

O'zbekiston Respublikasi  
Sog'liqni saqlash vazirining  
2025 yil "23" iyundagi  
180-sonli buyrug'iga  
2-ilova

**O'ZBEKISTON RESPUBLIKASI SOG'LIQNI SAQLASH VAZIRLIGI  
RESPUBLIKA IXTISOSLASHTIRILGAN ONA VA BOLA SALOMATLIGI  
ILMIY-AMALIY TIBBIYOT MARKAZI**

**«KESAR KESISH JARROXLIK AMALIYOTI»  
MILLIY KLINIK PROTOKOLI**

**TOSHKENT 2025**



«KELISHILGAN»  
RIOvaBSIATM direktori  
N.S. Nadirxanova

2025 yil

## «KESAR KESISH JARROXLIK AMALIYOTI» MILLIY KLINIK PROTOKOLI

TOSHKENT 2025

**«KESAR KESISH JARROXLIK AMALIYOTI»  
MILLIY KLINIK PROTOKOLI**

**TOSHKENT 2025**

## **Mundarija**

Kirish qismi.....	5
Asosiy qism.....	9
Ilovalar .....	36
Foydalanilgan adabiyotlar.....	56

**TOSHKENT 2025**

## 1. Kirish qismi

### KXT-10 bo'yicha kodlanishi;

<b>O82</b>	Bitta homilalik tug'ruq, kesar kesish amaliyoti bilan tug'dirish
<b>O82.0</b>	Elektiv kesar kesish jarrohlik amaliyotini o'tkazish
<b>O82.1</b>	Shoshilinch kesar kesish jarrohlik amaliyotini o'tkazish
<b>O82.8</b>	Boshqa bitta homilalik tug'ruqni kesar kesish amaliyoti bilan tug'dirish
<b>O82.9</b>	Aniqlanmagan kesar kesish amaliyoti bilan tug'dirish
<b>O84.2</b>	Ko'p homilalik tug'ruq, to'liq kesar kesish amaliyoti bilan tug'dirish
Havola: <a href="https://mkb-10.com/index.php?pid=14494">https://mkb-10.com/index.php?pid=14494</a>	

### KXT-11 bo'yicha kodlanishi:

<b>JB22</b>	Bitta homilalik tug'ruq, kesar kesish amaliyoti bilan tug'dirish
<b>JB22.0</b>	Rejali kesar kesish amaliyoti bilan tug'dirish
<b>JB22.1</b>	Shoshilinch kesar kesish jarrohlik amaliyotini o'tkazish
<b>JB24.2</b>	Ko'p homilalik tug'ruq, kesar kesish amaliyoti bilan tug'dirish
<b>JB24.3</b>	Kesar kesish amaliyoti va boshqa tug'ruq usullarini qo'llagan holda ko'p homilali tug'ruq
<b>JB00.3</b>	Tug'ruq induksiyasi yoki kesar kesish amaliyoti bilan muddatidan oldin tug'dirish
Havolalar: <a href="https://icd.who.int/ct/icd11_mms/ru/release">https://icd.who.int/ct/icd11_mms/ru/release</a>	

**Klinik protokolni ishlab chiqish va qayta ko'rib chiqish sanasi:** 2025 yil, 2030 yilda qayta ko'rib chiqiladi yoki dalillarga asoslangan tibbiyot nuqtai nazaridan yangi ma'lumotlar asosli qo'shimchalar/sharhlar paydo bo'lganda kiritiladi. Taqdim etilgan tavsiyalarga kiritilgan har qanday tuzatishlar tegishli hujjatlarda e'lon qilinadi. Protokol 2021-yilda kesar kesish amaliyoti bilan tug'ish bo'yicha milliy klinik protokolning yangilangan versiyasidir (O'zbekiston Respublikasi Sog'liqni saqlash vazirligining 30.11.2021 yil 273-son buyrug'i).

**Mazkur klinik protokolni ishlab chiqish uchun mas'ul muassasa:** Respublika ixtisoslashtirilgan ona va bola salomatligi ilmiy-amaliy tibbiyot markazi.

Mazkur klinik protokol va standartlar O'zbekiston Respublikasi Sog'liqni saqlash vazir o'rinbosari Basitxanova E.I, Tibbiy sug'urta boshqarmasi boshlig'i Sh. Almardanov, klinik protokollar va standartlarni ishlab chiqish va joriy etish bo'limi boshlig'i Sh.R. Nurimova boshchiligida, Klinik protokollar va standartlarni ishlab chiqish va joriy etish bo'limi bosh mutaxassisi G.Djumayeva, yetakchi mutaxassisi N.Raximova tomonidan tashkiliy va uslubiy ko'magi asosida ishlab chiqilgan.

### Ishchi guruh rahbarlari:

<b>№</b>	<b>F.I.Sh.</b>	<b>Lavozimi</b>	<b>Ish joyi</b>
1	Nadirxanova N.S.	Direktor, t.f.d.	RIOvaBSIATM
2	Abdullayeva L.M.	O'zR SSV bosh akusher-ginekologi, t.f.d., professor	TTA
3	Gafurova F.A.	Kafedra mudiri, t.f.d., professor	TXKMRRM, Akusherlik va ginekologiya, perinatal tibbiyot kafedras
4	Karimova F.D.	Kafedra mudiri, t.f.d., professor	TXKMRRM, 2-sonli akusherlik va ginekologiya kafedras

## Тузувчилар рўйхати:

№	F.I.Sh.	Lavozimi	Ish joyi
1	Yusupbayev R.B.	Akusher- ginekolog, bo'lim boshlig'i, t.f.d., professor	RIOvaBSIATM, Fetal tibbiyot bo'limi
2	Kim Ye.D.	Anesteziolog-reanimatolog, bo'lim boshlig'i, t.f.d., professor	RIOvaBSIATM
3	Irgasheva S.U.	akusher-ginekolog, t.f.d.	RIOvaBSIATM
3	Aliyeva D.A.	akusher-ginekolog, t.f.d., professor	RIOvaBSIATM
4	Nishanova F.P.	akusher-ginekolog, t.f.n.	RIOvaBSIATM
5	Mikirtichev K.D.	akusher-ginekolog, t.f.n.	RIOvaBSIATM
6	Ilyasov A.B.	akusher-ginekolog, t.f.n.	RIOvaBSIATM
7	Najmetdinova D.F.	akusher-ginekolog, t.f.n.	RIOvaBSIATM
8	Shamsiyeva Z.I.	akusher-ginekolog, t.f.n.	RIOvaBSIATM
9	Mansurova X.A.	akusher-ginekolog	RIOvaBSIATM
10	Abduraimov T.F.	akusher-ginekolog	RIOvaBSIATM
11	Nurova A.A.	akusher-ginekolog	RIOvaBSIATM
12	Kurbanov B.B.	kafedra mudiri, t.f.d..	ToshPTI Akusherlik va ginekologiya kafedrası
13	Babajanova Sh.D.	akusher-ginekolog, t.f.d.	RPM
14	Matyakubova S.A.	direktor, t.f.d.	RIOvaBSIATM Xorazm viloyati filiali
15	Nasretdinova D.B.	direktor, t.f.n.	RIOvaBSIATM Andijon viloyati filiali
16	Suyarkulova M.E.	direktor, t.f.n.	RIOvaBSIATM Farg'ona viloyati filiali
17	Shodmonov N.M.	direktor, t.f.n.	RIOvaBSIATM Jizzax viloyati filiali
18	Asadov D.A.	direktor	RIOvaBSIATM Toshkent viloyati filiali
19	Daminova R.A.	direktor	RIOvaBSIATM Namangan viloyati filiali
20	Dustmurodov B.M.	direktor	RIOvaBSIATM Surxondaryo viloyati 2- sonli filiali
21	Ashirbekova G.U.	direktor	RIOvaBSIATM Qoraqalpog'iston Respublikasi filiali
22	Xamroyeva L.K.	direktor	RIOvaBSIATM Samarqand viloyati filiali
23	Sadkova X.Z.	direktor	RIOvaBSIATM Sirdaryo viloyati filiali
24	Eshonkulov A.G.	direktor	RIOvaBSIATM Navoiy viloyati filiali
25	Ziyoyev A.M.	direktor	RIOvaBSIATM Surxondaryo viloyati filiali
26	Jurayev N.B.	direktor	RIOvaBSIATM Buxoro viloyati filiali
27	Achilova S.I.	direktor	RIOvaBSIATM Qashqadaryo viloyati filiali

## Taqrizchilar:

№	F.I.Sh.	Lavozimi	Ish joyi
1	Yusupov U. Yu.	T.f.d., professor	RIOvaBSIATM
2	Kattaxodjayeva M.X.	Kafedra mudiri, t.f.d., professor	Toshkent davlat stomatologiya instituti akusherlik va ginekologiya kafedrası

*RIOvaBSIATM – Respublika ixtisoslashtirilgan ona va bola salomatligi ilmiy-amaliy tibbiyot markazi*

*TTA – Toshkent tibbiyot akademiyasi*

*ToshPTI – Toshkent pediatriya tibbiyot instituti*

*RPM – Respublika perinatal markazi*

*TXKMRM – Tibbiyot xodimlarining kasbiy malakasini rivojlantirish markazi*

Klinik protokol OTM professor-o‘qituvchilari, O‘zbekiston Respublikasi Akusher-ginekologlar assotsiatsiyasi a'zolari, sog‘liqni saqlash tashkilotchilari (RIOvaBSIATM filiallari direktorlari va ularning o‘rinbosarlari) hamda viloyat tug‘ruqqa ko‘maklashish muassasalari shifokorlari ishtirokidagi ishchi guruhning onlayn shaklda o‘tkazilgan yakuniy yig‘ilishida norasmiy kelishuv orqali muhokama qilindi va **2024 yil 6 dekabr 1-sonli bayonnomasi** bilan tasdiqlandi. Ishchi guruh rahbarlari Nadirxanova N.S., RIOvaBSIATM DM direktori. Klinik protokol RIOvaBSIATM Ilmiy kengashida ko‘rib chiqildi va **2024 yil 17 dekabrda 15-sonli bayonnomasi** bilan tasdiqlandi. Ilmiy kengash raisi - t.f.d., professor Asatova M.M.

#### **Tashqi ekspert bahosi:**

№	F.I.Sh.	Lavozimi	Ish joyi
1	Muxamadiyeva S.M.	Kafedra mudiri, t.f.d., professor	Tojikiston Respublikasi, «Sog‘liqni saqlash sohasidagi Oliy o‘quv yurtidan keyingi institut ta’limi» Davlat ta’lim Muassasasi, №1- sonli akusherlik va ginekologiya kafedrası

#### **Qisqartmalar ro‘yxati:**

<b>AChTV</b>	FQTV faollashtirilgan qisman tromboplastin vaqti
<b>AD</b>	Arterial (qon) bosimi
<b>anti-HCV</b>	Virusli gepatit S ga antitanachalar
<b>BGS</b>	B guruhi streptokokki
<b>EKG</b>	Elektrokardiogramma
<b>FDA</b>	Food and Drug Administration (Oziq-ovqat mahsulotlari va dori-darmonlar sifatini sanitariya nazorati boshqarmasi)
<b>FIGO</b>	International Federation of Gynaecology and Obstetrics (Akusherlik va ginekologiya xalqaro Federatsiyasi)
<b>HBsAg</b>	Virusli gepatit B antigeni
<b>HO‘YoG</b>	Homiladorlar o‘tkir yog‘li gepatozi
<b>KK</b>	Kesar kesish jarrohlik amaliyoti
<b>KTG</b>	Kardiotokogramma
<b>KXT-10</b>	Kasalliklar xalqaro tasnifi 10-nashri
<b>KXT-11</b>	Kasalliklar xalqaro tasnifi 11-nashri
<b>NEK</b>	Nekrotik enterokolit
<b>O‘ATE</b>	O‘pka arteriyasi tromboemboliyasi
<b>O‘SV</b>	O‘pka sun‘iy ventilyatsiyasi
<b>OGV</b>	Oddiy herpes virusi
<b>OIV</b>	Odam immunitet tanqisligi virusi

<b>SARS-Cov-2</b>	Severe acute respiratory syndrome-related coronavirus 2 (koronavirus SARS-CoV-2)
<b>SOO·K</b>	Surunkali obstruktiv o'pka kasalligi
<b>SpO2</b>	Periferik qonning kislorod bilan to'yinganligi
<b>TEA</b>	Tromboembolik asoratlar
<b>TITQIS</b>	Tomir ichi tarqoq qon ivish sindromi
<b>TMI</b>	Tana vazni indeksi
<b>UTT</b>	Ultratovush tekshiruv
<b>VASh</b>	Vizual-analog shkalasi (og'riqning jadalligini baholaydi)
<b>VTEA</b>	Venoz tromboembolik asoratlar
<b>XNN</b>	Xalqaro normallashtirilgan nisbat (MNO)
<b>YuUT</b>	Yurak urish tezligi

**Protokolning maqsadi:** tibbiyot mutaxassislariga dalillarga asoslangan ma'lumotlar va kesar kesish jarrohlik amaliyoti bo'yicha tavsiyalar berishdir.

**Bemorlarning toifalari:** homilador ayollar va kesar kesish jarrohlik amaliyoti yordamida tug'ilishni rejalashtirgan ayollar; kesar kesish jarrohlik amaliyoti tug'rug'idan keyingi ayollar.

**Klinik protokol foydalanuvchilari:** akusher-ginekolog shifokorlar, anesteziolog-reanimatologlar, laborantlar, klinik farmakologlar, neonatologlar, sog'liqni saqlash tizimi tashkilotchilari, akusherlar, talabalar, klinik ordinatorlar, magistrantlar, doktorantlar, tibbiyot oliy o'quv yurtlari o'qituvchilari, tug'ruqdagi ayollar, ularning oila a'zolari va parvarish qiluvchi shaxslar.

#### **Protokol tavsiyalariga rioya qilish:**

Klinik protokolda ishlab chiqilayotgan paytda amalda bo'lgan dalillarga muvofiq umumiy tavsiyalar taqdim etilgan.

Amaliy faoliyatda mazkur protokolning tavsiyalaridan chetga chiqish to'g'risida qaror qabul qilinayotgan bo'lsa, u holda shifokor-klinitsistlar bemorning kasallik tarixida quyidagi ma'lumotlarni hujjatlashtirishlari kerak bo'ladi:

- kim tomonidan qaror qabul qilingani;
- bayonnomaning tavsiyalaridan chetga chiqish to'g'risidagi qarorning batafsil asosi;
- bemorni olib borish bo'yicha qanday tavsiyalar qabul qilingani to'g'risida.

Ko'rsatmalar klinik amaliyotning barcha bo'limlarini qamrab olmaydi. Shifokorlar konfidentsial muloqot olib borish tamoyiliga rioya qilgan holda, bemorning ehtiyojlarini inobatga olib, ular bilan individual olib borish taktikasini muhokama qilishlari kerak. Bunga quyidagilar kiradi:

- Zarurat bo'lganda, tarjimon xizmatlaridan foydalanish.
- Bemorga maslahat berish va olib borish taktikasi yoki aniq bir muolajani o'tkazish uchun rozilikni olish.
- Qonun talablari doirasida va professional Etika standartlariga rioya qilgan holda yordam ko'rsatish.
- Umumiy va mahalliy talablarga muvofiq har qanday boshqaruv va parvarish taktikasini hujjatlashtirish.

#### **Profilaktika, diagnostika, davolash va rehabilitatsiya usullari (profilaktika, diagnostika, davolash va rehabilitatsiya tadbirlari) bo'yicha tavsiyalarning ishonchlilik darajasini baholash shkalasi:**

<b>TID</b>	<b>Dekodlash</b>
<b>A</b>	Kuchli tavsiya (barcha ko'rib chiqilgan samaradorlik mezonlari (natijalar) muhim o'rinni egallaydi, barcha tadqiqotlarning metodologik sifati yuqori yoki qoniqarlar va qiziqtirayotgan natijalar bo'yicha xulosalari kelishilgan)

<b>B</b>	Shartli tavsiya (ayrim ko‘rib chiqilgan samaradorlik mezonlari (natijalar) muhim o‘rinni egallaydi, ayrim tadqiqotlarning metodologik sifati yuqori yoki qoniqarli va/yoki qiziqtirayotgan natijalar bo‘yicha xulosalari kelishilmagan)
<b>C</b>	Kuchsiz tavsiya (sifatli dalillar keltirilmagan (ko‘rib chiqilgan samaradorlik mezonlari (natijalar) muhim o‘rinni egallamaydi, barcha tadqiqotlarning metodologik sifati past va qiziqtirayotgan natijalar bo‘yicha xulosalari kelishilmagan)

## 2. Asosiy qism

### 2.1. Ta'rif, epidemiologiya

**Kesar kesish jarrohlik amaliyoti bilan tug‘dirish** – homilador bachadonning devorini kesish, homila va yo‘ldoshni chiqarib olish va bachadon butunligini tiklash bilan amalga oshiriladigan jarrohlik amaliyoti orqali sodir bo‘ladigan chaqaloqning tug‘dirish usuli hisoblanadi.

- Kesar kesish homiladorlik yoki tug‘ish davrida tibbiy yordam ko‘rsatish standartining bir qismi bo‘lib, ona va/yoki homila tomonidan tibbiy sabablarga ko‘ra amalga oshiriladi.
- Kesar kesish faqat vaginal tug‘ish xavfli bo‘lganda amalga oshirilishi kerak. Kesar kesish dan keyin onalarda asoratlari tabiiy tug‘ruqga nisbatan 3 barobar ko‘p bo‘ladi va bachadon chandig‘i mavjud bo‘lganda, har bir amalga oshirilgan kesar kesish amaliyoti asoratlarning chastotasi ortadi.
- Bemorlarga har bir keyingi kesar kesish jarrohlik amaliyoti yo‘ldoshning oldinda kelishi, yo‘ldoshning bachadon chandig‘iga o‘tib kirishi va gisterektomiya xavfi haqida ma'lumot berilishi kerak.
- Ko‘p sabablarga ko‘ra vaginal tug‘ruq kesar kesish orqali tug‘ruqdan afzal hisoblanadi va butun dunyoda tug‘ruqlarning 20-25% igacha kesar kesish jarrohlik amaliyoti tavsiya etiladi.

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

### 2.2. Kesar kesish jarrohlik amaliyotining tasnifi

#### A. Shoshilinchiligi qarab:

- rejali
- shoshilinch (urgent).

#### B. Kechiktirib bo‘lmaydigan toifasiga qarab:\*

<b>I toifa</b>	<b>Shoshilinch KK</b>	Ayol yoki homilaning hayotiga xavf tug‘ilganda (imkon qadar tezroq, ayol shifoxonaga yotqizilganida tashxis qo‘yilgan vaqtdan operativ tug‘dirishga qadar 30 daqiqadan kechiktirmasdan amalga oshirilishi kerak).
<b>II toifa</b>	<b>Kechiktirib bo‘lmaydigan KK</b>	Hayotga xavf soluvchi aniq belgilari kuzatilmagan, ona yoki homilada kechiktirib bo‘lmaydigan tug‘dirishni talab qiladigan asoratlari mavjud bo‘lganda. 60-75 daqiqadan (uzog‘i bilan 75 daqiqada) kechiktirmasdan amalga oshirilishi kerak.
<b>III toifa</b>	<b>Rejalashtirilgan KK</b>	Kesar kesish jarrohlik amaliyoti bilan tug‘dirish zarur, biroq ona va homilada kesar kesish jarrohlik amaliyotini o‘tkazish uchun shoshilinch yoki kechiktirib bo‘lmaydigan ko‘rsatmalar mavjud emas 4 soat ichida kechiktirmasdan amalga oshirilishi kerak.
<b>IV toifa</b>	<b>Rejali KK</b>	Tug‘dirish vaqti ayol va homila uchun optimal tug‘ish vaqtiga muvofiq belgilanadi. 24 soat ichida kechiktirmasdan amalga oshirilishi kerak.

\*Kesar kesish jarrohlik amaliyotining kechiktirib bo‘lmaydigan toifalari kesar kesishning ayrim toifalarida distsiplinararo guruhning samaradorligini baholash uchun emas, balki faqat audit standartlari sifatida qo‘llanilishi kerak. Kechiktirib bo‘lmaydigan toifalar bo‘yicha kesar kesish jarrohlik amaliyotini o‘tkazish uchun ko‘rsatmalarning taqsimlanishi 2-ildovada keltirilgan.

#### C. Bachadonda kesmaning joylashishiga qarab:

- korporal kesar kesish jarrohlik amaliyoti;

- bachadonning pastki segmentida kesar kesish jarohlik amaliyoti.

[http://disuria.ru/\\_ld/10/1039\\_kr21O82MZ.pdf](http://disuria.ru/_ld/10/1039_kr21O82MZ.pdf)

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

## 2.3. Diagnostika

### Anamnez

Anamnezni yig'ish homilador ayolning quyidagi ma'lumotlarini o'z ichiga olishi kerak:

- yoshi;
- kasbiy zararlari mavjudligi;
- zararli odatlari mavjudligi (chekish, alkogolni iste'mol qilish, giyohvandlik (narkotik) vositalarni qabul qilish);
- oilaviy anamnezi (birinchi darajali qarindoshlarda qandli diabet, tromboembolik asoratlar (TEA), gipertoniya kasalligi, ruhiy kasalliklar, akusherlik va perinatal asoratlar kabi holatlarni aniqlash);
- hayz davrining kechishi (menarxe yoshi, hayz davrining davomiyligi va muntazamligi, hayz davrida qon ketishining davomiyligi, og'riqligi);
- akusherlik anamnezi (anamnezda homiladorliklar va tug'ruqlar soni va ularning natijasi; homiladorlik davrida, tug'ruq paytida va/yoki homiladorlikni sun'iy yo'l bilan to'xtatishda asoratlar bo'lganligi; tug'ilgan bolalarning sog'lig'i, bo'y va vazn ko'rsatkichlari; homilador bo'lish usuli – o'z-o'zidan yoki YoRT qo'llanilishi orqali homilador bo'lish);
- anamnezda va hozirgi paytda yondosh ginekologik kasalliklar mavjudligi, kichik tos a'zolarida jarrohlik amaliyotlar o'tkazilganligi;
- anamnezda va hozirgi paytda yondosh somatik kasalliklari mavjudligi (xususan, bolalar infeksiyalari, yurak-qon tomir tizimi kasalliklari, buyrak kasalliklari, endokrin kasalliklar, allergik kasalliklar, TEA va boshqalar);
- anamnezda shikastlanishlar, jarrohlik amaliyotlar va qon quyishlar o'tkazilganligi;
- allergik reaksiyalar mavjudligi;
- qabul qiladigan dori vositalari;
- turmush o'rtog'ining yoshi va sog'lig'i, uning qon guruhi va rezus-omili, unda kasbiy zararlari va zararli odatlari mavjudligi.

[http://disuria.ru/\\_ld/10/1039\\_kr21O82MZ.pdf](http://disuria.ru/_ld/10/1039_kr21O82MZ.pdf)

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

### Fizikal tekshiruv

**C** Onaning holatini (yurak urish tezligi (YuUT), qon bosimi (QB), nafas olish tezligi (NOT), es-xushi, teri qoplamlari holati, bachadon holati (bachadon tubi balandligi, tonusi, og'riqligi), qindan ajralmalar kelishi va ularning holatini baholash va tashqi jinsiy a'zolar ko'rigini amalga oshirish tavsiya etiladi

Ushbu tekshiruvni qabul qilish paytida, shuningdek, akusherlik vaziyatni aniqlashtirish va tug'dirish usulini hal qilish uchun tug'dirishdan avval o'tkazish kerak.

**C** Homilaning yurak urishini eshitish va uning joylashishi, oldinda yotgan qismi va o'lchamlarini baholash tavsiya etiladi

Ushbu tekshiruvni qabul qilish paytida, shuningdek, akusherlik vaziyatni aniqlashtirish va tug'dirish usulini hal qilish uchun tug'dirishdan avval o'tkazish kerak.

[http://disuria.ru/\\_ld/10/1039\\_kr21O82MZ.pdf](http://disuria.ru/_ld/10/1039_kr21O82MZ.pdf)

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

## Laborator va diagnostik tekshiruvlar

- B** KK jarrohlik amaliyotidan avval va keyin, 72 soatdan kechiktirmasdan, qonning umumiy (klinik) tahlilini tekshirish tavsiya etiladi

Gemoglobin darajasini tekshirish anemiyani aniqlash va davolash uchun zarur hisoblanadi, bu noxush perinatal natijalarning kelib chiqish xavfini kamaytirishga yordam beradi. 2-3 trimestr davrida gemoglobinning normal darajasi  $\geq 105$  g/l ni tashkil qiladi. Yiringli-septik asoratlarning klinik belgilari kuzatilmagan taqdirda, KK jarrohlik amaliyotidan keyin leykositlar soni o'rta darajada ko'tarilishi infeksiyaning mavjudligini tasdiqlash uchun past prognostik ahamiyatga ega.

- B** AB0 tizimi bo'yicha asosiy qon guruhlari va rezus tizimining D antigenini (rezus-omilni) aniqlash tavsiya etiladi

Ushbu tekshiruv qon ketishi yuzaga kelganda mumkin bo'lgan qon quyish (gemotransfuziya) bilan bog'liq holda o'tkaziladi.

