

ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ
СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ ВАЗИРЛИГИ
ИННОВАЦИОН СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ
МИЛЛИЙ ПАЛАТАСИ



Кесар кесиш жарроҳлик амалиёти.
Миллий клиник баённома

ТОШКЕНТ 2021 й.

КИРИШ ҚИСМИ

Клиник муаммо	Кесар кесиш жарроҳлик амалиёти билан туғдириш
Ҳужжатнинг номи	Кесар кесиш жарроҳлик амалиёти Миллий клиник баённома
Тиббий ёрдам кўрсатиш босқичлари	Ўзбекистон Республикаси туғруққа кўмаклашиш тизимининг муассасалари (стационарлар)
Ишлаб чиқиш санаси	8.04.2021 й.
Режалаштирилган янгилаш санаси	2024 йилда ёки янги асосий далиллар пайдо бўлганда
Мурожаат учун	Тошкент ш., Мирзо-Улуғбек тумани, Мирзо-Улуғбек кўч., 132 ^А . Тел.: (+71) 267-04-79, (+71) 263-84-83 E-mail: obs-gyn@mail.ru

МУНДАРИЖА

КИРИШ	9
ҚИСҚАЧА МАЪЛУМОТ	11
КХТ-10 бўйича кодланиши	11
Таърифи.....	11
Кесар кесиш жарроҳлик амалиётининг таснифи	11
ДИАГНОСТИКА	12
Анамнез.....	12
Физикал текширув	12
Лаборатор ва диагностик текширувлар.....	12
Инструментал диагностик текширувлар.....	14
Бошқа диагностик текширувлар	14
КЎРСАТМАЛАР	143
Кесар кесиш жарроҳлик амалиёти билан туғдириш учун кўрсатмаларни аниқлаш	16
Кесар кесиш жарроҳлик амалиёти билан туғдиришнинг жарроҳлик техникаси	19
Кесар кесиш жарроҳлик амалиётида қўлланиладиган оғриқсизлантириш усуллари.....	244
Ҳомиладор аёлда қон айланиши тўсатдан тўхташи ҳолатида кесар кесиш жарроҳлик амалиётини ўтказиш	29
Кесар кесиш жарроҳлик амалиёти билан тугқан аёлларни олиб бориш	31
ҚЎШИМЧА МАЪЛУМОТ	35
ТИББИЙ ЁРДАМ КЎРСАТИЛИШИНИ ТАШКИЛЛАШТИРИШ	36
ТИББИЙ ЁРДАМ СИФАТИНИ БАҲОЛАШ МЕЗОНЛАРИ	36
ИЛОВАЛАР	38
<i>Клиник баённомани ишлаб чиқиш услуги</i>	38
<i>Тиббий аралашувга ихтиёрий равишда розилик бериш</i>	38
<i>Кесар кесиш жарроҳлик амалиётининг хавфсизлигини текшириш бўйича акушерлик назорат рўйхати</i>	41
<i>Кечиктириб бўлмайдиган тоифасига қараб кесар кесиш жарроҳлик амалиётини ўтказиш учун кўрсатмалар</i>	43
<i>Шифокорнинг ҳаракатлар алгоритми</i>	45
<i>Кесар кесиш жарроҳлик амалиётининг паспорти</i>	46
<i>Операциядан аввал беморнинг дастлабки аҳволининг жисмоний ҳолатини баҳолаш шкаласи (ASA)</i>	47
<i>Қийин интубация ҳолатида ҳаракатлар алгоритми</i>	48
<i>«Вентиляция қилиш имкони йўқ – интубация қилиш имкони йўқ» ҳаракатлар алгоритми</i>	48
<i>Оғриқсизлантиришдан аввал наркоз ва нафас бериш ускуналарини текшириш бўйича назорат рўйхати</i>	49
<i>Антикоагулянтлар ёки/ва антиагрегантларни қабул қиладиган беморларда анестезиологик таъминотни ўтказиш хусусиятлари</i>	52
<i>Оғриқнинг жадаллигини баҳолаш визуал-аналог шкаласи</i>	53

<i>Назорат рўйхати</i>	54
<i>Бемор учун маълумот</i>	55
<i>Кесар кесии жарроҳлик амалиётини амалга ошириши техникаси</i>	57
Фойдаланилган адабиётлар	62

Ишчи гуруҳ таркиби:

Ишчи гуруҳ раҳбарлари

Абдуллаева Л.М., т.ф.д.	Ўзбекистон республикасининг Соғлиқни Сақлаш Вазирлигининг бош акушер-гинекологи
Юсупов У.Ю., т.ф.д., профессор	РИАГИАТМ, акушерлик бўлими илмий раҳбари
Надырханова Н.С., т.ф.н.	РИАГИАТМ, директор
Любчик А.С., т.ф.н.	РПМ, директор

