

მიღებულია „კლინიკური პრაქტიკის ეროვნული რეკომენდაციებისა (გაიდლაინები) და კლინიკური მდგომარეობის მართვის სახელმწიფო სტანდარტების (პროტოკოლები) შემუშავების, შეფასების და დანერგვის ეროვნული საბჭოს“ 2019 წლის 8 ოქტომბრის №2 სხდომის გადაწყვეტილების შესაბამისად

დამტკიცებულია საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2020 წლის 4 მარტის №01- 77/ო ბრძანებით

მშობიარობის შემდგომი ცხელების მართვა

კლინიკური მდგომარეობის მართვის სახელმწიფო
სტანდარტი (პროტოკოლი)

შინაარსი

შესავალი	3
შეჯამება	3
1. დეფინიცია.....	5
2. აქტუალობა.....	5
3. რისკ-ფაქტორები.....	6
4. პრევენციული ღონისძიებები	6
5. ლოგინობის ხანის ცხელების მიზეზები	9
6. ლოგინობის ხანის ცხელების მართვა.....	9
7. რეკომენდაციები პრაქტიკაში ადაპტაციისთვის.....	12
8. აუდიტის კრიტერიუმები	12
9. პროტოკოლის გადასინჯვის და განახლების ვადები	13
10. პროტოკოლის მიღების ხერხები/წყაროები.....	13
11. ფასილიტატორი	13
12. ავტორები	13
13. გამოყენებული ლიტერატურა	16
ცხრილი №1 მშობიარობის შემდგომი ინფექციების პრევენცია.....	7
ცხრილი №2 სეპტიურ შოკთან დაკავშირებული ხშირი ბაქტერიული ინფექციები და პათოგენები.....	9
დანართი №1 ორსულებში, მშობიარეებსა და მელოგინებში საყურადღებო სიმპტომების ადრეული გამოვლენის გრაფიკი.....	20
დანართი №2 ანტიბიოტიკების სპექტრი მეანობა-გინეკოლოგიაში	22

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

პროტოკოლი განახლდა 2019 წელს გაეროს მოსახლეობის ფონდის (UNFPA) ტექნიკური და 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. პროტოკოლის „მშობიარობის შემდგომი ცხელების მართვა“ მიზანს წარმოადგენს უახლეს სამეცნიერო მტკიცებულებებზე დაფუძნებული ინფორმაციის მიწოდება მეან-გინეკოლოგების, შინაგანი მედიცინის სპეციალისტების, ოჯახის ექიმების, გადაუდებელი მედიცინის ექიმების, ჯანდაცვის მენეჯერების, მეან-გინეკოლოგიის რეზიდენტებისა და ექთნებისთვის. წინამდებარე პროტოკოლი განიხილავს მშობიარობის შემდგომი ცხელების დიაგნოსტიკის, მონიტორინგის, მართვისა და პრევენციულ ღონისძიებებს.

გამოყენებული გაიდლაინები:

WHO recommendations for prevention and treatment of maternal peripartum infections.
World Health Organization 2015

https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186171/9789241549363_eng.pdf;jsessionid=9CF6380550B956FC33D637E15F144415?sequence=1

Sepsis following Pregnancy, Bacterial (Green-top Guideline No. 64b, April 2012),

https://www.rcog.org.uk/globalassets/documents/guidelines/gtg_64b.pdf

Cochrane Database of Systematic Reviews

Antibiotic regimens for postpartum endometritis, 02 February 2015

<https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD001067.pub3/full>

Prophylactic antibiotics in obstetrics and gynaecology, RANZCOG: July 2016

[https://www.ranzcog.edu.au/RANZCOG_SITE/media/RANZCOG-MEDIA/Women%27s%20Health/Statement%20and%20guidelines/Clinical%20-%20General/Prophylactic-antibiotics-in-obstetrics-and-gynaecology-\(C-Gen-17\)-Review-July-2016.pdf?ext=.pdf](https://www.ranzcog.edu.au/RANZCOG_SITE/media/RANZCOG-MEDIA/Women%27s%20Health/Statement%20and%20guidelines/Clinical%20-%20General/Prophylactic-antibiotics-in-obstetrics-and-gynaecology-(C-Gen-17)-Review-July-2016.pdf?ext=.pdf)