- A** Qonda odam immunitet tanqisligi 1/2 virusiga (keyingi o'rinlarda OIV) M, G (IgM, IgG) sinflarining antitanachalar darajasi va r24 antigenini (odam papilloma virusi 1/2 + Agp24) tekshirish tavsiya etiladi

Shifoxonaga rejali yotqizishdan avval infeksiya aniqlanganda, tashxisni tasdiqlash/istisno qilish uchun homilador ayol OITSGa qarshi kurash markaziga yuborilishi kerak. Infeksiya aniqlanganda, yangi tug'ilgan chaqaloqqa virus yuqishiga qarshi postnatal profilaktika o'tkaziladi.

- B** Homiladorlik davrining 3 trimestrida tekshirilmagan bo'lsa, qonda oqish treponemaga (*Treponema pallidum*) antitanachalar darajasini tekshirish tavsiya etiladi

Shifoxonaga rejali yotqizishdan avval infeksiya aniqlanganda, tashxisni tasdiqlash/istisno qilish uchun homilador ayol maslahat olish uchun dermatolog shifokoriga yuborilishi kerak.

- B** Qonda gepatit B virusining (Hepatitis B virus) yuzaki antigeniga (HBsAg) antitanachalar darajasi yoki gepatit B virusi (Hepatitis B virus) antigenini (HBsAg) tekshirish tavsiya etiladi

Infeksiya aniqlanganda, tashxisni tasdiqlash/istisno qilish uchun homilador ayol maslahat olish uchun infeksionist shifokoriga yuborilishi kerak. Infeksiya aniqlanganda, yangi tug'ilgan chaqaloqqa virus yuqishiga qarshi postnatal profilaktika o'tkaziladi. Rejali KK jarrohlik amaliyoti yangi tug'ilgan chaqaloqqa infeksiya yuqish xavfini kamaytirishi haqida dalillar mavjud emas, shuning uchun boshqa ko'rsatmalar bo'lmasa uni o'tkazish tavsiya etilmaydi. Bolaga immunoglobulinni tayinlash va emlash orqali B gepatiti yuqishini kamaytirish mumkin.

- C** Gepatit C virusiga (Hepatitis C virus) M va G (anti-HCV IgG va anti-HCV IgM) sinflarining umumiy antitanachalar darajasini tekshirish tavsiya etiladi

Shifoxonaga rejali yotqizishdan avval infeksiya aniqlanganda, tashxisni tasdiqlash/istisno qilish uchun homilador ayol maslahat olish uchun infeksionist shifokoriga yuborilishi kerak. Rejali KK jarrohlik amaliyoti yangi tug'ilgan chaqaloqqa infeksiya yuqish xavfini kamaytirishi haqida dalillar mavjud emas, shuning uchun boshqa ko'rsatmalar bo'lmasa uni o'tkazish tavsiya etilmaydi.

- B** Homiladorlik davrining 35-37 xavtalik muddatlarida ilgari tekshirilgan bo'lmasa, bachadon bo'yni kanalining ajralmalarida B guruhi streptokokkining (*BGS*) (*S. agalactiae*) antigenini tekshirish yoki jinsiy a'zolarining ajralmalarida (qin-rektal ekmani olish maqbulroq) aerob va fakultativ-anaerob mikroorganizmlarga mikrobiologik (kultural) tekshiruvni o'tkazish tavsiya etiladi

B guruhi streptokokki tashuvchilikga tekshirish va homiladorlik davrida keyingi davolash ayollarning tugʻruq yoʻllarida streptokokklar kolonizasiyasining pasayishi va bachadon ichi infeksiyasi belgilari kuzatilgan bolalar tugʻilishining kamayishiga olib keladi. Tekshiruvda musbat natija aniqlanganda, homilador ayollarga tugʻruq paytida antibakterial profilaktika oʻtkaziladi.

[http://disuria.ru/ld/10/1039\\_kr21O82MZ.pdf](http://disuria.ru/ld/10/1039_kr21O82MZ.pdf)

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

### Instrumental diagnostik tekshiruvlar

**C** KK rejali jarrohlik amaliyotidan avval homilaning ultratovush tekshiruvini (UTT) oʻtkazish tavsiya etiladi

Yoʻldoshning oldinda va old devor boʻylab past joylashish holatlari sababli KK jarrohlik amaliyotini oʻtkazishda bachadonning kesmasida yoʻldosh joylashish ehtimolini aniqlash, shuningdek, yoʻldosh qon tomirlari oldinda joylashishi va bachadonning pastki segment sohasida katta oʻlchamdagi bachadon miomasini tashxislash; homila oʻlchamlarini va ayrim rivojlanish nuqsonlarni (gastroshizis, omfalosele, katta oʻlchamdagi dumgʻaza-dum teratoma va boshqalarni) aniqlash uchun homilaning UTT tekshiruvini oʻtkaziladi.

**C** Operasiyadan keyingi asoratlarga shubha tugʻilganda darhol KKdan soʻng darhol va KKdan keyin 3-sutkada prevezikal toʻqimalarning gematomasini, subgaleal gematomani, plasenta toʻqimalarining qoldiqlari mavjudligini va bachadonda tikuv maydonini baholashni istisno qilish uchun kichik tos aʼzolarining ultratovush tekshiruvini tavsiya etiladi

Bachadon va qorin old devoridagi tikuv maydonini baholashda infiltratlar koʻrinmasligi kerak. Agar patologik shakllanishlar mavjud boʻlsa, ularning hajmi va joylashishini aniq tavsiflash kerak. Agar tikuv hududida giperekogen hosilalar mavjud boʻlsa, operatsiya vaqtida gemostatik gubkalardan foydalanish haqida maʼlumot olish kerak. Parametriy sohasini baholashda hajmli hosilalar (shu jumladan retroperitoneal joylashgan) va gematomalarning mavjudligi yoki yoʻqligini baholash kerak. Bachadon boʻshligʻida plasenta toʻqimalarining qoldiqlari koʻrinmasligi kerak. Platsenta toʻqimalarining qoldiqlari exogenlik kuchaygan yumaloʻy shaklli gubka tuzilishli vaskulyarizatsiya zonalarini mavjudligi sifatida aniqlanadi

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

### Boshqa diagnostik tekshiruvlar

**C** KK jarrohlik amaliyotidan avval anesteziologik va operatsion xavfni aniqlash uchun anesteziolog-reanimatolog shifokoridan maslahat olish tavsiya etiladi

Anesteziolog-reanimatolog shifokoridan maslahat olishning asosiy maqsadi – bu fizikal xolatni qayd etish bilan homilador ayolni koʻrikdan oʻtkazish, ogʻriqsizlantirish usulini tanlash, traxeya intubasiyasidagi qiyinchiliklarning kelib chiqish xavfi, tromboembolik asoratlarning yuzaga kelish xavfi, aspirasion sindrom va anafilaksiyaning kelib chiqish xavflarini baholashdan iborat.

**C** Homilador ayolda somatik kasalliklar mavjud boʻlganda, boshqa mutaxassislarning maslahatini olish va jarrohlik amaliyotidan avval qoʻshimcha tekshiruvlarni oʻtkazish tavsiya etiladi

[http://disuria.ru/ld/10/1039\\_kr21O82MZ.pdf](http://disuria.ru/ld/10/1039_kr21O82MZ.pdf)

### 2.4. Kesar kesish jarrohlik amaliyotini oʻtkazish uchun koʻrsatmalar:

1. Homilaning notoʻgʻri joylashishi va notoʻgʻri kelishi (koʻndalang/qiyshiq joylashishi, peshana bilan kelishi, yuzi bilan kelishining orqa koʻrinishi, oʻqsimon chokning yuqorida toʻgʻri turishi, homilaning boshi orqa tepa qismi bilan kelishi);
2. Yoʻldoshning oldinda kelishi (toʻliq, qisman, qon ketish bilan);
3. Tabiiy tugʻruq yoʻllari orqali tez tugʻdirishga sharoit boʻlmaganda zoʻrayib boruvchi NJYBK;
4. ogʻir preeklampsiya, eklampsiya, NELLP-sindromi, homiladorlik davri va tugʻruq paytida HOʻYoG (tabiiy tugʻruq yoʻllari orqali tugʻdirishga sharoit boʻlmaganda);

5. Bachadonda jarrohlik amaliyotlar o'tkazilgan bo'lsa: bachadonning pastki segmentida ikki va undan ortiq KK jarrohlik amaliyoti, korporal kesar kesish jarrohlik amaliyoti, bachadon bo'shlig'iga kirib borish bilan miomektomiya o'tkazilganligi (submukoz va ingichka asosli subseroz tugunlarining miomektomiyasi KK jarrohlik amaliyotini o'tkazish uchun ko'rsatma hisoblanmaydi);
6. Homila og'irligi 2500 g yoki undan kam yoki 3500 g va undan ortiq bo'lgan hollarda tos suyagi bilan kelishi, KK uchun boshqa ko'rsatmalar bilan kombinasiyalashuvi, KK dan keyin bachadonda chandiqli mavjudligi, homilaning oyoq bilan kelishi, boshning haddan tashqari egilishi;
7. Qandli diabeti bo'lmagan, boshqa akusherlik xavf omillari bilan bog'liq holda homilaning taxminiy vazni ( $\geq 4500$  g dan) katta bo'lgan ayollarda (muddatidan o'tib ketgan homiladorlik, tug'ruq induksiyasi zarurati, anamnezda elka distosiyasi va boshqalar);
8. Ko'p homilalikda homilalardan birining har qanday noto'g'ri joylashishi, shu jumladan, birinchi homila chanoq bilan kelishi; feto-fetal transfuzion sindrom;
  - \* *birinchi homila boshi bilan kelganda, ikkinchi homila uchun perinatal kasallanish va o'lim holatlarini kamaytirishda rejali kesar kesish jarrohlik amaliyotining samarasi noma'lum bo'lganligi sababli, bunday holatlarda kesar kesish jarrohlik amaliyoti muntazam ravishda o'tkazilmasligi kerak.*
  - \* *birinchi homila boshi bilan kelmaganda, perinatal natijalarni yaxshilashda rejali kesar kesish jarrohlik amaliyotining samarasi ham noma'lum, biroq bunday holatlarda kesar kesish jarrohlik amaliyotini o'tkazish kerak bo'ladi.*
9. Tabiiy tug'ruq yo'llari orqali tug'dirish uchun anatomik hosilalar (to'siqlar) mavjud bo'lishi (bachadon bo'yni o'smalari, katta miomatoz tugun pastda (bachadon bo'ynida) joylashishi, siydiktanosil a'zolarida plastik jarrohlik amaliyotlaridan keyin qin va bachadon bo'yni chandiqli deformasiyalari, shu jumladan, avvalgi tug'ruqlarda III darajali oraliq yirtilishini tikish, rekto-vezikal va rekto-vaginal oqma yaralari);
10. Kuchanishni (tug'ruqning ikkinchi davrini) inkor qilishni talab qiladigan somatik kasalliklar mavjudligi (dekompensasiyalangan yurak-qon tomir kasalliklari, asoratlangan miopiya, ko'chirib o'tkazilgan buyrak va tegishli mutaxassislarning tavsiyalari bo'yicha);
11. Invaziv bachadon bo'yni saratoni;
12. Samara bermagan tug'ruq stimulyasiyasi yoki tug'ruq induksiyasi;
13. Ba'zi onalar infeksiyalari:
  - \* tug'ruqdan avval virusli yuklamasi  $>1000$  nusxa/ml bo'lgan OIV-infeksiyasi, tug'ruqdan avval virusli yuklamasi noma'lum bo'lgan yoki homilador ayol homiladorlik davrida viruslarga qarshi terapiyani qabul qilmagan bo'lsa va/yoki tug'ruq paytida antiretrovirus profilaktikasi o'tkazilmagan bo'lsa.
  - \* gepatit C va OIV viruslari bilan kasallanish.
  - \* homiladorlik davrining uchinchi trimestrida namoyon bo'lgan oddiy herpes birlamchi genital virusli infeksiyasi.
    - o virusli S va V gepatiti infeksiyasida rejali kesar kesish jarrohlik amaliyotini o'tkazish talab qilinmaydi, chunki infeksiya yuqish xavfini kamaytirmaydi.
    - o qaytalanuvchi OGV bilan kasallangan ayollarni yangi tug'ilgan chaqaloqqa infeksiya yuqish nuqtai nazaridan rejali kesar kesish jarrohlik amaliyotining isbotlanmagan ta'siri va rejali kesar kesish jarrohlik amaliyoti muntazam ravishda o'tkazilishini talab qilmasligi haqida xabardor qilish kerak.
    - o Yengil/mo'tadil SARS-Cov-2 belgilari bo'lgan ayollarga vaginal tug'ish taklif qilinishi kerak, chunki homilaga infeksiyaning vertikal yuqishi past. Og'ir yoki tanqidiy bemorlarda o'tkir onalik va/yoki fetal dekompensasiya xavfi tufayli KK amalga oshirilishi mumkin.
14. Homilaning hayotiga tahdid soluvchi holat yoki homilaning noaniq holati (o'tkir fetal distress);
15. Bachadon yirtilishi xavfi, bachadon yirtilishi boshlanishi, sodir bo'lgan bachadon yirtilishi;
16. Kindik tizimchasi oldinda kelishi yoki tushishi;
17. Tabiiy tug'ruq yo'llari (qin) orqali tug'dirish imkoniyati bo'lmaganda xorioamnionit;
18. Chanoq-bosh disproporsiyasi, obstruktiv tug'ruqlar;

- \* tug‘dirish usulini tanlash bo‘yicha qaror qabul qilish uchun pelviometriya qo‘llanilmaydi.
- \* homilaning o‘lchamlarini klinik jihatdan va ultratovush ma'lumotlariga ko‘ra aniqlash chanoq-bosh disproporsiyasini aniq aniqlab bermaydi.

19. Agoniya holati yoki 20 haftalik homiladorlik muddatidan keyin tuqqan ayolning to‘satdan o‘limi (onaning manfaatlarini ko‘zlab: yurak-o‘pka reanimasiyasining samaradorligi oshadi).

[http://disuria.ru/ld/10/1039\\_kr21O82MZ.pdf](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>

### Tibbiy ko‘rsatmalar bo‘lmagan taqdirda KK amaliyotini qo‘llash.

Tibbiy ko‘rsatmalarsiz KK ni bajarish asosli emas va axloqiy jihatdan shubhalidir. Agar tokofobiya yoki yaqinlashib kelayotgan tug‘ruq haqida xavotir tufayli KK uchun tibbiy ko‘rsatmalari bo‘lmagan homilador ayol KK amaliyotini talab qilgan taqdirda:

- ayolni ushbu qarorning sabablarini muhokama qilishga taklif qiling
- ayolning tug‘ruq usuli haqida to‘g‘ri va ishonchli ma'lumotga ega ekanligiga ishonch hosil qiling
- homiladorlik paytida ayolga imkon qadar erta psixologik yordam ko‘rsating
- ayolni muqobil tug‘ruq variantlarini muhokama qilishga taklif qiling (masalan, tug‘ruq amalga oshiriladigan tibbiy muassasa, tug‘ruq paytida akusherlik yordamining uzluksizligi, og‘riqsizlantirish variantlari va tug‘ruq usuli bilan bog‘liq muammoni hal qilishga yordam beradigan boshqa masalalar)
- zarurat bo‘lganda yoki uning iltimosiga binoan ayolga akusherlik brigadasi a'zolari: akusherka, anesteziolog-reanimatolog vrach va boshqalar bilan maslahatlashishni taklif qiling
- ayol va uning turmush o‘rtog‘i/sherigiga ma'lumot va yordam berish, ular tug‘ruq usuli haqida ongli qaror qabul qilishlari uchun Siz taqdim etgan ma'lumotlar:
  - dalillarga asoslangan;
  - KK va vaginal tug‘ishning foyda va xavflarining batafsil tavsifini o‘z ichiga olgani;
  - hurmat bilan, shu jumladan madaniy va/yoki diniy omillarni hisobga olgan holda etkazilgani;
- barcha muhokama va qarorlarning hujjatlashtirilgani
- shifokor hech qanday ko‘rsatkichlar bo‘lmasa, KK so‘rovini rad etishga haqli ekani va bu holda ayolga ikkinchi mutaxassis bilan maslahatlashish imkoniyati berilishi kerakligiga ishonch hosil qiling.

### 2.5. Kesar kesish jarrohlik amaliyoti bilan tug‘dirish uchun ko‘rsatmalarni aniqlash

**C** Yo‘ldoshning to‘liq oldinda kelishi yoki yo‘ldoshning o‘sib kirishida rejalashtirilgan tartibda (III kechiktirib bo‘lmaydigan toifasi) KK jarroxlik amaliyoti bilan tug‘dirish tavsiya etiladi

Agar plasenta to‘liq oldinda joylashgan bo‘lsa, bachadon bo‘ynining ichki bo‘g‘zini qoplasa 36-38 xaftada KK ni rejalashtiring. Past plasenta previa bilan, agar bachadon bo‘ynining ichki bo‘g‘zidan 2 sm dan balandroq masofada joylashgan bo‘lsa va uni qoplamasa, qon ketish xavfi kichik bo‘lganligi sababli vaginal tug‘ish taklif qilinishi mumkin. Agar platsentaning o‘sib kirishi mavjud bo‘lsa, 35-37 xaftada KKni rejalashtiring. Plasenta o‘sib kirishi mavjud bo‘lsa yoki unga shubha bo‘lgan homilador ayollarda KK ni rejalashtirishda multidistsiplinar guruh (qorin bo‘shlig‘i jarrohi, qon tomir jarroh, urolog va boshqalar) va etarli miqdordagi qon mahsulotlari mavjudligini ta'minlash kerak.

**C** Yo‘ldoshning qon tomirlari oldinda kelganda rejalashtirilgan tartibda (III kechiktirib bo‘lmaydigan toifasi) KK jarroxlik amaliyoti bilan tug‘dirish tavsiya etiladi

Plasenta tomirlari oldinda kelganligi tashxisi qo‘yilishi bilanoq 34-37 hafta ichida KKni rejalashtiring.

**B** Bachadonda quyidagi jarrohlik amaliyotlar o'tkazilganda: ikki va undan ortiq KK; miomektomiya (FIGO tasnifi bo'yicha 2-5 turlari yoki miomatoz tugunning no'malum joylashishi) rejalashtirilgan tartibda (III kechiktirib bo'lmaydigan toifasi) KK jarroxlik amaliyoti bilan tug'dirish tavsiya etiladi

Bachadonda bitta chandiq mavjud bo'lgan va homilador ayol tabiiy tug'ruq yo'llari orqali tug'ishga qat'iy bosh tortganda KK jarrohlik amaliyoti bilan tug'dirish mumkin bo'ladi. Anamnezda keng miomektomiyada bo'lganda 36-37 haftada, keng bo'lmagan miomektomiyada - 39 haftada KKni rejalashtiring.

**C** Anamnezda gisterotomiya jarrohlik amaliyoti o'tkazilganda (bachadon perforatsiyasi, nay burchagi sohasi kesilishi, rudimentar shox kesilishi, anamnezda korporal KK, T-simon yoki J-simon kesma) yoki bola tug'ilishi uchun tug'ruq yo'llarida hosilalar (to'siqlar) mavjud bo'lganda (torayish darajasi II-IV bo'lgan anatomik tor chanoq; tos suyaklari deformatsiyasi; tabiiy tug'ruq yo'llari orqali bola tug'ilishiga to'sqinlik qiladigan, ayniqsa pastki segmentda joylashgan katta o'lchamdagi bachadon miomasi; avvalgi jarrohlik amaliyotlaridan keyin qin va bachadon bo'yni chandikli deformatsiyalari, shu jumladan, avvalgi tug'ruqlarda III-IV darajali oraliq yirtilishidan keyin; bachadon bo'yni saratoni, bachadon bo'yni saratoni preinvaziv va mikroinvaziv shakllari bundan mustasno) rejalashtirilgan tartibda (III kechiktirib bo'lmaydigan toifasi) KK jarroxlik amaliyoti bilan tug'dirish tavsiya etiladi

**C** Boshqa akusherlik xavf omillari bilan bog'liq holda homilaning taxminiy vazni ( $\geq 4500$  g dan) katta bo'lganda rejalashtirilgan tartibda (III kechiktirib bo'lmaydigan toifasi) KK jarroxlik amaliyoti bilan tug'dirish tavsiya etiladi

Homila og'irligi  $\geq 5000$  g dan bo'lgan qandli diabet bilan kasallanmagan ayollarga rejali KK tavsiya etiladi, chunki yelka distatsiyasi xavfi  $> 20\%$  ni tashkil etadi. Bunda homila og'irligi tug'ruqqa qadar 1-haftadan kechiktirmay UTT ma'lumotlari bilan tasdiqlanishi kerak.

Homila og'irligi  $\geq 4500$  bo'lganda qandli diabetga chalingan ayollarga rejali KK tavsiya etiladi, chunki yelka distatsiyasi xavfi  $> 15\%$  ni tashkil etadi.

**B** KK jarrohlik amaliyotini o'tkazish uchun boshqa ko'rsatmalar bilan bog'liq holda, KK jarrohlik amaliyotidan keyin bachadonda chandiq bo'lgan, homila oyog'i bilan kelgan, homilaning taxminiy vazni  $< 2500$  g yoki  $> 3500$  g dan bo'lgan, homilaning boshi haddan tashqari yozilib kelgan holatlarda homila chanoq bilan kelishi rejalashtirilgan tartibda (III kechiktirib bo'lmaydigan toifasi) KK jarroxlik amaliyoti bilan tug'dirish tavsiya etiladi

Asoratlanmagan bir homilali chanoq bilan joylashishida KK amaliyotini o'tkazishdan oldin homilaning chanoq bilan kelayotganligiga ishonch hosil qilish uchun ultratovush tekshiruvini o'tkazing.  $< 2500$  g yoki  $> 3600$  g vaznli chanoq bilan kelishida homila tug'ilishi klinik tavsiyalardan chetga chiqish hisoblanmaydi. Homilasi chanoq bilan kelgan homilador ayollarni jarrohlik amaliyoti bilan tug'dirish tavsiya xususiyatiga ega, hamda ayolning pariteti va akusherlik vaziyatga bog'lik bo'ladi. 36+0 haftadan so'ng asoratlanmagan bir homilali tos homiladorlikdagi ayollarga qarshi ko'rsatmalar bo'lmasa, homilani boshiga tashqaridan aylantirishni taklif qilinishi mumkin.

**C** Homila barqaror qiyshiq va ko'ndalang joylashishida rejalashtirilgan tartibda (III kechiktirib bo'lmaydigan toifasi) KK jarroxlik amaliyoti bilan tug'dirish tavsiya etiladi

Ba'zi hollarda, homiladorlik davrining 37 haftalik muddatida homilani tashqaridan aylantirishni amalga oshirish mumkin bo'ladi. Urinish muvaffaqiyatsiz bo'lsa, 390-396 haftalik muddatlarda yoki rejalashtirilgan jarrohlik amaliyotidan avval takroran amalga oshirish mumkin bo'ladi. Ushbu muddatda homilani tashqaridan aylantirish muvaffaqiyatli amalga oshirilsa, unda homilaning beqaror joylashishi kindik tizimchasi tushish xavfini oshirishi sababli preinduksiya yoki induksiyaning amalga oshirish kerak bo'ladi.

C Anamnezda noxush natija (o'lik tug'ilish, og'ir gipoksiya, entsefalopatiya, bola va ona (qov suyaklari birikmasi) shikastlanishi) bilan yakunlangan homila yelkasi distotsiyasida rejalashtirilgan tartibda (III kechiktirib bo'lmaydigan toifasi) KK jarroxlik amaliyoti bilan tug'dirish tavsiya etiladi

Anamnezda noxush natija bilan yakunlangan homila yelkasi distotsiyasi bo'lganda, mazkur homiladorlikda homilaning taxminiy vazni avvalgi homiladorlikdagi vazn bilan teng yoki undan kattaroq bo'lganda takroriy homila yelkasi distotsiyasini oldini olish maqsadida rejalashtirilgan KK jarrohlik amaliyoti o'tkaziladi. Avvalgi homiladorlik homilaning intranatal o'limi yoki postnatal nogironligi bilan yakunlanganda va homilador ayol tabiiy tug'ruq yo'llari orqali tug'ishga qat'iy bosh tortganda KK jarrohlik amaliyoti bilan tug'dirish mumkin bo'ladi.

