

მიღებულია „კლინიკური პრაქტიკის ეროვნული
რეკომენდაციების (გაიდლაინები) და
დაავადებათა მართვის სახელმწიფო
სტანდარტების (პროტოკოლები) შემუშავების,
შეფასებისა და დანერგვის ეროვნული საბჭოს“
2012 წლის 6 ივლისის №1 სხდომის
გადაწყვეტილების შესაბამისად

დამტკიცებულია საქართველოს შრომის,
ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის
მინისტრის 2012 წლის 22 აგვისტოს
№ 01-249/ო ბრძანებით

მშობიარობის შემდგომი ცხელების მართვა

კლინიკური მდგომარეობის მართვის სახელმწიფო სტანდარტი
(პროტოკოლი)

შინაარსი

შინაარსი.....	2
შესავალი.....	3
შეჯამება.....	3
1. დეფინიცია	5
2. აქტუალობა.....	6
3. რისკ-ფაქტორები	7
4. პრევენციული ღონისძიებები	6
5. ლოგინობის ხანის ცხელების მიზეზები.....	8
6. ლოგინობის ხანის ცხელების მართვა	8
7. რეკომენდაციები პრაქტიკაში ადაპტაციისთვის	9
8. აუდიტის კრიტერიუმები	9
9. პროტოკოლის გადასინჯვის და განახლების ვადები	10
10. პროტოკოლის მიღების ხერხები/წყაროები	10
11. ალტერნატიული პროტოკოლი	11
ფასილიტატორი/ავტორები	11
გამოყენებული ლიტერატურა.....	16

წინამდებარე პროტოკოლი მომზადდა პროექტის “პერინატალური სისტემის გაუმჯობესება საქართველოში” ფარგლებში UNICEF, USAID მიერ დაფინანსებული და JSI მიერ განხორციელებული პროგრამა “შენარჩუნება” ფინანსური მხარდაჭერით.

პროტოკოლში გამოთქმული მოსაზრებები ეკუთვნის ავტორებს და თავისუფალია ყოველგვარი გარეშე ზეგავლენისაგან.

შესავალი

მშობიარობის შემდგომი ინფექციები მოიცავს სხვადასხვა ნოზოლოგიებს, რომლებიც შესაძლებელია განვითარდეს ვაგინალური, ან ოპერაციული მშობიარობის შემდეგ. ორსულობის პროცესში განვითარებული ფიზიოლოგიური ცვლილებები და მშობიარობით განპირობებული ტრავმა ხელს უწყობს მშობიარობის შემდგომი ინფექციის განვითარებას. მშობიარობის შემდგომი ცხელების არსებობა განიხილება, როგორც ინფექციის ნიშანი, რომელიც მოითხოვს მიზეზის დადგენას და ადეკვატურ მართვას. მოცემული კლინიკური პრაქტიკის ეროვნული პროტოკოლის, „მშობიარობის შემდგომი ცხელების მართვა“, მიზანს წარმოადგენს უახლეს სამეცნიერო მტკიცებულებებზე დაფუძნებული ინფორმაციის მიწოდება მეან-გინეკოლოგების, თერაპევტების, ოჯახის ექიმების, გადაუდებელი დახმარების ექიმების, ჯანდაცვის მენეჯერების, მეან-გინეკოლოგიის რეზიდენტებისა და ექთნებისთვის. წინამდებარე პროტოკოლი განიხილავს მშობიარობის შემდგომი ცხელების დიაგნოსტიკის, მონიტორინგის, მართვისა და პრევენციულ ღონისძიებებს.

ვინაიდან ანალოგიური პროტოკოლი არ მოიძებნება მსოფლიოში აღიარებულ არც ერთ წყაროში (NICE, ACOG, სხვ) და, ამავდროულად, საკითხი ძალიან მნიშვნელოვანი და აქტუალურია საქართველოს რეალობისათვის, ექსპერტთა ჯგუფის კონსენსუსის შედეგად, მოცემულ პროტოკოლს საფუძვლად დაედო უახლესი სამეცნიერო ლიტერატურა მშობიარობის შემდგომი ცხელების მართვის საკითხებზე.

შეჯამება

- ✓ მშობიარობის შემდგომი ცხელება მშობიარობის შემდგომი ინფექციის ერთ-ერთ დიაგნოსტიკურ კრიტერიუმს წარმოადგენს;
- ✓ მშობიარობის შემდგომ პერიოდში მელოგინეთა შეფასებისას ყურადღება უნდა მიექცეს ანამნეზურ მონაცემებსა და მშობიარობის მიმდინარეობას;
- ✓ ლოგინობის ხანის ყველაზე ხშირი ინფექციაა ენდომეტრიტი, რომელიც ცხელების ძირითად მიზეზს წარმოადგენს;
- ✓ მშობიარობის შემდგომი ცხელების მიზეზი შესაძლებელია იყოს ლოგინობის ხანის სხვა ინფექციებიც: ოპერაციის შემდგომი ჭრილობის ინფექცია, შორისის ცელულიტი, მასტიტი, საშარდე გზების ინფექცია, მენჯის ვენების სეპტიური ფლემიტი, ანესთეზიის შემდგომი რესპირატორული გართულებები, პლაცენტის ნაწილების ჩარჩენა;
- ✓ ინფექცია, როგორც წესი, პოლიმიკრობულია, რომელიც მოიცავს 2-3 აერობის და ანაერობის კომბინაციას სასქესო ორგანოებიდან;
- ✓ მშობიარობის შემდგომი ინფექციის მნიშვნელოვან რისკ-ფაქტორებს წარმოადგენს საკეისრო კვეთა, გახანგრძლივებული მშობიარობა, სანაყოფო წყლის მცირე ულუფებად დაღვრა და ხანგრძლივი უწყლო პერიოდი,