Масъул ижрочилар

Султанов С.Н., т.ф.д., профессор	РПМ
Джаббарова Ю.К., т.ф.д., профессор	РПМ
Алиева Д.А., т.ф.д., профессор	РИАГИАТМ
Ким Ё.Д.	РИАГИАТМ, анестезиолог-реаниматолог
Каримов З.Д., т.ф.д., профессор	Тошкент ШПМ, директор
Иргашева С.У.	РИАГИАТМ
Юсупбаев Р.Б., т.ф.д.	РИАГИАТМ
Усмонов С.К., етакчи мутахассис	Ўзбекистон Республикаси Инновацион соғлиқни сақлаш миллий палатаси
Уринбаева Н.А., т.ф.д.	РПМ
Матякубова С.А., т.ф.д.	РИАГИАТМ Хоразм вилояти филиали, директор
Нишанова Ф.П., т.ф.н.	РИАГИАТМ
Микиртичев К.Д., т.ф.н.	РИАГИАТМ
Ашурава В.И., т.ф.н.	РИАГИАТМ
Сапаров А.Б., т.ф.н.	РИАГИАТМ
Абидов А.К., т.ф.н.	РИАГИАТМ, анестезиолог-реаниматолог
Бабажанова Ш.Д., т.ф.н.	РПМ
Тараян С.К., т.ф.н.	РИАГИАТМ, анестезиолог-реаниматолог
Умарова Н.М., т.ф.н.	РПМ
Мухамедова У.Ю., т.ф.н.	РПМ
Арифханова З.А.	РПМ
Абдураимов Т.Ф.	РИАГИАТМ
Каюмова Г.Т.	РИАГИАТМ Андижон вилояти филиали, директор
Хамроев А.К.	РИАГИАТМ Навои вилояти филиали, директор
Курбанов П.Х.	РИАГИАТМ Сурхондарё вилояти филиали, директор
Суяркулова М.Э., т.ф.н.	РИАГИАТМ Фарғона вилояти филиали, директор
Шодмонов Н.М., т.ф.н.	РИАГИАТМ Жиззах вилояти филиали, директор
Норкулова М.А., т.ф.н.	РИАГИАТМ Қашқадарё вилояти филиали, директор
Бабажанов М.А.	РИАГИАТМ ҚР филиали, директор
Хамроева Л.К.	РИАГИАТМ Самарқанд вилояти филиали, директор
Садыкова Х.З.	РИАГИАТМ Сирдарё вилояти филиали, директор
Бахранова Н.Р.	РИАГИАТМ Бухоро вилояти филиали, директор
Жумаев Б.А.	РИАГИАТМ Тошкент вилояти филиали, директор
Мухитдинова И.Н., т.ф.н.	РИАГИАТМ Наманган вилояти филиали, директор
Дустмуродов Б.М.	РИАГИАТМ Сурхондарё вилояти №2 филиали, директор
Муминова Ш.С.	РИАГИАТМ, клиник ординатор

Методик ёрдам

Ядгарова К.Т., т.ф.н., клиник баённомаларни ишлаб чиқишни ташкиллаштириш бўлими бошлиғи
Инновацион соғлиқни сақлаш миллий палатаси

Такризчилар

Юсупбаев Р.Б. РИАГИАТМ, т.ф.д., катта илмий ходим, Илмий кенгаш котиби
Каримова Ф.Д. ТХКМРМ, т.ф.д., профессор, Акушерлик ва гинекология №2 кафедраси мудири

<i>РИАГИАТМ</i>	–	<i>Республика ихтисослаштирилган акушерлик ва гинекология илмий-амалий тиббиёт маркази</i>
<i>РПМ</i>	–	<i>Республика перинатал маркази</i>
<i>ШПМ</i>	–	<i>Шаҳар перинатал маркази</i>
<i>ТХКМРМ</i>	–	<i>Тиббиёт ходимларининг касбий малакасини ривожлантириш маркази</i>

Мазкур клиник баённома Ўзбекистон Республикасидаги БМТ Аҳолишунослик Жамғармасининг (ЮНФПА/UNFPA) техникавий кўмагида ишлаб чиқилди

Клиник баённома 2021 йил «25» апрелда Республика ихтисослаштирилган акушерлик ва гинекология илмий-амалий тиббиёт марказининг Илмий кенгаши томонидан кўриб чиқилди ва тасдиқланди, 4-сонли баённома.

Илмий кенгаш раиси – т.ф.д., профессор Асатова М.М.

КИРИШ

Клиник баённоманинг тавсияларига риоя қилиш:

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

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

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

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

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

Клиник баённоманинг мақсади: кесар кесиш жарроҳлик амалиёти билан туғдириш бўйича далилларга асосланган маълумотлар ва тавсияларни тиббиёт ходимларига тақдим этиш.

