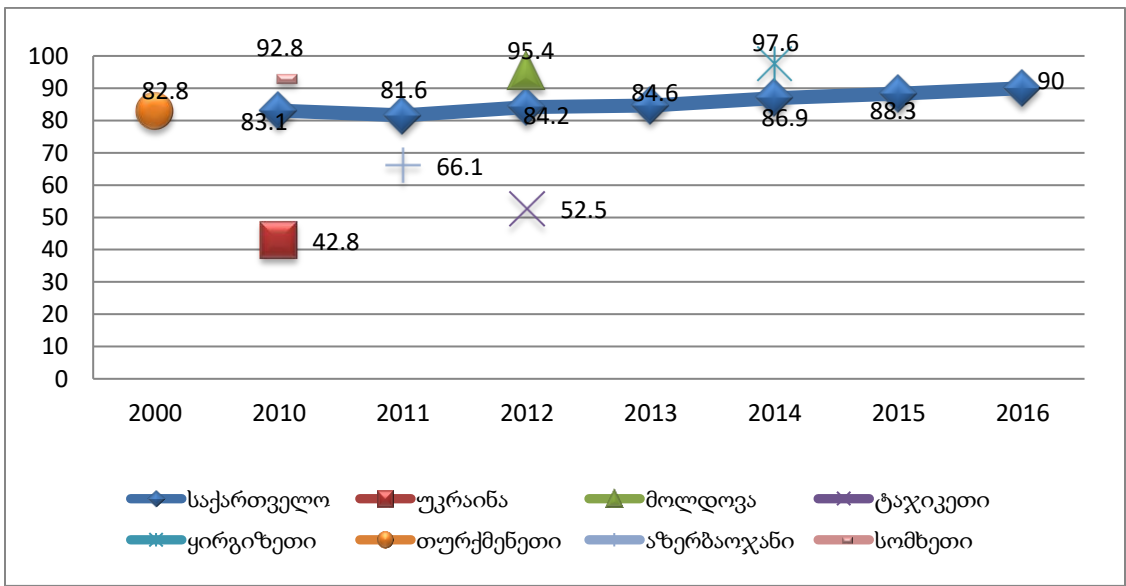
კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი

“დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის” სახელმწიფო პროგრამის ფარგლებში სწრაფი მარტივი მეთოდით „B“ ჰეპატიტზე, აივ-ინფექცია/შიდსსა და სიფილისზე გამოკვლეულ იქნა 51 619 ორსულის სისხლის შრავი . ორსულების 94% გამოკვლეულ იქნა რეზუს-ფაქტორზე, 93% - სიფილისზე, 94% - აივ-ინფექციაზე, და 94% - ვირუსულ B ჰეპატიტზე. ანტენატალური სკრინინგი თანდაყოლილ გენეტიკურ ანომალიებზე ჩაუტარდა ორსულთა 11%-ს.

6.3 შედარება სხვა ქვეყნებთან

ანტენატალური მეთვალყურეობით ორსულთა მოცვის შედარებამ ისეთივე შემოსავლების ქვეყნებთან (4) გამოავლინა, რომ პოსტსაბჭოთა ქვეყნებში ანტენატალური ვიზიტებით მოცვა მაღალია.

სურათი 6.3.1 ანტენატალური ვიზიტით მოცვა საშუალო შემოსავლების ზოგიერთ ქვეყანაში რეგიონის მასშტაბით



წყარო: ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის მონაცემთა ბაზა „ჯანმრთელობა ყველასათვის“
წარმოდგენილ ქვეყნებს შორის ყველაზე მაღალი მოცვით ხასიათდება ყირგიზეთი და მოლდოვა.

6.4 მნიშვნელოვანი მიგნებები

- 2016 წელს ანტენატალური მომსახურებით მოცვამ მიაღწია უმაღლეს მაჩვენებელს.
- ასევე გაიზარდა აივ და სიფილისის ინფექციაზე გამოკვლეულ ორსულთა რაოდენობა; თუმცა იმისათვის, რომ ქვეყანამ მოახდინოს აივ და სიფილისის ინფექციათა ვერტიკალურად გადაცემის ელიმინაცია, აუცილებელია ანტენატალური მომსახურების 95%-მდე გაზრდა, ხოლო რეგისტრირებულ ორსულთა გამოკვლევა აღნიშნულ ინფექციებზე ასევე უნდა შეადგენდეს 95%-ს.
- დედათა ავადობისა და სიკვდილიანობის, ასევე თანდაყოლილი ანომალიების, მკვდრადშობადობისა და ნეონატალური სიკვდილის შემცირებისათვის აუცილებელია ანტენატალურ მომსახურების ხარისხის გაუმჯობესება, ხოლო ხარისხის გაუმჯობესების თვალსაზრისით მნიშვნელოვანია ანტენატალური სერვისების სტრატეგიული და შედეგზე ორიენტირებული დაკონტრაქტების სისტემის შექმნა.

