

# ინსტრუმენტული საშოსმხრივი მშობიარობა

კლინიკური პრაქტიკის ეროვნული რეკომენდაცია

(გაიდლაინი)

კლინიკური პრაქტიკის ეროვნული რეკომენდაცია (გაიდლაინი) „ინსტრუმენტული საშოსმხრივი მშობიარობა“ მიღებულია კლინიკური პრაქტიკის ეროვნული რეკომენდაციების (გაიდლაინები) და დაავადებათა მართვის სახელმწიფო სტანდარტების (პროტოკოლები) შემუშავების, შეფასების და დანერგვის ეროვნული საბჭოს 2007 წლის 21 მარტის №1 სხდომაზე და დამტკიცებულია საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2007 წლის 27 აგვისტოს № 259/ო ბრძანებით.

# ინსტრუმენტული საშოსმხრივი მშობიარობა

## კლინიკური რეკომენდაციების ზოგადი მიზანი

⇒ მეთოდური რეკომენდაციის მიზანს წარმოადგენს დაწვრილებითი ინფორმაციის მიწოდება მშობიარობის დროს მაშისა და ვაკუუმ-ექსტრაქტორის გამოყენების შესახებ.

## ბანხილული კლინიკური საკითხები

⇒ მეთოდური რეკომენდაცია მოიცავს: მშობიარობის დროს ინსტრუმენტული ჩარევის ჩვენებებს, ინსტრუმენტების შერჩევას და უსაფრთხო კლინიკური პრაქტიკის ასპექტებს.

## ბაიბლანი ბანკუთხნილია:

⇒ სამენო სტაციონარში მომუშავე მეან-გინეკოლოგებისათვის. ინფორმაცია შეიძლება გამოყენებული იყოს ბებიაქალებისათვის და ოჯახის ექიმებისათვის, რომელთაც ეხებათ ფიზიოლოგიური მშობიარობის მართვა.

## ეპიდემიოლოგია<sup>1-3</sup>

ინსტრუმენტული საშოსმხრივი მშობიარობის სიხშირე (მაშა და ვაკუუმ-ექსტრაქცია) დასავლეთის ქვეყნებში სტაბილურად შეადგენს 10-15%<sup>6,7</sup>. საქართველოში ეს მონაცემები გაცილებით დაბალია - 2002 – 2004წწ – 0.4%<sup>8</sup> რაც მიუთითებს მეანების დაბალ მომზადებაზე ამ საკითხში. აღსანიშნავია, რომ ინსტრუმენტული საშოსმხრივი მშობიარობის დაბალი სიხშირე აღინიშნება სხვა ქვეყნებშიც. ცხადია, მაშის და ვაკუუმ-ექსტრაქციის გამოყენების დაბალი კვალიფიკაციის პირობებში მატულობს გართულებები დედისა და ახალშობილის მხრიდან, თუმცა სწორი და ფრთხილი გამოყენება აქვეითებს ავადობის სიხშირეს<sup>9,10</sup>

## მშობიარობისას ინსტრუმენტული ჩარევის თავიდან აცილება

ინსტრუმენტული ჩარევა მშობიარობის დროს ზრდის დედისა და ნაყოფის ავადობასა და სიკვდილიანობას. 14 რკკ-მ ( $n = 12\ 757$ ; RR 0.89; 95% CI 0.83–0.96) გამოავლინა, რომ მშობიარეს მუდმივი მხარდაჭერა (სასურველია არა სამშობიარო სახლის თანამშრომლის, არამედ ქალის ახლობლის მიერ) ამცირებს მშობიარობისას ინსტრუმენტული ჩარევის აუცილებლობის სიხშირეს<sup>11</sup>, ისევე როგორც გვერდზე წოლა და დგომა მშობიარობის დროს (18 რკკ) ( $n = 5506$ ; RR 0.84; 95% CI 0.73–0.98)<sup>12</sup>. ეპიდურული ანალგეზიის გამოყენება ზრდის მშობიარობისას ინსტრუმენტული ჩარევის სიხშირეს (12 რკკ,  $n = 3653$ ; OR = 2.08; 95% CI 1.48–2.93).<sup>13</sup>

პარტოგრამის დანერგვა ამცირებს ინსტრუმენტული ჩარევის და ოქსიტოცინის გამოყენების აუცილებლობას.<sup>14</sup> პირველად მშობიარეებში ეპიდურული ანალგეზიით, ოქსიტოცინის შეყვანა აქვეითებს გამოსავლის მაშის გამოყენების სიხშირეს.<sup>15</sup>

თუმცა ამ დროს განმეორებით მშობიარეებში აუცილებელია განსაკუთრებული სიფრთხილე მეორე პერიოდში.

ყველა ქალს უნდა გაეწიოს მუდმივი მხარდაჭერა მშობიარობის დროს. პარტოგრამის გამოყენება, ლატერალური და ვერტიკალური პოზიცია და ეპიდურული ანესთეზიის თავიდან აცილება ამცირებს მშობიარობის დროს ინსტრუმენტული ჩარევის აუცილებლობას.



## კლასიფიკაცია

ამერიკის მეან-გინეკოლოგთა კოლეჯმა შეიმუშავა ნაყოფის წინამდებარე ნაწილის ჩადგმის ახალი კლასიფიკაცია და თავიდან განსაზღვრა მაშით მშობიარობის ტიპები. (ცხრილი 1) წინამდებარე ნაწილის ჩადგმის დადგენისათვის განახლებულ კლასიფიკაციაში გამოყენებულია წინამდებარე თავის წამყვანი ძვლოვანი წერტილის დაცილება ხაზისგან, რომელიც აერთებს საჯდომ წვეტებს, გამოსატული სანტიმეტრებში (5სმ). პირველი რიცხვი აღნიშნავს თავის დგომას საჯდომი წვეტების მიმართ, მეორე კი გამოყენებულ სისტემას, მაგალითად, თუ თავი არის 2 სმ ქვემოთ საჯდომი წვეტებისგან, მისი მდგომარეობა აღინიშნება როგორც (+2/5).

ახალი კლასიფიკაციის დასტურად, მკვლევარებმა აჩვენეს, რომ რაც უფრო დაბლა განლაგდება ნაყოფის თავი და რაც უფრო მცირეა ბრუნვა, მით უფრო ნაკლებია დედისა და ახალშობილის ტრავმირების რისკი.<sup>16</sup> კლინიკური პელვიმეტრიის ჩატარება და ნაყოფის პოზიციის განსაზღვრა მნიშვნელოვანია წინასამშობიარო შეფასების დროს.

