

# ՀՂԻՈՒԹՅԱՆ ԸՆԹԱՑՔՈՒՄ ՄԻՋՈՒՂԻՆԵՐԻ ՎԱՐԱԿՆԵՐԻ ՎԱՐՄԱՆ ԿԼԻՆԻԿԱԿԱՆ ՈՒՂԵՑՈՒՅՑ

## Ամփոփում

### Նպատակ

Սույն ուղեցույցի նպատակն է տրամադրել առկա տվյալների վերանայման վրա հիմնված տեղեկություններ և խորհուրդներ հղիության ժամանակ անախտանիշ բակտերիուրիայի և միզուղիների վարակների վերաբերյալ, և բարելավել տվյալ խմբի պացիենտների վարման ելքերը:

### Մեթոդաբանություն

Սույն կլինիկական ուղեցույցը մշակվել է Հայաստանի մանկաբարձ-գինեկոլոգների և նեոնատոլոգների ասոցիացիայի անդամների կողմից: Ուղեցույցի գրականական աղբյուր են հանդիսացել Իռլանդիայի բժիշկների թագավորական քլոեջի Մանկաբարձների և գինեկոլոգների ինստիտուտի ուղեցույցը (RCPI; Management of Urinary Tract Infections in Pregnancy), ինչպես նաև PubMed, EMBASE, Cochrane Library, National Guideline Clearinghouse և UpToDate շտեմարանների արդի տվյալները: Սկզբնաղբյուր հանդիսացող փաստաթղթերում տեղեկատվության որակը և ցուցումների ուժը չի գնահատվել ըստ Ցուցումների ուսումնասիրման, ստեղծման և գնահատման դասակարգման համակարգի (GRADE): Սույն ուղեցույցում տրված տեղեկատվությունը և խորհուրդները հիմնված են առկա կլինիկական փորձարկումների, դիտորդական հետազոտությունների և համեմատական հետազոտությունների համակարգային վերանայման վրա: Ուղեցույցում տրվող առանցքային խորհուրդները ներկայացված են Հավելված 1-ում: Ուղեցույցի տեղայնցման գործընթացը իրականացվել է համաձայն միջազգային ADAPTE մեթոդաբանության: Բոլոր խորհուրդները քննարկվել և հավանության են արժանացել Հայաստանի մանկաբարձ-գինեկոլոգների և նեոնատոլոգների ասոցիացիայի անդամների կողմից (արձանագրությունը կցվում է): Սույն փաստաթուղթը ենթակա է պարբերական թարմացումների և/կամ խմբագրման յուրաքանչյուր 5 տարին մեկ կամ ավելի հաճախակի՝ կախված տվյալ ոլորտում նոր գիտագործնական տեղեկատվության ի հայտ գալուց: Ուղեցույցը նախատեսված է հղիության ընթացքում միզուղիների վարակների վարման մեջ ներառված մասնագետների համար՝ մանկաբարձ-գինեկոլոգներ, ուրոլոգներ, մանկաբարձներ, վարակաբաններ, մանրէաբաններ, ինչպես նաև առողջապահության կազմակերպիչներ:

## **Արդյունքներ**

Սույն ուղեցույցում ներկայացված են հղիության ընթացքում միզուղիների վարակների վարման վերաբերյալ խորհուրդներ և բուժման տարբերակներ, որոնք օգնում են կլինիկական գործունեությունում որոշումներ կայացնելիս, ինչպես նաև առաջարկվել են գործնական ներդրման ուղիներ և աուդիտի ցուցանիշներ:

## **Հետևություններ**

Առկա հետազոտությունների համակարգային վերանայման վրա հիմնված կլինիկական խորհուրդները կօգնեն բարելավել հղիության ընթացքում միզուղիների վարակների վարման ելքերը:

## **Բանալի բառեր**

*Ուղեցույց, հղիության ընթացքում միզուղիների վարակ, միզուղիների վարակ, անախտանիշ բակտերիուրիա, վերին միզուղիների վարակ, պիելոնեֆրիտ, սպորին միզուղիների վարակ, ցիստիտ, ֆոսֆոմիցին, նիպրոֆուրանսոլին*

## **Պատասխանատու համակարգող**

Աբրահամյան Ռ.Ա., ՀՀ ԳԱԱ ակադեմիկոս, բ.գ.դ., պրոֆ., ՀՀ ԱՆ գլխավոր մանկաբարձ գինեկոլոգ, ՎԱՊՄԳՀԻ տնօրեն

## **Աշխատանքային խմբի անդամներ**

- Աբրահամյան Լ.Ռ., բ.գ.դ., ԵՊԲՀ Մանկաբարձության և գինեկոլոգիայի թիվ 2 ամբիոնի պրոֆեսոր
- Գրիգորյան Վ.Ֆ., բ.գ.թ., դոց., ՎԱՊՄԳՀԻ Ծննդաբերական բաժանմունքի վարիչ
- Գյուլխասյան Վ.Մ. բ.գ.թ., դոց., ՎԱՊՄԳՀԻ Օպերատիվ գինեկոլոգիայի բաժանմունքի վարիչ

- Հարությունյան Ա.Գ. MD, MPH., Հայաստանի ամերիկյան համալսարանի Առողջապահական ծառայությունների հետազոտման և զարգացման կենտրոնի ավագ գիտաշխատող

### **Շահերի բախման հայտարարագիր և ֆինանսավորման աղբյուրներ**

Պատասխանատու համակարգողը հայտարարում է շահերի բախման բացակայության վերաբերյալ: Սույն փաստաթղթի մշակման աշխատանքները ֆինանսավորվել են ՀՀ ԱՆ կողմից: Ֆինանսավորող կազմակերպությունները չեն ունեցել որևէ ազդեցություն փաստաթղթի պարունակության կամ ձևավորման վրա:

### **Շնորհակալական խոսք**

Աշխատանքային խումբը իր երախտագիտությունն է հայտնում ուղեցույցների մշակման աշխատանքներին իրենց աջակցությունը, խորհրդատվությունը և մասնագիտական գնահատականը տրամադրած գործընկերներին:

**Ուղեցույցը չի կարող փոխարինել բժշկի որոշումներ ընդունելու հմտություններին անհատ պացիենտի վարման դեպքում և տվյալ կլինիկական իրավիճակի պայմաններում**