C Tug'ruqqacha 6 hafta davomida genital herpes toshmalarida (birlamchi infektsiya yoki qaytalanishi) rejalashtirilgan tartibda (III kechiktirib bo'lmaydigan toifasi) KK jarroxlik amaliyoti bilan tug'dirish tavsiya etiladi

Tabiiy tug'ruq yo'llari orqali tug'ruqda erta neonatal herpesning rivojlanish xavfi 41% ni tashkil qiladi. Shu bilan birga, faol bo'lmagan qaytalanuvchi herpes muntazam ravishda rejalashtirilgan kesar kesish jarrohlik amaliyoti bilan tug'dirish foydasi haqida ishonchli dalillar mavjud emas. Qaytalanuvchi OGV bilan kasallangan ayollarni yangi tug'ilgan chaqaloqqa infektsiya yuqish nuqtai nazaridan rejali kesar kesish jarrohlik amaliyotining isbotlanmagan ta'siri va rejali kesar kesish jarrohlik amaliyoti muntazam ravishda o'tkazilishini talab qilmasiligi haqida xabardor qilish kerak

C Tug'ruqdan avval virusli yuklamasi >1000 nusxa/ml bo'lgan OIV-infektsiyasi, tug'ruqdan avval virusli yuklamasi noma'lum bo'lgan yoki homilador ayol homiladorlik davrida viruslarga qarshi terapiyani qabul qilmagan bo'lsa va/yoki tug'ruq paytida antiretrovirus profilaktikasi o'tkazilmagan bo'lsa, shuningdek, gepatit C va OIV bilan birgalikda infektsiya mavjud bo'lganda rejalashtirilgan tartibda (III kechiktirib bo'lmaydigan toifasi) KK jarroxlik amaliyoti bilan tug'dirish tavsiya etiladi

Onadan bolaga OIV infektsiyasi yuqishini oldini olish maqsadida rejali kesar kesish jarrohlik amaliyotini tug'ruq faoliyati boshlanmagan va membranalar yorilmagan holda homiladorlik muddati 38 haftaga yetgach o'tkazish tavsiya etiladi, chunki bu homilaga infektsiyani yuqtirish xavfini kamaytiradi. Xodimlarga ta'sir qilish xavfini kamaytirish maqsadida OIV testi ijobiy bo'lgan ayollarga KK o'tkazishda ikki qavat qo'lqop kiyish va xavfsiz jarrohlik amaliyoti bo'yicha umumiy tavsiyalarga amal qilish talab qilinadi.

C Ayrim homilaning rivojlanish anomaliyalarida (gastroshizis, omfalotsele, katta o'lchamdagi dumg'aza-dum teratomasi) rejalashtirilgan tartibda (III kechiktirib bo'lmaydigan toifasi) KK jarroxlik amaliyoti bilan tug'dirish tavsiya etiladi

Bunday holatlarda, homilani shikast yetkazmasdan chiqarib olish uchun KK jarrohlik amaliyoti bilan tug'dirish talab etiladi. Embrional churra xaltachasining tarkibida jigar bo'lmagan kichik va o'rta o'lchamdagi omfalotsele, shuningdek, kichik o'lchamdagi dumg'aza-dum teratomalarida tabiiy tug'ruq yo'llari orqali tug'dirish masalasi ko'rib chiqilishi mumkin.

C Kuchanishni (tug'ruqning ikkinchi davrini) inkor qilishni talab qiladigan somatik kasalliklarda (dekompensatsiyalangan yurak-qon tomir kasalliklari, asoratlangan miopiya, ko'chirib o'tkazilgan buyrak va boshqalar) rejalashtirilgan tartibda (III kechiktirib bo'lmaydigan toifasi) KK jarroxlik amaliyoti bilan tug'dirish tavsiya etiladi

Bunday masalalar tegishli mutaxassislar ishtirokida konsilium orqali hal qilinishi kerak.

C Muddatiga yetgan homiladorlikda qog‘anoq pardasining muddatidan oldin yorilishi va rejali KK jarrohlik amaliyotini o‘tkazishga ko‘rsatmalar bo‘lsa kechiktirib bo‘lmasdan (II kechiktirib bo‘lmaydigan toifasi) KK jarrohlik amaliyoti bilan tug‘dirish tavsiya etiladi

C Og‘ir preeklampsiya, homiladorlik davri va tug‘ruq paytida NELLP-sindromida (tabiiy tug‘ruq yo‘llari orqali tug‘dirishga sharoit bo‘lmaganda) kechiktirib bo‘lmasdan (II kechiktirib bo‘lmaydigan toifasi) KK jarrohlik amaliyoti bilan tug‘dirish tavsiya etiladi

C Homila distressi bilan birga kechmaydigan bachadon qisqarish faoliyatining korrektsiya qilinmaydigan buzilishlarida (tug‘ruq faoliyati sustligi, tug‘ruq faoliyati diskoordinatsiyasi, bachadon bo‘yni distotsiyasi) kechiktirib bo‘lmasdan (II kechiktirib bo‘lmaydigan toifasi) KK jarrohlik amaliyoti bilan tug‘dirish tavsiya etiladi

C Xorioamnionit va tug‘ruq yo‘llarining tayyor emasligida kechiktirib bo‘lmasdan (II kechiktirib bo‘lmaydigan toifasi) KK jarrohlik amaliyoti bilan tug‘dirish tavsiya etiladi

Xorioamnionitda tug‘ruq usulini tanlash: tug‘ruq induksiyasi yoki KK o‘tkazish (akusherlik ko‘rsatmalari mavjud bo‘lganda) 24 soat ichida bajarilishi kerak. Tezkor tug‘ish suvsiz davrning davomiyligidan qat‘i nazar, odatdagi metodika bo‘yicha akusherlik ko‘rsatkichlari bo‘yicha o‘tkaziladi. Xorioamnionit tezkor tug‘ruqqa ko‘rsatma ham, qarshi ko‘rsatma ham emas. Xorioamnionit va KKga akusherlik ko‘rsatkichlari mavjud bo‘lmaganda septik akusherlik asoratlari xavfini kamaytirish maqsadida tabiiy tug‘ruq yo‘llari orqali tug‘ish tavsiya etildi.

C O‘tkazilgan davolash muolajalariga qaramasdan (namlangan kislorod berish va/yoki elektrolit eritmani tez yuborish, va/yoki tana holatini o‘zgartirish va/yoki o‘tkir tokolizni o‘tkazish (yoki dopplerografiya ma‘lumotlariga ko‘ra kindik arteriyasida qon aylanishi buzilishi)) zo‘rayib boruvchi, kardiolografyaning shubhali turi bilan kechadigan homila distress-sindromida

C Qon ketishi bilan kechadigan yo‘ldosh oldinda kelishining har qanday turida shoshilinch tartibda (I kechiktirib bo‘lmaydigan toifasi) KK jarrohlik amaliyoti bilan tug‘dirish tavsiya etiladi

C Zo‘rayib boruvchi normal joylashgan yo‘ldoshning barvaqt ko‘chishida shoshilinch tartibda (I kechiktirib bo‘lmaydigan toifasi) KK jarrohlik amaliyoti bilan tug‘dirish tavsiya etiladi

C Bachadon yirtilishi xavfi, bachadon yirtilishi boshlanishi, sodir bo‘lgan bachadon yirtilishida shoshilinch tartibda (I kechiktirib bo‘lmaydigan toifasi) KK jarrohlik amaliyoti bilan tug‘dirish tavsiya etiladi

C KTG ma‘lumotlariga (patologik turi) yoki laktat darajasiga ko‘ra zo‘rayib boruvchi metabolik atsidoz belgilari bilan kechadigan homila distress-sindromida shoshilinch tartibda (I kechiktirib bo‘lmaydigan toifasi) KK jarrohlik amaliyoti bilan tug‘dirish tavsiya etiladi

C Klinik tor chanoqda shoshilinch tartibda (I kechiktirib bo‘lmaydigan toifasi) KK jarrohlik amaliyoti bilan tug‘dirish tavsiya etiladi

C Homila boshi bilan kelganda kindik tizimchasi yoki homilaning qo‘li tushishida shoshilinch tartibda (I kechiktirib bo‘lmaydigan toifasi) KK jarrohlik amaliyoti bilan tug‘dirish tavsiya etiladi

C Tug‘ruq paytida eklampsiya xuruji sodir bo‘lganda shoshilinch tartibda (I kechiktirib bo‘lmaydigan toifasi) KK jarrohlik amaliyoti bilan tug‘dirish tavsiya etiladi

C Homilasi tirik ayolning agoniya holatida yoki to‘satdan o‘limida shoshilinch tartibda (I kechiktirib bo‘lmaydigan toifasi) KK jarrohlik amaliyoti bilan tug‘dirish tavsiya etiladi

Bachadon bo‘yni to‘liq ochilishi va homilaning oldinda yotgan qismi kichik tos bo‘shlig‘ida past joylashishida shoshilinch tug‘dirishning barcha holatlarida tug‘dirish turi klinik holatga qarab individual ravishda hal qilinadi.

C Yashab ketishiga imkon bermaydigan homilaning anomaliyalarida (klinik tor chanoq holatiga olib kelishi mumkin bo‘lgan anomaliyalar va tabiiy tug‘ruq yo‘llari orqali tug‘dirish KK jarrohlik amaliyoti bilan tug‘dirishga nisbatan yuqori xavf tug‘diradigan holatlar bundan mustasno) KK jarrohlik amaliyoti bilan tug‘dirish tavsiya etilmaydi

C Homilaning nobud bo‘lishida (tabiiy tug‘ruq yo‘llari orqali tug‘dirish KK jarrohlik amaliyoti bilan tug‘dirishga nisbatan yuqori xavf tug‘diradigan holatlar bundan mustasno) KK jarrohlik amaliyoti bilan tug‘dirish tavsiya etilmaydi

C <24<sub>0</sub> homiladorlik muddatida homila tomonidan KK jarrohlik amaliyotini o‘tkazish uchun ko‘rsatmalar mavjud bo‘lganda (tabiiy tug‘ruq yo‘llari orqali tug‘dirish KK jarrohlik amaliyoti bilan tug‘dirishga nisbatan yuqori xavf tug‘diradigan holatlar bundan mustasno) KK jarrohlik amaliyoti bilan tug‘dirish tavsiya etilmaydi

Yangi tug‘ilgan chaqaloqning hayoti va sog‘lig‘i uchun noxush natija bilan yakunlanishi tufayli ayolning yozma roziligini olish talab qilinadi.

C Rejali KK jarrohlik amaliyotini 39 haftagacha o‘tkazish tavsiya etilmaydi, ba’zi yuqori xavfli akusherlik holatlari bundan mustasno, chunki bu chaqaloqlarda nafas olish kasalliklari xavfini oshirishi mumkin

Tug‘ruq faoliyati boshlanishidan avval KK jarrohlik amaliyoti bilan tug‘ilgan bolalarda respirator nafas olish buzilishlarining kelib chiqish xavfi yuqoriroq turadi, biroq homiladorlikning 39 haftalik muddatidan keyin ushbu asoratning yuzaga kelish xavfi sezilarli darajada kamayadi. Ba’zi ko‘rsatmalar birga kelishida tug‘dirish muddati klinik holatga qarab o‘zgartirilishi mumkin bo‘ladi.

**Homiladorlik muddatining 38 haftayu 6 kunigacha tibbiy ko‘rsatmalarga muvofiq rejali kesar kesish jarrohlik amaliyoti rejalashtirilgan barcha homilador ayollarga kortikosteroidlarning bitta davolash kursi tayinlanishi kerak.**

[http://disuria.ru/ld/10/1039\\_kr21O82MZ.pdf](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. Kesar kesish jarrohlik amaliyoti bilan tug'dirishning jarrohlik texnikasi

- A** KK jarrohlik amaliyotidan avval siydik kateterini o'rnatish va tuklar me'yoridan ortiq o'sib ketgan holda taxminiy teri kesmasi sohasidagi tuklarni olib tashlash tavsiya etiladi

Muolajani operatsiya kuni bajarish maqsadga muvofiq hisoblanadi. Depilyatsiya kremidan foydalanish yoki tuklarni olib tashlash mumkin bo'ladi.

- C** KK jarrohlik amaliyotidan avval operatsion xonasida homilaning joylashishi, oldinda yotgan qismi va yurak urishini tekshirish tavsiya etiladi

Homilaning joylashishi va oldinda yotgan qismi KK jarrohlik amaliyoti bilan tug'dirishning texnik xususiyatlariga ta'sir qilishi mumkin. Operatsion xonasida homilaning yurak urishi aniqlanmasligi tug'dirish usuliga ta'sir qilishi mumkin.

- C** Tug'ruqdan oldin va erta tug'ruqdan keyingi davrlarda venoz tromboembolik asoratlarni oldini olish maqsadida kompression trikotaj uzun paypoqlarni (chulkilarni) kiyish tavsiya etiladi

- C** Operatsion xonasida yuzaga kelishi mumkin bo'lgan asoratlarni o'z vaqtida bartaraf etish maqsadida tomir ichi infuziyalarni bajarish uchun tomir ichi kateterini o'rnatish tavsiya etiladi

- C** KK jarrohlik amaliyotidan avval kristalloid eritmalar bilan infuzion terapiyani boshlash tavsiya etiladi

- C** Antiretrovirus terapiyani qabul qilmagan OIV bilan kasallangan ayollarda antiretrovirus profilaktikasini o'tkazish tavsiya etiladi

- C** Operatsiya oldi tayyorgarlik va KK jarrohlik amaliyoti paytida xavfsiz tibbiy yordam ko'rsatish masalalari ro'yxati va ularni bajarilishi qayd etilishidan iborat nazorat ro'yxatini to'ldirish tavsiya etiladi

- A** KK jarrohlik amaliyoti paytida operatsion jarohat infeksiyasini oldini olish maqsadida xlorgeksidin spirtli eritmasi bilan teriga operatsiya oldi ishlov berish tavsiya etiladi

KK jarrohlik amaliyoti paytida operatsion jarohat infeksiyasini oldini olish uchun xlorgeksidin spirtli eritmasi bilan teriga operatsiya oldi ishlov berish afzal hisoblanadi.

- A** Operatsiyadan keyingi davrda kamroq og'riq kuzatilishi va yaxshiroq kosmetik natija berishi tufayli terida ko'ndalang kesmadan foydalanish tavsiya etiladi

Operatsiyadan keyingi davrda kamroq og'riq kuzatilishi va yaxshiroq kosmetik natija berishi tufayli terida ko'ndalang kesmadan foydalanish tavsiya etiladi.

- B** KK jarrohlik amaliyoti bilan tug'dirishda teri va chuqurroq to'qimalarni kesish uchun alohida skalpel'dan foydalanish tavsiya etilmaydi, chunki bu operatsion jarohat infeksiyasining kelib chiqish chastotasini kamaytirmaydi

- A** KK jarrohlik amaliyoti bilan tug'dirishda siydik qopini siljitish tavsiya etilmaydi

KK jarrohlik amaliyoti paytida siydik qopini siljitish bachadondagi operatsion jarohati sohasi bilan uning birlashishiga va stressli siydikni tutolmaslikning keyingi rivojlanishi bilan fiziologik harakatchanlikning buzilishiga olib kelishi mumkin.

**A** KK jarrohlik amaliyoti bilan tug'dirishda yaxshiroq bitishi tufayli bachadonning pastki segmentida ko'ndalang kesmadan foydalanish tavsiya etiladi

**A** KK jarrohlik amaliyoti bilan tug'dirishda bachadondagi boshqa kesmalardan (ko'ndalang ravoqsimon, past vertikal (istmiko-korporal), «klassik» (korporal – bachadon tanasining o'rta chizig'i bo'ylab), T-yoki J-simon kesmadan, Fritch bo'yicha bachadon tubida ko'ndalang kesmadan) muntazam ravishda foydalanish tavsiya etilmaydi

Anamnezda KK jarrohlik amaliyotini o'tkazgan ayollarda keyingi homiladorlik va tug'ruq paytida bachadon yirtilishi xavfi mavjud bo'ladi. Bachadon yirtilishining eng katta xavfi «klassik» (korporal) va T-simon kesmalardan keyin 4-9%; kamroq – vertikal (istmiko-korporal) 1%-7% va ko'ndalang kesmalarida 0,2%-1,5% ni tashkil qiladi. Amaldagi zamonaviy qo'llanmalarda bachadondagi avvalgi kesmasi klassik, J-simon yoki T-langarsimon bo'lgan ayollar uchun qayta KK jarrohlik amaliyotini o'tkazish tavsiya qilinadi. Bachadonda T-langarsimon yoki J-simon, klassik kesmalardan foydalanilganda, shuningdek, KK jarrohlik amaliyoti paytida miomektomiya o'tkazilganda, kasallik tarixida, operatsion jurnalida, chiqarish varaqasida hujjatlashtirishdan tashqari, keyinchalik faqat KK jarrohlik amaliyoti bilan tug'ish zarurligi to'g'risida ayolni ham xabardor qilish kerak. Operatsion jarohat turli yo'nalish bo'ylab borishi tufayli T-simon kesma yomonroq bitadi, shuning uchun undan foydalanmaslik lozim, va zarur hollarda J-simon kesmadan foydalanish tavsiya etiladi.

**A** KK jarrohlik amaliyoti bilan tug'dirishda kamroq miqdorda qon yo'qotish va qon quyishga nisbatan kamroq ehtiyoj bo'lishi tufayli bachadonda chandiq bo'lmaganda bachadondagi jarohatni to'ntoq tarzda kengaytirish tavsiya etiladi

Bachadon pastki segmentining markazida Kerr bo'yicha skalъpель bilan kesmani bajarish, so'ngra siydik qopini ajratmasdan va siljitmasdan Derfler bo'yicha qaychi yoki barmoqlar yordamida kengaytirib, lateral yo'nalishlarda kesmani uzaytirish mumkin bo'ladi. Shuni esda tutish kerakki, homila boshi bilan kelganda, bachadonning pastki segmentidagi ko'ndalang kesmaning darajasi, ehtiyotkorlik bilan homilaning boshini chiqarib olish uchun, imkon qadar, homila boshining eng katta diametrining sohasiga tushishi kerak. Bachadonda chandiq bo'lganda kesmani o'tkir tarzda kengaytirish mumkin, bachadondagi kesma qaychi yordamida chap va o'ngga uzaytiriladi, chunki homilani chiqarib olish paytida bachadon devorining pastki qismi va siydik qopining yorilishiga kesmaning kengayib ketish xavfini kamaytiradi.

**B** Bachadonda ko'ndalang yo'nalishda kesmani bajarishda, jarohat chetlarini kranio-kaudal yo'nalishda ochish tavsiya etiladi

Jarohat chetlarini kranio-kaudal yo'nalishda ochish nazoratsiz ochish xavfi (7,4% ga nisbatan 3,7%) va 1500 ml dan ortiq qon yo'qotish (0,2% ga nisbatan 0,2%) bilan bog'liq. Jarohat chetlarini ko'ndalang yo'nalishda ochish tavsiyalardan chetga chiqish hisoblanmaydi.

**B** KK jarrohlik amaliyoti bilan tug'dirishda homila boshi bilan kelganda homilani chiqarib olishda quyidagi jarrohlik taktikasini qo'llash tavsiya etiladi: bachadonning old yoki orqa devorlari va homilaning boshi o'rtasidan pastroq to'rtta barmoqni joylashtirib, keyin homilaning boshini biroz yuqoriga ko'targan va barmoqlarni bukkan holda homilaning boshini jarohat sohasiga kirib borishiga yordam beriladi

KK jarrohlik amaliyoti bilan tug'dirishda homila boshi bilan kelganda homilani chiqarib olishda quyidagi jarrohlik taktikasini qo'llash tavsiya etiladi: bachadonning old yoki orqa devorlari va homilaning boshi o'rtasidan pastroq to'rtta barmoqni joylashtirib, keyin homilaning boshini biroz yuqoriga ko'targan va barmoqlarni bukkan holda homilaning boshini jarohat sohasiga kirib borishiga yordam beriladi.

**C** KK jarrohlik amaliyoti bilan tug'dirishda past joylashgan homilaning boshini assistent qo'li bilan qin orqali turtki berishi yordamida chiqarib olish tavsiya etiladi

**B** KK jarrohlik amaliyoti bilan tug'dirishda past joylashgan homilaning boshini ikkala oyoqni ushlab va ularni ehtiyotkorlik bilan tortib olish orqali chiqarib olish tavsiya etiladi

Yuqorida ko'rsatilgan usullar qo'llanilishiga qaramasdan, homilaning boshi tug'ilishida qiyinchiliklar saqlanib qolsa, u holda akusherlik qisqichlardan foydalaniladi (ba'zan bitta qoshiq yetarli bo'ladi).

**B** KK jarrohlik amaliyoti bilan tug'dirishda yuqori joylashgan homilaning boshini chanoq qismiga ichkaridan aylantirish va bolani dumbasi/oyoqlaridan tortib olish orqali homilani chiqarib olish tavsiya etiladi

**C** KK jarrohlik amaliyoti bilan tug'dirishda yuqori joylashgan homilaning boshini instrumentlar yordamida chiqarib olish tavsiya etiladi (akusherlik qisqichlari, vakuum-ekstraktor)

**C** KK jarrohlik amaliyoti bilan tug'dirishda homilaning ko'ndalang joylashishida homilaning old oyog'ini chiqarib, so'ngra tanasi va boshini tug'ish yoki bachadonda J-simon yoki vertikal kesmani bajarish orqali homilani chiqarib olish tavsiya etiladi

**C** KK jarrohlik amaliyoti bilan tug'dirishda chanoq kirish qismiga qaragan orqa bilan homilaning ko'ndalang joylashishida va qog'anoq pardasi butun (yorilmagan) bo'lganda bachadonda kesmani bajarishdan avval bachadonning pastki segmentida kesma orqali homilani xavfsiz chiqarib olish uchun boshi yoki dumbasiga homilani intraabdominal aylantirish orqali yoki homilani aylantirishdan avval bachadonda vertikal kesmani bajarish orqali homilani chiqarib olish tavsiya etiladi

Ko'ndalang kesmaga qaraganda, hatto pastki segment bilan cheklangan bo'lsa ham, vertikal gisterotomiyani imkoni boricha kamroq bajarish kerak, chunki bu keyingi homiladorlikda bachadon yirtilishi xavfini oshirishi mumkin, biroq bachadonning pastki segmenti kengaymagan bo'lsa, vertikal gisterotomiyani bajarish kerak bo'lishi mumkin. Homila katta bo'lsa, ayniqsa qog'anoq pardasi yorilishida va homilaning yelkasi kesmaga tushishida, klassik kesmani bajarish talab qilinishi mumkin. Ba'zida homilani chiqarib olish qiyinchiliklari nomuqobil og'riqsizlantirishning oqibatidir, bu esa homilador ayol qorin mushaklarining taranglashishini keltirib chiqaradi. Ushbu muammoni hal qilish uchun og'riqsizlantirishni chuqurlashtirish bo'yicha tegishli choralar talab qilinadi.

**C** Yo'ldoshning oldinda kelishida va yo'ldoshning kesmaga tushishini oldini olish mumkin bo'lmaganda, uni qo'l bilan qog'anoq pardasigachan tezda ajratib olib, so'ngra qog'anoq pardasini yorish tavsiya etiladi

Yo‘ldoshning kesmada joylashish ehtimoli operatsiyadan oldingi tekshiruv jarayonida UTTda aniqlanishi kerak. Ko‘pincha yo‘ldosh pastga qarab (asosiy qismi bachadon tanasida va tubida joylashganida), kamdan-kam yuqoriga yoki yon tomonga ajratiladi (asosiy qismi pastki segmentda joylashganida). Jarroh barmog‘i bilan yo‘ldoshni teshishi (“burlashi”) va yorishi yoki skalpel bilan uni kesishi muqarrar ravishda homilada qon yo‘qotishga olib keladi, shu sababli kindik tizimchasini iloji boricha tezroq qisib olish kerak bo‘ladi.

**A** Qon yo‘qotish hajmini kamaytirish maqsadida homilani chiqarib olishdan keyin uterotonik dori vositalarni yuborish tavsiya etiladi

Quyidagi uterotonik dori vositalardan foydalanish mumkin: homila chiqarib olingandan keyin v/i, sekin oqimda (1-2 daq. ichida) 1-2 ml (5 XB) yoki v/i infuzomat orqali 16,2 ml/s (27 mXB/daq.) tezlikda yoki v/i tomchilab 40 tomchi/daq. tezlikda (5 XB 500 ml li fiziologik eritmada) oksitotsin yuboriladi; homila chiqarib olingandan keyin darhol v/i sekin 1 daq. ichida 1 ml (100 mkg) karbetotsin yuboriladi (faqat intra-va operatsiyadan keyingi qon ketishining rivojlanish xavfi mavjud bo‘lganda).

**A** Kindik tizimchasi qisib olingandan keyin, qon yo‘qotish hajmini kamaytirish maqsadida yo‘ldoshni kindik tizimchasidan traktsiya (tortish) haraqlari orqali ajratish tavsiya etiladi

Yo‘ldoshni ajratishning ushbu usuli qo‘l bilan ajratib va chiqarib olish bilan taqqoslaganda qon yo‘qotish hajmini kamaytirish, tug‘ruqdan keyingi davrda gematokrit pasayishi, endometrit rivojlanish holatlari va statsionarda bo‘lish davomiyligini qisqartirish bilan birga keladi.

**A** KK jarrohlik amaliyotida bachadon devorlari kyuretajini bajarish va antiseptik bilan ishlov berish tavsiya etilmaydi

Bachadon shilliq qavatini olib tashlash va uning haddan tashqari jarohatlanishi sinexiyalar paydo bo‘lishiga va Asherman sindromi rivojlanishiga olib kelishi mumkin.

**A** Bachadonni odatiy ekstrerorizatsiya qilish tavsiya etilmaydi, chunki u og‘riq sindromi bilan bog‘liq bo‘lib, qon ketishi va infeksiyalar kabi operatsiya natijalariga ta'sir qilmaydi

Bachadonning orqa yuzasini to‘liq tekshirish kerak bo‘lsa, bachadonni qorin bo‘shlig‘idan tashqariga chiqarib olish kerak bo‘ladi (mioma tugunlarini olib tashlash, yo‘ldoshning o‘sib kirishida metroplastikani bajarish va boshq.).