- ხშირი საშოსმხრივი გასინჯვა, საშვილოსნოსშიდა ჩარევები, შაქრიანი დიაბეტი და სხვ.;
- ✓ მშობიარობის შემდგომი ცხელებისა და ინფექციის მიზეზის დადგენის მიზნით უნდა ჩატარდეს სრულყოფილი ფიზიკალური გამოკვლევა, რომელიც მოიცავს მენჯის ღრუს ორგანოებისა და მკერდის გამოკვლევასაც;
 - ✓ ლაბორატორიული კვლევები ტარდება დაავადების სიმწვავისა და ინფექციის გამომწვევის დადგენის მიზნით;
 - ✓ რადიოლოგიური კვლევები (ექოსკოპია, კომპიუტერული ტომოგრაფია, მაგნიტურ-რეზონანსული კვლევა, სხვ) ძირითადად ტარდება მშობიარობის შემდგომი პირველადი ცხელების (მაგ. პნევმონია, ღრმა ვენების თრომბოზი, ან ფილტვის ემბოლია), ან პერსისტირებადი ცხელების (მაგ. აბსცესი, მენჯის ვენების სეპტიური თრომბოფლებიტი, საკვერცხის ვენის თრომბოზი) მიზეზის დასადგენად იმ პაციენტებში, რომლებშიც ადეკვატური ანტიბიოტიკოთერაპიის 48-72 – საათიანი კურსით ეფექტი არ მიიღწევა;
 - ✓ ენდომეტრიუმის კულტურის განსაზღვრას არ გააჩნია დიაგნოსტიკური ღირებულება და ამდენად არაა რეკომენდებული;
 - ✓ მნიშვნელოვანია სისხლის კულტურალური გამოკვლევა ჩატარდეს ემპირიული ანტიბიოტიკოთერაპიის ჩატარებამდე. მკურნალობის არაეფექტურობის შემთხვევაში ანტიბიოტიკოთერაპია გრძელდება კულტურალური კვლევის შედეგების საფუძველზე;
 - ✓ ტესტირება გონორეაზე, ან ქლამიდიაზე ტარდება იმ შემთხვევაში, თუ მანამდე არ იყო ჩატარებული, ან პაციენტი მიეკუთვნება სქესობრივი გზით გადამდები ინფექციების მტარებლობის მაღალი რისკის ჯგუფს;
 - ✓ აღსანიშნავია, რომ კულტურალური კვლევის შედეგად შეიძლება იდენტიფიცირდეს მხოლოდ ერთი გამომწვევი, მაშინ როცა ენდომეტრიალური ინფექცია, ძირითადად, პოლიმიკრობულია;
 - ✓ მშობიარობის შემდგომი ცხელების მკურნალობის მიზანია შეამსუბუქოს სიმპტომები და მოახდინოს შემდგომი გართულებების პრევენცია;
 - ✓ ადეკვატური ანტიმიკრობული თერაპია უნდა დაიწყოს ცხელების მიზეზის დადგენამდე და, ამავდროულად, განხილულ იქნას რეფერალის საკითხი;
 - ✓ მოსალოდნელი მშობიარობის შემდგომი ინფექციის მართვის მნიშვნელოვანი ასპექტია უზრუნველყოთ ადეკვატური სითხის მოცულობა (აგრესიული სითხის გადასხმა) და განვახორციელოთ სეფსისისა და შოკის პრევენცია (კარდიომონიტორინგი და ჟანგბადის მიწოდება);
 - ✓ მშობიარობის შემდგომი ენდომეტრიტის მკურნალობის მიზნით (ამ ინფექციის მიკრობიოლოგიის გათვალისწინებით) მოწოდებულია ფართო სპექტრის ანტიბიოტიკები, ბეტა-ლაქტამაზის მაპროდუცირებელი ანაერობების გადაფარვით, კლინდამიცინი და ამინოგლიკოზიდები (A);

- ✓ საშოს და საშვილოსნოს დრუს ირიგაცია არ არის რეკომენდებული, რადგანაც ის ნაკლებეფექტურია ინტრავენურ თერაპიასთან შედარებით და გააჩნია სერიოზული გვერდითი ეფექტები;
- ✓ მკურნალობა გრძელდება პაციენტის მდგომარეობის გაუმჯობესებამდე, სანამ აფებრილური პერიოდი არ მიაღწევს 24-48 საათს;
- ✓ ანტიბიოტიკებით წარმატებული პარენტერალური მკურნალობის შემდეგ, ბაქტერიემიის არ არსებობის შემთხვევაში ორალური ანტიბიოტიკოთერაპიის გაგრძელება არ არის რეკომენდებული (A);
- ✓ თუ სისხლის კულტურალური გამოკვლევით დადგენილ იქნა ბაქტერიემია, მიზანშეწონილია პარენტერალური ანტიბიოტიკოთერაპია გაგრძელდეს ორალურით შვიდდღიანი კურსის დამთავრების მიზნით;
- ✓ თუ ანტიბიოტიკოთერაპიის დაწყებიდან 48-72 საათის შემდეგ პაციენტის მდგომარეობა არ გამოსწორდა და ცხელება გრძელდება, საჭიროა მდგომარეობის მეორადი შეფასება;
- ✓ მშობიარობის შემდგომი ენდომეტრიტის რისკის შემცირების მიზნით საკეისრო კვეთის წარმოების დროს რეკომენდებულია პროფილაქტიკური ანტიბიოტიკოთერაპია და მომყოლის სპონტანური (და არა ხელით) მოცილება (A);
- ✓ ანტიბიოტიკოპროფილაქტიკა ეფექტურია როგორც გეგმიური, ასევე გადაუდებელი საკეისრო კვეთის წარმოების დროს;
- ✓ ანტიბიოტიკებისადმი რეზისტენტობის თავიდან აცილების მიზნით საკეისრო კვეთის დროს რეკომენდებულია პირველი თაობის ცეფალოსპორინების, ან ამპიცილინის ერთჯერადი დოზა (A);
- ✓ ვაგინალური მშობიარობის დროს რუტინულად ანტიბიოტიკოპროფილაქტიკის ჩატარება არ არის რეკომენდებული;
- ✓ ვაგინალური მშობიარობის დროს ენდომეტრიტის პრევენციის მიზნით ანტიბიოტიკოპროფილაქტიკის ჩატარება ინვაზიური პროცედურის შემდეგ (მაგ. მომყოლის ხელით მოცილება) არ აუმჯობესებს გამოსავალს და, ამდენად არ არის რეკომენდებული;
- ✓ მშობიარობის შემდგომი ინფექციის პრევენციის მიზნით მშობიარობის დროს საშოს დამუშავება ქლორჰექსიდინით არ არის რეკომენდებული;
- ✓ საკეისრო კვეთის შემდგომი ენდომეტრიტის პრევენციის მიზნით ოპერაციამდე საშოს ბეტადინის ხსნარით დამუშავება არ არის რეკომენდებული. ის არ არის ეფექტური ასევე მშობიარობის შემდგომი ცხელებისა და ჭრილობის დაინფიცირების პრევენციის კუთხითაც;

1. დეფინიცია

მშობიარობის შემდგომი ცხელება ეწოდება ცხელებას, რომელიც ვითარდება მშობიარობიდან 10 დღის განმავლობაში, პირველი 24 საათის გამოკლებით, გაგრძელდება მოცემული პერიოდის ნებისმიერ 2 დღეს და სხეულის ტემპერატურა $\geq 38.0^{\circ}\text{C}$.

