



ნაადრევი მშობიარობის ტენდენციები საქართველოს დაბადების რეგისტრის მონაცემების მიხედვით

Trends in preterm birth according to data from the Georgian birth registry

ლიკა სიბოშვილი^{1a}, ნატა ყაზახაშვილი^{2b}

Lika Siboshvili^{1a}, Nata Kazakhashvili^{2b}

¹მედიცინის და ჯანდაცვის მენეჯმენტის სკოლა, კავკასიის უნივერსიტეტი, თბილისი, საქართველო

² მედიცინის ფაკულტეტი, ივ. ჯავახიშვილის სახელობის თბილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტი, თბილისი, საქართველო

¹ School of Medicine and Healthcare Management, Caucasus University, Tbilisi, Georgia

²Faculty of Medicine, Iv. Javakhishvili Tbilisi State University, Tbilisi, Georgia

აბსტრაქტი

შესავალი: ნაადრევი მშობიარობა აქტუალურია როგორც განვითარებული, ისე განვითარებადი ქვეყნებისთვის. თუ განვითარებულ ქვეყნებში ნაადრევი მშობიარობა დედობის გვიან ასაკში დაგეგმვას ეხება, ღარიბ ქვეყნებში ორსულობის მეთვალყურეობის ხარვეზებთან და სხვადასხვა პათოლოგიებთანაა კავშირში. კვლევის მიზანს წარმოადგენდა საქართველოში ნაადრევი მშობიარობის შესწავლა დაბადების რეგისტრის მონაცემების ანალიზის მიხედვით. **მეთოდოლოგია:** განხორციელდა საქართველოს დაბადების რეგისტრის 4 წლის მონაცემების (2017-2020 წწ.) რეტროსპექტული შესწავლა და აღწერილობითი, სტატისტიკური ანალიზი. მონაცემების დამუშავება მოხდა SPSS პროგრამის საშუალებით. საკვლევ პოპულაციად განისაზღვრა ყველა ის ქალი, რომელმაც იმშობიარა კვლევის პერიოდში (2017-2020) და მშობიარობის სტატუსი იყო „ნაადრევი“. **შედეგები, დისკუსია:** კვლევამ გამოავლინა ნაადრევი მშობიარობების ზრდის ტენდენცია. ნაადრევი მშობიარობას ძირითადად 20-29 ასაკობრივ კატეგორიაში აქვს ადგილი. ნაადრევი მშობიარობის უმეტესობა (42,6%) მოდიოდა იმ დედეებზე, რომლებსაც ჰქონდა ორსულობის 3 ან მეტი შემთხვევა. ნაადრევი მშობიარობის შემთხვევაში მკვდრადშობილების რაოდენობა შემცირების ტენდენციით ხასიათდება. ნაადრევი მშობიარობა და ნაყოფის მცირე მასა ერთმანეთთან მჭიდროდ არის დაკავშირებული, რაოდენობრივად ყველაზე მეტი შემთხვევა თბილისში აღირიცხა, რაც განპირობებულია დედაქალაქში ურბანიზაციის მაღალი მაჩვენებლებით. ნაადრევი მშობიარობის შემთხვევაში ანტენატალური ვიზიტებისთვის არც ერთხელ არ მიუმართავს ორსულების 7,7%-ს (n=1305). საყურადღებოა, რომ ნაადრევი მშობიარობების დიდ ნაწილში (59,4%) მშობიარობის გზა იყო საკეისრო კვეთა. **დასკვნა:** თითოეული ორსული ჩართული უნდა იყოს ანტენატალური მეთვალყურეობის პროგრამაში და ისარგებლოს განსაზღვრული ვიზიტებით. ნაადრევი მშობიარობის შესამცირებლად მნიშვნელოვანია ორსულებში ჯანსაღი ცხოვრების წესის ხელშეწყობა. საჭიროა საკეისრო კვეთის მაღალი მაჩვენებლების მიზეზების ანალიზი.

საკვანძო სიტყვები: ნაადრევი მშობიარობა, დაბადების რეგისტრი, მკვდრადშობადობა

^a l_siboshvili@cu.edu.ge ORCID ID: <https://orcid.org/0009-0007-5939-5552>

^b nata.kazakhashvili@gmail.com ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0001-9795-4078>

ციტირება: ლიკა სიბოშვილი. ნატა ყაზახაშვილი. ნაადრევი მშობიარობის ტენდენციები საქართველოს დაბადების რეგისტრის მონაცემების მიხედვით. ჯანდაცვის პოლიტიკა, ეკონომიკა და სოციოლოგია, 2023; 7 (2).

Abstract

Introduction: Preterm birth is relevant issue for both developed and developing countries. In the developed countries if premature birth is related to planning motherhood at a late age, in low and middle income countries it is related to gap in pregnancy care services and various pathologies. The aim of the study was to study premature birth tendencies in Georgia which based on the analysis of birth register data. **Methodology:** The data was collected and studied with retrospective analysis of 4 year data (2017-2020). The data was analysed by SPSS program. As a study population were defined women who gave birth during the study period and the delivery status was preterm. **Results, Discussion:** The study revealed an increasing trend in preterm birth. During the research was revealed that premature births are mostly present in the age group of 20-29. Most preterm births (42.6%) occurred in mothers who had 3 or more pregnancies. In the case of premature birth, the number of stillbirths tends to decrease. Furthermore, the highest number was recorded in Tbilisi, which is due to high urbanization rates in the city and in most cases of premature births the rate of caesarean sections (59.4%) was higher than physiological births. In case of premature birth 7.7% of pregnant women (n=1305) did not apply for antenatal visits even once. **Conclusion:** Every pregnant woman should be covered in an antenatal care program. In order to reduce premature birth rates, it is important to promote a healthy lifestyle in pregnant women. It is necessary to study the reasons of the high rates of caesarean section.

Keywords: Premature birth, birth registry, stillbirth

Citation: Lika Siboshvili, Nata Kazakhashvili. Trends in preterm birth according to data from the Georgian birth registry. Health Policy, Economics and Sociology, 2023; 7 (2).

შესავალი

ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის განმარტებით მშობიარობა ნაადრევია, თუ მშობიარობა მოხდა ორსულობის 37 კვირამდე. სპეციალისტები ნაადრევი მშობიარობის რამდენიმე ქვეკატეგორიას განიხილავენ, რომელიც მშობიარობის გესტაციური ვადის მიხედვით განისაზღვრება: უკიდურესად ნაადრევი - ნაკლები 28 კვირაზე, ძალიან ნაადრევი - 28-დან 32 კვირამდე და ზომიერად და გვიან ნაადრევი - 32-დან 37-კვირამდე (World Health Organization, 2022).

სტატისტიკური მონაცემების მიხედვით, 2010 წელს მსოფლიოში 15 მილიონი ნაადრევი მშობიარობის შემთხვევა დაფიქსირდა, რომელთა პრევალენტობაც 5-18%-ს შეადგენდა. აღნიშნული მიუთითებს, რომ ყოველი 10 ახალშობილიდან 1 ნაადრევად იბადება. 2015 წელს ნაადრევი მშობიარობის მაჩვენებელი შეერთებულ შტატებში 9,62% იყო, 3,977,745 მშობიარობას შორის. 2021 წლის მონაცემებით აშშ-ში დაბადებული ყოველი 10 ახალშობილიდან 1 ნაადრევად იყო დაბადებული.

ნაადრევი მშობიარობის მაჩვენებლები უმეტეს ქვეყანაში ზრდის ტენდენციით ხასიათდება. 38 ქვეყანაში ჩატარებულმა კვლევებმა აჩვენა, რომ 2000 წლიდან 2014 წლამდე ნაადრევი მშობიარობის მაჩვენებელი 28 ქვეყანაში გაიზარდა. (Walani, 2020). ნაადრევი მშობიარობის მაჩვენებელი 2000 წელს იყო 9,8%, ხოლო 2014 წელს 10,6% (Walani, 2020). საქართველოში ნაადრევ მშობიარობათა წილი 7,9%-დან (2018 წ) 8,9%-მდე (2021 წ) გაიზარდა (დაავადებათა კონტროლის ეროვნული ცენტრი, 2021).

ნაადრევი მშობიარობის დროს ხშირია გართულებები. 2015 წელს მსოფლიოში 5,94 მილიონი 5 წლამდე ასაკის ბავშვი გარდაიცვალა, გარდაცვალების 17,8% გამოწვეული იყო ნაადრევი მშობიარობის გართულებებით. ნაადრევი მშობიარობა წარმოადგენს ახალშობილებისა და 5 წლამდე ასაკის ბავშვების სიკვდილის მთავარ მიზეზს, ხოლო

გადარჩენილებს შორის არსებობს უნარშეზღუდულობის რისკი, მათ შორის სწავლის, მხედველობისა და სმენის პრობლემების სახით (Muhumed et al., 2021).

