

Ўзбекистон Республикаси
Соғлиқни сақлаш вазирининг
2025 йил "23" июндаги
180-сонли буйруғига
2-илова

**ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ ВАЗИРЛИГИ
РЕСПУБЛИКА ИХТИСОСЛАШТИРИЛГАН ОНА ВА БОЛА
САЛОМАТЛИГИ ИЛМИЙ-АМАЛИЙ ТИББИЁТ МАРКАЗИ**

**«КЕСАР КЕСИШ ЖАРРОХЛИК АМАЛИЁТИ»
МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛИ**

ТОШКЕНТ 2025

«КЕЛИШИЛГАН»

РИО ва БСИАТМ директори

Н.С. Надирханова



2025 йил

«КЕСАР КЕСИШ ЖАРРОХЛИК АМАЛИЁТИ» МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛИ

ТОШКЕНТ 2025

**«КЕСАР КЕСИШ ЖАРРОХЛИК АМАЛИЁТИ»
МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛИ**

ТОШКЕНТ 2025

Мундарижа

Кириш қисми	5
Асосий қисм	9
Иловалар.....	37
Фойдаланилган адабиётлар.....	58

1. Кириш қисми

КХТ-10 бўйича кодланиши;

O82	Битта ҳомилалик туғруқ, кесар кесиш амалиёти билан туғдириш
O82.0	Электив кесар кесиш жарроҳлик амалиётини ўтказиш
O82.1	Шошилинич кесар кесиш жарроҳлик амалиётини ўтказиш
O82.8	Бошқа битта ҳомилалик туғруқни кесар кесиш амалиёти билан туғдириш
O82.9	Аниқланмаган кесар кесиш амалиёти билан туғдириш
O84.2	Кўп ҳомилалик туғруқ, тўлиқ кесар кесиш амалиёти билан туғдириш
Ҳавола: https://mkb-10.com/index.php?pid=14494	

КХТ-11 бўйича кодланиши:

JВ22	Битта ҳомилалик туғруқ, кесар кесиш амалиёти билан туғдириш
JВ22.0	Режали кесар кесиш амалиёти билан туғдириш
JВ22.1	Шошилинич кесар кесиш жарроҳлик амалиётини ўтказиш
JВ24.2	Кўп ҳомилалик туғруқ, кесар кесиш амалиёти билан туғдириш
JВ24.3	Кесар кесиш амалиёти ва бошқа туғруқ усуллари қўллаган ҳолда кўп ҳомилали туғруқ
JВ00.3	Туғруқ индукцияси ёки кесар кесиш амалиёти билан муддатидан олдин туғдириш
Ҳавола: https://icd.who.int/ct/icd11_mms/ru/release	

Клиник протоколни ишлаб чиқиш ва қайта кўриб чиқиш санаси: 2025 йил, 2030 йилда қайта кўриб чиқилади ёки далилларга асосланган тиббиёт нуқтаи назаридан сидан янги маълумотлар асосли қўшимчалар/шарҳлар пайдо бўлганда киритилади. Тақдим этилган тавсияларга киритилган ҳар қандай тузатишлар тегишли ҳужжатларда эълон қилинади. Протокол 2021-йилда кесар кесиш амалиёти билан туғиш бўйича миллий клиник протоколнинг янгиланган версиясидир (Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлигининг 30.11.2021 йил 273-сон буйруғи).

Мазкур клиник протоколни ишлаб чиқиш учун масъул муассаса: Республика ихтисослаштирилган она ва бола саломатлиги илмий-амалий тиббиёт маркази.

Мазкур клиник протокол ва стандарт Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазир ўринбосари Баситханова Э.И, Тиббий суғурта бошқармаси бошлиғи Ш. Алмарданов, клиник протоколлар ва стандартларни ишлаб чиқиш ва жорий этиш бўлими бошлиғи Ш.Р. Нуримова бошчилигида, клиник протоколлар ва стандартларни ишлаб чиқиш ва жорий этиш бўлими бош мутахассиси Г. Джумаева ва етакчи мутахассиси Н.Рахимовалар томонидан мутахассисларининг ташкилий ва услубий кўмагида ишлаб чиқилган.

Ишчи гуруҳ раҳбарлари:

№	Ф.И.Ш.	Лавозими	Иш жойи
1	Надирханова Н.С.	Директор, т.ф.д.	РИОваБСИАТМ
2	Абдуллаева Л.М.	ЎзР ССВ бош акушер-гинекологи, т.ф.д., профессор	ТТА
3	Гафурова Ф.А.	Кафедра мудири, т.ф.д., профессор	ТХКМРМ, Акушерлик ва гинекология, перинатал тиббиёт кафедраси
4	Каримова Ф.Д.	Кафедра мудири, т.ф.д., профессор	ТХКМРМ, 2-сонли акушерлик ва гинекология кафедраси

Тузувчилар рўйхати:

№	Ф.И.Ш.	Лавозими	Иш жойи
1	Юсупбаев Р.Б.	Акушер- гинеколог, бўлим бошлиғи, т.ф.д., профессор	РИОваБСИАТМ, Фетал тиббиёт бўлими
2	Ким Е.Д.	Анестезиолог-реаниматолог, бўлим бошлиғи, т.ф.д., профессор	РИОваБСИАТМ
3	Иргашева С.У.	акушер-гинеколог, т.ф.д.	РИОваБСИАТМ
3	Алиева Д.А.	акушер-гинеколог, т.ф.д., профессор	РИОваБСИАТМ
4	Нишанова Ф.П.	акушер-гинеколог, т.ф.н.	РИОваБСИАТМ
5	Микиртичев К.Д.	акушер-гинеколог, т.ф.н.	РИОваБСИАТМ
6	Ильясов А.Б.	акушер-гинеколог, т.ф.н.	РИОваБСИАТМ
7	Нажметдинова Д.Ф.	акушер-гинеколог, т.ф.н.	РИОваБСИАТМ
8	Шамсиева З.И.	акушер-гинеколог, т.ф.н.	РИОваБСИАТМ
9	Мансурова Х.А.	акушер-гинеколог	РИОваБСИАТМ
10	Абдураимов Т.Ф.	акушер-гинеколог	РИОваБСИАТМ
11	Нурова А.А.	акушер-гинеколог	РИОваБСИАТМ
12	Курбанов Б.Б.	кафедра мудири, т.ф.д..	ТошПТИ Акушерлик ва гинекология кафедраси
13	Бабажанова Ш.Д.	акушер-гинеколог, т.ф.д.	РПМ
14	Матякубова С.А.	директор, т.ф.д.	РИОваБСИАТМ Хоразм вилояти филиали
15	Насретдинова Д.Б.	директор, т.ф.н.	РИОваБСИАТМ Андижон вилояти филиали
16	Суяркулова М.Э.	директор, т.ф.н.	РИОваБСИАТМ Фарғона вилояти филиали
17	Шодмонов Н.М.	директор, т.ф.н.	РИОваБСИАТМ Жиззах вилояти филиали
18	Асадов Д.А.	директор	РИОваБСИАТМ Тошкент вилояти филиали
19	Даминова Р.А.	директор	РИОваБСИАТМ Наманган вилояти филиали
20	Дустмуродов Б.М.	директор	РИОваБСИАТМ Сурхондарё вилояти 2- сонли филиали
21	Аширбекова Г.У.	директор	РИОваБСИАТМ Қорақалпоғистон Республикаси филиали
22	Хамроева Л.К.	директор	РИОваБСИАТМ Самарқанд вилояти филиали
23	Садыкова Х.З.	директор	РИОваБСИАТМ Сирдарё вилояти филиали
24	Эшонкулов А.Г.	директор	РИОваБСИАТМ Навоий вилояти филиали
25	Зиёев А.М.	директор	РИОваБСИАТМ Сурхондарё вилояти филиали
26	Жураев Н.Б.	директор	РИОваБСИАТМ Бухоро вилояти филиали
27	Ачилова С.И.	директор	РИОваБСИАТМ Қашқадарё вилояти филиали

Такризчилар:

№	Ф.И.Ш.	Лавозими	Иш жойи
1	Юсупов У.Ю.	Т.ф.д., профессор	РИОваБСИАТМ
2	Каттаходжаева М.Х.	кафедра мудир, т.ф.д., профессор	Тошкент давлат стоматология институти акушерлик ва гинекология кафедраси

РИОваБСИАТМ – Республика ихтисослаштирилган она ва бола саломатлиги илмий-амалий тиббиёт маркази

ТТА – Тошкент тиббиёт академияси

ТошПТИ – Тошкент педиатрия тиббиёт институти

РПМ – Республика перинатал маркази

ТХКМРМ – Тиббиёт ходимларининг касбий малакасини ривожлантириши маркази

Клиник протокол ОТМ профессор-ўқитувчилари, Ўзбекистон Республикаси Акушер-гинекологлар ассоциацияси аъзолари, соғлиқни сақлаш ташкилотчилари (РИОваБСИАТМ филиаллари директорлари ва уларнинг ўринбосарлари) ҳамда вилоят туғруққа кўмаклашиш муассасалари шифокорлари иштирокидаги ишчи гуруҳнинг онлайн шаклда ўтказилган якуний йиғилишида норасмий келишув орқали муҳокама қилинди ва **2024 йил 6 декабр 1-сонли баённомаси** билан тасдиқланди. Ишчи гуруҳ раҳбарлари Надирханова Н.С., РИОваБСИАТМ ДМ директори.

Клиник протокол РИОваБСИАТМ Илмий кенгашида кўриб чиқилди ва **2024 йил 17 декабрдаги 15-сонли баённомаси** билан тасдиқланди. Илмий кенгаш раиси – т.ф.д., профессор Асатова М.М.

Ташқи эксперт баҳоси:

№	Ф.И.Ш.	Лавозими	Иш жойи
1	Мухаммадиева С.М.	Кафедра мудир, т.ф.д., профессор	Тожикистон Республикаси, «Соғлиқни сақлаш соҳасидаги Олий ўқув юртидан кейинги институт таълими» Давлат таълим Муассасаси, №1- сонли акушерлик ва гинекология кафедраси

Қисқартмалар рўйхати:

anti-HCV	Вирусли гепатит С га антитаначалар
FDA	Food and Drug Administration (Озиқ-овқат маҳсулотлари ва дори-дармонлар сифатини санитария назорати бошқармаси)
FIGO	International Federation of Gynaecology and Obstetrics (Акушерлик ва гинекология халқаро Федерацияси)
HBsAg	Вирусли гепатит В антигени
SARS-Cov-2	Severe acute respiratory syndrome-related coronavirus 2 (коронавирус SARS-CoV-2)
SpO2	Периферик қоннинг кислород билан тўйинганлиги
АД	Артериал (қон) босими
ВАШ	Визуал-аналог шкаласи (оғриқнинг жадаллигини баҳолайди)
ВГС	В гуруҳи стрептококки
ВТЭА	Веноз тромбоэмболик асоратлар
КК	Кесар кесиш жарроҳлик амалиёти

КТГ	Кардиотокограмма
КХТ-10	Касалликлар халқаро таснифи 10-нашри
КХТ-11	Касалликлар халқаро таснифи 11-нашри
НЭК	Некротик энтероколит
ОГВ	Оддий герпес вируси
ОИВ	Одам иммунитет танқислиги вируси
СОЎК	Сурункали обструктив ўпка касаллиги
ТИТҚИС	Томир ичи тарқоқ қон ивиш синдроми
ТМИ	Тана вазни индекси
ТЭА	Тромбоэмболик асоратлар
ЎАТЭ	Ўпка артерияси тромбоэмболияси
ЎСВ	Ўпка сунъий вентиляцияси
УТТ	Ультратовуш текширув
ФҚТВ	Фаолаштирилган қисман тромбопластин вақти
ХНН	Халқаро нормаллаштирилган нисбат (МНО)
ХЎЁГ	Ҳомиладорлар ўткир ёғли гепатози
ЭКГ	Электрокардиограмма
ЮУТ	Юрак уриш тезлиги

Протоколнинг мақсади: тиббиёт мутахассисларига далилларга асосланган маълумотлар ва кесар кесиш жарроҳлик амалиёти бўйича тавсиялар беришдир.

Беморларнинг тоифалари: ҳомиладор аёллар ва кесар кесиш жарроҳлик амалиёти ёрдамида туғилишни режалаштирган аёллар; кесар кесиш жарроҳлик амалиёти туғруғидан кейинги аёллар.

Клиник протокол фойдаланувчилари: акушер-гинеколог шифокорлар, анестезиолог-реаниматологлар, лаборантлар, клиник фармакологлар, неонатологлар, соғлиқни сақлаш тизими ташкилотчилари, акушерлар, талабалар, клиник ординаторлар, магистрантлар, докторантлар, тиббиёт олий ўқув юртлири ўқитувчилари, туғрукдаги аёллар, уларнинг оила аъзолари ва парвариш қилувчи шахслар.

Протокол тавсияларига риоя қилиш:

Клиник протоколда ишлаб чиқиладиган пайтда амалда бўлган далилларга мувофиқ умумий тавсиялар тақдим этилган.

Амалий фаолиятда мазкур протоколнинг тавсияларидан четга чиқиш тўғрисида қарор қабул қилинаётган бўлса, у ҳолда шифокор-клиницистлар беморнинг касаллик тарихида қуйидаги маълумотларни ҳужжатлаштиришлари керак бўлади:

- ким томонидан қарор қабул қилингани;
- баённоманинг тавсияларидан четга чиқиш тўғрисидаги қарорнинг батафсил асоси;
- беморни олиб бориш бўйича қандай тавсиялар қабул қилингани тўғрисида.

Кўрсатмалар клиник амалиётнинг барча бўлимларини қамраб олмайди. Шифокорлар конфеденциал мулоқот олиб бориш тамойилига риоя қилган ҳолда, беморнинг эҳтиёжларини инобатга олиб, улар билан индивидуал олиб бориш тактикасини муҳокама қилишлари керак. Бунга қуйидагилар киради:

- Зарурат бўлганда, таржимон хизматларидан фойдаланиш.
- Беморга маслаҳат бериш ва олиб бориш тактикаси ёки аниқ бир муолажани ўтказиш учун розиликни олиш.
- Қонун талаблари доирасида ва профессионал Этика стандартларига риоя қилган ҳолда ёрдам кўрсатиш.

- Умумий ва маҳаллий талабларга мувофиқ ҳар қандай бошқарув ва парвариш тактикасини ҳужжатлаштириш.

Профилактика, диагностика, даволаш ва реабилитация усуллари (профилактика, диагностика, даволаш ва реабилитация тадбирлари) бўйича тавсияларнинг ишончлилиқ даражасини баҳолаш шқаласи:

ТИД	Тавсияларнинг ишончлилиқ даражаси
А	Кучли тавсия (барча кўриб чиқилган самарадорлик мезонлари (натижалар) муҳим ўринни эгаллайди, барча тадқиқотларнинг методологик сифати юқори ёки қониқарли ва қизиқтираётган натижалар бўйича хулосалари келишилган)
В	Шартли тавсия (айрим кўриб чиқилган самарадорлик мезонлари (натижалар) муҳим ўринни эгаллайди, айрим тадқиқотларнинг методологик сифати юқори ёки қониқарли ва/ёки қизиқтираётган натижалар бўйича хулосалари келишилмаган)
С	Кучсиз тавсия (сифатли далиллар келтирилмаган (кўриб чиқилган самарадорлик мезонлари (натижалар) муҳим ўринни эгалламайди, барча тадқиқотларнинг методологик сифати паст ва қизиқтираётган натижалар бўйича хулосалари келишилмаган)

2. Асосий қисм

2.1. Таъриф, эпидемиология

Кесар кесиш жарроҳлик амалиёти билан туғдириш – ҳомиладор бачадоннинг деворини кесиш, ҳомила ва йўлдошни чиқариб, бачадон бутунлигини тиклаш билан амалга ошириладиган жарроҳлик амалиёти орқали содир бўладиган туғдириш усули ҳисобланади.

- Кесар кесиш ҳомиладорлик ёки туғиш даврида тиббий ёрдам кўрсатиш стандартининг бир қисми бўлиб, она ва/ёки ҳомила томонидан тиббий сабабларга кўра амалга оширилади.
- Кесар кесиш фақат вагинал туғиш хавфли бўлганда амалга оширилиши керак.
- Кесар кесишдан кейин оналардаги асоратлар табиий туғруқга нисбатан 3 баробар кўп бўлади ва бачадон чандиғи мавжуд бўлганда, ҳар бир бажарилган кесар кесиш амалиёти асоратларнинг частотасини оширади. Беморларга ҳар бир кейинги кесар кесиш жарроҳлик амалиёти йўлдошнинг олдинда келиши, йўлдошнинг бачадон чандиғига ўсиб кириши ва гистеректомия хавфи ҳақида маълумот берилиши керак.
- Кўп сабабларга кўра вагинал туғруқ кесар кесиш орқали туғруқдан афзал ҳисобланади ва бутун дунёда туғруқларнинг 20-25% игача кесар кесиш жарроҳлик амалиёти тавсия этилади.

<https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1002/ijgo.15115>

2.2. Кесар кесиш жарроҳлик амалиётининг таснифи

А. Шошинчлилигига қараб:

- режали
- шошинч (ургент).

Б. Кечиктириб бўлмайдиган тоифасига қараб:*

I тоифа	Шошинч КК	Аёл ёки ҳомиланинг ҳаётига хавф туғилганда (имкон қадар тезроқ, аёл шифохонага ётқизилганида ташхис қўйилган вақтдан оператив туғдиришга қадар 30 дақиқадан кечиктирмасдан амалга оширилиши керак).
II тоифа	Кечиктириб бўлмайдиган КК	Ҳаётга хавф солувчи аниқ белгилари кузатилмаган, она ёки ҳомилада кечиктириб бўлмайдиган туғдиришни талаб қиладиган асоратлар мавжуд бўлганда. 60-75 дақиқадан (узоғи билан 75 дақиқада) кечиктирмасдан амалга оширилиши керак.

III тоифа	Режалаштирилган КК	Кесар кесиш жарроҳлик амалиёти билан туғдириш зарур, бироқ она ва ҳомилада кесар кесиш жарроҳлик амалиётини ўтказиш учун шошилиш ёки кечиктириб бўлмайдиган кўрсатмалар мавжуд эмас. 4 соат ичида кечиктирмасдан амалга оширилиши керак.
IV тоифа	Режали КК	Туғдириш вақти аёл ва ҳомила учун оптимал туғиш вақтига мувофиқ белгиланади. 24 соат ичида кечиктирмасдан амалга оширилиши керак.

**Кесар кесиш жарроҳлик амалиётининг кечиктириб бўлмайдиган тоифалари кесар кесишнинг айрим тоифарарида дисциплинарро гуруҳнинг самарадорлигини баҳолаш учун эмас, балки фақат аудит стандартлари сифатида қўлланилиши керак. Кечиктириб бўлмайдиган тоифалар бўйича кесар кесиш жарроҳлик амалиётини ўтказиш учун кўрсатмаларнинг тақсимланиши 2-иловада келтирилган.*

В. Бачадонда кесанинг жойлашишига қараб:

- корпорал кесар кесиш жарроҳлик амалиёти;
- бачадоннинг пастки сегментида кесар кесиш жарроҳлик амалиёти.

http://disuria.ru/_ld/10/1039_kr21O82MZ.pdf

<https://www.nice.org.uk/guidance/ng192/resources/caesarean-birth-pdf-66142078788805>

2.3. Диагностика

Анамнез

Анамнезни йиғиш ҳомиладор аёлнинг қуйидаги маълумотларини ўз ичига олиши керак:

- ёши;
- касбий зарарлари мавжудлиги;
- зарарли одатлари мавжудлиги (чекиш, алкогольни истеъмол қилиш, гиёҳвандлик (наркотик) воситаларни қабул қилиш);
- оилавий анамнези (биринчи даражали қариндошларда қандли диабет, тромбоэмболик асоратлар (ТЭА), гипертония касаллиги, руҳий касалликлар, акушерлик ва перинатал асоратлар каби ҳолатларни аниқлаш);
- ҳайз даврининг кечиши (менархе ёши, ҳайз даврининг давомийлиги ва мунтазамлиги, ҳайз даврида қон кетишининг давомийлиги, оғриқлиги);
- акушерлик анамнези (анамнезда ҳомиладорликлар ва туғруқлар сони ва уларнинг натижаси; ҳомиладорлик даврида, туғруқ пайтида ва/ёки ҳомиладорликни сунъий йўл билан тўхтатишда асоратлар бўлганлиги; туғилган болаларнинг соғлиғи, бўй ва вазн кўрсаткичлари; ҳомиладор бўлиш усули – ўз-ўзидан ёки ЁРТ қўлланилиши орқали ҳомиладор бўлиш);
- анамнезда ва ҳозирги пайтда ёндош гинекологик касалликлар мавжудлиги, кичик тос аъзоларида жарроҳлик амалиётлар ўтказилганлиги;
- анамнезда ва ҳозирги пайтда ёндош соматик касалликлари мавжудлиги (хусусан, болалар инфекциялари, юрак-қон томир тизими касалликлари, буйрак касалликлари, эндокрин касалликлар, аллергия касалликлар, ТЭА ва бошқалар);
- анамнезда шикастланишлар, жарроҳлик амалиётлар ва қон қуйишлар ўтказилганлиги;
- аллергия реакциялар мавжудлиги;
- қабул қиладиган дори воситалари;
- турмуш ўртоғининг ёши ва соғлиғи, унинг қон гуруҳи ва резус-омили, унда касбий зарарлари ва зарарли одатлари мавжудлиги.

http://disuria.ru/ld/10/1039_kr21O82MZ.pdf

<https://www.nice.org.uk/guidance/ng192/resources/caesarean-birth-pdf-66142078788805>

Физикал текширув

С Онанинг ҳолатини (юрак уриш тезлиги (ЮУТ), қон босими (ҚБ), нафас олиш тезлиги (НОТ), эс-хуши, тери қопламлари ҳолати, бачадон ҳолати (бачадон туби баландлиги, тонуси, оғриқлиги), қиндан ажралмалар келиши ва уларнинг ҳолатини баҳолаш ва ташқи жинсий аъзолар кўригини амалга ошириш тавсия этилади

Ушбу текширувни қабул қилиш пайтида, шунингдек, акушерлик вазиятни аниқлаштириш ва туғдириш усулини ҳал қилиш учун туғдиришдан аввал ўтказиш керак.

С Ҳомиланинг юрак уришини эшитиш ва унинг жойлашиши, олдинда ётган қисми ва ўлчамларини баҳолаш тавсия этилади

Ушбу текширувни қабул қилиш пайтида, шунингдек, акушерлик вазиятни аниқлаштириш ва туғдириш усулини ҳал қилиш учун туғдиришдан аввал ўтказиш керак.

http://disuria.ru/ld/10/1039_kr21O82MZ.pdf

<https://www.nice.org.uk/guidance/ng192/resources/caesarean-birth-pdf-66142078788805>

Лаборатор ва диагностик текширувлар

В КК жарроҳлик амалиётидан аввал ва кейин, 72 соатдан кечиктирмасдан, қоннинг умумий (клиник) таҳлилини текшириш тавсия этилади

Гемоглобин даражасини текшириш анемияни аниқлаш ва даволаш учун зарур ҳисобланади, бу нохуш перинатал натижаларнинг келиб чиқиш хавфини камайтиришга ёрдам беради. 2-3 триместр даврида гемоглобиннинг нормал даражаси $\geq 10^5$ г/л ни ташкил қилади. Йирингли-септик асоратларнинг клиник белгилари кузатилмаган тақдирда, КК жарроҳлик амалиётидан кейин лейкоцитлар сони ўрта даражада кўтарилиши инфекциянинг мавжудлигини тасдиқлаш учун паст прогностик аҳамиятга эга.

В АВ0 тизими бўйича асосий қон гуруҳлари ва резус тизимининг D антигенини (резус-омилни) аниқлаш тавсия этилади

Ушбу текширув қон кетиши юзага келганда мумкин бўлган қон куйиш (гемотрансфузия) билан боғлиқ ҳолда ўтказилади.

А Қонда одам иммунитет танқислиги 1/2 вирусига (кейинги ўринларда ОИВ) М, G (IgM, IgG) синфларининг антитаначалар даражаси ва р24 антигенини (одам папиллома вируси 1/2 + Agp24) текшириш тавсия этилади

Шифохонага режали ётқизишдан аввал инфекция аниқланганда, ташхисни тасдиқлаш/истисно қилиш учун ҳомиладор аёл ОИТСга қарши кураш марказига юборилиши керак. Инфекция аниқланганда, янги туғилган чақалоққа вирус юқишига қарши постнатал профилактика ўтказилади.

В Ҳомиладорлик даврining 3 триместрида текширилмаган бўлса, қонда оқиш трепонемага (*Treponema pallidum*) антитаначалар даражасини текшириш тавсия этилади

Шифохонага режали ётқизишдан аввал инфекция аниқланганда, ташхисни тасдиқлаш/истисно қилиш учун ҳомиладор аёл маслаҳат олиш учун дерматолог шифокорига юборилиши керак.

В Қонда гепатит В вирусининг (Hepatitis B virus) юзаки антигенига (HBsAg) антитаначалар даражаси ёки гепатит В вируси (Hepatitis B virus) антигенини (HBsAg) текшириш тавсия этилади

Инфекция аниқланганда, ташхисни тасдиқлаш/истисно қилиш учун ҳомиладор аёл маслаҳат олиш учун инфекционист шифокорига юборилиши керак. Инфекция аниқланганда, янги туғилган чақалоққа вирус юқишига қарши постнатал профилактика ўтказилади. Режали КК жарроҳлик амалиёти янги туғилган чақалоққа инфекция юқиш хавфини камайтириши ҳақида далиллар мавжуд эмас, шунинг учун бошқа кўрсатмалар бўлмаса уни ўтказиш тавсия этилмайди. Болага иммуноглобулинни тайинлаш ва эмлаш орқали В гепатити юқишини камайтириш мумкин.

