

მიღებულია „კლინიკური პრაქტიკის ეროვნული რეკომენდაციებისა (გაიდლაინები) და დაავადებათა მართვის სახელმწიფო სტანდარტების (პროტოკოლები) შემუშავების, შეფასების და დანერგვის ეროვნული საბჭოს“ 2014 წლის 23 ივნისის N5 სხდომის გადაწყვეტილების შესაბამისად

დამტკიცებულია საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2015 წლის 25 ივნისის N01-185/ო ბრძანებით

სანაყოფო გარსების ვადამდელი მშობიარობამდელი გახევა

პროტოკოლი

სარჩევი_Toc420333153

1. პროტოკოლის დასახელება: სანაყოფო გარსების ვადამდელი მშობიარობამდელი გახევა.....	3
2. პროტოკოლით მოცული კლინიკური მდგომარეობები და ჩარევები	3
3. პროტოკოლის შემუშავების მეთოდოლოგია	3
4. პროტოკოლის მიზანი.....	3
5.სამიზნე ჯგუფი	3
6.ვისთვის არის პროტოკოლი განკუთვნილი	4
7. სამედიცინო დაწესებულებაში პროტოკოლის გამოყენების პირობები	4
8. რეკომენდაციები.....	4
8.1. შესავალი	4
8.2. დიაგნოსტიკა.....	4
8.3. მართვა	6
9. მოსალოდნელი შედეგები	10
10. აუდიტის კრიტერიუმები	10
11. პროტოკოლის გადახედვის ვადები	10
12.პროტოკოლის დანერგვისთვის საჭირო რესურსი	10
13. დანართი.....	10
14. პროტოკოლის ავტორები	13

ცხრილები

ცხრილი N1. PPR0M ორსულთა ამბულატორიული მეთვალყურეობის კრიტერიუმები	10
ცხრილი N2. ანტიბიოტიკების რეკომენდებული სქემა	11
ცხრილი N3. ადამიანური და მატერიალურ-ტექნიკური რესურსი	11
ცხრილი N4. მტკიცებულებებისა და რეკომენდაციების კლასიფიკაცია	12

1. პროტოკოლის დასახელება: სანაყოფო გარსების ვადამდელი მშობიარობამდელი გახევა

2. პროტოკოლით მოცული კლინიკური მდგომარეობები და ჩარევები

დასახელება	კოდი
1. კლინიკური მდგომარეობების დასახელება	ICD 10
გარსების ნაადრევი დარღვევა	O42
2. ჩარევის დასახელება	NCSP
ნაყოფის დეტალური ულტრაბგერითი გამოკვლევა ფერადი დოპლეროგრაფიის მეთოდის გამოყენებით	MADE2D
ორსულობის ულტრაბგერითი გამოკვლევა (გესტაციური ასაკის 12 კვირა ან შემდეგ) ნაყოფის ბაზისური გამოკვლევის ჩათვლით	MADE2A
კარდიოტოკოგრაფია	MAFA30
3. ლაბორატორიული მომსახურების დასახელება	
სისხლის საერთო ანალიზი	BL.6
სკრინინგული ტესტები (გონორეა და ქლამიდია)	CG.4.1

3. პროტოკოლის შემუშავების მეთოდოლოგია

ა) პროტოკოლი შემუშავებულია შემდეგი ლიტერატურული წყაროების რეკომენდაციების გათვალისწინებით:

1. RCOG. (2010). *Preterm Prelabour Rupture of Membranes*, Green-Top Guideline N44;
2. William E Scorza, UpToDate. (2014). *Management of premature rupture of the fetal membranes at term*;
3. Patrick Duff, UpToDate. (2014). *Preterm premature (prelabor) rupture of membranes*.

ბ) პროტოკოლის ავტორთა მიერ ორიგინალური გაიდლაინის რეკომენდაციები ძირითადად არ არის შეცვლილი, გამონაკლისს წარმოადგენს რეკომენდაცია ანტიბიოტიკოთერაპიის შესახებ, რომელიც UpToDate-დან მოძიებული უახლესი მონაცემებით მნიშვნელოვნად განსხვავდება გაიდლაინში მითითებული რეკომენდაციებისაგან.

გ) პროტოკოლში მოცემული მტკიცებულებები და რეკომენდაციები დახარისხებულია ცხრილში N4 მოყვანილი სქემის მიხედვით, გამოყენებული წყაროს შესაბამისად (RCOG, 2010).