**A** KK jarrohlik amaliyotida , operatsion jarohatning chetlarini bir biriga keltirish qiyin bo‘lganda, ko‘p miqdorda qon ketayotganda va infeksiyon xavf darajasi yuqori bo‘lganda, ham bir qatorli, ham ikki qatorli chokni qo‘yish tavsiya etiladi

15 mingga yaqin ayolni qamrab olgan bir va ikki qatorli choklarni taqqoslash bo‘yicha o‘tkazilgan tadqiqotlarda onaning umumiy infeksiyon kasallanishi, endometrit rivojlanish holatlari va qon quyish bo‘yicha natijalar keltirilgan. Bir qatorli chokni qo‘yish operatsiya vaqtini qisqartirishi, to‘qimalar kamroq jarohatlanishi va operatsion jarohatda yot tikish materiallari kamroq bo‘lishi bilan birga keladi. Ushbu potentsial afzalliklar operatsion va operatsiyadan keyingi asoratlar kamroq yuzaga kelishiga olib kelishi mumkin. Biroq so‘nggi yillarda o‘tkazilgan katta randomizatsiyalangan tadqiqotlar bachadon yirtilishining chastotasi bachadonni tikish texnikasidan farq qilmasligini ko‘rsatdi.

**A** KK jarrohlik amaliyotida vistseral va pariyetal qorin pardasini shifokorning ixtiyoriga ko'ra tikish tavsiya etiladi

Vistseral va/yoki pariyetal qorin pardasini tikmasdan qoldirish, asoratlarni rivojlanishiga olib kelmaydi, biroq operatsiya davomiyligi qisqarishi, og'riq qoldiruvchi dori vositalarga bo'lgan ehtiyoj kamayishi, operatsiyadan keyingi davrda kasallanish holatlari kamayishi va operatsiyadan keyin statsionarda bo'lish davomiyligi qisqarishi bilan birga keladi. Operatsiyadan keyingi bitishmalar hosil bo'lishida qorin pardasini (vistseral va pariyetal) tikish va tikmasdan qoldirishning o'rtasida farq aniqlanmagan.

**C** KK jarrohlik amaliyotida qorinning to'g'ri mushaklarini shifokorning ixtiyoriga ko'ra tikish tavsiya etiladi va majburiy hisoblanmaydi

Qorinning to'g'ri mushaklarini tortmasdan tikish kerak, chunki bu og'riq sindromiga olib kelishi mumkin. Qorinning to'g'ri mushaklarini tikish gemostaz uchun qo'shimcha sharoitlar yaratadi. Qorin mushaklari tikilmasdan qoldirilsa, tabiiy ravishda ularning anatomik joylashishi tiklanadi va ularni tortib tikish og'riq sindromiga va bitishmalar hosil bo'lishiga olib kelishi mumkin.

**A** KK jarrohlik amaliyotida aponevrozni bir qatorli chok bilan tikish tavsiya etiladi

**A** KK jarrohlik amaliyotida qalinligi 2 sm va undan ortiq bo'lgan teri osti yog' qatlamini tikish tavsiya etiladi

Qalinligi 2 sm dan ortiq bo'lgan teri osti yog' qatlamini tikish qorin devorining operatsion jarohatidan yuzaga keladigan asoratlarni, ayniqsa gematomalar va seromalar hosil bo'lishini kamaytirishga yordam beradi. Qorin devorini bu usulda tiklash operatsion jarohatning chetlari ochilib ketishini va seromalar hosil bo'lishini sezilarli darajada kamaytirishi bilan birga keladi. Teri osti yog' qatlamining qalinligi 2 sm dan kam bo'lsa, operatsion jarohat infeksiyasining rivojlanish chastotasi kamaymaganligi sababli uni tikmasdan qoldirish mumkin bo'ladi.

**C** KK jarrohlik amaliyotida semiz ayollarda (tana vazni indeksi (TVI)  $\geq 30$  kg/m<sup>2</sup>) teri osti yog' qatlamini muntazam ravishda drenajlash tavsiya etilmaydi

Teri osti yog' qatlamini muntazam ravishda drenajlash operatsiya davomiyligini uzaytiradi va ayollarga qo'shimcha noqulayliklar tug'diradi, biroq operatsion jarohat infeksiyasining rivojlanishini kamaytirmaydi.

**B** Terini tiklashda har qanday usullarni qo'llash tavsiya etiladi: alohida tugunli choklarni qo'yish, uzluksiz teri ichi chokini qo'yish, skobalardan foydalanish

Kosmetik chok ayollar uchun qulay, garchi terini tiklash uchun ko'proq vaqt kerak bo'lsada, biroq operatsion jarohat sohasida infeksiyon asoratlarning rivojlanishi kamdan-kam kuzatiladi. Qavslardan foydalanish, terini tikish bilan taqqoslaganda, yaraning yuzaki ajralish xavfi ortadi.

[http://disuria.ru/ld/10/1039\\_kr21O82MZ.pdf](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. Kesar kesish jarrohlik amaliyotida qo'llaniladigan og'riqsizlantirish usullari

**C** Og'riqsizlantirishdan avval anesteziolog-reanimatolog anamnezni yig'ishi va yo'naltirilgan fizikal tekshiruvni o'tkazishi; homiladorlik davrida ayol organizmidagi fiziologik o'zgarishlarni, shuningdek FDA bo'yicha teratogenlik sinflarini, homiladorlik va emizikli davrlarida ularni qo'llashga qarshi ko'rsatmalarni hisobga olishi; taklif etilayotgan og'riqsizlantirish usuliga, kerakli muolajalarni va intensiv davolash tadbirlarini (qonning tarkibiy qismlarini quyish, magistral tomirlarni kateterizatsiya qilish va boshq.) o'tkazish uchun ayolning (yoki uning qarindoshlari/vakillari) tibbiy aralashuvga ixtiyoriy ravishda rozilik berishini yoki uni rad etishini kasallik tarixida qayd etishi; ayolning jismoniy holatini ko'rikdan o'tkazishi, traxeya intubatsiyasidagi qiyinchiliklar kelib chiqish xavfini, tromboembolik asoratlarni yuzaga kelish xavfini, aspiratsion sindrom va anafilaksiyaning kelib chiqish xavfini qayd etishi va o'tkazilgan profilaktik tadbirlar tug'ruq tarixida belgilanishi tavsiya etiladi

**C** KK jarrohlik amaliyotidan avval anesteziolog-reanimatolog shifokori perioperatsion davrda ayol va homilaning xavfsizlik darajasini oshirish uchun ASA shkalasi bo'yicha ayolning jismoniy holatini baholashi tavsiya etiladi

**C** KK jarrohlik amaliyoti bilan tug'dirishda ayolning xavfsizligini ta'minlash uchun quyidagi tadbirlar bo'yicha nazorat ro'yxatini to'ldirish tavsiya etiladi: uskunalarni va dori vositalarni tekshirish; ayolning operatsiya oldi tekshiruvini va tayyorligini; shpritslarni belgilash; qiyin/muvaffaqiyatsiz traxeya intubatsiyasi; anafilaksiya; mahalliy anestetiklarning tizimli toksikligi; massiv qon ketishi; operatsiyadan keyingi davro, shu jumladan, og'riqsizlantirish; sanitariya-epidemiologik xavfsizlik

**C** KK jarrohlik amaliyoti bilan tug'dirishdan avval anesteziolog-reanimatolog shifokori narkoz va nafas berish uskunalari sozligini tekshirishi tavsiya etiladi

Ayol va homilaning xavfsizlik darajasini oshirish uchun narkoz va nafas berish uskunalari sozligini nazorat ro'yxati bo'yicha tekshiriladi.

**B** Rejalashtirilgan tartibda KK jarrohlik amaliyoti bilan tug'dirishda o'pka asoratlarini oldini olish maqsadida aspiratsion sindromning profilaktikasini o'tkazish tavsiya etiladi (ovqat yemaslik, antatsidlarni qabul qilish, tezkor ketma-ket induktsiyani o'tkazish)

ASA (American Society of Anesthesiologists) tavsiyalariga ko'ra, operatsiyadan 6-8 soat avval, qabul qilingan ovqatning turiga qarab oziq-ovqat iste'molini cheklash kerak bo'ladi: og'riqsizlantirishdan 6 soat avval tiniq suyuqliklarni, 8 soat avval qattiq ovqatni (qovurilgan ovqatlar, yog'li ovqatlar yoki go'sht). Aspiratsion sindromni oldini olish uchun tavsiya etilgan dori vositalarning biron biri daliliy asosga ega emas, biroq Amerika Anesteziologlar Jamiyati tomonidan antatsidlar, N2-gistamin blokatorlari va metoklopramidni qo'llash tavsiya etiladi (2007, 2016). Niqob orqali ventilyatsiya o'tkazish bosqichida Sellik usulini qo'llash kerak bo'ladi.

**A** Asoratlanmagan homiladorlikda rejalashtirilgan tartibda KK jarrohlik amaliyoti bilan tug'dirishda og'riqsizlantirish boshlanishidan 6 soat avval o'rta miqdorda tiniq suyuqliklarni qabul qilish tavsiya etiladi

Tiniq suyuqliklarga suv, etisiz mevali sharbat, gazlangan ichimliklar, choy va qahva kiradi. Suyuqlik miqdori suyuqlikdagi zarralar sonidan kamroq ahamiyatga ega. Shu bilan birga, aspiratsiya rivojlanish xavfi

omillari mavjud bo'lgan ayollarga (masalan, 2-3 darajali semizlik, qandli diabet, qiyin traxeya intubatsiyasi) yoki operativ tug'dirish xavfi yuqori bo'lgan ayollarga (masalan, homilaning noaniq holati) suyuqlik iste'mol qilishda qat'iy cheklovlar qo'yilishi mumkin, qaror individual ravishda qabul qilinishi kerak. Qattiq oziq-ovqatlarni iste'mol qilmaslik kerak.

- A** KK jarrohlik amaliyoti bilan tug'dirishda operatsion stolni 15° ga chap yon tomonga burilgan holatda ayolni joylashtirish tavsiya etiladi

Operatsion stoli 15° dan yuqori chap yon tomonga burilgan holatda kichik bel yostiqchasidan (polysteridan) foydalanish gipotenziv asoratlarni kamayishiga va sistolik QB pasayishiga olib keladi (-8.80 mm sim. ust. dan -4.42 mm sim. ust. gacha).

- A** Perioperatsion davrda noinvaziv monitoringni o'tkazish (QB, YuUT, kapnometriya, EKG, SpO<sub>2</sub>, nafas olish harakati chastotasi - agar neyroaksial anesteziya o'tkazilsa) va siydik chiqarish tezligini nazorat qilish tavsiya etiladi

- A** KK jarrohlik amaliyoti bilan tug'dirishda neyroaksial og'riqsizlantirish (epidural, spinal hamda qo'shma spinal-epidural), qarshi ko'rsatmalar mavjud bo'lsa o'pakalarning sun'iy ventilyatsiyasi bilan umumiy og'riqsizlantirish tavsiya etiladi

KK jarrohlik amaliyoti bilan tug'dirishda neyroaksial og'riqsizlantirish usulining inkor etilmaydigan ustunligini hisobga olgan holda, neyroaksial og'riqsizlantirish usulini qo'llash uchun qarshi ko'rsatmalar mavjud bo'lsa, umumiy og'riqsizlantirish usulini qo'llash mumkin bo'ladi. Homiladorlik davrida umumiy og'riqsizlantirish usulining asoratlarni xavfi sezilarli darajada oshadi va uni o'tkazilishi bir qator sabablarga ko'ra texnik jihatdan qiyinroq bo'ladi. Turli xil profil jarrohlik bemorlarining umumiy massasida murakkab intubatsiyalarning chastotasi taxminan 2500-3000 holatga 1, akusherlik anesteziyasida esa bu ko'rsatkich 250-300 holatga 1, ya'ni deyarli 10 martaga oshadi. Muvaffaqiyatsiz yoki uzoq muddatli intubatsiyada onaning desaturatsiyasi nafas olish tizimidagi o'zgarishlar tufayli boshqa guruhlarining bemorlariga qaraganda ancha tez yuzaga keladi. Niqob orqali ventilyatsiyani o'tkazish samarasiz bo'lishi mumkin va bundan tashqari, bunday ventilyatsiyani o'tkazish oshqozondagi yegulikning regurgitatsiyasiga olib kelishi mumkin.

- C** KK jarrohlik amaliyotidan keyin, ayolni intensiv davolash palatasiga (anesteziologiya-reanimatsiya bo'limining tuzilmasida) yoki uyg'onish palatasiga o'tkazish tavsiya etiladi, ayol o'tkazilgan og'riqsizlantirishdan keyin to'liq tiklanishigacha u yerda qolishi kerak bo'ladi (es-xushi, nafas olishi, mushak tonusi, gemodinamik ko'rsatkichlar, diurez)

- A** KK jarrohlik amaliyoti bilan tug'dirishda bosh miya ichki bosimining o'zgarishi istalmagan yoki operatsiyadan keyin uzoq muddatli og'riqsizlantirish rejalashtirilgan klinik holatlarda, shuningdek, avvalgi tug'ruqlarda epidural bo'shliq kateterizatsiyalanganida, spinal og'riqsizlantirish o'rniga epidural og'riqsizlantirish usulini o'tkazish tavsiya etiladi. Qaror individual ravishda qabul qilinishi kerak

Spinal va epidural og'riqsizlantirish usullari bir xil darajada xavfsiz hisoblanadi, biroq spinal og'riqsizlantirish usuli ko'pincha gipotenziya bilan kuzatiladi. Shu bilan birga, KK jarrohlik amaliyoti bilan tug'dirishda spinal og'riqsizlantirish usulining epidural og'riqsizlantirish usulidan afzalliklari quyidagicha: texnik jihatdan oson o'tkaziladi; ta'siri tezroq boshlanadi (latent davri ayolni joylashtirish va jarrohlik maydoniga ishlov berish uchun zarur bo'lgan vaqtga mos keladi); usulning arzonligi (epidural

og'riqsizlantirish usuli bilan taqqoslaganda); kamroq og'riq kuzatilishi; preparatning dozasi oshirib yuborilishi istisno qiladigan va mahalliy anestetiklarning toksik ta'sirini deyarli bartaraf etadigan mahalliy anestetikning kamroq dozasi ishlatiladi; yanada to'liq sensor va motor og'riqsizlantirishga erishiladi. Antikoagulyantlar va/yoki antiagragantlarni qabul qiladigan ayollarda og'riqsizlantirishning o'ziga xos xususiyatlarini hisobga olish kerak. Asoratlar yuzaga kelish xavfi yuqori bo'lgan ayollarda tug'ruqning erta bosqichlarida rejalashtirilgan epidural kateterizatsiyani amalga oshirish mumkin bo'ladi, bu esa kateterning normal ishlashini erta tasdiqlashga imkon beradi.

KK jarrohlik amaliyoti bilan tug'dirishda og'riqsizlantirish usulini tanlayotganda, neyroaksial og'riqsizlantirishni o'tkazish uchun quyidagi qarshi ko'rsatmalarni hisobga olish tavsiya etiladi: ayol rad etishi; og'ir gipovolemiya (gemorragik shok, dehidratatsiya); qon ivishi gipokoagulyatsiya tomon buzilishi; ortirilgan yoki tug'ma koagulopatiyalar; punktsiya joyida yiringli hosilalar; mahalliy anestetiklarni ko'tara olmaslik; sun'iy yurak stimulyatori bo'lgan ayollarda yurak haydashining fraktsiyasi fiksatsiyalangan bo'lishi; asab tizimining demiyelinizatsiyalanuvchi kasalliklari va periferik neyropatiya; yuqori bosh miya ichki bosimi bilan bog'liq bo'lgan kasalliklar; punktsiya joyida tatuировka bo'lishi. Har bir aniq holat uning afzalliklari va ular bilan bog'liq xavf/foйда munosabatlarini baholash uchun alohida ko'rib chiqilishi kerak

Og'ir preeklampsiya bilan kasallangan homilador ayollarda spinal og'riqsizlantirish usulini qo'llash mumkin. Qon ivishi gipokoagulyatsiya tomon buzilishi quyidagi laborator ko'rsatkichlar bilan aniqlanadi: XNN >1,5; AQTV >1,5 barobarga uzayishi, fibrinogen <1,0 g/l, trombositopeniya <70\*10<sup>9</sup>/l. 70-100\*10<sup>9</sup>/l. Trombositopeniya va gipokoagulyatsiya holati bo'lmagan taqdirda faqat spinal og'riqsizlantirish usulidan foydalanish mumkin bo'ladi (kichik diametrli – 27-29G ignalar bilan). Anafilaksiya kabi amid guruhining mahalliy anestetiklarini ko'tara olmaslik juda kam holatlarda uchraydi. 2018 yilgi Yevropa kardiologlar jamiyatining tavsiyalariga ko'ra, yurak kasalliklari bilan kasallangan ayollarda odatda regional og'riqsizlantirish usulini qo'llash umumiy og'riqsizlantirish usuliga qaraganda afzalroq turadi. Nevrologik kasalliklar bilan kasallangan ayollarda regional og'riqsizlantirish usulini qo'llash ehtimoli individual ravishda baholanadi va nevropatolog va/yoki neyroxirurg shifokorlari bilan kelishiladi.

A Lyumbal punktsiyani L2 dan pastroq o'rta va paramedian chiziq bo'ylab kirish orqali bajarish tavsiya etiladi, chunki orqa miyaning oxirgi qismi shu sathida tugaydi

A Neyroaksial og'riqsizlantirish usulini o'tkazishda, ingichka (25G yoki ingichkaroq) spinal ignalaridan foydalanish tavsiya etiladi, bu esa punktsiyadan keyingi bosh og'rig'ining kelib chiqish xavfini kamaytiradi. Lyumbal punktsiyada uchi (Pencil Point) qalam turdagi spinal ignalardan foydalanish tavsiya etiladi, bu esa punktsiyadan keyingi bosh og'rig'ining chastotasini kamaytiradi

KK jarrohlik amaliyoti bilan tug'dirishda mahalliy anestetikning giperbarik va izobarik eritmalari qo'llaniladi. Spinal og'riqsizlantirishning davomiyligi cheklangan bo'ladi, biroq zamonaviy mahalliy anestetiklar (bupivakain, ropivakain va levobupivakain) mavjudligi spinal og'riqsizlantirishni 2,5-3 soat davomida o'tkazishga imkon beradi. Epidural bo'shliqni kateterizatsiya qilish paytida bosh miyaning qattiq pardasini bilmasdan punktsiya qilishda uzoq muddatli spinal og'riqsizlantirishga o'tish maqsadga muvofiq hisoblanadi. Subaraxnoidal bo'shliqqa 2-2,5 sm masofada kateter kiritiladi va mahkamlanadi, shundan keyin dori vositalarni tegishli dozirovkalarda yuborish uchun uni ishlatish mumkin bo'ladi.

A Yuqori blokni oldini olish maqsadida semiz homilador ayollarda mahalliy anestetikning dozasi o'rtacha 25-30% ga kamaytirilishi kerak. Mahalliy anestetikning giperbarik eritmasini yuborish maqbul hisoblanadi

**C** KK jarrohlik amaliyoti bilan tug'dirishda og'riqsizlantirish usulini tanlashda, neyroaksial og'riqsizlantirishning quyidagi yuzaga kelishi mumkin bo'lgan asoratlarni hisobga olish tavsiya etiladi: tez rivojlanadigan asoratlar – arterial gipotenziya; bradikardiya, yurak nervlari blokadasi (T1-T4) tufayli yuqori spinal og'riqsizlantirish fonida asistoliya rivojlanishi; ko'ngil aynishi va qayt qilish; gipotermiya va titroq; yuqori va total spinal blok; teri qichishi (opiatlar qo'llanilganda); tomir ichiga yuborilganda mahalliy anestetikning toksik ta'siri; kech rivojlanadigan asoratlar – punktsiyadan keyingi bosh og'rig'i; punktsiyadan keyingi bel og'rig'i; siydik tutilishi; tranzitor nevrologik asoratlar; «ot dumi» sindromi; orqa miya, orqa miya nervlari va ildizlarining igna bilan jarohatlanishi tufayli nevrologik yetishmovchilik (defitsit) holati rivojlanishi; infeksiyon asoratlar: postpunktsion meningitlar va meningoentsefalitlar, epi- va subdural abstsesslar

Simpatik blokada tufayli kelib chiqqan gipotenziya, bachadondagi qon oqimining pasayishiga olib keladi va shu sababli har doim davolanishni talab qiladi. Spinal og'riqsizlantirishda gipotenziyani oldini olish usullari: vazopressorlardan (norepinefrin, fenilefrin, efedrin) foydalanish, kompression trikotajni kiyish, preinfuziya va qo'shimcha infuziyalarni yuborish. Mahalliy anestetikning tizimli toksikligining kompleks davosida v/i bolyus ko'rinishda 20% li yog' emulsiyasini 1,5 ml/kg dozasida yuborish tavsiya etiladi, so'ngra toksik belgilarining og'irligiga qarab 0.25 ml/kg/daq. tezlikda 30-60 daq. ichida infuziya yuboriladi. 20% li yog' emulsiyasining maksimal dozasi 8 ml/kg ni tashkil qiladi. Bosh og'rig'ini bartaraf etish uchun epidural bo'shliqni autoqon bilan plombalashni tavsiya etish mumkin. Neyroaksial infeksiya rivojlanishini oldini olish maqsadida aseptik sharoitda epidural kateterni kiritish tavsiya etiladi. Anesteziolog-reanimatolog yuz niqobi, qalpoq va steril qo'lqoplardan foydalanishi kerak. Punktsiya joyiga yodsiz antiseptik eritmasi bilan ishlov berish tavsiya etiladi.

**A** KKda umumiy yoki neyroaksial anesteziya paytida sedatsiya qilish, anksiolit, analgetik va gipnoz ta'siri maqsadida yuqori selektiv agonist  $\alpha_2$  - adrenoretseptorlar kvanadeks (deksmedetomidin) taklif etilgan: u anestetiklarga bo'lgan ehtiyojni, qon-tomir reaksiyalari va jarrohlik stressini kamaytiradi

So'nggi o'n yil ichida multimodal behushlik sxemasida (vena ichiga yuborish, neyroaksial behushlik (NAn) uchun yordamchi vosita sifatida va KK jarrohlik amaliyotida anksiolitik, anksioliticheskim, analgetik, gipnotik ta'siriga ega bo'lgan, yuqori selektiv agonist  $\alpha_2$ -adrenoretseptorlar - deksmedetomidin taklif etildi. Bundan tashqari, operatsiyadan keyingi davrda og'riq qoldiruvchi vositalar, ko'ngil aynishi va qayt qilishning oldini olish va perioperativ tremor rivojlanishining oldini olish uchun keng qo'llaniladi. Hozirgi vaqtda u taxikardiya bilan kechadigan PE va YuTK bilan og'rikan bemorlarni kompleks davolashda tanlangan dori bo'lib xizmat qilishi mumkin. U chaqaloqlar uchun yuqori darajadagi xavfsizlik sohasiga ega. Bosh miya po'stlog'iga ta'sir qiladigan boshqa sedativ preparatlardan (tiopental, midazolam va propofol) farqli o'laroq, u kortikal tizimga ta'sir qiladi. Adyuvant sifatida mahalliy anestetikka 6-10 mkg deksmedetomidin qo'shiladi, tomir ichiga nazorat qilinadigan sedatsiya, perioperativ davrda analgeziya, ko'ngil aynishi, qusish profilaktikasi va perioperativ tremor rivojlanishining oldini olish maqsadida 0,8 - 1, mkg/kg/soat qo'shiladi.

**A** Spinal og'riqsizlantirish fonida yurak to'xtab qolishida reanimatsion tadbirlarni o'tkazishda adrenalinni erta yuborish tavsiya etiladi, bu esa yashab qolish ehtimolini oshirishga yordam beradi

**C** Qoldiq sensor blok belgilari bilan kechadigan samarasiz epidural og'riqsizlantirishda spinal og'riqsizlantirishni o'tkazish mumkin, biroq spinal og'riqsizlantirishda qo'llaniladigan mahalliy anestetikning dozasini 30% ga kamaytirish tavsiya etiladi; muvaffaqiyatsiz epidural anesteziyadan keyin sensor blok belgilari kuzatilmaganda, mahalliy anestetik standart dozada qo'llanilishi mumkin

Muvaffaqiyatsiz epidural og‘riqsizlantirishdan keyin spinal og‘riqsizlantirish usuliga o‘tish epidural yuborilgan eritma bilan subaraxnoidal bo‘shliq kompressiyasi tufayli yuqori (total) spinal blokni keltirib chiqarishi mumkin.

**B** Epidural kateterni kiritishda bir necha bor paresteziyalar kuzatilsa, kateter va ignani chiqarib tashlash va boshqa sathidan punktsiyani amalga oshirish tavsiya etiladi, bu esa nerv ildiziga zarar yetkazmaydi

**B** KK jarrohlik amaliyotining davomiyligi spinal og‘riqsizlantirishning davomiyligidan oshib ketish ehtimol bo‘lsa, kombinatsiyalangan spinal-epidural og‘riqsizlantirish usulini o‘tkazish tavsiya etiladi

Neyroaksial og‘riqsizlantirish paytida kislorod bilan ingalyatsiyani o‘tkazish Apgar shkalasi bo‘yicha baholanadigan qisqa muddatli klinik natijalarga nisbatan homilaga foydali yoki zararli ta'sir ko‘rsatmaydi.