7. საკეისრო კვეთა

ბოლო ათწლეულების განმავლობაში საკეისრო კვეთების რაოდენობა მთელს მსოფლიოში მნიშვნელოვნად გაიზარდა. ასევე მკვეთრად მოიმატა საკეისრო კვეთებით დასრულებული მშობიარობების მაჩვენებელმა ევროპაში. 2015 წელს ჯანმო-ს მიერ შემუშავებულ იქნა დოკუმენტი საკეისრო კვეთების მაჩვენებლების შესახებ, რომელიც მიუთითებს, რომ „უმჯობესია მთელი ძალისხმევა მიმართული იყოს იქეთკენ, რომ საკეისრო კვეთა, საჭიროების შემთხვევაში, ხელმისაწვდომი იყოს ყველა ორსულისათვის.“

დოკუმენტში წარმოდგენილია რამდენიმე დასკვნა:

- საკეისრო კვეთა წარმოადგენს ეფექტურ იარაღს დედათა და ბავშვთა სიკვდილიანობის შესამცირებლად მხოლოდ იმ შემთხვევაში, თუ მსგავსი ჩარევის აუცილებლობა დადასტურებულია სამედიცინო ჩვენებით;
- პოპულაციის დონეზე საკეისრო კვეთების 10-15%-ზე მეტი მაჩვენებელი არ ასოცირდება დედათა და ახალშობილთა სიკვდილიანობის მაჩვენებლის შემცირებასთან;
- საკეისრო კვეთა შესაძლებელია დაკავშირებული იყოს გართულებებთან, უნარშეზღუდულობასა და სიკვდილიანობასთან განსაკუთრებით იმ გეოგრაფიულ არეალში, სადაც სპეციფიკური დანიშნულების ჯანდაცვის სერვისებზე (მაგალითად, უსაფრთხო ქირურგიული ჩარევა და გართულებების ქირურგიული მკურნალობა) ხელმისაწვდომობა დაბალია;

- საკეისრო კვეთა ხელმისაწვდომი უნდა იყოს ორსულთათვის საჭიროების შემთხვევაში, და მიზანი არ უნდა იყოს საკეისრო კვეთების მაჩვენებლის გარკვეულ ნიშნულზე დაყვანა;
- ჯერ კიდევ უცნობია და დამატებით კვლევებს საჭიროებს საკეისრო კვეთების ეფექტი დედის და ახალშობილის ავადობაზე, პედიატრიულ, ფსიქოლოგიურ და სოციალურ კეთილდღეობაზე.

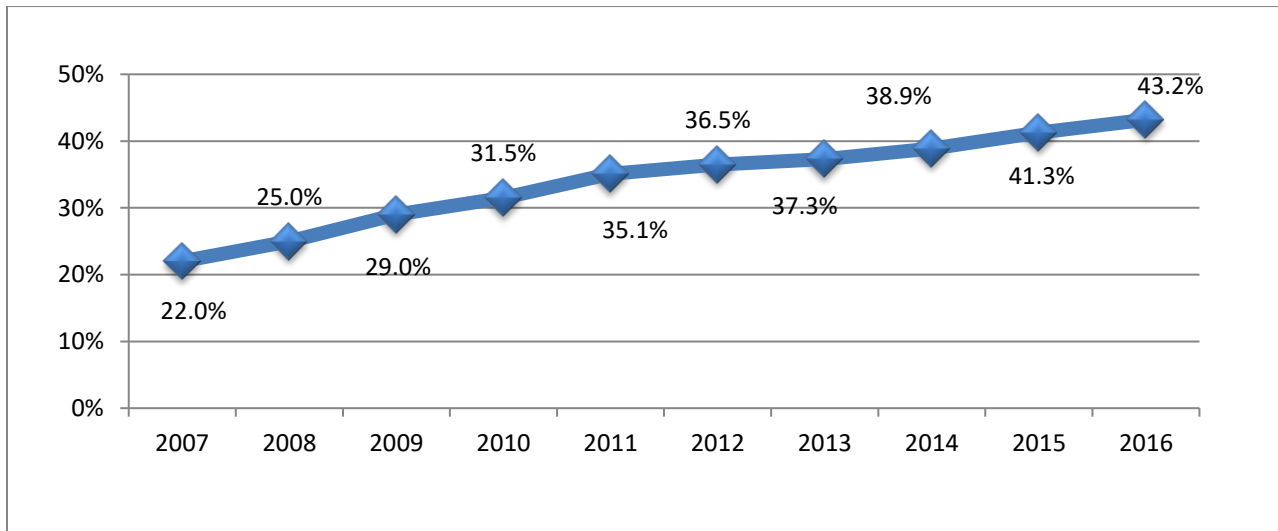
ჩვენს ქვეყანაში საკეისრო კვეთის სიხშირე ბევრად მაღალია, ვიდრე რეალური სამედიცინო ჩვენება. ბოლო ათწლეულის განმავლობაში საკეისრო კვეთის მაჩვენებელი 46%-ით გაიზარდა. მიუხედავად იმისა, რომ საკეისრო კვეთა დადგენილი სამედიცინო ჩარევაა, იგი ისევე, როგორც ნებისმიერი სხვა ქირურგიული ოპერაცია, დაკავშირებულია გარკვეულ რისკებთან.