ნაადრევი მშობიარობის შედეგად არსებული გართულებებისა თუ სიკვდილიანობის თავიდან აცილება შესაძლებელია ჯანსაღი ორსულობით. ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის ანტენატალური ზრუნვის გაიდლაინები მოიცავს მთავარ ინტერვენციებს, რომლითაც შესაძლებელია ნაადრევი მშობიარობის პრევენცია. ინტერვენციები მოიცავს: ჯანსაღ კვებას, თამბაქოსა და სხვა ნივთიერებებზე უარის თქმას, ექიმთან 8 ანტენატალურ ვიზიტს, რომელიც საშუალებას იძლევა გამოვლინდეს ორსულობის რისკ-ფაქტორები და მოხდეს შესაბამისი მართვა (World Health Organization, 2022).

ნაადრევი მშობიარობა აქტუალურია როგორც განვითარებული, ისე განვითარებადი ქვეყნებისთვის. თუ განვითარებულ ქვეყნებში ნაადრევი მშობიარობა დედობის გვიან ასაკში დაგეგმვას ეხება, ღარიბ ქვეყნებში ორსულობის მეთვალყურეობის ხარვეზებთან და სხვადასხვა პათოლოგიებთანაა კავშირში. ნაადრევი მშობიარობის პრობლემის მოგვარებას დიდი როლი აქვს გაეროს მდგრადი განვითარების მე-3 მიზნის მიღწევის საკითხში, რაც გულისხმობს 2030 წლისათვის ახალშობილთა და 5 წლამდე ასაკის ბავშვთა სიკვდილის შემცირებას, რომლის თავიდან აცილებაც შესაძლებელი იყო.

ნაადრევი მშობიარობას შეუძლია გავლენა მოახდინოს ახალშობილთა ჯანმრთელობაზე გრძელვადიან პერპეტუაში. ამ მხრივ, მნიშვნელოვანია საქართველოში ნაადრევი მშობიარობის მაჩვენებლების ცვლილებების შესწავლა დედისა და ახალშობილის მახასიათებლების მიხედვით.

კვლევის მიზანს წარმოადგენდა საქართველოში ნაადრევი მშობიარობის შესწავლა დაბადების რეგისტრის მონაცემების ანალიზის მიხედვით.

ლიტერატურული მიმოხილვა

ნაადრევი მშობიარობის გავრცელება მსოფლიოში

ნაადრევი მშობიარობის ტვირთი მაღალი და დაბალი ან საშუალო შემოსავლის მქონე ქვეყნებს შორის არათანაბრად არის განაწილებული. ნაადრევი მშობიარობის შემთხვევები უფრო ხშირია დაბალი ან საშუალო შემოსავლის მქონე ქვეყნებში და მისი შედეგებიც უფრო მძიმეა, რადგან ასეთ ქვეყნებში სამედიცინო პერსონალისა და სამედიცინო ინფრასტრუქტურის ნაკლებობა შეინიშნება.

ნაადრევი მშობიარობების დაახლოებით 90% დაბალი და საშუალო შემოსავლის მქონე ქვეყნებზე მოდის. დაბალი შემოსავლის მქონე ქვეყნებში ნაადრევი მშობიარობის საშუალო მაჩვენებელი 12%-ს უახლოვდება, საშუალო შემოსავლის მქონე ქვეყნებში 9,4%-ს, ხოლო მაღალი შემოსავლის მქონე ქვეყნებში 9,3%-ს. მნიშვნელოვანი განხვავებული არსებობს თითოეულ რეგიონს შორის, მაგ. ევროპის რეგიონშიც, სადაც ეს მაჩვენებელი 5%-დან 10%-მდე მერყეობს, მიუხედავად იმისა, რომ ქვეყნები ერთანეთს ჰგვანან განვითარებითა და ჯანმრთელობის დაცვის სერვისებით. (Walani, 2020).

მაღალი შემოსავლის მქონე ქვეყნებში ახალშობილთა გადარჩენის შანსი - გესტაციური ასაკი, რომლის დროსაც ჩვილს აქვს გადარჩენის 50%, არის დაახლოებით 24 კვირა, მსოფლიოს უმეტეს დაბალი შემოსავლის მქონე ქვეყნებში სიცოცხლისუნარიანობის ეს ზღვარი ორსულობის 34 კვირამდეც კი არ არის მიღწეული. ამგვარად, ახალშობილების გადარჩენის საკითხში დიდი მნიშვნელობა აქვს იმ ადგილს, სადაც ახალშობილი იბადება (Stringer et al., 2016).

მსოფლიოში ნაადრევი მშობიარობის 60%-ზე მეტი გვხვდება სამხრეთ აზიისა და სუბ-საჰარული აფრიკის ქვეყნებში, რომლებიც დაბალი და საშუალო შემოსავლის ქვეყნებს წარმოადგენენ. ეს შესაძლოა გამოწვეული იყოს მცირე რესურსებით, რომლებიც ქვეყანას გააჩნია და მაღალი ფერტილობით (Muhumed et al., 2021). მსოფლიოში ნაადრევი დაბადებული ახალშობილების 50%-ზე მეტი - 7,4 მილიონი ახალშობილი ძირითადად ექვს ქვეყანაზე მოდის და ეს ქვეყნებია: ინდოეთი, ჩინეთი, ნიგერია, პაკისტანი, ინდონეზია და შეერთებული შტატები. (Walani, 2020).

დაბალი შემოსავლის მქონე ქვეყნებში, 28 კვირაზე ნაკლებ ვადაზე დაბადებული ახალშობილების 90%-ზე მეტი იღუპება სიცოცხლის პირველივე დღეებში, როდესაც მაღალშემოსავლიან ქვეყნებში მათი სიკვდილიანობა 10%-ზე ნაკლებია (World Health Organizatio, 2022). დაბალი შემოსავლის მქონე ქვეყნებში 32 კვირაზე ან ნაკლებ ვადაზე დაბადებული ბავშვების ნახევარი ყველაზე ხშირად იღუპება ისეთი ფაქტორების გამო, როგორცაა: ინფექციები და სუნთქვის გართულებები (World Health Organizatio, 2022).

ალსანიშნავია ეთნიკური განსხვავებებიც, რომელიც არსებობს ნაადრევი მშობიარობის შემთხვევაში. შეერთებულ შტატებში 2016 წელს ნაადრევი მშობიარობის მაჩვენებელი 14% იყო აფრო-ამერიკელ ქალებში, ხოლო თეთრკანიან ქალებში 9%. (Walani, 2020). 2021 წელს ნაადრევი მშობიარობის მაჩვენებელი აფროამერიკელ ქალებში (14,8%) დაახლოებით 50%-ით მეტი იყო არაესპანელ თეთრკანიან (9,5%) და ესპანელ ქალებთან შედარებით (10,2%) (Centers for Disease Control and Prevention, 2022).

კვლევები ადასტურებენ, რომ სოფლად მცხოვრებ ქალებში ნაადრევი მშობიარობის რისკი 4,5-ჯერ მეტია ქალაქში მცხოვრებ ქალებთან შედარებით, რაც შესაძლოა განპირობებული იყოს სამედიცინო სერვისებზე ხელმისაწვდომობის პრობლემით (Muhumed et al., 2021).

ნაადრევი მშობიარობის გამომწვევი მიზეზები

ნაადრევი მშობიარობა გამოწვეულია მრავალი მიზეზით, რომლებიც შეიძლება იყოს როგორც ინდივიდუალური, ისე გარემო ფაქტორებთან დაკავშირებული. ნაადრევი მშობიარობა შესაძლოა იყოს იატროგენული, მაშინ როცა ნაადრევი მშობიარობის 80% ხდება სპონტანურად (Kaplan & Ozgu-Erdinc, 2018).

ნაადრევად მშობიარობა შესაძლოა გამოწვეული იყოს გარსების ნაადრევი დარღვევით, სპონტანურად გარსების დარღვევის გარეშე და დედის ან ნაყოფის მდგომარეობის გამო (Goldenberg et al., 2008).

ნაადრევი მშობიარობის დაახლოებით 30-35% დედის ან ნაყოფის ჯანმრთელობის გამო ხდება, 40-45%- სპონტანურად გარსების დარღვევის გარეშე, ხოლო 25-30% გარსების ნაადრევი დარღვევის გამო. თეთრკანიან ქალებში ნაადრევი მშობიარობა ყველაზე ხშირად სპონტანურად მიმდინარეობს, მაშინ როცა ფერადკანიან ქალებში ნაადრევი მშობიარობის მიზეზი გარსების ნაადრევი დარღვევაა. (Goldenberg et al., 2008)

ნაადრევი მშობიარობის გესტაციური ვადების დაყოფის შემთხვევაში ყველაზე მეტი შემთხვევა ორსულობის 34-36 კვირაზე ხდება (60-70%), შემდეგ 32-33 კვირაზე (20%), 28-31 კვირაზე 15%, ხოლო დაახლოებით 5% ხდება ორსულობის 28 კვირაზე ნაკლებ ვადაზე. (Goldenberg et al., 2008)

ნაადრევი მშობიარობის რისკ-ფაქტორებს წარმოადგენს: დედის ასაკი, განათლება, დაბალი სოციო-ეკონომიკური პირობები, საცხოვრებელი ადგილი (ქალაქი, სოფელი), პროფესიული სტატუსი, კვება, არასასურველი ქცევები, ფსიქოლოგიური პრობლემები, სტრესი, მძიმე ფიზიკური შრომა, ხანგრძლივი და მძიმე სამუშაო, ორსულობის ისტორია, აბორტის ისტორია, შარდ-სასქესო სისტემის ინფექციები, ჰიპერტენზია, ჰემოგლობინის დონე, ახალშობილის სქესი, საშვილოსნოს პლაცენტის მდგომარეობა, საშვილოსნოს შეკუმშვა და საშვილოსნოს ყელის სიგრძე, ბიოლოგიური და გენეტიკური მარკერები, სისხლდენა, იმუნოლოგიური ფაქტორები.