2. აქტუალობა

ლოგინობის ხანის სეფსისი, როგორც ნოზოლოგია, სამწუხაროდ ჯერ კიდევ არ ჩაბარდა წარსულს. მსოფლიოში წელიწადში 150,000 ქალი იღუპება ამ პათოლოგიით. ამდენად, სამედიცინო პერსონალი კარგად უნდა იცნობდეს მის სიმპტომებს და მზად იყოს იმ მელოგინეთა მკურნალობისა და რეფერალისთვის, რომელთაც აღენიშნებათ ცხელება და/ან ინტენსიური გამონადენი საშოდან.

3. რისკ-ფაქტორები

მშობიარობის შემდგომი ცხელების რისკ-ფაქტორებია:

- ✓ საკეისრო კვეთა;
- ✓ გახანგრძლივებული მშობიარობა;
- ✓ ხანგრძლივი უწყლო პერიოდი;
- ✓ ხშირი საშოსმხრივი გასინჯვა;
- ✓ საშვილოსნოსშიდა მანიპულაციები;
- ✓ შაქრიანი დიაბეტი;
- ✓ მძიმე ფორმის ანემია;
- ✓ ბაქტერიული ვაგინოზი;
- ✓ ინსტრუმენტული მშობიარობა;
- ✓ აივ ინფექცია;
- ✓ ჰემოლიზური სტრეპტოკოკის კოლონიზაცია;
- ✓ ცხელება მშობიარობის დროს;
- ✓ მშობიარობა სტაციონარის გარეთ;

4. პრევენციული ღონისძიებები

მშობიარობის შემდგომი ინფექციების პრევენციისთვის რეკომენდებულია:

- ✓ ხელების დაბანის ტექნიკის დაცვა;
- ✓ შორისის ჰიგიენა სათანადო წესების დაცვით;
- ✓ ერთჯერადი ანტიბიოტიკოპროფილაქტიკა პირველი თაობის ცეფალოსპორინებით, ან ამპიცილინით საკეისრო კვეთის დროს;
- ✓ პლაცენტის სპონტანური (და არა მანუალური) მოცილება საკეისრო კვეთის წარმოებისას;

- ✓ პროფილაქტიკური ანტიბიოტიკოთერაპია ამპიცილინით 18 საათიანი უწყლო პერიოდის შემდეგ;

5. ლოგინობის ხანის ცხელების მიზეზები

1. ენდომეტრიტი (95%);
2. ჭრილობის დაინფიცირება (პოსტოპერაციული, ან შორისის);
3. მასტიტი;
4. საშარდე გზების ინფექცია;
5. ღრმა ვენების თრომბოზი და ფილტვების ემბოლიზმი;
6. ანესთეზიოლოგიური გართულებანი (ასპირაციული პნევმონია);
7. წამლისმიერი ცხელება;
8. ორსულობასთან კავშირში არ მყოფი მიზეზები (აპენდიციტი, ვირუსული ინფექცია);

6. ლოგინობის ხანის ცხელების მართვა

6.1. პირველადი შეფასება:

1. ანამნეზი;
2. ფიზიკალური გასინჯვა;
 - ✓ პულსი;
 - ✓ არტერიული წნევა;
 - ✓ სუნთქვის სიხშირე;
 - ✓ ტემპერატურა (4 საათში ერთხელ);
 - ✓ კანი, პირის ღრუ, ფილტვები, სარძევე ჯირკვლები, მუცელი, ჭრილობა, საშვილოსნო, შორისი, საშო, საშვილოსნოს ყელი სარკეებში, ქვედა და ზედა კიდურები, თირკმელები;
3. ულტრაბგერითი კვლევა;
4. ლაბორატორიული კვლევა;
 - ✓ სისხლის საერთო ანალიზი (Leu>20, 000 მარცხნივ გადახრით);
 - ✓ სისხლის კულტურალური გამოკვლევა;
 - ✓ შარდის საერთო ანალიზი;
 - ✓ შარდის ბაქტერიოლოგიური კვლევა;
 - ✓ ჭრილობის ნაცხის ბაქტერიოლოგია (ექსპერტა ჯგუფის რეკომენდაციის საფუძველზე);
 - ✓ კოაგულოგრამა (ექსპერტა ჯგუფის რეკომენდაციის საფუძველზე);

6.2 პირველადი მკურნალობა (ცხელების მიზეზის დადგენამდე)

6.2.1. ვაგინალური მშობიარობის შემდეგ:

რისკ-ფაქტორების გარეშე:	რისკ-ფაქტორებით:
<ul style="list-style-type: none"> პირველი თაობის ცეფალოსპორინები - ცეფალექსინი 500მგ 6სთ-ში ერთხელ პერორალურად; თუ პაციენტი ალერგიულია ცეფალოსპორინებზე, მიეცით ერთორთომიცინი 500მგ 6სთ-ში ერთხელ; ჰიდრატაცია; 	<ul style="list-style-type: none"> ვიწყებთ ამპიცილინით 4გ/დღეში ი/ვ + გენტამიცინი 240 მგ/დღეში ივ/იმ; მკურნალობა გრძელდება პაციენტის მდგომარეობის გაუმჯობესებამდე, სანამ აფებრილური პერიოდი არ მიაღწევს 24-48საათს; ანტიბიოტიკებით წარმატებული პარენტერალური მკურნალობის შემდეგ ბაქტერიემიის არ არსებობის შემთხვევაში ორალური ანტიბიოტიკოთერაპიის გაგრძელება არ არის რეკომენდებული (A); თუ სისხლის კულტურალური გამოკვლევით დადგენილ იქნა ბაქტერიემია, მიზანშეწონილია პარენტერალური ანტიბიოტიკოთერაპია გაგრძელდეს ორალურით შვიდდღიანი კურსის დამთავრების მიზნით; <ul style="list-style-type: none"> არამემუძური დედებისთვის მეტრონიდაზოლი 500მგ/8 სთ-ში ერთხელ, ან ოფლოქსაცინი 400მგ/დღეში; მემუძური დედებისთვის, ან პენიცილინის ჯგუფის პრეპარატებზე ალერგიის შემთხვევაში - კლინდამიცინი 900მგ 8სთ-ში ერთხელ პერორალურად და გენტამიცინი 240მგ/დღეში კუნთებში; ჰიდრატაცია;

6.2.2. საკეისრო კვეთის შემდეგ:

- ✓ თუ ცხელება იწყება ოპერაციამდე, ან გრძელდება ოპერაციიდან 24 საათი - ამოქსაცილინი 500მგ/8სთ-ში ერთხელ ი/ვ;
- ✓ პენიცილინის მიმართ მგრძობიარე, ან არამემუძურ დედებში - ოფლოქსაცინი 400მგ/დღეში + მეტრონიდაზოლი 1500მგ/დღეში;
- ✓ პენიცილინის მიმართ მგრძობიარე მემუძურ დედებში კლინდამიცინი 600მგ/8სთ-ში ერთხელ ი/ვ + გენტამიცინი 240მგ/დღეში ი/ვ;

6.3. მეორადი შეფასება

თუ ანტიბიოტიკოთერაპიის დაწყებიდან 48-72 საათის შემდეგ ცხელება გრძელდება და კლინიკური მდგომარეობა არ უმჯობესდება, საჭიროა პაციენტის განმეორებით შეფასება და მიზეზის დადგენა, რაც გულისხმობს:

- ✓ სრული ფიზიკალური გამოკვლევა;
- ✓ სისხლის კულტურალური გამოკვლევა ხელმეორედ;
- ✓ სისხლის საერთო ანალიზი;
- ✓ ღვიძლის და თირკმელების ფუნქციის შეფასება;
- ✓ გულმკერდის რენტგენოგრაფია;

- ✓ ულტრაბგერითი კვლევა;
- ✓ კომპიუტერული ტომოგრაფია;
- ✓ კონსილიუმი წამყვანი სპეციალისტის, ინფექციონისტისა და თერაპევტის მონაწილეობით;

6.4. მეორადი მკურნალობა (ცხელების მიზეზის დადგენის შემდეგ¹)

მიზეზი	მკურნალობა
ენდომეტრიტი	კლინდამიცინი (900მგ ყოველ 8სთ-ში ერთხელ ივ/იმ) + გენტამიცინი (1.5მგ/კგ ყოველ 8სთ-ში, ან 5მგ/კგ ყოველ 24სთ-ში თირკმლის ნორმალური ფუნქციის შემთხვევაში), ან ამპიცილინ-სულბაქტამი 1,5გ ყოველ 8სთ-ში ერთხელ (კლინდამიცინისადმი რეზისტენტობის შემთხვევაში, ან B ჯგუფის სტრეპტოკოკით კოლონიზირებულ პაციენტებში
ჭრილობის დაინფიცირება (პოსტოპერაციული, ან შორისის)	ჭრილობის დრენირება, ფართო სპექტრის ანტიბიოტიკები
მასტიტი	ძუძუთი კვება, ცეფალექსინი - 500მგ 6სთ-ში ერთხელ 10-14 დღე, კლინდამიცინი 600მგ ყოველ 8სთ-ში
ღრმა ვენების თრომბოზი და ფილტვების ემბოლიზმი	იხ. სათანადო პროტოკოლი (RCOG)

თუ ცხელება გრძელდება 7 დღე და მეტი, მიზანშეწონილია პაციენტის რეფერალი.

7. რეკომენდაციები პრაქტიკაში ადაპტაციისთვის

მოცემული პროტოკოლის პრაქტიკაში ადაპტაციისთვის აუცილებელია სამედიცინო პერსონალს ჩაუტარდეს სპეციალური სწავლება მშობიარობის შემდგომი ცხელების მართვის შესახებ. აღნიშნული სწავლება უნდა ჩატარდეს პერიოდულად. განსაკუთრებული ყურადღება უნდა მიექცეს ორსულის განათლებას, მის ადრეულ ვადაზე კონსულტირებას ჯანდაცვის პირველადი რგოლის ფარგლებში.

8. აუდიტის კრიტერიუმები

- ✓ რამდენ დაწესებულებას (%) აქვს აღნიშნული პროტოკოლი?
- ✓ საავადმყოფოს რამდენმა ექიმმა (%) გაიარა სწავლება მოცემული პროტოკოლის პრაქტიკაში დანერგვის თვალსაზრისით?

¹ თუ სისხლის კულტურალური გამოკვლევით დადგინდა გამომწვევის მგრძობელობა, მეორადი მკურნალობა უნდა განხორციელდეს მგრძობელობის შესაბამისად.

- ✓ არის თუ არა ხელის საბანი ადგილები აღჭურვილი:
 - თხევადი საპნით;
 - ერთჯერადი პირსახოცებით;
 - ანტისეპტიკური საშუალებებით;
 - გამოყენებული პირსახოცების შესაგროვებელი კონტეინერი;
- ✓ კლინიკის რამდენი თანამშრომელი (%) ფლობს და იცავს ხელების სწორი დაბანის ტექნიკას?
- ✓ მშობიარობის შემდგომ პალატებში რამდენ (%) მელოგინეს აქვს საშუალება და რეალურად ახორციელებს ხელების სწორი დაბანის ტექნიკას?
- ✓ საკეისრო კვეთის წარმოების რამდენ (%) შემთხვევაში ტარდება ადეკვატური ანტიბიოტიკოპროფილაქტიკა?
- ✓ რამდენი (%) მელოგინე იქნა გადაყვანილი რეფერალური სისტემით?
- ✓ რამდენ (%) მშობიარეს უტარდება ადეკვატური ანტიბიოტიკოთერაპია სანაყოფო წყლების ნაადრევი დარღვევის დროს?
- ✓ რამდენ (%) მელოგინეს უტარდება ანტიბიოტიკოთერაპია ლოგინობის ხანაში მომყოლის ხელით მოცილების შემდეგ?