საკეისრო კვეთით დასრულებული ყოველი მომდევნო ორსულობის შემდეგ იზრდება გართულებების რისკი, მათ შორის სისხლდენა, პლაცენტის მიმაგრების ანომალიები და სიცოცხლესთან შეუთავსებელი სხვა გართულებები.

7.1. შედეგები

წინა წელთან შედარებით, 2016 წელს საკეისრო კვეთების რაოდენობა კვლავ გაიზარდა და ქვეყნის მასშტაბით მშობიარობების საერთო რაოდენობის 43.2% შეადგინა.

სურათი 7.1.1 საკეისრო კვეთების რაოდენობა, საქართველო, 2016



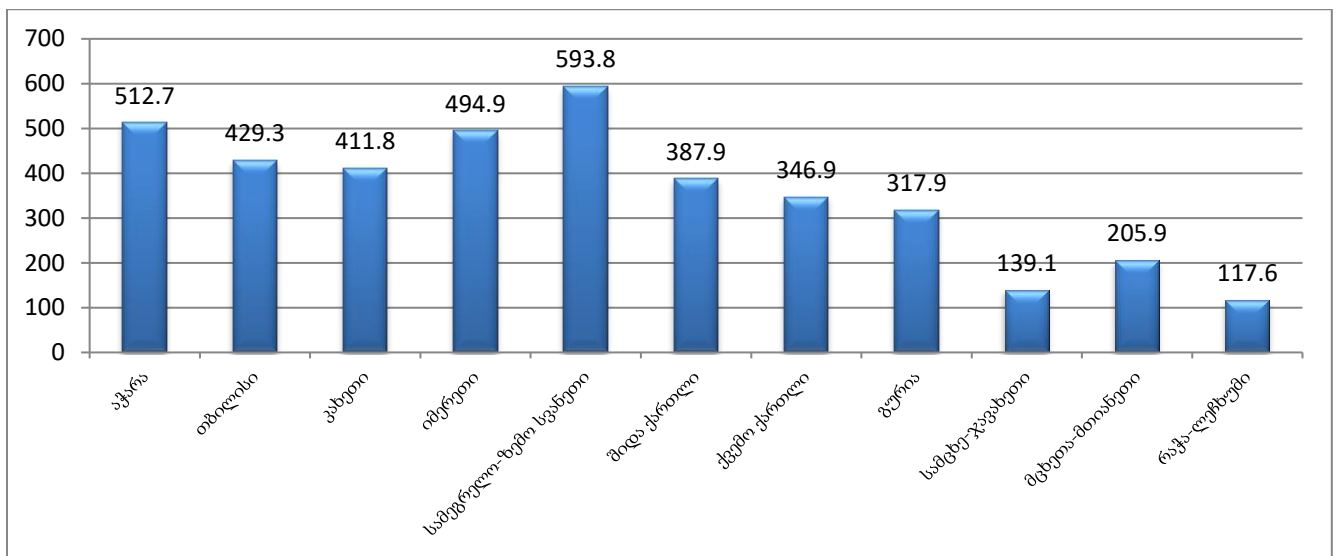
წყარო: საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის სამინისტრო და დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი

2016 წელს სახელმწიფოს მიერ საყოველთაო ჯანმრთელობის პროგრამის ფარგლებში დაფინანსებულმა საკეისრო კვეთების რაოდენობამ შეადგინა 21 233. აღნიშნული

რაოდენობის 87% (18 386 საკეისრო კვეთა) წარმოადგენდა გეგმიურ ან სასწრაფო საკეისრო კვეთას სამედიცინო ჩვენებით, მოწოდებული მონაცემების თანახმად, მხოლოდ 13%-ში (2 847 საკეისრო კვეთა) გეგმიური საკეისრო კვეთა ჩატარდა პაციენტის მოთხოვნით, რაც სავარაუდოდ რეალურ მონაცემებზე დაბალი მაჩვენებელია და დამატებით შესწავლას საჭიროებს.

გეგმიური ან სასწრაფო საკეისრო კვეთის მაჩვენებლების გადანაწილება რეგიონების მიხედვით წარმოდგენილია სურათზე.