შეჯამება

- მშობიარობის შემდგომი ცხელება მშობიარობის შემდგომი ინფექციის ერთ-ერთ დიაგნოსტიკურ კრიტერიუმს წარმოადგენს;
- მშობიარობის შემდგომ პერიოდში მელოგინეტა 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, საშვილოსნოს შიდა ჩარევები, შაქრიანი დიაბეტი და სხვა;
- 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 და სხვ.) ძირითადად ტარდება მშობიარობის შემდგომი პირველადი ცხელების (მაგ. პნევმონია, ღრმა ვენების თრომბოზი, ან ფილტვის ემბოლია), ან პერსისტირებადი ცხელების (მაგ. აბსცესი, მენჯის ვენების სეპტიური თრომბოფლემიტი, 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, არ არის 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 (კარდიო-მონიტორინგი 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 ღრუს 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 არარსებობის შემთხვევაში, ორალური ანტიბიოტიკოთერაპიის გაგრძელება არ არის რეკომენდებული (A);
- თუ სისხლის კულტურალური გამოკვლევით დადგენილ იქნა ბაქტერიემია, მიზანშეწონილია პარენტერალური ანტიბიოტიკოთერაპია გაგრძელდეს ორალური ანტიბიოტიკოთერაპიით, 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).

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 გვხვდება. მსოფლიოში წელიწადში 75,000 ქალი იღუპება ამ პათოლოგიით. ამდენად, ჯანდაცვის 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;
- ✓ საშვილოსნოს შიდა მანიპულაციები;
- ✓ შაქრიანი დიაბეტი;
- ✓ მძიმე ფორმის ანემია;
- ✓ ბაქტერიული ვაგინოზი;
- ✓ ოპერაციული მშობიარობა (მაშა, ვაკუუმი)
- ✓ აივ ინფექცია
- ✓ B ჯგუფის ჰემოლიზური სტრეპტოკოკის კოლონიზაცია;
- ✓ ცხელება მშობიარობის დროს;
- ✓ მშობიარობა სტაციონარის გარეთ;
- ✓ სიმსუქნე;
- ✓ პლაცენტის ხელით მოცილება;
- ✓ კვების დეფიციტი.

4. პრევენციული ღონისძიებები (იხ. ცხრილი №1)

მშობიარობის შემდგომი ინფექციების პრევენციისთვის რეკომენდებულია:

- ხელების დაბანის ტექნიკის დაცვა;
- შორისის ჰიგიენა სათანადო წესების დაცვით;
- ერთჯერადი ანტიბიოტიკოპროფილაქტიკა პირველი თაობის ცეფალოსპორინებით, ან ამპიცილინით საკეისრო კვეთის დროს;
- ბეტა ლაქტამური ანტიბიოტიკების მიმართ ალერგიის დროს, შესაძლებელია, გამოყენებულ იქნას კლინდამიცინი და გენტამიცინი;
- პლაცენტის სპონტანური (და არა მანუალური) მოცილება საკეისრო კვეთის წარმოებისას;
- პროფილაქტიკური ანტიბიოტიკოთერაპია ამპიცილინით 18 საათიანი უწყლო პერიოდის შემდეგ.

ცხრილი №1 მშობიარობის შემდგომი ინფექციების პრევენცია

ჯანმოს რეკომენდაციები:

რეკომენდაცია	მტკიცებულების ხარისხი
1.რუტინულად ფიზიოლოგიურ მშობიარობამდე ბოქვენის გაპარსვა რეკომენდებული არ არის.	პირობითი რეკომენდაცია
2.მშობიარობის პირველი პერიოდის შეფასების მიზნით გასინჯვა 4 საათიანი შუალედებით.	ძლიერი რეკომენდაცია
3.მშობიარობის შემდგომი ინფექციის პრევენციის მიზნით მშობიარობის დროს საშოს დამუშავება ქლორჰექსიდინით არ არის რეკომენდებული.	ძლიერი რეკომენდაცია
4.ადრეული ნეონატალური ინფექციის პრევენციის მიზნით B ჯგუფის სტრეპტოკოკის კოლონიზაციის მქონე ქალებში მშობიარობის დროს საშოს დამუშავება ქლორჰექსიდინით არ არის რეკომენდებული.	პირობითი რეკომენდაცია
5. ადრეული ნეონატალური GBS ინფექციის პრევენციის მიზნით B ჯგუფის სტრეპტოკოკის კოლონიზაციის მქონე ქალებში მშობიარობის დროს რეკომენდებულია ანტიბიოტიკების გამოყენება.	პირობითი რეკომენდაცია
6.ორსულობის მეორე და მესამე ტრიმესტრში ინფექციური დაავადებების განვითარების რისკის შემცირების მიზნით ანტიბიოტიკო პროფილაქტიკის ჩატარება არ არის რეკომენდებული.	ძლიერი რეკომენდაცია
7.ნაადრევი მშობიარობის დროს ინტაქტური სანაყოფე გარსების პირობებში ანტიბიოტიკების გამოყენება რუტინულად რეკომენდებული არ არის	ძლიერი რეკომენდაცია
8.ანტიბიოტიკების გამოყენება რეკომენდებულია ქალებში ნაადრევი მშობიარობის დროს სანაყოფო წლის ნაადრევი დაღვრის შემთხვევაში.	ძლიერი რეკომენდაცია
9.დროული მშობიარობის დროს სანაყოფო წლის ნაადრევი დაღვრის შემთხვევაში ანტიბიოტიკების გამოყენება რეკომენდებული არ არის.	ძლიერი რეკომენდაცია
10.მეკონიუმით დაბინძურებული სანაყოფო წყლის შემთხვევაში რუტინულად ანტიბიოტიკოთერაპიის ჩატარება არ არის რეკომენდებული.	პირობითი რეკომენდაცია

11. პლაცენტის ხელით მოცილების დროს რეკომენდებულია რუტინული ანტიბიოტიკოპროფილაქტიკის ჩატარება.	ძლიერი რეკომენდაცია
12. ოპერაციული საშოსმხრივი მშობიარობის დროს რეკომენდებულია რუტინული ანტიბიოტიკოპროფილაქტიკის ჩატარება.	პირობითი რეკომენდაცია
13. შორისის მესამე და მეოთხე ხარისხის ჩახევის დროს რეკომენდებულია რუტინული ანტიბიოტიკოპროფილაქტიკის ჩატარება.	ძლიერი რეკომენდაცია
14. ეპიზოტომიის დროს რუტინულად ანტიბიოტიკოპროფილაქტიკის ჩატარება არ არის რეკომენდებული.	ძლიერი რეკომენდაცია
15. გაურთულებელი ვაგინალური მშობიარობის დროს რუტინულად ანტიბიოტიკოპროფილაქტიკის ჩატარება არ არის რეკომენდებული.	ძლიერი რეკომენდაცია
16. საკეისრო კვეთის წარმოების დაწყებამდე რეკომენდებულია საშოს დამუშავება ბეტადინის ხსნარით.	პირობითი რეკომენდაცია
17. საკეისრო კვეთის წინ კანის დამუშავების მიზნით ანტისეპტიკური საშუალების შერჩევა უნდა მოხდეს პრაქტიკოსი ექიმის შეხედულებისამებრ, მის პირად პრაქტიკაზე დაყრდნობით და ანტისეპტიკური საშუალების ხელმისაწვდომობისა და ფასის გათვალისწინებით.	პირობითი რეკომენდაცია
18. რუტინული ანტიბიოტიკოპროფილაქტიკა რეკომენდებულია როგორც გეგმიური, ასევე, გადაუდებელი საკეისრო კვეთის დროს.	ძლიერი რეკომენდაცია
18.1. საკეისრო კვეთის დროს პროფილაქტიკური ანტიბიოტიკების შეყვანა უნდა მოხდეს კანის გაკვეთამდე, და არა ოპერაციის მსვლელობისას ჭიპლარის გადაჭრის შემდეგ.	ძლიერი რეკომენდაცია
18.2. საკეისრო კვეთის დროს რეკომენდებულია პირველი თაობის ცეფალოსპორინების ან ამპიცილინის ერთჯერადი დოზა.	პირობითი რეკომენდაცია

5. ლოგინობის ხანის ცხელების მიზეზები (იხ. ცხრილი №2)

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 არმყოფი მიზეზები (აპენდიციტი, ვირუსული ინფექცია).