4. პროტოკოლის მიზანი

პროტოკოლის მიზანია სანაყოფო წყლების ვადამდელი მშობიარობამდელი დაღვრის დროს ორსული ქალის მართვის ხარისხის გაუმჯობესება და უახლესი, სამეცნიერო მტკიცებულებებზე დაფუძნებული ინფორმაციის მიწოდება, როგორც ჯანდაცვის სპეციალისტებისათვის, ასევე თავად ორსული ქალებისათვის შემდეგ საკითხებზე: დიაგნოსტიკისა და მკურნალობის თანამედროვე მეთოდები, მშობიარობის ოპტიმალური დრო.

5. სამიზნე ჯგუფი

პროტოკოლის რეკომენდაციები შეეხება ორსულებს 23-37 კვირის ვადაზე, რომელთა ორსულობაც გართულდა სანაყოფო გარსების მშობიარობამდელი გახევით.

6.ვისთვის არის პროტოკოლი განკუთვნილი

პროტოკოლი განკუთვნილია პერინატალური მომსახურების მიმწოდებელი ყველა სტაციონარული და ამბულატორიული დაწესებულებების მეან-გინეკოლოგების, ბეზიქალეების, ექთნებისა და რეზიდენტებისთვის.

7. სამედიცინო დაწესებულებაში პროტოკოლის გამოყენების პირობები

პროტოკოლის გამოყენება იწყება პერინატალური მომსახურების მიმწოდებელ ამბულატორიულ და სტაციონარულ დაწესებულებებში პაციენტის მიმართვისთანავე.

8. რეკომენდაციები

8.1. შესავალი

განმარტება: სანაყოფო გარსების ვადამდელი მშობიარობამდელი გახევა (PPROM) ეწოდება სანაყოფო წყლების დაღვრას ორსულობის 23-37კვირის ვადაზე სამშობიარო მოქმედების გარეშე.

პრობლემის აქტუალობა: სანაყოფო გარსების ვადამდელი მშობიარობამდელი გახევა ორსულობათა დაახლოებით 3%-ში გვხვდება და შემთხვევათა 35%-ში ნაადრევი მშობიარობის მიზეზს წარმოადგენს, რაც მნიშვნელოვნად ზრდის ნეონატალური ავადობისა და სიკვდილიანობის მაჩვენებელს. სანაყოფო გარსების ნაადრევ გახევასთან ასოცირებულია ნეონატალური სიკვდილის სამი ძირითადი მიზეზი: ნაყოფის უმწიფრობა, სეფსისი და ფილტვების ჰიპოპლაზია. დედისმხრივი გართულებებიდან მატულობს ქორიოამნიონიტის განვითარების რისკი.

PPROM-ის მართვა პერინატალური მედიცინის ერთ-ერთ ყველაზე საკამათო საკითხს წარმოადგენს.

ზემოაღნიშნულიდან გამომდინარე, ძალზედ მნიშვნელოვანია ჯანდაცვის სპეციალისტებისათვის უახლესი, დაზუსტებული, სამეცნიერო მტკიცებულებებზე დაფუძნებული რეკომენდაციების მიწოდება, რაც მნიშვნელოვნად გააუმჯობესებს PPRM-ით გართულებული ორსულების მონიტორინგისა და მართვის ხარისხს.

8.2. დიაგნოსტიკა

8.2.1 პირველადი დიაგნოსტიკა

- PPRM-ის დიაგნოსტიკა ძირითადად ემყარება ანამნეზური მონაცემებისა და კლინიკური ნიშნების გამოვლენას. (B)
- ანამნეზური მონაცემები:
 - საშოდან უფერო ან მკრთალი ყვითელი სითხის უეცარი გადმოდინება ან
 - სანაყოფო სითხის მცირე რაოდენობის პერიოდული ან მუდმივი დინება ან
 - საშოში/შორისის არეში სისველის მუდმივი შეგრძნება.

- **კლინიკური ნიშნები:**

- სანაყოფო წყლების ნაადრევი დაღვრის პათოგნომური ნიშანია საშვილოსნოს ყელის არხიდან გადმოდინარე ან საშოს უკანა თაღში დაგუბებული სანაყოფო სითხის ვიზუალიზაცია სარკეებით საშოსმხრივი გასინჯვის დროს;
- თუ სარკეებით გასინჯვის დროს სანაყოფო სითხის ვიზუალიზაცია ვერ ხერხდება, ქალს სთხოვენ გაიჭინთოს ან ჩაახველოს, რათა მოახდინოს საშვილოსნოს ყელის არხიდან სანაყოფო სითხის გადმოდინების პროვოცირება;
- არ არის რეკომენდებული თითებით საშოსმხრივი გასინჯვის წარმოება, თუ ორსულს არ აღენიშნება რეგულარული სამშობიარო მოქმედება ან არ იგეგმება მშობიარობის ინდუქციის ან საკეისრო კვეთის წარმოება;
- PPROM-ის დროს თითებით საშოსმხრივი გასინჯვა ზრდის საშვილოსნოსშიდა დაინფიცირების რისკს.