Беморлар тоифаси: ҳомиладор ва туғувчи аёллар.

Баённомадан фойдаланувчи гуруҳлар: акушер-гинекологлар, анестезиолог-реаниматологлар, тиббиёт ОТМ талабалари, клиник ординаторлар, магистрантлар.

Клиник баённоманинг вазифаси

Мазкур баённомада ҳозирги кунга мавжуд клиник далиллар, малакавий тажриба ва эксперт хулосалари тақдим этилган. Тавсиялар етакчи ташкилотларнинг маълумотларини ўз ичига олган. Маҳаллий шароитларга мослашган ҳолда ишлаб чиқилган. Илғор жаҳон тажрибасига асосланган маълумотларни ўз ичига олган баённомани ишлаб чиқишда асосий талаб ушбу мавзу бўйича энг яхши қўлланмалар материаллари, шунингдек, тавсияларни шакллантиришда илмий маълумотларни қатъий саралаш услубидан фойдаланиш бўлди.

Қисқартмалар рўйхати:

FDA	Озиқ-овқат маҳсулотлари ва дори воситаларни сифатини назорат қилиш АҚШ федерал хизмати
SpO₂	қоннинг кислородга тўйиниш даражаси
anti-HCV	вирусли гепатит С-га антитаначалар
HBsAg	вирусли гепатит В антигени
АБ (ҚБ)	артериал (қон) босими
ФҚТВ	фаоллаштирилган қисман тромбопластин вақти (АЧТВ)
ВАШ	визуал-аналог шкаласи (оғриқнинг жадаллигини баҳолайди)
ОИВ	одам иммунитет танқислиги вируси
ОГВ	оддий герпес вируси
ВТЭА	веноз тромбоэмболик асоратлар
ТИТКИС	томир ичи тарқоқ қон ивиш синдроми (ДВС)
ЎСВ	ўпка сунъий вентиляцияси
ТВИ	тана вазни индекси
КК	кесар кесиш жарроҳлик амалиёти
КТГ	кардиотокограмма
МАК	минимал альвеоляр концентрация
КХТ-10	касалликлар халқаро таснифи 10-нашри
ХНН	халқаро нормаллаштирилган нисбат (МНО)
ХБ	халқаро бирлик
ҲЎЁГ	ҳомиладорлар ўткир ёғли гепатози
НЖЙБК	нормал жойлашган йўлдошнинг барвақт кўчиши
ВГС	В гуруҳи стрептококки
ЎАТЭ	ўпка артерияси тромбоэмболияси
ТЭА	тромбоэмболик асоратлар
УТТ	ультратовуш текширув
ЮУТ	юрак уриш тезлиги
ЭКГ	электрокардиограмма

ҚИСҚАЧА МАЪЛУМОТ

КХТ-10 бўйича кодланиши

О82	Битта ҳомилалик туғруқ, кесар кесиш амалиёти билан туғдириш
О82.0	Электив кесар кесиш жарроҳлик амалиётини ўтказиш
О82.1	Шошилинич кесар кесиш жарроҳлик амалиётини ўтказиш
О82.2	Гистрэктомия билан кесар кесиш жарроҳлик амалиётини ўтказиш
О82.8	Бошқа битта ҳомилалик туғруқни кесар кесиш амалиёти билан туғдириш
О82.9	Аниқланмаган кесар кесиш амалиёти билан туғдириш

Таърифи

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

Кесар кесиш жарроҳлик амалиётининг таснифи

Шошилиничлигига қараб:

- режали
- шошилинич (ургент).

Кечиктириб бўлмайдиган тоифасига қараб:*

I тоифа	Шошилинич КК	Аёл ёки ҳомиланинг ҳаётига хавф туғилганда (имкон қадар тезроқ, аёл шифохонага ётқизилганида ташхис қўйилган вақтдан оператив туғдиришга қадар 30 дақиқадан кечиктирмасдан амалга оширилиши керак).
II тоифа	Кечиктириб бўлмайдиган КК	Ҳаётга хавф солувчи аниқ белгилари кузатилмаган, она ёки ҳомилада кечиктириб бўлмайдиган туғдиришни талаб қиладиган асоратлар мавжуд бўлганда. 60-75 дақиқадан (узоғи билан 75 дақиқада) кечиктирмасдан амалга оширилиши керак.
III тоифа	Режалаштирилган КК	Кесар кесиш жарроҳлик амалиёти билан туғдириш зарур, бироқ она ва ҳомилада кесар кесиш жарроҳлик амалиётини ўтказиш учун шошилинич ёки кечиктириб бўлмайдиган кўрсатмалар мавжуд эмас. 4 соат ичида кечиктирмасдан амалга оширилиши керак.
IV тоифа	Режали КК	Туғдириш вақти аёл ва ҳомила учун оптимал туғиш вақтига мувофиқ белгиланади. 24 соат ичида кечиктирмасдан амалга оширилиши керак.