ცხრილი №2, სეპტიურ შოკთან დაკავშირებული ხშირი ბაქტერიული ინფექციები და პათოგენები

ინფექციები და გამომწვევი პათოგენები	პათოგენები
პიელონეფრიტი (1,4)	1. <i>Escherichia coli</i>
პნევმონია (6,7)	2. <i>Bacteroids</i>
ქორიო ამნიონიტი (1,2,8-12)	3. <i>Clostridium</i>
ენდომიომეტრიტი (საკეისრო კვეთის შემდეგ) (1,2,5,9,12)	4. <i>Klebsiella</i>
აბორტის შემდგომი სეფსისი (1,3)	5. <i>Pseudomonas aeruginosa</i>
საკეისრო კვეთის შემდგომი ჭრილობის დაინფიცირება (1,2,6,7)	6. <i>Streptococcus species</i>
მასტიტი (7)	7. <i>Staphylococcus aureus</i>
მანევროზირებელი ფასციიტი (2,3,6,9)	8. <i>GBS</i>
	9. <i>Peptostreptococcus</i>
	10. <i>Enterococcus</i>
	11. <i>Listeria monocytogenes</i>
	12. <i>Enterobacter</i>

6. ლოგინობის ხანის ცხელების მართვა

6.1. პირველადი შეფასება:

1. ანამნეზი;
2. ფიზიკალური გასინჯვა; (იხ პაციენტის შეფასების რუქა, დანართი 1)
 - ✓ 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. ულტრაბერითი კვლევა;
- 4. ლაბორატორიული კვლევა;
 - ✓ სისხლის საერთო ანალიზი (Leu>20, 000 მარცხნივ გადახრით);
 - ✓ სისხლის კულტურალური გამოკვლევა;
 - ✓ შარდის საერთო ანალიზი;
 - ✓ შარდის ბაქტერიოლოგიური კვლევა;
 - ✓ ჭრილობის ნაცხის ბაქტერიოლოგია (ექსპერტთა ჯგუფის რეკომენდაციის საფუძველზე);
 - ✓ CRP
 - ✓ შრატის ლაქტატი
 - ✓ კოაგულოგრამა (ექსპერტთა 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 ერთთრომიცინი 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 არარსებობის 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 მგრძნობიარე, ან არამემუქურ დედებში - ოფლოქსაცინი 400 მგ/დღეში + მეტრონიდაზოლი 1,500 მგ/დღეში;
- პენიცილინის მიმართ მგრძნობიარე მემუქურ დედებში კლინდამიცინი 600მგ / 8 სთ-ში ერთხელ ი/ვ + გენტამიცინი 240 მგ / 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, ინფექციონისტის და თერაპევტის მონაწილეობით;

6.4. მეორადი მკურნალობა (ცხელების მიზეზის დადგენის შემდეგ¹).

იხ ანტიბიოტიკების დაფარვის ტაბულა, (დანართი №2)

მიზეზი	მკურნალობა
ენდომეტრიტი	კლინდამიცინი (900მგ ყოველ 8სთ-ში ერთხელ ივ/იმ) + გენტამიცინი (1.5მგ/კგ ყოველ 8სთ-ში, ან 5მგ/კგ ყოველ 24 სთ-ში თირკმლის ნორმალური ფუნქციის შემთხვევაში), ან ამპიცილინ-სულბაქტამი 1,5გ ყოველ 6 სთ-ში ერთხელ (კლინდამიცინისადმი რეზისტენტობის

¹თუ სისხლის კულტურალური გამოკვლევით დადგინდა გამომწვევის მგრძნობელობა, მეორადი მკურნალობა უნდა განხორციელდეს მგრძნობელობის შესაბამისად.