**A** KK jarrohlik amaliyoti bilan tug‘dirishda ayol neyroaksial og‘riqsizlantirish o‘tkazilishiga rozilik bermasa yoki neyroaksial og‘riqsizlantirishni o‘tkazishga qarshi ko‘rsatmalar mavjud bo‘lsa, umumiy og‘riqsizlantirish o‘tkaziladi

Umumiy og‘riqsizlantirish dori vositalari yo‘ldosh orqali o‘tadi, bu esa homilaning depressiyasiga olib kelishi mumkin.

**A** Umumiy og‘riqsizlantirishning induktsiyasi faqat operatsion maydoniga ishlov berish va yoping‘ichlar yopilgandan keyin, shuningdek, operatsiyani o‘tkazishga tayyor akusher-ginekolog va neonatolog shifokorlari borligida tavsiya etiladi

Operatsiyadan 30-40 daqiqa avval premedikatsiyani o‘tkazish – 0,15-0,25 mg/kg m/o difengidramin yuborish (yoki unga teng keladigan dozada analog dori vosita) (shoshilinch holatda induktsiyadan avval v/i). Traxeyaga oshqozondagi yegulikning regurgitatsiyasi va aspiratsiyasini oldini olish kerak; homilador ayolni orqaga yotqizib, bachadonni chap tomonga burish; tomir ichi kateterini o‘rnatish; siydik qopiga kateterni o‘rnatish; standart monitoringni o‘tkazish – QB, YuUT, kapnometriya, EKG, SpO<sub>2</sub>, diurez; operatsiya stolida ifodalangan bradikardiya kuzatilsa 0,01 mg/kg v/i atropin yuborish (operatsiyadan avval barcha ayollarga muntazam ravishda atropin yuborish tavsiya etilmaydi); 3 daq. davomida 100% li kislorod (O<sub>2</sub>) bilan preoksigenatsiyani o‘tkazish zarur (shoshilinch holatda har qanday o‘pka sun'iy ventilyatsiyasi (O‘SV) faqat traxeya intubatsiyasi bajarilgandan keyin o‘tkaziladi.

**A** KK jarrohlik amaliyoti bilan tug‘dirishda O‘SV bilan umumiy og‘riqsizlantirishni o‘tkazishda tezrok ketma-ket induktsiyani bajarish tavsiya etiladi

Umumiy og‘riqsizlantirishni o‘tkazishda qo‘llaniladigan dori vositalar: 4-5 mg/kg v/i natriy tiopentali, 2,5 mg/kg dan oshmaydigan dozada propofol qo‘llanilishi mumkin. Qon ketishida – ketamin (1-1,5 mg/kg). Miorelaksantlar (1-2 mg/kg dozada suksametoniy xloridi). Sellik usulida traxeya intubatsiyasini o‘tkazish. Tug‘uvchi ayol es-xushini yo‘qotishi bilan assistent uzuksimon tog‘ayga bosim o‘tkazishni boshlaydi va endotraxeal trubka kiritilgunga qadar va uning to‘g‘ri o‘rnatilishi kapnografiya orqali tasdiqlangunga qadar bosim o‘tkazishni davom etadi. Qiyin intubatsiya holatida hiqildoq yaxshi ko‘rinmaganda hiqildoqqa tashqi muolajalar sifatida «BURP» usulini (back, upward, right lateral, pressure) (orqaga, tepaga, o‘ng tomonga bosish) qo‘llash mumkin.

- A** Homilani chiqarib olishdan avval umumiy og‘riqsizlantirishni o‘tkazishda chiqarilayotgan CO<sub>2</sub>ning konsentratsiyasini 32 mm sim. ust. darajada ushlab turgan holda normoventilyatsiya rejimida O‘SVni o‘tkazish tavsiya etiladi

1,5:1 nisbatda N<sub>2</sub>O/O<sub>2</sub> yoki tarkibida galogen saqllovchi ingalyatsion 1,5% h. anestetiklar qo‘llaniladi. Tarkibida galogen saqllovchi ingalyatsion anestetiklarni minimal alʼveolyar konsentratsiyadan (MAK) past bo‘lgan konsentratsiyada qo‘llash ifodalangan bachadon atoniyasi va qon ketishi bilan kuzatilmaydi va operatsiyada es-xushida bo‘lish (saqlanish) xavfi deyarli nolga teng bo‘ladi. Miorelaksatsiya depolyarizatsiyalovchi miorelaksantlar bilan ushlab turiladi.

- A** Homilani chiqarib olishdan keyin O‘SV bilan umumiy og‘riqsizlantirishni o‘tkazishda ingalyatsion anestetikning konsentratsiyasini yoki azot oksidi va opioidni qo‘shish bilan 0,5 gacha va undan ham kamroq konsentratsiyaga tushirish tavsiya etiladi

Ko‘p holatlarda, oksitotsin v/i yuborilishi, ingalyatsion anestetikning konsentratsiyasi 0,5 MAK darajada ushlab turilsa uning bachadonni bo‘shashtiruvchi ta‘sirini kamaytirishga imkon beradi. Narkotik analʼgetiklar faqat homila chiqarib olingandan keyin qo‘llaniladi. Umumiy og‘riqsizlantirishni o‘tkazishda tug‘ruqdan keyingi qon ketishining rivojlanish xavfi oshadi.

[http://disuria.ru/ld/10/1039\\_kr21O82MZ.pdf](http://disuria.ru/ld/10/1039_kr21O82MZ.pdf)

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

## **2.8. Homilador ayolda qon aylanishi to‘satdan to‘xtashi holatida kesar kesish jarrohlik amaliyotini o‘tkazish**

- C** Homilador ayolda qon aylanishi to‘satdan to‘xtab qolishini quyidagi belgilarga qarab aniqlash tavsiya etiladi: ayol es-xushini yo‘qotishi va spontan nafas yo‘qligi

Homiladorlik davrida qon aylanishi to‘satdan to‘xtab qolishi nisbatan kam uchraydigan asorat bo‘lib, chastotasi o‘rtacha tug‘ruqlarning 1:12000 dan 1:30000 gacha tashkil qiladi. Homilador ayolda bazaviy reanimasion tadbirlarining asosiy qoidalari hisobga olinishi kerak bo‘lgan o‘ziga xos xususiyatlarga ega. Qon aylanishi to‘satdan to‘xtab qolishining asosiy sabablari quyidagilardan iborat: tug‘ruqdan oldin qon ketishi, yurak kasalliklari, og‘riqsizlantirish, qog‘anoq suvlari emboliyasi, shikastlanish, sepsis, eklampsiya, o‘pka arteriyasi tromboemboliyasi, insult, o‘tkir o‘pka shishi, miokard infarkti, aorta anevrizmasi yorilishi, tug‘ruqdan keyingi davrda qon ketishi.

- C** Homilador ayolda bazaviy va/yoki kengaytirilgan reanimasion tadbirlarni o‘tkazishda, qon aylanishi to‘xtab qolishining mumkin bo‘lgan yoki tasdiqlangan sababini (qon ketishi, O‘ATE, anafilaksiya va boshq.) bartaraf etish imkoniyatini baholash tavsiya etiladi

- B** 20 haftalik homiladorlik muddatidan keyin homilador ayolda qon aylanishi to‘satdan to‘xtab qolishida, yurakka etarli darajada venoz qaytishni va yurakning haydash ulishi oshishini ta‘minlash uchun ayol orqasiga yotgan holatda homilador bachadonni iloji boricha chap tomonga o‘girish bilan aorto-kaval kompressiyaning mexanizmini bartaraf etish va bazaviy reanimasion tadbirlarni boshlash tavsiya etiladi

Ko‘krak qafasini siqishni amalga oshirishdan oldin, aortokaval siqishni kamaytirish uchun bachadonni qo‘lda chapga siljitish, yoki ayolning o‘ng sonining ostiga rolik qo‘yish yoki bachadonni chap songa 15-30° burchak ostida egish uchun qo‘lbola yoki maxsus asbobdan foydalanish kerak. Aortokaval kompressiya

tufayli homilador bachadon venoz qaytishni susaytiradi va shu bilan birga yurakning funksional holatini taxminan 60% ga pasaytiradi. Tug‘dirish kislorod iste‘molini kamaytiradi, venoz qaytishni va yurak faoliyatini yaxshilaydi, bilvosita yurak massajini o‘tkazishni engillashtiradi va ventilyasiyani yaxshilaydi. Bundan tashqari, diafragma orqali ichki bilvosita yurak massajini o‘tkazishga imkon beradi.

Homilador ayolda qon aylanishi to‘satdan to‘xtab qolishida bazaviy reanimasion tadbirlarni quyidagi ketma-ketlikda o‘tkazish tavsiya etiladi: o‘zingizning xavfsizligingizga ishonch hosil qiling, yordamga chaqiring va bachadonni chap tomonga o‘girish bilan ayol orqasiga yotgan holatda yurak-o‘pka reanimasiyasini boshlang: chastotasi kamida 100/daq. bilvosita yurak massajini kamida 5 sm chuqurlikda o‘tkazing, ko‘krak kompressiyasi: sun‘iy nafas oldirish nisbati 30:2 ni tashkil qilishi kerak

Homilador ayolda bazaviy reanimasion tadbirlar reanimasiya bo‘yicha xalqaro tavsiyalarga muvofiq o‘tkaziladi.

20 haftalik homiladorlik muddatidan keyin homilador ayolda qon aylanishi to‘satdan to‘xtab qolishida bazaviy va/yoki kengaytirilgan reanimasion tadbirlari samarasiz bo‘lsa, 4 daqiqa ichida reanimasion gisterotomiyani va 5 daqiqa ichida tug‘dirishni amalga oshirish tavsiya etiladi. Joyida tug‘dirishni amalga oshirish uchun texnik imkoniyat bo‘lmasa, reanimasion tadbirlarini to‘xtatmagan holda ayol operatsiyani amalga oshirish uchun sharoit bor joyga iloji boricha tezroq o‘tkaziladi

Reanimasion gisterotomiya va tug‘dirish onaning va homilaning manfaatlarini ko‘zlab amalga oshiriladi. 20 haftalik muddatdan kichik bo‘lgan homiladorlikda shoshilinch tartibda KK jarrohlik amaliyotini o‘tkazmaslik mumkin, chunki bu muddatda homilador bachadon yurak faoliyatiga ta‘sir qilish ehtimoli kam. 20-23 haftalik muddatda bo‘lgan homiladorlikda onaning hayotini saqlab qolish uchun, 24 haftalik muddatdan katta bo‘lganda esa – ona va homilaning hayotini saqlab qolish uchun shoshilinch reanimasion gisterotomiya va tug‘dirish amalga oshiriladi. Reanimasion gisterotomiya va tug‘dirish birinchi navbatda onaning hayotini saqlab qolishning manfaatlarini ko‘zlab amalga oshiriladigan reanimasion tadbir deb hisoblanishi kerak. Reanimasion gisterotomiya va tug‘dirishni amalga oshirish uchun shoshilinch to‘plamini har doim tayyor holatda tutish tavsiya etiladi: 10-o‘lchamdagi lezviyalik skalpel (kerak bo‘lgan yagona instrument), Simpson-Fenomenov qisqichlari; qaychi; tikish materiali; ignalar; Kelly qisqichi; Balfour retraktorlari. Reanimasion gisterotomiya va tug‘dirish ayolning transportirovkasi sababli kechiktirilmasligi kerak. Bu onada qon aylanishi to‘satdan to‘xtab qolishi bo‘lgan va bazaviy reanimasion tadbirlar o‘tkazilayotgan joyda amalga oshirilishi kerak. Transportirovka paytida reanimasion tadbirlarni o‘tkazish ularning sifatini sezilarli darajada pasaytiradi, biroq ushbu operatsiyani joyida amalga oshirish mutlaqo‘ imkonsiz bo‘lsa, ayolni tegishli yordam ko‘rsatilishining tibbiyot muassasasiga iloji boricha tezroq o‘tkazish joiz. Reanimasion tadbirlar muvaffaqiyatli bo‘lsa, tug‘dirishdan keyin ayolni jarrohlik va reanimasion yordam ko‘rsatish imkoniyati mavjud bo‘lgan eng yaqin tibbiyot muassasasiga o‘tkazish kerak bo‘ladi. Akusher-ginekolog eng tezkor qorin bo‘shlig‘iga kirishni ta‘minlaydigan kesmani bajarishi kerak: pastki o‘rta laparotomiya yoki qov suyaklari birikmasi usti ko‘ndalang kesmasi. Tibbiy yordamning barcha bosqichlarida (shu jumladan, ham shifoxonagacha tibbiy yordam ko‘rsatish bosqichida, ham anesteziologiya va reanimasiya bo‘limida) skalpel va kindik qisqichi tayyor bo‘lishi kerak. Reanimasion tadbirlar muvaffaqiyatli bo‘lsa, qon yo‘qotishni nazorat qilish va yiringli-septik asoratlarni oldini olish bilan bachadon va qorin bo‘shlig‘i odatdagi usulda tikiladi.

Tug‘dirishdan keyin qon aylanishi to‘satdan to‘xtab qolishida, tavsiyalarga muvofiq kengaytirilgan reanimasion tadbirlarini (tomir ichi kateterini o‘rnatish, defibrillyasiya, dori vositalar) 30 daqiqa davomida o‘tkazish tavsiya etiladi

**B** Homilador ayolda qon aylanishi to‘satdan to‘xtab qolishida kengaytirilgan reanimasion tadbirlarini o‘tkazishda homilador bo‘lmagan ayolda qo‘llanilgani kabi bir xil defibrillyasiya rejimlaridan foydalanish tavsiya etiladi

**B** Homilador ayolda qon aylanishi to‘satdan to‘xtab qolishida kengaytirilgan reanimasion tadbirlarini o‘tkazishda homilador bo‘lmagan ayolda qo‘llanilgani kabi bir xil turdagi tomir ichi kateterini o‘rnatish va dori vositalaridan foydalanish tavsiya etiladi

Yurak-o‘pka reanimasiyasida dori vositalarni tavsiya etilgan yuborish yo‘llari (dori vositalarining eng xavfsiz va samarali farmakokinetikasini ta‘minlovchi): tomir ichiga yoki suyak ichiga. Dori vositalarni yuborgandan keyin, kamida 20 ml fiziologik eritma bilan periferik venani yuvish va markaziy qon oqimiga dori vositani etkazib berishni tezlashtirish uchun 10-20 soniyaga ko‘tarish kerak. Uch urinishdan keyin, tomir ichiga kateterni o‘rnatish muvaffaqiyatsiz bo‘lsa, dori vositalar suyak ichi orqali yuboriladi. Dori vositalarni suyak ichiga yuborish ularning etarli miqdorda plazmadagi konsentrasiyasi tomir ichiga yuborilgani kabi taxminan bir xil tezlikda erishiladi.

<http://disuria.ru/ld/10/1039kr21O82MZ.pdf>

## 2.9. Kesar kesish jarrohlik amaliyotidan keyin tuqqan ayollarni olib borish

**B** KK jarrohlik amaliyotidan keyin muqobil og‘riqsizlantirish, tromboprofilaktika, erta enteral ovqatlanish, erta faollashtirish (mobilizasiya), qonda glyukozaning miqdorini nazorat qilish, siydik kateterini olib tashlash tavsiya etiladi

**C** KK jarrohlik amaliyotidan keyin reanimasiya bo‘limidan (yoki uyg‘onish palatasidan) neyroaksial og‘riqsizlantirish (spinal, epidural, kombinasiyalangan spinal-epidural) sharoitida o‘tkazilgan operatsiyadan keyingi kabi holatda tug‘ruqdan keyingi bo‘limga erta o‘tkazish tavsiya etiladi

Preeklampsiya bilan asoratlangan, operatsiyadan oldin va operatsiya paytida yoki operatsiyadan keyingi erta davrda qon ketishi kuzatilgan, gemodinamik ko‘rsatkichlar va hayotiy muhim bo‘lgan a‘zolarining faoliyatini nazorat qilishni va reanimatolog shifokorining kuzatuv ostida bo‘lishni talab qiladigan og‘ir somatik kasalliklari mavjud bo‘lgan, operatsiya hajmi kengayish bilan (miomektomiya, gisterektomiya, bitishmalar mavjudligi) yakunlangan, operatsiya paytida texnik qiynchiliklar yuzaga kelgan ayollar bundan mustasno.

**C** KK jarrohlik amaliyotidan keyin ayolni faollashtirishdan so‘ng siydik kateterini olib tashlash tavsiya etiladi, biroq anestetikning oxirgi dozasi epidural bo‘shliqqa yuborilgan vaqtdan 2-4 soatdan avvalroq emas

Siydik kateterini iloji boricha erta olib tashlash kateterni o‘rnatish bilan bog‘liq bo‘lgan infeksiyalar rivojlanishini kamaytiradi. Kateterni spinal bloki tarqalishidan keyin olib tashlash kerak.

**A** KK jarrohlik amaliyotidan keyin bog‘lamni 6 soatdan keyin olib tashlash tavsiya etiladi, bog‘lam olib tashlangandan so‘ng, har kuni dush qabul qilish mumkin bo‘ladi, har kuni antiseptik vositalar bilan ishlov berish zarur emas

Operasion jarohatdan bog‘lamni erta olib tashlash operasion jarohat infeksiyasining rivojlanish xavfini minimallashtiradi.

**B** KK jarrohlik amaliyotidan keyin ayolni erta faollashtirish tavsiya etiladi: operatsiya tugaganidan 4-6 soat o'tgach, ayolga avval yotoqda o'tirish, oyoqlarini erga tushirish va asta-sekin yurishni boshlashda yordam beriladi

Erta faollashtirish qorin bo'shlig'ida bitishmalar hosil bo'lishi, o'pkada dimlanish jarayoni rivojlanishi (ayniqsa, umumiy og'riqsizlantirishdan keyin ehtimoli yuqori), shuningdek, uzoq muddatli immobilizatsiyada tromboembolik asoratlarning rivojlanish xavfini kamaytiradi. Erta faollashtirishga qarshi ko'rsatmalar: tana harorati 38°S dan yuqori bo'lishi, oyoq tomirlarining tromboflebiti, qon ketishi, ifodalangan og'riq sindromi (vizual analog shkala bo'yicha (VASh) > 50 mm).

**A** KK jarrohlik amaliyotidan keyin muqobil og'riqsizlantirishga erishish uchun quyidagi usullar tavsiya etiladi: nosteroid yallig'lanishga qarshi dori vositalar; parasetamol; mahalliy anestetik eritmalari bilan operatsion jarohat sohasiga ishlov berish; qorin ko'ndalang bo'shlig'ining blokadasini bajarish (Transversus Abdominis Plane block – TAP-blokadasini)

KK jarrohlik amaliyotidan keyin og'riqsizlantirishning multimodal sxemasi eng maqbul hisoblanadi. Opioidlarni qo'llash ma'lum bo'lgan nojo'ya ta'sirlar bilan bog'liqligi sababli, opioidlar qo'llanilishini kamaytiradigan yoki o'rnini to'liq bosadigan og'riqsizlantirish usullarini qo'llash kerak. Operatsiya yakunida yoki operatsiyadan keyingi erta davr boshlanishida v/i infuziya ko'rinishida 1 g dozada parasetamol yuborish tavsiya etiladi, kunlik dozasi 4 g dan oshmasligi kerak.

**A** KK jarrohlik amaliyotidan keyin epidural og'riqsizlantirishni o'tkazish paytida og'riqsizlantirishni davomiy infuziya yoki autoanalgeziya bilan davom ettirish tavsiya etiladi

**A** Ifodalangan og'riq sindromida (vizual analog shkala bo'yicha (VASh) > 50 mm) 20 mg gacha bo'lgan dozada trimeperidin, 100 mkg gacha bo'lgan dozada fentanilni qo'shish tavsiya etiladi (v/i yuboriladi)

**A** Og'riqning jadalligi o'rta bo'lganda (vizual analog shkala bo'yicha (VASh) 30-50 mm) tramadol, butorfanolni qo'shish tavsiya etiladi

**A** Umumiy og'riqsizlantirish ostida operatsiyani o'tkazgan ayollarda og'riqsizlantirishni yaxshilash uchun deksametazonning bitta perioperatsion dozasini yuborish tavsiya etiladi

Deksametozon yuborilishi operatsiyadan 24 soat o'tgach qondagi glyukozaning miqdori yuqori bo'lishining sababi bo'lishi mumkin va insulinga rezistentligi bo'lgan bemorlarda bu usulni qo'llash tavsiya etilmaydi.

**A** Odatiy analgetiklar va opioidlarni qo'llash natijasida og'riq sindromi engillashmagan ayollarda operatsiyadan keyingi og'riqni davolashda TAP-blokadasini o'tkazish tavsiya etiladi

Umumiy yoki spinal og'riqsizlantirishdan keyin TAP-blokadasini ayollarda operatsiyadan keyingi og'riqni sezilarli darajada kamaytirishi va opioidlar qo'llanilishini kamaytirishi mumkin. TAP-blokadasini KK jarrohlik amaliyotidan keyingi analgeziyani o'rtacha 9,5 soat (8,5-11,9 soat) davomida og'riqsizlantirish ta'sir bilan ta'minlaydi. Operatsiyadan keyingi davrda epidural kateter bo'lmaganida ham, mavjud bo'lganida ham tavsiya etilishi mumkin. Epidural analgeziya operatsiyadan keyingi og'riqsizlantirishning etarlicha samarali usuli hisoblanadi, ammo bu usul motor blokining saqlanib qolishi tufayli ayollarni erta faollashtirishga yordam bermaydi.

**A** Neyroaksial og'riqsizlantirish sharoitida KK jarrohlik amaliyotidan 60 daqiqadan so'ng tuqqan ayollarda suyuqlik iste'mol qilishga ruxsat berish tavsiya etiladi. Umumiy og'riqsizlantirish sharoitida

KK jarrohlik amaliyoti bilan tug'dirishdan 2 soat o'tgach tuqqan ayollarda suyuqlik iste'mol qilishga ruxsat berish tavsiya etiladi

Umumiy og'riqsizlantirish ostida KK jarrohlik amaliyotini o'tkazgan ayollarga enteral ovqatlanishni boshlash mumkin bo'ladi: operasiyadan keyin 4-6 soat o'tgach bulon berilishi mumkin; 24 soatdan keyin umumiy stolga o'tkaziladi.

A KK jarrohlik amaliyotidan keyin operasiyadan oldin va keyin venoz tromboembolik asoratlar (VTEA) xavf omillarini hujjatlashtirib baholash tavsiya etiladi

A KK jarrohlik amaliyotidan keyin qarshi ko'rsatmalar bo'lmasa, VTEA xavfini kamaytirish uchun oyoqlarning elastik kompressiyasini qo'llash tavsiya etiladi

Homiladorlik va tug'ruqdan keyingi davrlarda kompression trikotaj qo'llanilishini asoslovchi tadqiqotlar o'tkazilmagan va tavsiyalar asosan homilador bo'lmagan shifoxonaga yotqizilgan bemorlarning populyasiyasida kompression trikotaj qo'llanilishi o'rganilgan tadqiqotlarning ma'lumotlaridan xulosa chiqarish (ekstrapolyasiya qilish) orqali olingan. Kichik tadqiqotlarda kompression trikotaj qo'llanilishi homilador ayollarda qayta venoz oqimni sezilarli darajada yaxshilashi va homiladorlikning so'nggi muddatlarida va tug'ruqdan keyingi davrda ayollarda bir vaqtning o'zida ham yuzaki, ham chuqur son venalari bo'shlig'ining diametrini kichraytirishi orqali qon aylanishini kuchaytiradi.

A KK jarrohlik amaliyotidan keyin ayolni shifoxonadan chiqarishdan avval operasiyadan keyingi asoratlarni erta aniqlash uchun dinamik kuzatuvni olib borish tavsiya etiladi

Tekshiruvga quyidagilar kiradi: 2 soat davomida monitoringni o'tkazish (EKG, noinvaziv usullar yordamida QB o'lchash, pulsoksimetriya); VASh shkalasi bo'yicha og'riqning darajasini baholash; teri holatini baholash; ichak peristaltikasini baholash; bachadonning o'lchami, konsistensiyasi, og'riqni aniqlash uchun tashqaridan tekshuvni o'tkazish; bachadon involyusiyasiga to'g'ri keladigan loxiyalar (tug'ruqdan keyingi ajralmalar) miqdori va holatini baholash; ko'krak bezlari holatini baholash (yiringlash va laktostaz belgilari bilan keladigan ko'krak so'rg'ichlarining yorilishi); operasiyadan keyingi davrda chokning holatini baholash (yallig'lanish, shishi, infiltrasiya, ochilib ketishi, qon ketish belgilari); oyoqlarning tomirlarini palpasiya qilish; chiqarilgan siydik miqdorini baholash. Kuzatuvni hamshira-anesteziyaga, doya, shifokor o'tkazishi mumkin. Kuzatuv quyidagicha amalga oshiriladi: KK jarrohlik amaliyotidan keyin darhol; operasiyadan keyin har 20-30 daqiqada 2 soat davomida; operasiyadan keyingi 2 soatdan keyin har 2-3 soatda 6 soatgacha; tug'ruqdan keyingi bo'limga o'tkazishdan so'ng – kuniga bir marta o'tkaziladi. Ayolning har qanday shikoyatlarida, gipertermiya, ko'p miqdorda qonli ajralmalar kelishi va boshq. holatlarni kuzatish kerak. Tana harorati 38°S gacha ko'tarilishi va tug'ruqdan keyin 24 soat ichida qonning umumiy tahlilida leykositoz belgilari bo'lishiga (shu jumladan, KK jarrohlik amaliyotidan keyin) yo'l qo'yiladi. Eng tez-tez uchraydigan sababi dehidratasiya hisoblanadi va olib borish taktikasi ko'p miqdorda suyuqlik ichish, infuzion terapiyadan iborat. Yallig'lanishga qarshi dori vositalarni tayinlash ko'rsatilmagan.