ერთ-ერთი კვლევის მიხედვით გამოვლინდა ნაადრევი მშობიარობის 12 ძირითადი მიზეზი: პრეეკლამფსია (12%), მრავალნაყოფიანი ორსულობა (10%), ქორიოამნიოტი (8%), საშვილოსნოსგარე ინფექცია (8%), ორსულობის შუა ან გვიან პერიოდში სისხლდენა (6%), საეჭვო საშვილოსნოსშიდა ზრდის შეზღუდვა (6%), პერინატალური სეფსისი (6%), ადრეული სისხლდენა (5%), მკვდრადშობადობა (4%), ნაყოფის დისტრესი (3%) და დედის მძიმე საცხოვრებელი პირობები (3%). (Stringer et al., 2016)

ნაადრევი მშობიარობის რისკი თანაბრად მაღალია როგორც მოზარდ ორსულებში, ისე ხანდაზმულ ორსულებში, თუმცა კვლევების თანახმად ყველაზე მაღალი რისკი მაინც 18 წლამდე ორსულებში არსებობს.

დედების დაბალი განათლების დონეც ასოცირებულია ნაადრევ მშობიარობასთან. მაგალითად, ევროპის 12 ქვეყანაში ჩატარებულმა ნაადრევი მშობიარობის კოეფიციენტის ანალიზმა აჩვენა, რომ კოეფიციენტი ზოგადად უფრო მაღალია იმ ქალებში, რომლებსაც განათლების დაბალი დონე აქვთ. ნიდერლანდებში ნაადრევი მშობიარობის მაჩვენებელი განათლების დაბალი დონის მქონე ქალებში იყო 7%, როცა იგივე მაჩვენებელი შედარებით მაღალი განათლების მქონე ქალებში 4,9% იყო. ნორვეგიაში ნაადრევი მშობიარობის მაჩვენებელი დაბალი განათლების დონის მქონე ქალებში 9,7% იყო, ხოლო მაღალი განათლების დონის მქონე ქალებში 5,9%. (Walani, 2020).

ნაადრევ მშობიარობაზე გავლენას ახდენს კვება. რკინის ან ფოლიუმის დაბალი კონცენტრაციის მქონე ქალებში უფრო მეტად აღინიშნება ნაადრევი მშობიარობა. სპონტანური ნაადრევი მშობიარობა შესაძლოა გამოწვეული იყოს დედის სხეულის მცირე მასით, რადგან მცირდება სისხლის მოცულობა და საშვილოსნოს სისხლის ნაკადი შესაბამისი რაოდენობით ვეღარ მიეწოდება. სხეულის მაღალი მასის მქონე ქალებს უფრო მეტად უვითარდებათ პრეეკლამფია და დიაბეტი, რაც ნაადრევი მშობიარობის ინდუცირების მიზეზს წარმოადგენს. (Goldenberg et al., 2008).

მსოფლიოში ორსული ქალების 38%-დან 42%-მდე ანემიით არის დაავადებული. მაღალი შემოსავლის მქონე ქვეყნებში ორსულთა დაახლოებით 22%-ს აღინიშნება ანემია, ხოლო აფრიკაში 56%-მდე. რკინადეფიციტური ანემია მჭიდროდ უკავშირდება ნაადრევი მშობიარობის გაზრდილ რისკსა და არაკეთილსაიმედო პერინატალურ გამოსავალს. დაბალ და საშუალო შემოსავლის მქონე ქვეყნებში ნაადრევ მშობიარობასთან ასოცირებული ზოგიერთი რისკ-ფაქტორის გამოვლენას ხელს უშლის სამედიცინო მომსახურებაზე ლიმიტირებული წვდომა. (Stringer et al., 2016)

ინფექციები, რომლებიც დაკავშირებულია ნაადრევ მშობიარობასთან მოიცავს: შიდსი, ბაქტერიულ ვაგინოზს, ქლამიდიას, საშარდე გზების ინფექციებს, მალარიას, C ჰეპატიტს და სიფილისს. შარდ-სასქესო ინფექციები ზრდის ნაადრევი მშობიარობის რისკს. ეგვიპტეში ჩატარებული კვლევის თანახმად, არსებობს კორელაცია პაპილომა ვირუსსა და ნაადრევ მშობიარობას შორის. ადამიანის პაპილომა ვირუსის პრევალენტობა დროული მშობიარეების შემთხვევაში 17,5% იყო, ხოლო ნაადრევი მშობიარეების შემთხვევაში 45% (Kaplan & Ozgu-Erdinc, 2018).

ერთ-ერთი კვლევის თანახმად, ორსულობებს შორის მცირე ინტერვალი ზრდის ნაადრევი მშობიარობის რისკს. ნაადრევი მშობიარობის თავიდან ასაცილებლად უმჯობესია ორსულობებს შორის ინტერვალი მინიმუმ 18 თვე იყოს. რისკ-ფაქტორს წარმოადგენს ასევე თამბაქოსა და ნარკოტიკის მოხმარება. რისკ-ფაქტორია ასევე სოციო-ეკონომიკური ფაქტორები და გარემო ფაქტორები, მაგალითად ჰაერის დაბინძურება, რადიაცია, ქიმიკატების გამოყენება. (Vogel et al, 2018)

ნაადრევი მშობიარობის ოჯახური ისტორიაც ერთ-ერთ რისკ ფაქტორს წარმოადგენს. წარსულში ნაადრევი მშობიარობის მქონდე ქალებში ნაადრევი მშობიარობის განმეორების რისკი 15%-დან 50%-მდე მერყეობს, ეს დამოკიდებულია წინა მშობიარობების რაოდენობასა და გესტაციურ ასაკზე. (Goldenberg et al., 2008)

ქალებს, რომლებსაც აქვთ წარსულში აბორტის ისტორია ნაადრევი მშობიარობის 5-ჯერ მეტი რისკი აქვთ იმ ქალებთან შედარებით, რომლებსაც არ აქვს აბორტის ისტორია, ეს შესაძლოა განპირობებული იყოს ინფექციის რისკით, რომელიც თან ახლავს აბორტს. ვარაუდობენ, რომ ქალებს, რომლებსაც აქვთ აბორტის ისტორია, აქვთ ინტრაამნიონური ინფექციის მომატებული რისკი (Kaplan & Ozgu-Erdinc, 2018).

მრავალნაყოფიანი ორსულობა წარმოადგენს ნაადრევი მშობიარობის მნიშვნელოვან რისკს და ნაადრევი მშობიარობის მიზეზების 15-20%-ში ფიქსირდება. ტყუპების დაახლოებით 60% იბადება ნაადრევად. დაახლოებით 40% სპონტანურად ან გარსების ნაადრევი დარღვევის გამო არის დაბადებული (Goldenberg et al., 2008)

ნაადრევი მშობიარობის მაღალ რისკს წარმოადგენს სისხლდენა გამოწვეული პლაცენტის აკლით ან პლაცენტის წინმდებარეობით, ასევე სისხლდენა ორსულობის პირველ ან მეორე

ტრიმესტრში, რომელიც არ უკავშირდება არც პლაცენტის აცლას და არც პლაცენტის წინმდებარეობას. ამნიონური სითხის მოცულობა - მრავალწყლიანობა (პოლიჰიდრამნიოზი) ან მცირეწყლიანობა (ოლიგოჰიდრამნიოზი) - ასოცირდება გარსების ნაადრევ დარღვევასთან და შესაბამისად, ნაადრევ მშობიარობასთან (Goldenberg et al., 2008).

დაბადების რეგისტრი

ბევრ დაბალი და საშუალო შემოსავლის მქონე ქვეყნებში არ არის მოწესრიგებული ეროვნული სტატისტიკის სისტემა, არ არსებობს ერთიანი ბაზა, სადაც თავმოყრილი იქნება მონაცემები დაბადების, გარდაცვალების, მშობიარობის თუ სხვა სასიცოცხლო მოვლენების შესახებ, აქედან გამომდინარე, ინფორმაციის შეგროვება ამ მოვლენების შესახებ ძირითადად მოსახლეობის პერიოდული გამოკითხვის საფუძველზე ხდება. მაგ, მშობიარობის შემთხვევაში ახალშობილის წონა ან მშობიარობის გესტაციური კვირა დედის მიერ მიწოდებულ ინფორმაციას ემყარება (Stringer et al., 2016).