	შემთხვევაში, ან B ჯგუფის სტრუპტოკოკით კოლონიზირებულ პაციენტებში.
ჭრილობის დაინფიცირება (პოსტ-ოპერაციული, ან შორისის)	ჭრილობის დრენირება, ფართო სპექტრის ანტიბიოტიკები
მასტიტი	ძუძუთი კვება, ცეფალექსინი-500მგ 6 სთ-ში ერთხელ 10-14 დღე, კლინდამიცინი 600მგ ყოველ 6სთ-ში
ღრმა ვენების თრომბოზი და ფილტვების ემბოლიზმი	იხ. სათანადო პროტოკოლი

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

7. რეკომენდაციები პრაქტიკაში ადაპტაციისთვის

1. პროტოკოლის ელექტრონული ვერსიის განთავსება საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს ვებ-გვერდზე (www.moh.gov.ge).
2. პროტოკოლის საფუძველზე უწყვეტი სამედიცინო განათლების პროგრამის შემუშავება და ჯანდაცვის პერსონალისთვის (როგორც პირველადი ჯანდაცვის რგოლში, ასევე, სტაციონარებში მომუშავეთათვის) ტრენინგების ორგანიზება.
3. პროტოკოლის პრაქტიკაში დანერგვის შეფასება კლინიკური აუდიტის საშუალებით.

8. აუდიტის კრიტერიუმები

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

- ✓ საკეისრო კვეთის წარმოების რამდენ (%) შემთხვევაში ტარდება ადეკვატური ანტიბიოტიკო-პროფილაქტიკა?
- ✓ რამდენი (%) მელოგინე იქნა გადაყვანილი რეფერალური სისტემით?
- ✓ რამდენ (%) მშობიარეს უტარდება ადეკვატური ანტიბიოტიკო-თერაპია სანაყოფო წყლების ნაადრევი დაღვრის დროს?
- ✓ რამდენ (%) მელოგინეს უტარდება ანტიბიოტიკო-თერაპია ლოგინობის ხანაში მომყოლის ხელით მოცილების შემდეგ?
- ✓ რამდენ (%) ნაწარმოებია სისხლის კულტურალური გამოკვლევა?

9. პროტოკოლის გადასინჯვის და განახლების ვადები

სასურველია პროტოკოლი გადასინჯოს და შეივსოს ახალი ინფორმაციის საფუძველზე 3 წლის შემდეგ.

10. პროტოკოლის მიღების ხერხები/წყაროები

პროტოკოლის ავტორთა ჯგუფმა ჩაატარა მიება კოკრეინის ბიბლიოთეკაში გაიდლაინის თემაზე სისტემური მიმოხილვების, ან რანდომიზებული კონტროლირებული კვლევების მოძიების მიზნით.

ექსპერტთა ჯგუფის კონსენსუსის შედეგად, მოცემულ პროტოკოლს საფუძველად დაედო უახლესი სამეცნიერო ლიტერატურა მშობიარობის შემდგომი ცხელების მართვის საკითხებზე.

11. ფასილიტატორი

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

12. 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 და 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 ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა, 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; 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.ქუთაისისმე-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 – მე-5 კლინიკური საავადმყოფოს სამედიცინო გინეკოლოგიური დეპარტამენტის ხელმძღვანელი; საქართველოს მეან-გინეკოლოგთა და პერინატოლოგთა ასოციაციის ვიცე პრეზიდენტი; კავკასიის საერთაშორისო უნივერსიტეტის ასოცირებული პროფესორი;

ნიკოლოზ კინტრაია - მედიცინის მეცნიერებათა დოქტორი, თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტის პროფესორი, საქართველო მეან-გინეკოლოგთა და პერინატოლოგთა ასოციაციის პრეზიდენტი; საქართველოს მედიცინის მეცნიერებათა აკადემიის აკადემიკოსი.

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

პლატონ მაჭავარიანი – წმ. იოაკიმესა და ანას სახ. სამშობიარო სახლის ოპერაციული გინეკოლოგიის განყოფილების გამგე; საქართველოს მეან-გინეკოლოგთა და პერინატოლოგთა ასოციაციის ვიცე-პრეზიდენტი;

თინათინ გაგუა - მედიცინის დოქტორი, დ. ტვილდიანის სახელობის სამედიცინო უნივერსიტეტის ასისტენტ- პროფესორი;

ნოდარ ზალდასტანიშვილი - მედიცინის დოქტორი, კლინიკა ჰერა 2011 სამედიცინო ხელმძღვანელი;

ზაზა სინაურიძე - მედიცინის დოქტორი, საქართველოს პერინატოლოგთა ასოციაციის გამგეობის თავჯდომარე.