- **დიაგნოსტიკური კვლევები:**

- ულტრასონოგრაფიული გამოკვლევა მისაღებია ზოგიერთ შემთხვევაში, დიაგნოზის დაზუსტების მიზნით; (B)
- ულტრასონოგრაფიულად ორსულთა 50-70%-ს PPROM-ით აღენიშნება ყველაზე დიდი ვერტიკალური ჯიბის სიგრძე < 2 სმ;
- ლაბორატორიული ტესტების გამოყენება რეკომენდებულია იმ შემთხვევაში, თუ ანამნეზური და კლინიკური ნიშნების მიხედვით დიაგნოზის დასმა გამწელებულია;
- რეკომენდებული ლაბორატორიული ტესტები:
 - ✓ ნიტრაზინის სინჯი - საშოდან გამოყოფილი სითხის pH-ის განსაზღვრა ნიტრაზინის ტესტური ჩხირით;
 - ✓ არბორიზაციის (გვიმრის) ტესტი - საშოს უკანა თაღიდან აღებულ სითხეს ათავსებენ სასაგნე მინაზე და აშრობენ სულ მცირე 10 წთ-ის განმავლობაში და აფასებენ;
 - ✓ სწრაფი იმუნური ტესტი (AmniSure) - იმუნოქრომატოგრაფიული კვლევის მეთოდი, რომლის საშუალებით საზღვრავენ პლაცენტარულ ალფა-მიკროგლობულინ 1-ის (PAMG-1) მოცულობას საშოსმხრივ გამონადენში.

შენიშვნა: ტესტის მაღალი ღირებულების გამო, მისი გამოყენება რეკომენდებულია მხოლოდ იმ შემთხვევაში, თუ კლინიკურად და ნიტრაზინის და გვიმრის ტესტების გამოყენებით დიაგნოზის დაზუსტება ვერ ხერხდება.

8.2.2 PPROM-ის დიაგნოზის დადასტურების შემდგომი დიაგნოსტიკური კვლევები

- დედის მდგომარეობის შეფასება გულისხმობს ინფექციის ნიშნების (ქორიოამნიონიტის*) გამოვლენას (D):
 - სისხლის საერთო ანალიზი;
 - სხეულის ტემპერატურა;
 - GBS (B ჯგუფის სტრეპტოკოკი) ტესტირება რექტოვაგინალური ნაცხის კულტურალური კვლევით;
 - სკრინინგი გონორეასა და ქლამიდიოზზე;
 - არ არის აუცილებელი ყოველკვირეულად უკანა თაღიდან ნათესის აღება (D);

- არ არის აუცილებელი ყოველკვირულად სისხლის საერთო ანალიზისა და C-რეაქტიული ცილის რაოდენობის განსაზღვრა, ვინაიდან ამ ანალიზების მგრძობელობა (სენსიტიურობა) საშვილოსნოსშიდა ინფექციის დადგენისათვის საკმაოდ დაბალია (D).

*ქორიამნიონიტის კლინიკური ნიშნებია: დედის ცხელება, ტაქიკარდია, ლეიკოციტოზი, პალპაციით მტკივნეული საშვილოსნო, საშოდან ჭარბი სუნიანი გამონადენი და ნაყოფის ტაქიკარდია

- ნაყოფის მდგომარეობის შეფასება:
 - ნაყოფის ფილტვების სიმწიფის ხარისხის შეფასება (ხელმისაწვდომობის შემთხვევაში);
 - ულტრასონოგრაფიული კვლევა;
 - ბიოფიზიკური პროფილი;
 - ნაყოფის კარდიოტოკოგრაფია ინფორმატიულია, ვინაიდან ტაქიკარდია ქორიამნიონიტის ერთ-ერთ კლინიკურ გამოვლინებას წარმოადგენს; (B)
 - ბიოფიზიკური პროფილის გამოკვლევა და ჭიპლარის დოპლეროგრაფია მისაღებია, მაგრამ ამავდროულად, ორსულს უნდა აუხსნათ რომ ამ ტესტების პროგნოზული ღირებულება საკმაოდ დაბალია ნაყოფის ინფიცირების განსაზღვრისათვის.
- მიუხედავად იმისა, რომ სხვადასხვა კვლევები ადასტურებს საშვილოსნოსშიდა ლატენტური ინფექციის ზეგავლენას ნეონატალურ გამოსავალზე, არ არსებობს საკმარისი მტკიცებულება ამნიოცენტეზის როლის შესახებ საშვილოსნოსშიდა ინფექციის გამოვლენისა და ნეონატალური გამოსავლის გაუმჯობესების თვალსაზრისით.