დაბადების რეგისტრის მეშვეობით შესაძლებელია თითოეული დედისა თუ ახალშობილის ინფორმაციაზე თვალყურის მიდევნება ორსულობისა და მშობიარობის პერიოდში. დაბადების რეგისტრი შესაძლებლობას იძლევა მოხდეს ხარისხიანი მონაცემების შეგროვება, რომლის ფლობაც გარკვეულწილად ანალიზისა და შესაბამისი ინტერვენციების დაგეგმვასა თუ განხორციელებაში გვეხმარება.

დაბადების რეგისტრი წარმოადგენს ეროვნულ მონაცემთა ბაზას, რომელშიც ასახულია ქვეყნის მასშტაბით აღრიცხული ყველა მშობიარობის გამოსავალი. სისტემაში ჩართული ყველა სამედიცინო დაწესებულება (სამშობიარო სახლები) ვალდებული არიან დაბადების რეგისტრში ასახონ შესაბამისი ინფორმაცია. ის იძლევა ინფორმაციას პრენატალური პერიოდის, ისევე როგორც ორსულობის, მშობიარობის, ნეონატალური და პოსტნატალური პერიოდის შესახებ. მასში თავმოყრილია ინფორმაცია წარსულში არსებული ორსულობის, მშობიარობის, აბორტისა თუ სხვადასხვა დიაგნოზების შესახებ. ასევე, შესაძლებელია ახალშობილის ნეონატალური პერიოდის მონაცემების ნახვაც, მაგალითად, ახალშობილის წონა, აბგარის შკალა, ახალშობილის სიგრძე, დიაგნოზი, ახალშობილთა თანდაყოლილი მანკები და სხვა პრენატალური მდგომარეობები (Irgens, 2000).

დაბადების რეგისტრს საფუძველი სკანდინავიის ქვეყნებში ჩაეყარა. ნორვეგიაში დაბადებს რეგისტრის დანერგვა 1967-1970 წლებში მოხდა, დანიაში 1973 წელს, ხოლო შვედეთში 1973 წელს. ვინაიდან დაბადების რეგისტრში ასახული მონაცემები ფასეულია, მისი გამოყენება მრავალ ასპექტში არის შესაძლებელი, მაგ. დაავადებათა პრევენციისთვის, სამედიცინო სერვისების გაუმჯობესებისთვის, არსებული მდგომარეობის შეფასებისთვის, დაკვირვებისთვის, სარწმუნო რეკომენდაციებისთვის და სტატისტიკისთვის. დაბადების რეგისტრის მონაცემების სამეცნიერო კვლევებში გამოყენებისათვის და მონაცემების სიზუსტისათვის აუცილებელია მონაცემთა ხარისხის მუდმივი კონტროლი. (Irgens, 2000)

დაბადების რეგისტრი პირადი ნომრის საფუძველზე იძლევა შესაძლებლობას მოხდეს ორივე მშობლის, როგორც დედის, ისე მამის იდენტიფიცირება. დაბადების რეგისტრის მეშვეობით შესაძლებელია სხვადასხვა ტიპის კვლევის ჩატარებაც, როგორებიცაა პროსპექტული კვლევები, შემთხვევა-კონტროლის, კოჰორტული და სხვა. გარდა ამისა, შესაძლებელია სხვადასხვა კლინიკური საკითხების ანალიზი, რაც უკავშირდება დედისა და ახალშობილის მდგომარეობებს.

დაბადების რეგისტრი ძირითადად მაღალი შემოსავლის მქონე ქვეყნებშია დანერგილი და სასიცოცხლო მნიშვნელობა აქვს. მას ნაკლებად შევხვდებით დაბალი და საშუალო შემოსავლის მქონე ქვეყნებში, რადგან მისი შექმნა დიდ ფინანსურ ხარჯებთანაა დაკავშირებული. მიუხედავად იმისა, რომ საქართველო საშუალო შემოსავლის მქონე ქვეყნად არის მიჩნეული, დაბადების რეგისტრი საქართველოში 2016 წლიდან ფუნქციონირებს. დაბადების რეგისტრის დანერგვაში ბევრ ადამიანს მიუძღვის წვლილი და არა მარტო ადამიანებს, არამედ ფონდებსაც. გაეროს ბავშვთა ფონდმა მოახდინა ფინანსური უზრუნველყოფა საქართველოში მის შესაქმნელად, ხოლო ტექნიკური უზრუნველყოფა

ნორვეგიის არქტიკულმა უნივერსიტეტმა და დაავადებათა კონტროლის ეროვნულმა ცენტრმა მოახდინა. დაბადების რეგისტრის დანერგვისა თუ შექმნის პროცესში, მთავარ მიზანს დედისა და პერინატალური ჯანმრთელობის გაუმჯობესება წარმოადგენდა. 2014 წელს ქართულმა კომპანიამ CiTi-მ შექმნა დაბადების რეგისტრის სისტემა. (Anda et al., 2017)

დაბადების რეგისტრი იძლევა შესაძლებლობას მივიღოთ ისეთი ინფორმაცია დედაზე, როგორცაა სპონტანური და ხელოვნური აბორტი, საშვილოსნოგარე ორსულობა, მშობიარობა, ანტენატალური ვიზიტები. აღსანიშნავია, რომ ინფორმაციის განახლება ხდება ყოველი ვიზიტის შემდეგ. ზოგიერთი ცვლადის შევსება სავალდებულოა, ასეთ ცვლადებს მიეკუთვნება დედის დაბადების თარიღი, ორსულობის რეგისტრაციის პროცესში არსებული გესტაციური კვირა, გესტაციური კვირა მშობიარობისას, მშობიარობის თარიღი, ახალშობილის წონა და სხვა. სისტემას აქვს 900-ზე მეტი ვალიდაციის საშუალება, რასაც შეცდომების დაშვების ალბათობა მინიმუმამდე დაჰყავს (Anda et al., 2017)

მეთოდოლოგია

კვლევის პერიოდში განხორციელდა საქართველოს დაბადების რეგისტრის 4 წლის მონაცემების (2017-2020 წწ.) მოპოვება, რეტროსპექტული შესწავლა და აღწერილობითი, სტატისტიკური ანალიზი.

კვლევის პროცესში შესწავლილ იქნა შემდეგი ცვლადები:

• მშობიარობის გესტაციური ვადა (შემდეგი კატეგორიების მიხედვით: 22-27; 28-32; 33-36; მეტი ან ტოლი 37)

- მშობიარობის ტიპი (საკეისრო კვეთა, ფიზიოლოგიური მშობიარობა)
- დედის საცხოვრებელი ადგილი (რეგიონი)
- დედის ასაკი (<20, 20-29, 30-39 და მეტი ან ტოლი 40)
- ორსულობის რიგითობა (პირველი, მეორე, მესამე ან მეტი)
- მშობიარობის რიგითობა (პირველი, მეორე, მესამე ან მეტი)
- ანტენატალური ვიზიტების რაოდენობა (0, 1-4, მეტი ან ტოლი 5)
- ახალშობილის წონა (<2500 და >=2500)
- ახალშობილის სიგრძე (<50 და >=50)
- ახალშობილი დაიბადა ცოცხლადშობილი თუ მკვდრადშობილი

საკვლევი პოპულაციაა ყველა ის ქალი, რომელმაც იმშობიარა კვლევის პერიოდში და მშობიარობის სტატუსი იყო ნაადრევი.

კვლევის ძირითად ბაზად გამოყენებულ იქნა ორსულთა და ახალშობილთა მეთვალყურეობის ელექტრონული მოდული, დაბადების რეგისტრი, რომელიც საქართველოში ფუნქციონირებს დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრის სამედიცინო სტატისტიკის დეპარტამენტის ზედამხედველობის ქვეშ. კვლევის პროცესში ორსულობის ვადების მიხედვით განისაზღვრა დროული და ნაადრევი მშობიარობები ისე, როგორც ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის რეკომენდაციითაა მოწოდებული. შესაბამისად, ნაადრევი მშობიარობის მახასიათებლების შედარება მოხდა დროულ მშობიარობებთან. გარდა ამისა, კვლევის პროცესში საჭირო გახდა ზოგიერთი ცვლადის ფორმირება, რათა უფრო გამარტივებულიყო პროცესი.

მონაცემები თავმოყრილი იყო Excel-ის სხვადასხვა დოკუმენტში და სისტემატიზებული იქნა წლების მიხედვით. ანალიზის საწყის ეტაპზე მოხდა მათი ერთ დოკუმენტად გაერთიანება, მოგვიანებით კი მონაცემები დამუშავდა SPSS პროგრამის საშუალებით.