С Гепатит С вирусига (Hepatitis C virus) М ва G (anti-HCV IgG ва anti-HCV IgM) синфларининг умумий антитаначалар даражасини текшириш тавсия этилади

Шифохонага режали ётқизишдан аввал инфекция аниқланганда, ташхисни тасдиқлаш/истисно қилиш учун ҳомиладор аёл маслаҳат олиш учун инфекционист шифокорига юборилиши керак. Режали КК жарроҳлик амалиёти янги туғилган чақалоққа инфекция юқиш хавфини камайтириши ҳақида далиллар мавжуд эмас, шунинг учун бошқа кўрсатмалар бўлмаса уни ўтказиш тавсия этилмайди.

В Ҳомиладорлик даврининг 35-37 хавталиқ муддатларида илгари текширилган бўлмаса, бачадон бўйни каналининг ажралмаларида В гуруҳи стрептококкиннинг (ВГС) (*S. agalactiae*) антигенини текшириш ёки жинсий аъзоларининг ажралмаларида (қин-ректал экмани олиш мақбулроқ) аэроб ва факультатив-анаэроб микроорганизмларга микробиологик (культурал) текширувни ўтказиш тавсия этилади

В гуруҳи стрептококки ташувчиликга текшириш ва ҳомиладорлик даврида кейинги даволаш аёлларнинг туғруқ йўлларида стрептококклар колонизациясининг пасайиши ва бачадон ичи инфекцияси белгилари кузатилган болалар туғилишининг камайишига олиб келади. Текширувда мусбат натижа аниқланганда, ҳомиладор аёлларга туғруқ пайтида антибактериал профилактика ўтказилади.

http://disuria.ru/_ld/10/1039_kr21O82MZ.pdf

<https://www.nice.org.uk/guidance/ng192/resources/caesarean-birth-pdf-66142078788805>

Инструментал диагностик текширувлар

С КК режали жарроҳлик амалиётидан аввал ҳомиланинг ультратовуш текширувини (УТТ) ўтказиш тавсия этилади

Йўлдошнинг олдинда ва олд девор бўйлаб паст жойлашиш ҳолатлари сабабли КК жарроҳлик амалиётини ўтказишда бачадоннинг кесмасида йўлдош жойлашиш эҳтимолини аниқлаш, шунингдек, йўлдош қон томирлари олдинда жойлашиши ва бачадоннинг пастки сегмент соҳасида катта ўлчамдаги бачадон миомасини ташхислаш; ҳомила ўлчамларини ва айрим ривожланиш нуксонларни (гастрошизис, омфалоцеле, катта ўлчамдаги думғаза-дум тератомаси ва бошқаларни) аниқлаш учун ҳомиланинг УТТ текшируви ўтказилади

С Операциядан кейинги асоратларга шубҳа туғилганда ККдан сўнг дарҳол ва ККдан кейин 3-суткада превезикал тўқималарнинг гематомасини, субгалеал гематомани, плацента тўқималарининг қолдиқлари мавжудлигини ва бачадонда тикув майдонини баҳолашни истисно қилиш учун кичик тос аъзоларининг ултратовуш текшируви тавсия этилади

Бачадон ва қорин олд деворидаги тикув майдонини баҳолашда инфилтратлар кўринмаслиги керак. Агар патологик шаклланишлар мавжуд бўлса, уларнинг ҳажми ва жойлашишини аниқ тавсифлаш керак. Агар тикув худудида гиперэхоген ҳосилалар мавжуд бўлса, операция вақтида гемостатик губкалардан фойдаланиш ҳақида маълумот олиш керак. Параметрий соҳасини баҳолашда ҳажмли ҳосилалар (шу жумладан ретроперитонеал жойлашган) ва гематомаларнинг мавжудлиги ёки йўқлигини баҳолаш керак. Бачадон бўшлиғида плацента тўқималарининг қолдиқлари кўринмаслиги керак. Плацента тўқималарининг қолдиқлари эхогенлик кучайган юмалоы шаклли губка тузилишли васкуляризация зоналари мавжудлиги сифатида аниқланади.

<https://www.nice.org.uk/guidance/ng192/resources/caesarean-birth-pdf-66142078788805>

Бошқа диагностик текширувлар

С КК жарроҳлик амалиётидан аввал анестезиологик ва операцион хавфни аниқлаш учун анестезиолог-реаниматолог шифокоридан маслаҳат олиш тавсия этилади

Анестезиолог-реаниматолог шифокоридан маслаҳат олишнинг асосий мақсади – бу физикал ҳолатни қайд этиш билан ҳомиладор аёлни кўриқдан ўтказиш, оғриқсизлантириш усулини танлаш, трахея интубациясидаги қийинчиликларнинг келиб чиқиш хавфи, тромбоэмболик асоратларнинг юзага келиш хавфи, аспирацион синдром ва анафилаксиянинг келиб чиқиш хавфларини баҳолашдан иборат.

С Ҳомиладор аёлда соматик касалликлар мавжуд бўлганда, бошқа мутахассисларнинг маслаҳатини олиш ва жарроҳлик амалиётидан аввал қўшимча текширувларни ўтказиш тавсия этилади

http://disuria.ru/_ld/10/1039_kr21O82MZ.pdf

2.4. Кесар кесиш жарроҳлик амалиётини ўтказиш учун кўрсатмалар:

1. ҳомиланинг нотўғри жойлашиши ва нотўғри келиши (кўндаланг/қийшиқ жойлашиши, пешана билан келиши, юзи билан келишининг орқа кўриниши, ўқсимон чокнинг юқорида тўғри туриши, ҳомиланинг боши орқа тепа қисми билан келиши);
2. йўлдошнинг олдинда келиши (тўлиқ, қисман, қон кетиш билан);
3. табиий туғруқ йўллари орқали тез туғдиришга шароит бўлмаганда зўрайиб борувчи НЖЙБК;
4. оғир преэклампсия, эклампсия, HELLP-синдроми, ҳомиладорлик даври ва туғруқ пайтида ХЎЁГ (табиий туғруқ йўллари орқали туғдиришга шароит бўлмаганда);
5. бачадонда жарроҳлик амалиётлар ўтказилган бўлса: бачадоннинг пастки сегментида икки ва ундан ортиқ КК жарроҳлик амалиёти, корпорал кесар кесиш жарроҳлик амалиёти, бачадон бўшлиғига кириб бориш билан миомэктомия ўтказилганлиги (субмукоз ва ингичка асосли субсероз тугунларининг миомэктомияси КК жарроҳлик амалиётини ўтказиш учун кўрсатма ҳисобланмайди);
6. Ҳомила оғирлиги 2500 г ёки ундан кам ёки 3500 г ва ундан ортиқ бўлган ҳолларда тос суяги билан келиши, КК учун бошқа кўрсатмалар билан комбинациялашуви, КК дан кейин бачадонда чандиқ мавжудлиги, ҳомиланинг оёқ билан келиши, бошнинг ҳаддан ташқари эгилиши;
7. Қандли диабет бўлмаган, бошқа акушерлик хавф омиллари билан боғлиқ ҳолда ҳомиланинг тахминий вазни (≥ 4500 г дан) катта бўлган аёлларда (муддатидан ўтиб кетган ҳомиладорлик, туғруқ индукцияси зарурати, анамнезда елка дистоцияси ва бошқалар);
8. Кўп ҳомилаликда ҳомилалардан бирининг ҳар қандай нотўғри жойлашиши, шу жумладан, биринчи ҳомила чаноқ билан келиши; фето-фетал трансфузион синдром;

* *биринчи ҳомила боши билан келганда, иккинчи ҳомила учун перинатал касаллини ва ўлим ҳолатларини камайтиришда режали кесар кесиш жарроҳлик амалиётининг самараси номаълум бўлганлиги сабабли, бундай ҳолатларда кесар кесиш жарроҳлик амалиёти мунтазам равишда ўтказилмаслиги керак.*

- * *биринчи ҳомила боши билан келмаганда, перинатал натижаларни яхшилашда режали кесар кесиш жарроҳлик амалиётининг самараси ҳам номаълум, бироқ бундай ҳолатларда кесар кесиш жарроҳлик амалиётини ўтказиш керак бўлади.*
9. Табиий туғруқ йўллари орқали туғдириш учун анатомик ҳосилалар (тўсиқлар) мавжуд бўлиши (бачадон бўйни ўсмалари, катта миоматоз тугун пастда (бачадон бўйнида) жойлашиши, сийдик-таносил аъзоларида пластик жарроҳлик амалиётларидан кейин қин ва бачадон бўйни чандикли деформациялари, шу жумладан, аввалги туғруқларда III даражали оралик йиртилишини тикиш, ректо-везикал ва ректо-вагинал оқма яралари);
 10. Кучанишни (туғруқнинг иккинчи даврини) инкор қилишни талаб қиладиган соматик касалликлар мавжудлиги (декомпенсацияланган юрак-қон томир касалликлари, асоратланган миопия, кўчириб ўтказилган буйрак ва тегишли мутахассисларнинг тавсиялари бўйича); Инвазивный рак шейки матки;
 11. Самара бермаган туғруқ стимуляцияси ёки туғруқ индукцияси;
 12. Баъзи оналар инфекциялари:
 - туғруқдан аввал вирусли юкламаси >1000 нусха/мл бўлган ОИВ-инфекцияси, туғруқдан аввал вирусли юкламаси номаълум бўлган ёки ҳомиладор аёл ҳомиладорлик даврида вирусларга қарши терапияни қабул қилмаган бўлса ва/ёки туғруқ пайтида антиретровирус профилактикаси ўтказилмаган бўлса.
 - гепатит С ва ОИВ вируслари билан касалланиш.
 - ҳомиладорлик даврining учинчи триместрида намоён бўлган оддий герпес бирламчи генитал вирусли инфекцияси.
 - * *вирусли С ва В гепатити инфекциясида режали кесар кесиш жарроҳлик амалиётини ўтказиш талаб қилинмайди, чунки инфекция юқиш хавфини камайтирмайди.*
 - * *қайталанувчи ОГВ билан касалланган аёлларни янги туғилган чақалоққа инфекция юқиш нуқтаи назаридан режали кесар кесиш жарроҳлик амалиётининг исботланмаган таъсири ва режали кесар кесиш жарроҳлик амалиёти мунтазам равишда ўтказилишини талаб қилмасилиги ҳақида хабардор қилиш керак.*
 - * *Енгил/мўтадил SARS-Cov-2 белгилари бўлган аёлларга вагинал туғиш таклиф қилиниши керак, чунки ҳомилага инфекциянинг вертикал юқиши паст. Оғир ёки танқидий беморларда ўткир оналик ва/ёки фетал декомпенсация хавфи туфайли КК амалга оширилиши мумкин.*
 13. Ҳомиланинг ҳаётига таҳдид солувчи ҳолат ёки ҳомиланинг ноаниқ ҳолати (ўткир фетал дистресс);
 14. Бачадон йиртилиши хавфи, бачадон йиртилиши бошланиши, содир бўлган бачадон йиртилиши;
 15. Киндик тизимчаси олдинда келиши ёки тушиши;
 16. Табиий туғруқ йўллари (қин) орқали туғдириш имконияти бўлмаганда хориоамнионит;
 17. Чаноқ-бош диспропорцияси, обструктив туғруқлар:
 - * *туғдириш усулини танлаш бўйича қарор қабул қилиш учун пельвиометрия қўлланилмайди.*
 - * *ҳомиланинг ўлчамларини клиник жиҳатдан ва ультратовуш маълумотларига кўра аниқлаш чаноқ-бош диспропорциясини аниқ аниқлаб бермайди.*
 18. Агония ҳолати ёки 20 ҳафталик ҳомиладорлик муддатидан кейин тукқан аёлнинг тўсатдан ўлими (онанинг манфаатларини кўзлаб: юрак-ўпка реанимациясининг самарадорлиги ошади).

http://disuria.ru/_ld/10/1039_kr21O82MZ.pdf

<https://www.nice.org.uk/guidance/ng192/resources/caesarean-birth-pdf-66142078788805>

<https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1002/ijgo.15115>

Тиббий кўрсатмалар бўлмаган тақдирда КК амалиётини қўллаш.

Тиббий кўрсатмаларсиз КК ни бажариш асосли эмас ва ахлоқий жиҳатдан шубҳалидир.

Агар токофобия ёки яқинлашиб келаётган туғруқ ҳақида хавотир туфайли КК учун тиббий кўрсатмалари бўлмаган ҳомиладор аёл КК амалиётини талаб қилган тақдирда: аёлни ушбу қарорнинг сабабларини муҳокама қилишга таклиф қилинг.

- аёлнинг туғруқ усули ҳақида тўғри ва ишончли маълумотга эга эканлигига ишонч ҳосил қилинг.
- ҳомиладорлик пайтида аёлга имкон қадар эрта психологик ёрдам кўрсатинг.
- аёлни муқобил туғруқ вариантларини муҳокама қилишга таклиф қилинг (масалан, туғруқ амалга ошириладиган тиббий муассаса, туғруқ пайтида акушерлик ёрдамнинг узлуксизлиги, оғриқсизлантириш вариантлари ва туғруқ усули билан боғлиқ муаммони ҳал қилишга ёрдам берадиган бошқа масалалар
- зарурат бўлганда ёки унинг илтимосига биноан аёлга акушерлик бригадаси аъзолари: акушерка, анестезиолог-реаниматолог врач ва бошқалар билан маслаҳатлашишни таклиф қилинг.
- аёл ва унинг турмуш ўртоғи/шеригига маълумот ва ёрдам бериш, улар туғруқ усули ҳақида онгли қарор қабул қилишлари учун Сиз тақдим этган маълумотлар:
 - далилларга асосланган;
 - КК ва вагинал туғишнинг фойда ва хавфларининг батафсил тавсифини ўз ичига олгани;
 - ҳурмат билан, шу жумладан маданий ва/ёки диний омилларни ҳисобга олган ҳолда етказилгани;
- барча муҳокама ва қарорларнинг ҳужжатлаштирилгани;
- шифокор ҳеч қандай кўрсаткичлар бўлмаса, КК сўровини рад этишга ҳақли экани ва бу ҳолда аёлга иккинчи мутахассис билан маслаҳатлашиш имконияти берилиши кераклигига ишонч ҳосил қилинг.

2.5. Кесар кесиш жарроҳлик амалиёти билан туғдириш учун кўрсатмаларни аниқлаш

С Йўлдошнинг тўлиқ олдинда келиши ёки йўлдошнинг ўсиб киришида режалаштирилган тартибда (III кечиктириб бўлмайдиган тоифаси) КК жарроҳлик амалиёти билан туғдириш тавсия этилади

Агар плацента тўлиқ олдинда жойлашган бўлса, бачадон бўйнининг ички бўғзини қопласа 36-38 ҳафтада ККни режалаштиринг. Паст жойлашган плацента билан, агар бачадон бўйнининг ички бўғзидан 2 см дан баландроқ масофада жойлашган бўлса ва уни қопламаса, қон кетиш хавфи кичик бўлганлиги сабабли вагинал туғиш таклиф қилиниши мумкин. Агар плацентанинг ўсиб кириши мавжуд бўлса, 35-37 ҳафтада ККни режалаштиринг. Плацента ўсиб кириши мавжуд бўлса, ёки унга шубҳа бўлган ҳомиладор аёлларда КК ни режалаштиришда мультидисциплинар гуруҳ (қорин бўшлиғи жарроҳи, қон томир жарроҳи, уролог ва бошқалар) ва етарли миқдордаги қон маҳсулотларини таъминлаш керак.

С Йўлдошнинг қон томирлари олдинда келганда режалаштирилган тартибда (III кечиктириб бўлмайдиган тоифаси) КК жарроҳлик амалиёти билан туғдириш тавсия этилади

Плацента томирлари олдинда келганлиги ташхиси қўйилиши биланоқ 34-37 ҳафта ичида ККни режалаштиринг.

В Бачадонда қуйидаги жарроҳлик амалиётлар ўтказилганда: икки ва ундан ортиқ КК; миомэктомия (FIGO таснифи бўйича 2-5 турлари ёки миоматоз тугуннинг ноъмалум жойлашиши) режалаштирилган тартибда (III кечиктириб бўлмайдиган тоифаси) КК жарроҳлик амалиёти билан туғдириш тавсия этилади

Бачадонда битта чандик мавжуд бўлган ва ҳомиладор аёл табиий туғруқ йўллари орқали туғишга қатъийан бош тортганда КК жарроҳлик амалиёти билан туғдириш мумкин бўлади. Анамнезда кенг миомэктомия бўлганда 36-37 ҳафтада, кенг бўлмаган миомэктомияда 39 ҳафтада ККни режалаштиринг.

С Анамнезда гистеротомия жарроҳлик амалиёти ўтказилганда (бачадон перфорацияси, най бурчаги соҳаси кесилиши, рудиментар шох кесилиши, анамнезда корпорал КК, Т-симон ёки J-симон кесма) ёки бола туғилиши учун туғруқ йўлларида ҳосилалар (тўсиқлар) мавжуд бўлганда (торайиш даражаси II-IV бўлган анатомик тор чанок; тос суяклари деформацияси; табиий туғруқ йўллари орқали бола туғилишига тўсқинлик қиладиган, айниқса пастки сегментда жойлашган катта ўлчамдаги бачадон миомаси; аввалги жарроҳлик амалиётларидан кейин қин ва бачадон бўйни чандикли деформациялари, шу жумладан, аввалги туғруқларда III-IV даражали оралик йиртилишидан кейин; бачадон бўйни саратони, бачадон бўйни саратони преинвазив ва микроинвазив шакллари бундан мустасно) режалаштирилган тартибда (III кечиктириб бўлмайдиган тоифаси) КК жарроҳлик амалиёти билан туғдириш тавсия этилади

С Бошқа акушерлик хавф омиллари билан боғлиқ ҳолда ҳомиланинг тахминий вазни (≥ 4500 г дан) катта бўлганда режалаштирилган тартибда (III кечиктириб бўлмайдиган тоифаси) КК жарроҳлик амалиёти билан туғдириш тавсия этилади

Ҳомила оғирлиги ≥ 5000 г дан бўлган қандли диабет билан касалланмаган аёлларга режали КК тавсия этилади, чунки елка дистанцияси хавфи $> 20\%$ ни ташкил этади. Бунда ҳомила оғирлиги туғруққа қадар 1-ҳафтадан кечиктирмай УТТ маълумотлари билан тасдиқланиши керак.

Ҳомила оғирлиги ≥ 4500 бўлганда қандли диабетга чалинган аёлларга режали КК тавсия этилади, чунки елка дистанцияси хавфи $> 15\%$ ни ташкил этади.

В КК жарроҳлик амалиётини ўтказиш учун бошқа кўрсатмалар билан боғлиқ ҳолда, КК жарроҳлик амалиётидан кейин бачадонда чандик бўлган, ҳомила оёғи билан келган, ҳомиланинг тахминий вазни < 2500 г ёки > 3500 г дан бўлган, ҳомиланинг боши ҳаддан ташқари ёзилиб келган ҳолатларда ҳомила чанок билан келиши режалаштирилган тартибда (III кечиктириб бўлмайдиган тоифаси) КК жарроҳлик амалиёти билан туғдириш тавсия этилади

Асоратланмаган бир ҳомилали чанок билан жойлашишида КК амалиётини ўтказишдан олдин ҳомиланинг чанок билан келаётганлигига ишонч ҳосил қилиш учун ультратовуш текширувини ўтказинг. < 2500 г ёки > 3600 г ваздли чанок билан келишида ҳомила туғилиши клиник тавсиялардан четга чиқиш ҳисобланмайди. Ҳомиласи чанок билан келган ҳомиладор аёлларни жарроҳлик амалиёти билан туғдириш тавсия хусусиятига эга, ҳамда аёлнинг паритети ва акушерлик вазиятга боғлиқ бўлади. 36^{+0} ҳафтадан сўнг асоратланмаган бир ҳомилали тос ҳомиладорликдаги аёлларга қарши кўрсатмалар бўлмаса, ҳомилани бошига ташқаридан айлантиришни таклиф қилиниши мумкин.

С Ҳомила барқарор қийшиқ ва кўндаланг жойлашишида режалаштирилган тартибда (III кечиктириб бўлмайдиган тоифаси) КК жарроҳлик амалиёти билан туғдириш тавсия этилади

Баъзи ҳолларда, ҳомиладорлик даврининг 37 ҳафталик муддатида ҳомилани ташқаридан айлантиришни амалга ошириш мумкин бўлади. Уриниш муваффақиятсиз бўлса, 39^0 - 39^6 ҳафталик муддатларда ёки режалаштирилган жарроҳлик амалиётидан аввал тақроран амалга ошириш мумкин бўлади. Ушбу муддатда ҳомилани ташқаридан айлантириш муваффақиятли амалга оширилса, унда ҳомиланинг беқарор жойлашиши киндик тизимчаси тушиш хавфини ошириши сабабли преиндукция ёки индукцияни амалга ошириш керак бўлади.

С Анамнезда нохуш натижа (ўлик туғилиш, оғир гипоксия, энцефалопатия, бола ва она (қов суяклари бирикмаси) шикастланиши) билан яқунланган ҳомила елкаси дистоциясида режалаштирилган тартибда (III кечиктириб бўлмайдиган тоифаси) КК жарроҳлик амалиёти билан туғдириш тавсия этилади

Анамнезда нохуш натижа билан яқунланган ҳомила елкаси дистоцияси бўлганда, мазкур ҳомиладорликда ҳомиланинг тахминий вазни аввалги ҳомиладорликдаги вазн билан тенг ёки ундан каттароқ бўлганда такрорий ҳомила елкаси дистоциясини олдини олиш мақсадида режалаштирилган КК жарроҳлик амалиёти ўтказилади. Аввалги ҳомиладорлик ҳомиланинг интранатал ўлими ёки постнатал ногиронлиги билан яқунланганда ва ҳомиладор аёл табиий туғруқ йўллари орқали туғишга қатъийан бош тортганда КК жарроҳлик амалиёти билан туғдириш мумкин бўлади.

С Туғруққача 6 ҳафта давомида генитал герпес тошмаларида (бирламчи инфекция ёки қайталаниши) режалаштирилган тартибда (III кечиктириб бўлмайдиган тоифаси) КК жарроҳлик амалиёти билан туғдириш тавсия этилади

Табиий туғруқ йўллари орқали туғруқда эрта неонатал герпеснинг ривожланиш хавфи 41% ни ташкил қилади. Шу билан бирга, фаол бўлмаган қайталанувчи герпес мунтазам равишда режалаштирилган кесар кесиш жарроҳлик амалиёти билан туғдириш фойдаси ҳақида ишончли далиллар мавжуд эмас. Қайталанувчи ОГВ билан касалланган аёлларни янги туғилган чақалоққа инфекция юқиш нуқтаи назаридан режали кесар кесиш жарроҳлик амалиётининг исботланмаган таъсири ва режали кесар кесиш жарроҳлик амалиёти мунтазам равишда ўтказилишини талаб қилмасилиги ҳақида хабардор қилиш керак

С Туғруқдан аввал вирусли юкломаси >1000 нусха/мл бўлган ОИВ-инфекцияси, туғруқдан аввал вирусли юкломаси номаълум бўлган ёки ҳомиладор аёл ҳомиладорлик даврида вирусларга қарши терапияни қабул қилмаган бўлса ва/ёки туғруқ пайтида антиретровирус профилактикаси ўтказилмаган бўлса, шунингдек, гепатит С ва ОИВ билан биргаликда инфекция мавжуд бўлганда режалаштирилган тартибда (III кечиктириб бўлмайдиган тоифаси) КК жарроҳлик амалиёти билан туғдириш тавсия этилади

Онадан болага ОИВ инфекцияси юқишини олдини олиш мақсадида режали кесар кесиш жарроҳлик амалиётини туғруқ фаолияти бошланмаган ва мембраналар ёрилмаган ҳолда ҳомиладорлик муддати 38 ҳафтага етгач ўтказиш тавсия этилади, чунки бу ҳомилага инфекцияни юктириш хавфини камайтиради. Ходимларга таъсир қилиш хавфини камайтириш мақсадида ОИВ тести ижобий бўлган аёлларга КК ўтказишда икки қават қўлқоп кийиш ва хавфсиз жарроҳлик амалиёти бўйича умумий тавсияларга амал қилиш талаб қилинади.

С Айрим ҳомиланинг ривожланиш аномалияларида (гастрошизис, омфалоцеле, катта ўлчамдаги думғаза-дум тератомаси) режалаштирилган тартибда (III кечиктириб бўлмайдиган тоифаси) КК жарроҳлик амалиёти билан туғдириш тавсия этилади

Бундай ҳолатларда, ҳомилани шикаст етказмасдан чиқариб олиш учун КК жарроҳлик амалиёти билан туғдириш талаб этилади. Эмбрионал чурра ҳалтачасининг таркибида жигар бўлмаган кичик ва ўрта ўлчамдаги омфалоцеле, шунингдек, кичик ўлчамдаги думғаза-дум тератомаларида табиий туғруқ йўллари орқали туғдириш масаласи кўриб чиқилиши мумкин.