## ცხრილი 1

### სამეანო მაშისა და ვაკუუმ-ექსტრაქტორის გამოყენების კლასიფიკაცია

ტერმინი	განსაზღვრება ACOG კლასიფიკაციის მიხედვით	განსაზღვრება რუსული კლასიფიკაციის მიხედვით
გამოსავლის მაშა:	<p>თავი მოჩანს საშოს კარიბჭეში სასქესო ბაგეების ხელით გადაწვევის გარეშე</p> <p>ნაყოფის თავი მდებარეობს მენჯის ფსკერზე</p> <p>ისრისებური ნაკერი იმყოფება პირდაპირ ან ერთ-ერთ ირიბ ზომაში</p> <p>ბრუნვა არ აღემატება 45 გრადუსს</p> <p>თავის დგომა (+5/5 )</p>	<p>თავი მენჯის გამოსავალშია</p> <p>თავი ავსებს გავის ძვლის უკანა ზედაპირს</p> <p>საჯდომი წვეტები არ ისინჯება</p> <p>ისრისებრი ნაკერი მენჯის გამოსავლის პირდაპირ ზომაშია</p>

<p><b>დაბალი მაშა</b></p>	<p>წამყვანი წერტილი იმყოფება (+2/5) - (+4/5) მდე.</p> <p>თავი არ აღწევს მენჯის ფსკერს:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ ბრუნვა შეადგენს 45 გრადუსს ან მასზე ნაკლებია</li> <li>▪ ბრუნვა 45 გრადუსზე მეტია</li> </ul>	<p>თავი მენჯის ღრუს ვიწრო ნაწილშია</p> <p>ნაყოფის თავი ავსებს გავის ძვლის უკანა ზედაპირის ორ მესამედსა და სიმფიზის მთელ შიდა ზედაპირს.</p> <p>საჯდომი წვეტები არ ისინჯება.</p> <p>ისრისებრი ნაკერი ერთ-ერთ ირიბ ზომაშია.</p>
<p><b>ღრუს მაშა</b></p>	<p>ნაყოფის თავის 1/5 პალპირდება მუცლის მარიდან</p> <p>თავის პოზიცია (+2/5) ნაკლებია</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ ბრუნვა შეადგენს 45 გრადუსს ან მეტს</li> <li>▪ ბრუნვა 45 გრადუსზე მეტია</li> </ul>	<p>თავი მცირე მენჯის ღრუს ფართო ნაწილშია.</p> <p>ნაყოფის თავი იკავებს სიმფიზის შიდა ზედაპირის ორ მესამედს და გავის ძვლის უკანა ზედაპირის ზედა ნახევარს.</p> <p>თავისუფლად ისინჯება გავის მე-4 და მე-5 მალეები და საჯდომი წვეტები.</p> <p>ისრისებრი ნაკერი ერთ-ერთ ირიბ ზომაშია.</p>
<p><b>მაღალი მაშა</b></p>	<p><b>არ არის ჩართული კლასიფიკაციაში</b></p>	

## ჩვენებები და უკუჩვენებები

ინსტრუმენტული ჩარევა უნდა ჩატარდეს მშობიარობის მეორე პერიოდის შემოკლების მიზნით. მისი გამოყენება ზოგჯერ საჭირო ხდება დედისა და ნაყოფის განსაკუთრებული მდგომარეობების დროს.<sup>17</sup> რეტროსპექტულმა კოჰორტულმა კვლევამ, რომელიც ჩატარდა 14759 პირველადმშობიარე ქალზე აჩვენა, რომ დედის ავადობა მნიშვნელოვნად მატულობს, როდესაც მშობიარობის მეორე პერიოდის ხანგრძლივობა აღემატება 3სთ-ს. კვლევამ არ გამოავლინა განსხვავება ნეონატალური მაჩვენებლების თვალსაზრისით<sup>18</sup>. საკითხი ჩარევის დაწყების შესახებ უნდა გადაწყდეს მხოლოდ რისკისა და სარგებლიანობის შეფასების შემდეგ.

მეანმა უნდა გაითვალისწინოს, რომ არცერთი ჩვენება არ არის აბსოლუტური.



მშობიარობის დროს ინსტრუმენტული ჩარევის ჩვენებები	
არცერთი ჩვენება არ არის აბსოლუტური და საჭიროებს ინდივიდუალურ მიდგომას	
ტიპი	ჩვენება
ნაყოფისმხრივი	ნაყოფის არადამაკმაყოფილებელი მდგომარეობა
დედისმხრივი	სამედიცინო ჩვენებები, რომელთა დროს უნდა გაითიშოს ჭინთვითი აქტივობა - (III და IV კლასის გულის უკმარისობა, ჰიპერტენზიული კრიზი, ცერებრო-ვასკულარული დაავადებები, მიასთენია, ზურგის ტვინის დაზიანება)
სამშობიარო მოქმედების სისუსტე	პირველად მშობიარეებში- თავის წინმსვლელობის არარსებობა 3 საათის განმავლობაში, რეგიონალური ანესთეზიის პირობებში და ორი საათის განმავლობაში რეგიონალური ანესთეზიის გარეშე.  განმეორებით მშობიარეებში- თავის წინმსვლელობის არარსებობა 2 საათის განმავლობაში რეგიონალური ანესთეზიის პირობებში და ერთი საათის განმავლობაში რეგიონალური ანესთეზიის გარეშე.
დედის გადაღლა	

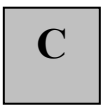
**წინააღმდეგჩვენებები სამეანო მაშისა და ვაკუუმ-ექსტრაქტორის გამოყენებისათვის:**

- ნაყოფის სიკვდილი
- ჰიდროცეფალია ან მიკროცეფალია, მძიმე ხარისხის უმწიფრობა
- ნაყოფის შუბლით, პირისახით წინამდებარეობა
- ანატომიურად და კლინიკურად ვიწრო მენჯი
- საშვილოსნოს ყელის არასრული გახსნა

დღევანდელ დღეს RCOG მოგვიწოდებს, თავი შევიკავოთ მაშის გამოყენებისაგან 34 კვირის ორსულობის ვადამდე, ნაყოფის შესაძლო გართულებების თავიდან აცილების მიზნით.<sup>19</sup> ვაკუუმის გამოყენება წინააღმდეგნაჩვენებია პირისახით წინამდებარეობის დროს. მისი გამოყენებისაგან თავი უნდა შევიკავოთ ორსულობის 36 კვირამდე კეფალოჰემატომის და ინტრაკრანიალური სისხლჩაქცევის ჩამოყალიბების საშიშროების გამო.

ჰეპატიტი C-ს დროს უნდა მოვერიდოთ ისეთ მანიპულაციებს, რომელთა დროსაც ხდება ნაყოფის კანის მთლიანობის დაზიანება.<sup>20</sup> როგორც ნებისმიერი ინსტრუმენტული ჩარევის დროს, საჭიროა სათანადო დაგეგმვა და მომზადება ინსტრუმენტული საშოსმხრივი მშობიარობისათვის.