8.3. მართვა

- PPROM-ით გართულებული ორსულობის მართვისას აუცილებელია შემდეგი ფაქტორების გათვალისწინება:
 - გესტაციური ვადა;
 - დედის/ნაყოფის ინფექციის არსებობა/არარსებობა;
 - სამშობიარო მოქმედების არსებობა/არარსებობა;
 - ნაყოფის წინმდებარეობა;
 - ნაყოფის მდგომარეობა;
 - ნაყოფის ფილტვების მომწიფების ხარისხი;
 - საშვილოსნოს ყელის სიმწიფის ხარისხი;
 - ინტენსიური ნეონატალური მოვლის ხელმისაწვდომობა.
- გადაწყვეტილების მიღებისას, თუ როგორ მართოთ ორსულობა სანაყოფო წყლების ნაადრევი დაღვრის დროს, აქტიური (მშობიარობის ინდუქცია/საკეისრო კვეთის წარმოებით) თუ მოცდითი ტაქტიკით (ორსულობის პროლონგირებით), აუცილებელია რისკების შეფასება:
 - მოცდითი ტაქტიკის დროს აფასებთ საშვილოსნოსშიდა ინფექციის განვითარების რისკს;
 - აქტიური მართვის შემთხვევაში, აფასებთ დღენაკლობით გამოწვეული გართულებების განვითარების რისკს.
- რეკომენდებულია მოცდითი ტაქტიკის განხორციელება ორსულობის 26-34 კვირის ვადაზე;
- რეკომენდებულია მშობიარობის ინდუქცია ≥ 34 კვირის ვადაზე ორსულობის ყველა შემთხვევაში;

- PPRM -ით გართულებულ ორსულთა სტაციონარულად და ამბულატორიულად მართვის შემთხვევაში, დედისმხრივ და ნაყოფისმხრივ გამოსავალს შორის მნიშვნელოვანი განსხვავება არ გამოვლინდა;
- რეკომენდებულია, ორსული სულ ცოტა 72 საათი მაინც დარჩეს ჰოსპიტალში მისი ბინაზე გაწერის გადაწყვეტილების მიღებამდე;
- ამბულატორიული მეთვალყურეობის განხორციელებისათვის საჭიროა გარკვეული კრიტერიუმების დაკმაყოფილება (იხ. ცხრილი N1);
- მოცდითი ტაქტიკის შემთხვევაში, მიზანშეწონილია დაწესდეს მონიტორინგი ორსულის და ნაყოფის მდგომარეობაზე:
 - დედის სხეულის ტემპერატურა - ყოველ 6 საათში ერთხელ;
 - პულსი - ყოველ 6 საათში ერთხელ;
 - ნაყოფის გულისცემა - ყოველ 6 საათში ერთხელ;
 - ნაყოფის მოძრაობათა სიხშირე - ყოველდღიურად (<10 მოძრაობა 2სთ-ის განმავლობაში);
 - სისხლის საერთო ანალიზი - კვირაში ერთხელ;
 - ნაყოფის ბიოფიზიკური პროფილი - კვირაში 2-ჯერ;
 - დოპლეროგრაფია - არ არის რეკომენდებული;
 - ულტრასონოგრაფია - კვირაში ერთხელ;
 - საშვილოსნოს ყელის სარკეებში ვიზუალიზაცია - კვირაში ერთხელ.
- ანტიბიოტიკოპროფილაქტიკა
 - მიზანი
 - ✓ ორსულობის პროლონგირება;
 - ✓ GBS და ინტრაამნიონური ინფექციის პრევენცია.
 - ანტიბიოტიკების რუტინული გამოყენება ამცირებს ნეონატალურ და დედათა სიკვდილიანობას. ანტიბიოტიკოთერაპია ასევე იწვევს მშობიარობის გადავადებას, რაც დროს გვამღევეს კორტიკოსტეროიდებით მკურნალობის ჩასატარებლად;
 - ეფექტურობა
 - ✓ მნიშვნელოვნად აქვეითებს შემდეგ გართულებათა განვითარებისა და ინტერვენციების განხორციელების სიხშირეს:
 - ქორიოამნიონიტის;
 - ნეონატალური ინფექციის;
 - სურფაქტანტის გამოყენების;
 - ახალშობილთა ოქსიგენაციის;
 - 48 სთ-დან 7 დღის ჩათვლით დაბადებულ ახალშობილთა რაოდენობას.
 - ხანგრძლივობა
 - ✓ ყველა ორსულს PPRM-ით, მოცდითი ტაქტიკის განხორციელების შემთხვევაში, ანტიბიოტიკოპროფილაქტიკის კურსი ტარდება 7 დღის განმავლობაში;
 - რეკომენდებული ანტიბიოტიკები (იხ. ცხრილი N2)
 - ✓ ამპიცილინი 2,0 ყოველ 6 სთ-ში ერთხელ ი/ვ 48 საათის განმავლობაში;
 - ✓ შემდეგ ამოქსიცილინი 500 მგ 3-ჯერ ან 875 მგ 2-ჯერ დღეში 5 დღის განმავლობაში ან