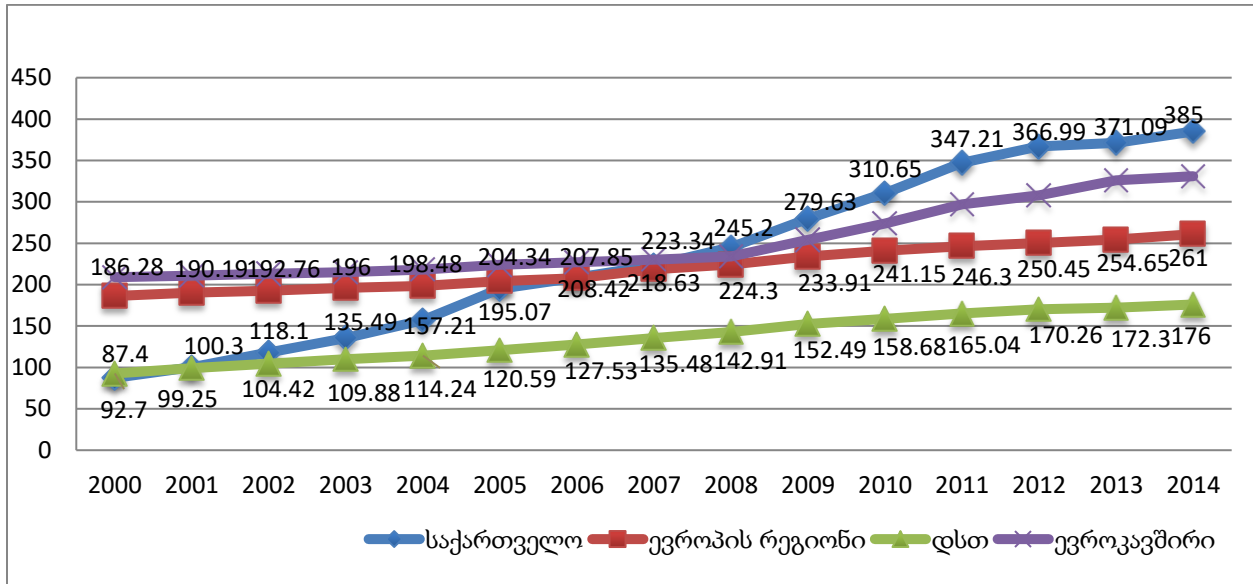
სურათი 7.1.2 საკეისრო კვეთის მაჩვენებელი მაჩვენებელი 1000 ცოცხალშობილზე რეგიონების მიხედვით, საქართველო, 2016



წყარო: საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის სამინისტრო და დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი

7.2 შედარება სხვა ქვეყნებთან

სურათი 7.2.1 საკეისრო კვებების მაჩვენებელი 1000 ცოცხალშობილზე, საქართველო, დსთ, ევროკავშირი და ევროპის რეგიონი, 2000-2013



წყარო: ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის მონაცემთა ბაზა „ჯანმრთელობა ყველასათვის“

საქართველოში საკეისრო კვების მაჩვენებლები ბოლო ათწლეულის მანძილზე მნიშვნელოვნად გაიზარდა, რასაც სხვა ფაქტორებთან ერთად ხელი შეუწყო რეგულატორული მექანიზმებისა და ჩატარებული საკეისრო კვებების საჭიროების შესწავლის სიმწირემ.

არსებული პრობლემის საპასუხოდ, 2017 წლის 1 მარტიდან ამოქმედდა სამედიცინო-ნეონატალური სერვისების მიმწოდებელი დაწესებულებების სელექტიური კონტრაქტირების მექანიზმი, რომლის თანახმადაც სახელმწიფო პროგრამის განხორციელებაში მონაწილე დაწესებულებები ვალდებული არიან შეამცირონ საკეისრო კვების მაჩვენებელი.

7.3 მნიშვნელოვანი მიგნებები

- საქართველოში საკეისრო კვების სიხშირე ბევრად უფრო მაღალია, ვიდრე რეალური სამედიცინო ჩვენება და უკანასკნელი 10 წლის განმავლობაში მისი მაჩვენებელი 46%-ით გაიზარდა;
- ქვეყანაში აუცილებელია მონაცემთა გამჭვირვალობის უზრუნველყოფა, როგორც შიდა, ასევე გარე კლინიკური აუდიტის დანერგვა საკეისრო კვებების მიზანშეწონილობის განსაზღვრისათვის;
- მნიშვნელოვანია სელექტიური კონტრაქტირებით განსაზღვრული საკეისრო კვებების შემცირების ვალდებულების შესრულების მკაცრი მონიტორინგი და შესაბამისი სანქციების ამოქმედება კონტრაქტით დაკისრებული პირობების შეუსრულებლობის შემთხვევაში;

- ასევე აუცილებელია ორსულთა და მათი ოჯახის წევრების ინფორმირებულობის გაზრდა საკუთარ კვეთის საჭიროების და მასთან ასოცირებული რისკების შესახებ.

8. დედათა სიკვდილიანობა

რეპროდუქციული ასაკის ქალთა სიკვდილიანობის ძირითად მიზეზს ხშირად ორსულობისა და მშობიარობის შემდგომი გართულება წარმოადგენს. ჯანმოს მონაცემების მიხედვით, გლობალურად დედათა სიკვდილიანობის ჯამური ციფრი შემცირდა 43%-ით და 1990-2015 პერიოდში წელიწადში გარდაცვალების 532 000 შემთხვევიდან ჩამოვიდა 303 000 შემთხვევამდე. შესაბამისად, დედათა სიკვდილიანობის მაჩვენებელი 2015 წელს განვითარებად ქვეყნებში გაუტოლდა 239-ს 100 000 ცოცხალშობილზე, რაც სიკვდილიანობის ყოველწლიურად 2.3%-ით შემცირებით გახდა შესაძლებელი (16).