9. პროტოკოლის გადასინჯვის და განახლების ვადები

სასურველია პროტოკოლი გადასინჯოს და შეივსოს ახალი ინფორმაციით 5 წლის შემდეგ. პროტოკოლის განახლება მოხდება საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს შესაბამისი რეკომენდაციების მიხედვით (2011 წლის გაიდლაინების სახელმძღვანელოს შესაბამისად).

10. პროტოკოლის მიღების ხერხები/წყაროები

პროტოკოლის ავტორთა ჯგუფმა ჩაატარა ძიება კოკრეინის ბიბლიოთეკაში გაიდლაინის თემაზე სისტემური მიმოხილვების, ან რანდომიზებული კონტროლირებული კვლევების მოძიების მიზნით. ვინაიდან ანალოგიური პროტოკოლი არ მოიძებნება მსოფლიოში აღიარებულ არც ერთ წყაროში (NICE, ACOG, სხვ) და, ამავდროულად, საკითხი ძალიან მნიშვნელოვანი და აქტუალურია საქართველოს რეალობისათვის, ექსპერტთა ჯგუფის კონსენსუსის შედეგად, მოცემულ პროტოკოლს საფუძვლად დაედო უახლესი სამეცნიერო ლიტერატურა მშობიარობის შემდგომი ცხელების მართვის საკითხებზე.

11. ალტერნატიული პროტოკოლი

არ მოიძებნება.

ფასილიტატორი

მორდიხაი დოლიცკი – დოცენტი, ისრაელის სამედიცინო კვლევის ინფრასტრუქტურის განვითარებისა და ჯანდაცვის სამსახურების ფონდის წარმომადგენელი სამედიცინო ცენტრი „შეზა“-ს სამეანო-გინეკოლოგიური დეპარტამენტის სამშობიარო განყოფილების ხელმძღვანელი; ისრაელის მეან-გინეკოლოგთა ასოციაციის წევრი; დედათა და ახალშობილთა მედიცინის საზოგადოების წევრი; აშშ მეან-გინეკოლოგთა ასოციაციის წევრი;

ავტორები

აკაკი ბაქრაძე – მედიცინის მეცნიერებათა დოქტორი; საქართველოს საპატრიარქოს წმინდა იოაკიმესა და ანას სახელობის სამშობიარო სახლის დირექტორი სამკურნალო დარგში; საქართველოს მეან-გინეკოლოგთა ასოციაციის წევრი; მეან-გინეკოლოგთა და პერინატოლოგთა ასოციაციის გამგეობის წევრი;

ალა გრიდასოვა – სს ზუგდიდის მრავალპროფილიანი კლინიკური საავადმყოფო "რესპუბლიკა"-ს სამეანო/ნეონატოლოგიური დეპარტამენტის ხელმძღვანელი; საქართველოს მეან-გინეკოლოგთა ასოციაციის წევრი;

გიორგი თევდორაშვილი – თსსუ მეან-გინეკოლოგიის დეპარტამენტის ასოცირებული პროფესორი; კლინიკა „მედის“ გინეკოლოგიური დეპარტამენტის ხელმძღვანელი; სამშობიარო სახლი „ემბრიო“-ს დირექტორის მოადგილე სამეცნიერო დარგში; საქართველოს მეან-გინეკოლოგთა ასოციაციის წევრი; პერინატოლოგთა და მეან-გინეკოლოგთა ასოციაციის წევრი; ევროპის მეან-გინეკოლოგთა ასოციაციის წევრი;

დავით გაგუა – მედიცინის მეცნიერებათა დოქტორი. დ. ტვილდიანის სახელობის სამედიცინო უნივერსიტეტის აიეტის მეან-გინეკოლოგიის დეპარტამენტის ხელმძღვანელი, სრული პროფესორი; შპს „დავით გაგუას კლინიკის" დირექტორი; პერინატოლოგთა და მეან-გინეკოლოგთა ასოციაციის წევრი; მეან-გინეკოლოგთა ასოციაციის წევრი; მედიკოსთა ასოციაციის წევრი; ნეონატოლოგთა ასოციაციის წევრი;

დავით დავარაშვილი – აკადემიური დოქტორი მედიცინაში; მეან-გინეკოლოგიური კლინიკა „ბიბიდა“-ს სამეანო-გინეკოლოგიური დეპარტამენტის ხელმძღვანელი; საქართველოს მეანთა და გინეკოლოგთა ასოციაციის საბჭოს წევრი; პერინატოლოგთა და მეან-გინეკოლოგთა ასოციაციის საბჭოს წევრი);

ევგენია თავაძე – მედიცინის მეცნიერებათა დოქტორი; საერთაშორისო ჯანდაცვის მენეჯმენტის, ეკონომიკის და პოლიტიკის მაგისტრი; საქართველოს რეპროდუქციული ჯანმრთელობის ეროვნული საბჭოს ტექნიკური კონსულტანტი;

ვერა ბაზიარი – აკადემიური დოქტორი მედიცინაში; საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო, ექსპერტი დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის საკითხებში; საქართველოს მეან-გინეკოლოგთა ასოციაციის წევრი;

თამარ ანთელავა – აკადემიური დოქტორი მედიცინაში; თსსუ მეან-გინეკოლოგიის დეპარტამენტის ასისტირებული პროფესორი; აკად. კ. ჩაჩავას კლინიკის მეან-გინეკოლოგი, ბრიგადის ხელმძღვანელი; მეან-გინეკოლოგთა და პერინატოლოგთა ასოციაციის წევრი;

თენგიზ ასათიანი – სრული პროფესორი; **FRCOG**, თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტის რეპროდუქციული ჯანმრთელობის დეპარტამენტის ხელმძღვანელი; საქართველოს მეან-გინეკოლოგთა ასოციაციის პრეზიდენტი;