**Кесар кесиш жарроҳлик амалиётининг кечиктириб бўлмайдиган тоифалари кесар кесишнинг айрим тоифаларида дисциплинарро гуруҳнинг самарадорлигини баҳолаш учун эмас, балки фақат аудит стандартлари сифатида қўлланилиши керак. Кечиктириб бўлмайдиган тоифалар бўйича кесар кесиш жарроҳлик амалиётини ўтказиш учун кўрсатмаларнинг тақсимланиши 4-иловада келтирилган.*

Бачадонда кесанинг жойлашишига қараб:

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

ДИАГНОСТИКА

Анамнез

Анамнезни йиғиш ҳомиладор аёлнинг қуйидаги маълумотларини ўз ичига олиши керак:

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

Физикал текширув

5С	Онанинг ҳолатини (юрак уриш тезлиги (ЮУТ), қон босими (ҚБ), нафас олиш тезлиги (НОТ), эс-хуши, тери қопламлари ҳолати, бачадон ҳолати (бачадон туби баландлиги, тонуси, оғриқлиги), қиндан ажралмалар келиши ва уларнинг ҳолатини баҳолаш ва ташқи жинсий аъзолар кўригини амалга ошириш тавсия этилади.
-----------	--

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

5С	Ҳомиланинг юрак уришини эшитиш ва унинг жойлашиши, олдинда ётган қисми ва ўлчамларини баҳолаш тавсия этилади.
-----------	---

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

Лаборатор ва диагностик текширувлар

3В	КК жарроҳлик амалиётидан аввал ва кейин, 72 соатдан кечиктирмасдан, қоннинг умумий (клиник) таҳлилин текшириш тавсия этилади.
-----------	---

Гемоглобин даражасини текшириш анемияни аниқлаш ва даволаш учун зарур ҳисобланади, бу нохуш перинатал натижаларнинг келиб чиқиш хавфини камайтиришга ёрдам беради. 2-3 триместр даврида гемоглобиннинг нормал даражаси 105 г/л ни ташкил қилади. Йирингли-септик асоратларнинг клиник белгилари кузатилмаган тақдирда, КК

жарроҳлик амалиётидан кейин лейкоцитлар сони ўрта даражада кўтарилиши инфекциянинг мавжудлигини тасдиқлаш учун паст прогностик аҳамиятга эга.

2B	AB0 тизими бўйича асосий қон гуруҳлари ва резус тизимининг D антигенини (резус-омилни) аниқлаш тавсия этилади.
-----------	--

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

Ҳомиладорлик даврининг 3 триместрида текширилмаган бўлса, қуйидаги таҳлиллар ўтказилади:

1A	қонда одам иммунитет танқислиги 1/2 вирусига (кейинги ўринларда ОИВ) M, G (IgM, IgG) синфларининг антитаначалар даражаси ва p24 антигенини (одам папиллома вируси 1/2 + Agp24) текшириш тавсия этилади.
-----------	---

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

2B	қонда оқиш трепонемага (<i>Treponema pallidum</i>) антитаначалар даражасини текшириш тавсия этилади.
-----------	--

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

1B	қонда гепатит В вирусининг (Hepatitis B virus) юзаки антигенига (HBsAg) антитаначалар даражаси ёки гепатит В вируси (Hepatitis B virus) антигенини (HBsAg) текшириш тавсия этилади.
-----------	---

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

4C	гепатит С вирусига (Hepatitis C virus) M ва G (anti-HCV IgG ва anti-HCV IgM) синфларининг умумий антитаначалар даражасини текшириш тавсия этилади.
-----------	--

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

1B	Ҳомиладорлик даврининг 35-37 хавталиқ муддатларида илгари текширилган бўлмаса, бачадон бўйни каналининг ажралмаларида В гуруҳи стрептококкиннинг (ВГС) (<i>S. agalactiae</i>) антигенини текшириш ёки жинсий аъзоларининг ажралмаларида (қин-ректал экмани олиш мақбулроқ) аэроб ва факультатив-анаэроб микроорганизмларга микробиологик (культурал) текширувни ўтказиш тавсия этилади.
-----------	---

В гуруҳи стрептококки ташувчиликга текшириш ва ҳомиладорлик даврида кейинги даволаш аёлларнинг туғруқ йўлларида стрептококклар колонизациясининг пасайиши ва бачадон ичи инфекцияси белгилари кузатилган болалар туғилишининг камайишига олиб

келади. Текширувда мусбат натижа аниқланганда, ҳомиладор аёлларга туғруқ пайтида антибактериал профилактика ўтказилади.