### **Բովանդակություն**

Նախաբան

Տեղեկատվության որոնման և գնահատման մեթոդաբանություն

Կլինիկական դրսևորումներ

Լաբորատոր ախտորոշում

Ճառագայթային հետազոտում

Ոչ-դեղորայքային միջոցներ և հակամանրէային պրոֆիլակտիկա

Կլինիկական վարում

Անախտանիշ բակտերիուրիա

Ախտանշանային բակտերիուրիա

Դեղորայքային բուժում

Հակամանրէային բուժման ընդհանուր սկզբունքները

Անախտանիշ բակտերիուրիա

Ստորին միզուղիների վարակ (ցիստիտ)

Վերին միզուղիների վարակ (պիելոնեֆրիտ)

Հակաբակտերիալ պրոֆիլակտիկա

Հատուկ դեպքեր

Երիկամի քար

Բակտերեմիան՝ պիելոնեֆրիտի հետևանք

Գրականության ցանկ

Հավելված 1

Հավելված 2

Հավելված 3

### **Հապավումներ**

ՄՀՎ՝ միզային համակարգի վարակ

մ/մ՝ միջմկանային

ն/ե՝ ներերակային

RR (relative risk)՝ հարաբերական ռիսկ

CI (confidence interval)՝ վստահելիության միջակայք

## **Նախաբան**

Միզային համակարգի վարակները համարվում են հղիության ընթացքում ամենահաճախ հանդիպող բարդություններից [22]: Ավանդաբար ՄՀՎ-ները դասակարգվում են՝ միզային համակարգի ստորին հատվածների (սուր ցիստիտ) և վերին հատվածների (սուր պիելոնեֆրիտ) վաակների: ՄՀՎ նախատրամադրող գործոնը համարվում է բակտերիուրիան:

Անախտանիշ բակտերիուրիան բնորոշվում է որպես մեզ դրական բակտերիոլոգիական քննություն՝ առանց կլինիկական դրսևորումների և հանդիպում է 2-7% հղիությունների դեպքում [24]: Անախտանիշ բակտերիուրիայի հանդիպման հաճախականությունը հղի և ոչ հղի կանանց շրջանում միևնույնն է, սակայն հղի կանանց մոտ բարդությունների առաջացման հավանականությունը զգալի մեծ է: Դրա պատճառներից մեկը այն է, որ հղիությունը ուղեկցվում է պրոգեստերոնի բարձր մակարդակով, ինչը բերում է միզուղիների լայնացման և մեզի արտահոսքի խանգարման, ինչը էապես մեծացում է բակտերիուրիայի առաջացման ռիսկը: Հղի արգանդի մեխանիկական ճնշումը հետագայում նույնպես մեծացնում է անախտանիշ բակտերիուրիայի և կլինիկապես դրսևորվող վարակի ռիսկը:

Անախտանիշ բակտերիուրիայի առկայության դեպքում մեծանում է վաղաժամ ծննդաբերությունների ռիսկը և ծննդաբերությունները՝ փոքր քաշով նորածիններով [18]: Հետագայում հետազոտությունները ցույց տվեցին, որ անախտանիշ բակտերիուրիայի բուժումը հղիության ժամանակ զգալիորեն փոքրացնում է վերոնշյալ բարդությունների հանդիպման հավանականությունը: Բակտերիուրիայի ժամանակին հայտնաբերումը և բուժումը նպաստում է ոչ միայն կլինիկապես դրսևորված վարակի կանխարգելմանը, այլև ծննդաբերության վերոնշյալ ռիսկերի նվազմանը:

## **Տեղեկատվության որոնման և գնահատման մեթոդաբանություն**

Սույն կլինիկական ուղեցույցը մշակվել է Հայաստանի մանկաբարձ-գինեկոլոգների և նեոնատոլոգների ասոցիացիայի անդամների կողմից: Ուղեցույցի գրականական աղբյուր են հանդիսացել Իռլանդիայի բժիշկների թագավորական քլոեջի Մանկաբարձների և գինեկոլոգների ինստիտուտի ուղեցույցը (RCPI; Management of Urinary Tract Infections in Pregnancy), ինչպես նաև PubMed, EMBASE, Cochrane Library, National Guideline Clearinghouse և UpToDate շտեմարանների արդի տվյալները: Սկզբնաղբյուր հանդիսացող փաստաթղթերում տեղեկատվության որակը և ցուցումների ուժը չի գնահատվել ըստ Ցուցումների ուսումնասիրման, ստեղծման և գնահատման դասակարգման համակարգի (GRADE): Սույն ուղեցույցում տրված տեղեկատվությունը և խորհուրդները հիմնված են առկա կլինիկական փորձարկումների, դիտորդական հետազոտությունների և համեմատական հետազոտությունների համակարգային վերանայման վրա: Համացանցում որոնումը կատարվել է հետևյալ բանալի բառերի միջոցով՝ “pregnancy”, “lower urinary tract infection”, “lower uti”, “pyelonephritis”, “asymptomatic bacteriuria”, “cystitis”, “urethritis”, “upper urinary tract infection”, “upper uti” և “renal abscess”: Որոնման լեզուն եղել է անգլերենը, որոնումը կատարվել է 1994-2017 թվականներին հրապարակված փաստաթղթերի միջև: Որոնվող փաստաթղթերի տեսակները սահմանվել են՝ կլինիկական փորձարկումներ, համեմատական հետազոտություններ, ուղեցույցներ, մետա-անալիզներ, դիտորդական հետազոտություններ, համակարգային վերանայումներ: Ուղեցույցում տրվող առանցքային խորհուրդները ներկայացված են Հավելված 1-ում: Ուղեցույցի տեղայնցաման գործընթացն իրականացվել է համաձայն միջազգային ADAPTE մեթոդաբանության: Բոլոր խորհուրդները քննարկվել և հավանության են արժանացել Հայաստանի մանկաբարձ-գինեկոլոգների և նեոնատոլոգների ասոցիացիայի անդամների կողմից (արձանագրությունը կցվում է): Սույն փաստաթուղթը ենթակա է պարբերական թարմացումների և/կամ խմբագրման յուրաքանչյուր 5 տարին մեկ կամ ավելի հաճախակի՝ կախված տվյալ ոլորտում նոր գիտագործնական տեղեկատվության ի հայտ գալուց: Ուղեցույցը նախատեսված է հղիության ընթացքում միզուղիների վարակների վարման մեջ ներառված մասնագետների համար՝ մանկաբարձ-

գինեկոլոգներ, ուրոլոգներ, մանկաբարձներ, վարակաբաններ, մանրէաբաններ, ինչպես նաև առողջապահության կազմակերպիչներ:

**Կլինիկական դրսևորումներ**

Անախտանիշ բակտերիուրիան չունի որևէ կլինիկական դրսևորում: Հղիության ընթացքում զարգացող բորբոքումը կարող է դրսևորվել որովայնի ստորին հատվածի ցավով, հաճախամիզությամբ, արյունամիզությամբ, սրտխառնոցով, տենդով և այն բոլոր դեպքերում, երբ առկա է պիելոնեֆրիտ, ընդհանուր բորբոքման նշաններին ավելանում է ցավը գոտկատեղում:

Սուր պիելոնեֆրիտի դեպքում կա համակարգային բորբոքային պրոցեսի՝ սեպսիսի զարգացման ռիսկ, և որոշ դեպքերում կա ռիսկ սուր շնչական դիսթրեսի զարգացման ռիսկ: Չբուժված պիելոնեֆրիտը կարող է բերել արսցեսի գոյացման և թարախակալման:

Հղիության ժամանակ հաճախամիզությունը հաճախ հանդիպող երևույթ է, քանի որ հղի արգանդը սեղմում է միզապարկին, հետևաբար չի կարող հանդիսանալ էական նշան: Որոշ դեպքերում տենդը և փսխումը կարող են լինել միակ նշանները:

Միզային համակարգի վարակների ախտորոշման առկա ալգորիթմները հղի կանանց համար ունեն ցածր սպեցիֆիկություն:

**Աղյուսակ 1. Կլինիկական դրսևորումները**

Անախտանիշ բակտերիուրիա	Ստորին ՄՀՎ	Վերին ՄՀՎ
Կլինիկական նշաններ և ախտանշաններ չկան	Հաճախամիզություն	Տենդ
	Դիզուրիա	Գոտկային հատվածի ցավ
	Ենթատենդային ջերմություն	Դիզուրիա
	Վերցայլային ցավ	

## **Լաբորատոր ախտորոշում**

Անախտանիշ բակտերիոլոգիայի սկրինինգը անհրաժեշտ է անցկացնել բոլոր կանանց շրջանում հղիության 12-16 շաբաթական ժամկետում:

Անախտանիշ բակտերիոլոգիա ախտորոշումը դրվում է որոշակի բակտերիալ ֆլորայի աճի դեպքում, որը ստացվում է «մաքուր վերցված» մեզի հետազոտության դեպքում: «Մաքուր վերցված» մեզ նշանակում է մեզի շիթի միջին հատվածի նմուշառում արտաքին սեռական օրգանների վնասումից հետո՝ հեշտոցի կամ մաշկի ֆլորայով մեզի աղտոտումը նվազեցնելու նպատակով:

Մեզի մանրադիտակային զննումը և բակտերիաբանական հետազոտությունը համարվում են անախտանիշ բակտերիոլոգիայի ախտորոշման ոսկե ստանդարտ: Այնուամենայնիվ, հնարավոր է պահանջվի մինչև 48 ժամ հետազոտությունների պատասխանների ստացման համար: Այդ պատճառով, առաջարկվել են տարբեր սկրինինգային հետազոտություններ: Մեզով ներծծված ռեագենտի թեստավորումը համարվում է էժան, արագ և հեշտ հետազոտություն անախտանիշ բակտերիոլոգիայի հայտնաբերման համար: Սակայն, հետազոտությունները ցույց են տալիս, որ տվյալ մեթոդի զգայունությունը տատանվում է 50-90%, իսկ սպեցիֆիկությունը՝ 83-94% միջակայքում [7]:

Մեկ այլ ուսումնասիրություն համեմատելով մեզի ցենտրիֆուգումը, մեզի ներկումը ըստ Գրամի, մեզով ներծծված ռեագենտի թեստավորումը առանձին-առանձին, կամ միասին վերցված, ցույց տվեց կեղծ բացասական արդյունքների մեծ քանակ:

Մեզի բակտերիաբանական քննությունը, բացի 80% զգայունությունից, նաև հնարավորություն է տալիս հակաբիոտիկային զգայունության որոշման միջոցով ընտրել համապատասխան հակաբիոտիկ բուժման համար:

## **Ճառագայթային հետազոտում**



Միզային համակարգի ճառագայթային հետազոտությունը ցուցված է բոլոր այն դեպքերում, երբ կասկած կա պիելոնեֆրիտի, կամ բակտերիուրիան դանդաղ է արձագանքում բուժմանը: Այն ուղղված է երիկամների զարգացման անոմալիաները կամ քարերի առկայությունը բացահայտելուն:

Ճառագայթային հետազոտությունը ցուցված է նաև այն դեպքերում, երբ կա երիկամային արքցեսի կասկած, հեմատուրիայի առկայություն կամ չարորակ պրոցեսի կասկած: Ուլտրաձայնային հետազոտությունը հանդիսանում է հղիության ընթացքում միզային համակարգի հետազոտության ճառագայթային հետազոտման ընտրության մեթոդ [16]:

### **Ոչ-դեղորայքային միջոցներ և հակամանրէային պրոֆիլակտիկա**

Պիելոնեֆրիտը կարող է կրկնվել հղիության ընթացքում: Ուսումնասիրություններից մեկը ցույց է տվել, որ մոտավորապես 20% դեպքերում պիելոնեֆրիտը կրկնվում է հղիության ընթացքում կամ հետծննդյան շրջանում [43]:

2008թ. Կոհրեյնյան վերանայումը, որը ներառում է 10 հետազոտություններ, ցույց է տվել, որ լոռամրգի հյութի օգտագործումը էապես նվազեցնում է ՄՀՎ թիվը, սակայն բացակայում են տվյալները լոռամրգի հյութի ընդունման քանակի և օպտիմալ ժամկետների վերաբերյալ [11]:

Բակտերիուրիայի կրկնության կանխարգելումը ունի երկու ուղղվածություն՝ դեղորայքային և ոչ-դեղորայքային: Կոհրեյնյան վերանայումը ցույց տվեց, որ ցածր դեղաչափերով նիտրոֆուրանտոյինի կիրառումը չունի որևէ էական նշանակության կրկնության կանխարգելման հարցում, ինչպես նաև տվյալ խմբում չի փոքրացնում վաղաժամ ծննդաբերության ռիսկը [44]:

Նիտրոֆուրանտոյինի կիրառումը և սերտ վերահսկողական քաղաքականությունը նվազեցրել է անախտանիշ բակտերիուրայի մակարդակը և ընդգծել կրկնվող ՄՀՎ-ների ռիսկի նվազեցման վրա նիտրոֆուրանտոյինի ազդեցությունն ուսումնասիրող մեծ ծավալով պատահական բաշխմամբ վերահսկվող փորձարկումների անհրաժեշտությունը:

## Կլինիկական վարում

### Անախտանիշ բակտերիուրիա

- Անախտանիշ բակտերիուրիայի հակաբակտերիալ բուժումը հղիության ընթացքում նվազեցնում է միզուղիների վարակի, վաղաժամ ծննդաբերության և ցածր քաշով նորածինների ծնվելու ռիսկը:
- Բոլոր կանայք պետք է հետազոտվեն բակտերիուրիայի որոշման համար առաջին նախաձննդյան այցի ժամանակ:
- Բակտերիուրիայով հղիների բուժումը անհրաժեշտ է անցկացնել հաշվի առնելով հղիության ժամկետը և հակաբիոտիկի զգայունությունը:
- Հակաբիոտիկի ընտրության հարցում օգտվել տեղական և միջազգային ուղեցույցներից:
- 7 օր տևող բուժման կուրսը հիմնականում համարվում է լիարժեք:
- Տրիմետոպրիմի օգտագործումը հակացուցված է հղիներին, ովքեր ունեն ֆոլաթթվի անբավարարություն:

### Ախտանշանային բակտերիուրիա

- Մեզի բակտերիաբանական քննությունը նախընտրելի հետազոտություն է ախտանշանային բակտերիուրիայի համար:
- Հակաբիոտիկի ընտրությունը անհրաժեշտ է կատարել օգտվելով տեղական ուղեցույցներից:
- Անհրաժեշտ է վերցնել մեզի ցանքսը նախքան հակաբակտերիալ էմպիրիկ բուժում սկսելը:
- Կանայք, ովքեր ունեն ախտանշանային բակտերիուրիա համակարգային բորբոքման նշաններով, պետք է ստանան ներերակային հակաբիոտիկներ, մեզի և արյան ցանքսին համապատասխան:
- Այն դեպքերում, երբ կլինիկական բարելավում տեղի չի ունենում 24 ժամվա ընթացքում կամ առկա են ուղեկցող հիվանդություններ, անհրաժեշտ է ներգրավել հավելյալ ավագ մասնագետի և մանրէաբանի:

- Կրկնման դեպքում կամ երիկամների ախտահարման կասկածի դեպքում անհրաժեշտ է կատարել երիկամների ուլտրաձայնային հետազոտություն:

## **Դեղորայքային բուժում**

### **Հակամանրէային բուժման ընդհանուր սկզբունքները**

Ճիշտ հակաբիոտիկի օգտագործումը համարվում է միզուղիների վարակով հղիների բուժման կարևոր մասը: Ոչ միայն կարևոր է ընտրել ճիշտ դեղորայքը, այլև ուշադրություն պետք է դարձնել ճիշտ դեղաչափմանը և բուժման տևողությանը: Արդյունավետ բուժման դեպքում ակնկալվում է նվազեցնել մայրական սեպսիսի, պիելոնեֆրիտի, վաղաժամ ծննդաբերության և ցածր քաշով նորածինների ծնվելու ռիսկերը: Ուշադրություն պետք է դարձնել նաև դեղորայքի տերատոգենությանը: Սա կարող է լինել շատ ավելի բարդ, երբ հղին ունի դեղորայքային ավերգիա:

[www.antibioticprescribing.ie](http://www.antibioticprescribing.ie) կայքում առկա են ուղեցույցներ հղիության ընթացքում հակաբակտերիալ բուժման դեղորայքի ընտրության վերաբերյալ:

Հիվանդանոցների նկատմամբ հիմնական պահանջներից են՝

- Յուրաքանչյուր հիվանդանոց պետք է ունենա համապատասխան բուժանձնակազմ, որն ունակ է կիրառել համապատասխան հակաբակտերիալ բուժում պիելոնեֆրիտի առկայության դեպքում:
- Բոլոր առաջատար հիվանդանոցները պետք է ունենան մանրէաբանի կամ վարակաբանի 24-ժամյա հասանելիություն:
- Բոլոր առաջատար հիվանդանոցները պետք է ունենան մեկ կամ ավել կլինիկական դեղագետներ՝ հիվանդանոցում հակաբիոտիկների կիրառման իրավասությամբ:
- Հիվանդները պետք է տեղեկացված լինեն հակաբակտերիալ բուժման ռիսկերի և հնարավոր բացասական ելքերի վերաբերյալ:
- Լաբորատորիաները պետք է իրականացնեն հակաբիոտիկային կայունության տեղային վերահսկողություն, ներառյալ հակաբիոգրամների տարեկան վերանայումներ: Զգայունության արդյունքները հնարավորության դեպքում պետք է

թողարկվեն սահմանափակ ձևով: Բոլոր հիվանդանոցները պետք է ունենան հակաբիոտիկների դուրս գրման տեղային կամ շրջանային ուղեցույցներ՝ հիմնված հակաբիոտիկային կայունության տեղային տվյալների վրա:

## **Անախտանիշ բակտերիուրիա**

Կոհրեյնյան վերանայումները ցույց տվեցին անախտանիշ բակտերիուրիայի հակաբակտերիալ բուժման առավելությունը պլացեբոյի կամ բուժման բացակայության նկատմամբ հետևյալ հարցերում [30]՝

- Անախտանիշ բակտերիուրիայի վերացում (RR 0.25, 95% CI 0.14-0.48)
- Պիելոնեֆրիտի ռիսկի նվազեցում (RR 0.23, 95% CI 0.13-0.41)
- Փոքր քաշով նորածիններով ծնունդների քանակի նվազեցում (RR 0.66, 95% CI 0.49-0.89)

Կոհրեյնյան վերանայումները, որոնք նվիրված են հակաբակտերիալ բուժման տարբեր սխեմաներին, էական առավելություն չեն հայտնաբերել որևէ սխեմայում, հետևաբար խորհուրդ է տրվում առավելությունը տալ քիչ կողմնակի ազդեցություններ ունեցող, հասանելի և մատչելի դեղորայքին [9]:

Կոհրեյնյան երրորդ վերանայումը, որը ներառում էր 1622 հղի կին 13 հետազոտություններում, ցույց տվեց, որ հակաբակտերիալ բուժման 7-օրյա կուրսը ունի մեծ առավելություն 1 օրվա կուրսի համեմատ [40]:

Առաջարկվում են բուժման հետևյալ սխեմաները՝

- Ամոքսիցիլին+կլավուլանաթթու 625 մգ օրը 3 անգամ, 5 [37] կամ 7 օր [6]
- Ցեֆուրոքսիմ 250 մգ [1] կամ 500 մգ օրը 2 անգամ, 5 օր [37]
- Ցեֆալոթր 500 մգ, 5-7 օր, պենիցիլինայի թեթև գերզգայունություն ունեցող կանանց համար [32]
- Ֆոսֆոմիցին 3 գ միանվագ [6, 1, 37, 42, 34], նշված հետազոտություններից երկրորդը կատարվել է հղիության միայն 2-րդ եռամսյակում
- Նիտրոֆուրանտոյին 100 մգ օրը 2 անգամ, 7 օր

Հակաբակտերիալ բուժման ընտրության հարցում անհրաժեշտ է ուշադրություն դարձնել նաև դեղորայքի ներծծման ունակությանը և տերատոգենությանը:

### **Ստորին միզուղիների վարակ (ցիստիտ)**

Կոհրեյնյան վերանայումները բուժման որևէ սխեմայում առավելություն չեն հայտնաբերել: Կարելի է առաջարկել հետևյալ սխեմաները՝

- Ֆոսֆոմիցին 3 գ միանվագ [15]
- Ցեֆտիբութեն 400 մգ, 3 օր [15]

Ֆոսֆոմիցինից բացի, հակաբիոտիկներ օգտագործելիս անհրաժեշտ է օգտվել 7-օրյա կուրսից: Բակտերիուրիայի վերացումը հաստատելու համար բուժման ավարտից մեկ շաբաթ անց պետք է կրկնել մեզի բակտերիաբանական քննությունը: Հղիության ժամանակ անախտանիշ բակտերիուրիայի և միզուղիների ստորին հատվածների վարակի բուժման տարբերակները տես Հավելված 2-ում:

### **Վերին միզուղիների վարակ (պիելոնեֆրիտ)**

Առկա են միջազգային մի շարք ուղեցույցներ: Մի փոքր հետազոտություն, որում ներգրավված էին 67 կին, համեմատել է ներերակային բուժումը մինչ պացիենտի 48 ժամ աֆեբրիլ լինելը համակցված բուժման հետ, որի դեպքում ներերակային բուժումից հետո պացիենտն ընդունել է բերենացի հակաբիոտիկներ մինչ 10-օրյա կուրսի ավարտը [2]: Արդյունքում, առաջին խմբում վարակը կրկնվել է 12.9%, իսկ երկրորդ խմբում՝ 5.6% դեպքերում:

Կիրառված հակաբակտերիալ բուժման սխեմաները հետևյալն են՝

- Ցեֆտրիաքսոն ն/ե 1 գ մինչև 48 ժամ աֆեբրիլ լինելը, ապա բերանացի ցեֆալեքսին 500 մգ օրը 4 անգամ, 10 օր [28]
- Ցեֆազոլին ն/ե 1 գ կամ 2 գ, ապա բերանացի ցեֆալեքսին 500 մգ օրը 4 անգամ, 10 օր [19, 28]

- Ցեֆտրիաքսոն մ/մ երկու դեղաչափի, ապա բերանացի ցեֆալեքսին 500 մգ օրը 4 անգամ, 10 օր [19, 41]

Պիեղնեֆրիտի առկայության դեպքում անհրաժեշտ է սահմանել նվազագույնը 48-ժամյա հսկողություն: Պիեղնեֆրիտի բուժման տարբերակները տես Հավելված 3-ում:

### **Հակաբակտերիալ պրոֆիլակտիկա**

Հակաբակտերիալ պրոֆիլակտիկա իրականացվում է հետևյալ խմբի հղիների շրջանում՝

- Հղիության ընթացքում պիեղնեֆրիտ
- Միզուղիների կառուցվածքային անկանոնություն, որը կարող է բերել մեզի հոսքի խանգարման
- Միզուղիների կրկնվող վարակ [5]

Երիկամների փոխապատվաստում կամ ռեկոնստրուկտիվ վիրահատություն տարած հղիները պետք է գտնվի նեֆրոլոգի, գինեկոլոգի և տրանսպլանտացիա իրականացնող խմբի անմիջական հսկողության տակ: Անհրաժեշտ է օգտվել հատուկ ուղեցույցներից և յուրաքանչյուր դեպքի համար մշակել բուժման պլան:

### **Հատուկ դեպքեր**

#### **Երիկամի քար**

Այս խմբի կանայք պետք է գտնվեն խիստ հսկողության տակ, քանի որ նրանց մոտ բարձր է պիեղնեֆրիտի և սեպսիսի առաջացման ռիսկը: Այս թեմայով միջազգային ուղեցույցներ դեռևս գոյություն չունեն, սակայն առկա են երկու դիտորդական հետազոտություններ, որոնք կատարել են հղիության ժամանակ երիկամի քարի բուժման տարբերակների վերանայում [10, 26]: Յուրաքանչյուր դեպք պետք է քննարկվի նեֆրոլոգի, ուրոլոգի և գինեկոլոգի հետ համատեղ:

## **Բակտերեմիան՝ պիելոնեֆրիտի հետևանք**

Տվյալ խմբի կանայք կարիք ունեն ավելի երկարատև ներերակային հակաբակտերիալ բուժման, ելնելով կլինիկական վիճակից և պտղի վիճակից: Ներերակային հակաբիոտիկների անցումը հաբերի կարող է հետաձգվել, ելնելով հղիի վիճակից: Դեպքը պետք է քննարկվի մանկաբարձների և վարակաբանների հետ համատեղ:

## **Գրականության ցանկ**

1. Bayrak, O., Cimentepe, E., Inegol, I., Atmaca, A. F., Duvan, C.,I., Koc, A. & Turhan, N. O. (2007). "Is single-dose fosfomycin trometamol a good alternative for asymptomatic bacteriuria in the second trimester of pregnancy?" *International Urogynecology Journal and Pelvic Floor Dysfunction*, 18: 525-9.
2. Brost, B.C., Campbell, B., Stramm, S., Eller, D. & Newman, R.B. (1996). "Randomized clinical trial of antibiotic therapy for antenatal pyelonephritis." *Infectious Diseases in Obstetrics and Gynecology*, 4: 294-7.
3. Chan, T.K., Todd, D., & Tso, S.C. (1976). "Drug-induced haemolysis in glucose- 6-phosphate dehydrogenase deficiency." *British Medical Journal*, 2: 1227-9.
4. Cunningham, F. G. & Lucas M. J. (1994). "Urinary tract infections complicating pregnancy." *Baillieres Clinical Obstetrics and Gynaecology*, 8: 353-73.
5. Epp, A., Larochelle, A., Lovatsis, D., Walter, J.E., Easton, W., Farrell, S. A., Girouard, L., Gupta, C., Harvey, M. A., Robert, M., Ross, S., Schachter, J., Schulz, J. A., Wilkie, D., Ehman, W., Domb S., Gagnon, A., Hughes, O., Konkin J., Lynch, J., Marshall, C., The Society of Obstetricians & Gynaecologists of Canada.(2010). "Recurrent urinary tract infection." *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, 32: 1082-101.
6. Estebanez Stebanez, A., Pascual, R., Gil, V., Ortiz, F., Santibanez, M. & Perez Barba, C. (2009). "Fosfomycin in a single dose versus a 7-day course of amoxicillin-clavulanate for the treatment of asymptomatic bacteriuria during pregnancy." *European Journal of Clinical Microbiology & Infectious Diseases*, 28: 1457-64.

7. Etherington, I. J. & James, D. K. (1993). "Reagent strip testing of antenatal urine specimens for infection." *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 100: 806-8.
8. Group, S. H. A. S. W. (2009). "Guidelines for Antimicrobial Stewardship in Hospitals in Ireland."
9. Guinto, V. T., De Guia, B., Festin, M. R. & Dowswell, T. (2010). "Different antibiotic regimens for treating asymptomatic bacteriuria in pregnancy." *Cochrane Database Systematic Review*, Cd007855.
10. Hoscan, M. B., Ekinçi, M., Tunckiran, A., Oksay, T., Ozorak, A. & Ozkardes, H. (2012). "Management of symptomatic ureteral calculi complicating pregnancy." *Urology*, 80: 1011-4.
11. Jepson, R. G. & Craig, J. C. (2008). "Cranberries for preventing urinary tract infections." *Cochrane Database Systematic Review*, Cd001321.
12. Jido, T. A. (2014). "Urinary tract infections in pregnancy: evaluation of diagnostic framework." *Saudi Journal of Kidney Diseases and Transplantation*, 25: 85-90.
13. Kenyon, S. L., Taylor, D. J. & Tarnow-Mordi, W. (2001)a "Broad-spectrum antibiotics for preterm, prelabour rupture of fetal membranes: the ORACLE I randomised trial." ORACLE Collaborative Group. *Lancet*, 357: 979-88.
14. Kenyon, S. L., Taylor, D. J. & Tarnow-Mordi, W. (2001)b. "Broad-spectrum antibiotics for spontaneous preterm labour: the ORACLE II randomised trial." ORACLE Collaborative Group. *Lancet*, 357: 989-94.
15. Krcmery, S., Hromec, J. & Demesova, D. (2001). "Treatment of lower urinary tract infection in pregnancy." *International Journal of Antimicrobial Agents*, 17: 279-82.
16. Masselli, G., Derme, M., Bernieri, M. G., Poletini, E., Casciani, E., Monti, R., Laghi, F., Framarino-Dei-Malatesta, M., Guida, M., Brunelli, R. & Gualdi, G. (2014). "Stone disease in pregnancy: imaging-guided therapy." *Insights Imaging*, 5: 691-6.
17. McNair, R. D., MacDonald, S. R., Dooley, S. L. & Peterson, L. R. (2000). "Evaluation of the centrifuged and Gram-stained smear, urinalysis, and reagent strip testing to detect asymptomatic bacteriuria in obstetric patients." *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 82: 1076-9.
18. Millar, L. K. & Cox, S. M. (1997). "Urinary tract infections complicating pregnancy." *Infectious Disease Clinics of North America*, 11: 13-26.



19. Millar, L. K., Wing, D. A., Paul, R. H. & Grimes, D. A. (1995). "Outpatient treatment of pyelonephritis in pregnancy: a randomized controlled trial." *Obstetrics & Gynecology*, 86: 560-4.
20. Network, S. I. G. (2012). Sign 88 "Management of suspected bacterial urinary tract infection in adults."
21. Nordeng, H., Lupattelli, A., Romoren, M. & Koren, G. (2013). "Neonatal outcomes after gestational exposure to nitrofurantoin." *Obstetrics & Gynecology*, 121: 306-13.
22. Overturf, C. M., Smith, A. M., Engelbert-Fenton, K. A., Elster, A. B. & Geiger, C. J. (1992). "Potential role of energy and nutrient intakes in decreasing the incidence of genitourinary tract infections in pregnant adolescents." *Journal of the American Dietetic Association*, 92: 1513-5.
23. Pastore, L. M., Savitz, D. A. & Thorp, J. M., JR. (1999). "Predictors of urinary tract infection at the first prenatal visit." *Epidemiology*, 10: 282-7.
24. Patterson, T. F. & Andriole, V. T. (1997). "Detection, significance, and therapy of bacteriuria in pregnancy. Update in the managed health care era." *Infectious Disease Clinics of North America*, 11: 593-608.
25. Perera, J. (2009). "Asymptomatic bacteriuria in pregnancy." *Sri Lanka Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 31: 108-9.
26. Rosenberg, E., Sergienko, R., Abu-Ghanem, S., Wiznitzer, A., Romanowsky, I., Neulander, E. Z. & Sheiner, E. (2011). "Nephrolithiasis during pregnancy: characteristics, complications, and pregnancy outcome." *World Journal of Urology*, 29: 743-7.
27. Rouse, D. J., Andrews, W. W., Golderberg, R. L. & Owen, J. (1995). "Screening and treatment of asymptomatic bacteriuria of pregnancy to prevent pyelonephritis: a cost-effectiveness and cost-benefit analysis." *Obstetrics & Gynecology*, 86: 119-23.
28. Sanchez-Ramos, L., McAlpine, K. J., Adair, C. D., Kaunitz, A. M., Delke, I. & Briones, D. K. (1995). "Pyelonephritis in pregnancy: once-a-day ceftriaxone versus multiple doses of cefazolin. A randomized, double-blind trial." *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 172: 129-33.
29. Shelton, S. D., Boggess, K. A., Kirvan, K., Sedor, F. & Herbert, W. N. (2001). "Urinary interleukin-8 with asymptomatic bacteriuria in pregnancy." *Obstetrics & Gynecology*, 97: 583-6.