ირაკლი მერკვილაძე – ქ. ქუთაისის მე-3 სამშობიარო სახლის სამეანო სამსახურის უფროსი; საქართველოს ახალგაზრდა ექიმთა ასოციაციის წევრი; საქართველოს მეან-გინეკოლოგთა ასოციაციის წევრი;

კოტე ბოჭორიშვილი – აკადემიური დოქტორი მედიცინაში; შპს ჯეოპოსპიტალს, ზესტაფონის სამედიცინო ცენტრის სამეანო და გინეკოლოგიური მიმართულების ხელმძღვანელი; მეან-გინეკოლოგთა და პერინატოლოგთა ასოციაციის წევრი;

ლევან ბეჟანიძე – აკადემიური დოქტორი მედიცინაში; ქ. ბათუმის იოსებ ჩარკვიანის სახელობის სამშობიარო სახლის მთავარი ექიმი, საქართველოს მეან-გინეკოლოგთა ასოციაციის წევრი;

მაკა ჩიქოვანი – აკად. კ. ჩაჩავას კლინიკის მეან-გინეკოლოგი; საქართველოს მეან-გინეკოლოგთა და პერინატოლოგთა ასოციაციის წევრი;

მამუკა ნემსაძე – აკად. ო. ლუდუშაურის სახ. ეროვნული სამედიცინო ცენტრის პერინატალური დეპარტამენტის სამეანო განყოფილების უფროსი; საქართველოს მეან-გინეკოლოგთა ასოციაციის საბჭოს წევრი;

ნიკოლოზ კინტრია – მედიცინის მეცნიერებათა დოქტორი, სრული პროფესორი; თსსუ მეანობა-გინეკოლოგიის დეპარტამენტის ხელმძღვანელი; თსსუ მეან-გინეკოლოგიის რეზიდენტურის პროგრამის დირექტორი; აკად. კ. ჩაჩავას კლინიკის გინეკოლოგიური სექტორის ხელმძღვანელი; საქართველოს მეან-გინეკოლოგთა და პერინატოლოგთა ასოციაციის ვიცეპრეზიდენტი; საქართველოს ლაპაროსკოპისტ გინეკოლოგთა ასოციაციის ვიცეპრეზიდენტი; ევროპის ლაპაროსკოპისტ გინეკოლოგთა ასოციაციის წევრი;

ოლეგ სინაურიძე – შპს „ბომონდის“ სამეანო სამსახურის უფროსი; საქართველოს მეან-გინეკოლოგთა და პერინატოლოგთა ასოციაციის წევრი;

პლატონ მაჭავარიანი – თსსუ მეანობა-გინეკოლოგიის დეპარტამენტის ასოცირებული პროფესორი; წმ. იოაკიმესა და ანას სახ. სამშობიარო სახლის ოპერაციული გინეკოლოგიის განყოფილების გამგე; საქართველოს მეან-გინეკოლოგთა და პერინატოლოგთა ასოციაციის ვიცეპრეზიდენტი;

13. გამოყენებული ლიტერატურა

1. Postpartum endometritis, Author Katherine T Chen, MD, MPH Section Editor Susan M Ramin, MD Deputy Editor Vanessa A Barss, MD/This topic last updated: December 20, 2011 (More)
2. Pregnancy, Postpartum Infections
Author: Andy W Wong, MD, Resident Physician, Department of Emergency Medicine, Wayne State University, Detroit Receiving Hospital
Coauthor(s): Adam J Rosh, MD, Assistant Professor, Department of Emergency Medicine, Wayne State University/Detroit Receiving Hospital
Contributor Information and Disclosures
Updated: Apr 14, 2010
3. Adair, FL. The American Committee of Maternal Welfare, Inc: Chairman's Address. *Am J Obstet Gynecol* 1935; 30:868.
4. Filker R, Monif GR. The significance of temperature during the first 24 hours postpartum. *Obstet Gynecol* 1979; 53:358.
5. Rosene K, Eschenbach DA, Tompkins LS, et al. Polymicrobial early postpartum endometritis with facultative and anaerobic bacteria, genital mycoplasmas, and Chlamydia trachomatis: treatment with piperacillin or cefoxitin. *J Infect Dis* 1986; 153:1028.
6. Watts DH, Eschenbach DA, Kenny GE. Early postpartum endometritis: the role of bacteria, genital mycoplasmas, and Chlamydia trachomatis. *Obstet Gynecol* 1989; 73:52.
7. Harrison HR. Prospective studies of Mycoplasma hominis infection in pregnancy. *Sex Transm Dis* 1983; 10:311.
8. Patai K, Szilágyi G, Hubay M, et al. Severe endometritis caused by genital mycoplasmas after Caesarean section. *J Med Microbiol* 2005; 54:1249.
9. Hoyme UB, Kiviat N, Eschenbach DA. Microbiology and treatment of late postpartum endometritis. *Obstet Gynecol* 1986; 68:226.
10. Ismail MA, Moawad AH, Poon E, Henderson C. Role of Chlamydia trachomatis in postpartum endometritis. *J Reprod Med* 1987; 32:280.
11. Giraldo-Isaza MA, Jaspan D, Cohen AW. Postpartum endometritis caused by herpes and cytomegaloviruses. *Obstet Gynecol* 2011; 117:466.
12. Hollier LM, Scott LL, Murphree SS, Wendel GD Jr. Postpartum endometritis caused by herpes simplex virus. *Obstet Gynecol* 1997; 89:836.
13. Rørbye C, Petersen IS, Nilas L. Postpartum Clostridium sordellii infection associated with fatal toxic shock syndrome. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2000; 79:1134.
14. Bitti A, Mastrantonio P, Spigaglia P, et al. A fatal postpartum Clostridium sordellii associated toxic shock syndrome. *J Clin Pathol* 1997; 50:259.
15. Aldape MJ, Bryant AE, Stevens DL. Clostridium sordellii infection: epidemiology, clinical findings, and current perspectives on diagnosis and treatment. *Clin Infect Dis* 2006; 43:1436.
16. Cohen AL, Bhatnagar J, Reagan S, et al. Toxic shock associated with Clostridium sordellii and Clostridium perfringens after medical and spontaneous abortion. *Obstet Gynecol* 2007; 110:1027.
17. Jorup-Rönström C, Hofling M, Lundberg C, Holm S. Streptococcal toxic shock syndrome in a postpartum woman. Case report and review of the literature. *Infection*