დედათა გარდაცვალების უმეტეს შემთხვევაში რთულია გამომწვევი მიზეზის დადგენა. მიუხედავად ამისა, არსებული მონაცემების საფუძველზე, გლობალურად, სიკვდილიანობის 75% გამოწვეულია შემდეგი პირდაპირი სამეანო მიზეზებით: მშობიარობის შემდგომი სისხლდენა, მშობიარობის შემდგომი ინფექციური გართულებები, პრეეკლამფსია, ეკლამფსია, გართულებული მშობიარობა და აბორტი (17). აღსანიშნავია, რომ ეს შემთხვევები განვითარებად ქვეყნებში 19-ჯერ ხშირია, ვიდრე განვითარებულ ქვეყნებში და მათი უმრავლესობის პრევენცია შესაძლებელია რისკის დროული გამოვლენისა და შესაბამისი ჩარევის პირობებში.

რეპროდუქციული ასაკის ქალთა სიკვდილიანობის კვლევამ, რომელიც ჩატარდა 2014 წელს და შეისწავლა 2012 წელს გარდაცვლილი რეპროდუქციული ასაკის ქალთა შემთხვევები, აჩვენა, რომ 2008 წელს იმავე მეთოდით ჩატარებულ კვლევასთან შედარებით (RAMOS 2008), 2012 წელს გარდაცვლილ ქალთა 98% რეგისტრირებული იყო ქვეყნის დაბადება/გარდაცვალების ბაზაში. ეს ფაქტი რეგისტრაციის მნიშვნელოვან გაუმჯობესებაზე მიუთითებს. იმავე კვლევის მონაცემებით, დედის გარდაცვალების შემთხვევათა აღრიცხვიანობა გაუმჯობესდა და დედათა სიკვდილიანობის მაჩვენებელი შემცირდა 44.4-დან 26.3-მდე ყოველ 100 000 ცოცხალშობილზე.

8.1. დედათა სიკვდილიანობის ინდიკატორები საქართველოში

საქართველოში დედათა სიკვდილის კლასიფიცირება ჯანმოს საერთაშორისო კლასიფიკატორის მე-10 გადახედვის მეშვეობით ხდება.

ჯანმოს საერთაშორისო სტატისტიკური კლასიფიკატორის მიხედვით დედის ადრეული სიკვდილი გულისხმობს „სიკვდილს, ორსულობისას ან ორსულობის შეწყვეტიდან 42 დღის განმავლობაში, მიუხედავად ორსულობის ვადისა, დაკავშირებულს ან გამოწვეულს ორსულობასა ან მის მართვასთან, მაგრამ არა უბედურ შემთხვევასა ან სხვა მიზეზებთან, რომელიც არ არის ასოცირებული ორსულობასთან“. ICD-10 დედის გვიან სიკვდილს განმარტავს, როგორც „დედის სიკვდილი პირდაპირი ან არაპირდაპირი სამეანო მიზეზით ორსულობის შეწყვეტიდან 43 დღიდან 365 დღემდე“.

ქვეთავში წარმოდგენილია დედის გარდაცვალება შემდეგი ჯგუფების მიხედვით: პირდაპირი სამეანო მიზეზები, არაპირდაპირი სამეანო მიზეზები და ორსულობასთან ასოცირებული სიკვდილი. ICD-10-ის მიხედვით, დედათა სიკვდილის პირდაპირი მიზეზი არის „დედის სიკვდილი, რომელიც გამოწვეულია სამეანო გართულებებით ორსულობის, მშობიარობისა და მშობიარობის შემდგომ პერიოდში“. ეს შეიძლება გამოწვეულ იყოს სამედიცინო ჩარევის, სამედიცინო შეცდომის, არასწორი მკურნალობის ან მთელი რიგი პრობლემების ჯაჭვით, რომელიც შეიძლება მოიცავდეს ნებისმიერ ზემოთ ჩამოთვლილს.

მაგალითად, დედის სიკვდილი სამეანო სისხლდენის შედეგად ან ჰიპერტენზიის გამო ორსულობისას ან ანესთეზიის გართულებისას ან საკეისრო კვეთისას კლასიფიცირდება როგორც დედის სიკვდილის პირდაპირი მიზეზი. ხოლო ICD-10 დედათა არაპირდაპირ სიკვდილს განმარტავს, როგორც „გამოწვეულს ნებისმიერი დაავადებით, რომელიც შეიძლება არსებობდა ორსულობის პერიოდში (ექსტრაგენიტალური დაავადებები) ან განვითარდა ორსულობისას, მაგრამ არ არის გამოწვეული სამეანო მიზეზებით ან ორსულობის ფიზიოლოგიური ეფექტით“; მაგალითად, სიკვდილი არსებული კარდიალური ან რენალური დაავადებით.