უსაფრთხო ინსტრუმენტული ჩარევა მშობიარობის დროს გულისხმობს კლინიკური სიტუაციის ყურადღებით ანალიზს და დედასთან მჭიდრო კომუნიკაციას.



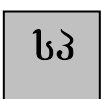
ინსტრუმენტული საშოსმხრივი მშობიარობის წინაპირობები <sup>22 23</sup>	
მომზადება	აუცილებელია
სრული მუცლისმხრივი და საშოსმხრივი გამოკვლევა	<ul style="list-style-type: none"> <li>• მუცლისმხრივ პალპირდება ნაყოფის თავის 1/5</li> <li>• ნაყოფის თავით წინამდებარეობა</li> <li>• საშვილოსნოს ყელის სრული გახსნა</li> <li>• სანაყოფე გარსების არარსებობა</li> <li>• თავისა და მენჯის ზომების შესაბამისობა.</li> </ul>
ღედისმხრივ	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ინფორმირებული თანხმობა.</li> <li>• ადექვატური ანალგეზია,</li> <li>• შარდის ბუშტის დაცლა</li> <li>• ასეპტიკური პირობები.</li> </ul>
მომსახურე პერსონალის მხრივ	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ოპერატორის შესაბამისი გამოცდილება.</li> <li>• დამატებითი გეგმა პროცედურის უშედეგობის შემთხვევაში.</li> <li>• მშობიარობაზე ახალშობილის რეანიმაციაში დახელოვნებული პერსონალის დასწრება.</li> </ul>

## ინსტრუმენტული საშოსმხრივი მშობიარობის მართვა

ოპერატორს უნდა გააჩნდეს შესაბამისი გამოცდილება და ცოდნა პროცედურის ჩასატარებისათვის და წარმოშობილ გართულებათა მკურნალობისათვის.



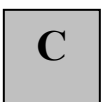
სასურველია, რეზიდენტებმა შეიძინონ გამოცდილება სასწავლო მულაჟებზე, სანამ დაიწყებენ დამოუკიდებელ მუშაობას.



ინსტრუმენტული საშოსმხრივი მშობიარობის დროს წარუმატებლობა უფრო ხშირად დაკავშირებულია შემდეგ ფაქტორებთან:

- ღედის სხეულის მასის ინდექსი აღემატება 30-ს;
- ნაყოფის დიდი წონა ან კლინიკურად დიდი ნაყოფი;
- მშობიარობა უკანა სახეში.

ინსტრუმენტული საშოსმხრივი მშობიარობა უნდა ჩატარდეს საოპერაციოს მზადყოფნის პირობებში.



## საჭირო აღჭურვილობა

არსებობს 700 სხვადასხვა სახეობის მაშა. ჩვენს პრაქტიკაში ფართოდ გამოიყენება სიმფსონის (Simpson) მაშა ფენომენოვის მოდიფიკაციით. როდესაც ჩატარდა რკკ

სხვადასხვა სახეობის მაშის შესადარებლად, აღმოჩნდა, რომ მათი ამორჩევა ხდებოდა სუბიექტურად. როტაციული (კილანდის) მაშის (Kielland) დადება ასოცირებულია რისკთან და საჭიროებს შესაბამის გამოცდილებას. კილანდის მაშის ალტერნატიულ ვარიანტს წარმოადგენს მანუალური როტაცია, რომელიც მთავრდება გამოსავლის მაშის დადებით ან როტაციული ვაკუუმ-ექსტრაქციით.<sup>23</sup>

ვაკუუმ-ექსტრაქციისა და მაშის შედარება მოხდა 9 რკკ-ში რომელშიც მონაწილეობდა 2849 მშობიარე<sup>22</sup>. გამოვლინდა, რომ ვაკუუმ ექსტრაქტორის გამოყენება მაშებთან შედარებით უფრო ხშირად უშედეგოა (OR 1.7; 95% CI 1.3–2.2), დაკავშირებულია ნაყოფის კეფალოჰემატომის განვითარებასთან (OR 2.4; 95% CI 1.7–3.4), ბადურის სისხლჩაქცევასთან (OR 2.0; 95% CI 1.3–3.0), ნაკლებად არის დაკავშირებული დედის საშოსა და შორისის მნიშვნელოვან ტრავმასთან (OR 0.4; 95% CI 0.3–0.5), საკეისრო კვეთის სისხილის მომატებასთან (OR 0.6; 95% CI 0.3–1.0), 5 წუთზე აპგარით დაბალ შეფასებასთან (OR 1.7; 95% CI 1.0–2.8), ფოტოთერაპიის აუცილებლობასთან (OR 1.1; 95% CI 0.7–1.8.). დედის ნაკლები ტრავმირების გამო ვაკუუმ-ექსტრაქტორი რეკომენდირებულია, როგორც პირველი რიგის ინსტრუმენტი <sup>24</sup> ერთმა რკკ აჩვენა, რომ განავლის შეუკავებლობა უფრო ხშირია მაშის გამოყენებისას ვაკუუმ-ექსტრაქტორთან შედარებით. მიუხედავად ამისა, 5 წლიანმა შემდგომმა დაკვირვებამ აჩვენა, რომ ვაკუუმ-ექსტრაქციისა და მაშის გამოყენების შემდგომ არ აღინიშნება მნიშვნელოვანი განსხვავებები დედისა და ბავშვის შორეულ გამოსავალში<sup>25</sup>.

**მეანმა უნდა შეარჩიოს ინსტრუმენტი, რომელიც ყველაზე უკეთესი იქნება კონკრეტულ კლინიკურ სიტუაციაში და შეესაბამება მის გამოცდილებას. მაშებს და ვაკუუმს გააჩნიათ სხვადასხვა უპირატესობები და ნაკლოვანებები**



## ინსტრუმენტული საშოსმხრივი მშობიარობის გართულებები

რანდომიზირებულ კვლევაში, რომელშიც მოხდა დაბალი მაშის გეგმიური გამოყენებისა და სპონტანური მშობიარობის შედარება ვადამდე მიტანილი ორსულობის 50 შემთხვევაში, არ გამოვლინდა მნიშვნელოვანი განსხვავებები დედის ან ახალშობილისათვის უახლოესი გამოსავალის მხრივ. სამეანო მაშის ჯგუფში აღინიშნა მშობიარობის II პერიოდის საშუალო ხანგრძლივობის შემცირება (10,2 წუთი ნაცვლად 18 წუთისა) და ჭიპლარის სისხლის შედარებით მაღალი pH (7,27 ნაცვლად 7,23-ისა)