A Operatsiya paytida bolani ko'krakka erta tutish regional og'riqsizlantirish usullari qo'llanilganda, onada asoratlar bo'lmaganda va yangi tug'ilgan chaqaloqning qoniqarli holatida, darhol bolani quritish va o'rashdan keyin tavsiya etiladi. Erta teriga-teri kontaktini (ona-yangi tug'ilgan chaqaloq), shuningdek, ona va bola birgalikda bo'lishligini ta'minlash kerak

Ona va yangi tugʻilgan chaqaloqni ajratish tavsiya etilmaydi va, imkon qadar, ular kecha-kunduz bir xonada boʻlishlari kerak. Bu ota-ona va bolaning oʻrtasida sogʻlom munosabatlar shakllanishi va ona suti bilan oziqlantirishni muvaffaqiyatli rivojlanishiga yordam beradi.

**B** KK jarrohlik amaliyotidan keyin ayollarga tugʻruqdan keyingi davrning xususiyatlari, kontrasepsiya va keyingi homiladorlikni rejalashtirish masalalari boʻyicha maslahat berish tavsiya etiladi

Keyingi homiladorlikni 12-18 oydan keyin rejalashtirish tavsiya etiladi, chunki ushbu muddat ichida bachadondagi jarohat butunlay bitishi va chandiq toʻliq hosil boʻlishi kuzatiladi. Ushbu intergenetik interval tabiiy tugʻruq yoʻllari orqali tugʻishning muvaffaqiyatli urinish ehtimolini oshiradi va bachadon yirtilish xavfini kamaytiradi.

**B** KK jarrohlik amaliyotidan keyin ayollarga yangi tugʻilgan chaqaloqning vaznidan ogʻir boʻlgan buyumlarni koʻtarish tavsiya etilmaydi

4-6 hafta davomida ogʻir buyumlarni koʻtarishni cheklash tos tubi mushaklarining funksiyasiga taʼsir qiladigan qorin boʻshligʻida ichki bosimni kamaytirish uchun emas, balki aponevroz yaxshiroq bitishi uchun unga yuklamani kamaytirish zarurati bilan bogʻliq boʻladi.

Operasiyadan keyingi davrda ayollar noqulaylik (diskomfort) darajasi va operasiyadan keyingi asoratlar mavjudligiga qarab jismoniy faollikni asta-sekin koʻpaytirishlari mumkin boʻladi. Jismoniy mashqlar kayfiyatni koʻtaradi, tana vaznini nazorat qilishga, vazn yoʻqotishga, bezovtalikdan xalos boʻlishga yordam beradi va depressiyani kamaytiradi. Siydikni tuta olmaslik mavjud boʻlsa, tos tubi mushaklarini mustahkamlash mashqlari ushbu asoratni bartaraf etishga yordam berishi mumkin.

[http://disuria.ru/\\_ld/10/1039\\_kr21O82MZ.pdf](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. Antibiotikoprofilaktika

**A** KK jarrohlik amaliyoti bilan tugʻdirishdan avval antibiotikoprofilaktikani oʻtkazish tavsiya etiladi

Samaradorlik va xavfsizlik nuqtai nazaridan antibiotikoprofilaktika uchun eng maqbul dori vositalar I-II sefalosporinlar avlodi (sefazolin, sefuroksim) va ingibitor-himoyalangan aminopenisillinlar (amoksisillin/klavulanat, ampicillin/sulbaktam) hisoblanadi. Antibiotikoprofilaktikani oʻtkazishga ayolning maʼlumotlarni bilgan holda tibbiy aralashuvga ixtiyoriy ravishda rozilik berishi yoki uni rad etishi olinishi kerak. Antibiotikoprofilaktikani oʻtkazish sxemasi: operatsiya boshlanishidan 30-60 daqiqa avval bir marotaba antibakterial dori vositasi yuboriladi. Semizlikda (TVI  $\geq 30$  kg/m<sup>2</sup>) antibiotik dozasi ikki baravar oshirish kerak (sefazolin 2 g gacha). Preparatning yarim chiqish 2 davridan oshadigan uzoq muddatli operatsiyada (dozani yuborgan paytdan boshlab sefazolin uchun > 4 soat), aynan shu antibiotikning qoʻshimcha intraoperasion dozasi yuborish talab qilinadi. Massiv qon ketishida (>1500 ml) ham antibiotikning qoʻshimcha intraoperasion dozasi yuborish talab qilinadi. TVI  $\geq 35$  kg/m<sup>2</sup> boʻlgan ayollarga operatsiyadan keyingi davrda antibiotiklarni uzaytirilgan tartibda tayinlash mumkin (48 soatga). Antibiotikni tanlashda ona suti bilan oziqlantirishni hisobga olish kerak. Tugʻruqda yoki qogʻanoq pardasi muddatdan oldin yorilishida oʻtkaziladigan KK jarrohlik amaliyotida TVI  $\geq 35$  kg/m<sup>2</sup> boʻlgan ayollarda standart antibiotikoprofilaktikani azitromisin kombinatsiyasi bilan oʻtkazish mumkin. Metisillin-rezistent S.aureus (MRSA) kolonizatsiyasi maʼlum boʻlgan ayollarda KK jarrohlik amaliyotida tavsiya etilgan antibiotikoprofilaktika sxemasiga vankomisinning bir martalik dozasi qoʻshish mumkin. Faqat vankomisin bilan monoprofilaktikani qoʻllash tavsiya etilmaydi. Yangi tugʻilgan chaqaloqda NEK xavfi ortishi tufayli KKda antibiotik profilaktikasi sifatida amoksisillin klavulanat (ko-amoksiklav) dan foydalanish tavsiya etilmaydi.

### Jadval 1. Antibiotikoprofilaktikani oʻtkazishda qoʻllaniladigan dori vositalar

Dori vosita nomi	Dozasi	Yuborish usuli
Sefazolin	1 g	vena ichiga sekin oqimda
Sefuroksim	1,5 g	vena ichiga sekin oqimda
Amoksisillin/sulbaktam	1,5 g	vena ichiga sekin oqimda
Penitsillinlar va/yoki sefalosporinlarga allergik reaksiyalar bo'lsa, klindamitsin yoki yeritromitsin qo'llaniladi.		
Klindamisin	900 mg	mushak ichiga, vena ichiga tomchilab
Eritromisin	200 mg	vena ichiga tomchilab

**A** KK jarrohlik amaliyoti bilan tug'dirishdan avval yiringli-yallig'lanish asoratlar xavfini kamaytirish maqsadida tug'ruqda va qog'anoq pardasi muddatdan oldin yorilishida qin sanasiyasi tavsiya etiladi

Tug'ruqda bo'lgan va qog'anoq pardasi muddatdan oldin yorilishi kuzatilgan ayollarda KK jarrohlik amaliyoti bilan tug'dirishdan avval qin sanasiyasi operatsiyadan keyingi endometrit rivojlanish xavfini kamaytiradi. Tug'ruqda bo'lmagan va qog'anoq pardasi butun (yorilmagan) bo'lgan ayollarda ushbu tavsiya etilgan muolaja qanchalik foydali bo'lishi mumkinligini baholash uchun qo'shimcha ma'lumotlarni olish zarur.

[http://disuria.ru/ld/10/1039\\_kr21O82MZ.pdf](http://disuria.ru/ld/10/1039_kr21O82MZ.pdf)

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

## 2.11. Tibbiy yordam ko'rsatilishini tashkillashtirish

Rejalashtirilgan tartibda KK jarrohlik amaliyoti bilan tug'uvchi ayollarga tibbiy yordam ko'rsatish hududiy sog'liqni saqlash idoralari tomonidan tasdiqlangan yo'nalish beruvchi (marshrutizasiyalash) sxemalarni asosida amalga oshiriladi.

Rejalashtirilgan tartibda KK jarrohlik amaliyoti bilan tug'dirish ko'rsatmalari akusher-ginekolog tomonidan homiladorlik kechishining xususiyatlariga, akusherlik vaziyatga, somatik kasalliklar mavjudligiga, homilaning holatiga qarab belgilanadi. Klinik jihatdan og'ir holatlarda tug'dirish usuli va shifoxonaga yotqizish muddatlari konsilium orqali belgilanadi.

KK jarrohlik amaliyoti bilan tug'dirishga kechiktirib bo'lmaydigan va shoshilinch ko'rsatmalar yuzaga kelganda, ona va yangi tug'ilgan chaqaloqqa yordam berish uchun zarur tibbiy asbob-uskunalar va tibbiy xodimlar mavjudligini hisobga olgan holda operatsiya ayol tashxis qo'yish vaqtida bo'lgan tibbiyot muassasasida amalga oshiriladi yoki o'tkazishga imkoniyat bo'lsa va ayol tomonidan transportirovkaga qarshi ko'rsatmalar bo'lmasa, ayol yuqori darajali akusherlik stasionariga o'tkaziladi. KK jarrohlik amaliyoti bilan tug'dirishga kechiktirib bo'lmaydigan va shoshilinch ko'rsatmalar aniqlangan ayollarning transportirovkasi tibbiyot xodimlarining hamrohligida tibbiy transportda amalga oshiriladi.

KK jarrohlik amaliyoti bilan tuqqan ayollarni akusherlik stasionaridan chiqarish holatlarda quyidagi umumiy qoidalarga muvofiq amalga oshiriladi:

- gipertermiya holati ( $37,0^{\circ}\text{S}$  dan yuqori) kuzatilmagan va operatsiyadan keyingi davr asoratsiz kechganda;
- bachadon va uning ortiqlarining UTT patologik o'zgarishlar aniqlanmaganda;
- mastit va laktostaz belgilari bo'lmaganda;
- chok sohasida yallig'lanish belgilari bo'lmaganda.
- ayolning choki so'rilmaydigan tikish materiali bilan tikilgan bo'lsa, ayolni chiqarish mumkin, so'ngra yashash joyi bo'yicha tikish ipi olib tashlanadi.

[http://disuria.ru/ld/10/1039\\_kr21O82MZ.pdf](http://disuria.ru/ld/10/1039_kr21O82MZ.pdf)

## 2.12. Tibbiy yordam sifatini baholash mezonlari

№	Baholash mezonlari	Ha/Yo'q
1	KK jarrohlik amaliyotidan avval va keyin, 72 soatdan kechiktirmasdan, qonning umumiy (klinik) tahlili olindi	Ha/Yo'q
2	KK jarrohlik amaliyotidan avval AV0 tizimi bo'yicha asosiy qon guruhleri va rezus tizimining D antigeni (rezus-omili) aniqlandi	Ha/Yo'q
3	KK jarrohlik amaliyotidan avval tomir ichi kateteri o'rnatildi	Ha/Yo'q
4	KK jarrohlik amaliyotidan avval siydik kateteri o'rnatildi	Ha/Yo'q
5	KK jarrohlik amaliyoti bilan tug'dirishdan avval antibiotikoprofilaktika o'tkazildi	Ha/Yo'q
6	Homilani chiqarib olishdan keyin v/i sekin oqimda uterotonik dori vositalar yuborildi	Ha/Yo'q
7	KK jarrohlik amaliyoti bilan tug'dirishdan keyin qarshi ko'rsatmalar mavjud bo'lmagan taqdirda oyoqlarning elastik kompressiyasi qo'llanildi	Ha/Yo'q
8	Qon ketishini oldini olish maqsadida uterotonik dori vositalar yuborildi	Ha/Yo'q

[http://disuria.ru/ld/10/1039\\_kr21O82MZ.pdf](http://disuria.ru/ld/10/1039_kr21O82MZ.pdf)

### 3. Ilovalar

#### 3.1. Rejalashtirilgan KK jarrohlik amaliyotiga rozilik shakli

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

<b>Tug'ilish tarixi raqami:</b>		
<b>Tavsiya etilgan muolaja nomi:</b> Rejalashtirilgan KK jarrohlik amaliyoti. Qorin va bachadondagi kesma orqali bola/bolalarning tug'ilishi.		
<b>Anesteziya:</b> ushbu muolaja behushlikni talab qiladi (og'riq sezmaslik uchun). Bu muolaja oldidan anesteziolog tomonidan siz bilan muhokama qilinadi.		
<b>Tibbiy mutaxassisning arizasi:</b> Men ayolga muolajaning mohiyatini tushuntirdim, xususan: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kesar kesish qorin va bachadondagi kesma orqali bola/bolalar tug'ilishini o'z ichiga oladi.</li> <li>• Quyidagi raqamlar xavfni baholash bo'lib, taxminiy va hozirda mavjud ma'lumotlarga asoslangan.</li> </ul> <p><b>Muhokamalarni ma'lum qilish uchun tanlangan vaginal tug'ilish bilan solishtirganda ixtiyoriy KK xavfining qisqacha bahosi</b> (Aniq sonli xavf taxminlari individual ayollar uchun farq qilishi mumkin).</p>		
	<b>Rejali KK</b>	<b>Rejali vaginal tug'ruq</b>
<b>Ona uchun xavf</b>		
Oraliq yirtiqalar (uchinchi yoki to'rtinchi daraja)	100 000 ga 0	100 000 vaginal tug'ruq uchun 560 (taxminan 179 dan 1), operativ vaginal tug'ruqda xavf yuqori
Tug'ruq keyin 1 yildan ko'proq vaqt o'tgach sodir bo'lgan siydik tutaolmaslik	100 000 ga 7 300-19 600 (taxminan 5-14 tadan 1 tasi)	100 000 boshiga 19 800 (taxminan 5 dan 1) tabiiy yo'llar orqali tug'ruqdagi oraliq shikastlanishning oldini olish usullari bilan.  100 000 boshiga 48 700 (taxminan 2 dan 1) perineal shikastlanishning oldini olish usullarisiz tabiiy yo'llar orqali tug'ruq uchun.

Tugʻruqdan keyin 1 yildan ortiq vaqt oʻtgach paydo boʻladigan najasni ushlab turaomaslik	100 000 ga 7 800 (taxminan 13 dan 1 tasi)	100 000 ga 15 100 (taxminan 7 dan 1 tasi)
Siydik chiqarish yoʻllarining shikastlanishi	Taxminan 10001 dan 1 tasi	Ma'lumotlar mavjud emas
Davolash uchun qayta kasalxonaga yotqizishni talab qilishi mumkin boʻlgan yara infeksiyasi	100 ga 2-7 (taxminan 14-50 ga 1)	Oraliq yirtilar yoki epiziotomiyalar uchun infeksiya darajasi 1 dan 100 gacha 13 dan 100 gacha oʻzgarib turadi, ammo qayta kasalxonaga yotqizish ehtimoli pastroq.
Kasalxonada qolish	Oʻrtacha 4 kun	Oʻrtacha 2,5 kun
Kelajakdagi homiladorlik yoki tugʻruq paytida bachadonning yorilishi	100 000 ga 200 (500 dan 1)1 Koʻp sonli KKdan soʻng va shoshilinch KKdan soʻng rejalashtirilgan KKga qaraganda xavf yuqori.	100 000da 7 (taxminan 14 000da 1) Oldin bir necha marta KK boʻlgan ayollarda rejalashtirilgan vaginal tugʻruq xavfi yuqori
Shoshilinch gisterektomiya: bachadonni olib tashlash	100 000 ga 200 (taxminan 500 dan 1 tasi)	100 000 ga 100 (1000 dan 1)
	100 000 ga 100 (1000 dan 1)1 Koʻp sonli KKdan soʻng va shoshilinch KKdan soʻng rejalashtirilgan KKga qaraganda xavf yuqori.	100 000da 34 (taxminan 2900da 1)
Kelajakdagi homiladorlikda plasenta oʻsib kirishi	100 000 ga 25 (4000 ga 1)	100 000 ga 4 (25 000 ga 1)
Oraliq/ qorin ogʻrigʻi	Ogʻriqning tipik koʻrsatkichlari: 1 (tugʻruq paytida) va 4,5 (tugʻruqdan keyin 3 kun oʻtgach)	Ogʻriqning tipik koʻrsatkichlari: 7,3 (tugʻruq paytida) va 5,2 (tugʻruqdan keyin 3 kun oʻtgach)
Anesteziya bilan bogʻliq xavflar	Anesteziolog bilan muhokama	
<b>Ҳомила учун хавф</b>		
Terining yirtilishi/kesilishi	100 ga 1-2	Oraliq shikastlanishning oldini olish usullari bilan vaginal tugʻruq paytida 100 dan 10 gacha. Vaginal tugʻruq paytida hech qanday aralashuvsiz sodir boʻlishi dargumon.
Bolalarda semizlik	Ushbu natijani taqqoslash uchun dalillar cheklangan va qarama-qarshidir.	
Astma	100 000 ga 1809 (taxminan 55 ga 1)	100 000 ga 1500 (taxminan 67 ga 1)
Neonatal oʻlim (tugʻilgandan keyin 28 kun ichida chaqaloqlarning oʻlimi)	100 000 ga 58 (taxminan 1700 ga 1)	100 000 ga 30 (taxminan 3300 ga 1)
<sup>1</sup> – Ma'lumotlar rejalashtirilgan va shoshilinch KK tahlillariga asoslangan. <sup>2</sup> – VASh shkalasida 1 dan 10 gacha, ogʻriq juda kuchli boʻlgan erda. Eslatma: jumladan: homilasi tos suyagi bilan kelayotgan homilador ayollar, koʻp homiladorlik, erta tugʻruq, homiladorlik yoshi uchun kam vaznli homila, plasenta previa va onaning infeksiyalari tadqiqotlari chiqarib tashlandi.		
<b>Men bu ayolning shaxsiy sharoitlari, xavf omillari va kelajakdagi homiladorlik rejalarini hisobga olgan holda oʻzi uchun tegishli deb hisoblagan xavflarni muhokama qildim (batafsil ma'lumotlarni keltiring):</b>		

<b>Men muqobil tugʻruq usullari</b> (shu jumladan vaginal tugʻruq tugʻish, shoshilinch KK) xavfini muhokama qildim: HA / YOʻQ	
<b>Men KK paytida talab qilinishi mumkin boʻlgan muolajalarni muhokama qildim</b> (agar ayol rozi boʻlsa, quyidagi roʻyxatdagi tegishli joylarni belgilang):	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Qon quyish</li> <li>• Ichak, siydik pufagi yoki qon tomirlariga etkazilgan zararni tiklash.</li> <li>• Shoshilinch gisterektomiya (agar kerak boʻlsa, hayotni saqlab qolish muolajasi sifatida)</li> </ul>	
<b>Quyidagi qoʻshimcha ma'lumotlar taqdim etildi</b> (batafsil ma'lumotlarni keltiring):	
Menga.....taqdim etilgan ma'lumotlarni muhokama qilish va qaror qabul qilish uchun vaqt va imkoniyat berilganligini tasdiqlayman.	
<b>Tibbiy xodim:</b>	
F.I.O., imzo:	Sana:
Lavozimi:	
Aloqa uchun ma'lumotlar: (agar bemor variantlarni muhokama qilishni yoki qoʻshimcha savollar berishni xohlasa)	
<b>Bemor:</b>	
Men KK, tekshiruv yoki davolanishga, shu jumladan zarur boʻlishi mumkin boʻlgan qoʻshimcha diagnostika va davolash muolajalariga roziman/rozi emasman.*	
Men muolaja davomida talabalarning qatnashib turishlariga roziman/rozi emasman.*	
Men muolaja davomida talabalarning koʻrikdan oʻtkazish mumkinligiga roziman/rozi emasman.* (*zarurini belgilang)	
F.I.O., Imzo:	Sana:
Aloqa uchun ma'lumotlar:	
<b>Muolaja/davolanish kunida roziligini tasdiqlash</b> (tibbiyot xodimi va ayol tomonidan toʻldiriladi)	
Tibbiy xodim:	
F.I.O., Imzo:	Sana:
Lavozimi:	
<b>Bemor:</b>	
Men hali ham muolaja/davolash davom etishini xohlayotganimni tasdiqlayman*	
Men muolaja/davolanishga roziligimdan voz kechganimni tasdiqlayman* (*kerakli narsani tagiga chizing)	
Imzo:	Sana:
Aloqa uchun ma'lumotlar:	

### 3.2. Kesar kesish jarrohlik amaliyotining xavfsizligini tekshirish bo'yicha akusherlik nazorat ro'yxati

<b>Homilador ayolning F.I.Sh. va yoshi</b>	
Homiladorlik muddati	
Ma'lumotlarni bilgan holda tibbiy aralashuvga ixtiyoriy ravishda rozilik berildi	ha/yo'q, sababi (operatsiyaning I kechiktirib bo'lmaydigan toifasi, boshq.)
<b>Tekshiruvlar natijalari</b>	
Anamnezda allergik reaksiyalar	ha/yo'q, nimaga
Anamnezda qon ketishlar	ha/yo'q, sababi
Qon guruhi, rezus-omili	ha/yo'q
Rezus-omilining fenotipi	ha/yo'q
RW, OITS, V va S hepatitlari	ha/yo'q
Qonning umumiy tahlili	ha/yo'q
Koagulogramma (ko'rsatmalarga ko'ra)	ha/yo'q
<b>Tayyorgarlik va operatsiyani rejalashtirish</b>	
Bemorda B20 status, gepatit, o'ta xavfli infektsiya mavjud	xodimlar himoya vositalari bilan ta'minlangan (ko'zoynaklar, ekranlar, qo'lqoplar)
Operatsiyadan 30-60 daq. avval antibiotikoprofilaktika o'tkazildi	ha/yo'q, sababi (operatsiyaning I kechiktirib bo'lmaydigan toifasi, anamnezda allergik reaksiyalar, boshq.)
Qog'anoq pardasi yorilishida va tug'ruqdagi ayollarda antiseptik eritma bilan qinga ishlov berildi	ha/yo'q, sababi (operatsiyaning I kechiktirib bo'lmaydigan toifasi, anamnezda allergik reaksiyalar, butun qog'anoq pardasi, boshq.)
VTE asoratlarni oldini olish maqsadida kompression trikotaj qo'llanildi	ha/yo'q
Operatsiyadan avval homilaning yurak urishi eshitildi	ha/yo'q
Operatsiyaning rejalashtirilgan hajmi	kesar kesish, miomektomiya, tuxumdon rezektsiyasi, qorin bo'shlig'ini drenajlash, ixtiyoriy jarrohlik kontratseptsiya (sterilizatsiya), boshq.
Elektrokoagulyatorning plastinasini o'rnatildi	ha/yo'q, rejalashtirilmagan
Operatsiya jarayonida yuzaga kelishi mumkin bo'lgan xususiyatlar va qiyinchiliklar mas'ul maslahatchi, anesteziolog, neonatolog, transfuziolog bilan muhokama qilindi	Operatsiyaning hajmini kengaytirish ehtimoli mavjud. Patologik qon yo'qotish ehtimoli mavjud. Bemorning ahvoli beqarorligi (QB, qon yo'qotish ekstragenital patologiya va boshq.). Operatsiyani boshlashning shoshilinchligi (homil gipoksiyasi, qon ketishi, bachadon yirtilishi xavfi klinik tor chanoq va boshq.). Homilaning holati (gipoksiya, muddatiga yetmagan homila, rivojlanish nuqsonlari va boshq.). Boshqa.

	ha/yo‘q, odatdagi operatsiyani o‘tkazish ko‘zda tutilgan
Odatdagi xos bo‘lmagan vaziyatlarni hal qilishga tayyorlik	Karbetotsin, metilergometrin, mizoprostol, traneksam, qon reinfuziyasi, ballonli tamponada, drenaj trubkalari va boshqalar mavjudligi. Qo‘shimcha jarroh, qon-tomir jarrohi, urolog va boshqa tegishli mutaxassislarni chaqirish. Neonatolog-reanimatologlarni chaqirish. Boshqa. ha/yo‘q, odatdagi operatsiyani o‘tkazish ko‘zda tutilgan
Salfetkalar va instrumentlar hisoblandi	ha/yo‘q
Yo‘qotilgan qon hajmi	ml
Tromboprofilaktika varag‘i to‘ldirildi	ha/yo‘q
Operatsiyadan keyingi davrda qo‘shimcha dori vositalar va boshq. tayinlandi	antibiotik, uterotonik, tegishli mutaxassisning maslahati, qorin bo‘shlig‘i va bachadon UTT, boshq.