საქართველოში 2016 წლის განმავლობაში დაფიქსირებული იყო ორსულობასთან დაკავშირებული გარდაცვალების 20 შემთხვევა. გარდაცვლილთაგან 14 (70%) კლასიფიცირებულ იქნა როგორც დედის სიკვდილი, რაც დაკავშირებული იყო ორსულობის, მშობიარობისა და ლოგინობის ხანის გართულებასთან; 6 (30%) შემთხვევაში გარდაცვალება დადგა უბედური შემთხვევის და ისეთი სიმსივნური გართულებების შედეგად, რომლებიც არ არის დაკავშირებული რეპროდუქციულ სისტემასთან.

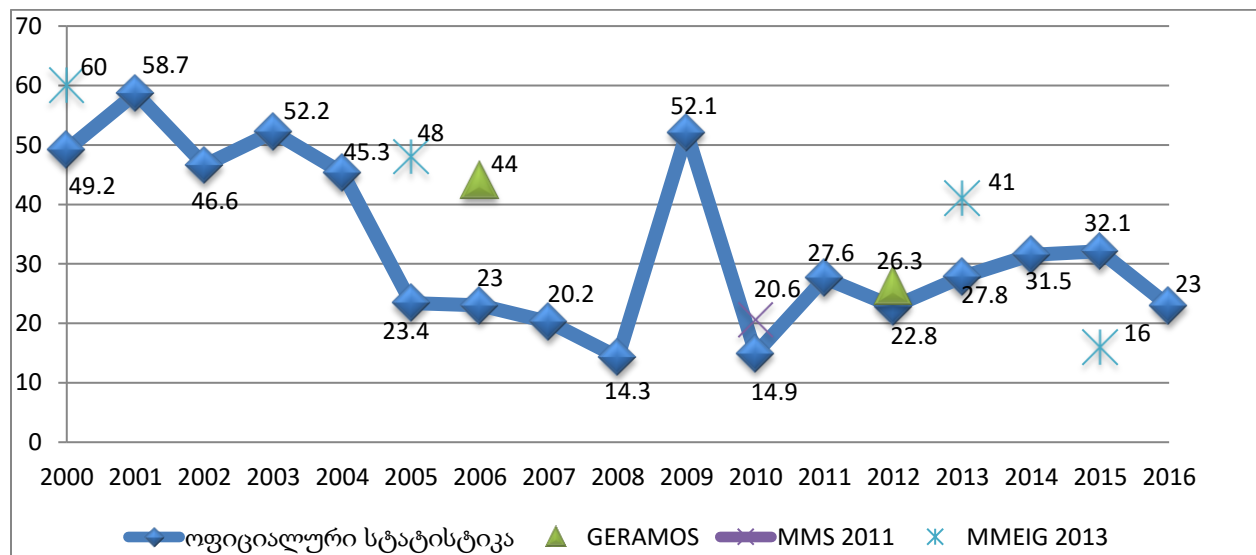
დედის სიკვდილის 14 შემთხვევიდან 8 (57%) პირდაპირი სამეანო მიზეზით მოხდა, 4 (29.5%) ორსულის შემთხვევაში სიკვდილი დადგა არაპირდაპირი მიზეზით, ხოლო 2 (14%) შემთხვევაში გარდაცვალება გამოწვეულია უცნობი მიზეზით.

წინამდებარე ანგარიშში განსაკუთრებით საყურადღებო მაგალითები დეტალურად არის წარმოდგენილი ფაქტების სახით.

დედის სიკვდილის 13 შემთხვევა (92.0%) მიეკუთვნება ადრეულ სიკვდილს (დედის გარდაცვალება 0-42 დღის განმავლობაში), ხოლო 1 შემთხვევა (8.0%) გვიან სიკვდილს (დედის გარდაცვალება 43- 365 დღის განმავლობაში). გარდაცვლილი დედების საშუალო ასაკი იყო 30 წელი.

ამგვარად, 2016 წელს, ეროვნული მონაცემების მიხედვით, დედათა სიკვდილიანობის მაჩვენებელმა საქართველოში შეადგინა 23/100 000 ცოცხალშობილზე.

სურათი 8.1.1 დედათა სიკვდილიანობის მაჩვენებელი სხვადასხვა საინფორმაციო წყაროს მიხედვით. საქართველო, 2000-2016 წწ. (2009 წლიდან მონაცემები შეჯერებულია სტატისტიკის ეროვნულ სამსახურთან)



წყარო: საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის სამინისტრო; დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი; სტატისტიკის ეროვნული სამსახური

რეპროდუქციული ასაკის ქალთა სიკვდილიანობის კვლევების მიხედვით, დედათა სიკვდილიანობა 2006 წლიდან 2012 წლამდე პერიოდში შემცირდა. 2006 წლის რეპროდუქციული ასაკის ქალთა სიკვდილიანობის კვლევის მონაცემებით, დედათა გარდაცვალების შემთხვევები ორჯერ აღემატებოდა ქვეყნის ოფიციალური სტატისტიკის მონაცემებს. 2014 წლის კვლევის მონაცემებით 2012 წელს დედათა სიკვდილიანობის მაჩვენებელი იყო 26 ყოველ 100 000 ცოცხალშობილზე, მაშინ როდესაც ოფიციალური სტატისტიკით დედათა სიკვდილიანობის მაჩვენებელი იყო 23 100 000 ცოცხალშობილზე, რაც ოფიციალური სტატისტიკის მნიშვნელოვან გაუმჯობესებაზე მიუთითებს.