მეტა-ანალიზმა, რომლის დროსაც მოხდა ვაკუუმ-ექსტრაქციისა და მაშის გამოყენების შედარება, აჩვენა, რომ პირველ შემთხვევაში მნიშვნელოვნად ნაკლებია დედის ტრავმატიზმი და ზოგადი თუ რეგიონული ანესთეზიის საჭიროება. ვაკუუმ-ექსტრაქციის ჯგუფში უფრო ნაკლები იყო საკეისრო კვეთის წარმოების სისხირე. სხვა კვლევების დროს მაშისა და ვაკუუმ-ექსტრაქციის შედარებით აღინიშნა მაშის გამოყენებისას დედის ავადობის (რბილი ქსოვილების დაზიანება, დისკომფორტი) მაჩვენებლების ზრდა. <sup>26 27</sup>

როგორც მაშის, ისე ვაკუუმ-ექსტრაქტორის გამოყენებას უკავშირდება დედებში ჰემატომის განვითარება, და სავარაუდოდ, მენჯის ფსკერის დაზიანება. თუმცა, ფაქტორები, რომლებიც იწვევენ მენჯის ფსკერის დაზიანებას მრავალგვარია, მათ შორის ნორმალური სპონტანური საშოსმხრივი მშობიარობა, ეპიზიოტომია, მშობიარობის მეორე პერიოდის გახანგრძლივება და ნაყოფის დიდი ზომა. <sup>28</sup>

დიდი წონის ნაყოფზე ეჭვის დროს ინსტრუმენტული საშოსმხრივი მშობიარობის



რისკის შესაფასებლად ჩატარებული ერთ-ერთი კვლევისას განხორციელდა >4000 გ მეტი წონის 2924 ახალშობილთა და 3000-3999 გ წონის ახალშობილთა შედარება. ნაყოფის დიდი წონის დროს მაშით მშობიარობისას მნიშვნელოვანი დაზიანებების სიხშირე 6-ჯერ იზრდებოდა (RR-6,7, 95%- 6,5-6,9). აგრეთვე გამოვლინდა ნევროლოგიური დარღვევების რისკის ოთხჯერადი ზრდა სპონტანურ მშობიარობასთან ან საკეისრო კვეთასთან შედარებით. მაშისა და ვაკუუმ-ექსტრაქციის დამატებითმა რანდომიზებულმა კვლევამ გამოავლინა სამი ფაქტორი, რომელიც ასოცირებულია მხრის დისტოციასთან: ვაკუუმ-ექსტრაქციის გამოყენება (P=0,04), გახანგრძლივებული მშობიარობა (P=0,03) და დიდი ნაყოფი (P=0,001)<sup>29</sup> აქედან გამომდინარე, დიდი ნაყოფის დროს შესაძლებელია როგორც სპონტანური მშობიარობის მცდელობა, ასევე ინსტრუმენტული საშოსმხრივი მშობიარობის გამოყენება, თუმცა საჭიროა სიფრთხილის გამოჩენა მხრის დისტოციის თავიდან ასაცილებლად.

### **ვაკუუმ-ექსტრაქციის პოტენციური გართულებები ახალშობილებში**

სამეანო მაშით შესაძლებელია პრაქტიკულად შეუზღუდავი ძალის კომპრესიისა და ტრაქციების განხორციელება. ვაკუუმ-ექსტრაქტორის კონსტრუქცია ითვალისწინებს ტრაქციების ძალის შეზღუდვას, ვინაიდან შესაძლებელია მისი მოსხლეტა.. ამის მიუხედავად, ვაკუუმ-ექსტრაქტორით განხორციელებული ტრაქციების ძალა საკმაოდ მნიშვნელოვანია<sup>29</sup> და, ამდენად, მისი არასწორი გამოყენებისას შესაძლებელია ნაყოფის მძიმე ტრავმირება. ვაკუუმ-ექსტრაქტორის ხუფმა შესაძლოა გამოიწვიოს თავის კანის დაზიანება. დამატებით, თავის კანის ქვემდებარე სტრუქტურებისაგან აშრეების გამო შესაძლოა კეფალოჰემატომის ჩამოყალიბება, რაც უფრო ხშირად გვხვდება ვაკუუმ-ექსტრაქციით დაბადებულ ახალშობილებში (14-16%), ვიდრე სამეანო მაშით დაბადებულებში (2%). სუბგალეული ჰემატომის (სისხლჩაქცევა თავის ქალას პერიოსტეუმსა და მყესოვან აბჯარს შორის სივრცეში) შედარებითი სიხშირე მერყეობს 26-დან 45-მდე ყოველ 1000 ვაკუუმ-ექსტრაქციით დაბადებულზე <sup>30,31</sup>

ვაკუუმ-ექსტრაქციის სხვა პოტენციურ ნეონატალურ გართულებებს მიეკუთვნება ინტრაკრანიალური ჰემატომა, ჰიპერბილირუბინემია და ბადურაში სისხლჩაქცევა. ახალშობილთა სიყვითლის სიხშირის მომატება შესაძლოა განპირობებული იყოს ვაკუუმ-ექსტრაქციისას კეფალოჰემატომის განვითარებით. ვაკუუმ-ექსტრაქციისას სამეანო მაშის ოპერაციასთან შედარებით უფრო მაღალია ბადურაში სისხლჩაქცევის მაჩვენებელი, შესაბამისად 38% და 17%<sup>32</sup> ამასთანავე, რქოვანას მექანიკური დაზიანება და თვალის გარეგანი ტრავმა უფრო ხშირად აღინიშნება მაშის გამოყენებისას, სპონტანურ მშობიარობასთან შედარებით. ვაკუუმ-ექსტრაქციის დროს ასეთი დაზიანება ძალზედ იშვიათია, თუ ვაკუუმ-ექსტრაქტორის ხუფი შემთხვევით თვალის არეზე არ იქნა განთავსებული. არასასურველი შორეული შედეგების იშვიათად განვითარების გამო ოფთალმოლოგიური სკრინინგი ნაჩვენებია მხოლოდ განსაკუთრებულ შემთხვევებში.<sup>33</sup> ვაკუუმ-ექსტრაქციის სერიოზული გართულებების საერთო სიხშირე დაახლოებით 5%-მდე აღწევს.<sup>34</sup> აღნიშნულიდან გამომდინარე, პაციენტი წინასწარ უნდა იყოს გაფრთხილებული ოპერაციულ საშოსმხრივ მშობიარობასთან დაკავშირებული პოტენციური რისკის შესახებ.