### 3.3. Kesar kesish jarrohlik amaliyotini kechiktirib bo‘lmaydigan toifasiga qarab o‘tkazish uchun ko‘rsatmalar

<b>Shoshilinch KK</b>	Og‘ir qon ketish bilan kechadigan yo‘ldosh oldinda kelishining har qanday turida
	Og‘ir qon ketishi yoki homilaning bradikardiyasi bilan kechadigan zo‘rayib boruvchi normal joylashgan yo‘ldoshning barvaqt ko‘chishida
	Bachadon yirtilishi xavfi, bachadon yirtilishi boshlanishi, sodir bo‘lgan bachadon yirtilishida
	Kardiotokografiyaning shubhali turi bilan kechadigan homila distress-sindromida (3 daqiqa va undak ko‘p vaqt davomida YuUT 70/daq. dan kam homilada davomiy bradikardiya)
	Homila boshi bilan kelganda kindik tizimchasi yoki homilaning qo‘li tushishida
	Tug‘ruq paytida eklampsiya xuruji sodir bo‘lganda
	Agoniya holati yoki 20 haftalik homiladorlik muddatidan keyin ayolning to‘satdan o‘limi (iloji bo‘lsa)
<b>Kechiktirib bo‘lmaydigan KK</b>	Chanoq-bosh disproportsiyasida
	Dopplerografiya ma'lumotlariga ko‘ra kindik arteriyasida zo‘rayib boruvchi qon aylanishi buzilishi yoki kardiotokografiyaning shubhali turi bilan kechadigan homila distress-sindromida
<b>Rejalashtirilgan KK</b>	Muddatiga etgan homiladorlikda qog‘anoq pardasining muddatidan oldin yorilishi va rejali KK jarrohlik amaliyotini o‘tkazishga ko‘rsatmalar bo‘lganda
	Rejali KK jarrohlik amaliyotini o‘tkazish uchun tayyorlangan homilador ayolda tug‘ruq faoliyati boshlanganda
	Og‘ir preeklampsiya, homiladorlik davri va tug‘ruq paytida NELLP-sindromida (ayolning beqaror holatida va tabiiy tug‘ruq yo‘llari orqali tug‘dirishga sharoit bo‘lmaganda)

	Homila distressi bilan birga kechmaydigan bachadon qisqarish faoliyatining korrektsiya qilinmaydigan buzilishlarida (tug‘ruq faoliyati sustligi, tug‘ruq faoliyati diskoordinatsiyasi, bachadon bo‘yni distotsiyasi)
	Xorioamnionit va tug‘ruqqa tug‘ruq yo‘llarining tayyor emasligida
<b>Rejali KK</b>	Yo‘ldoshning to‘liq oldinda kelishida
	Yo‘ldoshning o‘sib kirishida
	Yo‘ldoshning qon tomirlari oldinda kelishida
	Anamnezda ikki va undan ortiq KK jarrohlik amaliyoti o‘tkazilgan bo‘lsa
	Anamnezda bachadon bo‘shlig‘iga kirib borish bilan miomektomiya jarrohlik amaliyoti o‘tkazilgan bo‘lsa
	Anamnezda gisterotomiya jarrohlik amaliyoti o‘tkazilgan bo‘lsa: bachadon perforatsiyasi, nay burchagi sohasi kesilishi, rudimentar shox kesilishi, anamnezda korporal KK, T-simon yoki J-simon kesma
	Bola tug‘ilishi uchun tug‘ruq yo‘llarida hosilalar (to‘siqlar) mavjud bo‘lsa: - torayish darajasi II va undan ko‘p bo‘lgan anatomik tor chanoq; - tos suyaklari deformatsiyasi; - tabiiy tug‘ruq yo‘llari orqali bola tug‘ilishiga to‘sqinlik qiladigan, ayniqsa pastki segmentda joylashgan katta o‘lchamdagi bachadon miomasi; avvalgi jarrohlik amaliyotlaridan keyin qin va bachadon bo‘yni chandiqli deformatsiyalari, shu jumladan, avvalgi tug‘ruqlarda III-IV darajali oraliq yirtilishidan keyin; - bachadon bo‘yni saratoni, bachadon bo‘yni saratoni preinvaziv va mikroinvaziv shakllari bundan mustasno)
	Boshqa akusherlik xavf omillari bilan bog‘liq holda homilaning taxminiy vazni ( $\geq 4500$ g dan) katta bo‘lganda
	Homila chanoq bilan kelishi bilan birgalikda: - Homilaning vazni 2500 g yoki undan kam yoki 3500 g yoki undan ko‘p bo‘lganda, - KK jarrohlik amaliyotini o‘tkazish uchun boshqa ko‘rsatmalar bilan bog‘liq holda; - KK jarrohlik amaliyotidan keyin bachadonda chandiqli bo‘lgan; - Homila oyog‘i bilan kelgan;
	Homila barqaror ko‘ndalang joylashishida
	Noxush oqibatlariga olib keladigan xomilalik yelka distotsiyasi anamnezi (o‘lik tug‘ilish, og‘ir gipoksiya, entsefalopatiya, bola va onaning shikastlanishi (qov suyaklari birikmasi)
	Tug‘ruqdan 6 hafta oldin simptomlari (ko‘rinadigan faol genital shikastlanishlar, achishish, qichishish, og‘riq) bo‘lgan faol birlamchi yoki takroriy genital herpes.
	Tug‘ruqdan avval virusli yuklamasi $>1000$ nusxa/ml bo‘lgan OIV-infektsiyasi, tug‘ruqdan avval virusli yuklamasi noma'lum bo‘lgan yoki homilador ayol homiladorlik davrida viruslarga qarshi terapiyani qabul qilmagan bo‘lsa va/yoki tug‘ruq paytida antiretrovirus profilaktikasi o‘tkazilmagan bo‘lsa
	Gepatit C viruslari va OIV infektsiyasi
	Ayrim homilaning rivojlanish anomaliyalarida (gastroshizis, omfalotsele, katta o‘lchamdagi dumg‘aza-dum teratomasi)
	Kuchanishni (tuqrug‘ning ikkinchi davrini) inkor qilishni talab qiladigan somatik kasalliklarda (dekompensatsiyalangan yurak-qon tomir kasalliklari, asoratlangan miopiya, ko‘chirib o‘tkazilgan buyrak va boshqalar)
	Qandli diabet bo‘lmagan ayollarda boshqa akusherlik xavf omillari bilan birgalikda ( $\geq 4500$ g) katta homila: (homiladorlikning kechikishi, tug‘ruq induksiyasiga bo‘lgan ehtiyoj, yelka distotsiyasi anamnezi va boshqalar.)

### 3.4. Shifokorning harakatlar algoritmi



### 3.5. Kesar kesish jarrohlik amaliyotining pasporti

Operatsiya bayonnomasida operatsiyaning bosqichlari to'liq va ketma-ketlik bilan ko'rsatilishi kerak, jumladan:

- operatsiya boshlanishi va tugash vaqti (davomiyligi), sanasi;
- operatsiya xonasining raqami;
- operatsiya shoshilinchligining toifasi;
- to'liq nomi (masalan, eski teri chandig'ini kesish bilan ko'ndalang qov suyaklari birikmasi usti laparotomiyasi; bachadonning pastki segmentida kesar kesish jarrohlik amaliyoti; miomektomiya; bitishmalarni (spaykalarni) ajratish);
- operatsiyaga asosiy ko'rsatmalar;
- og'riqsizlantirishning usuli;
- jarrohlik aralashuvining bosqichlari (laparotomiya tura, teri chandig'ini kesish, bachadonning holati, bachadondagi kesma, qog'anoq suvlarining holati, homilani chiqarib olish usuli, yo'ldoshni chiqarib olish usuli, bachadon bo'shlig'ining holati, bachadonni tikish texnikasi, shu jumladan, qavatlar soni va peritonizatsiya turi, bachadon va uning ortiqlarini tekshirish natijalari, qorin devori butunligini tiklash texnikasi);
- homilaning jinsi, Apgar shkalasi bo'yicha bahosi;
- har bir bosqichda ishlatilgan tikish materiallari;
- qisqacha asos bilan operatsiyaning hajmini kengaytirish holatlari (miomektomiya, bitishmalarni ajratish, tuxumdon rezektsiyasi);
- texnik qiyinchiliklar va xususiyatlar (bitishmalarni ajrata olmaslik, kesmaning o'z-o'zidan kengayishi, qon ketishi va boshq.);
- yo'qotilgan qon hajmi;
- chiqarilgan siydik miqdori va uning xususiyati;
- jarrohlik guruhining ro'yxati (jarroh va assistentlar);
- qo'shimcha dori vositalar va boshq. tayinlash (ko'rsatmalarga ko'ra).

### 3.6. Operatsiyadan avval bemorning dastlabki ahvolidagi jismoniy holatini baholash shkalasi (ASA tavsiyasi)

ASA bo'yicha sinf	Ta'rifi	O'z ichiga olgan, biroq bular bilan cheklanmagan misollar
ASA I	Normal sog'lom bemor	Sog'lom, chekmaydigan, alkogolni kam miqdorda iste'mol qiladigan bemor.
ASA II	Yengil tizimli kasallik bilan kasallangan bemor	Sezilarli funktsional cheklovlersiz kechadigan yengil kasalliklar. O'z ichiga olgan (biroq bular bilan cheklanmagan) misollar: chekuvchi, alkogolizmga chalingan bemor, homilador ayol, semizlik (TVI <30-<40), kompensatsiyalangan qandli diabet, boshqariladigan arterial gipertenziya, nafas tizimining yengil kasalliklari.
ASA III	Og'ir tizimli kasallik bilan kasallangan bemor	Funktsional faoliyatda sezilarli cheklovlar bilan kechadigan kasalliklar. O'z ichiga olgan (biroq bular bilan cheklanmagan) misollar: qiyin boshqariladigan arterial gipertenziya yoki subkompensatsiyalangan qandli diabet, O'SOK, patologik semizlik (TVI ≥40), faol gepatit, alkogolga tobeklik yoki alkogolni suiiste'mol qilish, implantirlangan kardiostimulyator, yurak haydash fraktsiyasining mo'tadil pasayishi, muntazam ravishda rejalashtirilgan gemodializdan o'tishni talab qiladigan surunkali buyrak yetishmovchiligi. Anamnezda (3 oydan ortiq) miokard infarkti, insulbt, tranzitor ishemik xuruj, yurak ishemik kasalligi yoki stentlash.
ASA IV	Hayotga doimiy xavf soluvchi og'ir tizimli kasallik bilan kasallangan bemor	O'z ichiga olgan (biroq bular bilan cheklanmagan) misollar: miokard infarkti, insulbt, tranzitor ishemik xuruj, yurak ishemik kasalligi yoki stentlash, hozirda miokard ishemiyasi yoki yurak klapanlari og'ir disfunktsiyasi, haydash fraktsiyasining keskin pasayishi, sepsis, TITKIS (DVS)-sindrom, o'z vaqtida gemodializdan o'tmaslikda o'tkir yoki surunkali buyrak yetishmovchiligi.
ASA V	Bemor kritik holatda. Hayotiy ko'rsatmalarga ko'ra operatsiya o'tkaziladi.	O'z ichiga olgan (biroq bular bilan cheklanmagan) misollar: aorta anevrizmasi yorilishi, og'ir politravma, bosh miyaga qon quyilishi, yondosh ifodalangan kardial patologiyada yoki poliorgan yetishmovchilikda o'tkir ichak ishemiyasi.
ASA VI	Retsipiyentning manfaatlarini ko'zlab bemorning a'zolarini ko'chirish	



### 3.8. «Ventilyatsiya qilish imkoni yo‘q – intubatsiya qilish imkoni yo‘q» harakatlar algoritmi



### 3.9. Og'riqsizlantirishdan avval narkoz va nafas berish uskunalarini tekshirish bo'yicha nazorat ro'yxati

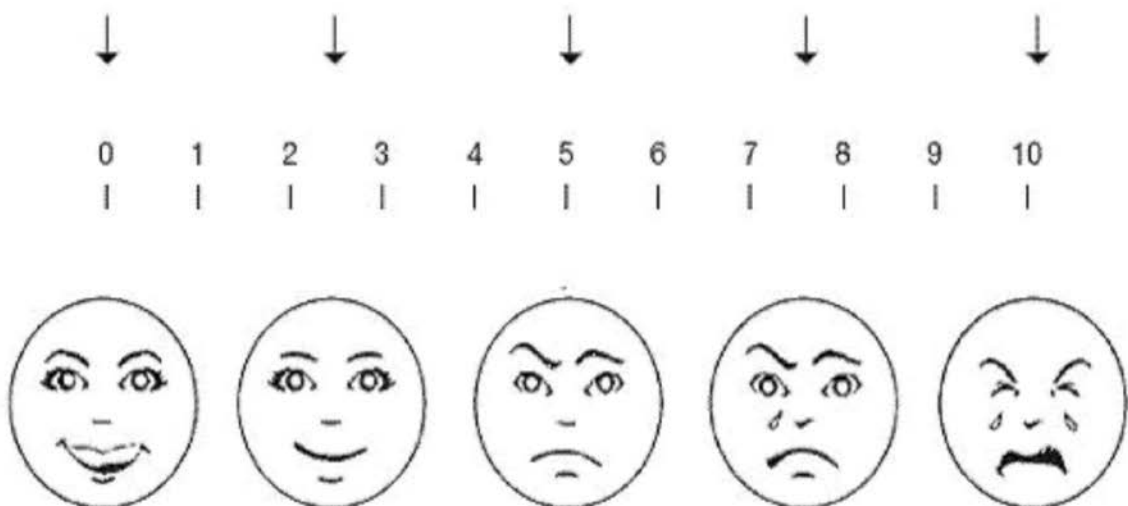
Tekshirilayotgan uskuna	Tekshirish metodikasi	Zarur ko'rsatkichlar
<b>Ingalyatsion anestetik</b>		
<b>Ballondan berish</b>	Ventilni (jo'mrakni) oching	O <sub>2</sub> bosimi 50 barr dan yuqori
<b>Markazlashtirilgan oqim</b>	Ulang. Dozalash jo'mragini oching (avval O <sub>2</sub> , keyin N <sub>2</sub> O)	N <sub>2</sub> O bosimi 30 barr dan yuqori
<b>Gaz oqimining tarmog'i, gaz filtri</b>	Ulang, filtratsiyani yoqing	
<b>Shoshilinch holatda kislorod berish</b>	Tugmani bosing	
<b>Bug'latgich</b>	Nolga o'rnatish	Oqim kelyapti
	To'ldiring	Bloklandi
	Qayta ulagichni (pereklyuchatel'ni) o'rnatish	Bug'latgich belgilangan hajmda to'ldirildi
<b>Ulanish tizimi</b>	Ulang	Qayta ulagich to'g'ri holatda turipti
<b>O'SV uskunasi</b>	Nafas konturini ulang, yoqing, nafas olishda sozlamalarni tekshiring	Ulanish tizimi mahkamlandi
<b>Nafas konturi</b>	Trubkalar, nafas qopchasi, absorber, volyometr, konturda bosimni o'lchash qo'rilmasi, o'lchash qurilmalarini ulash uchun adapterlar, nafas olish va chiqarish klapanlari mavjudligini va sozligini tekshiring	Uskuna barqaror holatda, konturda bosim mavjud
<b>Absorber</b>	To'lish darajasini tekshiring	Ohak almashtirildi, normal rangda
<b>O<sub>2</sub> o'lchash qo'rilmasi</b>	Tekshiring, kalibrlang	Ishlayapti
<b>Monitorlar</b>	Текширинг, калибрланг	Ishlayapti
<b>Yarim ochiq va yarim yopiq konturlarning germetizatsiyasi</b>	Ortiqcha bosim klapanlarini va troynikni yoping, oqim tezligini kamida 0,3 l/daq. o'rnatish, zarurat bo'lganda tizimni kislorod bilan to'ldiring	10 s davomida 30 mbar dan yuqori bosim
<b>Ortiqcha bosim klapani</b>	Ortiqcha bosim klapanini 20 mbar ga o'rnatish, troynikni yoping, oqim tezligini 10 l/daq. o'rnatish	Bosim 20 mbar da turishi
<b>Nafas konturining turi</b>	Ortiqcha bosim klapanlarini va troynikni yoping, oqim tezligini kamida 0,3 l/daq. o'rnatish, zarurat bo'lganda tizimni kislorod bilan to'ldiring	Qayta ulagich to'g'ri holatda turipti

<b>Vakuum-aspirator</b>	Ortiqcha bosim klapanini 20 mbar ga oʻrnatib, troynikni yoping, oqim tezligini 10 l/daq. oʻrnatib	Manfiy bosim mavjud
<b>Ambu qopi</b>	Ortiqcha bosim klapanlarini va troynikni yoping, oqim tezligini kamida 0,3 l/daq. oʻrnatib, zarurat boʻlganda tizimni kislorod bilan toʻldiring	Toʻliq komplektatsiyali, ishlayapti
<b>Laringoskop</b>	Ortiqcha bosim klapanini 20 mbar ga oʻrnatib, troynikni yoping, oqim tezligini 10 l/daq. oʻrnatib	Toʻliq komplektatsiyali (kamida ikkita klinklar), ishlayapti

### 3.10. Antikoagulyantlar yoki/va antiagregantlarni qabul qiladigan bemorlarda anesteziologik taʼminotni oʻtkazish xususiyatlari

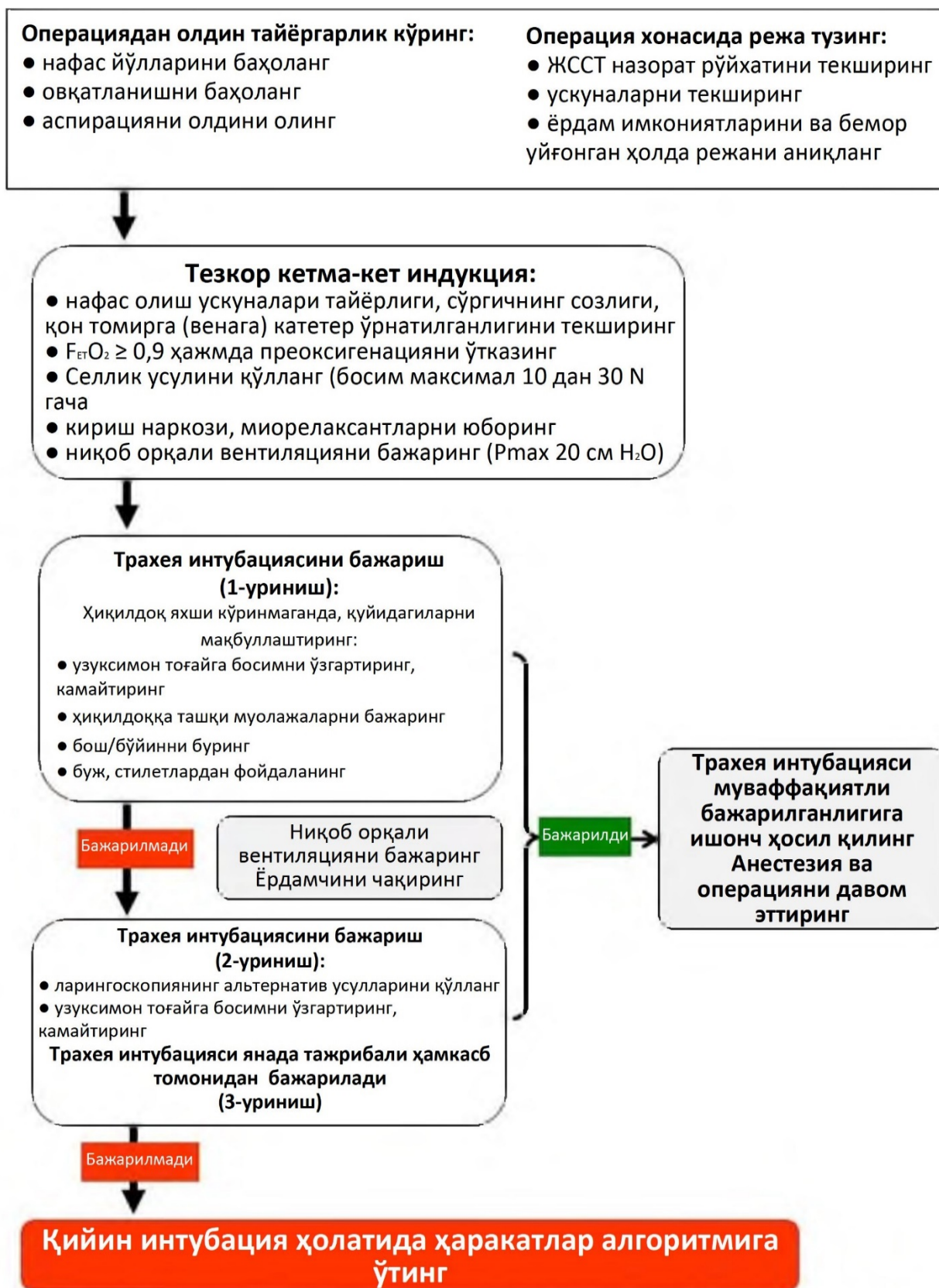
Dori vosita nomi	Dozasi	Operatsiyadan avval bekor qilish	Operatsiyadan/kateter olib tashlangandan keyin yuborish	Dori vositani qabul qilish/yuborishdan keyin kateterni olib tashlash
<b>Fraktsiyalanmagan geparin</b>	profilaktik	4 s v/i	4 s	4 s
	terapevtik	6 s t/o	4 s	4 s
<b>Past molekulyar geparinlar</b>	profilaktik	4 s	12 s	12 s
	terapevtik	12 s	24 s	24 s
<b>Varfarin</b>		24 s	1 kun	XNN <1,3 boʻlganda
<b>Atsetilsalitsil kislotasi</b>	Bekor qilmasa boʻladi			

### 3.11. Ogʻriqning jadalligini baholash (VASH) vizual-analog shkalasi



**Talqini:** 10 sm uzunlikdagi shkala: **0-1 sm** – ogʻriq yoʻq, **1-3 sm** – ogʻriqqa eʼtibor bermasa boʻladi, **3-5 sm** – faoliyatga xalaqit beradi, **5-7 sm** – hayolni bir joyga jamlashga xalaqit beradi, **7-9 sm** – asosiy ehtiyojlarni qondirishga xalaqit beradi, **9-10 sm** – yotoq tartibi zarur.

### 3.12. Intubatsiya algoritmi



### 3.13. Bemor uchun ma'lumot

Sizda kesar kesish jarrohlik amaliyoti bilan tug'dirish uchun ko'rsatmalar aniqlandi. Kesar kesish jarrohlik amaliyoti keng tarqalgan odatdagi operatsiya bo'lib, barcha tug'ruqlarning 25-30% amalga oshiriladi. Odatda (maxsus ko'rsatmalar bo'lmasa) kesar kesish jarrohlik amaliyoti homiladorlikning 39-40 haftalik muddatlarida amalga oshiriladi.

Tug'dirish uchun akusherlik statsionariga siz oldindan yotqizilasiz. Tug'ruq faoliyati boshlansa yoki tug'ishning taxminiy muddatidan avval qog'anoq pardasi yorilsa, akusherlik statsionariga yotish uchun tez yordamni chaqirishingiz kerak bo'ladi.

Statsionarda sizga akusherlik vaziyatga qarab zarur laborator va instrumental tekshiruvlar o'tkaziladi. Rejalashtirilgan tartibda shifoxonaga qabul qilinganda rejali operatsiyadan 8 soat avval ovqat yemaslik va 2 soat avval tiniq suyuqliklarni ichmaslik lozim bo'ladi. Tiniq suyuqliklarga suv, etisiz mevali sharbat, gazlangan ichimliklar, choy va qahva kiradi.

Operatsiyadan avval sizga akusher-ginekolog va anesteziolog-reanimatolog tomonidan maslahat beriladi. Siz shifokorlarga hozirgi paytda va o'tmishda sog'ligingiz, irsiy kasalliklar, allergik reaksiyalar, dori vositalari va oziq-ovqat mahsulotlarini individual ko'tara olmasligingiz, shuningdek, tamaki chekish, alkogolni suiiste'mol qilish yoki giyohvand moddalarini qabul qilish bilan bog'liq barcha ma'lum muammolar to'g'risida xabar berishingiz shart. Anesteziolog-reanimatolog operatsiya jarayonida siz uchun eng mos keladigan og'riqsizlantirish usulini tanlaydi. Operatsiyadan avval va operatsiyadan keyingi davrda ham siz tromboembolik asoratlarni oldini olish maqsadida oyoqlaringizga kompression trikotajni kiyishingiz kerak bo'ladi. Taxminiy kesma sohasidan (oraliq, qov usti sohasi, qorinning pastki qismi) tuklarni olib tashlashingiz kerak bo'ladi. Shuningdek, operatsiyadan keyingi yiringli-yallig'lanish asoratlar xavfini kamaytirish uchun operatsiyadan avval sizga antibiotiklar tayinlanadi.

Operatsiya xonasida operatsiya vaqtiga va operatsiyadan keyingi dastlabki vaqtga sizga tomir ichi kateteri va siydik kateteri o'rnatiladi.

Operatsiya jarayonida turli xil asoratlar yuzaga kelishi mumkinligi, ular qo'shimcha aralashuvlar va donorlik qoni va uning tarkibiy qismlarini (plazma, eritrotsitar massa, tromboleykomassa) va tarkibida oqsilni saqlovchi boshqa dori vositalarni quyish kerak bo'lishi mumkinligi tug'risida xabardor bo'lishingiz kerak.

Operatsiyadan keyingi davrda siz ahvolingizga qarab kerakli vaqt davomida intensiv davolash palatasiga o'tkazilasiz. Operatsiyadan keyingi davrda og'riqsizlantirish davom ettiriladi, operatsiyadan keyingi asoratlar xavfini kamaytirish uchun erta faollashtirish taklif etiladi: odatda tug'ruqdan keyingi birinchi kunida yotoqda erta o'tirish va turish. Tiniq suyuqliklarni tug'ruqdan keyin darhol qabul qilish, ovqatlanish esa bir necha soat o'tgach mumkin bo'ladi.

Bolani ko'krakka tutish vaqti sizning ahvolingizga va bolaning ahvoliga bog'liq bo'ladi, biroq qarshi ko'rsatmalar bo'lmasa, ko'krakka erta tutish amaliyotda qo'llaniladi: operatsiya jarayonida yoki undan keyin darhol.