С Кучанишни (туғруқнинг иккинчи даврини) инкор қилишни талаб қиладиган соматик касалликларда (декомпенсацияланган юрак-қон томир касалликлари, асоратланган миопия, кўчириб ўтказилган буйрак ва бошқалар) режалаштирилган тартибда (III кечиктириб бўлмайдиган тоифаси) КК жарроҳлик амалиёти билан туғдириш тавсия этилади

Бундай масалалар тегишли мутахассислар иштирокида консилиум орқали ҳал қилиниши керак.

С Муддатига етган ҳомиладорликда қоғаноқ пардасининг муддатидан олдин ёрилиши ва режали КК жарроҳлик амалиётини ўтказишга кўрсатмалар бўлса кечиктириб бўлмасдан (II кечиктириб бўлмайдиган тоифаси) КК жарроҳлик амалиёти билан туғдириш тавсия этилади

С Оғир преэклампсия, ҳомиладорлик даври ва туғруқ пайтида HELLP-синдромида (табiiй туғруқ йўллари орқали туғдиришга шароит бўлмаганда) кечиктириб бўлмасдан (II кечиктириб бўлмайдиган тоифаси) КК жарроҳлик амалиёти билан туғдириш тавсия этилади

С Ҳомила дистресси билан бирга кечмайдиган бачадон қисқариш фаолиятининг коррекция қилинмайдиган бузилишларида (туғруқ фаолияти сустлиги, туғруқ фаолияти дискоординацияси, бачадон бўйни дистоцияси) кечиктириб бўлмасдан (II кечиктириб бўлмайдиган тоифаси) КК жарроҳлик амалиёти билан туғдириш тавсия этилади

С Хориоамнионит ва туғруқ йўллариининг тайёр эмаслигида кечиктириб бўлмасдан (II кечиктириб бўлмайдиган тоифаси) КК жарроҳлик амалиёти билан туғдириш тавсия этилади

Хориоамнионитда туғруқ усулини танлаш: туғруқ индукцияси ёки КК ўтказиш (акушерлик кўрсатмалари мавжуд бўлганда) 24 соат ичида бажарилиши керак. Тезкор туғиш сувсиз даврнинг давомийлигидан қатъи назар, одатдаги методика бўйича акушерлик кўрсаткичлари бўйича ўтказилади. Хориоамнионит тезкор туғруққа кўрсатма ҳам, қарши кўрсатма ҳам эмас. Хориоамнионит ва ККга акушерлик кўрсаткичлари мавжуд бўлмаганда септик акушерлик асоратлари хавфини камайтириш мақсадида табiiй туғруқ йўллари орқали туғиш тавсия этилди.

С Ўтказилган даволаш муолажаларига қарамасдан (намланган кислород бериш ва/ёки электролит эритмани тез юбориш, ва/ёки тана ҳолатини ўзгартириш ва/ёки ўткир токолизни ўтказиш (ёки доплерография маълумотларига кўра киндик артериясида қон айланиши бузилиши)) зўрайиб борувчи, кардиотокографиянинг шубҳали тури билан кечадиган ҳомила дистресс-синдромида

С Қон кетиши билан кечадиган йўлдош олдинда келишининг ҳар қандай турида шошилинч тартибда (I кечиктириб бўлмайдиган тоифаси) КК жарроҳлик амалиёти билан туғдириш тавсия этилади

С Зўрайиб борувчи нормал жойлашган йўлдошнинг барвақт кўчишида шошилинч тартибда (I кечиктириб бўлмайдиган тоифаси) КК жарроҳлик амалиёти билан туғдириш тавсия этилади.

С Бачадон йиртилиши хавфи, бачадон йиртилиши бошланиши, содир бўлган бачадон йиртилишида шошилинч тартибда (I кечиктириб бўлмайдиган тоифаси) КК жарроҳлик амалиёти билан туғдириш тавсия этилади

С КТГ маълумотларига (патологик тури) ёки лактат даражасига кўра зўрайиб борувчи метаболик ацидоз белгилари билан кечадиган ҳомила дистресс-синдромида шошилинч тартибда (I кечиктириб бўлмайдиган тоифаси) КК жарроҳлик амалиёти билан туғдириш тавсия этилади

С Клиник тор чанокда шошинч тартибда (I кечиктириб бўлмайдиган тоифаси) КК жарроҳлик амалиёти билан туғдириш тавсия этилади

С Ҳомила боши билан келганда киндик тизимчаси ёки ҳомиланинг қўли тушишида шошинч тартибда (I кечиктириб бўлмайдиган тоифаси) КК жарроҳлик амалиёти билан туғдириш тавсия этилади

С Туғруқ пайтида эклампсия хуружи содир бўлганда шошинч тартибда (I кечиктириб бўлмайдиган тоифаси) КК жарроҳлик амалиёти билан туғдириш тавсия этилади

С Ҳомиласи тирик аёлнинг агония ҳолатида ёки тўсатдан ўлимида шошинч тартибда (I кечиктириб бўлмайдиган тоифаси) КК жарроҳлик амалиёти билан туғдириш тавсия этилади

Бачадон бўйни тўлиқ очилиши ва ҳомиланинг олдинда ётган қисми кичик тос бўшлиғида паст жойлашишида шошинч туғдиришнинг барча ҳолатларида туғдириш тури клиник ҳолатга қараб индивидуал равишда ҳал қилинади.

С Яшаб кетишига имкон бермайдиган ҳомиланинг аномалияларида (клиник тор чанок ҳолатига олиб келиши мумкин бўлган аномалиялар ва табиий туғруқ йўллари орқали туғдириш КК жарроҳлик амалиёти билан туғдиришга нисбатан юқори хавф туғдирадиган ҳолатлар бундан мустасно) КК жарроҳлик амалиёти билан туғдириш **тавсия этилмайди**

С Ҳомиланинг нобуд бўлишида (табиий туғруқ йўллари орқали туғдириш КК жарроҳлик амалиёти билан туғдиришга нисбатан юқори хавф туғдирадиган ҳолатлар бундан мустасно) КК жарроҳлик амалиёти билан туғдириш **тавсия этилмайди**

С <24⁰ ҳомилдорлик муддатида ҳомила томонидан КК жарроҳлик амалиётини ўтказиш учун кўрсатмалар мавжуд бўлганда (табиий туғруқ йўллари орқали туғдириш КК жарроҳлик амалиёти билан туғдиришга нисбатан юқори хавф туғдирадиган ҳолатлар бундан мустасно) КК жарроҳлик амалиёти билан туғдириш **тавсия этилмайди**

Янги туғилган чақалоқнинг ҳаёти ва соғлиғи учун ноҳуш натижа билан яқунланиши туфайли аёлнинг ёзма розилигини олиш талаб қилинади.

С Режали КК жарроҳлик амалиётини 39 ҳафтагача ўтказиш тавсия этилмайди, баъзи юқори хавфли акушерлик ҳолатлари бундан мустасно, чунки бу чақалоқларда нафас олиш касалликлари хавфини ошириши мумкин

Туғруқ фаолияти бошланишидан аввал КК жарроҳлик амалиёти билан туғилган болаларда респиратор нафас олиш бузилишларининг келиб чиқиш хавфи юқорироқ туради, бироқ ҳомилдорликнинг 39 ҳафталик муддатидан кейин ушбу асоратнинг юзага келиш хавфи сезиларли даражада камаяди. Баъзи кўрсатмалар бирга келишида туғдириш муддати клиник ҳолатга қараб ўзгартирилиши мумкин бўлади.

Ҳомилдорлик муддатининг 38 ҳафтаю 6 кунигача тиббий кўрсатмаларга мувофиқ режали кесар кесиш жарроҳлик амалиёти режалаштирилган барча ҳомилдор аёлларга кортикостероидларнинг битта даволаш курси тайинланиши керак.

http://disuria.ru/ld/10/1039_kr21O82MZ.pdf

<https://www.nice.org.uk/guidance/ng192/resources/caesarean-birth-pdf-66142078788805>

<https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1002/ijgo.15115>

2.6. Кесар кесиш жарроҳлик амалиёти билан туғдиришнинг жарроҳлик техникаси

А КК жарроҳлик амалиётидан аввал сийдик катетерини ўрнатиш ва туклар меъеридан ортиқ ўсиб кетган ҳолда тахминий тери кесмаси соҳасидаги тукларни олиб ташлаш тавсия этилади

Муолажани операция куни бажариш мақсадга мувофиқ ҳисобланади. Деполяция кремидан фойдаланиш ёки тукларни олиб ташлаш мумкин бўлади.

С КК жарроҳлик амалиётидан аввал операцион хонасида ҳомиланинг жойлашиши, олдинда ётган қисми ва юрак уришини текшириш тавсия этилади

Ҳомиланинг жойлашиши ва олдинда ётган қисми КК жарроҳлик амалиёти билан туғдиришнинг техник хусусиятларига таъсир қилиши мумкин. Операцион хонасида ҳомиланинг юрак уриши аниқланмаслиги туғдириш усулига таъсир қилиши мумкин.

С Туғруқдан олдин ва эрта туғруқдан кейинги даврларда веноз тромбоз эмболик асоратларни олдини олиш мақсадида компрессион трикотаж узун пайпоқларни (чулқиларни) кийиш тавсия этилади

С Операцион хонасида юзага келиши мумкин бўлган асоратларни ўз вақтида бартараф этиш мақсадида томир ичи инфузияларни бажариш учун томир ичи катетерини ўрнатиш тавсия этилади

С КК жарроҳлик амалиётидан аввал кристаллоид эритмалар билан инфузион терапияни бошлаш тавсия этилади

С Антиретровирус терапияни қабул қилмаган ОИВ билан касалланган аёлларда антиретровирус профилактикасини ўтказиш тавсия этилади

С Операция олди тайёргарлик ва КК жарроҳлик амалиёти пайтида хавфсиз тиббий ёрдам кўрсатиш масалалари рўйхати ва уларни бажарилиши қайд этилишидан иборат назорат рўйхатини тўлдириш тавсия этилади

А КК жарроҳлик амалиёти пайтида операцион жароҳат инфекциясини олдини олиш мақсадида хлоргексидин спиртли эритмаси билан терига операция олди ишлов бериш тавсия этилади

КК жарроҳлик амалиёти пайтида операцион жароҳат инфекциясини олдини олиш учун хлоргексидин спиртли эритмаси билан терига операция олди ишлов бериш афзал ҳисобланади.

А Операциядан кейинги даврда камроқ оғриқ кузатилиши ва яхшироқ косметик натижа бериши туфайли терида қўндаланг кесмадан фойдаланиш тавсия этилади

Терининг кесмаси қорин пастки қисмида қўндаланг ёки вертикал (ўрта чизик бўйлаб ёки парамедиал) бўлиши мумкин. Joel-Cohen бўйича лапаротомияда операциянинг давомийлиги ўртача 11,4 дақиқага, операция бошланишидан туғруқгача бўлган вақт 1,9 дақиқага қисқаришига,

операциядан кейинги гипертермия частотаси камайишига ва стационарда бўлиш муддати қисқаришига, операциядан кейинги даврда аналгезияга (оғриксизлантиришга) бўлган эҳтиёжни камайишига олиб келади.

В КК жарроҳлик амалиёти билан туғдиришда тери ва чуқурроқ тўқималарни кесиш учун алоҳида скальпельдан фойдаланиш **тавсия этилмайди**, чунки бу операцион жароҳат инфекциясининг келиб чиқиш частотасини камайтирмайди

А КК жарроҳлик амалиёти билан туғдиришда сийдик қопини силжитиш тавсия этилмайди

КК жарроҳлик амалиёти пайтида сийдик қопини силжитиш бачадондаги операцион жароҳати соҳаси билан унинг бирлашишига ва стрессли сийдикни тутолмасликнинг кейинги ривожланиши билан физиологик ҳаракатчанликнинг бузилишига олиб келиши мумкин.

А КК жарроҳлик амалиёти билан туғдиришда яхшироқ битиши туфайли бачадоннинг пастки сегментида кўндаланг кесмадан фойдаланиш тавсия этилади.

А КК жарроҳлик амалиёти билан туғдиришда бачадондаги бошқа кесмалардан (кўндаланг равоксимон, паст вертикал (истмико-корпорал), «классик» (корпорал – бачадон танасининг ўрта чизиғи бўйлаб), Т- ёки J-симон кесмадан, Фритч бўйича бачадон тубида кўндаланг кесмадан) мунтазам равишда фойдаланиш **тавсия этилмайди**

Анамнезда КК жарроҳлик амалиётини ўтказган аёлларда кейинги ҳомиладорлик ва туғруқ пайтида бачадон йиртилиши хавфи мавжуд бўлади. Бачадон йиртилишининг энг катта хавфи «классик» (корпорал) ва Т-симон кесмалардан кейин 4-9%; камроқ – вертикал (истмико-корпорал) 1%-7% ва кўндаланг кесмаларида 0,2%-1,5% ни ташкил қилади. Амалдаги замонавий қўлланмаларда бачадондаги аввалги кесмаси классик, J-симон ёки Т-лангарсимон бўлган аёллар учун қайта КК жарроҳлик амалиётини ўтказиш тавсия қилинади. Бачадонда Т-лангарсимон ёки J-симон, классик кесмалардан фойдаланилганда, шунингдек, КК жарроҳлик амалиёти пайтида миомэктомия ўтказилганда, касаллик тарихида, операцион журналида, чиқариш варақасида хужжатлаштиришдан ташқари, кейинчалик фақат КК жарроҳлик амалиёти билан туғиш зарурлиги тўғрисида аёлни ҳам хабардор қилиш керак. Операцион жароҳат турли йўналиш бўйлаб бориши туфайли Т-симон кесма ёмонроқ битади, шунинг учун ундан фойдаланмаслик лозим, ва зарур ҳолларда J-симон кесмадан фойдаланиш тавсия этилади.

А КК жарроҳлик амалиёти билан туғдиришда камроқ миқдорда қон йўқотиш ва қон қуйишга нисбатан камроқ эҳтиёж бўлиши туфайли бачадонда чандиқ бўлмаганда бачадондаги жароҳатни тўмтоқ тарзда кенгайтириш тавсия этилади

Бачадон пастки сегментининг марказида Кэрр бўйича скальпель билан кесмани бажариш, сўнгра сийдик қопини ажратмасдан ва силжитмасдан Дерфлер бўйича қайчи ёки бармоқлар ёрдамида кенгайтириб, латерал йўналишларда кесмани узайтириш мумкин бўлади. Шунинг эса тутиш керакки, ҳомила боши билан келганда, бачадоннинг пастки сегментидаги кўндаланг кесманинг даражаси, эҳтиёткорлик билан ҳомиланинг бошини чиқариб олиш учун, имкон қадар, ҳомила бошининг энг катта диаметрининг соҳасига тушиши керак. Бачадонда чандиқ бўлганда кесмани ўткир тарзда кенгайтириш мумкин, бачадондаги кесма қайчи ёрдамида чап ва ўнгга узайтирилади, чунки ҳомилани чиқариб олиш пайтида бачадон деворининг пастки қисми ва сийдик қопининг ёрилишига кесманинг кенгайиб кетиш хавфини камайтиради.

В Бачадонда кўндаланг йўналишда кесмани бажаришда, жароҳат четларини кранио-каудал йўналишда очиш тавсия этилади

Жароҳат четларини кранио-каудал йўналишда очиш назоратсиз очиш хавфи (7,4% га нисбатан 3,7%) ва 1500 мл дан ортик қон йўқотиш (0,2% га нисбатан 0,2%) билан боғлиқ. Жароҳат четларини кўндаланг йўналишда очиш тавсиялардан четга чиқиш ҳисобланмайди.

В КК жарроҳлик амалиёти билан туғдиришда ҳомила боши билан келганда ҳомилани чиқариб олишда қуйидаги жарроҳлик тактикасини қўллаш тавсия этилади: бачадоннинг олд ёки орқа деворлари ва ҳомиланинг боши ўртасидан пастроқ тўртта бармоқни жойлаштириб, кейин ҳомиланинг бошини бироз юқорига кўтарган ва бармоқларни букган ҳолда ҳомиланинг бошини жароҳат соҳасига кириб боришига ёрдам берилади

Ҳомила қийинчилик билан туғилишида чайқалиш ҳаракатларидан фойдаланиш, ортикча куч ишлатиш тавсия этилмайди, вазиятни хотиржам баҳолаш ва қийинчилик сабабини аниқлаш керак. Ҳомиланинг бошини чиқариб олишга ёрдам бериш учун ассистент бачадон тубига босим ўтказди. Ассистентнинг ёрдамига қарамасдан, ҳомиланинг боши туғилмаса, бачадондаги кесмани юқорига (J-симон кесма) кенгайтириш тавсия этилади. Операциядан кейинги даврда жароҳат битиши учун шароитлар ёмонлашиб бораётганлиги сабабли, бачадондаги лангарсимон кесмани ҳозирги кунда қўллаш тавсия этилмайди. Муддатидан олдин жарроҳлик амалиёти билан туғдиришда ҳомилага шикаст етказиш хавфини камайтириш учун қоғаноқ пардасининг бутунлигини сақлаган ҳолда ҳомилани чиқариб олиш афзал ҳисобланади.

С КК жарроҳлик амалиёти билан туғдиришда паст жойлашган ҳомиланинг бошини ассистент қўли билан қин орқали туртки бериши ёрдамида чиқариб олиш тавсия этилади

В КК жарроҳлик амалиёти билан туғдиришда паст жойлашган ҳомиланинг бошини иккала оёқни ушлаб ва уларни эҳтиёткорлик билан тортиб олиш орқали чиқариб олиш тавсия этилади

Юқорида кўрсатилган усуллар қўлланилишига қарамасдан, ҳомиланинг боши туғилишида қийинчиликлар сақланиб қолса, у ҳолда акушерлик қисқичлардан фойдаланилади (баъзан битта қошиқ етарли бўлади).

В КК жарроҳлик амалиёти билан туғдиришда юқори жойлашган ҳомиланинг бошини чаноқ қисмига ичкаридан айланттириш ва болани думбаси/оёқларидан тортиб олиш орқали ҳомилани чиқариб олиш тавсия этилади.

С КК жарроҳлик амалиёти билан туғдиришда юқори жойлашган ҳомиланинг бошини инструментлар ёрдамида чиқариб олиш тавсия этилади (акушерлик қисқичлари, вакуум-экстрактор).

С КК жарроҳлик амалиёти билан туғдиришда ҳомиланинг кўндаланг жойлашишида ҳомиланинг олд оёғини чиқариб, сўнгра танаси ва бошини туғиш ёки бачадонда J-симон ёки вертикал кесмани бажариш орқали ҳомилани чиқариб олиш тавсия этилади

С КК жарроҳлик амалиёти билан туғдиришда чаноқ кириш қисмига қараган орқа билан ҳомиланинг кўндаланг жойлашишида ва қоғаноқ пардаси бутун (ёрилмаган) бўлганда бачадонда кесмани бажаришдан аввал бачадоннинг пастки сегментида кесма орқали ҳомилани хавфсиз чиқариб олиш учун боши ёки думбасига ҳомилани интраабдоминал айланттириш орқали ёки ҳомилани айланттиришдан аввал бачадонда вертикал кесмани бажариш орқали ҳомилани чиқариб олиш тавсия этилади

Кўндаланг кесмага қараганда, ҳатто пастки сегмент билан чекланган бўлса ҳам, вертикал гистеротомияни имкони борича камроқ бажариш керак, чунки бу кейинги ҳомиладорликда бачадон йиртилиши хавфини ошириши мумкин, бироқ бачадоннинг пастки сегменти кенгаймаган бўлса, вертикал гистеротомияни бажариш керак бўлиши мумкин. Ҳомила катта бўлса, айниқса қоғаноқ пардаси ёрилишида ва ҳомиланинг елкаси кесмага тушишида, классик кесмани бажариш талаб қилиниши мумкин. Баъзида ҳомилани чиқариб олиш қийинчиликлари номуқобил оғриксизлантиришнинг оқибатидир, бу эса ҳомиладор аёл қорин мушакларининг таранглашишини келтириб чиқаради. Ушбу муаммони ҳал қилиш учун оғриксизлантиришни чуқурлаштириш бўйича тегишли чоралар талаб қилинади.

С Йўлдошнинг олдинда келишида ва йўлдошнинг кесмага тушишини олдини олиш мумкин бўлмаганда, уни қўл билан қоғаноқ пардасигачан тезда ажратиб олиб, сўнгра қоғаноқ пардасини ёриш тавсия этилади

Йўлдошнинг кесмада жойлашиш эҳтимоли операциядан олдинги текширув жараёнида УТТда аниқланиши керак. Кўпинча йўлдош пастга қараб (асосий қисми бачадон танасида ва тубида жойлашганида), камдан-кам юқорига ёки ён томонга ажратилади (асосий қисми пастки сегментда жойлашганида). Жарроҳ бармоғи билан йўлдошни тешиши ва ёриши ёки скальпель билан уни кесиши муқаррар равишда ҳомилада қон йўқотишга олиб келади, шу сабабли киндик тизимчасини иложи борича тезроқ қисиб олиш керак бўлади.

А Қон йўқотиш ҳажмини камайтириш мақсадида ҳомилани чиқариб олишдан кейин утеротоник дори воситаларни юбориш тавсия этилади

Қуйидаги утеротоник дори воситалардан фойдаланиш мумкин: ҳомила чиқариб олингандан кейин в/и, секин оқимда (1-2 дақ. ичида) 1-2 мл (5 ХБ) ёки в/и инфузомат орқали 16,2 мл/с (27 мХБ/дақ.) тезликда ёки в/и томчилаб 40 томчи/дақ. тезликда (5 ХБ 500 мл ли физиологик эритмада) окситоцин юборилади; ҳомила чиқариб олингандан кейин дарҳол в/и секин 1 дақ. ичида 1 мл (100 мкг) карбетоцин юборилади (фақат интра- ва операциядан кейинги қон кетишининг ривожланиш хавфи мавжуд бўлганда).

А Киндик тизимчаси қисиб олингандан кейин, қон йўқотиш ҳажмини камайтириш мақсадида йўлдошни киндик тизимчасидан тракция (тортиш) ҳарақатлари орқали ажратиш тавсия этилади

Йўлдошни ажратишнинг ушбу усули қўл билан ажратиб ва чиқариб олиш билан таққослаганда қон йўқотиш ҳажмини камайтириш, туғруқдан кейинги даврда гематокрит пасайиши, эндометрит ривожланиш ҳолатлари ва стационарда бўлиш давомийлигини қисқартириш билан бирга келади.

А КК жарроҳлик амалиётида бачадон деворлари кюретажини бажариш ва антисептик билан ишлов бериш **тавсия этилмайди**

Бачадон шиллик қаватини олиб ташлаш ва унинг ҳаддан ташқари жароҳатланиши синехиялар пайдо бўлишига ва Ашерман синдроми ривожланишига олиб келиши мумкин.

А Бачадонни одатий экстэрироризация қилиш тавсия этилмайди, чунки у оғриқ синдроми билан боғлиқ бўлиб, қон кетиши ва инфекциялар каби операция натижаларига таъсир қилмайди

Бачадоннинг орқа юзасини тўлиқ текшириш керак бўлса, бачадонни қорин бўшлиғидан ташқарига чиқариб олиш керак бўлади (миома тугунларини олиб ташлаш, йўлдошнинг ўсиб киришида метропластикани бажариш ва бошқ.).

А КК жарроҳлик амалиётида , операцион жароҳатнинг четларини бир бирига келтириш қийин бўлганда, кўп миқдорда қон кетаётганда ва инфекция хавф даражаси юқори бўлганда, ҳам бир қаторли, ҳам икки қаторли чокни қўйиш тавсия этилади

15 мингга яқин аёлни қамраб олган бир ва икки қаторли чокларни таққослаш бўйича ўтказилган тадқиқотларда онанинг умумий инфекция касалланиши, эндометрит ривожланиш ҳолатлари ва қон қуйиш бўйича натижалар келтирилган. Бир қаторли чокни қўйиш операция вақтини қисқартириши, тўқималар камроқ жароҳатланиши ва операцион жароҳатда ёт тикиш материаллари камроқ бўлиши билан бирга келади. Ушбу потенциал афзалликлар операцион ва операциядан кейинги асоратлар камроқ юзага келишига олиб келиши мумкин. Бироқ сўнгги йилларда ўтказилган катта рандомизацияланган тадқиқотлар бачадон йиртилишининг частотаси бачадонни тикиш техникасидан фарқ қилмаслигини кўрсатди.

А КК жарроҳлик амалиётида висцерал ва париетал қорин пардасини шифокорнинг ихтиёрига кўра тикиш тавсия этилади

Висцерал ва/ёки париетал қорин пардасини тикмасдан қолдириш, асоратлар ривожланишига олиб келмайди, бироқ операция давомийлиги қисқариши, оғриқ қолдирувчи дори воситаларга бўлган эҳтиёж камайиши, операциядан кейинги даврда касалланиш ҳолатлари камайиши ва операциядан кейин стационарда бўлиш давомийлиги қисқариши билан бирга келади. Операциядан кейинги битишмалар ҳосил бўлишида қорин пардасини (висцерал ва париетал) тикиш ва тикмасдан қолдиришнинг ўртасида фарқ аниқланмаган.

С КК жарроҳлик амалиётида қориннинг тўғри мушакларини шифокорнинг ихтиёрига кўра тикиш тавсия этилади ва мажбурий ҳисобланмайди

Қориннинг тўғри мушакларини тортмасдан тикиш керак, чунки бу оғриқ синдромига олиб келиши мумкин. Қориннинг тўғри мушакларини тикиш гемостаз учун қўшимча шароитлар яратади. Қорин мушаклари тикилмасдан қолдирилса, табиий равишда уларнинг анатомик жойлашиши тикланади ва уларни тортиб тикиш оғриқ синдромига ва битишмалар ҳосил бўлишига олиб келиши мумкин.