Инструментал диагностик текширувлар

5C КК режали жарроҳлик амалиётидан аввал ҳомиланинг ультратовуш текширувини (УТТ) ўтказиш тавсия этилади.

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

Бошқа диагностик текширувлар

5C КК жарроҳлик амалиётидан аввал анестезиологик ва операцион хавфни аниқлаш учун анестезиолог-реаниматолог шифокоридан маслаҳат олиш тавсия этилади.

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

5C Ҳомиладор аёлда соматик касалликлар мавжуд бўлганда, бошқа мутахассисларнинг маслаҳатини олиш ва жарроҳлик амалиётидан аввал қўшимча текширувларни ўтказиш тавсия этилади.

КўРСАТМАЛАР

Кесар кесиш жарроҳлик амалиётини ўтказиш учун кўрсатмалар:

1. ҳомиланинг нотўғри жойлашиши ва нотўғри келиши (кўндаланг/қийшиқ жойлашиши, пешана билан келиши, юзи билан келишининг орқа кўриниши, ўксимон чокнинг юқорида тўғри туриши, ҳомиланинг боши орқа тепа қисми билан келиши);
2. йўлдошнинг олдинда келиши (тўлиқ, қисман, қон кетиш билан);
3. табиий туғруқ йўллари орқали тез туғдиришга шароит бўлмаганда зўрайиб борувчи НЖЙБК;
4. оғир преэклампсия, эклампсия, HELLP-синдроми, ҳомиладорлик даври ва туғруқ пайтида ҲЎЁГ (табиий туғруқ йўллари орқали туғдиришга шароит бўлмаганда);
5. бачадонда жарроҳлик амалиётлар ўтказилган бўлса: бачадоннинг пастки сегментида икки ва ундан ортиқ КК жарроҳлик амалиёти, корпорал кесар кесиш жарроҳлик амалиёти, бачадон бўшлиғига кириб бориш билан миомэктомия ўтказилганлиги (субмукоз ва ингичка асосли субсероз тугунларининг миомэктомияси КК жарроҳлик амалиётини ўтказиш учун кўрсатма ҳисобланмайди);
6. ҳомиладорлик муддати 32 ҳафтадан кичик бўлган, КК жарроҳлик амалиётини ўтказиш учун бошқа кўрсатмалар бўлган, КК жарроҳлик амалиётидан кейин бачадонда чандиқ бўлган, ҳомила оёғи билан келган, ҳомиланинг боши ҳаддан ташқари ёзилиб келган ҳолатларда ҳомила чаноқ билан келиши;

7. кўп ҳомилаликда ҳомилалардан бирининг ҳар қандай нотўғри жойлашиши, шу жумладан, биринчи ҳомила чаноқ билан келиши; фето-фетал трансфузион синдром;
 - * биринчи ҳомила боши билан келганда, иккинчи ҳомила учун перинатал касалланиш ва ўлим ҳолатларини камайтиришда режали кесар кесиш жарроҳлик амалиётининг самараси номаълум бўлганлиги сабабли, бундай ҳолатларда кесар кесиш жарроҳлик амалиёти мунтазам равишда ўтказилмаслиги керак.
 - * биринчи ҳомила боши билан келмаганда, перинатал натижаларни яхшилашда режали кесар кесиш жарроҳлик амалиётининг самараси ҳам номаълум, бироқ бундай ҳолатларда кесар кесиш жарроҳлик амалиётини ўтказиш керак бўлади.
8. табиий туғруқ йўллари орқали туғдириш учун анатомик ҳосилалар (тўсиқлар) мавжуд бўлиши (бачадон бўйни ўсмалари, катта миомотоз тугун пастда (бачадон бўйнида) жойлашиши, сийдик-таносил аъзоларида пластик жарроҳлик амалиётларидан кейин қин ва бачадон бўйни чандиқли деформациялари, шу жумладан, аввалги туғруқларда III даражали оралик йиртилишини тикиш, ректо-везикал ва ректо-вагинал оқма яралари)
9. кучанишни (туғруқнинг иккинчи даврини) инкор қилишни талаб қиладиган соматик касалликлар мавжудлиги (декомпенсацияланган юрак-қон томир касалликлари, асоратланган миопия, кўчириб ўтказилган буйрак ва тегишли мутахассисларнинг тавсиялари бўйича);
10. самара бермаган туғруқ стимуляцияси ёки туғруқ индукцияси;
11. баъзи оналар инфекциялари:
 - туғруқдан аввал вирусли юкламаси >1000 нусха/мл бўлган ОИВ-инфекцияси, туғруқдан аввал вирусли юкламаси номаълум бўлган ёки ҳомиладор аёл ҳомиладорлик даврида вирусларга қарши терапияни қабул қилмаган бўлса ва/ёки туғруқ пайтида антиретровирус профилактикаси ўтказилмаган бўлса.
 - ҳомиладорлик даврининг учинчи триместрида намоён бўлган оддий герпес бирламчи генитал вирусли инфекцияси.
 - * вирусли С гепатити инфекциясида режали кесар кесиш жарроҳлик амалиётини ўтказиш талаб қилинмайди, чунки инфекция юқиш хавфини камайтирмайди.
 - * қайталанувчи ОГВ билан касалланган аёлларни янги туғилган чақалоққа инфекция юқиш нуқтаи назаридан режали кесар кесиш жарроҳлик амалиётининг исботланмаган таъсири ва режали кесар кесиш жарроҳлик амалиёти мунтазам равишда ўтказилишини талаб қилмасилиги ҳақида хабардор қилиш керак.
12. ҳомиланинг ҳаётига таҳдид солувчи ҳолат ёки ҳомиланинг ноаниқ ҳолати (ўткир фетал дистресс);
13. бачадон йиртилиши хавфи, бачадон йиртилиши бошланиши, содир бўлган бачадон йиртилиши;
14. киндик тизимчаси олдинда келиши ёки тушиши;
15. табиий туғруқ йўллари (қин) орқали туғдириш имконияти бўлмаганда хориоамнионит;
16. чаноқ-бош диспропорцияси, обструктив туғруқлар:
 - * туғдириш усулини танлаш бўйича қарор қабул қилиш учун пельвиометрия қўлланилмайди.
 - * ҳомиланинг ўлчамларини клиник жиҳатдан ва ультратовуш маълумотларига кўра аниқлаш чаноқ-бош диспропорциясини аниқ аниқлаб бермайди.