13. გამოყენებული ლიტერატურა

1. WHO recommendations for prevention and treatment of maternal peripartum infections. World Health Organization 2015.
https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186171/9789241549363_eng.pdf;jsessionid=9CF6380550B956FC33D637E15F144415?sequence=1
2. Sepsis following Pregnancy, Bacterial (Green-top Guideline No. 64b, April 2012),
https://www.rcog.org.uk/globalassets/documents/guidelines/gtg_64b.pdf
3. Cochrane Database of Systematic Reviews, Antibiotic regimens for postpartum endometritis, 02 Feb 2015: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD001067.pub3/full>
4. Prophylactic antibiotics in obstetrics and gynaecology, RANZCOG: July 2016
5. [https://www.ranzcog.edu.au/RANZCOG_SITE/media/RANZCOG-MEDIA/Women%20Health/Statement%20and%20guidelines/Clinical%20-%20General/Prophylactic-antibiotics-in-obstetrics-and-gynaecology-\(C-Gen-17\)-Review-July-2016.pdf?ext=.pdf](https://www.ranzcog.edu.au/RANZCOG_SITE/media/RANZCOG-MEDIA/Women%20Health/Statement%20and%20guidelines/Clinical%20-%20General/Prophylactic-antibiotics-in-obstetrics-and-gynaecology-(C-Gen-17)-Review-July-2016.pdf?ext=.pdf)
6. 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)
7. 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.
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. Giraldo-Isaza MA, Jaspan D, Cohen AW. Postpartum endometritis caused by herpes and cytomegaloviruses. *ObstetGynecol* 2011; 117:466.
10. Rørbye C, Petersen IS, Nilas L. Postpartum *Clostridium sordellii* infection associated with fatal toxic shock syndrome. *ActaObstetGynecolScand* 2000; 79:1134.
11. 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.
12. Cohen AL, Bhatnagar J, Reagan S, et al. Toxic shock associated with *Clostridium sordellii* and *Clostridium perfringens* after medical and spontaneous abortion. *ObstetGynecol* 2007; 110:1027.
13. 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.
14. Burrows LJ, Meyn LA, Weber AM. Maternal morbidity associated with vaginal versus cesarean delivery. *ObstetGynecol* 2004; 103:907.
15. Declercq E, Barger M, Cabral HJ, et al. Maternal outcomes associated with planned primary cesarean births compared with planned vaginal births. *ObstetGynecol* 2007; 109:669.
16. 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 ObstetGynecolReprodBiol* 1993; 50:169.
17. Smaill F, Hofmeyr GJ. Antibiotic prophylaxis for cesarean section. *Cochrane Database Syst Rev* 2002; :CD000933.
18. Jazayeri A, Jazayeri MK, Sahinler M, Sincich T. Is meconium passage a risk factor for maternal infection in term pregnancies? *ObstetGynecol* 2002; 99:548.