А КК жарроҳлик амалиётида апоневрозни бир қаторли чок билан тикиш тавсия этилади

А КК жарроҳлик амалиётида қалинлиги 2 см ва ундан ортиқ бўлган тери ости ёғ қатламини тикиш тавсия этилади

Қалинлиги 2 см дан ортиқ бўлган тери ости ёғ қатламини тикиш қорин деворининг операцион жароҳатидан юзага келадиган асоратларни, айниқса гематомалар ва серомалар ҳосил бўлишини камайтиришга ёрдам беради. Қорин деворини бу усулда тиклаш операцион жароҳатнинг четлари очилиб кетишини ва серомалар ҳосил бўлишини сезиларли даражада камайтириши билан бирга келади. Тери ости ёғ қатламининг қалинлиги 2 см дан кам бўлса, операцион жароҳат инфекциясининг ривожланиш частотаси камаймаганлиги сабабли уни тикмасдан қолдириш мумкин бўлади.

С КК жарроҳлик амалиётида семиз аёлларда (тана вазни индекси (ТВИ) ≥ 30 кг/м²) тери ости ёғ қатламини мунтазам равишда дренажлаш **тавсия этилмайди**

Тери ости ёғ қатламини мунтазам равишда дренажлаш операция давомийлигини узайтиради ва аёлларга қўшимча ноқулайликлар туғдиради, бироқ операцион жароҳат инфекциясининг ривожланишини камайтирмайди.

В Терини тиклашда ҳар қандай усулларни қўллаш тавсия этилади: алоҳида тугунли чокларни қўйиш, узлуксиз тери ичи чокини қўйиш, скобалардан фойдаланиш

Косметик чок аёллар учун қулай, гарчи терини тиклаш учун кўпроқ вақт керак бўлсада, бироқ операцион жароҳат соҳасида инфекция асоратларнинг ривожланиши камдан-кам кузатилади. Қавслардан фойдаланиш, терини тикиш билан таққослаганда, яранинг юзаки ажралиш хавфи ортади.

http://disuria.ru/ld/10/1039_kr21O82MZ.pdf

<https://www.nice.org.uk/guidance/ng192/resources/caesarean-birth-pdf-66142078788805>

<https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1002/ijgo.15115>

2.7. Кесар кесиш жарроҳлик амалиётида қўлланиладиган оғриқсизлантириш усуллари

С Оғриқсизлантиришдан аввал анестезиолог-реаниматолог анамнезни йиғиши ва йўналтирилган физикал текширувни ўтказиши; ҳомиладорлик даврида аёл организмидаги физиологик ўзгаришларни, шунингдек FDA бўйича тератогенлик синфларини, ҳомиладорлик ва эмизикли даврларида уларни қўллашга қарши кўрсатмаларни ҳисобга олиши; таклиф этилаётган оғриқсизлантириш усулига, керакли муолажаларни ва интенсив даволаш тадбирларини (қоннинг таркибий қисмларини куйиш, магистрал томирларни катетеризация қилиш ва бошқ.) ўтказиш учун аёлнинг (ёки унинг қариндошлари/вакиллари) тиббий аралашувга ихтиёрий равишда розилик беришини ёки уни рад этишини касаллик тарихида қайд этиши; аёлнинг жисмоний ҳолатини кўриқдан ўтказиши, трахея интубациясидаги қийинчиликлар келиб чиқиш хавфини, тромбоемболик асоратлар юзага келиш хавфини, аспирацион синдром ва анафилаксиянинг келиб чиқиш хавфини қайд этиши ва ўтказилган профилактик тадбирлар туғруқ тарихида белгиланиши тавсия этилади

С КК жарроҳлик амалиётдан аввал анестезиолог-реаниматолог шифокори периоперацион даврда аёл ва ҳомиланинг хавфсизлик даражасини ошириш учун ASA шкаласи бўйича аёлнинг жисмоний ҳолатини баҳолаши тавсия этилади

С КК жарроҳлик амалиёти билан туғдиришда аёлнинг хавфсизлигини таъминлаш учун қуйидаги тадбирлар бўйича назорат рўйхатини тўлдириш тавсия этилади: ускуналар ва дори воситаларни текшириш; аёлнинг операция олди текшируви ва тайёрлиги; шприцларни белгилаш; қийин/муваффақиятсиз трахея интубацияси; анафилаксия; маҳаллий анестетикларнинг тизимли токсиклиги; массив қон кетиши; операциядан кейинги даво, шу жумладан, оғриқсизлантириш; санитария-эпидемиологик хавфсизлик

С КК жарроҳлик амалиёти билан туғдиришдан аввал анестезиолог-реаниматолог шифокори наркоз ва нафас бериш ускуналарининг созлигини текшириши тавсия этилади

Аёл ва ҳомиланинг хавфсизлик даражасини ошириш учун наркоз ва нафас бериш ускуналарининг созлиги назорат рўйхати бўйича текширилади.

В Режалаштирилган тартибда КК жарроҳлик амалиёти билан туғдиришда ўпка асоратларини олдини олиш мақсадида аспирацион синдромининг профилактикасини ўтказиш тавсия этилади (овқат емаслик, антацидларни қабул қилиш, тезкор кетма-кет индукцияни ўтказиш).

ASA (American Society of Anesthesiologists) тавсияларига кўра, операциядан 6-8 соат аввал, қабул қилинган овқатнинг турига қараб озиқ-овқат истеъмолини чеклаш керак бўлади: оғриқсизлантиришдан 6 соат аввал тиниқ суюқликларни, 8 соат аввал қаттиқ овқатни (қовурилган овқатлар, ёғли овқатлар ёки гўшт). Аспирацион синдромини олдини олиш учун тавсия этилган дори воситаларнинг бирон бири далилий асосга эга эмас, бироқ Америка Анестезиологлар Жамияти томонидан антацидлар, H₂-гистамин блокаторлари ва метоклопрамидни қўллаш тавсия этилади (2007, 2016). Ниқоб орқали вентиляция ўтказиш босқичида Селлик усулини қўллаш керак бўлади.

А Асоратланмаган ҳомиладорликда режалаштирилган тартибда КК жарроҳлик амалиёти билан туғдиришда оғриқсизлантириш бошланишидан 6 соат аввал ўрта миқдорда тиниқ суюқликларни қабул қилиш тавсия этилади

Тиниқ суюқликларга сув, этисиз мевали шарбат, газланган ичимликлар, чой ва қаҳва кирази. Суюқлик миқдори суюқликдаги зарралар сонидан камроқ аҳамиятга эга. Шу билан бирга, аспирация ривожланиш хавф омиллари мавжуд бўлган аёлларга (масалан, 2-3 даражали семизлик, қандли диабет, қийин трахея интубацияси) ёки оператив туғдириш хавфи юқори бўлган аёлларга (масалан, ҳомиланинг ноаниқ ҳолати) суюқлик истеъмол қилишда қатъий чекловлар қўйилиши мумкин, қарор индивидуал равишда қабул қилиниши керак. Қаттиқ озиқ-овқатларни истеъмол қилмаслик керак.

А КК жарроҳлик амалиёти билан туғдиришда операцион столини 15° га чап ён томонга бурилган ҳолатда аёлни жойлаштириш тавсия этилади

Операцион столи 15° дан юқори чап ён томонга бурилган ҳолатда кичик бел ёстиқчасидан (польстеридан) фойдаланиш гипотензив асоратлар камайишига ва систолик ҚБ пасайишига олиб келади (-8.80 мм сим. уст. дан -4.42 мм сим. уст. гача).

А Периоперацион даврда ноинвазив мониторингни ўтказиш (ҚБ, ЮУТ, капнометрия, ЭКГ, SpO₂, нафас олиш ҳаракати частотаси – агар нейроаксиал анестезия ўтказилса) ва сийдик чиқариш тезлигини назорат қилиш тавсия этилади

А КК жарроҳлик амалиёти билан туғдиришда нейроаксиал оғриқсизлантириш (эпидурал, спинал ҳамда қўшма спинал-эпидурал), қарши кўрсатмалар мавжуд бўлса ўпакаларнинг сунъий вентиляцияси билан умумий оғриқсизлантириш тавсия этилади

КК жарроҳлик амалиёти билан туғдиришда нейроаксиал оғриқсизлантириш усулининг инкор этилмайдиган устунлигини ҳисобга олган ҳолда, нейроаксиал оғриқсизлантириш усулини қўллаш учун қарши кўрсатмалар мавжуд бўлса, умумий оғриқсизлантириш усулини қўллаш мумкин бўлади. Ҳомиладорлик даврида умумий оғриқсизлантириш усулининг асоратлар хавфи сезиларли даражада ошади ва уни ўтказилиши бир қатор сабабларга кўра техник жиҳатдан қийинроқ бўлади. Турли хил профиль жарроҳлик беморларининг умумий массасида мураккаб интубацияларнинг частотаси тахминан 2500-3000 ҳолатга 1, акушерлик анестезиясида эса бу кўрсаткич 250-300 ҳолатга 1, яъни деярли 10 мартага ошади. Муваффақиятсиз ёки узоқ муддатли интубацияда онанинг десатурацияси нафас олиш тизимидаги ўзгаришлар туфайли бошқа гуруҳларнинг беморларига қараганда анча тез юзага келади. Ниқоб орқали вентиляцияни ўтказиш самарасиз бўлиши мумкин ва бундан ташқари, бундай вентиляцияни ўтказиш ошқозондаги егуликнинг регургитациясига олиб келиши мумкин.

С КК жарроҳлик амалиётидан кейин, аёлни интенсив даволаш палатасига (анестезиология-реанимация бўлимининг тузилмасида) ёки уйғониш палатасига ўтказиш тавсия этилади, аёл ўтказилган оғриқсизлантиришдан кейин тўлиқ тикланишигача у ерда қолиши керак бўлади (эс-хуши, нафас олиши, мушак тонуси, гемодинамик кўрсаткичлар, диурез)

А КК жарроҳлик амалиёти билан туғдиришда бош мия ички босимининг ўзгариши исталмаган ёки операциядан кейин узоқ муддатли оғриқсизлантириш режалаштирилган клиник ҳолатларда, шунингдек, аввалги туғруқларда эпидурал бўшлиқ катетеризацияланганда, спинал оғриқсизлантириш ўрнига эпидурал оғриқсизлантириш усулини ўтказиш тавсия этилади. Қарор индивидуал равишда қабул қилиниши керак.

Спинал ва эпидурал оғриқсизлантириш усуллари бир хил даражада хавфсиз ҳисобланади, бироқ спинал оғриқсизлантириш усули кўпинча гипотензия билан кузатилади. Шу билан бирга, КК жарроҳлик амалиёти билан туғдиришда спинал оғриқсизлантириш усулининг эпидурал оғриқсизлантириш усулидан афзалликлари қуйидагича: техник жиҳатдан осон ўтказилади; таъсири тезроқ бошланади (латент даври аёлни жойлаштириш ва жарроҳлик майдонига ишлов бериш учун зарур бўлган вақтга мос келади); усулнинг арзонлиги (эпидурал оғриқсизлантириш усули билан таққослаганда); камроқ оғриқ кузатилиши; препаратнинг дозаси ошириб юборилиши истисно қиладиган ва маҳаллий анестетикларнинг токсик таъсирини деярли бартараф этадиган маҳаллий анестетикнинг камроқ дозаси ишлатилади; янада тўлиқ сенсор ва мотор оғриқсизлантиришга эришилади. Антикоагулянтлар ва/ёки антиагрегантларни қабул қиладиган аёлларда оғриқсизлантиришнинг ўзига хос хусусиятларини ҳисобга олиш керак. Асоратлар юзага келиш хавфи юқори бўлган аёлларда туғруқнинг эрта босқичларида режалаштирилган эпидурал катетеризацияни амалга ошириш мумкин бўлади, бу эса катетернинг нормал ишлашини эрта тасдиқлашга имкон беради.

А КК жарроҳлик амалиёти билан туғдиришда оғриқсизлантириш усулини танлаётганда, нейроаксиал оғриқсизлантиришни ўтказиш учун қуйидаги қарши кўрсатмаларни ҳисобга олиш тавсия этилади: аёл рад этиши; оғир гиповолемия (геморрагик шок, дегидратация); қон ивиши гипокоагуляция томон бузилиши; ортирилган ёки туғма коагулопатиялар; пункция жойида йирингли ҳосилалар; маҳаллий анестетикларни кўтара олмаслик; сунъий юрак стимулятори бўлган аёлларда юрак ҳайдашининг фракцияси фиксацияланган бўлиши; асаб тизимининг демиелинизацияланувчи касалликлари ва периферик невропатия; юқори бош мия ички босими билан боғлиқ бўлган касалликлар; пункция жойида татуировка бўлиши. Ҳар бир аниқ ҳолат унинг афзалликлари ва улар билан боғлиқ хавф/фойда муносабатларини баҳолаш учун алоҳида кўриб чиқилиши керак

Оғир преэклампсия билан касалланган ҳомиладор аёлларда спинал оғриқсизлантириш усулини қўллаш мумкин. Қон ивиши гипокоагуляция томон бузилиши қуйидаги лаборатор кўрсаткичлар билан аниқланади: ХНН >1,5; АҚТВ >1,5 баробарга узайиши, фибриноген <1,0 г/л, тромбоцитопения <70*10⁹/л. 70-100*10⁹/л. Тромбоцитопения ва гипокоагуляция ҳолати бўлмаган тақдирда фақат спинал оғриқсизлантириш усулидан фойдаланиш мумкин бўлади (кичик диаметрли – 27-29G игналар билан). Анафилаксия каби амид гуруҳининг маҳаллий анестетикларини кўтара олмаслик жуда кам ҳолатларда учрайди. 2018 йилги Европа кардиологлар жамиятининг тавсияларига кўра, юрак касалликлари билан касалланган аёлларда одатда регионал оғриқсизлантириш усулини қўллаш умумий оғриқсизлантириш усулига қараганда афзалроқ туради. Неврологик касалликлар билан касалланган аёлларда регионал оғриқсизлантириш усулини қўллаш эҳтимоли индивидуал равишда баҳоланади ва невропатолог ва/ёки нейрохирург шифокорлари билан келишилади.

А Люмбал пункцияни L2 дан пастроқ ўрта ва парамедиан чизик бўйлаб кириш орқали бажариш тавсия этилади, чунки орқа мианинг охириги қисми шу сатҳида тугайди.

А Нейроаксиал оғриқсизлантириш усулини ўтказишда, ингичка (25G ёки ингичкароқ) спинал игналаридан фойдаланиш тавсия этилади, бу эса пункциядан кейинги бош оғриғининг келиб чиқиш хавфини камайтиради. Люмбал пункцияда учи (Pencil Point) қалам турдаги спинал игналардан фойдаланиш тавсия этилади, бу эса пункциядан кейинги бош оғриғининг частотасини камайтиради.

КК жарроҳлик амалиёти билан туғдиришда маҳаллий анестетикнинг гипербарик ва изобарик эритмалари қўлланилади. Спинал оғриқсизлантиришнинг давомийлиги чекланган бўлади, бироқ замонавий маҳаллий анестетиклар (бупивакаин, ропивакаин ва левобупивакаин) мавжудлиги спинал оғриқсизлантиришни 2,5-3 соат давомида ўтказишга имкон беради. Эпидурал бўшлиқни катетеризация қилиш пайтида бош мианинг қаттиқ пардасини билмасдан пункция қилишда узок муддатли спинал оғриқсизлантиришга ўтиш мақсадга мувофиқ ҳисобланади. Субарахноидал бўшлиққа 2-2,5 см масофада катетер киритилади ва маҳкамланади, шундан кейин дори воситаларни тегишли дозировакаларда юбориш учун уни ишлатиш мумкин бўлади.

А Юқори блокни олдини олиш мақсадида семиз ҳомиладор аёлларда маҳаллий анестетикнинг дозаси ўртача 25-30% га камайтирилиши керак. Маҳаллий анестетикнинг гипербарик эритмасини юбориш мақбул ҳисобланади.

С КК жарроҳлик амалиёти билан туғдиришда оғриқсизлантириш усулини танлашда, нейроаксиал оғриқсизлантиришнинг қуйидаги юзага келиши мумкин бўлган асоратларни ҳисобга олиш тавсия этилади: тез ривожланадиган асоратлар – артериал гипотензия; брадикардия, юрак нервлари блокадаси (Т1-Т4) туфайли юқори спинал оғриқсизлантириш фониди асистолия ривожланиши; кўнгил айнаши ва қайт қилиш; гипотермия ва титроқ; юқори ва тотал спинал блок; тери қичиши (опиатлар қўлланилганда); томир ичига юборилганда маҳаллий анестетикнинг токсик таъсири; кеч ривожланадиган асоратлар – пункциядан кейинги бош оғриғи; пункциядан кейинги бел оғриғи; сийдик тутилиши; транзитор неврологик асоратлар; «от думи» синдроми; орқа мия, орқа мия нервлари ва илдизларининг игна билан жароҳатланиши туфайли неврологик етишмовчилик (дефицит) ҳолати ривожланиши; инфекцион асоратлар: постпункцион менингитлар ва менингоэнцефалитлар, эпилепсия ва субдурал абсцесслар.

Симпатик блокада туфайли келиб чиққан гипотензия, бачадондаги қон оқимининг пасайишига олиб келади ва шу сабабли ҳар доим даволанишни талаб қилади. Спинал оғриқсизлантиришда гипотензияни олдини олиш усуллари: вазопрессорлардан (норэпинефрин, фенилэфрин, эфедрин) фойдаланиш, компрессион трикотажи кийиш, преинфузия ва қўшимча инфузияларни юбориш. Маҳаллий анестетикнинг тизимли токсиклигининг комплекс давосида в/и болюс кўринишда 20% ли ёғ эмульсиясини 1,5 мл/кг дозасида юбориш тавсия этилади, сўнгра токсик белгиларининг оғирлигига қараб 0.25 мл/кг/дақ. тезликда 30-60 дақ. ичида инфузия юборилади. 20% ли ёғ эмульсиясининг максимал дозаси 8 мл/кг ни ташкил қилади. Бош оғриғини бартараф этиш учун эпидурал бўшлиқни аутоқон билан пломбалашни тавсия этиш мумкин. Нейроаксиал инфекция ривожланишини олдини олиш мақсадида асептик шароитда эпидурал катетерни киритиш тавсия этилади. Анестезиолог-реаниматолог юз ниқоби, қалпоқ ва стерил қўлқоплардан фойдаланиши керак. Пункция жойига йодсиз антисептик эритмаси билан ишлов бериш тавсия этилади.

А ККда умумий ёки нейроксиал анестезия пайтида седация қилиш, анксиолит, аналгетик ва гипноз таъсири мақсадида юқори селектив агонист α_2 - адренорецепторлар кванадекс (дексмедетомидин) таклиф этилган: у анестетикларга бўлган эҳтиёжни, қон-томир реакциялари ва жарроҳлик стрессини камайтиради

Сўнгги ўн йил ичида мултимодал беҳушлик схемасида (вена ичига юбориш, нейроксиал беҳушлик (НАн)учун ёрдамчи восита сифатида ва КК жарроҳлик амалиётида анксиолитик, анксиолитическим, аналгетик, гипнотик таъсирига эга бўлган, юқори селектив агонист α_2 -адренорецепторлар - дексмедетомидин таклиф этилди. Бундан ташқари, операциядан кейинги даврда оғриқ қолдирувчи воситалар, кўнгил айнаши ва қайт қилишнинг олдини олиш ва периоператив тремор ривожланишининг олдини олиш учун кенг қўлланилади. Ҳозирги вақтда у тахикардия билан кечадиган ПЭ ва ЮТК билан оғриган беморларни комплекс даволашда танланган дори бўлиб хизмат қилиши мумкин. У чақалоқлар учун юқори даражадаги хавфсизлик соҳасига эга. Бош мия пўстлоғига таъсир қиладиган бошқа седатив препаратлардан (тиопентал, мидазолам ва пропофол) фарқли ўлароқ, у кортикал тизимга таъсир қилади. Адювант сифатида маҳаллий анестетикка 6-10 мг дексмедетомидин қўшилади, томир ичига назорат қилинадиган седация, периоператив даврда аналгезия, кўнгил айнаши, қусиш профилактикаси ва периоператив тремор ривожланишининг олдини олиш мақсадида 0,8 - 1, мг/кг/соат қўшилади.

А Спинал оғриқсизлантириш фонида юрак тўхтаб қолишида реанимацион тадбирларни ўтказишда адреналинни эрта юбориш тавсия этилади, бу эса яшаб қолиш эҳтимолини оширишга ёрдам беради

С Қолдиқ сенсор блок белгилари билан кечадиган самарасиз эпидурал оғриқсизлантиришда спинал оғриқсизлантиришни ўтказиш мумкин, бироқ спинал оғриқсизлантиришда қўлланиладиган маҳаллий анестетикнинг дозасини 30% га камайтириш тавсия этилади; муваффақиятсиз эпидурал анестезиядан кейин сенсор блок белгилари кузатилмаганда, маҳаллий анестетик стандарт дозада қўлланилиши мумкин

Муваффақиятсиз эпидурал оғриқсизлантиришдан кейин спинал оғриқсизлантириш усулига ўтиш эпидурал юборилган эритма билан субарахноидал бўшлиқ компрессияси туфайли юқори (тотал) спинал блокни келтириб чиқариши мумкин.

В Эпидурал катетерни киритишда бир неча бор парестезиялар кузатилса, катетер ва игнани чиқариб ташлаш ва бошқа сатҳдан пункцияни амалга ошириш тавсия этилади, бу эса нерв илдизига зарар етказмайди

В КК жарроҳлик амалиётининг давомийлиги спинал оғриқсизлантиришнинг давомийлигидан ошиб кетиш эҳтимол бўлса, комбинацияланган спинал-эпидурал оғриқсизлантириш усулини ўтказиш тавсия этилади

Нейроксиал оғриқсизлантириш пайтида кислород билан ингаляцияни ўтказиш Апгар шкаласи бўйича баҳоланадиган қисқа муддатли клиник натижаларга нисбатан ҳомилага фойдали ёки зарарли таъсир кўрсатмайди.

А КК жарроҳлик амалиёти билан туғдиришда аёл нейроксиал оғриқсизлантириш ўтказилишига розилик бермаса ёки нейроксиал оғриқсизлантиришни ўтказишга қарши кўрсатмалар мавжуд бўлса, умумий оғриқсизлантириш ўтказилади

Умумий оғриқсизлантириш дори воситалари йўлдош орқали ўтади, бу эса ҳомиланинг депрессиясига олиб келиши мумкин.

А Умумий оғриқсизлантиришнинг индукцияси фақат операцион майдонига ишлов бериш ва ёпинғичлар ёпилгандан кейин, шунингдек, операцияни ўтказишга тайёр акушер-гинеколог ва неонатолог шифокорлари борлигида тавсия этилади

Операциядан 30-40 дақиқа аввал премедикацияни ўтказиш – 0,15-0,25 мг/кг м/о дифенгидрамин юбориш (ёки унга тенг келадиган дозада аналог дори восита) (шошилиш ҳолатда индукциядан аввал в/и). Трахеяга ошқозондаги егуликнинг регургитацияси ва аспирациясини олдини олиш керак; ҳомиладор аёлни орқага ётқизиш, бачадонни чап томонга буриш; томир ичи катетерини ўрнатиш; сийдик қописа катетерни ўрнатиш; стандарт мониторингни ўтказиш – ҚБ, ЮУТ, капнометрия, ЭКГ, SpO₂, диурез; операция столида ифодаланган брадикардия кузатилса 0,01 мг/кг в/и атропин юбориш (операциядан аввал барча аёлларга мунтазам равишда атропин юбориш тавсия этилмайди); 3 дақ. давомида 100% ли кислород (O₂) билан преоксигенацияни ўтказиш зарур (шошилиш ҳолатда ҳар қандай ўпка сунъий вентиляцияси (ЎСВ) фақат трахея интубацияси бажарилгандан кейин ўтказилади.

А КК жарроҳлик амалиёти билан туғдиришда ЎСВ билан умумий оғриқсизлантиришни ўтказишда тезроқ кетма-кет индукцияни бажариш тавсия этилади

Умумий оғриқсизлантиришни ўтказишда қўлланиладиган дори воситалар: 4-5 мг/кг в/и натрий тиопентали, 2,5 мг/кг дан ошмайдиган дозада пропофол қўлланилиши мумкин. Қон кетишида – кетамин (1-1,5 мг/кг). Миорелаксантлар (1-2 мг/кг дозада суксаметоний хлориди). Селлик усулида трахея интубациясини ўтказиш. Туғувчи аёл эс-хушини йўқотиши билан ассистент узуксимон тоғайга босим ўтказишни бошлайди ва эндотрахеал трубка киритилгунга қадар ва унинг тўғри ўрнатилиши капнография орқали тасдиқлангунга қадар босим ўтказишни давом этади. Қийин интубация ҳолатида ҳиқилдоқ яхши кўринмаганда ҳиқилдоққа ташқи муолажалар сифатида «BURP» усулини (back, upward, right lateral, pressure) (орқага, тепага, ўнг томонга босиш) қўллаш мумкин.

А Ҳомилани чиқариб олишдан аввал умумий оғриқсизлантиришни ўтказишда чиқарилаётган СО₂нинг концентрациясини 32 мм сим. уст. даражада ушлаб турган ҳолда нормовентиляция режимида ЎСВни ўтказиш тавсия этилади

1,5:1 нисбатда N₂O/O₂ ёки таркибида галоген сақловчи ингалицион 1,5% ҳ. анестетиклар қўлланилади. Таркибида галоген сақловчи ингалицион анестетикларни минимал альвеоляр концентрациядан (МАК) паст бўлган концентрацияда қўллаш ифодаланган бачадон атонияси ва қон кетиши билан кузатилмайди ва операцияда эс-хушида бўлиш (сақланиш) хавфи деярли нолга тенг бўлади. Миорелаксация депполяризацияловчи миорелаксантлар билан ушлаб турилади.