- 1996; 24:164.
18. Gibney RT, Moore A, Muldowney FP. Toxic-shock syndrome associated with postpartum staphylococcal endometritis. *Ir Med J* 1983; 76:90.
 19. Gibbs RS, Blanco JD. Streptococcal infections in pregnancy. A study of 48 bacteremias. *Am J Obstet Gynecol* 1981; 140:405.
 20. Gibbs RS. Infection after cesarean section. *Clin Obstet Gynecol* 1985; 28:697.
 21. Burrows LJ, Meyn LA, Weber AM. Maternal morbidity associated with vaginal versus cesarean delivery. *Obstet Gynecol* 2004; 103:907.
 22. Declercq E, Barger M, Cabral HJ, et al. Maternal outcomes associated with planned primary cesarean births compared with planned vaginal births. *Obstet Gynecol* 2007; 109:669.
 23. Fernandez H, Gagnepain A, Bourget P, et al. Antibiotic prophylaxis against postpartum endometritis after vaginal delivery: a prospective randomized comparison between Amox-CA (Augmentin) and abstention. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 1993; 50:169.
 24. Smaill F, Hofmeyr GJ. Antibiotic prophylaxis for cesarean section. *Cochrane Database Syst Rev* 2002; :CD000933.
 25. Soper DE. Bacterial vaginosis and postoperative infections. *Am J Obstet Gynecol* 1993; 169:467.
 26. Watts DH, Krohn MA, Hillier SL, Eschenbach DA. Bacterial vaginosis as a risk factor for post-cesarean endometritis. *Obstet Gynecol* 1990; 75:52.
 27. D'Angelo LJ, Sokol RJ. Time-related peripartum determinants of postpartum morbidity. *Obstet Gynecol* 1980; 55:319.
 28. Bobitt JR, Ledger WJ. Amniotic fluid analysis. Its role in maternal neonatal infection. *Obstet Gynecol* 1978; 51:56.
 29. Diamond MP, Entman SS, Salyer SL, et al. Increased risk of endometritis and wound infection after cesarean section in insulin-dependent diabetic women. *Am J Obstet Gynecol* 1986; 155:297.
 30. Jazayeri A, Jazayeri MK, Sahinler M, Sincich T. Is meconium passage a risk factor for maternal infection in term pregnancies? *Obstet Gynecol* 2002; 99:548.
 31. Tran SH, Caughey AB, Musci TJ. Meconium-stained amniotic fluid is associated with puerperal infections. *Am J Obstet Gynecol* 2003; 189:746.
 32. Wilkinson C, Enkin MW. Manual removal of placenta at caesarean section. *Cochrane Database Syst Rev* 2000; :CD000130.
 33. Ely JW, Rijhsinghani A, Bowdler NC, Dawson JD. The association between manual removal of the placenta and postpartum endometritis following vaginal delivery. *Obstet Gynecol* 1995; 86:1002.
 34. Chaim W, Bashiri A, Bar-David J, et al. Prevalence and clinical significance of postpartum endometritis and wound infection. *Infect Dis Obstet Gynecol* 2000; 8:77.
 35. Caughey AB, Musci TJ. Complications of term pregnancies beyond 37 weeks of gestation. *Obstet Gynecol* 2004; 103:57.
 36. Louis J, Buhari MA, Allen D, et al. Postpartum morbidity associated with advanced HIV disease. *Infect Dis Obstet Gynecol* 2006; 2006:79512.
 37. Björklund K, Mutyaba T, Nabunya E, Mirembe F. Incidence of postcesarean infections in relation to HIV status in a setting with limited resources. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2005; 84:967.
 38. Faro S. Postpartum endometritis. *Clin Perinatol* 2005; 32:803.

39. Newton ER, Prihoda TJ, Gibbs RS. A clinical and microbiologic analysis of risk factors for puerperal endometritis. *Obstet Gynecol* 1990; 75:402.
40. Spore WW, Moskal PA, Nakamura RM, Mishell DR Jr. Bacteriology of postpartum oviducts and endometrium. *Am J Obstet Gynecol* 1970; 107:572.
41. Casey BM, Cox SM. Chorioamnionitis and endometritis. *Infect Dis Clin North Am* 1997; 11:203.
42. Acker DB, Johnson MP, Sachs BP, Friedman EA. The leukocyte count in labor. *Am J Obstet Gynecol* 1985; 153:737.
43. Hartmann KE, Barrett KE, Reid VC, et al. Clinical usefulness of white blood cell count after cesarean delivery. *Obstet Gynecol* 2000; 96:295.
44. Mulic-Lutvica A, Axelsson O. Postpartum ultrasound in women with postpartum endometritis, after cesarean section and after manual evacuation of the placenta. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2007; 86:210.
45. Ghai S, Ghai V, Sunderji S. Fulminant postcesarean *Clostridium difficile* pseudomembranous colitis. *Obstet Gynecol* 2007; 109:541.
46. Kankuri E, Kurki T, Carlson P, Hiilesmaa V. Incidence, treatment and outcome of peripartum sepsis. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2003; 82:730.
47. Locksmith GJ, Duff P. Assessment of the value of routine blood cultures in the evaluation and treatment of patients with chorioamnionitis. *Infect Dis Obstet Gynecol* 1994; 2:111.
48. diZerega G, Yonekura L, Roy S, et al. A comparison of clindamycin-gentamicin and penicillin-gentamicin in the treatment of post-cesarean section endomyometritis. *Am J Obstet Gynecol* 1979; 134:238.
49. Faro S, Phillips LE, Baker JL, et al. Comparative efficacy and safety of mezlocillin, cefoxitin, and clindamycin plus gentamicin in postpartum endometritis. *Obstet Gynecol* 1987; 69:760.
50. Alvarez RD, Kilgore LC, Huddleston JF. A comparison of mezlocillin versus clindamycin/gentamicin for the treatment of postcesarean endomyometritis. *Am J Obstet Gynecol* 1988; 158:425.
51. Faro S, Martens M, Hammill H, et al. Ticarcillin/clavulanic acid versus clindamycin and gentamicin in the treatment of post-cesarean endometritis following antibiotic prophylaxis. *Obstet Gynecol* 1989; 73:808.
52. Gibbs RS, Blanco JD, Castaneda YS, St Clair PJ. A double-blind, randomized comparison of clindamycin-gentamicin versus cefamandole for treatment of post-cesarean section endomyometritis. *Am J Obstet Gynecol* 1982; 144:261.
53. Gibbs RS, Blanco JD, Duff P, et al. A double-blind, randomized comparison of moxalactam versus clindamycin-gentamicin in treatment of endomyometritis after cesarean section delivery. *Am J Obstet Gynecol* 1983; 146:769.
54. Gilstrap LC 3rd, Maier RC, Gibbs RS, et al. Piperacillin versus clindamycin plus gentamicin for pelvic infections. *Obstet Gynecol* 1984; 64:762.
55. Herman G, Cohen AW, Talbot GH, et al. Cefoxitin versus clindamycin and gentamicin in the treatment of postcesarean section infections. *Obstet Gynecol* 1986; 67:371.
56. Sweet RL, Roy S, Faro S, et al. Piperacillin and tazobactam versus clindamycin and gentamicin in the treatment of hospitalized women with pelvic infection. The Piperacillin/tazobactam Study Group. *Obstet Gynecol* 1994; 83:280.
57. French LM, Smaill FM. Antibiotic regimens for endometritis after delivery. *Cochrane Database Syst Rev* 2004; :CD001067.
58. Mitra AG, Whitten MK, Laurent SL, Anderson WE. A randomized, prospective study