19. Tran SH, Caughey AB, Musci TJ. Meconium-stained amniotic fluid is associated with puerperal infections. *Am J ObstetGynecol* 2003; 189:746.
20. Wilkinson C, Enkin MW. Manual removal of placenta at caesarean section. *Cochrane Database Syst Rev* 2000; :CD000130.
21. Ely JW, Rijhsinghani A, Bowdler NC, Dawson JD. The association between manual removal of the placenta and postpartum endometritis following vaginal delivery. *ObstetGynecol* 1995; 86:1002.
22. Chaim W, Bashiri A, Bar-David J, et al. Prevalence and clinical significance of postpartum endometritis and wound infection. *Infect Dis ObstetGynecol* 2000; 8:77.
23. Caughey AB, Musci TJ. Complications of term pregnancies beyond 37 weeks of gestation. *ObstetGynecol* 2004; 103:57.
24. Louis J, Buhari MA, Allen D, et al. Postpartum morbidity associated with advanced HIV disease. *Infect Dis ObstetGynecol* 2006; 2006:79512.
25. Björklund K, Mutyaba T, Nabunya E, Mirembe F. Incidence of postcesarean infections in relation to HIV status in a setting with limited resources. *ActaObstetGynecolScand* 2005; 84:967.
26. Faro S. Postpartum endometritis. *ClinPerinatol* 2005; 32:803.
27. Casey BM, Cox SM. Chorioamnionitis and endometritis. *Infect Dis Clin North Am* 1997; 11:203.
28. Acker DB, Johnson MP, Sachs BP, Friedman EA. The leukocyte count in labor. *Am J ObstetGynecol* 1985; 153:737.
29. Hartmann KE, Barrett KE, Reid VC, et al. Clinical usefulness of white blood cell count after cesarean delivery. *ObstetGynecol* 2000; 96:295.
30. Mulic-Lutvica A, Axelsson O. Postpartum ultrasound in women with postpartum endometritis, after cesarean section and after manual evacuation of the placenta. *ActaObstetGynecolScand* 2007; 86:210.
31. Ghai S, Ghai V, Sunderji S. Fulminant postcesarean *Clostridium difficile* pseudomembranous colitis. *ObstetGynecol* 2007; 109:541.
32. Kankuri E, Kurki T, Carlson P, Hiilesmaa V. Incidence, treatment and outcome of peripartum sepsis. *ActaObstetGynecolScand* 2003; 82:730.
33. Locksmith GJ, Duff P. Assessment of the value of routine blood cultures in the evaluation and treatment of patients with chorioamnionitis. *Infect Dis ObstetGynecol* 1994; 2:111.
34. Caissutti C, Saccone G, Zullo F, et al. Vaginal Cleansing Before Cesarean Delivery: A Systematic Review and Meta-analysis. *Obstet Gynecol* 2017; 130:527.
35. 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. *ObstetGynecol* 1994; 83:280.
36. French LM, Smaill FM. Antibiotic regimens for endometritis after delivery. *Cochrane Database Syst Rev* 2004; :CD001067.
37. 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 ObstetGynecol* 1997; 177:786.
38. 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. *ObstetGynecol* 1996; 87:994.

39. 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 ObstetGynecol* 2003; 188:149.
40. Barza M, Ioannidis JP, Cappelleri JC, Lau J. Single or multiple daily doses of aminoglycosides: a meta-analysis. *BMJ* 1996; 312:338.
41. Sunycz JA, Wiesenfeld HC, Heine RP. The pharmacokinetics of once-daily dosing with gentamicin in women with postpartum endometritis. *Infect Dis ObstetGynecol* 1998; 6:160.
42. 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.
43. MacGregor RR, Graziani AL, Samuels P. Randomized, double-blind study of cefotetan and cefoxitin in post-cesarean section endometritis. *Am J ObstetGynecol* 1992; 167:139.
44. Soper DE, Brockwell NJ, Dalton HP. The importance of wound infection in antibiotic failures in the therapy of postpartum endometritis. *SurgGynecolObstet* 1992; 174:265.
45. Figueroa-Damian R, Villagrana-Zesati R, San Martín-Herrasti JM, Arredondo-Garcia JL. [Comparison of the therapeutic efficacy of the piperacillin/tazobactame combination vs. ampicillin and gentamycin in in the management of post-cesarean endometritis]. *GinecolObstet Mex* 1996; 64:214.
46. Hecht DW. Prevalence of antibiotic resistance in anaerobic bacteria: worrisome developments. *Clin Infect Dis* 2004; 39:92.
47. 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.
48. Goldstein EJ, Citron DM. Activity of a novel carbapenem, doripenem, against anaerobic pathogens. *DiagnMicrobiol Infect Dis* 2009; 63:447.
49. 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. *ObstetGynecol* 1994; 83:998.
50. 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.
51. 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.
52. Castor ML, Whitney CG, Como-Sabeti K, et al. Antibiotic resistance patterns in invasive group B streptococcal isolates. *Infect Dis ObstetGynecol* 2008; 2008:727505.
53. 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.
54. Basevi V, Lavender T. Routine perineal shaving on admission in labour. *Cochrane Database Syst Rev*. 2014;11:CD001236.
55. Dinsmoor MJ, Newton ER, Gibbs RS. A randomized, double-blind, placebo-controlled trial of oral antibiotic therapy following intravenous antibiotic therapy for postpartum endometritis. *ObstetGynecol* 1991; 77:60.
56. Duff P. Antibiotic selection in obstetrics: making cost-effective choices. *ClinObstetGynecol* 2002; 45:59.