А Ҳомилани чиқариб олишдан кейин ЎСВ билан умумий оғриқсизлантиришни ўтказишда ингалицион анестетикнинг концентрациясини ёки азот оксиди ва опиодни қўшиш билан 0,5 гача ва ундан ҳам камроқ концентрацияга тушириш тавсия этилади

Кўп ҳолатларда, окситоцин в/и юборилиши, ингалицион анестетикнинг концентрацияси 0,5 МАК даражада ушлаб турилса унинг бачадонни бўшаштирувчи таъсирини камайтиришга имкон беради. Наркотик аналгетиклар фақат ҳомила чиқариб олингандан кейин қўлланилади. Умумий оғриқсизлантиришни ўтказишда туғруқдан кейинги қон кетишининг ривожланиш хавфи ошади.

2.8. Ҳомиладор аёлда қон айланиши тўсатдан тўхташи ҳолатида кесар кесиш жарроҳлик амалиётини ўтказиш

С Ҳомиладор аёлда қон айланиши тўсатдан тўхтаб қолишини қуйидаги белгиларга қараб аниқлаш тавсия этилади: аёл эс-хушини йўқотиши ва спонтан нафас йўқлиги

Ҳомиладорлик даврида қон айланиши тўсатдан тўхтаб қолиши нисбатан кам учрайдиган асорат бўлиб, частотаси ўртача туғруқларнинг 1:12000 дан 1:30000 гача ташкил қилади. Ҳомиладор аёлда базавий реанимацион тадбирларнинг асосий қоидалари ҳисобга олиниши керак бўлган ўзига хос хусусиятларга эга. Қон айланиши тўсатдан тўхтаб қолишининг асосий сабаблари қуйидагилардан иборат: туғруқдан олдин қон кетиши, юрак касалликлари, оғриқсизлантириш, қоғаноқ сувлари эмболияси, шикастланиш, сепсис, эклампсия, ўпка артерияси тромбоемболияси, инсульт, ўткир ўпка шиши, миокард инфаркти, аорта аневризмаси ёрилиши, туғруқдан кейинги даврда қон кетиши.

С Ҳомиладор аёлда базавий ва/ёки кенгайтирилган реанимацион тадбирларни ўтказишда, қон айланиши тўхтаб қолишининг мумкин бўлган ёки тасдиқланган сабабини (қон кетиши, ЎАТЭ, анафилаксия ва бошқ.) бартараф этиш имкониятини баҳолаш тавсия этилади

В 20 ҳафталик ҳомиладорлик муддатидан кейин ҳомиладор аёлда қон айланиши тўсатдан тўхтаб қолишида, юракка етарли даражада веноз қайтишни ва юракнинг ҳайдаш улиши ошишини таъминлаш учун аёл орқасига ётган ҳолатда ҳомиладор бачадонни иложи борича чап томонга ўгириш билан аорто-кавал компрессиянинг механизмини бартараф этиш ва базавий реанимацион тадбирларни бошлаш тавсия этилади

Кўкрак қафасини сиқишни амалга оширишдан олдин, аортокавал сиқишни камайтириш учун бачадонни қўлда чапга силжитиш, ёки аёлнинг ўнг сонининг остига ролик қўйиш ёки бачадонни чап сонга 15-30° бурчак остида эгиш учун қўлбола ёки махсус асбобдан фойдаланиш керак. Аортокавал компрессия туфайли ҳомиладор бачадон веноз қайтишни сусайтиради ва шу билан бирга юракнинг функционал ҳолатини тахминан 60% га пасайтиради. Туғдириш кислород истеъмолини камайтиради, веноз қайтишни ва юрак фаолиятини яхшилайти, билвосита юрак массажини ўтказишни енгиллаштиради ва вентиляцияни яхшилайти. Бундан ташқари, диафрагма орқали ички билвосита юрак массажини ўтказишга имкон беради.

А Ҳомиладор аёлда қон айланиши тўсатдан тўхтаб қолишида базавий реанимацион тадбирларни қуйидаги кетма-кетликда ўтказиш тавсия этилади: ўзингизнинг хавфсизлигингизга ишонч ҳосил қилинг, ёрдамга чақиринг ва бачадонни чап томонга ўгириш билан аёл орқасига ётган ҳолатда юрак-ўпка реанимациясини бошланг: частотаси камида 100/дақ. билвосита юрак массажини камида 5 см чуқурликда ўтказинг, кўкрак компрессияси: сунъий нафас олдириш нисбати 30:2 ни ташкил қилиши керак

Ҳомиладор аёлда базавий реанимацион тадбирлар реанимация бўйича халқаро тавсияларга мувофиқ ўтказилади.

А 20 ҳафталик ҳомиладорлик муддатидан кейин ҳомиладор аёлда қон айланиши тўсатдан тўхтаб қолишида базавий ва/ёки кенгайтирилган реанимацион тадбирлари самарасиз бўлса, 4 дақиқа ичида реанимацион гистеротомияни ва 5 дақиқа ичида туғдиришни амалга ошириш тавсия этилади. Жойида туғдиришни амалга ошириш учун техник имконият бўлмаса, реанимацион тадбирларини тўхтатмаган ҳолда аёл операцияни амалга ошириш учун шароит бор жойга иложи борича тезроқ ўтказилади

Реанимацион гистеротомия ва туғдириш онанинг ва ҳомиланинг манфаатларини кўзлаб амалга оширилади. 20 ҳафталик муддатдан кичик бўлган ҳомиладорликда шошилиш тартибда КК жарроҳлик амалиётини ўтказмаслик мумкин, чунки бу муддатда ҳомиладор бачадон юрак фаолиятига таъсир қилиш эҳтимоли кам. 20-23 ҳафталик муддатда бўлган ҳомиладорликда онанинг ҳаётини сақлаб қолиш учун, 24 ҳафталик муддатдан катта бўлганда эса – она ва ҳомиланинг ҳаётини сақлаб қолиш учун шошилиш реанимацион гистеротомия ва туғдириш амалга оширилади. Реанимацион гистеротомия ва туғдириш биринчи навбатда онанинг ҳаётини сақлаб қолишнинг манфаатларини кўзлаб амалга ошириладиган реанимацион тадбир деб ҳисобланиши керак. Реанимацион гистеротомия ва туғдиришни амалга ошириш учун шошилиш тўпламини ҳар доим тайёр ҳолатда тутиш тавсия этилади: 10-ўлчамдаги лезвияли скальпель (керак бўлган ягона инструмент), Симпсон-Феноменов қисқичлари; қайчи; тикиш материали; игналар; Kelly қисқичи; Balfour ретракторлари. Реанимацион гистеротомия ва туғдириш аёлнинг транспортировкаси сабабли кечиктирилмаслиги керак. Бу онада қон айланиши тўсатдан тўхтаб қолиши бўлган ва базавий реанимацион тадбирлар ўтказилаётган жойда амалга оширилиши керак. Транспортировка пайтида реанимацион тадбирларни ўтказиш уларнинг сифатини сезиларли даражада пасайтиради, бироқ ушбу операцияни жойида амалга ошириш мутлақо имконсиз бўлса, аёлни тегишли ёрдам кўрсатилишининг тиббиёт муассасасига иложи борича тезроқ ўтказиш жоиз. Реанимацион тадбирлар муваффақиятли бўлса, туғдиришдан кейин аёлни жарроҳлик ва реанимацион ёрдам кўрсатиш имконияти мавжуд бўлган энг яқин тиббиёт муассасасига ўтказиш керак бўлади. Акушер-гинеколог энг тезкор қорин бўшлиғига киришни таъминлайдиган кесмани бажариши керак: пастки ўрта лапаротомия ёки қов суяклари бирикмаси усти кўндаланг кесмаси. Тиббий ёрдамнинг барча босқичларида (шу жумладан, ҳам шифохонагача тиббий ёрдам кўрсатиш босқичида, ҳам анестезиология ва реанимация бўлимида) скальпель ва киндик қисқичи тайёр бўлиши керак. Реанимацион тадбирлар муваффақиятли бўлса, қон йўқотишни назорат қилиш ва йирингли-септик асоратларни олдини олиш билан бачадон ва қорин бўшлиғи одатдаги усулда тикилади.

А Туғдиришдан кейин қон айланиши тўсатдан тўхтаб қолишида, тавсияларга мувофиқ кенгайтирилган реанимацион тадбирларини (томир ичи катетерини ўрнатиш, дефибрилляция, дори воситалар) 30 дақиқа давомида ўтказиш тавсия этилади

В Ҳомиладор аёлда қон айланиши тўсатдан тўхтаб қолишида кенгайтирилган реанимацион тадбирларини ўтказишда ҳомиладор бўлмаган аёлда қўлланилгани каби бир хил дефибрилляция режимларидан фойдаланиш тавсия этилади

В Ҳомиладор аёлда қон айланиши тўсатдан тўхтаб қолишида кенгайтирилган реанимацион тадбирларини ўтказишда ҳомиладор бўлмаган аёлда қўлланилгани каби бир хил турдаги томир ичи катетерини ўрнатиш ва дори воситаларидан фойдаланиш тавсия этилади

Юрак-ўпка реанимациясида дори воситаларни тавсия этилган юбориш йўллари (дори воситаларининг энг хавфсиз ва самарали фармакокинетикасини таъминловчи): томир ичига ёки суяк ичига. Дори воситаларни юборгандан кейин, камида 20 мл физиологик эритма билан периферик венани ювиш ва марказий қон оқимида дори воситани етказиб беришни тезлаштириш учун 10-20 сонияга кўтариш керак. Уч уринишдан кейин, томир ичига катетерни ўрнатиш муваффақиятсиз бўлса, дори воситалар суяк ичи орқали юборилади. Дори воситаларни суяк ичига юбориш уларнинг етарли миқдорда плазмадаги концентрацияси томир ичига юборилгани каби тахминан бир хил тезликда эришилади.

2.9. Кесар кесиш жарроҳлик амалиётидан кейин туққан аёлларни олиб бориш

В КК жарроҳлик амалиётидан кейин муқобил оғриқсизлантириш, тромбoproфилактика, эрта энтерал овқатланиш, эрта фаоллаштириш (мобилизация), қонда глюкозанинг миқдорини назорат қилиш, сийдик катетерини олиб ташлаш тавсия этилади

С КК жарроҳлик амалиётидан кейин реанимация бўлимида (ёки уйғониш палатасидан) нейроаксиал оғриқсизлантириш (спинал, эпидурал, комбинацияланган спинал-эпидурал) шароитида ўтказилган операциядан кейинги каби ҳолатда туғруқдан кейинги бўлимга эрта ўтказиш тавсия этилади

Преэклампсия билан асоратланган, операциядан олдин ва операция пайтида ёки операциядан кейинги эрта даврда қон кетиши кузатилган, гемодинамик кўрсаткичлар ва ҳаётий муҳим бўлган аъзоларнинг фаолиятини назорат қилишни ва реаниматолог шифокорининг кузатуви остида бўлишни талаб қиладиган оғир соматик касалликлари мавжуд бўлган, операция ҳажми кенгайиш билан (миомэктомия, гистерэктомия, битишмалар мавжудлиги) яқунланган, операция пайтида техник қийинчиликлар юзага келган аёллар бундан мустасно.

С КК жарроҳлик амалиётидан кейин аёлни фаоллаштиришдан сўнг сийдик катетерини олиб ташлаш тавсия этилади, бироқ анестетикнинг охириги дозаси эпидурал бўшлиққа юборилган вақтдан 2-4 соатдан аввалроқ эмас

Сийдик катетерини иложи борича эрта олиб ташлаш катетерни ўрнатиш билан боғлиқ бўлган инфекциялар ривожланишини камайтиради. Катетерни спинал блоки тарқалишидан кейин олиб ташлаш керак.

А КК жарроҳлик амалиётидан кейин боғламни 6 соатдан кейин олиб ташлаш тавсия этилади, боғлам олиб ташлангандан сўнг, ҳар куни душ қабул қилиш мумкин бўлади, ҳар куни антисептик воситалар билан ишлов бериш зарур эмас

Операцион жароҳатдан боғламни эрта олиб ташлаш операцион жароҳат инфекциясининг ривожланиш хавфини минималлаштиради.

В КК жарроҳлик амалиётидан кейин аёлни эрта фаоллаштириш тавсия этилади: операция тугагандан 4-6 соат ўтгач, аёлга аввал ётоқда ўтириш, оёқларини ерга тушириш ва аста-секин юришни бошлашда ёрдам берилади

Эрта фаоллаштириш қорин бўшлиғида битишмалар ҳосил бўлиши, ўпкада димланиш жараёни ривожланиши (айниқса, умумий оғриқсизлантиришдан кейин эҳтимоли юқори), шунингдек, узок муддатли иммобилизацияда тромбoэмболик асоратларнинг ривожланиш хавфини камайтиради. Эрта фаоллаштиришга қарши кўрсатмалар: тана ҳарорати 38°C дан юқори бўлиши, оёқ томирларининг тромбoфлебети, қон кетиши, ифодаланган оғриқ синдроми (визуал аналог шкала бўйича (ВАШ) > 50 мм).

А КК жарроҳлик амалиётидан кейин муқобил оғриқсизлантиришга эришиш учун қуйидаги усуллар тавсия этилади: ностероид яллиғланишга қарши дори воситалар; парацетамол; маҳаллий анестетик эритмалари билан операцион жароҳат соҳасига ишлов бериш; қорин кўндаланг бўшлиғининг блокадасини бажариш (Transversus Abdominis Plane block – TAP-блокадаси)

КК жарроҳлик амалиётидан кейин оғриқсизлантиришнинг мультимодал схемаси энг мақбул ҳисобланади. Опиоидларни қўллаш маълум бўлган ножўя таъсирлар билан боғлиқлиги сабабли,

опиоидлар қўлланилишини камайтирадиган ёки ўрнини тўлиқ босадиган оғриқсизлантириш усуллари қўллаш керак. Операция якунида ёки операциядан кейинги эрта давр бошланишида в/и инфузия кўринишида 1 г дозада парацетамол юбориш тавсия этилади, кунлик дозаси 4 г дан ошмаслиги керак.

А КК жарроҳлик амалиётидан кейин эпидурал оғриқсизлантиришни ўтказиш пайтида оғриқсизлантиришни давомий инфузия ёки аутоанальгезия билан давом эттириш тавсия этилади

А Ифодаланган оғриқ синдромида (визуал аналог шкала бўйича (ВАШ) > 50 мм) 20 мг гача бўлган дозада тримеперидин, 100 мкг гача бўлган дозада фентанилни қўшиш тавсия этилади (в/и юборилади)

А Оғриқнинг жадаллиги ўрта бўлганда (визуал аналог шкала бўйича (ВАШ) 30-50 мм) трамадол, буторфанолни қўшиш тавсия этилади

А Умумий оғриқсизлантириш остида операцияни ўтказган аёлларда оғриқсизлантиришни яхшилаш учун дексаметазоннинг битта периоперацион дозасини юбориш тавсия этилади

Дексаметазон юборилиши операциядан 24 соат ўтгач қондаги глюкозанинг миқдори юқори бўлишининг сабаби бўлиши мумкин ва инсулинга резистентлиги бўлган беморларда бу усулни қўллаш тавсия этилмайди.

А Одатий анальгетиклар ва опиоидларни қўллаш натижасида оғриқ синдроми енгиллашмаган аёлларда операциядан кейинги оғриқни даволашда ТАР-блокадасини ўтказиш тавсия этилади.

Умумий ёки спинал оғриқсизлантиришдан кейин ТАР-блокадаси аёлларда операциядан кейинги оғриқни сезиларли даражада камайтириши ва опиоидлар қўлланилишини камайтириши мумкин. ТАР-блокадаси КК жарроҳлик амалиётидан кейинги анальгезияни ўртача 9,5 соат (8,5-11,9 соат) давомида оғриқсизлантириш таъсир билан таъминлайди. Операциядан кейинги даврда эпидурал катетер бўлмаганида ҳам, мавжуд бўлганида ҳам тавсия этилиши мумкин. Эпидурал анальгезия операциядан кейинги оғриқсизлантиришнинг етарлича самарали усули ҳисобланади, аммо бу усул мотор блокининг сақланиб қолиши туфайли аёлларни эрта фаоллаштиришга ёрдам бермайди.

А Нейроаксиал оғриқсизлантириш шароитида КК жарроҳлик амалиётидан 60 дақиқадан сўнг тукқан аёлларда суюқлик истеъмол қилишга рухсат бериш тавсия этилади. Умумий оғриқсизлантириш шароитида КК жарроҳлик амалиёти билан туғдиришдан 2 соат ўтгач тукқан аёлларда суюқлик истеъмол қилишга рухсат бериш тавсия этилади

Умумий оғриқсизлантириш остида КК жарроҳлик амалиётини ўтказган аёлларга энтерал овқатланишни бошлаш мумкин бўлади: операциядан кейин 4-6 соат ўтгач бульон берилиши мумкин; 24 соатдан кейин умумий столга ўтказилади.

А КК жарроҳлик амалиётидан кейин операциядан олдин ва кейин веноз тромбоемболик асоратлар (ВТЭА) хавф омилларини ҳужжатлаштириб баҳолаш тавсия этилади

А КК жарроҳлик амалиётидан кейин қарши кўрсатмалар бўлмаса, ВТЭА хавфини камайтириш учун оёқларнинг эластик компрессиясини қўллаш тавсия этилади

Ҳомиладорлик ва туғруқдан кейинги даврларда компрессион трикотаж қўлланилишини асословчи тадқиқотлар ўтказилмаган ва тавсиялар асосан ҳомиладор бўлмаган шифохонага ётқизилган беморларнинг популяциясида компрессион трикотаж қўлланилиши ўрганилган тадқиқотларнинг

маълумотларидан хулоса чиқариш (экстраполяция қилиш) орқали олинган. Кичик тадқиқотларда компрессион трикотаж қўлланилиши ҳомиладор аёлларда қайта веноз оқимни сезиларли даражада яхшилаши ва ҳомиладорликнинг сўнгги муддатларида ва туғруқдан кейинги даврда аёлларда бир вақтнинг ўзида ҳам юзаки, ҳам чуқур сон веналари бўшлиғининг диаметрини кичрайтириши орқали қон айланишини кучайтиради.

А КК жарроҳлик амалиётидан кейин аёлни шифохонадан чиқаришдан аввал операциядан кейинги асоратларни эрта аниқлаш учун динамик кузатувни олиб бориш тавсия этилади

Текширувга қуйидагилар киради: 2 соат давомида мониторингни ўтказиш (ЭКГ, ноинвазив усуллар ёрдамида ҚБ ўлчаш, пульсоксиметрия); ВАШ шкаласи бўйича оғриқнинг даражасини баҳолаш; тери ҳолатини баҳолаш; ичак перистальтикасини баҳолаш; бачадоннинг ўлчами, консистенцияси, оғриқни аниқлаш учун ташқаридан текшувни ўтказиш; бачадон инволюциясига тўғри келадиган лохиялар (туғруқдан кейинги ажралмалар) миқдори ва ҳолатини баҳолаш; кўкрак безлари ҳолатини баҳолаш (йиринглаш ва лактостаз белгилари билан келадиган кўкрак сўрғичларининг ёрилиши); операциядан кейинги даврда чокнинг ҳолатини баҳолаш (яллиғланиш, шиши, инфльтрация, очилиб кетиши, қон кетиш белгилари); оёқларнинг томирларини пальпация қилиш; чиқарилган сийдик миқдорини баҳолаш. Кузатувни ҳамшира-анестезистка, доя, шифокор ўтказиши мумкин. Кузатув қуйидагича амалга оширилади: КК жарроҳлик амалиётидан кейин дарҳол; операциядан кейин ҳар 20-30 дақиқада 2 соат давомида; операциядан кейинги 2 соатдан кейин ҳар 2-3 соатда 6 соатгача; туғруқдан кейинги бўлимга ўтказишдан сўнг – кунига бир марта ўтказилади. Аёлнинг ҳар қандай шикоятларида, гипертермия, кўп миқдорда қонли ажралмалар келиши ва бошқ. ҳолатларни кузатиш керак. Тана ҳарорати 38°C гача кўтарилиши ва туғруқдан кейин 24 соат ичида қоннинг умумий таҳлилида лейкоцитоз белгилари бўлишига (шу жумладан, КК жарроҳлик амалиётидан кейин) йўл қўйилади. Энг тез-тез учрайдиган сабаби дегидратация ҳисобланади ва олиб бориш тактикаси кўп миқдорда суюқлик ичиш, инфузион терапиядан иборат. Яллиғланишга қарши дори воситаларни тайинлаш кўрсатилмаган.

А Операция пайтида болани кўкракка эрта тутиш регионал оғриқсизлантириш усуллари қўлланилганда, онада асоратлар бўлмаганда ва янги туғилган чақалоқнинг қоникарли ҳолатида, дарҳол болани куриштириш ва ўрашдан кейин тавсия этилади. Эрта терига-тери контактини (она-янги туғилган чақалоқ), шунингдек, она ва бола биргаликда бўлишлигини таъминлаш керак

Она ва янги туғилган чақалоқни ажратиш тавсия этилмайди ва, имкон қадар, улар кеча-кундуз бир хонада бўлишлари керак. Бу ота-она ва боланинг ўртасида соғлом муносабатлар шаклланиши ва она сути билан озиқлантиришни муваффақиятли ривожланишига ёрдам беради.

В КК жарроҳлик амалиётидан кейин аёлларга туғруқдан кейинги даврнинг хусусиятлари, контрацепция ва кейинги ҳомиладорликни режалаштириш масалалари бўйича маслаҳат бериш тавсия этилади

Кейинги ҳомиладорликни 12-18 ойдан кейин режалаштириш тавсия этилади, чунки ушбу муддат ичида бачадондаги жароҳат бутунлай битиши ва чандиқ тўлиқ ҳосил бўлиши кузатилади. Ушбу интергенетик интервал табиий туғруқ йўллари орқали туғишнинг эҳтимолини оширади ва бачадон йиритилиш хавфини камайтиради.

В КК жарроҳлик амалиётидан кейин аёлларга янги туғилган чақалоқнинг вазнидан оғир бўлган буюмларни кўтариш тавсия этилмайди

4-6 хафта давомида оғир буюмларни кўтаришни чеклаш тос туби мушакларининг функциясига таъсир қиладиган қорин бўшлиғида ички босимни камайтириш учун эмас, балки апоневроз яхшироқ битиши учун унга юкламани камайтириш зарурати билан боғлиқ бўлади.

Операциядан кейинги даврда аёллар ноқулайлик (дискомфорт) даражаси ва операциядан кейинги асоратлар мавжудлигига қараб жисмоний фаолликни аста-секин қўпайтиришлари мумкин бўлади. Жисмоний машқлар кайфиятни кўтареди, тана вазнини назорат қилишга, вазн йўқотишга, безовталикдан халос бўлишга ёрдам беради ва депрессияни камайтиради. Сийдикни тута олмаслик мавжуд бўлса, тос туби мушакларини мустаҳкамлаш машқлари ушбу асоратни бартараф этишга ёрдам бериши мумкин.

http://disuria.ru/ld/10/1039_kr21O82MZ.pdf

<https://www.nice.org.uk/guidance/ng192/resources/caesarean-birth-pdf-66142078788805>

<https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1002/ijgo.15115>

2.10. Антибиотикопрофилактика

А КК жарроҳлик амалиёти билан туғдиришдан аввал антибиотикопрофилактикани ўтказиш тавсия этилади

Самарадорлик ва хавфсизлик нуқтаи назаридан антибиотикопрофилактика учун энг мақбул дори воситалар I-II цефалоспоринлар авлоди (цефазолин, цефуросим) ва ингибитор-ҳимояланган аминопенициллинлар (амоксициллин/клавуланат, ампициллин/сульбактам) ҳисобланади. Антибиотикопрофилактикани ўтказишга аёлнинг маълумотларни билган ҳолда тиббий аралашувга ихтиёрий равишда розилик бериши ёки уни рад этиши олиниши керак. Антибиотикопрофилактикани ўтказиш схемаси: операция бошланишидан 30-60 дақиқа аввал бир мартаба антибактериал дори воситаси юборилади. Семизликда (ТВИ ≥ 30 кг/м²) антибиотик дозасини икки барабар ошириш керак (цефазолин 2 г гача). Препаратнинг ярим чиқиш 2 даврдан ошадиган узок муддатли операцияда (дозани юборган пайдан бошлаб цефазолин учун > 4 соат), айнан шу антибиотикнинг қўшимча интраоперацион дозасини юбориш талаб қилинади. Массив қон кетишида (>1500 мл) ҳам антибиотикнинг қўшимча интраоперацион дозасини юбориш талаб қилинади. ТВИ ≥ 35 кг/м² бўлган аёлларга операциядан кейинги даврда антибиотикларни узайтирилган тартибда тайинлаш мумкин (48 соатга). Антибиотикни танлашда она сути билан озиклантиришни ҳисобга олиш керак. Туғруқда ёки қоғаноқ пардаси муддатдан олдин ёрилишида ўтказиладиган КК жарроҳлик амалиётида ТВИ ≥ 35 кг/м² бўлган аёлларда стандарт антибиотикопрофилактикани азитромицин комбинацияси билан ўтказиш мумкин. Метициллин-резистент *S.aureus* (MRSA) колонизацияси маълум бўлган аёлларда КК жарроҳлик амалиётида тавсия этилган антибиотикопрофилактика схемасига ванкомициннинг бир марталик дозасини қўшиш мумкин. Фақат ванкомицин билан монопрофилактикани қўллаш тавсия этилмайди. Янги туғилган чақалоқда НЭК хавфи ортиши туфайли ККда антибиотик профилактикаси сифатида амоксициллин клавуланат (ко-амоксиклав) дан фойдаланиш тавсия этилмайди.