აშშ საკვებისა და სამკურნალო საშუალებათა ადმინისტრაციის (სსსა) მიერ 1998წ გამოქვეყნებულ პუბლიკაციაში ხაზგასმულია, რომ ვაკუუმ-ექსტრაქციას შესაძლოა მოჰყვეს სერიოზული ან ფატალური გართულებები, მათ შორის, სუბგალეური (სუბაპონევროზული) და ინტრაკრანიალური სისხლჩაქცევა. <sup>35</sup> სსსა-ს მონაცემებით 1994-1998 წლებში აღინიშნა ვაკუუმ-ექსტრაქციასთან დაკავშირებული ახალშობილთა სიკვდილის 12 და სერიოზული დაზიანების 9 შემთხვევა. ეს მაჩვენებელი 5-ჯერ აღემატებოდა მანამდე 11 წლიანი პერიოდის განმავლობაში არსებულ მაჩვენებელს. ამ მეთოდის ხმარებასთან დაკავშირებით სსსა-ს მიერ

შემუშავებული რეკომენდაციებიდან განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია 2 შემდეგი:

1. დაუშვებელია რყევითი და ბრუნვითი მოძრაობების წარმოება. გამოყენებული უნდა იქნას მხოლოდ თანაბარზომიერი ტრაქციები სამშობიარო არხის ღერძის მიმართულებით
2. მშობიარობის დროს ვაკუუმ-ექსტრაქციის გამოყენებისას პედიატრი მზადყოფნაში უნდა იმყოფებოდეს, რათა აწარმოოს ინსტრუმენტით გამოწვეული დაზიანების ნიშნებისა და სიმპტომების ადექვატური მონიტორინგი.

ინსტრუმენტული საშოსმხრივი მშობიარობის შედეგად განვითარებული მძიმე სამშობიარო ტრავმის სიხშირის შესაფასებლად ერთ-ერთი ახლახან ჩატარებული კვლევისას შესწავლილი იქნა ერთნაყოფიანი ორსულობის შედეგად 83340 ახალშობილის გამოსავალი<sup>36</sup>. ახალშობილთა დაზიანების ყველაზე დაბალი რისკი გამოვლინდა სპონტანური მშობიარობის შემთხვევაში. საშუალო რისკის ჯგუფი შეადგინეს ვაკუუმ-ექსტრაქციით, მაშით ან საკეისრო კვეთის გზით დაბადებულებმა. ყველაზე მაღალი რისკი აღინიშნა მაშისა და ვაკუუმექსტრაქციის კომბინირების ან საშოსმხრივი მშობიარობის წარუმატებელი მცდელობის შემდეგ ჩატარებული საკეისრო კვეთის შემთხვევაში. გამოსავალის თვალსაზრისით განსხვავება გამოვლენილი არ იქნა, ერთის მხრივ, ვაკუუმ-ექსტრაქციასა და მაშით მშობიარობას და, მეორეს მხრივ, მშობიარობაში ჩატარებულ საკეისრო კვეთას შორის. (ცხრილი 2.)

**ცხრილი 2. მომშობიარების მეთოდის ზეგავლენა ნეონატალურ დაზიანებაზე**

მომშობიარების მეთოდი	სიკვდილი	ინტრაკრანიალური სისხლჩაქცევა	სხვა*
სპონტანური საშოსმხრივი მშობიარობა	1/5000	1/1900	1/216
საკეისრო კვეთა მშობიარობაში	1/1250	1/952	1/71
საკეისრო კვეთა ვაკუუმისექსტრაქციის ან მაშის გამოყენების შემდეგ	-	1/333	1/38
საკეისრო კვეთა მშობიარობამდე	1/1250	1/2040	1/105
მხოლოდ ვაკუუმექსტრაქცია	1/3333	1/860	1/122
მხოლოდ მაშა	1/2000	1/664	1/76
ვაკუუმ-ექსტრაქცია და მაშა	1/1666	1/280	1/58

\* სახის ნერვისა და მხრის წნულის დაზიანება, ცნს დეპრესია, მექანიკური ვენტილაცია

393 ქალზე ჩატარებულმა პროსპექტულმა კოჰორტულმა კვლევამ გამოავლინა, რომ ინსტრუმენტული საშოსმხრივი მშობიარობის დროს ტრავმის სიხშირე მატულობს იმ შემთხვევებში, როდესაც ტრაქციათა რაოდენობა აღემატება 3-ს, ასევე ინსტრუმენტების მონაცვლეობით გამოყენებისას. რისკი ასევე მნიშვნელოვნად მატულობდა ინსტრუმენტული საშოსმხრივი მშობიარობის შემდეგ საკეისრო კვეთის ჩატარების შემთხვევაში.<sup>37</sup>

ოპერაციულ საშოსმხრივ მშობიარობაზე უარი უნდა ითქვას, როდესაც არ არის თავის წინმსვლელობა ყოველი ტრაქციის შემდეგ ან როდესაც გამოცდილი სპეციალისტის მიერ ჩატარებული 3 სწორედ გაკეთებული ტრაქცია უშედეგოა.

ინსტრუმენტების მონაცვლეობით გამოყენება

მიზანშეწონილია გამოსავლის მაშის დადება უშედეგო ვაკუუმ-ექსტრაქციის შემდეგ, რადგანაც ამან შეიძლება თავიდან აგვაცილოს საკეისრო კვეთა, რომლის ჩატარებაც მშობიარობის მეორე პერიოდში დაკავშირებულია სისხლდენის მომატებულ რისკთან და ნაყოფის მომატებულ ტრავმირებასთან<sup>38</sup>.

ინსტრუმენტების მონაცვლეობით გამოყენება დაკავშირებულია ნაყოფის ტრავმის მომატებულ რისკთან. ოპერატორმა ყოველ კონკრეტულ შემთხვევაში უნდა შეაფასოს უშედეგო ვაკუუმ-ექსტრაქციის შემდეგ მაშისა ან საკეისრო კვეთის რისკი და სარგებლიანობა.

ეპიზოტომიის რთლი ინსტრუმენტული საშოსმხრივი მშობიარობის დროს

აშშ-ში 323 ოპერაციულ საშოსმხრივ მშობიარობაზე ჩატარებული კვლევის მიზანს წარმოადგენდა ეპიზოტომიისა და III-IV ხარისხის შორისის დაზიანებას შორის კავშირის გამოვლენა<sup>39</sup>. დადგინდა, რომ ეპიზოტომიის გამოყენება არ ზრდის შორისის III-IV ხარისხის დაზიანების რისკს მაშით მომშობიარების შემთხვევაში და დაკავშირებულია შორისის დაზიანების რისკთან ვაკუუმ-ექსტრაქციის დროს. ეს მონაცემები არ ემთხვევა ბრიტანეთის მონაცემებს, რადგანაც იქ უპირატესობას ანიჭებენ მედიოლატერალურ ეპიზოტომიას.<sup>40</sup> შემდგომმა კვლევამ გამოავლინა მაშის გამოყენებისას ეპიზოტომიის დადებითი ზეგავლენა შორისის ტრავმების სიმძიმესა და სისშირეზე, განსაკუთრებით მედიოლატერალური ეპიზოტომიის დროს.