Tikish materialini olib tashlash shifoxonada bo'lganizda yoki kerak bo'lsa, chiqarilgandan keyin amalga oshiriladi, chunki ba'zi holatlarda so'rilib ketadigan tikish materiallari amaliyotda qo'llaniladi.

Shifoxonadan chiqqandan keyin, birinchi oylar mobaynida davolash-saqlash rejimiga rioya qilishingiz kerak bo'ladi: (> 5 kg) og'ir buyumlarni ko'tarmaslik, jinsiy aloqadan tiyilish va jinsiy hayotni qayta tiklaganda akusher-ginekologning tavsiyalari bo'yicha kontratseptsiya usullarini qo'llash, jismoniy faoliyatni cheklash. Tug'ruqdan keyin 1-1,5 oy o'tgach, akusher-ginekologga tashrif buyurishingiz kerak bo'ladi. Bachadonda chandiq borligini hisobga olgan holda, nazorat UTTda chandiq holati tekshirilgandan keyin tug'ruqdan kamida 1 yil o'tgach keyingi homiladorlikni rejalashtirish tavsiya etiladi.

Kesar kesish jarrohlik amaliyoti juda xavfsiz ekanligini bilishingiz kerak, biroq operatsiya jarayonida va operatsiyadan keyingi davrda quyidagi asoratlar yuzaga kelishi mumkin:

**Juda tez-tez**

keyingi tug'ruqlarda kesar kesish jarrohlik amaliyoti o'tkazilishi (har bir operatsiyaga 1 holat)

<b>Tez-tez</b>	operatsion jarohat sohasida og‘riq va operatsiyadan keyingi dastlabki b necha oy mobaynida qorinda noqulaylik (diskomfort) kuzatilishi (har b 100 operatsiyaga 9 holat)
	qayta shifoxonaga yotish, tug‘ruqdan keyingi davrda infektsiya rivojlanis. (100 operatsiyaga 5-6 holat)
	homila shikastlanishlari, masalan, skalpelъ bilan terini kesib olish (100 operatsiyaga 2 holat)
<b>Har doim ham emas</b>	operatsiyadan keyingi davrda operatsiya qayta o‘tkazilishi, intens davolash bo‘limiga yotish (100 operatsiyaga 5-9 holat)
	keyingi homiladorlikda/tug‘ruqda bachadon yirtilishi, yo‘ldoshnir oldinda kelishi va o‘sib kirishi, qon ketishlar (100 operatsiyaga 1-8 holat)
<b>Kamdan-kam</b>	trombotik asoratlari, operatsiya jarayonida siydik qopi shikastlanishi, siyd amaliyoti shikastlanishi (100 operatsiyaga 1-5 holat)
<b>Juda kamdan-kam</b>	o‘lim (12 000 operatsiyaga 1 holat)

Shuningdek, bachadonda chandiqlik borligi fertillikni (homilador bo‘lish va farzand ko‘rish qobiliyatini) yanada kamaytirishi mumkinligini bilishingiz kerak. Shuningdek, laktatsiyaning pasayishi tabiiy tug‘ruq yo‘llari orqali tug‘ishga nisbatan operativ tug‘ruqdan keyin ko‘proq kuzatilishini bilishingiz kerak.

### 3.14. Kesar kesish jarrohlik amaliyotini amalga oshirish texnikasi.

#### 1. Pfannenshtil bo‘yicha laparotomiyani bajarish texnikasi

Pfannenshtil bo‘yicha qorin devori kesiladi. Teri va qorin to‘g‘ri mushakning qini ko‘ndalang kesma bilan ajratiladi. Qorin to‘g‘ri mushagining qini asosiy qorin to‘g‘ri mushaklaridan alohida ajratiladi. Qorin pardasi bo‘ylama kesma bilan ochiladi. Bachadonning pastki segmentida ko‘ndalang kesma bajariladi. Bachadondagi kesma ikki qavatli uzluksiz chok bilan tikiladi. Qorin pardasining ikki qavati uzluksiz chok bilan tikiladi. Aponevroz uzluksiz yoki tugunli choklar bilan tikiladi. Teriga tugunli yoki uzluksiz teri ichi chok qo‘yiladi.

#### 2. Djoel-Koxen bo‘yicha laparotomiyani bajarish texnikasi

Djoel-Koxen bo‘yicha laparotomiyani amalga oshirishda qorin terisida yuzaki ko‘ndalang to‘g‘ri chiziqli kesma yonbosh suyaklarining oldingi yuqorig‘larini bog‘laydigan chiziqdan 2,5-3 sm pastroq masofada bajariladi. Skalpel bilan o‘rta chiziq bo‘ylab aponevrozga etkunga qadar kesma davom ettiriladi va oq chiziqning yon tomonlaridan kesiladi. Keyin teri osti yog‘ qatlami ostida tekis qaychining biroz ochilgan uchlari bilan aponevroz yon tomonlarga ochiladi. Parietal qorin pardasiga kirish uchun qorin to‘g‘ri mushaklari to‘mtoq tarzda ajratiladi. Bilateral traksiya orqali mushaklar va teri yog‘ osti qatlami bir vaqtning o‘zida ochiladi. Ko‘ndalang yo‘nalishda barmoqlar bilan cho‘zib, qorin pardasi to‘mtoq tarzda ochiladi. Miometriy o‘rta chiziq bo‘ylab, qog‘anoq pardasini yormasdan, kesiladi, keyin qog‘anoq pardasi yoriladi va barmoqlar bilan yon tomonga ochiladi.

Djoel-Koxen bo‘yicha kesar kesish Pfannenshtil bo‘yicha kesar kesish bilan taqqoslaganda asosiy afzalliklari quyidagilardan iborat: kam miqdorda qon yo‘qotish, operatsiya davomiyligi qisqarishi, operatsiyadan keyingi og‘riqning davomiyligi va og‘riq qoldiruvchi dori vositalarga bo‘lgan ehtiyoj kamayishi.

#### 3. Misgav-Ladax bo‘yicha kesar kesish operatsiyasini bajarish texnikasi

Bu Shtark va uning hamkasblari tomonidan ishlab chiqilgan modifikatsiyalan Djoel-Koxen bo‘yicha laparotomiya usuli (Stark, 1995). Djoel-Koxen bo‘yicha qorin devori kesiladi, faqat fassiyalar qaychining oz ochiq uchlari to‘mtoq tarzda o‘tkazish orqali kesiladi. Bachadondagi kesma Djoel-Koxen bo‘yicha bajariladi. Yo‘ldosh qo‘l bilan ajratiladi. Bachadon qorin bo‘shlig‘idan tashqariga chiqariladi. Miometriy kesmasi Reverden bo‘yicha uzluksiz chirmashuvchi bir qavatli chok bilan tikiladi. Qorin pardasi tikilmaydi. Fassiya uzluksiz chok bilan tikiladi. Teri ikki yoki uchta ilgaksimon

choklar bilan tikiladi. Ushbu choklar orasida terining chetlari Allis qisqichlari bilan yaqinlashtiriladi va besh daqiqa davomida joyida qoldiriladi.

Usulning afzalliklariga quyidagilar kiradi: operatsiya qisqa muddatda bajarilishi, tikish materialidan kamroq foydalanish, kam miqdorda intraoperasion qon yo'qotish, operatsiyadan keyingi og'riq kamayishi va operasion jarohat infeksiyasi rivojlanishi kamayishi.

#### **4. Pelosi bo'yicha kesar kesish operatsiyasini bajarish texnikasi**

Pfannenshtil bo'yicha qorin devori kesiladi. Teri osti to'qimasini va fassiyani ko'ndalang kesib olish uchun elektr pichoq ishlatiladi. To'g'ri mushaklar ikkala ko'rsatkich barmoqlar uchun joy qoldirib, to'mtoq tarzda ajratiladi. Barmoq bilan qorin pardasi to'mtoq tarzda ochiladi va teri kesilganda qorin devorining barcha qatlamlari qo'lda ajratiladi. Siydik qopi pastga qarab siljiltmaydi. Bachadonning pastki segmentida miometriyda kichik ko'ndalang kesma bajariladi va barmoqlar yoki qaychi bilan to'mtoq tarzda kesib jarohat yoysimon tarzda yuqoriga va yon tomonga ajratiladi. Homilani chiqarib olish paytida bachadon tubiga bosim o'tkaziladi, oksitosin yuboriladi va yo'ldosh o'z-o'zidan ajralgandan keyin olib tashlanadi. Bachadon massaji amalga oshiriladi. Bachadondagi kesma uzluksiz chirmashuvchi bir qavatli chok bilan 0-o'lchamdagi xromlangan ketgut bilan tikiladi. Qorin pardalari tikilmaydi. Fassiya sintetik so'riladigan tikish materialida uzluksiz chok bilan tikiladi. Teri osti yog' qatlami qalin bo'lsa, tugunli chirmashuvchi chok bilan 3-0 o'lchamdagi so'riladigan tikish materiali bilan tikiladi.

#### **5. Korporal kesar kesish operatsiyasi**

Zamonaviy akusherlikda korporal kesar kesish operatsiyasi kamdan-kam va faqat qat'iy ko'rsatmalar bo'lganda amalga oshiriladi:

- bachadonning pastki segmentiga kirib borish imkoni bo'lmaganda, uning sohasida venalarning varikoz kengayishi va ifodalangan bitishmalar mavjudligi;
- avvalgi korporal kesar kesish operatsiyasidan keyin bachadondagi bo'ylama chandiqlarning etishmovchiligi;
- bachadonni keyingi olib tashlash zarurati;
- muddatiga etmagan homila va kengaymagan bachadonning pastki segmenti;
- bir biriga bitishga ikki homilalik;
- homilaning barqaror ko'ndalang joylashishi;
- o'layotgan (kritik holatda bo'lgan) ayolda tirik homila;
- shifokor bachadonning pastki segmentida kesar kesish operatsiyasini bajarish ko'nikmalariga ega bo'lmasligi.

Qorin devori pastki o'rta kesma bilan ochiladi. Bachadonning tanasini qat'iy ravishda o'rta chiziq bo'ylab kesish kerak, buning uchun bachadonni uning o'qi atrofida bir oz o'girish kerak bo'ladi, shunda kesmaning chizig'i ikkala yumaloq boylamidan bir xil masofada joylashgan bo'lishi kerak (odatda homiladorlikning so'nggi muddatlarida bachadon chap tomonga o'girilgan bo'ladi). Bachadondagi kesma kamida 12 sm uzunlikda qovuq-bachadon chuqurligidan pastga qarab yo'nalishda amalga oshiriladi, bachadonni kesish chizig'i bo'yicha, avval uni 3-4 sm masofada qog'anoq pardasigacha davom ettirish mumkin, so'ngra kesma uzunligini kattalashtirish uchun kiritilgan barmoqlar nazorati ostida qaychi bilan kesma davom ettiriladi. Bachadon tanasining kesilishi har doim ko'p miqdorda qon ketishi bilan kuzatiladi, shuning uchun operatsiyaning ushbu qismini imkon qadar tezroq bajarish kerak. Keyinchalik, qog'anoq pardasini yorib, homila chiqarib olinadi. Mikulich qisqichlari operasion jarohatning ko'p qonayotgan chetlariga qo'yiladi. Kindik tizimchasidan tortib, yo'ldosh olib tashlanadi va bachadon bo'shlig'i qo'l bilan tekshiriladi. Bachadondagi kesma ikki qatorli alohida mushak-mushak choklar bilan tikiladi. Bachadon kesmasining chetlarini tikishda ularni bir-biriga to'liq keltirish muhimdir – bu mustahkam to'liq chandiqlar shakllanishi, operatsiyaning infeksiyon asoratlarini va keyingi homiladorlik va tug'ruq paytida bachadon yirtilishini oldini olish uchun sharoit yaratib beradi. Seroz-seroz chok (peritonizatsiya) hozirgi paytda qo'llanilmaydi.

## **6. Kengaytirilgan pastki o'rta chiziq laparotomiya va Fritch bo'yicha bachadon tubida ko'ndalang kesma bilan kesar kesish operatsiyasini bajarish texnikasi**

### **Asosiy ko'rsatmalar:**

- bachadonning old devorida yo'ldosh joylashishi, asosan pastki segment sohasida o'sib kirishga gumon qilinayotganda;
- kichik va katta tos bo'shlig'i va mezogastriy sohasida ifodalangan bitishmalar mavjudligi (korpopal kesar kesish jarrohlik amaliyoti, peritonit va boshq. dan keyin);

Muhim shart: jarroh ushbu kesar kesish texnikasini bajarish ko'nikmasiga ega bo'lishi kerak.

Fritch bo'yicha bachadon tubida ko'ndalang kesmani bajarish afzalliklari:

1. qorin devorini kesish paytida siydik qopi jarohatlanish ehtimoli bartaraf qilinadi;
2. qorin bo'shlig'i qulayroq ajratiladi;
3. anatomik orientirlar yaxshi ko'ringanda (bachadon naylari, yumaloq bachadon boylamlari) bachadonda kesma osonroq bajariladi;
4. homilani oyoqlaridan chiqarib olish qulayroq bo'ladi;
5. homila boshining travmatizatsiyasi bartaraf qilinadi;
6. miometriyning sirkulyarsimon qatlami saqlanib qolishi va bachadon tubi yaxshi qisqarishi tufayli kamdan-kam holatlarda atonik qon ketishi yuzaga keladi;
7. operasion jarohat yaxshi bitadi, chunki uning chetlari miometriyning sirkulyarsimon tolalari bilan cho'zilmaydi.

### **Fritch bo'yicha bachadon tubida ko'ndalang kesmani bajarish kamchiliklari:**

1. tojsimon vena jarohatlanishi va qon ketishi kuchayishi yuqori xavfi;
2. bachadon naylarining interstisial qismlari jarohatlanishi va natijada ikkilamchi bepushtlik rivojlanishi;
3. bachadon tubi sohasida visseral qorin pardasining harakatchanligi cheklanganligi sababli operasion jarohatni peritonizatsiyalash qiyinligi.

### **Fritch bo'yicha bachadon tubida ko'ndalang kesma bilan kesar kesish operatsiyasini bajarish texnikasi:**

Pastki o'rta chiziq laparotomiyadan keyin qorin bo'shlig'ida bachadon tanasiga yaqinlashishga va birlamchi yoki takroriy korporal kesar kesish operatsiyasini bajarishga imkon bermaydigan ifodalangan bitishmalar aniqlanganda, jarroh chapdan kindikni chetlab o'tib, o'rta chiziq bo'ylab bachadon tubining bitishmalar bo'lmagan joyi topilgunga qadar ilgari bajarilgan kesmani yuqoriga qarab uzaytiradi. Bachadon ko'ndalang kesilishi skalpel yordamida tubining eng chiqib turgan qismiga perpendikulyar ravishda amalga oshiriladi, bachadon naylari birikgan joyga 10-15 mm etib bormaydi. Bachadonning tubini uning yuzasiga o'tkir burchak ostida kesganda, operatsiyaning davomiyligi uzayadi, tojsimon tomirlarning jarohatlanishi oqibatida qon yo'qotish hajmi oshadi, operasion jarohat chetlari bir biriga kelishi yomonlashadi va operasion jarohatni tikish qiyinlashadi. Bachadon tubidaga kesma to'g'ridan-to'g'ri ikkita bachadon nayi birikgan joyda boshlanib va o'sha joyda tugasa, operatsiyadan keyingi davrda ikkilamchi bepushtlik rivojlanishi mumkin. Qog'anoq pardasi yorilgandan keyin homila bachadondan chov egmasidan, bir yoki ikki oyoqlaridan chiqarib olinadi. Homilaning elkasi va boshini homila chanoq bilan oldinda kelishida qo'llaniladigan akusherlik qo'llanmalar yordamida chiqarib olinadi. Jarohat joyiga homilaning boshi tegib tursa, u jarrohning qo'li bo'ylab yoki akusherlik qisqichlar yordamida chiqarib olinadi, assistent esa bachadonga bosim o'tkazadi, homilaning elkalari qo'ltiq osti chuqurchasidan chiqarib olinadi. Qoganoq pardasi ajratib olingandan keyin jarohat burchaklariga alohida gemostatik choklar qo'yiladi. Yo'ldosh o'z-o'zidan ajralgandan keyin, kindik tizimchasidan tortib, jarohat orqali chiqarib olinadi.

### **Bachadondagi jarohatga uch qatorli chok qo'yiladi:**

1. alohida mushak-mushak choklar (tugunlar jarohat ichiga boylanadi) yoki uzluksiz chirmashuvchi shilliq-mushak choki qo'yiladi (vikril, dekson mavjud bo'lganda);
2. choklarning birinchi qatori orasida uzluksiz chirmashuvchi mushak-mushak choklar qo'yiladi;
3. choklarning ikkinchi qatori orasida uzluksiz chirmashuvchi mushak-seroz choklar qo'yiladi.

Qorin bo'shlig'idan salfetkalar olib tashlaganidan keyin, bachadon ortiqlarini tekshirib, qorin bo'shlig'i reviziya qilinadi va operasion hamshirasi instrumentlar joyida ekanligini aytganidan keyin, qorin old devori qatlamlari tikiladi, steril ni qatlam bilan tikishga, steril bog'lam qo'yiladi, qin devorlari tualeti bajariladi va antiseptik vosita bilan ishlov beriladi.

### KK jarrohlik amaliyoti paytida teridagi kesmaning asosiy turlari



#### 3.15. Protokolni ishlab chiqish metodologiyasi.

Milliy klinik protokol O'zbekiston Respublikasi Sog'liqni saqlash vazirligining 2024 yil 23 fevraldagi "mahalliy va milliy klinik protokollar va standartlar metodologiyasini ishlab chiqish, tasdiqlash va joriy tibbiy amaliyotga joriy etish to'g'risida" gi №52-sonli buyrug'i talablariga muvofiq ishlab chiqilgan.

Protokolni ishlab chiqishda "Respublika ixtisoslashtirilgan ona va bola salomatligi ilmiy-amaliy tibbiyot markazi" davlat muassasasi va uning hududiy filiallari, tibbiyot xodimlarining kasbiy malakasini oshirish markazi, Respublika Perinatal markazi, Toshkent tibbiyot Akademiyasining akusher-ginekolog mutaxassislari ishtirok etdi.

Ushbu protokolni yaratish muammoning tibbiy ahamiyati, tibbiy amaliyotning yondashuvillardagi farqlar va aralashuvlar samaradorligini isbotlovchi ko'plab zamonaviy manbalarning mavjudligi bilan bog'liq.

**Manfaatlar to'qnashuvi:** ushbu protokolni yaratish bo'yicha ishlarni boshlashdan oldin, ishchi guruhning barcha a'zolari manfaatlar to'qnashuvi to'g'risida yozma xabarnomani to'ldirdilar. Mualliflar jamoasi a'zolarining hech biri ushbu protokol mavzusida klinik amaliyotda foydalanish uchun mahsulot ishlab chiqaradigan farmasevtika kompaniyalari yoki boshqa tashkilotlar bilan tijorat manfaatlari yoki boshqa manfaatlar to'qnashuviga ega emas edi.

**Manfaatdor tomonlarni jalb qilish:** Protokol ko'rsatmalari va tavsiyalarini ishlab chiqishda maqsadli aholining (bemorlar va ularning oilalari), shu jumladan tibbiy (sog'liq uchun foyda, nojo'ya ta'sirlar va aralashuv xavfi), axloqiy, madaniy, diniy jihatlari o'rganildi va hisobga olindi. Fikrlar

so'rovi RIOvaBSIATM davlat muassasasining tegishli bo'linmalarida ayollarning norasmiy suhbatlari orqali amalga oshirildi.

### **Dalillarni to'plash, umumlashtirish va tanqidiy baholash.**

**Dalillarni to'plash uchun ishlatiladigan usullar:** elektron ma'lumotlar bazalari, kutubxona resurslarini qidiring. Asosiy ma'lumot manbalari sifatida 2014-2024 yillarga mo'ljallangan ingliz va rus tillarida turli mamlakatlardagi tibbiyot jamoalari va ixtisoslashtirilgan tashkilotlarining klinik ko'rsatmalari ishlatilgan, protokolni ishlab chiqishda so'nggi 5 yildagi ma'lumotlar ustuvor bo'lgan (2019 yildan). Protokolni ishlab chiqish jarayonida darslik va monografiyalardan dalil sifati past yoki yo'q manbalar sifatida foydalanilmagan.

Asosiy ma'lumotlar manbalarini tizimli qidirish quyidagi ma'lumotlar bazalarini o'z ichiga oladi:

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](mailto: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](https://roag-portal.ru/clinical_recommendations)

Tavsiyalarni olish va moslashtirish uchun manba hujjati sifatida turli mamlakatlarning bir nechta klinik ko'rsatmalari ishlatilgan. Topilgan va baholangan klinik ko'rsatmalarda kerakli tavsiyalar etishmayotgan yoki ular etarli darajada/to'liq tavsiflanmagan, dalillar bilan tasdiqlanmagan, bir-biriga zid bo'lgan, mahalliy sharoitda qo'llanilmagan yoki eskirgan hollarda. Ma'lumotlar bazalarida randomizatsiyalangan boshqariladigan sinovlar, tizimli sharhlar, meta-tahlillar va kohort tadqiqotlari uchun qo'shimcha qidiruv o'tkazildi: <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> va boshqalar.

Topilgan manbalar sifatini tanqidiy baholash klinik ko'rsatmalarning zamonaviyligi, ularni ishlab chiqish metodologiyasi, dalillarning ishonchliligi va ishonuvchanlik/kuchlilik darajalariga ko'ra tavsiyalar reytingi, tibbiy yordamning mahalliy sharoitlariga mos kelishini hisobga olgan holda amalga oshirildi.

**Tavsiyalarni shakllantirish usullarining tavsifi.** Protokolning yakuniy tavsiyalari tavsiyalarning bir qismini bir nechta klinik ko'rsatmalardan asl nusxada o'zgarishsiz olish, klinik ko'rsatmalar tavsiyalarining bir qismini mahalliy sharoitga moslashtirish, qo'shimcha adabiyotlarni qidirish asosida tavsiyalar ishlab chiqish orqali shakllantirildi. Dalillarning past sifati va mahalliy sharoitda qo'llanilmaydigan tavsiyalar chiqarib tashlandi. Klinik ko'rsatmalardan olingan tavsiyalar dastlab nashr etilgan dalillar darajasi bilan qabul qilindi. Agar xorijiy klinik ko'rsatmalar mualliflari dalillar darajasining boshqa o'lchovlaridan foydalangan bo'lsa, ular (iloji bo'lsa) GRADE tizimiga o'tkazildi. Xuddi shu tavsiyalar turli xil klinik ko'rsatmalarda topilgan, ammo turli darajadagi dalillarga ega bo'lgan hollarda, ishchi guruh protokolga yanada ishonchli ilmiy ma'lumotlar asosida tuzilgan tavsiyalarni kiritdi.

Protokol ichki va tashqi ekspertlar tomonidan hujjatlashtirilgan. Agar tavsiyalarning dalillar bazasi taqirizchi/ekspert fikridan kuchliroq bo'lsa yoki maqsadli sog'liqni saqlash sharoitida foydalanish uchun maqbulroq bo'lsa, ishchi guruh a'zolari sharhlovchilarning takliflarini rad etish huquqini saqlab qolishadi.

Protokolning yakuniy tahririni shakllantirishda bayonnoma loyihasi oliy o'quv yurtlari professor-o'qituvchilari, O'zbekiston akusher-ginekologlar assosiasiyasi a'zolari, sog'liqni saqlash tashkilotchilari (RIOvaBIATM DM xududiy filiallari va ularning o'rinbosarlari), viloyat akusherlik

tizimi muassasalari shifokorlari, keng doiradagi mutaxassislari muhokamasiga taqdim etildi. Muhokama uchun bayonnoma loyihasi bilan RIOvaBIATM davlat muassasasining rasmiy veb-sayti <https://akusherstvo.uz//> va telegram kanalida tanishish mumkin. Fikr-mulohaza elektron pochta orqali standart fikr-mulohaza varaqasini to'ldirish bilan qabul qilindi. Bayonnoma loyihasining yakuniy muhokamasi va uning yakuniy versiyasini shakllantirish ishchi guruh, sharhlovchilar, JSST eksperti va keng doiradagi manfaatdor mutaxassislar ishtirokida norasmiy konsensusga erishish orqali onlayn tarzda o'tkazildi.

Ushbu protokolni ishlab chiqish uchun JSSTning O'zbekistondagi vakolatxonasi va BMTning Aholishunoslik jamg'armasining O'zbekistondagi vakolatxonasi (YuNFPA/UNFPA) tomonidan moliyaviy yordam ko'rsatildi. Tashqi moliyalashtirish hujjatni ishlab chiqishning barcha bosqichlarida JSST ekspertlari tomonidan tashqi baholash shaklida uslubiy qo'llab-quvvatlash va protokolni o'zbek tiliga tarjima qilish va uni takrorlash shaklida texnik qo'llab-quvvatlashni o'z ichiga olgan. Moliyalashtirish organlarining fikrlari va manfaatlari protokolning yakuniy tavsiyalariga ta'sir qilmadi.

Ushbu klinik protokolning tavsiyalarida barcha ma'lumotlar ushbu muammo bo'yicha tadqiqotlar soni va sifatiga qarab tavsiyalarning ishonchlilik darajasiga (TID) qarab tartiblangan.

#### 4. Foydalanilgan adabiyotlar.

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](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.