- comparing once-daily gentamicin versus thrice-daily gentamicin in the treatment of puerperal infection. *Am J Obstet Gynecol* 1997; 177:786.
59. Del Priore G, Jackson-Stone M, Shim EK, et al. A comparison of once-daily and 8-hour gentamicin dosing in the treatment of postpartum endometritis. *Obstet Gynecol* 1996; 87:994.
 60. Livingston JC, Llata E, Rinehart E, et al. Gentamicin and clindamycin therapy in postpartum endometritis: the efficacy of daily dosing versus dosing every 8 hours. *Am J Obstet Gynecol* 2003; 188:149.
 61. Barza M, Ioannidis JP, Cappelleri JC, Lau J. Single or multiple daily doses of aminoglycosides: a meta-analysis. *BMJ* 1996; 312:338.
 62. Sunycz JA, Wiesenfeld HC, Heine RP. The pharmacokinetics of once-daily dosing with gentamicin in women with postpartum endometritis. *Infect Dis Obstet Gynecol* 1998; 6:160.
 63. Stovall TG, Thorpe EM Jr, Ling FW. Treatment of post-cesarean section endometritis with ampicillin and sulbactam or clindamycin and gentamicin. *J Reprod Med* 1993; 38:843.
 64. MacGregor RR, Graziani AL, Samuels P. Randomized, double-blind study of cefotetan and cefoxitin in post-cesarean section endometritis. *Am J Obstet Gynecol* 1992; 167:139.
 65. Soper DE, Brockwell NJ, Dalton HP. The importance of wound infection in antibiotic failures in the therapy of postpartum endometritis. *Surg Gynecol Obstet* 1992; 174:265.
 66. Figueroa-Damian R, Villagrana-Zesati R, San Martín-Herrasti JM, Arredondo-Garcia JL. [Comparison of the therapeutic efficacy of the piperacillin/tazobactam combination vs. ampicillin and gentamycin in the management of post-cesarean endometritis]. *Ginecol Obstet Mex* 1996; 64:214.
 67. Hecht DW. Prevalence of antibiotic resistance in anaerobic bacteria: worrisome developments. *Clin Infect Dis* 2004; 39:92.
 68. Jamal W, Shahin M, Rotimi VO. Surveillance and trends of antimicrobial resistance among clinical isolates of anaerobes in Kuwait hospitals from 2002 to 2007. *Anaerobe* 2010; 16:1.
 69. Goldstein EJ, Citron DM. Activity of a novel carbapenem, doripenem, against anaerobic pathogens. *Diagn Microbiol Infect Dis* 2009; 63:447.
 70. McGregor JA, Crombleholme WR, Newton E, et al. Randomized comparison of ampicillin-sulbactam to cefoxitin and doxycycline or clindamycin and gentamicin in the treatment of pelvic inflammatory disease or endometritis. *Obstet Gynecol* 1994; 83:998.
 71. Phares CR, Lynfield R, Farley MM, et al. Epidemiology of invasive group B streptococcal disease in the United States, 1999-2005. *JAMA* 2008; 299:2056.
 72. Borchardt SM, DeBusscher JH, Tallman PA, et al. Frequency of antimicrobial resistance among invasive and colonizing Group B streptococcal isolates. *BMC Infect Dis* 2006; 6:57.
 73. Castor ML, Whitney CG, Como-Sabetti K, et al. Antibiotic resistance patterns in invasive group B streptococcal isolates. *Infect Dis Obstet Gynecol* 2008; 2008:727505.
 74. Verani JR, McGee L, Schrag SJ, Division of Bacterial Diseases, National Center for Immunization and Respiratory Diseases, Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Prevention of perinatal group B streptococcal disease--revised guidelines

- from CDC, 2010. MMWR Recomm Rep 2010; 59:1.
75. Dinsmoor MJ, Newton ER, Gibbs RS. A randomized, double-blind, placebo-controlled trial of oral antibiotic therapy following intravenous antibiotic therapy for postpartum endometritis. *Obstet Gynecol* 1991; 77:60.
 76. Duff P. Antibiotic selection in obstetrics: making cost-effective choices. *Clin Obstet Gynecol* 2002; 45:59.
 77. Walmer D, Walmer KR, Gibbs RS. Enterococci in post-cesarean endometritis. *Obstet Gynecol* 1988; 71:159.
 78. Brumfield CG, Hauth JC, Andrews WW. Puerperal infection after cesarean delivery: evaluation of a standardized protocol. *Am J Obstet Gynecol* 2000; 182:1147.
 79. Gall S, Koukol DH. Ampicillin/sulbactam vs. clindamycin/gentamicin in the treatment of postpartum endometritis. *J Reprod Med* 1996; 41:575.