57. A Guide to Utilization of the Microbiology Laboratory for Diagnosis of Infectious Diseases: 2018 Update by the Infectious Diseases Society of America and the American Society for Microbiology
58. Brumfield CG, Hauth JC, Andrews WW. Puerperal infection after cesarean delivery: evaluation of a standardized protocol. *Am J ObstetGynecol* 2000; 182:1147.
59. Antimicrobial Resistance Global Report on Surveillance: World Health Organization; 2014 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112642/1/9789241564748_eng.pdf?ua=1, accessed 14 August 2015).
60. Gall S, Koukol DH. Ampicillin/sulbactam vs. clindamycin/gentamicin in the treatment of postpartum endometritis. *J Reprod Med* 1996; 41:575.
61. *Obstet Gynecol.* 2015 Apr;125(4):789-800 Oral and intramuscular treatment options for early postpartum endometritis in low-resource settings: a systematic review. Meaney-Delman D, Bartlett LA, Gravett MG, Jamieson DJ

დანართი №1

ორსულებში, მშობიარეებსა და მელოგინეებში საყურადღებო სიმპტომების ადრეული გამოვლენის გრაფიკი

სახელი, გვარი

ორსულობა

მშობიარობა

ისტ. №

გადაუდებელი ზომები, თუ რომელიმე პარამეტრი აღწევს ერთჯერადად													
წითელ ან ორჯერადად ყვითელ ზოლს													
თარიღი													
სთ													
სუნთქვა	>20												
	<10												
სატურაცია	%												
ტემპერატურა	39°C												
	38°C												
	37°C												
	36°C												
	35°C												
პულსი	170												
	160												
	150												
	140												
	130												
	120												
	110												
	100												
	90												
	80												
	70												
	60												
	50												
	40												
არტერიული წნევა	200												
	190												
	180												
	170												
	160												
	150												
	140												
	130												
	120												
110													

	100																		
	90																		
	80																		
	70																		
	60																		
	50																		
დისტოლური წნევა	130																		
	120																		
	110																		
	100																		
	90																		
	80																		
	70																		
	60																		
	50																		
	40																		
დიურეზი	კი/არა																		
ლოქიები	ნორმა																		
	სუნიანი																		
	ჩირქოვანი																		
ცნობიერება	ნათელი																		
	რეაგ. ბგერ																		
	არ რეაგირ																		
გულისრევა	კი																		
	არა																		
გამომეტყვ.	ნორმა																		
	შეწუხებული																		
ყვითელი უჯრ. ჯამი																			
წითელი უჯრ. ჯამი																			

ანტიბიოტიკების სპექტრი მეან-გინეკოლოგიაში

ანაერობები კლოსტრიდია / ბაქტერიოიდები/ პეპტოსტრეპტო კოკი	MRSA	გრამ დადებითი		გრამ უარყოფითი	
		ოქროსფერი სტაფილოკოკი (ფლუკლოქს სენსიტიური)	A ჯგუფის სტრეპ / B ჯგუფის სტრეპ	კოლიფორმ ის	ფსეუდომ ონა
		გენტამიცინი			
		ტრიმეტოპრიმი		ტრიმეტოპრიმი	
ამპიცილინი			ამპიცილინი		
კო-ამოქსიკლავი			კო-ამოქსიკლავი		
		ცეფუროქსიმი / ცეფოტაქსიმი			
კლინდამიცინი		კლინდამიცინი			
		იმიპენემი/მეროპენემი/ტაზოციანი			
		ვანკომიცინი/ტეიკოპლანინი/ლინეზოლიდი/დაპტომიცინი			
ერიტრომიცინი		ერიტრომიცინი			
მეტრონიდაზოლი					