- ✓ ინტრავენურად ამპიცილინი 2,0 ყოველ 6 სთ-ში ერთხელ და ერთრომიცინი 250 მგ ყოველ 6 სთ-ში ერთხელ 48 სთ-ის განმავლობაში;
- ✓ შემდეგ პერორალურად ამოქსიცილინი 250 მგ 8 სთ-ში ერთხელ და ერთრომიცინი 333 მგ 8 სთ-ში ერთხელ 5 დღის განმავლობაში;
- ✓ ერთრომიცინის მრავალჯერადი მიღების ნაცვლად რეკომენდებულია პერორალურად აზიტრომიცინის 1.0 ერთჯერადი გამოყენება;
ან
- ✓ პენიცილინზე ალერგიის შემთხვევაში რეკომენდებულია ცეფაზოლინი 1.0 ი/ვ ყოველ 8 სთ-ში ერთხელ 48 სთ-ის განმავლობაში;
- ✓ შემდეგ ცეფაზოლინი 500 მგ პერორალურად 4-ჯერ დღეში 5დღის განმავლობაში;
ან
- ✓ ანაფილაქსიის მაღალი რისკის შემთხვევაში რეკომენდებულია კლინდამიცინი 900 მგ ი/ვ 8 სთ-ში ერთხელ 48 სთ-ის განმავლობაში და გენტამიცინი;
- ✓ შემდეგ კლინდამიცინი 300 მგ პერორალურად ყოველ 8 სთ-ში ერთხელ 5 დღის განმავლობაში.
- სანაყოფო წყლების ნაადრევი დაღვრისას B ჯგუფის სტრეპტოკოკის გამოვლენის შემთხვევაში, ანტიბიოტიკოთერაპია უნდა ჩატარდეს პენიცილინით ან კლინდამიცინით; თუ ქალი ალერგიულია პენიცილინზე ინიშნება კლინდამიცინი; (A)
- კო-ამოქსიკლავის გამოყენება არ არის რეკომენდებული, რადგან იწვევს ახალშობილებში ნეკროზული ენტეროკოლიტის რიცხვის გაზრდას.
- **ნაყოფის რესპირატორული დისტრესის პროფილაქტიკა**
 - დექსამეტაზონი 6 მგ ყოველ 12 სთ-ში ერთხელ 48 სთ-ის განმავლობაში, სულ 24 მგ ორსულობის 240/7-34 6/7 კვირის ვადაზე (A).
- **ტოკოლიზური თერაპია**
 - მიზანი:
 - ✓ მშობიარობის გადავადება 48 სთ-ით, რათა სრულყოფილად განხორციელდეს ნაყოფის რესპირატორული დისტრესის პროფილაქტიკა და/ან რევერალი; (B)
 - ✓ სხვა შემთხვევაში, სანაყოფო წყლების ნაადრევი დაღვრისას ტოკოლიზური თერაპიის ჩატარება არ არის რეკომენდებული, რადგან იგი არ აუმჯობესებს პერინატალურ გამოსავალს.
 - უკუჩვენება
 - ✓ > 48 სთ;
 - ✓ დაწყებული მშობიარობის პროცესი (საშვილოსნოს ყელის გახსნა > 4 სმ);
 - ✓ ქორიოამნიონიტი;
 - ✓ ნაყოფის არაკეთილსაიმედო მდგომარეობა;
 - ✓ ნორმალურად მიმაგრებული პლაცენტის ნაწილობრივი ნაადრევი აცლა;
 - ✓ ჭიპლარის მარყუქების გამოვარდნის მნიშვნელოვანი რისკი (მაგ.: გახსნილი საშვილოსნოს ყელი და ნაყოფის არასწორი მდებარეობა).
- **ჰორმონალური თერაპია**
 - პროგესტერონის გამოყენება არ არის რეკომენდებული, რადგან არ აუმჯობესებს პერინატალურ გამოსავალს;

➤ ქალებმა, რომელთაც უტარდებოდათ ჰორმონალური თერაპია პროგესტერონით სანაყოფო წყლების დაღვრამდე, უნდა შეწყვიტონ მისი მიღება PPROM -ის დიაგნოზის დადასტურების შემდეგ.