17. агония ҳолати ёки 20 ҳафталик ҳомиладорлик муддатидан кейин туққан аёлнинг тўсатдан ўлими (онанинг манфаатларини кўзлаб: юрак-ўпка реанимациясининг самарадорлиги ошади).

Кесар кесиш жарроҳлик амалиёти билан туғдириш учун кўрсатмаларни аниқлаш

Қуйидаги ҳолатларда режалаштирилган тартибда (III кечиктириб бўлмайдиган тоифаси) КК жарроҳлик амалиёти билан туғдириш тавсия этилади.

5C	Йўлдошнинг тўлиқ олдинда келиши ёки йўлдошнинг ўсиб киришида режалаштирилган тартибда (III кечиктириб бўлмайдиган тоифаси) КК жарроҳлик амалиёти билан туғдириш тавсия этилади.
-----------	---

Бачадон бўйнининг ички бўғзидан 2 см ёки ундан кам масофада йўлдошнинг қисман олдинда келишида туғдириш кўпроқ КК жарроҳлик амалиёти билан амалга оширилади, бироқ паритет ва туғруқ йўллариининг тайёрлигига (қон кетиши мавжуд ёки мавжуд эмаслиги, туғруқнинг фазасига) қараб табиий туғруқ йўллари орқали туғдириш ҳам мумкин бўлади.

5C	Йўлдошнинг қон томирлари олдинда келишида режалаштирилган тартибда (III кечиктириб бўлмайдиган тоифаси) КК жарроҳлик амалиёти билан туғдириш тавсия этилади.
-----------	--

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

Бачадонда битта чандиқ мавжуд бўлган ва ҳомиладор аёл табиий туғруқ йўллари орқали туғишга қатъийан бош тортганда КК жарроҳлик амалиёти билан туғдириш мумкин бўлади.

4C	Анамнезда гистеротомия жарроҳлик амалиёти ўтказилганда (бачадон перфорацияси, най бурчаги соҳаси кесилиши, рудиментар шох кесилиши, анамнезда корпорал КК, Т-симон ёки J-симон кесма) ёки бола туғилиши учун туғруқ йўлларида ҳосилалар (тўсиқлар) мавжуд бўлганда (торайиш даражаси II-IV бўлган анатомик тор чаноқ; тос суяклари деформацияси; табиий туғруқ йўллари орқали бола туғилишига тўсқинлик қиладиган, айниқса пастки сегментда жойлашган катта ўлчамдаги бачадон миомаси; аввалги жарроҳлик амалиётларидан кейин қин ва бачадон бўйни чандиқли деформациялари, шу жумладан, аввалги туғруқларда III-IV даражали оралик йиртилишидан кейин; бачадон бўйни саратони, бачадон бўйни саратони преинвазив ва микроинвазив шакллари бундан мустасно) режалаштирилган тартибда (III кечиктириб бўлмайдиган тоифаси) КК жарроҳлик амалиёти билан туғдириш тавсия этилади.
-----------	--