Жадвал 1. Антибиотикопрофилактикани ўтказишда қўлланиладиган дори воситалар

Дори восита номи	Дозаси	Юбориш усули
Цефазолин	1 г	вена ичига секин оқимда
Цефуросим	1,5 г	вена ичига секин оқимда
Амоксициллин/сульбактам	1,5 г	вена ичига секин оқимда
Пенициллинлар ва ёки сефалоспоринларга аллергик реакциялар бўлса, клиндамицин ёки эритромицин қўлланилади.		
Клиндамицин	900 мг	мушак ичига, вена ичига томчилаб
Эритромицин	200 мг	вена ичига томчилаб

А КК жарроҳлик амалиёти билан туғдиришдан аввал йирингли-яллиғланиш асоратлар хавфини камайтириш мақсадида туғруқда ва қоғаноқ пардаси муддатдан олдин ёрилишида қин санацияси тавсия этилади

Туғруқда бўлган ва қоғаноқ пардаси муддатдан олдин ёрилиши кузатилган аёлларда КК жарроҳлик амалиёти билан туғдиришдан аввал қин санацияси операциядан кейинги эндометрит ривожланиш хавфини камайтиради. Туғруқда бўлмаган ва қоғаноқ пардаси бутун (ёрилмаган) бўлган аёлларда ушбу тавсия этилган муолажа қанчалик фойдали бўлиши мумкинлигини баҳолаш учун қўшимча маълумотларни олиш зарур.

http://disuria.ru/_ld/10/1039_kr21O82MZ.pdf

<https://www.nice.org.uk/guidance/ng192/resources/caesarean-birth-pdf-66142078788805>

2.11. Тиббий ёрдам кўрсатилишини ташкиллаштириш

Режалаштирилган тартибда КК жарроҳлик амалиёти билан туғувчи аёлларга тиббий ёрдам кўрсатиш худудий соғлиқни сақлаш идоралари томонидан тасдиқланган йўналиш берувчи (маршрутизациялаш) схемаларни асосида амалга оширилади.

Режалаштирилган тартибда КК жарроҳлик амалиёти билан туғдириш кўрсатмалари акушер-гинеколог томонидан ҳомиладорлик кечилишининг хусусиятларига, акушерлик вазиятга, соматик касалликлар мавжудлигига, ҳомиланинг ҳолатига қараб белгиланади. Клиник жиҳатдан оғир ҳолатларда туғдириш усули ва шифохонага ётқизиш муддатлари консилиум орқали белгиланади.

КК жарроҳлик амалиёти билан туғдиришга кечиктириб бўлмайдиган ва шошилиш кўрсатмалар юзага келганда, она ва янги туғилган чақалоққа ёрдам бериш учун зарур тиббий асбоб-ускуналар ва тиббий ходимлар мавжудлигини ҳисобга олган ҳолда операция аёл ташхис қўйиш вақтида бўлган тиббиёт муассасасида амалга оширилади ёки ўтказишга имконият бўлса ва аёл томонидан транспортировкага қарши кўрсатмалар бўлмаса, аёл юқори даражали акушерлик стационарига ўтказилади. КК жарроҳлик амалиёти билан туғдиришга кечиктириб бўлмайдиган ва шошилиш кўрсатмалар аниқланган аёлларнинг транспортировкаси тиббиёт ходимларининг ҳамроҳлигида тиббий транспортда амалга оширилади.

КК жарроҳлик амалиёти билан туққан аёлларни акушерлик стационаридан чиқариш ҳолатларда куйидаги умумий қоидаларга мувофиқ амалга оширилади:

- гипертермия ҳолати ($37,0^{\circ}\text{C}$ дан юқори) кузатилмаган ва операциядан кейинги давр асоратсиз кечганда;
- бачадон ва унинг ортиқларининг УТТ патологик ўзгаришлар аниқланмаганда;
- мастит ва лактостаз белгилари бўлмаганда;
- чок соҳасида яллиғланиш белгилари бўлмаганда.

Аёлнинг чоки сўрилмайдиган тикиш материали билан тикилган бўлса, аёлни чиқариш мумкин, сўнгра яшаш жойи бўйича тикиш ипи олиб ташланади.

http://disuria.ru/_ld/10/1039_kr21O82MZ.pdf

2.12. Тиббий ёрдам сифатини баҳолаш мезонлари

№	Баҳолаш мезонлари	Ҳа/Йўқ
1	КК жарроҳлик амалиётдан аввал ва кейин, 72 соатдан кечиктирмасдан, қоннинг умумий (клиник) таҳлили олинди	Ҳа/Йўқ
2	КК жарроҳлик амалиётдан аввал АВ0 тизими бўйича асосий қон гуруҳлари ва резус тизимининг D антигени (резус-омили) аниқланди	Ҳа/Йўқ
3	КК жарроҳлик амалиётдан аввал томир ичи катетери ўрнатилди	Ҳа/Йўқ
4	КК жарроҳлик амалиётдан аввал сийдик катетери ўрнатилди	Ҳа/Йўқ
5	КК жарроҳлик амалиёти билан туғдиришдан аввал антибиотикопрофилактика ўтказилди	Ҳа/Йўқ

6	Ҳомилани чиқариб олишдан кейин в/и секин оқимда утеротоник дори воситалар юборилди	Ҳа/Йўқ
7	КК жарроҳлик амалиёти билан туғдиришдан кейин қарши кўрсатмалар мавжуд бўлмаган тақдирда оёқларнинг эластик компрессияси қўлланилди	Ҳа/Йўқ
8	Қон кетишини олдини олиш мақсадида утеротоник дори воситалар юборилди	Ҳа/Йўқ

http://disuria.ru/_ld/10/1039_kr21O82MZ.pdf

3. Иловалар

3.1. Режалаштирилган КК жарроҳлик амалиётига розилик шакли

<https://www.rcog.org.uk/media/kcudpb1g/pcb-ca14-minor-update-2024.pdf>

Туғилиш тарихи рақами:		
Тавсия этилган муолажа номи: Режалаштирилган КК жарроҳлик амалиёти. Қорин ва бачадондаги кесма орқали бола/болаларнинг туғилиши.		
Анестезия: ушбу муолажа беҳушликни талаб қилади (оғриқ сезмаслик учун). Бу муолажа олдида анестезиолог томонидан сиз билан муҳокама қилинади.		
Тиббий мутахассиснинг аризаси: Мен аёлга муолажанинг моҳиятини тушунтирдим, хусусан: <ul style="list-style-type: none"> • Кесар кесиш қорин ва бачадондаги кесма орқали бола/болалар туғилишини ўз ичига олади. • Қуйидаги рақамлар хавфни баҳолаш бўлиб, тахминий ва ҳозирда мавжуд маълумотларга асосланган. <p style="text-align: center;">Муҳокамаларни маълум қилиш учун танланган вагинал туғилиш билан солиштирганда ихтиёрий КК хавфининг қисқача баҳоси (Аниқ сонли хавф тахминлари индивидуал аёллар учун фарқ қилиши мумкин).</p>		
	Режали КК	Режали вагинал туғруқ
Она учун хавф		
Оралик йиртиқлар (учинчи ёки тўртинчи даража)	0 на 100 000	100 000 вагинал туғруқ учун 560 (тахминан 179 дан 1), оператив вагинал туғруқда хавф юқори
Туғруқ кейин 1 йилдан кўпроқ вақт ўтгач содир бўлган сийдик тутаолмаслик	100 000 га 7 300-19 600 (тахминан 5-14 тадан 1 таси)	100 000 бошига 19 800 (тахминан 5 дан 1) табиий йўллар орқали туғруқдаги оралик шикастланишнинг олдини олиш усуллари билан. 100 000 бошига 48 700 (тахминан 2 дан 1) орлик шикастланишнинг олдини олиш усулларисиз табиий йўллар орқали туғруқ учун.
Туғруқдан кейин 1 йилдан ортиқ вақт ўтгач пайдо бўладиган нажасни ушлаб тураомастик	100 000 га 7 800 (тахминан 13 дан 1 таси)	100 000 га 15 100 (тахминан 7 дан 1 таси)
Сийдик чиқариш йўллариининг шикастланиши	Тахминан 1000 ¹ дан 1 таси	Маълумотлар мавжуд эмас

Даволаш учун қайта касалхонага ётқизишни талаб қилиши мумкин бўлган яра инфекцияси	100 га 2-7 (тахминан 14-50 га 1)	Оралик йиртиқлар ёки эпизиотомиялар учун инфекция даражаси 1 дан 100 гача 13 дан 100 гача ўзгариб туради, аммо қайта касалхонага ётқизиш эҳтимоли пастрок.
Касалхонада қолиш	Ўртача 4 кун	Ўртача 2,5 кун
Келажакдаги ҳомиладорлик ёки туғруқ пайтида бачадоннинг ёрилиши	100 000 га 200 (500 дан 1) ¹ Кўп сонли ККдан сўнг ва шошилич ККдан сўнг режалаштирилган ККга караганда хавф юқори.	100 000да 7 (тахминан 14 000да 1) Олдин бир неча марта КК бўлган аёлларда режалаштирилган вагинал туғруқ хавфи юқори
Шошилич гистерэктомия: бачадонни олиб ташлаш	100 000 га 200 (тахминан 500 дан 1 таси)	100 000 га 100 (1000 дан 1)
Келажакдаги ҳомиладорликда плацента ўсиб кириши	100 000 га 100 (1000 дан 1) ¹ Кўп сонли ККдан сўнг ва шошилич ККдан сўнг режалаштирилган ККга караганда хавф юқори	100 000да 34 (тахминан 2900да 1)
Оналик ўлими (туғруқдан кейин 6 ҳафта ичида ўлим)	100 000 га 25 (4000 га 1)	100 000 га 4 (25 000 га 1)
Оралик/ қорин оғриғи	Оғриқнинг типик кўрсаткичлари ² : 1 (туғруқ пайтида) ва 4,5 (туғруқдан кейин 3 кун ўтгач)	Оғриқнинг типик кўрсаткичлари: 7,3 (туғруқ пайтида) ва 5,2 (туғруқдан кейин 3 кун ўтгач)
Анестезия билан боғлиқ хавфлар	Анестезиолог билан муҳокама	
Ҳомила учун хавф		
Терининг йиртилиши/кесилиши	100 га 1-2	Оралик шикастланишнинг олдини олиш усуллари билан вагинал туғруқ пайтида 100 дан 10 гача. Вагинал туғруқ пайтида ҳеч қандай аралашувсиз содир бўлиши даргумон
Болаларда семизлик	Ушбу натижани таққослаш учун далиллар чекланган ва қарама-қаршидир.	
Астма	100 000 га 1809 (тахминан 55 га 1)	100 000 га 1500 (тахминан 67 га 1)
Неонатал ўлим (туғилгандан кейин 28 кун ичида чақалокларнинг ўлими)	100 000 га 58 (тахминан 1700 га 1)	100 000 га 30 (тахминан 3300 га 1)
<p>¹ – Маълумотлар режалаштирилган ва шошилич КК таҳлилларига асосланган.</p> <p>² – ВАШ шкаласида 1 дан 10 гача, оғриқ жуда кучли бўлган ерда.</p> <p>Эслатма: жумладан: ҳомиласи тос суяғи билан келётган ҳомиладор аёллар, кўп ҳомиладорлик, эрта туғруқ, ҳомиладорлик ёши учун кам вазнли ҳомила, плацента превиа ва онанинг инфекциялари тадқиқотлари чиқариб ташланди.</p>		
Мен бу аёлнинг шахсий шароитлари, хавф омиллари ва келажакдаги ҳомиладорлик режаларини ҳисобга олган ҳолда ўзи учун тегишли деб ҳисоблаган хавфларни муҳокама қилдим (батафсил маълумотларни келтиринг):		
Мен муқобил туғруқ усуллари (шу жумладан вагинал туғруқ, шошилич КК) хавфини муҳокама қилдим: ХА / ЙЎҚ		

<p>Мен КК пайтида талаб қилиниши мумкин бўлган муолажаларни муҳокама қилдим (агар аёл рози бўлса, қуйидаги рўйхатдаги тегишли жойларни белгиланг):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Қон қуйиш • Ичак, сийдик пуфаги ёки қон томирларига етказилган зарарни тиклаш. • Шошилич гистерэктомия (агар керак бўлса, ҳаётни сақлаб қолиш муолажаси сифатида) 	
<p>Қуйидаги қўшимча маълумотлар тақдим этилди (батафсил маълумотларни келтиринг):</p>	
<p>Менга.....тақдим этилган маълумотларни муҳокама қилиш ва қарор қабул қилиш учун вақт ва имконият берилганлигини тасдиқлайман.</p>	
<p>Тиббий ходим: Ф.И.О., имзо: _____ Сана: _____ Лавозими: _____ Алоқа учун маълумотлар: _____ <i>(агар бемор вариантларни муҳокама қилишни ёки қўшимча саволлар беришни хоҳласа)</i></p>	
<p>Бемор: Мен КК, текширув ёки даволанишга, шу жумладан зарур бўлиши мумкин бўлган қўшимча диагностика ва даволаш муолажаларига розиман/рози эмасман.* Мен муолажа давомида талабаларнинг қатнашиб туришларига розиман/рози эмасман.* Мен муолажа давомида талабаларнинг кўриқдан ўтказиш мумкинлигига розиман/рози эмасман.* (*зарурини белгиланг)</p> <p>Ф.И.О., Имзо: _____ Сана: _____ Алоқа учун маълумотлар: _____</p>	
<p>Муолажа/даволаниш кунда розилигини тасдиқлаш (тиббиёт ходими ва аёл томонидан тўлдирилади)</p> <p>Тиббий ходим: Ф.И.О., Имзо: _____ Сана: _____ Лавозими: _____</p> <p>Бемор: Мен ҳали ҳам муолажа/даволаш давом этишини хоҳлаётганимни тасдиқлайман* Мен муолажа/даволанишга розилигимдан воз кечганимни тасдиқлайман* (*керакли нарсани тагига чизинг)</p> <p>Имзо: _____ Сана: _____ Алоқа учун маълумотлар: _____</p>	

3.2. Кесар кесиш жарроҳлик амалиётининг хавфсизлигини текшириш бўйича акушерлик назорат рўйхати

Ҳомиладор аёлнинг Ф.И.Ш. ва ёши	
Ҳомиладорлик муддати	
Маълумотларни билган ҳолда тиббий аралашувга ихтиёрий равишда розилик берилди	ҳа/йўқ, сабаби (операциянинг I кечиктириб бўлмайдиган тоифаси, бошқ.)
Текширувлар натижалари	
Анамнезда аллергия реакциялар	ҳа/йўқ, нимага
Анамнезда қон кетишлар	ҳа/йўқ, сабаби
Қон гуруҳи, резус-омили	ҳа/йўқ
Резус-омилининг фенотиби	ҳа/йўқ
RW, ОИТС, В ва С гепатитлари	ҳа/йўқ
Қоннинг умумий таҳлили	ҳа/йўқ
Коагулограмма (кўрсатмаларга кўра)	ҳа/йўқ
Тайёргарлик ва операцияни режалаштириш	
Беморда В20 статус, гепатит, ўта хавфли инфекция мавжуд	ходимлар ҳимоя воситалари билан таъминланган (кўзойнақлар, экранлар, кўлқоплар)
Операциядан 30-60 дақ. аввал антибиотикопрофилактика ўтказилди	ҳа/йўқ, сабаби (операциянинг I кечиктириб бўлмайдиган тоифаси, анамнезда аллергия реакциялар, бошқ.)
Қоғаноқ пардаси ёрилишида ва туғруқдаги аёлларда антисептик эритма билан қинга ишлов берилди	ҳа/йўқ, сабаби (операциянинг I кечиктириб бўлмайдиган тоифаси, анамнезда аллергия реакциялар, бутун қоғаноқ пардаси, бошқ.)
ВТЭ асоратларни олдини олиш мақсадида компрессион трикотаждан қўлланилди	ҳа/йўқ
Операциядан аввал ҳомиланинг юрак уриши эшитилди	ҳа/йўқ
Операциянинг режалаштирилган ҳажми	кесар кесиш, миомэктомия, тухумдон резекцияси, қорин бўшлиғини дренажлаш, ихтиёрий жарроҳлик контрацепция (стерилизация), бошқ.
Электрокоагуляторнинг пластинасини ўрнатилди	ҳа/йўқ, режалаштирилмаган
Операция жараёнида юзага келиши мумкин бўлган хусусиятлар ва қийинчиликлар масъул маслаҳатчи, анестезиолог, неонатолог, трансфузиолог билан муҳокама қилинди	<p>Операциянинг ҳажмини кенгайтириш эҳтимоли мавжуд.</p> <p>Патологик қон йўқотиш эҳтимоли мавжуд.</p> <p>Беморнинг аҳволи беқарорлиги (ҚБ, қон йўқотиш, экстрагенитал патология ва бошқ.).</p> <p>Операцияни бошлашнинг шошилишчлиги (ҳомила гипоксияси, қон кетиши, бачадон йиртилиши хавфи, клиник тор чаноқ ва бошқ.).</p> <p>Ҳомиланинг ҳолати (гипоксия, муддатига етмаган ҳомила, ривожланиш нуқсонлари ва бошқ.).</p>

	Бошқа. ҳа/йўқ, одатдаги операцияни ўтказиш кўзда тутилган
Одатдаги хос бўлмаган вазиятларни ҳал қилишга тайёрлик	Карбетоцин, метилэргометрин, мизопростол, транексам, қон реинфузияси, баллонли тампонада, дренаж трубкалари ва бошқалар мавжудлиги. Қўшимча жарроҳ, қон-томир жарроҳи, уролог ва бошқа тегишли мутахассисларни чақириш. Неонатолог-реаниматологларни чақириш. Бошқа. ҳа/йўқ, одатдаги операцияни ўтказиш кўзда тутилган
Салфеткалар ва инструментлар ҳисобланди	ҳа/йўқ
Йўқотилган қон ҳажми	мл
Тромбопрофилактика варағи тўлдирилди	ҳа/йўқ
Операциядан кейинги даврда қўшимча дори воситалар ва бошқ. тайинланди	антибиотик, утеротоник, тегишли мутахассиснинг маслаҳати, қорин бўшлиғи ва бачадон УТТ, бошқ.

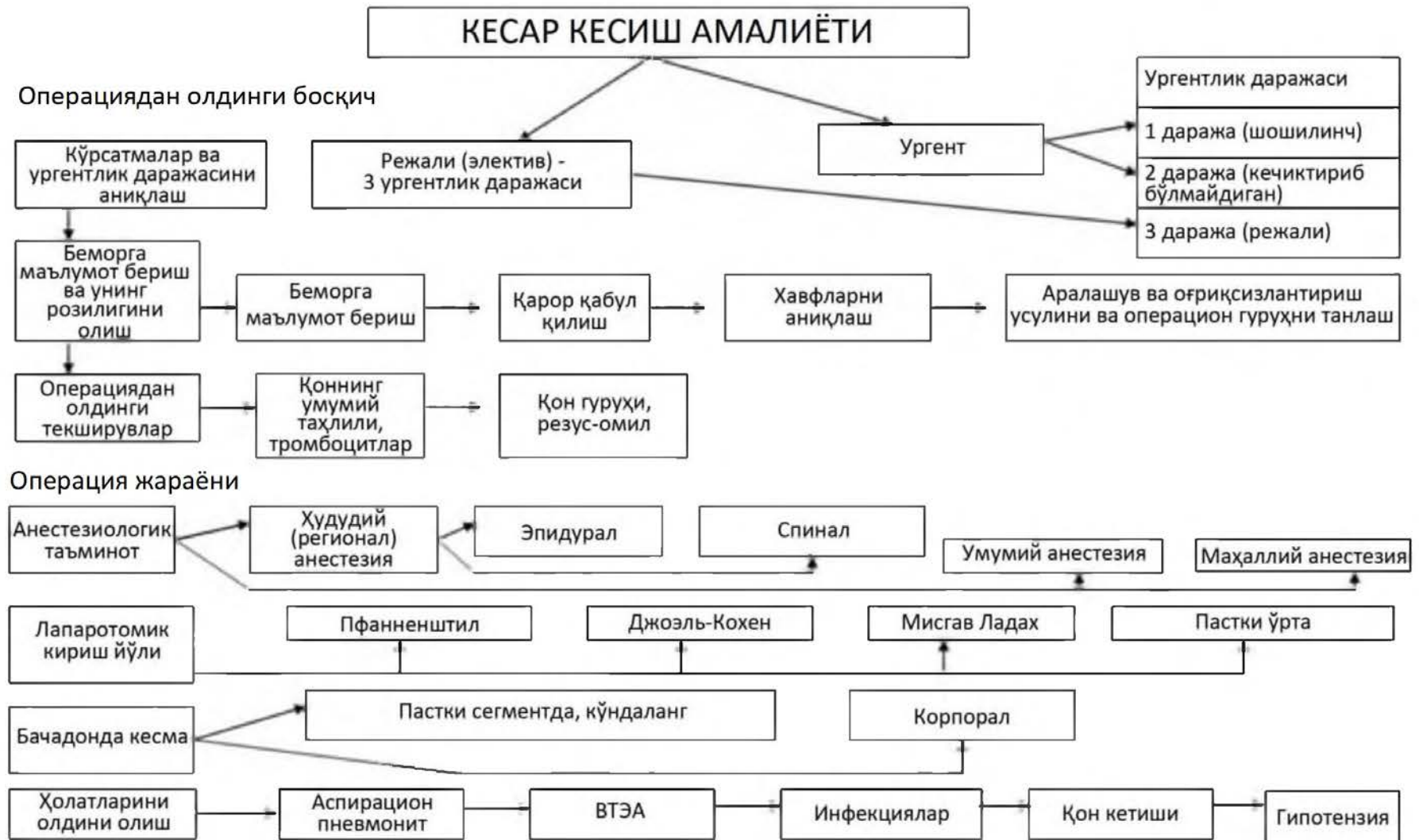
3.3. Кесар кесиш жарроҳлик амалиётини кечиктириб бўлмайдиган тоифасига қараб ўтказиш учун кўрсатмалар

Шошилинч КК	Оғир қон кетиш билан кечадиган йўлдош олдинда келишининг ҳар қандай турида
	Оғир қон кетиши ёки ҳомиланинг брадикардияси билан кечадиган зўрайиб борувчи нормал жойлашган йўлдошнинг барвақт кўчишида
	Бачадон йиртилиши хавфи, бачадон йиртилиши бошланиши, содир бўлган бачадон йиртилишида
	Кардиотокографиянинг шубҳали тури билан кечадиган ҳомила дистресс-синдромида (3 дақиқа ва ундак кўп вақт давомида ЮУТ 70/дақ. дан кам ҳомилада давомий брадикардия)
	Ҳомила боши билан келганда киндик тизимчаси ёки ҳомиланинг қўли тушишида
	Туғруқ пайтида эклампсия хуружи содир бўлганда
	Агония ҳолати ёки 20 ҳафталик ҳомиладорлик муддатидан кейин аёлнинг тўсатдан ўлими (иложи бўлса)
Кечиктириб бўлмайдиган КК	Чанок-бош диспропорциясида
	Допплерография маълумотларига кўра киндик артериясида зўрайиб борувчи қон айланиши бузилиши ёки кардиотокографиянинг шубҳали тури билан кечадиган ҳомила дистресс-синдромида
Режа лаш тири	Муддатига етган ҳомиладорликда қоғаноқ пардасининг муддатидан олдин ёрилиши ва режали КК жарроҳлик амалиётини ўтказишга кўрсатмалар бўлганда

	Режали КК жарроҳлик амалиётини ўтказиш учун тайёрланган ҳомиладор аёлда туғруқ фаолияти бошланганда
	Оғир презклампсия, ҳомиладорлик даври ва туғруқ пайтида HELLP-синдромида (аёлнинг беқарор ҳолатида ва табиий туғруқ йўллари орқали туғдиришга шароит бўлмаганда)
	Ҳомила дистресси билан бирга кечмайдиган бачадон қисқариш фаолиятининг коррекция қилинмайдиган бузилишларида (туғруқ фаолияти сустлиги, туғруқ фаолияти дискоординацияси, бачадон бўйни дистоцияси)
	Хориоамнионит ва туғруққа туғруқ йўлларининг тайёр эмаслигида
Режали КК	Йўлдошнинг тўлиқ олдинда келишида
	Йўлдошнинг ўсиб киришида
	Йўлдошнинг қон томирлари олдинда келишида
	Анамнезда икки ва ундан ортиқ КК жарроҳлик амалиёти ўтказилган бўлса
	Анамнезда бачадон бўшлиғига кириб бориш билан миомэктомия жарроҳлик амалиёти ўтказилган бўлса
	Анамнезда гистеротомия жарроҳлик амалиёти ўтказилган бўлса: бачадон перфорацияси, най бурчаги соҳаси кесилиши, рудиментар шох кесилиши, анамнезда корпорал КК, Т-симон ёки J-симон кесма
	Бола туғилиши учун туғруқ йўлларида ҳосилалар (тўсиқлар) мавжуд бўлса: - торайиш даражаси II ва ундан кўп бўлган анатомик тор чаноқ; - тос суяклари деформацияси; - табиий туғруқ йўллари орқали бола туғилишига тўсқинлик қиладиган, айниқса пастки сегментда жойлашган катта ўлчамдаги бачадон миомаси; аввалги жарроҳлик амалиётларидан кейин қин ва бачадон бўйни чандиқли деформациялари, шу жумладан, аввалги туғруқларда III-IV даражали оралик йиртилишидан кейин; - бачадон бўйни саратони, бачадон бўйни саратони преинвазив ва микроинвазив шакллари бундан мустасно)
	Бошқа акушерлик хавф омиллари билан боғлиқ ҳолда ҳомиланинг тахминий вазни (≥ 4500 г дан) катта бўлганда
	Ҳомила чаноқ билан келиши билан биргаликда: - Ҳомиланинг вазни 2500 г ёки ундан кам ёки 3500 г ёки ундан кўп бўлганда, - КК жарроҳлик амалиётини ўтказиш учун бошқа кўрсатмалар билан боғлиқ ҳолда; - КК жарроҳлик амалиётидан кейин бачадонда чандиқ бўлган; - Ҳомила оёғи билан келган;
	Ҳомила барқарор кўндаланг жойлашишида
	Нохуш оқибатларга олиб келадиган ҳомилалик елка дистоцияси анамнези (ўлик туғилиш, оғир гипоксия, энцефалопатия, бола ва онанинг шикастланиши (қов суяклари бирикмаси))
	Туғруқдан 6 ҳафта олдин симптомлари (қўринадиган фаол генитал шикастланишлар, ачишиш, қичишиш, оғрик) бўлган фаол бирламчи ёки такрорий генитал герпес.
	Туғруқдан аввал вирусли юктамаси >1000 нусха/мл бўлган ОИВ-инфекцияси, туғруқдан аввал вирусли юктамаси номаълум бўлган ёки ҳомиладор аёл ҳомиладорлик даврида вирусларга қарши терапияни қабул қилмаган бўлса ва/ёки туғруқ пайтида антиретровирус профилактикаси ўтказилмаган бўлса
	Гепатит С вируслари ва ОИВ инфекцияси
	Айрим ҳомиланинг ривожланиш аномалияларида (гастрошизис, омфалоцеле, катта ўлчамдаги думғаза-дум тератомаси)
	Кучанишни (туғруқнинг иккинчи даврини) инкор қилишни талаб қиладиган соматик касалликларда (декомпенсацияланган юрак-қон томир касалликлари, асоратланган миопия, кўчириб ўтказилган буйрак ва бошқалар)

Қандли диабет бўлмаган аёлларда бошқа акушерлик хавф омиллари билан биргаликда (≥ 4500 г) катта ҳомила: (ҳомилдорликнинг кечикиши, туғруқ индукциясига бўлган эҳтиёж, елка дистоцияси анамнези ва бошқалар.)