- **მაგნეზიალური თერაპია**

- მიზანი

- ✓ ორსულობის 24-32 კვირის ვადაზე ნაყოფის ნეიროპროტექციის განხორციელება (ცერებრული დამბლის პრევენცია);

- დოზირება

- ✓ საწყისი დოზა 5 გ მშრალი ნივთიერება;

- ✓ შემანარჩუნებელი დოზა 2 გ/სთ პირველი 12-24 სთ-ის განმავლობაში, მშობიარობაში მყოფი პაციენტისათვის.

- **წოლითი რეჟიმი**

- აქტიური მართვის ტაქტიკის დროს ორსულობის სწრაფი დასრულების ჩვენებები:

- ✓ საშვილოსნოსშიდა ინფექცია;

- ✓ ნორმალურად მიმაგრებული პლაცენტის ნაწილობრივი ნაადრევი აცლა;

- ✓ ნაყოფის არაკეთილსაიმედო მდგომარეობა;

- ✓ ჭიპლარის მარყუქების გამოვარდნის მაღალი რისკი.

- ორსულთა მართვა მოცდითი ტაქტიკით, რომელთაც აღენიშნებათ HSV, HIV ან სერკლიაჟი, საკამათოა;

- ქორიამნიონიტის ნიშნების არარსებობის შემთხვევაში, მხოლოდ მეკონიალური სანაყოფო სითხის არსებობა არ წარმოადგენს სასწრაფო მშობიარობის ჩვენებას;

- PPROM-ით ორსულთა მართვა, ტყუპი ნაყოფით ორსულობის დროს, ერთნაყოფიანი ორსულობის მართვის იდენტურია.

- **მშობიარობის დრო**

- PPROM-ის ყველა შემთხვევის დროს ორსულობა უნდა დასრულდეს მშობიარობის ინდუქციით > 34 კვირის ვადაზე, ნაყოფის ფილტვების სიმწიფის ხარისხის შეფასების გარეშე;

- იმ შემთხვევაში, თუ ნაყოფის ფილტვები არ არის მომწიფებული, რეკომენდებულია მშობიარობის გადავადება 36 კვირის ორსულობის ვადამდე, დედისა და ნაყოფის სტაბილური მდგომარეობის შემთხვევაში.

- **მშობიარობის მეთოდი**

- უპირატესობა ენიჭება მშობიარობის სპონტანურად ან ინდუცირებულად წარმართვას, თუ არ არსებობს ვაგინალური მშობიარობის უკუჩვენება;

- საკეისრო კვეთით მშობიარობის ჩვენება სტანდარტულია (იხ. „საკეისრო კვეთის“ პროტოკოლი);

- მშობიარობის მეთოდის შესახებ გადაწყვეტილების მიღებისას უნდა შეფასდეს საშვილოსნოს ყელის სიმწიფე ბიშოპის სქემით;

- PPROM-ის დროს საშვილოსნოს ყელის მექანიკური მეთოდების გამოყენებით მომწიფება არ არის რეკომენდებული.

9. მოსალოდნელი შედეგები

რაციონალური ანტიბიოტიკოთერაპიის, სტეროიდების და ტოკოლიზური პრეპარატების გამოყენებისა და მშობიარობის ოპტიმალური დროის შერჩევის ხარჯზე მოსალოდნელია:

- ნეონატალური და დედათა სიკვდილიანობის შემცირება;
- მუცლადყოფნის პერიოდში ნაყოფის ინფიცირების რისკის შემცირება;
- ქორიოამნიონიტის რისკის შემცირება;
- ახალშობილთა ინფექციის რისკის შემცირება;
- მკვდრადშობადობის რისკის შემცირება;
- ახალშობილებში ნეკროზული ენტეროკოლიტის რისკის შემცირება.

10. აუდიტის კრიტერიუმები

- რამდენ (%) ორსულს PPRM-ით, დიაგნოზის დაზუსტების მიზნით, ჩაუტარდა საშოსმხრივი გამოკვლევა სარკეებით?
- რამდენი (%) PPRM-ის დიაგნოზის მქონე ორსულის მართვა განხორციელდა 23-34 კვირის ვადაზე მოცდითი ტაქტიკით?
- რამდენი (%) PPRM-ის დიაგნოზის მქონე ორსულის მართვა განხორციელდა 35-37 კვირის ვადაზე აქტიური ტაქტიკით?
- რამდენ (%) ორსულს, PPRM-ის დიაგნოზით, ჩაუტარდა ანტიბიოტიკოპროფილაქტიკა 7 დღის განმავლობაში?

11. პროტოკოლის გადახედვის ვადები

პროტოკოლის გადახედვა მიზანშეწონილია 2 წლის ვადაში.

12. პროტოკოლის დანერგვისთვის საჭირო რესურსი

ადამიანური და მატერიალურ-ტექნიკური რესურსების შესახებ ინფორმაცია მოცემულია ცხრილში N3.