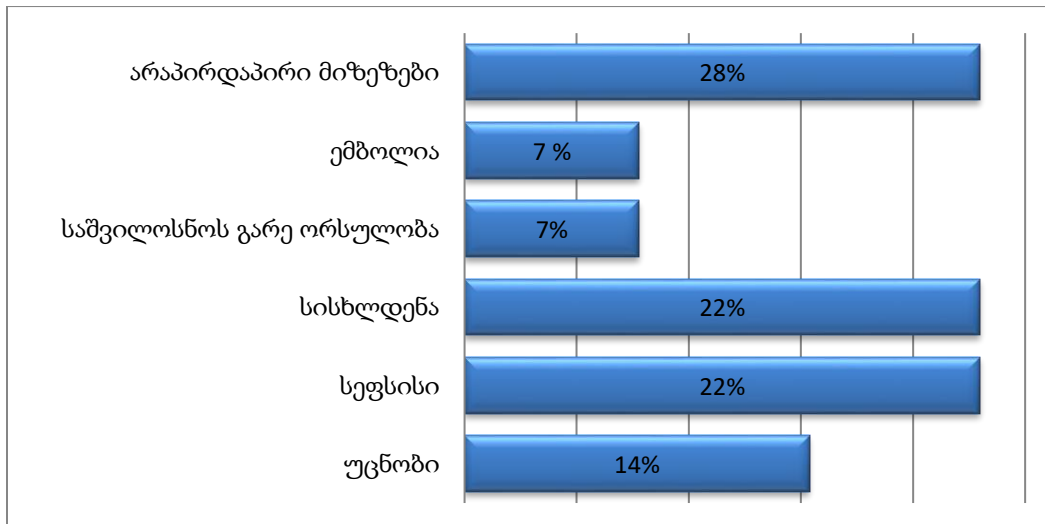
დედათა სიკვდილიანობის მაჩვენებელი 2016 წელს მნიშვნელოვანად შემცირდა და მან ბოლო წლების განმავლობაში ყველაზე დაბალ ნიშნულს მიაღწია.

აღსანიშნავია, რომ 2016 წელს დედათა გარდაცვალების შემთხვევათა ნახევარზე მეტი მოდის პირდაპირ სამეანო მიზეზებზე: სეფსისი (3 შემთხვევა, 22%), სამეანო სისხლდენა (3

შემთხვევა, 22%), საშვილოსნოს გარე ორსულობა (1 შემთხვევა, 7%) და სანაყოფე წყლებით ემბოლია (1 შემთხვევა, 7%). არაპირდაპირი გარდაცვალების მიზეზებში წარმოდგენილია ტუბერკულოზი (1 შემთხვევა, 7%), ჰეპატიტი A (1 შემთხვევა, 7%), მენინგიტი (1 შემთხვევა, 7%) და არტერო-ვენური მალფორმაცია (1 შემთხვევა, 7%). რაც შეეხება 2 შემთხვევას (14%), მასზე ინფორმაციის მოძიება ვერ მოხერხდა და მიეკუთვნება უცნობ მიზეზებს.

აღსანიშნავია, რომ დედათა გარდაცვალების იმ შემთხვევებში, როდესაც მოხდა მშობიარობა (11 შემთხვევა), 9 შემთხვევაში (82%) ჩატარებულ იქნა საკეისრო კვეთა, ხოლო 2 შემთხვევაში (18%) ორსულობა დასრულდა ვაგინალური ბიარობით, რაც კიდევ ერთხელ მიუთითებს საკეისრო კვეთაზე, როგორც ქირურგიულ პროცედურასთან ასოცირებულ გართულებების მაღალ რისკზე.

სურათი 8.1.2 დედათა სიკვდილიანობის მიზეზები (%), საქართველო, 2016



წყარო: საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის სამინისტრო; დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი.

8.2 შედარება სხვა ქვეყნებთან

საქართველოს დედათა სიკვდილიანობის მაჩვენებლის შედარებამ რეგიონის ზოგიერთ დაბალი და საშუალო შემოსავლების ქვეყნების იგივე მაჩვენებელთან ბოლო ხელმისაწვდომი წლის მიხედვით აჩვენა, რომ ყირგიზეთში ყველაზე მაღალია დედათა სიკვდილიანობა, მოლდოვეთში, უკრაინასა და ტაჯიკეთში კი მნიშვნელოვნად დაბალი ჩვენს ქვეყანასთან შედარებით.