ეპიზოტომიის რთლი ინსტრუმენტული საშოსმხრივი მშობიარობის დროს საბოლოოდ განსაზღვრული არ არის და საჭიროებს შემდგომ კვლევებს.

პროფილაქტიკური ანტიბიოტიკოთერაპია

ჩატარდა ერთი რკკ, რომელიც მოიცავდა 393 ქალს. ჯგუფში, რომელშიც არ იყო ჩატარებული ანტიბიოტიკოთერაპია გამოვლინდა 7 ქალი ენდომიომეტრიტი. ანტიბიოტიკოთერაპიის ჯგუფში არ გამოვლინდა ენდომიომეტრიტის არცერთი შემთხვევა. ამ მონაცემებმა ვერ მიაღწიეს სტატისტიკურ განსხვავებას. <sup>39,41</sup>

არ არის საკმარისი მტკიცებულებები ინსტრუმენტული საშოსმხრივი მშობიარობის დროს პროფილაქტიკური ანტიბიოტიკოთერაპიის ჩატარებისათვის.

თრომბოპროფილაქტიკა ინსტრუმენტული საშოსმხრივი მშობიარობის დროს

პროლონგირებული მშობიარობა და იმობილიზაცია წარმოადგენენ რისკ-ფაქტორს ვენური თრომბოემბოლიის წარმოქმნისათვის. ამ ფაქტორების გადახედვა უნდა მოხდეს მშობიარობის შემდეგ და მომატებული რისკის ჯგუფში დაინიშნოს თრომბოპროფილაქტიკა.<sup>42</sup>

ინსტრუმენტული საშოსმხრივი მშობიარობის შემდეგ უნდა მოხდეს ვენური თრომბოზის რისკის შეფასება

C

ანალგეზიის მეთოდები ინსტრუმენტული საშოსმხრივი მშობიარობის შემდეგ

წინააღმდეგ ჩვენებების არარსებობის დროს საჭიროა პარაცეტამოლის და დიკლოფენაკის რეგულარული გამოყენება, რაც დადებით ეფექტს იძლევა ინსტრუმენტული მშობიარობისა და საკეისრო კვეთის შემდეგ.<sup>43</sup>

სპ

პროფილაქტიკური ღონისძიებები შარდის ბუშტის დისფუნქციის თავიდან აცილების მიზნით ინსტრუმენტული მშობიარობის შემდეგ

ინსტრუმენტული საშოსმხრივი მშობიარობა, რეგიონალური ანესთეზია და მშობიარობის პროლონგირება დაკავშირებულია შარდის ბუშტის დისფუნქციის მომატებულ რისკთან.<sup>44-46</sup>

უნდა განხორციელდეს შარდის გამოყოფის დროისა და რაოდენობის მონიტორინგი.

C

უნდა განხორციელდეს სითხის ბალანსის მონიტორინგი სპეციალური გრაფების მეშვეობით, მინიმუმ 24 სთ-ის განმავლობაში, რათა თავიდან ავიცილოთ მშობიარობის შემდგომი შარდის შეკავება.

სპ

ქალებს, რომელთაც გაუკეთდათ სპინალური ან ეპიდურული ანესთეზია, შარდის შეკავების თავიდან აცილების მიზნით უნდა ჩაუდგათ მუდმივი კათეტერი.

სპ

შარდის შეუკავებლობის თავიდან აცილების მიზნით ქალებს უნდა ვურჩიოთ ფიზიოთერაპია.

A

ბაილანიონის ბაღასინჯვისა და ბანახლების ვადა – 3 წელი



# ბაიდლანის მიღების ხერხი/წყარო

## გაიდლანის შემუშავების მეთოდოლოგია

- მოცემული გაიდლანის შემქმნის პროცესში სამუშაო ჯგუფის გადაწყვეტილებით მოძიებული და შეფასებული იქნა უკვე არსებული პრაქტიკული რეკომენდაციები. მოხდა არსებული რეკომენდაციების ადაპტირებული ვარიანტის შემუშავება, რომელიც ერთის მხრივ პასუხობს საერთაშორისო მოთხოვნებს, ხოლო მეორე მხრივ ითვალისწინებს საქართველოს სამედიცინო დაწესებულებათა როგორც ადამიანურ, ისე ტექნიკურ რესურსებს.
- კლინიკური რეკომენდაციების, ეპიდემიოლოგიური მონაცემებისა და მტკიცებულებების შემდგომი მოძიება ხორციელდებოდა *Yahoo, AltaVista, Google, DoctorGuide, Yandex, Rambler* საძიებო ოპერატორების მეშვეობით, ასევე სამედიცინო მონაცემების ელექტრონული ბიბლიოგრაფიული მონაცემთა ბაზის, „მედლანის,, (*MEDLINE*) მეშვეობით. პირველ რიგში მოძიებული იყო (*National Guidelines Clearinhouse, TRIP, SumSearch*) ინსტრუმენტული საშოსმხრივი მშობიარობის შესახებ ანალოგიური რეკომენდაციები, რომლებიც შემუშავებულია შესაბამისი პროფესიონალური ჯგუფების მიერ.
- ცალკეული კლინიკური საკითხების შესახებ მტკიცებულებათა და იმ საკითხთა მოძიება, რომლებიც არასრულად არის განხილული, წარმოებული იყო კოპრინის მონაცემთა ბაზაში *The Cochrane Library 2006, Issue 3*, და ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის რეპროდუქციული ჯანმრთელობის ბიბლიოთეკაში №9.

## მოძიებული კლინიკური რეკომენდაციებისა და მტკიცებულებების ანალიზი

ჩატარებული ძიების შედეგად მიღებული იყო რამოდენიმე კლინიკური მეთოდური რეკომენდაცია, რომლებიც შეიცავდა ჯგუფის მიზნის შესაფერის საჭირო ინფორმაციას.<sup>1,2,3</sup> ამ რეკომენდაციების საბოლოო შეფასებისას გამოყენებული იყო ფორმალური შეფასების მეთოდი AGREE-ს (*Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation*)<sup>4</sup> მეშვეობით. შეფასების შედეგად ამორჩეული იყო რამოდენიმე რეკომენდაცია, რომლებიც საფუძვლად დაედო შემდგომ ანალიზსა და მათ ადაპტაციას. ამ რეკომენდაციაში მოცემული დებულებები შეჯამებული იყო ცხრილებში და წარმოდგენილი იყო სამუშაო ჯგუფის წევრების მიერ შეფასების მიზნით. ცხრილში შედიოდა დებულების ორიგინალური ვერსია და მტკიცებულების დონე წყაროს მიხედვით. სამუშაო ჯგუფს უნდა შეეფასებინა რეკომენდაციების ვარგისიანობა საქართველოს ჯანდაცვის პირველადი რგოლის პირობებში. რეკომენდაცია მიღებულად ითვლებოდა, თუ მას მხარს უჭერდა შემქმნელთა სამუშაო ჯგუფის უმრავლესობა.