13. დანართი

ცხრილი N1. PPRM ორსულთა ამბულატორიული მეთვალყურეობის კრიტერიუმები

პაციენტი, რომელიც იმსახურებს ნდობას
გარანტირებული ტრანსპორტირება და ტელეფონით კონსულტირება
ჰოსპიტალთან ახლოს ცხოვრება
სახლში გაწერამდე ჰოსპიტალში დაკვირვება 72 სთ-ის განმავლობაში
ყოველ 6 სთ-ში ერთხელ პულსისა (Ps) და ტემპერატურის (t°C) განსაზღვრა და ექიმისათვის შეტყობინება, თუ Ps >100 და t°C > 37°C
ნაყოფის მოძრაობითი აქტივობის განსაზღვრა და ექიმისათვის შეტყობინება, თუ 2 საათის განმავლობაში ნაყოფის მოძრაობათა სიხშირე <10
არასტრესული ტესტი და სისხლის საერთო ანალიზი კვირაში ორჯერ
ულტრასონოგრაფიული კვლევა კვირაში ერთხელ
ნაყოფის თავით წინმდებარეობა
ინფექციის ან მშობიარობის ნიშნების არარსებობა
ექოსკოპიურად სანაყოფო სითხის ვერტიკალური ჯიბის სიგრძე >2სმ

ცხრილი N2. ანტიბიოტიკების რეკომენდებული სქემა

	სქემა I	ალერგიის დროს	ანაფილაქსიის რისკის დროს
I დღე	ამპიცილინი ი/ვ 2.0გ x ყოველ 8სთ-ში	ცეფაზოლინი 1.0გ x ყოველ 8სთ-ში	კლინდამიცინი ი/ვ 900მგ x ყოველ 8სთ-ში გენტამიცინი 7მგ/კგ x 2 (24სთ-ში)
II დღე	ამპიცილინი ი/ვ 2.0გ x ყოველ 8სთ-ში	ცეფაზოლინი 1.0გ x ყოველ 8სთ-ში	კლინდამიცინი ი/ვ 900მგ x ყოველ 8სთ-ში გენტამიცინი 7მგ/კგ x 2 (24სთ-ში)
III დღე	ამოქსიცილინი 500მგ x 3 ჯერ ან 875მგ x 2 ჯერ	ცეფაზოლინი 500მგ x 3 ჯერ	კლინდამიცინი 300მგ x ყოველ 8სთ-ში
IV დღე	ამოქსიცილინი 500მგ x 3 ჯერ ან 875მგ x 2 ჯერ	ცეფაზოლინი 500მგ x 3 ჯერ	კლინდამიცინი 300მგ x ყოველ 8სთ-ში
V დღე	ამოქსიცილინი 500მგ x 3 ჯერ ან 875მგ x 2 ჯერ	ცეფაზოლინი 500მგ x 3 ჯერ	კლინდამიცინი 300მგ x ყოველ 8სთ-ში
VI დღე	ამოქსიცილინი 500მგ x 3 ჯერ ან 875მგ x 2 ჯერ	ცეფაზოლინი 500მგ x 3 ჯერ	კლინდამიცინი 300მგ x ყოველ 8სთ-ში
VII დღე	ამოქსიცილინი 500მგ x 3 ჯერ ან 875მგ x 2 ჯერ	ცეფაზოლინი 500მგ x 3 ჯერ	კლინდამიცინი 300მგ x ყოველ 8სთ-ში

* ერთი თრომბოციტის მრავალჯერადი მიღების ნაცვლად რეკომენდებულია პერორალურად აზიტრომიცინის 1.0 ერთჯერადი გამოყენება.

ცხრილი N3. ადამიანური და მატერიალურ-ტექნიკური რესურსი

რესურსი	ფუნქციები/მნიშვნელობა	შენიშვნა
ადამიანური რესურსი	რესურსების გამოყენების მიზანი	
მეან-გინეკოლოგი	კლინიკური შეფასება, დიაგნოზის დადასტურება, პრევენციული ღონისძიებების შერჩევა, მედიკამენტური მკურნალობის თაობაზე გადაწყვეტილება, მიმდინარე მეთვალყურეობა	სავალდებულო
ბეზბიქალი/ექთანი	ინტრავენური ინფუზია და სხვა, დანიშნულების შესაბამისად, ტექნიკური მომსახურება და დოკუმენტირება	სავალდებულო
რეგისტრატორი	მიმდინარე მეთვალყურეობისთვის პაციენტების გამოძახების უზრუნველყოფა	სავალდებულო ან სასურველი
მენეჯერი/	პროტოკოლის დანერგვის ხელშეწყობა,	სავალდებულო ან