კვლევის შედეგები

კვლევის პერიოდში გაანალიზდა 2017-2020 წლის დაბადების რეგისტრის მონაცემთა ბაზა. 4 წლის მანძილზე სულ აღირიცხა 197 847 მშობიარობა, მათგან ნაადრევი (ნაკლები ან ტოლი 36 კვირაზე) იყო 16 939 (8,6%), ხოლო დროული (მეტი ან ტოლი 37 კვირაზე) იყო 180 908 (91,4%) შემთხვევაში. სხვადასხვა წელს, მშობიარობების განაწილება განსხვავებული იყო და შემდეგნაირად განაწილდა: 2017 წელს სულ აღირიცხა 51 903 მშობიარობა, მათგან 3 712 იყო

ნაადრევი, ხოლო 48 191 დროული. 2018 წელს მშობიარობების ჯამმა შეადგინა 51 177, სადაც დროული მშობიარობა იყო 46 790, ხოლო ნაადრევი 4 387. 2019 წელს შობადობა იკლებს წინა წლებთან შედარებით და შეადგენს 48 206, სადაც ნაადრევი მშობიარობები შეადგენს 4 366, ხოლო დროული 43 840. 2020 წელსაც, მსგავსად 2019 წლისა, შეინიშნება შობადობის შემცირება და მშობიარობათა საერთო რაოდენობა შეადგენს 46 561-ს, სადაც დროულია 42 087, ხოლო ნაადრევი 4 474. იხილეთ ცხრილი N2.

ცხრილი 1: წლები და გესტაციური კვირები

წლები	გესტაციური კვირები		სულ
	<=36	>=37	
2017	3712	48191	51903
2018	4387	46790	51177
2019	4366	43840	48206
2020	4474	42087	46561
სულ	16939	180908	197847

16 939 ნაადრევი მშობიარობიდან 18 შემთხვევაში (0,1%) უცნობია მშობიარობის რიგითობა, ხოლო ნაადრევი მშობიარობის დიდი ნაწილი დაფიქსირდა პირველი მშობიარობის შემთხვევაში - 6 501 (38,4%), შემდეგ მეორე მშობიარობის 5 300 შემთხვევაში (31,3%) და ყველაზე ნაკლებია მესამე და მეტი მშობიარობის დროს - 5 120 (30,2%).

ნაადრევი მშობიარობის შემთხვევაში უმეტესობა წარმართა საკეისრო კვეთის გზით - 10 064 (59,4%), ფიზიოლოგიური მშობიარობა იყო 6661 შემთხვევაში (39,3%), ხოლო 214 (1,3%) ფიზიოლოგიურ მშობიარობაში, საჭირო გახდა დამხმარე ინტერვენციებისა თუ ინსტრუმენტების გამოყენება, როგორცაა ვაკუუმი, მაშები, ეპიზოტომია და სხვა.

ცხრილი 2: მშობიარობების რიგითობა და ტიპი ნაადრევი მშობიარობის დროს

	რაოდენობა %
მშობიარობების რიგითობა, ნაადრევი მშობიარობის დროს	
I	6 501 (38,4%)
II	5 300 (31,3%)
III	5 120 (30,2%)
უცნობია	18 (0,1%)
მშობიარობის ტიპი ნაადრევი მშობიარობის დროს	
ფიზიოლოგიური მშობიარობა	6661 (39,3%)
საკეისრო	10 064 (59,4%)
ფიზიოლოგიური ჩარევით	214 (1,3%)

ვინაიდან, ნაადრევი მშობიარობის ერთ-ერთი რისკ-ფაქტორია ასაკი, საინტერესო იყო ამ ცვლადის დანახვა ნაადრევი მშობიარობასთან ურთიერკავშირში და შედეგები შემდეგნაირია: 16 939 ნაადრევი მშობიარობიდან უმრავლესობა ნაწილდება 20-29 წლის ასაკობრივ კატეგორიაში და შეადგენს 8 399 შემთხვევას (49,6%), 30-39 – 6 255 (36,9%), ნაკლები 20 წელზე – 1 533 (9,1%) და 40 წლის ან მეტ შემთხვევაში - 752 (4,4%). (იხ. ცხრილი 3).

საინტერესო ფაქტორს წარმოადგენდა ორსულობის რიგითობა. ნაადრევი მშობიარობის უმეტესი ნაწილისთვის ორსულობა იყო მესამე ან მეტი და შეადგენდა 7 220-ს (42,6%), შემდეგ იყო პირველი ორსულობა 5 366 შემთხვევაში (31,7%), მეორე ორსულობა – 4 205 შემთხვევაში (24,8%), ხოლო 148 შემთხვევის ორსულობის რიგითობა უცნობია.

16939 ნაადრევი მშობიარობაში ცოცხლადშობილების და მკვდადშობილების რაოდენობრივი განაწილება შემდეგნაირია: ჭარბობდა ცოცხლადშობილების რაოდენობა 15 602

(92,1%), ხოლო მკვდრადშობილების რაოდენობამ შეადგინა 1337 (7.9%). ცნობილია, რომ ნაყოფი მკვდრადშობილია, მაშინ როცა არ ავლენს სიცოცხლისთვის დამახასიათებელ არანაირ ნიშანს, როგორცაა მაგალითად გულისცემა, ჭიპლარის პულსაცია, სუნთქვა ან კუნთების შეკუმშვა.

რეგიონების მიხედვით ყველაზე მეტი ნაადრევი მშობიარობა აღირიცხა თბილისში 5 329 (31.5%), შემდეგ ქვემო ქართლში 2 078 (12,3%), აჭარაში 1 792 (10,6%), იმერეთში 1 758 (10,4%), კახეთში 1 232 (7,3%), სამეგრელო და ზემო სვანეთში 1 091 (6,4%), შიდა ქართლში 988 (5,8%), სამცხე-ჯავახეთში 508 (3%), გურიაში 315 (1,9%), მცხეთა-მთიანეთში 304 (1,8%), აფხაზეთში 211 (1,2%), ყველაზე მცირე მაჩვენებელი ფიქსირდება რაჭა-ლეჩხუმსა და ქვემო სვანეთში 67 (0,4%). 1 236 შემთხვევაში (7,3%) შევსებული არ არის რეგიონის ველი, ხოლო 19 შემთხვევა დაფიქსირებულია საზღვარგარეთ (0,1%).

ცხრილი 3: ნაადრევი მშობიარობის განაწილება ასაკობრივი კატეგორიების, ორსულობის რიგითობის, რეგიონების მიხედვით, ცოცხლადშობილების და მკვდადშობილების განაწილება

	რაოდენობა	პროცენტი
ნაადრევი მშობიარობის განაწილება ასაკობრივი კატეგორიების მიხედვით		
<20	1533	9.1
20-29	8399	49.6
30-39	6255	36.9
>=40	752	4.4
სულ	16939	100.0
ორსულობის რიგითობა, ნაადრევი მშობიარობის დროს		
1	5366	31.7
2	4205	24.8
>=3	7220	42.6
სულ	16791	99.1
არ არსებობს ჩანაწერი	148	0.9
სულ	16939	100.0
ნაადრევი მშობიარობაში ცოცხლადშობილების და მკვდადშობილების რაოდენობრივი განაწილება		
ცოცხლადშობილების რაოდენობა	15 602	92,1%
მკვდრადშობილების რაოდენობა	1337	7.9%
ნაადრევი მშობიარობის განაწილება რეგიონების მიხედვით		
არ არის ჩანაწერი	1236	7.3
აფხაზეთი	211	1.2
აჭარა	1792	10.6
გურია	315	1.9
თბილისი	5329	31.5
იმერეთი	1758	10.4
კახეთი	1232	7.3
მცხეთა-მთიანეთი	304	1.8
რაჭა-ლეჩხუმი და ქვემო სვანეთი	67	0.4
სამეგრელო და ზემო სვანეთი	1091	6.4
სამცხე-ჯავახეთი	508	3.0
ქვემო ქართლი	2078	12.3
შიდა ქართლი	988	5.8
საზღვარგარეთი	19	0.1
სულ	16939	100.0

ანტენატალური ვიზიტების რაოდენობა შემდეგნაირია: დედების უმრავლესობას 8 929-ს (52,7%), რომლებმაც ნაადრევად იმშობიარეს ჰქონდათ 5 ან მეტი ანტენატალური ვიზიტი, 1-4 ვიზიტი ჰქონდა დედების 39.6%-ს (6 705), ხოლო არცერთი ვიზიტი არ ჰქონდა 7,7%-ს (1 305). ანტენატალური მეთვალყურეობა, მნიშვნელოვან ფაქტორს წარმოადგენს ნაადრევი მშობიარობის რისკ-ფაქტორების გამოვლენის თვალსაზრისით.

მცირე წონისა და ნაადრევი მშობიარობის ურთიერთკავშირი დადასტურებული ფაქტია და ეს კიდევ ერთხელ ცხადად გამოჩნდა კვლევის პროცესში, სადაც მცირე წონის ახალშობილების რაოდენობა დომინირებდა ნაადრევი, თუმცა ნორმალური წონის ახალშობილების რაოდენობაზე. მცირე წონის <2500 გრამზე ნაკლები იყო 10 115 ახალშობილი (59,7%), ხოლო ნორმალური წონის იყო 6 824 ახალშობილი (40,3%).

ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის მიერ მოწოდებული ნაადრევი მშობიარობების ქვეკატეგორიებად დაყოფის შედეგად აღმოჩნდა, რომ უმრავლესობა დაფიქსირდა 33-36 გესტაციურ კვირაზე 12 724 შემთხვევის სახით (75,1%), შემდეგ 28-32 კვირაზე 2 837 (16,7%), ხოლო ყველაზე მცირე რაოდენობა 1 378 დაფიქსირდა 22-27 (8,1%) კვირაზე.

ცხრილი 4: ნაადრევი მშობიარობისას ანტენატალური ვიზიტების რაოდენობა, ახალშობილების წონა, გესტაციური კვირების კატეგორიების მიხედვით

	ვალიდურობა	სიხშირე	%	ვალიდურობის %	კუმულაციური %
ანტენატალური ვიზიტების რაოდენობა	0	1305	7.7	7.7	7.7
	1-4	6705	39.6	39.6	47.3
	>=5	8929	52.7	52.7	100.0
ნაადრევი მშობიარობისას, კატეგორიების მიხედვით	სულ	16939	100.0	100.0	
ახალშობილების წონა. (მცირე და ნორმალური წონა)	<2500	10115	59.7	59.7	59.7
	>=2500	6824	40.3	40.3	100.0
	ჯამი	16939	100.0	100.0	
ნაადრევი მშობიარობის განაწილება	22-27	1378	8.1	8.1	8.1
	28-32	2837	16.7	16.7	24.9
	33-36	12724	75.1	75.1	100.0
გესტაციური კვირების მიხედვით	ჯამი	16939	100.0	100.0	

ნაადრევად დაბადებული 16 939 ახალშობილიდან 15 153 (89,5%) არის ნაკლები 50 სანტიმეტრზე, ხოლო 1 782 (10,5%) იყო ტოლი ან მეტი 50 სანტიმეტრზე. 4 ახალშობილის სიგრძის შესახებ ინფორმაცია უცნობია.

ვინაიდან, შესაძარებელ ჯგუფს წარმოადგენს დროული მშობიარობები, მოხდა მისი ანალიზიც. მონაცემების ანალიზისას აღმოჩნდა, რომ 180 908 დროული მშობიარობიდან ყველაზე მეტი ნაწილდება 20-29 ასაკობრივ კატეგორიაში - 106 841 (59,1%), შემდეგ 30-39 ასაკობრივ კატეგორიაში 52 919 (29,3%), <20 - 17 725 (9,8%) და ტოლი ან მეტი 40 წელზე - 3 423 (1,9%).

დროული მშობიარობის უმეტესობისთვის ორსულობა იყო მესამე ან მეტი - 63 280 შემთხვევაში (35%), პირველი 60 917 (33,7%) და მეორე 55 228 (30,5) შემთხვევაში.

მშობიარობის ტიპი დროული მშობიარობების დროს უმეტესად იყო ფიზიოლოგიური 105 712 (58,4%) შემთხვევაში, ხოლო 75 195 შემთხვევაში (41,6%) გამოყენებული იყო ჩარევა (საკეისრო კვეთა, ეპიზოტომია, ვაკუუმი და სხვა).

ცხრილი 5: დროული მშობიარობების განაწილება ასაკობრივი კატეგორიების, ორსულობის რიგითობის, რეგიონების მიხედვით

	რაოდენობა	პროცენტი
დროული მშობიარობების განაწილება ასაკობრივი კატეგორიების მიხედვით		
<20	17725	9.8
20-29	106841	59.1
30-39	52919	29.3
>=40	3423	1.9
სულ	180908	100.0
დროული მშობიარობების განაწილება ორსულობის რიგითობის მიხედვით		
1	60917	33.7
2	55228	30.5
>=3	63280	35.0
სულ	179425	99.2
არ არსებობს ჩანაწერი	1483	0.8
სულ	180908	100.0
დროული მშობიარობების განაწილება რეგიონების მიხედვით		
აფხაზეთი	2322	1.3
აჭარა	19426	10.7
გურია	3995	2.2
თბილისი	52697	29.1
იმერეთი	21551	11.9
კახეთი	13029	7.2
კახეთი	3097	1.7
მცხეთა-მთიანეთი	938	0.5
რაჭა-ლეჩხუმი და ქვემო სვანეთი	11793	6.5
სამეგრელო და ზემო სვანეთი	6160	3.4
სამცხე-ჯავახეთი	20583	11.4
ქვემო ქართლი	10038	5.5
შიდა ქართლი	118	0.1
საზღვარგარეთი	15110	8.4
არ არის ჩანაწერი	180908	100.0
სულ		
მშობიარობის ტიპი დროული მშობიარობის შემთხვევაში		
ფიზიოლოგიური	105 712	58,4%
მშობიარობა ჩარევით (საკეისრო, ვაკუუმი)	75195	41,6%

ცოცხლადშობილებისა და მკვდრადშობილების განაწილება შემდეგნაირია: დროულ გესტაციურ ვადაზე, თუმცა მკვდრადშობილად დაიბადა 434 ბავშვი (0,2%), ხოლო დროულად დაბადებული ბავშვების უმეტესობა 180 474 (99,8%) იყო ცოცხლადშობილი.

რაც შეეხება რეგიონის მიხედვით დროული მშობიარობების განაწილებას, ყველაზე მეტი დროული მშობიარობა აღირიცხა თბილისში 52 697 (29,1%), შემდეგ იმერეთში 21 551 (11,9%), ქვემო ქართლში 20 583 (11,4%), აჭარაში 19 426 (10,7%), კახეთში 13 029 (7,2%), სამეგრელოსა და ზემო სვანეთში 11 793 (6,5%), შიდა ქართლში 10 038 (5,5%), სამცხე-ჯავახეთში 6 160 (3,4%), გურიაში 3 995 (2,2%), მცხეთა-მთიანეთში 3097 (1,7%), აფხაზეთში 2322 (1,3%), ხოლო ყველაზე მცირე მაჩვენებელი აღირიცხა რაჭა-ლეჩხუმსა და ქვემო სვანეთში 938 (0,5%). გარდა ამისა, საზღვარგარეთ აღირიცხა 118 დროული მშობიარობა (0,1%), ხოლო 15 110 შემთხვევაში რეგიონის შესახებ ინფორმაცია შევსებული არ არის.

ანტენატალური ვიზიტების რაოდენობა მნიშვნელოვან ფაქტორს წარმოადგენს ორსულობის სწორად წარმართვის თვალსაზრისით. დროული მშობიარობების შემთხვევაში ანტენატალურ ვიზიტებზე მიმართვიანობა ყველაზე მეტია 5 ან მეტი ვიზიტის შემთხვევაში და შეადგენს 131 307 (72,6%), შემდეგ 1-4 კატეგორია - 41 012 შემთხვევით (22,7%) და 8 589 ქალის შემთხვევაში არ დაფიქსირებულა არც ერთი ანტენატალური ვიზიტი (4,7%).

დროული (<=37 კვირაზე), თუმცა მცირე წონის (2500 გრამზე) იყო 3 470 ახალშობილი (1,9%), ხოლო დროული და ნორმალური წონის იყო 177 438 ახალშობილი (98,1%).

ცხრილი 6: დროული მშობიარობისას ანტენატალური ვიზიტებზე მიმართვიანობა, ახალშობილების წონა კატეგორიების მიხედვით

	ვალიდურობა	სიხშირე	%	ვალიდურობის %	კუმულაციური %
ანტენატალური ვიზიტების რაოდენობა	0	8589	4.7	4.7	4.7
	1-4	41012	22.7	22.7	27.4
	>=5	131307	72.6	72.6	100.0
	სულ	180908	100.0	100.0	
ახალშობილების წონა. (მცირე და ნორმალური წონა)	<2500	3470	1.9	1.9	1.9
	>=2500	177438	98.1	98.1	100.0
	ჯამი	180908	100.0	100.0	

დროულად დაბადებული ახალშობილების დიდი ნაწილი 78,1% (141 200) იყო 50 სანტიმეტრი ან მეტი, ხოლო 21,9% (39 703) იყო ნაკლები 50 სანტიმეტრზე.

დროული მშობიარობის შემთხვევები უმეტესად პირველი მშობიარობის შემთხვევაში აღირიცხა 69 545 შემთხვევის სახით (38,4%), შემდეგ მეორე მშობიარობის დროს 66 910 (37%) და 44 345 (24,5%) მესამე ან მეტი მშობიარობისას. 108 მშობიარობის რეგითობის შესახებ ინფორმაცია უცნობია (0,1%).

მოცემულ ცხრილში ნათლად ჩანს, ასაკობრივი კატეგორიების მიხედვით, ნაადრევი და დროული მშობიარობების რაოდენობები, შესაბამისი წლების მიხედვით.