რეკომენდაციის შემუშავებისას ჩვენ გამოვიყენეთ მოდიფიცირებული სქემა, რომელიც მოწოდებულია *SIGN (Scottish Intercollegiate Guideline Network)* მიერ<sup>6</sup>.

## მტკიცებულებათა დონეებისა და რეკომენდაციების გრადაციის სქემა

მოცემულ რეკომენდაციებში გამოყენებულია *Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN)* მიერ მოწოდებული რეკომენდაციების მტკიცებულებათა დონეების მოდიფიცირებული სქემა.

ყველა ძირითად რეკომენდაციას გააჩნია გრადაცია, რომელიც აღინიშნება ლათინური ასოებით **A** დან **D** მდე. ამავე დროს ყოველ გრადაციას შეესაბამება მონაცემთა

მტკიცებულების გარკვეული დონე. რაც უფრო მაღალია რეკომენდაციის გრადაცია, მით უფრო მაღალია კვლევების სიზუსტე, რომლებზეც ის არის დაფუძნებული

მტკიცებულების დონე	კვლევების დახასიათება, რომლებიც საფუძვლად დაედო რეკომენდაციას
A	მაღალი ხარისხის მეტა-ანალიზი, რანდომიზირებული კონტროლირებადი კვლევის მეტა-ანალიზი, რკკ სისტემური მიმოხილვა ან დიდი რკკ სისტემატური შეცდომის ძალიან დაბალი ალბათობით (+++), რომლის შედეგებიც შესაძლებელია გავრცელდეს შესაბამის პოპულაციაზე;
B	კოჰორტული ან შემთხვევა-კონტროლის ტიპის კვლევების მაღალი ხარისხის სისტემური მიმოხილვა ან მაღალი ხარისხის (++) კოჰორტული ან შემთხვევა-კონტროლის ტიპის კვლევა სისტემატური შეცდომის ძალიან დაბალი ალბათობით. ან რკკ (+) სისტემური შეცდომის დაბალი ალბათობით, რომლის შედეგებიც შეიძლება გავრცელდეს შესაბამის პოპულაციაზე;
C	კოჰორტული ან შემთხვევა-კონტროლის ტიპის კვლევა ან კონტროლირებადი კვლევა რანდომიზაციის გარეშე სისტემატური შეცდომის დაბალი ალბათობით (+), რომლის შედეგებიც შეიძლება გავრცელდეს შესაბამის პოპულაციაზე ან რკკ ძალიან დაბალი (++) ან დაბალი (+) სისტემატური შეცდომის ალბათობით, რომლის შედეგებიც არ შეიძლება გავრცელდეს შესაბამის პოპულაციაზე;
D	შემთხვევათა სერიების აღწერა ან არაკონტროლირებადი კვლევა ან ექსპერტთა აზრი.
სპ	საუკეთესო პრაქტიკა, რომელიც დაფუძნებულია რეკომენდაციის შემქმნელთა გამოცდილებაზე.

**ალტერნატიული ბაიფლანინი არ არსებობს**

## ბამოყენებელი ლიტერატურა

1. Vacca, A. Vacuum assisted delivery. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynecology* 2002;**16**:17-30.
2. O'Grady J. Forceps delivery. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynecology* 2002;**16**:1-16.
3. SOGC Clinical practice guideline No. Guidelines for operative vaginal birth. *J Obstet Gynaecol Can* 2004;**26**:747-53.
4. Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation (AGREE) Instrument. The AGREE Collaboration. 2001. [www.agreecollaboration.org](http://www.agreecollaboration.org). Ref Type: Electronic Citation
5. Harbour R, Miller J. A new system for grading recommendations in evidence based clinical guidelines. *BJM* 2001;**323**:334-6.
6. Information and Statistics Division. Scottish Health Statistics. Births in Scotland report 2002 (Births 1981-2000). [www.show.scot.nhs.uk/isd/sexual\\_health](http://www.show.scot.nhs.uk/isd/sexual_health).
7. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists Clinical Effectiveness Support Unit. National Sentinel Caesarean Section Audit Report. *London, RCOG Press* 2001.
8. Center for Disease Control. Health care in Georgia; Statistical Yearbook. Ministry of Labour Health and Social Welfare, 2004.
9. Chow SL, Johnson CM, Anderson TD, Hughes JH. Rotational delivery with Kielland's forceps. *Med J Aust* 1987;**146**:616-9.
10. Gei AF, Belfort MA. Forceps-assisted vaginal delivery. *Obstet Gynecol Clin North Am* 1999;**26**:345-70.
11. Hodnett ED, Gates S, Hofmeyr GJ, Sakala C. Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database Syst. Rev.*; 2003;**3**.
12. Gupta JK, Nikodem PA. Position for women during second stage of labour. *Cochrane Database Syst. Rev.*; 2002;**1**.
13. Leighton BL, Halpern SH. The effects of epidural analgesia on the progress of labor, maternal and neonatal outcomes: a systematic review. *Am J Obstet Gynecol* 2002;**186**:69-77.
14. World Health Organization Maternal Health and Safe Motherhood. World Health Organization partograph in the management of labour. *Lancet* 1994;**343**:1399-401.
15. Saunders NJ, SHGLFRHJMeal. Oxytocin infusion during second stage of labour in primiparous women using epidural analgesia: a randomized double-blind placebo-controlled trial. *BMJ* 1989;**299**:1423-6.
16. Hagadorn-Freathy AS, YEHGD. Validation of the 1988 ACOG forceps classification system. *Obstet Gynecol* 1991;**77**:356-60.
17. British Columbia Reproductive Care Program. Assisted vaginal birth: the use of forceps or vacuum extractor. *Obstetric Guideline. 14*. 2001.
18. Cheung YW, Hopkins LM, Caughey AB. How long is too long: Does a prolonged second stage of labor in nulliparous women affect maternal and neonatal morbidity? *Am J Obstet Gynecol* 2004;**191**:933-8.
19. Royal Australian and New Zealand College of Obstetricians and Gynaecologists. Instrumental Vaginal Delivery. *College Statement No. C.-Obs. 16*. 2004.
20. National Institutes of Health. Management of Hepatitis C: 2002. National Institutes of Health Consensus Conference Statement, June 10-12, 2002. [\[http://consensus.nih.gov/2002/2002HepatitisC2002116html.htm\]](http://consensus.nih.gov/2002/2002HepatitisC2002116html.htm). 2002. Ref Type: Electronic Citation
21. Johanson RB, Rice C, Doyle M, Arthur J, Anyanwu L, Ibrahim J. A randomised prospective study comparing the new vacuum extractor policy with forceps delivery. *Br J Obstet Gynaecol* 1993;**100**:524-30.
22. Johanson RB, Menon V. Vacuum extraction versus forceps for assisted vaginal delivery. *Cochrane Database Syst. Rev.* 2006.
23. SOGC Clinical practice guideline No. Guidelines for operative vaginal birth. *J Obstet Gynaecol Can* 2004;**26**:747-53.
24. Chalmers JA, Chalmers I. The obstetric vacuum extractor is the instrument of first choice for operative vaginal delivery. *Br J Obstet Gynaecol* 1989;**96**:505-6.
25. Johanson RB, Heycock E, Carter J, Sultan AH, Walklate K, Jones PW. Maternal and child health after assisted vaginal delivery: five year follow up of a randomised controlled study comparing forceps and ventouse. *Br J Obstet Gynaecol* 1999;**106**:544-9.
26. Dell DL, SSPWC. Soft cup vacuum extraction: a of outlet comparison delivery. *Obstet Gynecol* 1985;**66**:624-8.
27. Johanson R. North Staffordshire/Wigan assisted delivery trial. *Br J Obstet Gynaecol* 1989;**96**:537-44.
28. Handa VL. Protecting the pelvic floor: obstetric management to prevent incontinence and pelvic organ prolapse. *Obstet Gynecol* 1996;**88**:470-8.
29. Bofill JA. Shoulder dystocia and operative vaginal delivery. *J Matern Fetal Med* 1997;**6**:220-4.