3C	Бошқа акушерлик хавф омиллари билан боғлиқ ҳолда ҳомиланинг тахминий вазни (≥ 4500 г дан) катта бўлганда режалаштирилган тартибда (III кечиктириб бўлмайдиган тоифаси) КК жарроҳлик амалиёти билан туғдириш тавсия этилади.
-----------	---

3B	Ҳомиладорлик муддати 32 ҳафтадан кичик бўлган, КК жарроҳлик амалиётини ўтказиш учун бошқа кўрсатмалар билан боғлиқ ҳолда, КК жарроҳлик амалиётидан кейин бачадонда чандиқ бўлган, ҳомила оёғи билан келган, ҳомиланинг тахминий вазни <2500 г ёки >3600 г дан бўлган, ҳомиланинг боши ҳаддан ташқари ёзилиб келган ҳолатларда ҳомила чаноқ билан келиши режалаштирилган тартибда (III кечиктириб бўлмайдиган тоифаси) КК жарроҳлик амалиёти билан туғдириш тавсия этилади.
-----------	--

<2500 г ёки >3600 г вазнли чаноқ билан келишида ҳомила туғилиши клиник тавсиялардан четга чиқиш ҳисобланмайди. Ҳомиласи чаноқ билан келган ҳомиладор аёлларни жарроҳлик амалиёти билан туғдириш тавсия хусусиятига эга, ҳамда аёлнинг паритети ва акушерлик вазиятга боғлиқ бўлади.

5C Ҳомила барқарор кўндаланг жойлашишида режалаштирилган тартибда (III кечиктириб бўлмайдиган тоифаси) КК жарроҳлик амалиёти билан туғдириш тавсия этилади.

Баъзи ҳолларда, ҳомиладорлик даврининг 37 ҳафталик муддатида ҳомилани ташқаридан айлантиришни амалга ошириш мумкин бўлади. Уриниш муваффақиятсиз бўлса, 39⁰-39⁶ ҳафталик муддатларда ёки режалаштирилган жарроҳлик амалиётидан аввал такроран амалга ошириш мумкин бўлади. Ушбу муддатда ҳомилани ташқаридан айлантириш муваффақиятли амалга оширилса, унда ҳомиланинг беқарор жойлашиши киндик тизимчаси тушиш хавфини ошириши сабабли преиндукция ёки индукцияни амалга ошириш керак бўлади.

5C Анамнезда нохуш натижа (ўлик туғилиш, оғир гипоксия, энцефалопатия, бола ва она (қов суяклари бирикмаси) шикастланиши) билан яқунланган ҳомила елкаси дистоциясида режалаштирилган тартибда (III кечиктириб бўлмайдиган тоифаси) КК жарроҳлик амалиёти билан туғдириш тавсия этилади.

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

5C Туғруққача 6 ҳафта давомида генитал герпес тошмаларида (бирламчи инфекция ёки қайталаниши) режалаштирилган тартибда (III кечиктириб бўлмайдиган тоифаси) КК жарроҳлик амалиёти билан туғдириш тавсия этилади.

Табиий туғруқ йўллари орқали туғруқда эрта неонатал герпеснинг ривожланиш хавфи 41% ни ташкил қилади. Везикулаларнинг ажралмаларини текшириш ёки тошма жойларидан қирма олиш орқали полимераз занжирли реакция усулида, IgG, IgM антитаначалари мавжудлигига қон зардобини ИФТ ёрдамида (текшириш имкони мавжуд бўлса) ташхис тасдиқланиши керак. Шу билан бирга, қайталанувчи герпес мунтазам равишда режалаштирилган кесар кесиш жарроҳлик амалиёти билан туғдириш фойдаси ҳақида ишончли далиллар мавжуд эмас. Қайталанувчи ОГВ билан касалланган аёлларни янги туғилган чақалокқа инфекция юқиш нуқтаи назаридан режали кесар кесиш жарроҳлик амалиётининг исботланмаган таъсири ва режали кесар кесиш жарроҳлик амалиёти мунтазам равишда ўтказилишини талаб қилмасилиги ҳақида хабардор қилиш керак

3C Туғруқдан аввал вирусли юкламаси >1000 нусха/мл бўлган ОИВ-инфекцияси, туғруқдан аввал вирусли юкламаси номаълум бўлган ёки ҳомиладор аёл ҳомиладорлик даврида вирусларга қарши терапияни қабул қилмаган бўлса ва/ёки туғруқ пайтида антиретровирус профилактикаси ўтказилмаган бўлса режалаштирилган тартибда (III кечиктириб бўлмайдиган тоифаси) КК жарроҳлик амалиёти билан туғдириш тавсия этилади.