ადმინისტრატორი	დანერგვაზე მეთვალყურეობა, აუდიტის ჩატარება და შედეგების ანალიზი	სასურველი
მატერიალურ-ტექნიკური რესურსი		
რისკის შეფასების სქემა	რისკის პროფილის შეფასება	სავალდებულო
ლაბორატორია სისხლის საერთო, შარდის საერთო ანალიზების და ა.შ. ჩასატარებლად	დიაგნოსტიკის მიზნით	სავალდებულო ან სასურველი
სადიაგნოსტიკო აღჭურვილობა: (ულტრაბგერა, ეკგ და სხვ)	დიაგნოზის დადასტურება, რისკის შეფასება მიმართვის თაობაზე გადაწყვეტილების მიღება და სხვა	სავალდებულო ან სასურველი
პაციენტის საგანმანათლებლო მასალები	პაციენტის ინფორმირება	სასურველი

ცხრილი N4. მტკიცებულებებისა და რეკომენდაციების კლასიფიკაცია

მტკიცებულებების დონეები	რეკომენდაციების ხარისხები
<p>Ia რანდომული კონტროლირებადი კვლევების მეტა ანალიზის შედეგად მიღებული მტკიცებულება;</p> <p>Ib მტკიცებულება მიღებულია სულ ცოტა ერთი რანდომული კონტროლირებადი კვლევიდან;</p> <p>IIa მტკიცებულება მიღებულია სულ ცოტა ერთი ხარისხიანი დიზაინის კონტროლირებადი კვლევიდან, რანდომიზაციის გარეშე;</p> <p>IIb მტკიცებულება მიღებულია სულ ცოტა ერთი კვაზი-ექსპერიმენტული, კარგი დიზაინის კვლევიდან;</p> <p>III მტკიცებულება მიღებულია არაექსპერიმენტული კვლევებიდან, როგორცაა, შემთხვევის აღწერა, კორელაციური კვლევები და შედარებითი კვლევები;</p> <p>IV მტკიცებულება მიღებულია ექსპერტთა კომიტეტისგან ან დასკვნა ეყრდნობა ცნობილი ექსპერტის გამოცდილებას.</p>	<p>A საჭიროებს სულ ცოტა ერთ მაღალი ხარისხის რანდომულ კვლევას მოცემული თემის შესაბამისი რეკომენდაციებით (მტკიცებულების დონეები Ia, Ib);</p> <p>B მოითხოვს რეკომენდაციათა თემის შესაბამისი, მაღალი ხარისხის კლინიკური კონტროლირებადი კვლევის ხელმისაწვდომობას, რანდომიზაციის გარეშე (მტკიცებულებების დონეები IIa, IIb, III);</p> <p>C მოითხოვს მტკიცებულებებს ექსპერტთა კომიტეტების დასკვნებიდან ან ცნობილი ავტორიტეტების კლინიკური გამოცდილებიდან. მიუთითებს მაღალი ხარისხის კლინიკური კვლევების მონაცემების არარსებობაზე (მტკიცებულებების დონე IV);</p> <p>D რეკომენდებული საუკეთესო პრაქტიკა, რომელიც დაფუძნებულია გაიდლაინის სამუშაო (GDG) ჯგუფის გამოცდილებაზე.</p>

14. პროტოკოლის ავტორები

ნიკოლოზ კინტრია – მედიცინის მეცნიერებათა დოქტორი, თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტის პროფესორი, საქართველოს მეან-გინეკოლოგთა და პერინატოლოგთა ასოციაციის აღმასრულებელი ვიცეპრეზიდენტი;

პლატონ მაჭავარიანი – თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტის ასოცირებული პროფესორი, საქართველოს მეან-გინეკოლოგთა და პერინატოლოგთა ასოციაციის ვიცეპრეზიდენტი;

თამარ ანთელავა – აკადემიური დოქტორი მედიცინაში, თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტის ასისტენტ პროფესორი, საქართველოს მეან-გინეკოლოგთა და პერინატოლოგთა ასოციაციის წევრი;

ბესარიონ ტყეშელაშვილი - მედიცინის მეცნიერებათა დოქტორი, დ. ტვილდიანის სახელობის სამედიცინო უნივერსიტეტის პროფესორი, საქართველოს მეან-გინეკოლოგთა და პერინატოლოგთა ასოციაციის ვიცეპრეზიდენტი;

მამუკა ნემსაძე - ექიმი მეან-გინეკოლოგი, საქართველოს მეან-გინეკოლოგთა და პერინატოლოგთა ასოციაციის ვიცეპრეზიდენტი;

დავით გაგუა - მედიცინის მეცნიერებათა დოქტორი, დ. ტვილდიანის სახელობის სამედიცინო უნივერსიტეტის პროფესორი, საქართველოს მეან-გინეკოლოგთა და პერინატოლოგთა ასოციაციის წევრი.