ცხრილი 8.1 დედათა სიკვდილიანობის მაჩვენებელი საშუალო შემოსავლების ზოგიერთ ქვეყანაში რეგიონის მასშტაბით (ბოლო ხელმისაწვდომი წელი)

| ქვეყანა | მთლიანი ეროვნული შემოსავალი ერთ სულ მოსახლეზე, ატლასის მეთოდი (მიმდინარე US\$) | დედათა სიკვდილიანობის მაჩვენებელი | | | | | | |
|------------|--|-----------------------------------|------|------|------|------|------|------|
| | | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 |
| უკრაინა | 2,310 | 23 | 17 | 13 | | 15 | 24 | |
| საქართველო | 3,810 | 21 | 36 | 25 | 28 | 30 | 32.1 | 23 |
| მოდოგეთი | 2,120 | 44 | 15 | 30 | 16 | 18 | 23 | |
| სომხეთი | 3 760 | 9 | 14 | 12 | | 19 | 25 | |
| ყირგიზეთი | 1,100 | 50 | 54 | 49 | 36 | | 76 | |
| ტაჯიკეთი | 1,100 | | | 3 | | | 32 | |
| უზბეკეთი | 2,170 | | | | | 18 | | |

წყარო: ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის მონაცემთა ბაზა „ჯანმრთელობა ყველასათვის“, მსოფლიო ბანკი

8.3 მნიშვნელოვანი მიგნებები

1. საქართველოში დედათა სიკვდილიანობის რეგისტრაცია გაუმჯობესდა.
2. 2015 წელთან შედარებით 2016 წელს შემცირდა დედათა სიკვდილის შემთხვევათა რაოდენობა და დედათა სიკვდილიანობის მაჩვენებელი 100 000 ცოცხალშობილზე გახდა 23.
3. დედათა სიკვდილის შემთხვევათა უმეტესობა იყო პრევენტაბელური.
4. აუცილებელია განხორციელდეს სამედიცინო მომსახურების ხარისხთან დაკავშირებული ხარვეზების გამოვლენისა და გაანალიზებისაკენ მიმართული რეგულარული აუდიტი, როგორც მხარდამჭერი ზედამხედველობა, რაც შესაძლებელს გახდის მომავალში მსგავსი შემთხვევების სწორად მართვას და შეცდომების თავიდან აცილებას.
5. დედათა სიკვდილიანობის პრევენციისათვის აუცილებელია:
 - i. სამედიცინო მეთვალყურეობა და მშობიარობა განხორციელდეს შესაბამისი დონის სამედიცინო დაწესებულებაში, ორსულის რისკების შესაბამისად;
 - ii. განხორციელდეს ორსულთა მეთვალყურეობის უწყვეტობა ანტენალური პერიოდიდან პოსტნატალური პერიოდის ჩათვლით;
 - iii. გაძლიერდეს სამედიცინო მომსახურების ხარისხის შეფასების მექანიზმი და გაიზარდოს სერვისის მიმწოდებლების პასუხისმგებლობა ხარისხთან დაკავშირებით.

1. The Lancet – ‘Ending preventable stillbirths’ an executive summary of The Lancet’s series.
2. Levels and trends in Child Mortality report 2015.
3. ეროვნული პროტოკოლი „მკვდრადშობადობის მართვა ერთნაყოფიანი ორსულობის დროს“.
4. The World Bank. GNI per capita, Atlas method (current US\$)
4. WHO. European Health Information Gateway Health for All explorer
6. Armenia. Demographic and Health Survey 2010
7. WHO, 2015. Trends in Maternal Mortality: 1990 to 2015. Estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, the World Bank and the United Nations Population Division. Geneva: WHO
8. Allanson E., Tuncalp o., Gardosi J. Pattinson R., Francis A., Vogel J., Erwich J., Flenady V., Froen J., Neilson J., Quach A., Chou D., Mathai M., Say L., Gulmezoglu A. 2016. Optimising the International Classification of Diseases to identify the maternal condition in the case of perinatal death. International Journal of Obstetrics and Gynecology. Volume 123, Issue 12
9. WHO. Levels and trends in child mortality, 2015
10. WHO. Preterm Birth. 2017
11. WHO recommendations on interventions to improve preterm birth outcomes. 2015
12. Hentschel R, Jorch G. Acute side effects of surfactant treatment. J Perinat Med 2002;30:143-8
13. Royal College of Paediatrics and Child Health - Management of Neonatal Respiratory Distress Syndrome - Guidelines for Good Practice - December 2000
14. Royal College of Paediatrics and Child Health - Management of Neonatal Respiratory Distress Syndrome - Guidelines for Good Practice - December 2000
15. WHO 2015. WHO Statement on Caesarean Section Rates
16. Gould JB, Danielsen B, Korst LM, et al., Cesarean delivery rate and neonatal morbidity in a low-risk population, Obstet Gynecol, 2004;104:11-19.
17. WHO. 2017. Maternal Mortality
18. Diseases and Conditions. Ectopic pregnancy. <http://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/ectopic-pregnancy/basics/risk-factors/con-20024262>
19. TB treatment and pregnancy <https://www.cdc.gov/tb/topic/treatment/pregnancy.htm>
20. Sugarman J, Colvin C, Moran AC, Oxlade O. Tuberculosis in pregnancy: an estimate of the global burden of disease. Lancet Glob Health 2014; 2:e710.
21. Mathad JS, Gupta A. Tuberculosis in pregnant and postpartum women: epidemiology, management, and research gaps. Clin Infect Dis 2012; 55:1532.