3.4. Шифкорнинг ҳаракатлар алгоритми



3.5. Кесар кесиш жарроҳлик амалиётининг паспорти

Операция баённомасида операциянинг босқичлари тўлиқ ва кетма-кетлик билан кўрсатилиши керак, жумладан:

- операция бошланиши ва тугаш вақти (давомийлиги), санаси;
- операция хонасининг рақами;
- операция шошиличлигининг тоифаси;
- тўлиқ номи (масалан, эски тери чандиғини кесиш билан кўндаланг қов суяклари бирикмаси усти лапаротомияси; бачадоннинг пастки сегментида кесар кесиш жарроҳлик амалиёти; миомэктомия; битишмаларни (спайкаларни) ажратиш);
- операцияга асосий кўрсатмалар;
- оғриқсизлантиришнинг усули;
- жарроҳлик аралашувининг босқичлари (лапаротомия тура, тери чандиғини кесиш, бачадоннинг ҳолати, бачадондаги кесма, қоғаноқ сувларининг ҳолати, ҳомилани чиқариб олиш усули, йўлдошни чиқариб олиш усули, бачадон бўшлиғининг ҳолати, бачадонни тикиш техникаси, шу жумладан, қаватлар сони ва перитонизация тури, бачадон ва унинг ортиқларини текшириш натижалари, қорин девори бутунлигини тиклаш техникаси);
- ҳомиланинг жинси, Апгар шкаласи бўйича баҳоси;
- ҳар бир босқичда ишлатилган тикиш материаллари;
- қисқача асос билан операциянинг ҳажмини кенгайтириш ҳолатлари (миомэктомия, битишмаларни ажратиш, тухумдон резекцияси);
- техник қийинчиликлар ва хусусиятлар (битишмаларни ажрата олмаслик, кесманинг ўз-ўзидан кенгайиши, қон кетиши ва бошқ.);
- йўқотилган қон ҳажми;
- чиқарилган сийдик миқдори ва унинг хусусияти;
- жарроҳлик гуруҳининг рўйхати (жарроҳ ва ассистентлар);
- қўшимча дори воситалар ва бошқ. тайинлаш (кўрсатмаларга кўра).

3.6. Операциядан аввал беморнинг дастлабки аҳволининг жисмоний ҳолатини баҳолаш шкаласи (ASA тавсияси)

ASA бўйича синф	Таърифи	Ўз ичига олган, бироқ булар билан чекланмаган мисоллар
ASA I	Нормал соғлом бемор	Соғлом, чекмайдиган, алкоғолни кам миқдорда истеъмол қиладиган бемор.
ASA II	Енгил тизимли касаллик билан касалланган бемор	Сезиларли функционал чекловларсиз кечадиган енгил касалликлар. Ўз ичига олган (бирок булар билан чекланмаган) мисоллар: чекувчи, алкоғолизмга чалинган бемор, ҳомиладор аёл, семизлик (ТВИ <30-<40), компенсацияланган қандли диабет, бошқариладиган артериал гипертензия, нафас тизимининг енгил касалликлари.
ASA III	Оғир тизимли касаллик билан касалланган бемор	Функционал фаолиятда сезиларли чекловлар билан кечадиган касалликлар. Ўз ичига олган (бирок булар билан чекланмаган) мисоллар: қийин бошқариладиган артериал гипертензия ёки субкомпенсацияланган қандли диабет, ЎСОК, патологик семизлик (ТВИ ≥40), фаол гепатит, алкоғольга тобелик ёки алкоғольни суиистеъмол қилиш, имплантирланган кардиостимулятор, юрак ҳайдаш фракциясининг мўтадил пасайиши, мунтазам равишда режалаштирилган гемодиализдан ўтишни талаб қиладиган сурункали буйрак етишмовчилиги. Анамнезда (3 ойдан ортиқ) миокард инфаркти, инсулт, транзитор ишемик хуруж, юрак ишемик касаллиги ёки стентлаш.
ASA IV	Ҳаётга доимий хавф солувчи оғир тизимли касаллик билан касалланган бемор	Ўз ичига олган (бирок булар билан чекланмаган) мисоллар: миокард инфаркти, инсулт, транзитор ишемик хуруж, юрак ишемик касаллиги ёки стентлаш, ҳозирда миокард ишемияси ёки юрак клапанлари оғир дисфункцияси, ҳайдаш фракциясининг кескин пасайиши, сепсис, ТИТКИС (ДВС)-синдром, ўз вақтида гемодиализдан ўтмасликда ўткир ёки сурункали буйрак етишмовчилиги.
ASA V	Бемор критик ҳолатда. Ҳаётини кўрсатмаларга кўра операция ўтказилади.	Ўз ичига олган (бирок булар билан чекланмаган) мисоллар: аорта аневризмаси ёрилиши, оғир политравма, бош миёга қон қуйилиши, ёндош ифодаланган кардиал патологияда ёки полиорган етишмовчиликда ўткир ичак ишемияси.
ASA VI	Реципиентнинг манфаатларини кўзлаб беморнинг аъзоларини кўчириш	

3.8. «Вентиляция қилиш имкони йўқ – интубация қилиш имкони йўқ» ҳаракатлар алгоритми



3.9. Оғриқсизлантиришдан аввал наркоз ва нафас бериш ускуналарини текшириш бўйича назорат рўйхати

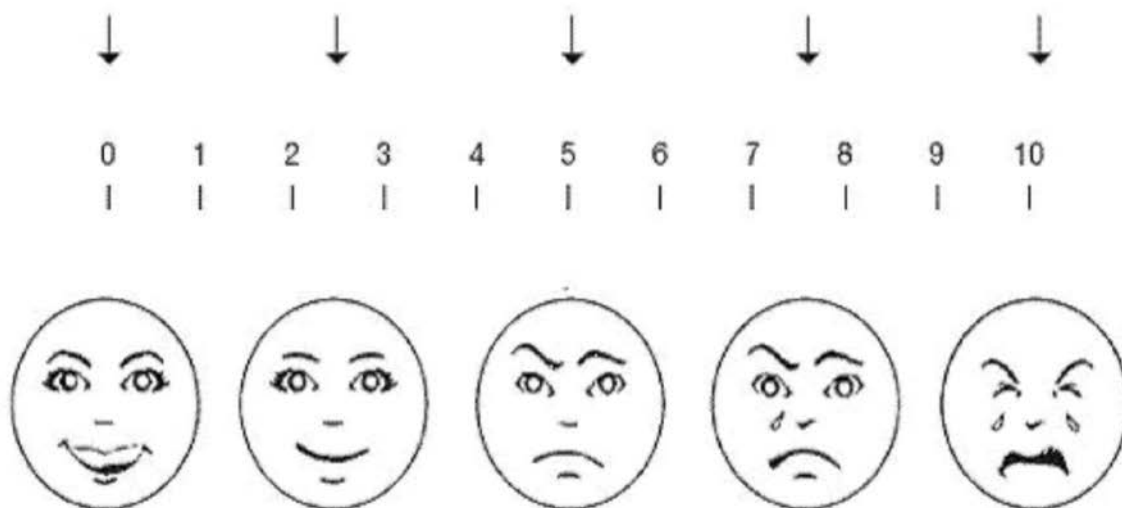
Текширилаётган ускуна	Текшириш методикаси	Зарур кўрсаткичлар
Ингаляцион анестетик		
Баллондан бериш	Вентильни (жўмракни) очинг	O ₂ босими 50 барр дан юқори
Марказлаштирилган оқим	Уланг. Дозалаш жўмрагини очинг (аввал O ₂ , кейин N ₂ O)	N ₂ O босими 30 барр дан юқори
Газ оқимининг тармоғи, газ фильтри	Уланг, фильтрацияни ёқинг	
Шошилич ҳолатда кислород бериш	Тугмани босинг	
Буғлатгич	Нольга ўрнатинг	Оқим келяпти
	Тўлдириг	Блокланди
	Қайта улагични (переключательни) ўрнатинг	Буғлатгич белгиланган ҳажмда тўлдирилди
Уланиш тизими	Уланг	Қайта улагич тўғри ҳолатда турипти
ЎСВ ускунаси	Нафас контурини уланг, ёқинг, нафас олишда соғламаларни текширинг	Уланиш тизими маҳкамланди
Нафас контури	Трубкалар, нафас қопчаси, абсорбер, волюметр, контурда босимни ўлчаш қўрилмаси, ўлчаш қурилмаларини улаш учун адаптерлар, нафас олиш ва чиқариш клапанлари мавжудлигини ва соғлигини текширинг	Ускуна барқарор ҳолатда, контурда босим мавжуд
Абсорбер	Тўлиш даражасини текширинг	Оҳак алмаштирилди, нормал рангда
O ₂ ўлчаш қўрилмаси	Текширинг, калибрланг	Ишляпти
Мониторлар	Текширинг, калибрланг	Ишляпти
Ярим очик ва ярим ёпиқ контурларнинг герметизацияси	Ортиқча босим клапанларини ва тройникни ёпинг, оқим тезлигини камида 0,3 л/дақ. ўрнатинг, зарурат бўлганда тизимни кислород билан тўлдириг	10 с давомида 30 мбар дан юқори босим
Ортиқча босим клапани	Ортиқча босим клапанини 20 мбар га ўрнатинг, тройникни ёпинг, оқим тезлигини 10 л/дақ. ўрнатинг	Босим 20 мбар да туриши
Нафас контурининг тури	Қайта улагични керакли ҳолатга келтиринг	Қайта улагич тўғри ҳолатда турипти

Вакуум-аспиратор	Ёқинг, шлангни ёпинг	Манфий босим мавжуд
Амбу қопи	Комплектацияни, созлигини текширинг	Тўлиқ комплектацияли, ишляпти
Ларингоскоп	Комплектацияни (камида иккита клинлар), созлигини текширинг	Тўлиқ комплектацияли (камида иккита клинлар), ишляпти

3.10. Антикоагулянтлар ёки/ва антиагрегантларни қабул қиладиган беморларда анестезиологик таъминотни ўтказиш хусусиятлари

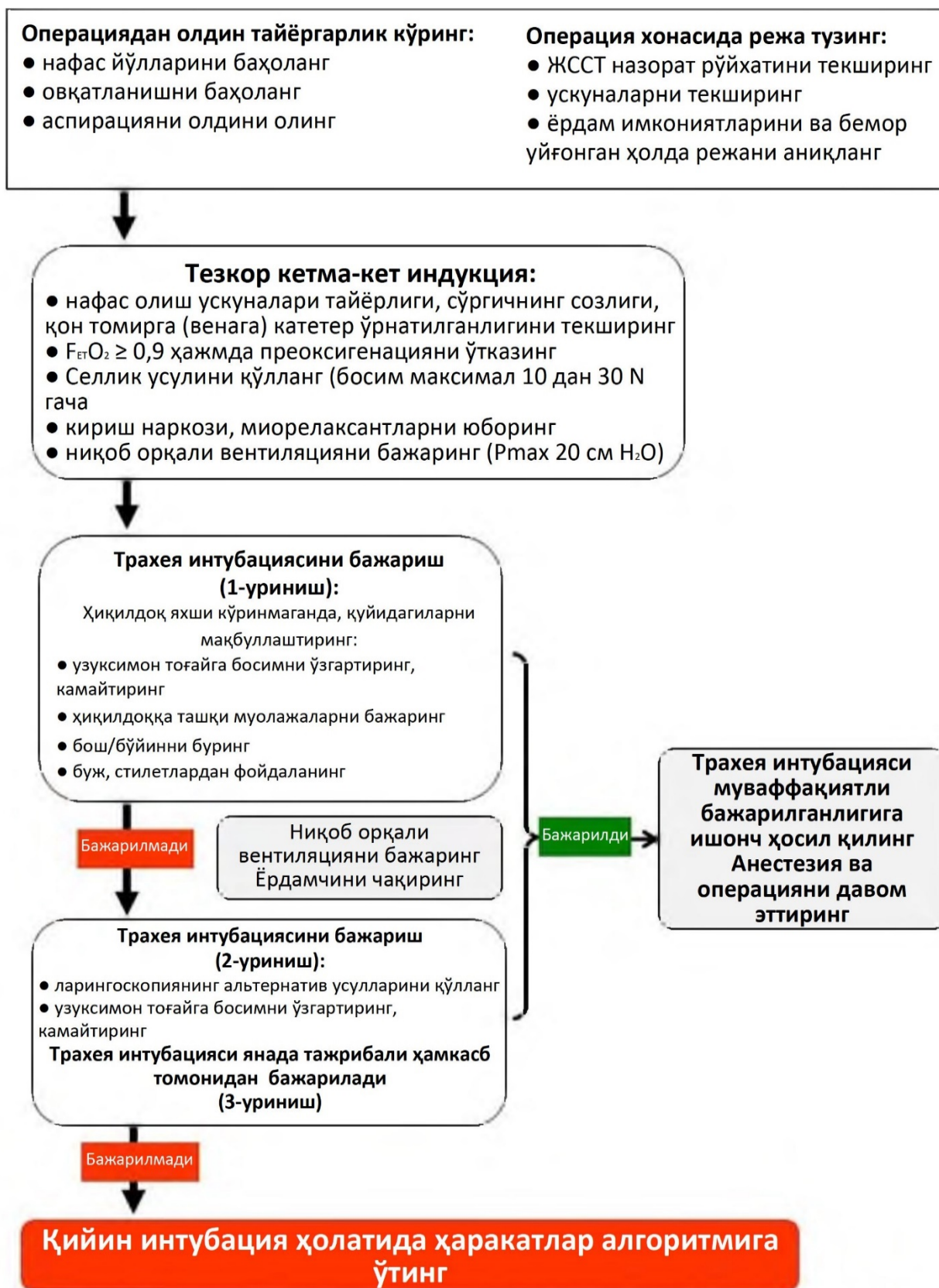
Дори восита номи	Дозаси	Операциядан аввал бекор қилиш	Операциядан/катетер олиб ташлангандан кейин юбориш	Дори воситани қабул қилиш/юборишдан кейин катетерни олиб ташлаш
Фракцияланмаган гепарин	профилактик	4 с в/и	4 с	4 с
	терапевтик	6 с т/о	4 с	4 с
Паст молекуляр гепаринлар	профилактик	4 с	12 с	12 с
	терапевтик	12 с	24 с	24 с
Варфарин		24 с	1 кун	ХНН <1,3 бўлганда
Ацетилсалицил кислотаси	Бекор қилмаса бўлади			

3.11. Оғриқнинг жадаллигини баҳолаш (ВАШ) визуал-аналог шкаласи



Талқини: 10 см узунликдаги шкала: **0-1 см** – оғриқ йўқ, **1-3 см** – оғриқга эътибор бермаса бўлади, **3-5 см** – фаолиятга халақит беради, **5-7 см** – ҳаёлни бир жойга жамлашга халақит беради, **7-9 см** – асосий эҳтиёжларни қондиришга халақит беради, **9 -10 см** – ётоқ тартиби зарур.

3.12. Интубация алгоритми



3.13. Бемор учун маълумот

Сизда кесар кесиш жарроҳлик амалиёти билан туғдириш учун кўрсатмалар аниқланди. Кесар кесиш жарроҳлик амалиёти кенг тарқалган одатдаги операция бўлиб, барча туғруқларнинг 25-30% амалга оширилади. Одатда (махсус кўрсатмалар бўлмаса) кесар кесиш жарроҳлик амалиёти ҳомиладорликнинг 39-40 ҳафталик муддатларида амалга оширилади.

Туғдириш учун акушерлик стационарига сиз олдиндан ётқизиласиз. Туғруқ фаолияти бошланса ёки туғишнинг тахминий муддатидан аввал қоғаноқ пардаси ёрилса, акушерлик стационарига ётиш учун тез ёрдамни чақиришингиз керак бўлади.

Стационарда сизга акушерлик вазиятга қараб зарур лаборатор ва инструментал текширувлар ўтказилади. Режалаштирилган тартибда шифохонага қабул қилинганда режали операциядан 8 соат аввал овқат емаслик ва 2 соат аввал тиниқ суюқликларни ичмаслик лозим бўлади. Тиниқ суюқликларга сув, этисиз мевали шарбат, газланган ичимликлар, чой ва қаҳва киради.

Операциядан аввал сизга акушер-гинеколог ва анестезиолог-реаниматолог томонидан маслаҳат берилади. Сиз шифокорларга ҳозирги пайтда ва ўтмишда соғлигингиз, ирсий касалликлар, аллергия реакциялар, дори воситалар ва озик-овқат маҳсулотларини индивидуал кўтара олмаслигингиз, шунингдек, тамаки чекиш, алкогольни суиистеъмол қилиш ёки гиёҳванд моддаларини қабул қилиш билан боғлиқ барча маълум муаммолар тўғрисида хабар беришингиз шарт. Анестезиолог-реаниматолог операция жараёнида сиз учун энг мос келадиган оғриқсизлантириш усулини танлайди. Операциядан аввал ва операциядан кейинги даврда ҳам сиз тромбоемболик асоратларни олдини олиш мақсадида оёқларингизга компрессион трикотажни кийишингиз керак бўлади. Тахминий кесма соҳасидан (оралиқ, қов усти соҳаси, қориннинг пастки қисми) тукларни олиб ташлашингиз керак бўлади. Шунингдек, операциядан кейинги йирингли-яллиғланиш асоратлар хавфини камайтириш учун операциядан аввал сизга антибиотиклар тайинланади.

Операция хонасида операция вақтига ва операциядан кейинги дастлабки вақтга сизга томир ичи катетери ва сийдик катетери ўрнатилади.

Операция жараёнида турли хил асоратлар юзага келиши мумкинлиги, улар қўшимча аралашувлар ва донорлик қони ва унинг таркибий қисмларини (плазма, эритроцитар масса, тромболойкомасса) ва таркибида оксилни сақловчи бошқа дори воситаларни қуйиш керак бўлиши мумкинлиги туғрисида хабардор бўлишингиз керак.

Операциядан кейинги даврда сиз аҳволингизга қараб керакли вақт давомида интенсив даволаш палатасига ўтказиласиз. Операциядан кейинги даврда оғриқсизлантириш давом эттирилади, операциядан кейинги асоратлар хавфини камайтириш учун эрта фаоллаштириш таклиф этилади: одатда туғруқдан кейинги биринчи кунда ётоқда эрта ўтириш ва туриш. Тиниқ суюқликларни туғруқдан кейин дарҳол қабул қилиш, овқатланиш эса бир неча соат ўтгач мумкин бўлади.

Болани кўкракка тутиш вақти сизнинг аҳволингизга ва боланинг аҳволига боғлиқ бўлади, бироқ қарши кўрсатмалар бўлмаса, кўкракка эрта тутиш амалиётда қўлланилади: операция жараёнида ёки ундан кейин дарҳол.

Тикиш материални олиб ташлаш шифохонада бўлганда ёки керак бўлса, чиқарилгандан кейин амалга оширилади, чунки баъзи ҳолатларда сўрилиб кетадиган тикиш материаллари амалиётда қўлланилади.

Шифохонадан чиққандан кейин, биринчи ойлар мобайнида даволаш-сақлаш режимига риоя қилишингиз керак бўлади: (> 5 кг) оғир буюмларни кўтармаслик, жинсий алоқадан тийилиш ва жинсий ҳаётни қайта тиклаганда акушер-гинекологнинг тавсиялари бўйича контрацепция усулларини қўллаш, жисмоний фаолиятни чеклаш. Туғруқдан кейин 1-1,5 ой ўтгач, акушер-гинекологга ташриф буюришингиз керак бўлади. Бачадонда чандиқ борлигини ҳисобга олган ҳолда, назорат УТТда чандиқ ҳолати текширилгандан кейин туғруқдан камида 1 йил ўтгач кейинги ҳомиладорликни режалаштириш тавсия этилади.

Кесар кесиш жарроҳлик амалиёти жуда хавфсиз эканлигини билишингиз керак, бироқ операция жараёнида ва операциядан кейинги даврда қуйидаги асоратлар юзага келиши мумкин:

Жуда тез-тез	кейинги туғруқларда кесар кесиш жарроҳлик амалиёти ўтказилиши (ҳар бир 4 операцияга 1 ҳолат)
Тез-тез	операцион жароҳат соҳасида оғриқ ва операциядан кейинги дастлабки бир неча ой мобайнида қоринда ноқулайлик (дискомфорт) кузатилиши (ҳар бир 100 операцияга 9 ҳолат)
	қайта шифохонага ётиш, туғруқдан кейинги даврда инфекция ривожланиши (100 операцияга 5-6 ҳолат)
Ҳар доим ҳам эмас	ҳомила шикастланишлари, масалан, скальпель билан терини кесиб олиш (100 операцияга 2 ҳолат)
	операциядан кейинги даврда операция қайта ўтказилиши, интенсив даволаш бўлимига ётиш (100 операцияга 5-9 ҳолат)
Камдан-кам	кейинги ҳомиладорликда/туғруқда бачадон йиртилиши, йўлдошнинг олдинда келиши ва ўсиб кириши, қон кетишлар (100 операцияга 1-8 ҳолат)
	тромботик асоратлар, операция жараёнида сийдик қопи шикастланиши, сийдик амалиёти шикастланиши (100 операцияга 1-5 ҳолат)
Жуда камдан-кам	ўлим (12 000 операцияга 1 ҳолат)

Шунингдек, бачадонда чандик борлиги фертилликни (ҳомиладор бўлиш ва фарзанд кўриш қобилиятини) янада камайтириши мумкинлигини билишингиз керак. Шунингдек, лактациянинг пасайиши табиий туғруқ йўллари орқали туғишга нисбатан оператив туғруқдан кейин кўпроқ кузатилишини билишингиз керак.

3.14. Кесар кесиш жарроҳлик амалиётини амалга ошириш техникаси.

1. Пфанненштиль бўйича лапаротомияни бажариш техникаси

Пфанненштиль бўйича қорин девори кесилади. Тери ва қорин тўғри мушакнинг қини кўндаланг кесма билан ажратилади. Қорин тўғри мушагининг қини асосий қорин тўғри мушакларидан алоҳида ажратилади. Қорин пардаси бўйлама кесма билан очилади. Бачадоннинг пастки сегментида кўндаланг кесма бажарилади. Бачадондаги кесма икки қаватли узлуксиз чок билан тикилади. Қорин пардасининг икки қавати узлуксиз чок билан тикилади. Апоневроз узлуксиз ёки тугунли чоклар билан тикилади. Терига тугунли ёки узлуксиз тери ичи чок қўйилади.