30. Smaill, F. (2000). "Antibiotics for asymptomatic bacteriuria in pregnancy."Cochrane Database Systematic Review, Cd000490.
31. Smaill, F. & Vazquez, J. C. (2007). "Antibiotics for asymptomatic bacteriuria in pregnancy."Cochrane Database Systematic Review, Cd000490.
32. Stamatiou, K., Alevizos, A., Petrakos, G., Lentzas, I., Papathanasiou, M., Mariolis, A., Panagopoulos, P. & Sofras, F. (2007). "Study on the efficacy of cefaclor for the treatment of asymptomatic bacteriuria and lower urinary tract infections in pregnant women with a history of hypersensitivity to penicillin."Clinical and Experimental Obstetrics & Gynecology, 34: 85-7.
33. Stenqvist, K., Sandberg, T., Lidin-Janson, G., Orskov, F., Orskov, I. & SvanborEden, C. (1987). "Virulence factors of Escherichia coli in urinary isolates from pregnant women."The Journal of Infectious Diseases, 156: 870-7.
34. Thoumsin, H., Aghayan, M. & Lambotte, R. (1990). "Single dose fosfomycin trometamol versus multiple dose nitrofurantoin in pregnant women with bacteriuria: preliminary results."Infection, 18 Suppl 2: S94-7.
35. Towers, C. V., Kaminskas, C. M., Garite, T. J., Nageotte, M. P. & Dorchester, W. (1991). "Pulmonary injury associated with antepartum pyelonephritis: can patients at risk be identified?"American Journal of Obstetrics & Gynecology, 164: 974-8; discussion 978-80.
36. Transplantation, E. E. G. O. R. (2002). "European best practice guidelines for renal transplantation. Section IV: Long-term management of the transplant recipient. IV.10. Pregnancy in renal transplant recipients."Nephrology Dialysis Transplantation, 17 Suppl 4: 50-5.
37. Usta, T. A., Dogan, O., Ates, U., Yucel, B., Onar, Z. & Kaya, E. (2011). "Comparison of single-dose and multiple-dose antibiotics for lower urinary tract infection in pregnancy."International Journal of Gynecology & Obstetrics, 114: 229-33.
38. Vazquez, J. C. & Abalos, E. (2011). "Treatments for symptomatic urinary tract infections during pregnancy."Cochrane Database Systematic Review, Cd002256.
39. Villar, J., Gulmezoglu, A. M. & De Onis, M. (1998). "Nutritional and antimicrobial interventions to prevent preterm birth: an overview of randomized controlled trials."Obstetrical & Gynecological Survey, 53: 575-85.

40. Widmer, M., Gulmezoglu, A. M., Mignini, L. & Roganti, A. (2011). "Duration of treatment for asymptomatic bacteriuria during pregnancy."Cochrane Database Systematic Review,Cd000491.
41. Wing, D. A., Hendershott, C. M., Debuque, L. & Millar, L. K. (1999). "Outpatient treatment of acute pyelonephritis in pregnancy after 24 weeks."Obstetrics & Gynecology, 94: 683-8.
42. Zinner, S. (1990). "Fosfomycin trometamol versus pipemidic acid in the treatment of bacteriuria in pregnancy."Chemotherapy, 36 Suppl 1: 50-2.
43. McCormick, T., Ashe, R. G., Kearney, P. M. (2008). "Urinary tract infection in pregnancy" The Obstetrician & Gynaecologist, 10: 156-162
44. Schneeberger, C., Geerlings, S. E., Middleton, P., Crowther, C. A. (2015). "Interventions for Preventing Recurrent Urinary Tract Infection During Pregnancy" Cochrane Database Syst Rev, 11

**Հիմնական խորհուրդներ**

Հղիության 12-26 շաբաթական ժամկետում բոլոր հղիները պետք է հետազոտվեն անախտանիշ բակտերիոբիայի կապակցությամբ:
Եթե բուժմանը դժվար է ենթարկվում կամ զարգանում է պիելոնեֆրիտ, ցուցված է միզային համակարգի ՈւՁՀ:
Հղի կանանց, ովքեր ունեն ֆոլաթթվի անբավարարություն, հակացուցված է տրիմետոպրիմի նշանակումը:
Նախքան էմպիրիկ բուժում սկսելը, վերցնել մեզի բակտերիաբանական քննություն:
Ախտանշանային բակտերիոբիայով, վարակի նշաններով հղիներին ցուցված է հակաբիոտիկների ներերակային օգտագործում, համապատասխան բակտերիաբանական քննության արդյունքների:
Հակաբակտերիալ բուժման սխեման ընտրելիս անհրաժեշտ է հաշվի առնել դեղորայքի տերատոգենությունը և ներծծումը:
Անհրաժեշտ է ներգրավել ավագ մասնագետի բոլոր այն դեպքերում, երբ բուժումը սկսելուց 24 ժամ անց կլինիկորեն լավացում չի դիտվում:
Մեզի կրկնակի բակտերիաբանական քննություն է ցուցված հակաբակտերիալ բուժման ավարտից մեկ շաբաթ անց՝ համոզվելու, որ բակտերիոբիան բուժվել է:
Նիտրոֆուրանտոյինի օգտագործումը անհրաժեշտ է սահմանափակել ծննդաբերության մոտ ժամկետներում, նեոնատալ հեմոլիզից խուսափելու համար:

**Հղիության ժամանակ անախտանիշ բակտերիոբիայի և միզուղիների ստորին հատվածների վարակի բուժման տարբերակներ**

Դեղորայք	Դեղաչափ*	Նշումներ
Նիտրոֆուրանտոյին	50 մգ օրը 4 անգամ կամ 100 մգ օրը 2 անգամ, 7 օր (100 մգ օրը 2 անգամ	· Կիրառելի չէ 36 շաբաթական հղիությունից հետո կամ