ცხრილი 7: გესტაციური კვირები ასაკობრივი კატეგორიებისა და წლების მიხედვით

	გესტაციური კვირები		სულ	
	<=36	>=37		
2017 ასაკობრივი კატეგორიები	<20	190	2487	2677
	20-29	1836	28115	29951
	30-39	1483	16210	17693
	>=40	203	1379	1582
სულ		3712	48191	51903
2018 ასაკობრივი კატეგორიები	<20	323	3768	4091
	20-29	2093	27649	29742
	30-39	1733	14393	16126
	>=40	238	980	1218
სულ		4387	46790	51177
2019 ასაკობრივი კატეგორიები	<20	450	5016	5466
	20-29	2196	26103	28299
	30-39	1556	12062	13618
	>=40	164	659	823
სულ		4366	43840	48206

2020	ასაკობრივი	<20	570	6454	7024
	კატეგორიები	20-29	2274	24974	27248
		30-39	1483	10254	11737
		>=40	147	405	552
		სულ		4474	42087
სულ	ასაკობრივი	<20	1533	17725	19258
	კატეგორიები	20-29	8399	106841	115240
		30-39	6255	52919	59174
		>=40	752	3423	4175
		სულ		16939	180908

დისკუსია, დასკვნა

მონაცემთა ანალიზმა ცხადად გამოავლინა, რომ ნაადრევი მშობიარობების რაოდენობა საანგარიშო პერიოდში ზრდის ტენდენციით ხასიათდება. აღსანიშნავია ის ფაქტიც, რომ შობადობის მაჩვენებელი წლების მანძილზე (2017-2020 წლებში) კლების ტენდენციით ხასიათდება. აღრიცხული ორსულობის რაოდენობა 2017 წელს იყო 51 903; 2020 წელს ეს რაოდენობა შემცირებულია 46 561-მდე.

ვინაიდან, დადასტურებულია, რომ ნაადრევი მშობიარობის ერთ-ერთი ხელშემწყობი ფაქტორი არის დედის მცირე (ნაკლები 20 წელზე) ან დიდი ასაკი (მეტი 40 წელზე), საინტერესო იყო საქართველოში არსებული მდგომარეობის დანახვა ასაკობრივ ჭრილში. წინამდებარე კვლევით აღმოჩნდა, რომ საქართველოში ყველაზე მეტი ნაადრევი მშობიარობა აღირიცხა 20-29 ასაკობრივ კატეგორიაში (საუკეთესო რეპროდუქციული ასაკი), ისევე, როგორც დროული მშობიარობები. შესაბამისად, ამ მონაცემების მიხედვით, შესაძლებელია გამოითქვას ვარაუდი, რომ ნაადრევი მშობიარობის მაპროვოცირებელ ფაქტორს საქართველოში ასაკი არ წარმოადგენს.

მონაცემების ანალიზის შედეგად გამოვლინდა, რომ ნაადრევი მშობიარობის უმეტესობა, თითქმის ნახევარი (42,6), მოდიოდა იმ დედეებზე, რომლებსაც ჰქონდა ორსულობის 3 ან მეტი შემთხვევა. შესაბამისად, შეგვიძლია ვივარაუდოთ, რომ ორსულობის რიგითობა, გარკვეულწილად ზეგავლენას ახდენს ორსულობის გამოსავალზე.

ნაადრევი მშობიარობა მკვდარი ნაყოფით - აღნიშნულ ჭრილში მკვდრადშობადობის მონაცემების ანალიზის შედეგად, შესაძლებელია გარკვეული ინფორმაციის მიღება ქვეყანაში არსებული რეპროდუქციული ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ. კვლევის შედეგად ჩანს, რომ ნაადრევი მშობიარობის შემთხვევაში მკვდრადშობილების რაოდენობა 2017 წლიდან 2020 წლის ჩათვლით შემცირების ტენდენციით ხასიათდება. 2017 წელს მკვდრადშობადობა შეადგენდა 358, (9,6%), ხოლო 2020 წელს 296 (6,6%).

ნაადრევი მშობიარობის რეგიონული განაწილების შესწავლით გამოვლინდა, რომ, ნაადრევი მშობიარობის ყველაზე მეტი შემთხვევა აღირიცხა თბილისში, რაც, სავარაუდოდ განპირობებულია დედაქალაქში ურბანიზაციის მაღალი მაჩვენებლებით. ხოლო ნაადრევი მშობიარობის ყველაზე მცირე მაჩვენებელი აღირიცხა რაჭა-ლეჩხუმსა და ქვემო სვანეთში.

ნაადრევი მშობიარობის შემთხვევაში ანტენატალური ვიზიტებისთვის არც ერთხელ არ მიუძღრათავს ორსულების 7,7%-ს (n=1305), რაც იმას გულისხმობს, რომ ნაადრევი მშობიარობის ყოველი მე-12 შემთხვევა დადგა იმ ორსულთან, რომელსაც ანტენატალური მეთვალყურეობა არ ჰქონდა გავლილი. საგულისხმოა, რომ ანტენატალური მეთვალყურეობა წარმოადგენს ორსულობის სწორად წარმართვის მთავარ კომპონენტს და პრობლემის არსებობის შემთხვევაში მშობიარობის რისკების მართვის შესაძლებლობას იძლევა ადრეულ ეტაპზე, არამხოლოდ

ნაადრევი მშობიარობის თავიდან აცილების თვალსაზრისით არამედ, სხვა რისკ-ფაქტორების დროსაც.

საქართველოში 2018 წლამდე ანტენატალური პროგრამით შესაძლებელი იყო 4 ვიზიტის მიღება, ხოლო 2018 წლის 1 თებერვლიდან ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციამ გასცა რეკომენდაცია, რომ 4 ვიზიტის ნაცვლად ეს რაოდენობა გაზრდილიყო 8 ვიზიტამდე. აღსანიშნავია, რომ იმ ორსულებს, რომლებსაც არცერთხელ არ მიუმართავთ სამედიცინო დაწესებულებებისთვის, აქვთ პერინატალური სიკვდილიანობის 2-ჯერ გაზრდილი რისკი, მათთან შედარებით, ვისაც ერთი ვიზიტი მაინც ჰქონდათ შესრულებული ორსულობის პერიოდში. (Manjavidze et al, 2020).

მონაცემების დამუშავებისას გამოიკვეთა, რომ ნაადრევი მშობიარობა დაკავშირებულია მცირე წონასთან, რადგან 16 939 ნაადრევი მშობიარობიდან 10 115 (59,7%) იყო მცირე წონის, ხოლო დროული მშობიარობის შემთხვევაში მცირე წონა გამოვლინდა 3470 შემთხვევაში, რაც დროული მშობიარობების საერთო რაოდენობის 1,9%-ია. ასევე, მსგავსია შედეგები ახალშობილის სიგრძესთან დაკავშირებით, რადგან ნაადრევად დაბადებული ახალშობილების 89,5% ნაკლებია 50 სანტიმეტრზე.

ნაადრევი მშობიარობის შემთხვევაში მშობიარობის გზა ძირითადად იყო საკეისრო კვეთა, რაც იმ ვარაუდის გამოთქმის საშუალებას იძლევა, რომ დედას ჰქონდა ისეთი ექსტრაგენიტალური პათოლოგია, რომელიც საკეისრო კვეთის გზით მშობიარობას მოითხოვდა. აქვე უნდა გამოითქვას ვარაუდი, რომ ეს შესაძლოა დაკავშირებული ყოფილიყოს დედის სურვილთან. ზოგიერთ შემთხვევაში დედა უარს აცხადებს ბუნებრივი გზით მშობიარობაზე და უპირატესობას საკეისრო კვეთის გზით მშობიარობას ანიჭებს. მსგავსი ტენდენცია ვლინდება დროული მშობიარობების შემთხვევაშიც, სადაც ფიზიოლოგიურ მშობიარობას ჭარბობს მშობიარობა ოპერაციული გზით (საკეისრო კვეთა, ვაკუუმ-ექსტრაქცია, მამებით ექსტრაქცია და სხვ.)

საყურადღებოა ის გარემოება, რომ კვლევის პროცესში ვერ მოხერხდა ნაადრევი მშობიარობის დროს ისეთი ქვევითი ფაქტორების შეფასება, როგორცაა თამბაქოს, ალკოჰოლისა და ნარკოტიკების მოხმარება. ჩამოთვლილი მავნე ჩვევების გენდერულ ჭრილში ანალიზი, რომელიც სხვადასხვა კვლევების ფარგლებში ჩატარდა, მოსახლეობაში თამბაქოს, ალკოჰოლის და ნარკოტიკული საშუალებების მოხმარებელთა რაოდენობის ზრდის ტენდენციას ავლენს. მათ შორის ქალთა შორის. რადგან რეგისტრი მწირ ინფორმაციას მოიცავს მშობიარის მავნე ჩვევების თაობაზე (სავარაუდოდ ეს საკითხები ჯერ კიდევ ტაბუდადებული და სტიგმატიზებული რჩება), შესაბამისად, პაციენტთა უმრავლესობა არ საუბრობს თავისი მავნე ჩვევების შესახებ, ან ვერ ხერხდება ამ ინფორმაციის სრულყოფილად შეყვანა დაბადების რეგისტრში.