2. Джоэль-Кохен бўйича лапаротомияни бажариш техникаси

Джоэль-Кохен бўйича лапаротомияни амалга оширишда қорин терисида юзаки кўндаланг тўғри чизикли кесма ёнбош суякларининг олдинги юқориғларини боғлайдиган чизикдан 2,5-3 см пастроқ масофада бажарилади. Скальпель билан ўрта чизик бўйлаб апоневрозга еткунга қадар кесма давом эттирилади ва оқ чизикнинг ён томонларидан кесилади. Кейин тери ости ёғ қатлами остида текис қайчининг биров очилган учлари билан апоневроз ён томонларга очилади. Париетал қорин пардасига кириш учун қорин тўғри мушаклари тўмтоқ тарзда ажратилади. Билатерал тракция орқали мушаклар ва тери ёғ ости қатлами бир вақтнинг ўзида очилади. Кўндаланг йўналишда бармоқлар билан чўзиб, қорин пардаси тўмтоқ тарзда очилади. Миометрий ўрта чизик бўйлаб, қоғаноқ пардасини ёрмасдан, кесилади, кейин қоғаноқ пардаси ёрилади ва бармоқлар билан ён томонга очилади.

Джоэль-Кохен бўйича кесар кесиш Пфанненштиль бўйича кесар кесиш билан таққослаганда асосий афзалликлари қуйидагилардан иборат: кам миқдорда қон йўқотиш, операция давомийлиги қисқариши, операциядан кейинги оғриқнинг давомийлиги ва оғриқ қолдирувчи дори воситаларга бўлган эҳтиёж камайиши.

3. Мисгав-Ладах бўйича кесар кесиш операциясини бажариш техникаси

Бу Штарк ва унинг ҳамкасблари томонидан ишлаб чиқилган модификациялан Джоэль-Кохен бўйича лапаротомия усули (Stark, 1995). Джоэль-Кохен бўйича қорин девори кесилади, фақат фасциялар қайчининг оз очиқ учларини тўмтоқ тарзда ўтказиш орқали кесилади. Бачадондаги кесма Джоэль-Кохен бўйича бажарилади. Йўлдош қўл билан ажратилади. Бачадон қорин бўшлиғидан ташқарига чиқарилади. Миометрий кесмаси Реверден бўйича узлуксиз чирмашувчи бир қаватли чок билан тикилади. Қорин пардаси тикилмайди. Фасция узлуксиз чок билан тикилади. Тери икки ёки учта илгаксимон чоклар билан тикилади. Ушбу чоклар орасида терининг четлари Аллис қисқичлари билан яқинлаштирилади ва беш дақиқа давомида жойида қолдирилади.

Усулнинг афзалликларига қуйидагилар киради: операция қисқа муддатда бажарилиши, тикиш материалдан камроқ фойдаланиш, кам миқдорда интраоперацион қон йўқотиш, операциядан кейинги оғриқ камайиши ва операцион жароҳат инфекцияси ривожланиши камайиши.

4. Пелоси бўйича кесар кесиш операциясини бажариш техникаси

Пфанненшталь бўйича қорин девори кесилади. Тери ости тўқимасини ва фасцияни кўндаланг кесиб олиш учун электр пичоқ ишлатилади. Тўғри мушаклар иккала кўрсаткич бармоқлар учун жой қолдириб, тўмтоқ тарзда ажратилади. Бармоқ билан қорин пардаси тўмтоқ тарзда очилади ва тери кесилганда қорин деворининг барча қатламлари қўлда ажратилади. Сийдик қопи пастга қараб силжитилмайди. Бачадоннинг пастки сегментида миометрийда кичик кўндаланг кесма бажарилади ва бармоқлар ёки қайчи билан тўмтоқ тарзда кесиб жароҳат ёйсимон тарзда юқорига ва ён томонга ажратилади. Ҳомилани чиқариб олиш пайтида бачадон тубига босим ўтказилади, окситоцин юборилади ва йўлдош ўз-ўзидан ажралгандан кейин олиб ташланади. Бачадон массажи амалга оширилади. Бачадондаги кесма узлуксиз чирмашувчи бир қаватли чок билан 0-ўлчамдаги хромланган кетгут билан тикилади. Қорин пардалари тикилмайди. Фасция синтетик сўриладиган тикиш материалида узлуксиз чок билан тикилади. Тери ости ёғ қатлами қалин бўлса, тугунли чирмашувчи чок билан 3-0 ўлчамдаги сўриладиган тикиш материали билан тикилади.

5. Корпорал кесар кесиш операцияси

Замонавий акушерликда корпорал кесар кесиш операцияси камдан-кам ва фақат қатъий кўрсатмалар бўлганда амалга оширилади:

- бачадоннинг пастки сегментига кириб бориш имкони бўлмаганда, унинг соҳасида веналарнинг варикоз кенгайиши ва ифодаланган битишмалар мавжудлиги;
- аввалги корпорал кесар кесиш операциясидан кейин бачадондаги бўйлама чандиқнинг етишмовчилиги;
- бачадонни кейинги олиб ташлаш зарурати;
- муддатига етмаган ҳомила ва кенгаймаган бачадоннинг пастки сегменти;
- бир бирига битишга икки ҳомилалик;
- ҳомиланинг барқарор кўндаланг жойлашиши;
- ўлаётган (критик ҳолатда бўлган) аёлда тирик ҳомила;
- шифокор бачадоннинг пастки сегментида кесар кесиш операциясини бажариш кўникмаларига эга бўлмаслиги.

Қорин девори пастки ўрта кесма билан очилади. Бачадоннинг танасини қатъий равишда ўрта чизик бўйлаб кесиш керак, бунинг учун бачадонни унинг ўқи атрофида бир оз ўгириш керак бўлади, шунда кесманинг чизиғи иккала юмалоқ бойламидан бир хил масофада жойлашган бўлиши керак (одатда ҳомиладорликнинг сўнгги муддатларида бачадон чап томонга ўгирилган бўлади). Бачадондаги кесма камида 12 см узунликда қовуқ-бачадон чуқурлигидан пастга қараб йўналишда амалга оширилади, бачадонни кесиш чизиғи бўйича, аввал уни 3-4 см масофада қоғаноқ пардасигача давом эттириш мумкин, сўнгра кесма узунлигини

катталаштириш учун киритилган бармоқлар назорати остида қайчи билан кесма давом эттирилади. Бачадон танасининг кесилиши ҳар доим кўп миқдорда қон кетиши билан кузатилади, шунинг учун операциянинг ушбу қисмини имкон қадар тезроқ бажариш керак. Кейинчалик, қоғаноқ пардасини ёриб, ҳомила чиқариб олинади. Микулич қисқичлари операцион жароҳатнинг кўп қонаётган четларига қўйилади. Киндик тизимчасидан тортиб, йўлдош олиб ташланади ва бачадон бўшлиғи қўл билан текширилади. Бачадондаги кесма икки қаторли алоҳида мушак-мушак чоклар билан тикилади. Бачадон кесмасининг четларини тикишда уларни бир-бирига тўлиқ келтириш муҳимдир – бу мустаҳкам тўлиқ чандик шаклланиши, операциянинг инфекцион асоратларини ва кейинги ҳомиладорлик ва туғруқ пайтида бачадон йиртилишини олдини олиш учун шароит яратиб беради. Сероз-сероз чок (перитонизация) ҳозирги пайтда қўлланилмайди.

6. Кенгайтирилган пастки ўрта чизик лапаротомия ва Фритч бўйича бачадон тубида кўндаланг кесма билан кесар кесиш операциясини бажариш техникаси

Асосий кўрсатмалар:

- бачадоннинг олд деворида йўлдош жойлашиши, асосан пастки сегмент соҳасида ўсиб киришга гумон қилинаётганда;
- кичик ва катта тос бўшлиғи ва мезогастрий соҳасида ифодаланган битишмалар мавжудлиги (корпопал кесар кесиш жарроҳлик амалиёти, перитонит ва бошқ. дан кейин);

Муҳим шарт: жарроҳ ушбу кесар кесиш техникасини бажариш кўникмасига эга бўлиши керак.

Фритч бўйича бачадон тубида кўндаланг кесмани бажариш афзалликлари:

1. қорин деворини кесиш пайтида сийдик қопи жароҳатланиш эҳтимоли бартараф қилинади;
2. қорин бўшлиғи қулайроқ ажратилади;
3. анатомик ориентирлар яхши кўринганда (бачадон найлари, юмалоқ бачадон бойламлари) бачадонда кесма осонроқ бажарилади;
4. ҳомилани оёқларидан чиқариб олиш қулайроқ бўлади;
5. ҳомила бошининг травматизацияси бартараф қилинади;
6. миометрийнинг циркулярсимон қатлами сақланиб қолиши ва бачадон туби яхши қисқариши туфайли камдан-кам ҳолатларда атоник қон кетиши юзага келади;
7. операцион жароҳат яхши битади, чунки унинг четлари миометрийнинг циркулярсимон толалари билан чўзилмайди.

Фритч бўйича бачадон тубида кўндаланг кесмани бажариш камчиликлари:

1. тожсимон вена жароҳатланиши ва қон кетиши кучайиши юқори хавфи;
2. бачадон найларининг интерстициал қисмлари жароҳатланиши ва натижада иккиламчи бепуштлик ривожланиши;
3. бачадон туби соҳасида висцерал қорин пардасининг ҳаракатчанлиги чекланганлиги сабабли операцион жароҳатни перитонизациялаш қийинлиги.

Фритч бўйича бачадон тубида кўндаланг кесма билан кесар кесиш операциясини бажариш техникаси:

Пастки ўрта чизик лапаротомиядан кейин қорин бўшлиғида бачадон танасига яқинлашишга ва бирламчи ёки такрорий корпорал кесар кесиш операциясини бажаришга имкон бермайдиган ифодаланган битишмалар аниқланганда, жарроҳ чапдан киндикни четлаб ўтиб, ўрта чизик бўйлаб бачадон тубининг битишмалар бўлмаган жойи топилгунга қадар илгари бажарилган кесмани юқорига қараб узайтиради. Бачадон кўндаланг кесилиши скальпель ёрдамида тубининг энг чиқиб турган қисмига перпендикуляр равишда амалга оширилади, бачадон найлари бирикган жойга 10-15 мм етиб бормайди. Бачадоннинг тубини унинг юзасига ўткир бурчак остида кесганда, операциянинг давомийлиги узаяди, тожсимон томирларнинг жароҳатланиши оқибатида қон йўқотиш ҳажми ошади, операцион жароҳат четлари бир бирига келиши ёмонлашади ва операцион жароҳатни тикиш қийинлашади. Бачадон тубидаги кесма тўғридан-тўғри иккита бачадон найи бирикган жойда бошланиб ва ўша жойда тугаса,

операциядан кейинги даврда иккиламчи бепуштлиқ ривожланиши мумкин. Қоғаноқ пардаси ёрилгандан кейин ҳомила бачадондан чов эгмасидан, бир ёки икки оёқларидан чиқариб олинади. Ҳомиланинг елкаси ва бошини ҳомила чаноқ билан олдинда келишида қўлланиладиган акушерлик қўлланмалар ёрдамида чиқариб олинади. Жароҳат жойига ҳомиланинг боши тегиб турса, у жарроҳнинг қўли бўйлаб ёки акушерлик қисқичлар ёрдамида чиқариб олинади, ассистент эса бачадонга босим ўтказади, ҳомиланинг елкалари қўлтиқ ости чуқурчасидан чиқариб олинади. Қоғаноқ пардаси ажратиб олингандан кейин жароҳат бурчакларига алоҳида гемостатик чоклар қўйилади. Йўлдош ўз-ўзидан ажралгандан кейин, киндик тизимчасидан тортиб, жароҳат орқали чиқариб олинади. Бачадондаги жароҳатга уч қаторли чок қўйилади:

1. алоҳида мушак-мушак чоклар (тугунлар жароҳат ичига бойланади) ёки узлуксиз чирмашувчи шиллиқ-мушак чоки қўйилади (викрил, дексон мавжуд бўлганда);
2. чокларнинг биринчи қатори орасида узлуксиз чирмашувчи мушак-мушак чоклар қўйилади;
3. чокларнинг иккинчи қатори орасида узлуксиз чирмашувчи мушак-сероз чоклар қўйилади.

Қорин бўшлиғидан салфеткалар олиб ташлаганидан кейин, бачадон ортиқларини текшириб, қорин бўшлиғи ревизия қилинади ва операцион ҳамшираси инструментлар жойида эканлигини айтганидан кейин, қорин олд девори қатламлари тикилади, стерил ни қатлам билан тикишга, стерил боғлам қўйилади, қин деворлари туалети бажарилади ва антисептик восита билан ишлов берилади.

КК жарроҳлик амалиёти пайтида теридаги кесманинг асосий турлари



3.15. Протоколни ишлаб чиқиш методологияси.

Миллий клиник протокол Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлигининг 2024 йил 23 февралдаги "маҳаллий ва миллий клиник протоколлар ва стандартлар методологиясини

ишлаб чиқиш, тасдиқлаш ва жорий тиббий амалиётга жорий этиш тўғрисида" ги №52-сонли буйруғи талабларига мувофиқ ишлаб чиқилган.

Протоколни ишлаб чиқишда "Республика ихтисослаштирилган она ва бола саломатлиги илмий-амалий тиббиёт маркази" давлат муассасаси ва унинг ҳудудий филиаллари, тиббиёт ходимларининг касбий малакасини ошириш маркази, Республика Перинатал маркази, Тошкент тиббиёт Академиясининг акушер-гинеколог мутахассислари иштирок этди.

Ушбу протоколни яратиш муаммонинг тиббий аҳамияти, тиббий амалиётнинг ёндашувлардаги фарқлар ва аралашувлар самарадорлигини исботловчи кўплаб замонавий манбаларнинг мавжудлиги билан боғлиқ.

Манфаатлар тўқнашуви: ушбу протоколни яратиш бўйича ишларни бошлашдан олдин, ишчи гуруҳнинг барча аъзолари манфаатлар тўқнашуви тўғрисида ёзма хабарномани тўлдирдилар. Муаллифлар жамоаси аъзоларининг ҳеч бири ушбу протокол мавзусида клиник амалиётда фойдаланиш учун маҳсулот ишлаб чиқарадиган фармацевтика компаниялари ёки бошқа ташкилотлар билан тижорат манфаатлари ёки бошқа манфаатлар тўқнашувига эга эмас эди.

Манфаатдор томонларни жалб қилиш: Протокол кўрсатмалари ва тавсияларини ишлаб чиқишда мақсадли аҳолининг (беморлар ва уларнинг оилалари), шу жумладан тиббий (соғлиқ учун фойда, ножўя таъсирлар ва аралашув хавфи), ахлоқий, маданий, диний жиҳатлари ўрганилди ва ҳисобга олинди. Фикрлар сўрови РИОваБСИАТМ давлат муассасасининг тегишли бўлинмаларида аёлларнинг норасмий суҳбатлари орқали амалга оширилди.

Далилларни тўплаш, умумлаштириш ва танқидий баҳолаш.

Далилларни тўплаш учун ишлатиладиган усуллар: электрон маълумотлар базалари, кутубхона ресурсларини қидиринг. Асосий маълумот манбалари сифатида 2014-2024 йилларга мўлжалланган инглиз ва рус тилларида турли мамлакатлардаги тиббиёт жамоалари ва ихтисослаштирилган ташкилотларининг клиник кўрсатмалари ишлатилган, протоколни ишлаб чиқишда сўнгги 5 йилдаги маълумотлар устувор бўлган (2019 йилдан). Протоколни ишлаб чиқиш жараёнида дарслик ва монографиялардан далил сифати паст ёки йўқ манбалар сифатида фойдаланилмаган.

Асосий маълумотлар манбаларини тизимли қидириш қуйидаги маълумотлар базаларини ўз ичига олади:

- World Health Organization - <https://www.who.int/ru>
- Society of Obstetricians and Gynecologists of Canada (SOGS) - <http://sogc.medical.org>
- National Institute for Clinical Excellence (NICE) - <http://www.nice.org.uk>
- Royal College of Obstetricians and Gynecologists (RCOG) - <http://www.rcog.org.uk>
- Australian National Health and Medical Research Council (NHMRC) - <http://www.health.gov.au>
- New Zealand Guidelines Group (NZGG) - <http://www.nzgg.org.nz>
- Health professionals in Queensland public and private maternity and neonatal services - Guidelines@health.qld.gov.au
- International Federation of Gynaecology and Obstetrics - <https://www.figo.org/>
- Российское общество акушеров-гинекологов (РОАГ) - https://roag-portal.ru/clinical_recommendations

Тавсияларни олиш ва мослаштириш учун манба ҳужжати сифатида турли мамлакатларнинг бир нечта клиник кўрсатмалари ишлатилган. Топилган ва баҳоланган клиник кўрсатмаларда керакли тавсиялар етишмаётган ёки улар етарли даражада/тўлиқ тавсифланмаган, далиллар билан тасдиқланмаган, бир-бирига зид бўлган, маҳаллий шароитда қўлланилмаган ёки ескирган ҳолларда. Маълумотлар базаларида рандомизацияланган бошқариладиган синовлар, тизимли шарҳлар, мета-таҳлиллар ва коҳорт тадқиқотлари учун қўшимча қидирув ўтказилди: <http://www.cochrane.org>, <http://www.bestevidence.com>, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/PubMed>, <http://www.bmj.com>, <http://www.medmir.com>, <http://www.medscape.com>, <http://www.nlm.nih.gov> ва бошқалар.

Топилган манбалар сифатини танқидий баҳолаш клиник кўрсатмаларнинг замонавийлиги, уларни ишлаб чиқиш методологияси, далилларнинг ишончилиги ва ишонувчанлик/кучлилик даражаларига кўра тавсиялар рейтинги, тиббий ёрдамнинг маҳаллий шароитларига мос келишини ҳисобга олган ҳолда амалга оширилди.

Тавсияларни шакллантириш усуллари тавсифи. Протоколнинг якуний тавсиялари тавсияларнинг бир қисмини бир нечта клиник кўрсатмалардан асл нусхада ўзгаришсиз олиш, клиник кўрсатмалар тавсияларининг бир қисмини маҳаллий шароитга мослаштириш, қўшимча адабиётларни қидириш асосида тавсиялар ишлаб чиқиш орқали шакллантирилди. Далилларнинг паст сифати ва маҳаллий шароитда қўлланилмайдиган тавсиялар чиқариб ташланди. Клиник кўрсатмалардан олинган тавсиялар дастлаб нашр этилган далиллар даражаси билан қабул қилинди. Агар хорижий клиник кўрсатмалар муаллифлари далиллар даражасининг бошқа ўлчовларидан фойдаланган бўлса, улар (иложи бўлса) GRADE тизимига ўтказилди. Худди шу тавсиялар турли хил клиник кўрсатмаларда топилган, аммо турли даражадаги далилларга эга бўлган ҳолларда, ишчи гуруҳ протоколга янада ишончли илмий маълумотлар асосида тузилган тавсияларни киритди.

Протокол ички ва ташқи экспертлар томонидан ҳужжатлаштирилган. Агар тавсияларнинг далиллар базаси тақризчи/эксперт фикридан кучлироқ бўлса ёки мақсадли соғлиқни сақлаш шароитида фойдаланиш учун мақбулроқ бўлса, ишчи гуруҳ аъзолари шарҳловчиларнинг таклифларини рад этиш ҳуқуқини сақлаб қолишади.

Протоколнинг якуний таҳририни шакллантиришда баённома лойиҳаси олий ўқув юртлари профессор-ўқитувчилари, Ўзбекистон акушер-гинекологлар ассоциацияси аъзолари, соғлиқни сақлаш ташкилотчилари (РИОваБИАТМ ДМ худудий филиаллари ва уларнинг ўринбосарлари), вилоят акушерлик тизими муассасалари шифокорлари, кенг доирадаги мутахассислари муҳокамасига тақдим этилди. Муҳокама учун баённома лойиҳаси билан РИОваБИАТМ давлат муассасасининг расмий веб-сайти <https://akusherstvo.uz//> ва телеграм каналида танишиш мумкин. Фикр-мулоҳаза электрон почта орқали стандарт фикр-мулоҳаза варақасини тўлдириш билан қабул қилинди. Баённома лойиҳасининг якуний муҳокамаси ва унинг якуний версиясини шакллантириш ишчи гуруҳ, шарҳловчилар, ЖССТ эксперти ва кенг доирадаги манфаатдор мутахассислар иштирокида норасмий консенсусга эришиш орқали онлайн тарзда ўтказилди.

Ушбу клиник протоколнинг тавсияларида барча маълумотлар ушбу муаммо бўйича тадқиқотлар сони ва сифатига қараб тавсияларнинг ишончилиги даражасига (ТИД) қараб тартибланган.

4. Фойдаланилган адабиётлар.

1. Роды одноплодные, родоразрешение путем кесарева сечения. Клинические рекомендации. ООО «Российское общество акушеров-гинекологов» (РОАГ), ООО «Ассоциация анестезиологов-реаниматологов» (ААР), ООО «Ассоциация акушерских анестезиологов-реаниматологов» (АААР), Москва. 2021 г. http://disuria.ru/_ld/10/1039_kr21O82MZ.pdf
2. FIGO good practice recommendations for cesarean delivery:Prep-for-Labor triage to minimize risks and maximize favorable outcomes. Eytan R. Barnea, Annalisa Inversetti, Nicoletta Di Simone, on behalf of the FIGO Childbirth and Postpartum Hemorrhage Committee, 2023. <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1002/ijgo.15115>
3. Caesarean birth. NICE guideline [NG192]. Published: 31 March 2021. Last updated: 30 January 2024 <https://www.nice.org.uk/guidance/ng192/resources/caesarean-birth-pdf-66142078788805>.
4. Planned Caesarean Birth. Consent Advice No. 14. August 2022 Minor Update November 2024. <https://www.rcog.org.uk/media/kcudpb1g/pcb-ca14-minor-update-2024.pdf>
5. Young M.F., Oaks B.M., Tandon S., Martorell R., Dewey K.G., Wendt A.S. Maternal hemoglobin concentrations across pregnancy and maternal and child health: a systematic review and meta-analysis. Ann N Y Acad Sci. 2019; 1450(1):47–68.

6. Gambacorti-Passerini Z., Gimovsky A.C., Locatelli A., Berghella V. Trial of labor after myomectomy and uterine rupture: a systematic review. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2016; 95(7):724–34.
7. Hofmeyr G.J., Hannah M., Lawrie T.A. Planned caesarean section for term breech delivery. *Cochrane database Syst Rev.* 2015; (7):CD000166.
8. Macharey G., Väisänen-Tommiska M., Gissler M., Ulander V.-M., Rahkonen L., Nuutila M., et al. Neurodevelopmental outcome at the age of 4 years according to the planned mode of delivery in term breech presentation: a nationwide, population-based record linkage study. *J Perinat Med.* 2018; 46(3):323–31.
9. Tuuli M.G., Liu J., Stout M.J., Martin S., Cahill A.G., Odibo A.O., et al. A Randomized Trial Comparing Skin Antiseptic Agents at Cesarean Delivery. *N Engl J Med.* 2016; 374(7):647–55.
10. Caissutti C., Saccone G., Zullo F., Quist-Nelson J., Felder L., Ciardulli A., et al. Vaginal Cleansing Before Cesarean Delivery: A Systematic Review and Meta-analysis. *Obstet Gynecol.* 2017; 130(3):527–38.
11. CORONIS collaborative group, Abalos E., Addo V., Brocklehurst P., El Sheikh M., Farrell B., et al. Caesarean section surgical techniques: 3 year follow-up of the CORONIS fractional, factorial, unmasked, randomised controlled trial. *Lancet (London, England).* 2016; 388(10039):62–72.
12. O’Boyle A.L., Mulla B.M., Lamb S. V, Greer J.A., Shippey S.H., Rollene N.L. Urinary symptoms after bladder flap at the time of primary cesarean delivery: a randomized controlled trial (RTC). *Int Urogynecol J.* 2018; 29(2):223–8.
13. Kamel A., El-Mazny A., Salah E., Ramadan W., Hussein A.M., Hany A. Manual removal versus spontaneous delivery of the placenta at cesarean section in developing countries: a randomized controlled trial and review of literature. *J Matern Fetal Neonatal Med.* 2018; 31(24):3308–13.
14. Vachon-Marceau C., Demers S., Bujold E., Roberge S., Gauthier R.J., Pasquier J.-C., et al. Single versus double-layer uterine closure at cesarean: impact on lower uterine segment thickness at next pregnancy. *Am J Obstet Gynecol.* 2017; 217(1):65.e1-65.e5.
15. Di Spiezio Sardo A., Saccone G., McCurdy R., Bujold E., Bifulco G., Berghella V. Risk of Cesarean scar defect following single- vs double-layer uterine closure: systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2017; 50(5):578–83.
16. Martin E.K., Beckmann M.M., Barnsbee L.N., Halton K.A., Merollini K., Graves N. Best practice perioperative strategies and surgical techniques for preventing caesarean section surgical site infections: a systematic review of reviews and meta-analyses. *BJOG.* 2018; 125(8):956–64.
17. Practice Guidelines for Obstetric Anesthesia: An Updated Report by the American Society of Anesthesiologists Task Force on Obstetric Anesthesia and the Society for Obstetric Anesthesia and Perinatology. *Anesthesiology.* 2016; 124(2):270–300.
18. Wilson R.D., Caughey A.B., Wood S.L., Macones G.A., Wrench I.J., Huang J., et al. Guidelines for Antenatal and Preoperative care in Cesarean Delivery: Enhanced Recovery After Surgery Society Recommendations (Part 1). *Am J Obstet Gynecol.* 2018; 219(6):523.e1-523.e15.
19. Xu S., Shen X., Liu S., Yang J., Wang X. Efficacy and safety of norepinephrine versus phenylephrine for the management of maternal hypotension during cesarean delivery with spinal anesthesia: A systematic review and meta-analysis. *Medicine (Baltimore).* 2019; 98(5):e14331.