	<p>տարբերակը միայն դանդաղ ձերբազատումով Մակրոբիդ դեղորայքի համար է)</p>	<p>երբ ծննդաբերությունն անխուսափելի է, նորածինների մոտ հեմոլիզի և հետագա դեղնուկի առաջացման ռիսկի պատճառով [21]</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>· Կիրառելի չէ երիկամային անբավարարության դեպքում</li> <li>· Չկիրառել, եթե պացիենտն ունի գլյուկոզ-6-ֆոսֆատ դեհիդրոգենազի (Գ6ՖԴ) անբավարարության պատմություն, քանի որ այդ դեպքում կարող է տեղի ունենալ հեմոլիզ</li> </ul>
<p>Ամոքսիցիլին</p>	<p>500 մգ օրը 3 անգամ, 7 օր</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Կիրառելի չէ պենիցիլինային ալերգիայի դեպքում</li> <li>· Կիրառելի չէ ՄՀՎ-ների էմպիրիկ բուժման դեպքում և պետք է միայն կիրառվի զգայունության տվյալների առկայության դեպքում</li> <li>· Լավ բուժական ընտրություն է B խմբի ստրեպտոկոկային բակտերիոբիայի դեպքում, քանի որ ունի ավելի լավ ներծծման մակարդակ, քան բերանացի պենիցիլինը</li> </ul>

Ֆոսֆոմիցին	3 գ միանվագ	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Կարող է օգտակար լինել բազմադեղորայք-կայուն դեպքերում</li> <li>• Կարող է օգտակար լինել այն պացիենտների դեպքում, ովքեր կոֆվարանան պատշաճ ընդունել 7-օրյա կուրսը</li> </ul>
Ամոքսիցիլին+կլավուլանաթթու	625 մգ օրը 3 անգամ, 5-7 օր	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Կիրառելի չէ պենիցիլինային ալերգիայի դեպքում</li> <li>• Առկա է նեկրոտիզացնող էնտերոկոլիտի ռիսկ նորածինների շրջանում [13, 14]</li> </ul>
Ցեֆուրքսիմ արսետիլ	500 մգ օրը 2 անգամ, 7 օր	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Կիրառելի չէ ծանր պենիցիլինային ալերգիայի դեպքում, սակայն կարող է օգտագործվել թեթև պենիցիլինային ալերգիայի դեպքում, համաձայն տեղային ուղեցույցներին</li> </ul>
Ցեֆալեքսին	500 մգ օրը 2 անգամ կամ 3 անգամ, 7 օր	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Կիրառելի չէ ծանր պենիցիլինային ալերգիայի դեպքում, սակայն կարող է օգտագործվել թեթև պենիցիլինային ալերգիայի դեպքում, համաձայն տեղային ուղեցույցներին</li> </ul>

\*Ղեղաչափը նախատեսված է երիկամային և լյարդային նորմալ ֆունկցիաների դեպքում: Եթե առկա է երիկամային կամ լյարդային անբավարարություն, ապա հարկավոր է քննարկել ղեղաչափը վարակաբանի և/կամ հակաբիոտիկային կիրառման իրավասություն ունեցող ղեղագետի հետ:

*Նկատարում. միշտ վերանայել հակաբիոտիկային ընտրությունը ելնելով նախորդ և տվյալ նմուշի զգայունության արդյունքներից*

### Հավելված 3

#### Պիելոնեֆրիտի բուժման տարբերակներ

	Բուժման սխեմաներ	Նշումներ
1-ին ընտրություն	Ցեֆտրիաքսոն 1-2 գ մինչև 48 ժամ աֆերրիլ լինելը, ապա Ցեֆալեքսին 500 մգ օրը 4 անգամ, 10 օր	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Դիտարկել գենտամիցինի ավելացումը, եթե պացիենտը իրեն ընդհանուր լավ չի զգում, ունի սարսուռ կամ թերճնշում</li> <li>· Կիրառելի չէ ծանր պենիցիլինային ալերգիայի դեպքում, բայց կարող է կիրառվել թեթև պենիցիլինային ալերգիայի դեպքում, համաձայն տեղային ուղեցույցների</li> <li>· Դիտարկել ցեֆտրիաքսոնի 2 գ ղեղաչափի կիրառումը 2-րդ/3-րդ եռամսյակում, ելնելով մարմնի բարձր քաշից</li> </ul>

<p>2-րդ ընտրություն</p>	<p>Կլինդամիցին ն/ե 900 մգ օրը 3 անգամ կամ Վանկոմիցին ն/ե 1 գ օրը 2 անգամ (կախված B խմբի ստրեպտոկոկի զգայունության արդյունքներից, եթե առկա են)</p> <p>ԵՎ</p> <p>Գենտամիցին ն/ե 1.5 մգ/կգ օրը 3 անգամ կամ 5 մգ/կգ օրը 1 անգամ մինչև 48 ժամ աֆերրիլ լինելը,</p> <p>ԱՊԱ</p> <p>փոխարինել բերանացի տարբերակով՝ կախված զգայունության արդյունքներից և տերատոգենության ռիսկից</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Կարող է կիրառվել պենիցիլինային ալերգիայի դեպքում</li> <li>· Բերանացի տարբերակի ընտրությունը պետք է կատարել կլինիկական մանրէաբանի հետ համատեղ, վերանայելով զգայունության արդյունքները</li> <li>· Ֆոսֆոմիցինը և նիտրոֆուրանտոյինը կիրառելի բերանացի տարբերակներ չեն պիտլոնեֆրիտի դեպքում</li> <li>· Գենտամիցինի դեղաչափի հաշվարկման համար պետք է օգտագործել հղիության հաշվառման ժամանակ գրանցված քաշը</li> <li>· Առավելագույն թույլատրելի դեղաչափի համար (սովորաբար 480 մգ/օր), ինչպես նաև տոքսիկ մակարդակի վերահսկման համար հետևել տեղային ուղեցույցներին</li> <li>· Վանկոմիցին կամ կլինդամիցին կիրառելու որոշում կայացնելը կախված է B խմբի ստրեպտոկոկի զգայունության</li> </ul>
-------------------------	---	--



		արդյունքներից, եթե առկա են
3-րդ ընտրություն	Ֆիպրոֆլուսացին 750 մգ օրը 2 անգամ, 7 օր	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Հիմնականում օգտագործվում է հետծննդյան շրջանում, հաշվի առնելով տերատոգենությունը</li> <li>· Կրճքով կերակրող կանանց տեղյակ պահել պոտենցիալ խնդիրներից</li> <li>· Համոզվել, որ տեղային կայունության մակարդակը ցածր է 10%-ից</li> <li>· Ունի սահմանափակ ազդեցություն B խմբի ստրեպտոկոկերի դեմ</li> </ul>

*Նկատարում. միշտ վերանայել հակաբիոտիկային ընտրությունը ելնելով նախորդ և փոխալ նմուշի զգայունության արդյունքներից*