30. Boo NY. Subaponeurotic haemorrhage in Malaysian neonates. *Singapore Med J* 1990;**31**:207-10.
31. Govaert P DPWJS. Cranial haemorrhage in the term newborn infant. *Clin Dev Med* 1993;**129**:1-223.
32. Department of Health, Welsh Office Scottish Home and Health Department Department of Health and Social Services Northern Ireland. Why mother die. Report on Confidential Enquiries into Maternal Deaths in the United Kingdom 1994-1996 . 1998. Ref Type: Report
33. Holden R External ocular trauma in instrumental and normal deliveries. *Br J Obstet Gynaecol* 1992;**99**:132-4.
34. Robertson P . Neonatal and maternal outcome in low-pelvic and midpelvic operative deliveries. *Am J Obstet Gynecol* 1990;**162**:1436-42.
35. Center for Devices and Radiological Health. FDA Public Health Advisory: need for caution when using vacuum assisted delivery devices. 1998. Ref Type: Report
36. Whitby EH, Griffiths PD, Rutter S, Smith MF, Sprigg A, Ohadike P. Frequency and natural history of subdural haemorrhages in babies and relation to obstetric factors. *Lancet* 2004;**363**:846-51.
37. Murphy DJ, Liebling RE, Patel R, Verity L, Swingler R. Cohort study of operative delivery in the second stage of labour and standard of obstetric care. *BJOG* 2003;**110**:610-5.
38. Murphy DJ, Liebling RE, Verity L, Swingler R, Patel R. Early maternal and neonatal morbidity associated with operative delivery in second stage of labour: a cohort study. *Lancet*; 2001;**358**:1203-7.
39. Liabsuetrakul T, Choobun T Peeyananjarassri K Islam M. Antibiotic prophylaxis for operative vaginal delivery. *Cochrane Database Syst Rev*.2004;(2) . 2006. Ref Type: Electronic Citation
40. Bodner-Adler B, Bodner K, Kimberger O, Wagenbichler P, Mayerhofer K. Management of the perineum during forceps delivery. Association of episiotomy with the frequency and severity of perineal trauma in women undergoing forceps delivery. *J Reprod Med* 2003;**48**:239-42.
41. Heitmann JA, Benrubi GI. Efficacy of prophylactic antibiotics for the prevention of endomyometritis after forceps delivery. *South Med J* 1989;**82**:960-2.
42. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Thromboprophylaxis During Pregnancy, Labour and after Vaginal Delivery. Guideline No. 37. London:RCOG . 2004. Ref Type: Report
43. Peter EA, Janssen PA, Grange CS, Douglas MJ. Ibuprofen versus acetaminophen with codeine for the relief of perineal pain after childbirth: a randomized controlled trial. *CMAJ* 2001;**165**:1203-9.
44. Carley ME, Carley JM, Vasdev G, Lesnick TG, Webb MJ, Ramin KD. Factors that are associated with clinically overt postpartum urinary retention after vaginal delivery. *Am J Obstet Gynecol* 2002;**187**:430-3.
45. Groutz A, Gordon D, Wolman I, Jaffa A, Kupferminc MJ, Lessing JB. Persistent postpartum urinary retention in contemporary obstetric practice. Definition, prevalence and clinical implications. *J Reprod Med* 2001;**46**:44-8.
46. Yip SK, Sahota D, Pang MW, Chang A. Postpartum urinary retention. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2004;**83**:881-91.

## ავტორთა ჯგუფი:

### საქართველოს მეან-ბინეკოლოგთა ასოციაცია

- ⇒ თენგიზ ასათიანი – მეან-გინეკოლოგი, თსსუ პოსტდიპლომური სამედიცინო განათლების და უწყვეტი პროფესიონალური განვითარების ინსტიტუტის რეპროდუქციული ჯანმრთელობის დეპარტამენტის ხელმძღვანელი, ასოცირებული პროფესორი, საქართველოს მეან-გინეკოლოგთა ასოციაციის პრეზიდენტი.
- ⇒ დავით ვაშაკიძე – შ.პ.ს მ. შარაშიძის სამედიცინო ცენტრის მეან-გინეკოლოგი;
- ⇒ მამუკა ხოშტარია – მეან-გინეკოლოგი, საგარეჯოს სამეანო-გინეკოლოგიური განყოფილების გამგე.

## ემსპერტები:

- ⇒ მერაბიშვილი ნინო (ცია) - მმდ, პროფესორი. შ.პ.ს “ ქ. თბილისის №2 სამშობიარო სახლი.“
- ⇒ ბაქრაძე აკაკი – საქართველოს მეან-გინეკოლოგთა ასოციაციის წევრი, მედიცინის მეცნიერებათა კანდიდატი, №3 სამშობიარო სახლის დირექტორი კლინიკურ დარგში, საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის სამინისტროს ექსპერტი მეან-გინეკოლოგიის დარგში;



- ⇒ ღელა წოწორია – საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს ჯანმრთელობის დაცვის დეპარტამენტი;
- ⇒ თეა თავიდაშვილი – საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს ჯანმრთელობის დაცვის დეპარტამენტი.