ყოველივე ზემოაღნიშნულიდან გამომდინარე, აუცილებელია, ყველა ორსული ფლობდეს სრულყოფილ ინფორმაციას ანტენატალური ვიზიტების შესახებ და ყოველგვარი ბარიერის გარეშე ჰქონდეთ წვდომა სამედიცინო მომსახურებაზე. მნიშვნელოვანია, თითოეული ორსული ჩართული იყოს ანტენატალური მეთვალყურეობის პროგრამაში და ისარგებლოს ქვეყნის კანონმდებლობით განსაზღვრული 8 უფასო ვიზიტით, რადგან თითოეული ვიზიტი შესაძლებლობას იძლევა გამოვლინდეს ის რისკ-ფაქტორები, რომელთა მართვაც და თავიდან აცილება შესაძლებელია. საქართველოში ბოლო 4 წლის მანძილზე ორსულების უმეტესობა სარგებლობდა 5 ანტენატალური ვიზიტით მაინც, თუმცა გამოვლინდა ისეთი ორსულებიც, რომელთაც არცერთხელ არ მიუმართავთ სამედიცინო დაწესებულებისთვის და ჰქონდათ ნაადრევი მშობიარობა. ანტენატალური მეთვალყურეობა შესაძლებლობას იძლევა დადგინდეს ორსულის სხვადასხვა პარამეტრი, მაგალითად, საშვილოსნოს ყელის სიგრძე და საჭიროების შემთხვევაში მოხდეს შესაბამისი ინტერვენციების დაგეგმვა და განხორციელება, რაც გარკვეულწილად შეამცირებდა ნაადრევი მშობიარობის რაოდენობას. გარდა ამისა, ანტენატალური ვიზიტების დროს შესაძლებელია ინფექციების გამოვლენა და შემდგომში მკურნალობის დაგეგმვა, რაც შეამცირებს ნაადრევ მშობიარობებს.

ნაადრევი მშობიარობის რაოდენობის შესამცირებლად მნიშვნელოვანია ქალთა მოსახლეობაში ჯანსაღი ცხოვრების წესის ხელშეწყობა, რაც გულისხმობს ფიზიკურ აქტივობას, თამბაქოს, ალკოჰოლისა და ნარკოტიკის გამოყენების აღმოფხვრას, ჯანსაღ კვებას, სტრესის შემცირებას. მაგნე ჩვევებს, ჰიპოდინამიას, ნაკლებ ფიზიკურ აქტივობას, არაჯანსაღ კვებას აქვს უნარი უარყოფითი ზეგავლენა მოახდინოს ადამიანის ჯანმრთელობაზე და ორსულობის შემთხვევაში ხელი შეუწყოს არასასურველი შედეგის დადგომას.

დაბადების რეგისტრი ორსულობის პერიოდში ორსულის შესახებ მრავალმხრივი ინფორმაციის შეგროვების შესაძლებლობას იძლევა, ამდენად, მიზანშეწონილია გატარდეს ღონისძიებები, რათა ეს ინფორმაცია დიდი დაკვირვებითა და მაღალი პასუხისმგებლობით იქნას შეტანილი ელექტრონულ პროგრამაში.

მიზანშეწონილია გაუმჯობესდეს ორსულსა და სამედიცინო პერსონალს შორის კომუნიკაცია, რათა გაიზარდოს ნდობა იმ ექიმის მიმართ, რომელთანაც პაციენტს მუდმივი კონტაქტი აქვს. აღნიშნული ხელს შეუწყობს დაბადების რეგისტრში ინფორმაციის სრულყოფილად შეტანას (დაკვირვებით და სხვადასხვა დროს ჩატარებული კვლევებით ვლინდება, რომ ადგილი აქვს თამბაქოს და ალკოჰოლის მოხმარებას ორსულობის პერიოდში, რაც დაბადების რეგისტრში შესაბამისად ასახული არ არის, ეს კი რაიმე სტატისტიკურ ტენდენციებზე საუბარს გამორიცხავს. სწორი ინფორმაციის არსებობა გაამარტივებს მიზეზ-შედეგობრივი კავშირების დადგენას და შესაბამისი პოლიტიკის დაგეგმვასა და განხორციელებას.

კვლევის პროცესში აღმოჩნდა, რომ ნაადრევი მშობიარობების დიდ ნაწილში (59,4%) მშობიარობის გზა იყო საკეისრო კვეთა, საინტერესოა ამ საკითხის უფრო დეტალური გამოკვლევა და მიზეზ-შედეგობრივი კავშირების დადგენა, იყო ეს დედისა და ახალშობილის ჯანმრთელობის მდგომარეობით განპირობებული, თუ საკეისრო კვეთის გზით მშობიარობის დასრულება დედის არჩევანი იყო. მიზანშეწონილია დაისვას საკითხი დარგის მარეგულირებელი ორგანოს წინაშე, რათა სელექტიურ (არჩევით) საკეისრო კვეთას მიენიჭოს ცალკე ჩარევის კოდი, რომელიც შესაძლებლობას მისცემს დარგის სპეციალისტებს რეალურად გაანალიზონ საკეისრო კვეთასთან დაკავშირებული სტატისტიკური მასალები და დაადგინონ საკეისრო კვეთის მაღალი მაჩვენებლების მიზეზები, მათ შორის ნაადრევი მშობიარობის დროს.

გამოყენებული ლიტერატურა

1. დაავადებათა კონტროლის ეროვნული ცენტრი (2022), ჯანმრთელობის დაცვა, საქართველო, სტატისტიკური ცნობარი. 2020წ. <https://www.ncdc.ge/#/pages/file/3d9d1b31-4198-4127-90bb-41db1b80aa63> ნანახია 10.05.2023
2. დაავადებათა კონტროლის ეროვნული ცენტრი (2022) სტატისტიკური ცნობარი 2021, <https://www.ncdc.ge/#/pages/file/ea1784b5-d3d0-4dd9-b29f-1369f5d6bbec> ნანახია 10.05.2023
3. Anda, E., Nedberg, I., Rylander, C., Gamkrelidze, A., Turdziladze, A., Skjeldestad, F., Ugulava, T. and Brenn, T., (2017). *Implementing a birth registry in a developing country – experiences from Georgia*. DOI: 10.4045/tidsskr.17.0553.
4. Centers for Disease Control and Prevention.(2022) Premature birth. <https://www.cdc.gov/reproductivehealth/features/premature-birth/index.html#:~:text=Some%20risk%20factors%20for%20preterm,has%20to%20be%20delivered%20early.> ნანახია 12.03.2023
5. IRGENS, L., 2000. The Medical Birth Registry of Norway. Epidemiological research and surveillance throughout 30 years. DOI: 10.1034/j.1600-0412.2000.079006435.x
6. Goldenberg, R.L. et al. (2008) 'Epidemiology and causes of preterm birth', *The Lancet*, 371(9606), pp. 75–84. doi:10.1016/s0140-6736(08)60074-4.

7. Manjavidze, T., Rylander, C., Skjeldestad, F., Kazakhashvili, N. and Anda, E., (2020). *Unattended Pregnancies and Perinatal Mortality in Georgia*. DOI: 10.2147/RMHP.S243207
8. Muhumed, I.I., Kebira, J.Y. and Mabalhin, M.O. (2021) Preterm birth and associated factors among mothers who gave birth in Fafen Zone Public Hospitals, Somali Regional State, Eastern Ethiopia. RRN, Research and Reports in Neonatology. Dove Press. Available at: <https://www.dovepress.com/preterm-birth-and-associated-factors-among-mothers-who-gave-birth-in-f-peer-reviewed-fulltext-article-RRN>. ნანახია 14.04.2023
9. Oskovi Kaplan, Z.A. and Ozgu-Erdinc, A.S. (2018) “Prediction of preterm birth: Maternal characteristics, ultrasound markers, and biomarkers: An updated overview,” *Journal of Pregnancy*, 2018, pp. 1–8. Available at: <https://doi.org/10.1155/2018/8367571>.
10. Stringer, E., Stringer, J. and Smid, M. (2016) ‘A worldwide epidemic: The problem and challenges of preterm birth in low- and middle-income countries’, *American Journal of Perinatology*, 33(03), pp. 276–289. doi:10.1055/s-0035-1571199.
11. Vogel, J., Chawanpaiboon, S., Moller, A., Watananirun, K., Bonet, M., Lumbiganon, P., (2018). The global epidemiology of preterm birth. DOI: 10.1016/j.bpobgyn.2018.04.003
12. Walani, S.R. (2020) “Global burden of preterm birth,” *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 150(1), pp. 31–33. DOI: 10.1002/ijgo.13195.
13. World Health Organization (2022) Preterm birth. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth> ნანახია 12.03.2023.