Онадан болага ОИВ инфекцияси юқишини олдини олиш мақсадида режали кесар кесиш жарроҳлик амалиётини туғруқ фаолияти бошланмаган ҳолда ҳомиладорлик муддати 38 ҳафтага етгач ўтказиш тавсия этилади.

5C Айрим ҳомиланинг ривожланиш аномалияларида (гастрошизис, омфалоцеле, катта

Ўлчамдаги думғаза-дум тератомаси) режалаштирилган тартибда (III кечиктириб бўлмайдиган тоифаси) КК жарроҳлик амалиёти билан туғдириш тавсия этилади.

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

5C Кучанишни (туғруқнинг иккинчи даврини) инкор қилишни талаб қиладиган соматик касалликларда (декомпенсацияланган юрак-қон томир касалликлари, асоратланган миопия, кўчириб ўтказилган буйрак ва бошқалар) режалаштирилган тартибда (III кечиктириб бўлмайдиган тоифаси) КК жарроҳлик амалиёти билан туғдириш тавсия этилади.

Баъзи ҳолларда, тегишли мутахассислар иштирокида бундай масалалар консилиум орқали ҳал қилиниши керак.

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

Қуйидаги ҳолатларда кечиктириб бўлмасдан (II кечиктириб бўлмайдиган тоифаси) КК жарроҳлик амалиёти билан туғдириш тавсия этилади.

5C Муддатига етган ҳомиладорликда қоғаноқ пардасининг муддатидан олдин ёрилиши ва режали КК жарроҳлик амалиётини ўтказишга кўрсатмалар бўлса

5C Оғир преэклампсия, ҳомиладорлик даври ва туғруқ пайтида HELLP-синдромида (табиий туғруқ йўллари орқали туғдиришга шароит бўлмаганда)

5C Ҳомила дистресси билан бирга кечмайдиغان бачадон қисқариш фаолиятининг коррекция қилинмайдиган бузилишларида (туғруқ фаолияти сустлиги, туғруқ фаолияти дискоординацияси, бачадон бўйни дистоцияси)

2B Окситоцин билан туғруқни чақириш усули самара бермаганда

5C Хориоамнионит ва туғруқ йўллариининг тайёр эмаслигида

5C Ўтказилган даволаш муолажаларига қарамасдан (намланган кислород бериш ва/ёки электролит эритмани тез юбориш, ва/ёки тана ҳолатини ўзгартириш ва/ёки ўткир токолизни ўтказиш (ёки доплерография маълумотларига кўра киндик артериясида қон айланиши бузилиши)) зўрайиб борувчи, кардиотокографиянинг шубҳали тури билан кечадиган ҳомила дистресс-синдромида.

Қуйидаги ҳолатларда шошилиш тартибда (I кечиктириб бўлмайдиган тоифаси) КК жарроҳлик амалиёти билан туғдириш тавсия этилади:

5C Қон кетиши билан кечадиган йўлдош олдинда келишининг ҳар қандай турида

5C Зўрайиб борувчи нормал жойлашган йўлдошнинг барвақт кўчишида

5C Бачадон йиртилиши хавфи, бачадон йиртилиши бошланиши, содир бўлган бачадон йиртилишида

5C КТГ маълумотларига (патологик тури) ёки лактат даражасига кўра зўрайиб борувчи метаболик ацидоз белгилари билан кечадиган ҳомила дистресс-синдромида

5C Клиник тор чанокда

5C Ҳомила боши билан келганда киндик тизимчаси ёки ҳомиланинг қўли тушишида

5C Туғруқ пайтида эклампсия хуружи содир бўлганда.

5C Ҳомиласи тирик аёлнинг агония ҳолатида ёки тўсатдан ўлимида

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

5C Яшаб кетишига имкон бермайдиган ҳомиланинг аномалияларида (клиник тор чанок ҳолатига олиб келиши мумкин бўлган аномалиялар ва табиий туғруқ йўллари орқали туғдириш КК жарроҳлик амалиёти билан туғдиришга нисбатан юқори хавф туғдирадиган ҳолатлар бундан мустасно) КК жарроҳлик амалиёти билан туғдириш **тавсия этилмайди.**

5C Ҳомиланинг нобуд бўлишида (табиий туғруқ йўллари орқали туғдириш КК жарроҳлик амалиёти билан туғдиришга нисбатан юқори хавф туғдирадиган ҳолатлар бундан мустасно) КК жарроҳлик амалиёти билан туғдириш **тавсия этилмайди.**

5C <24⁰ ҳомиладорлик муддатида ҳомила томонидан КК жарроҳлик амалиётини ўтказиш учун кўрсатмалар мавжуд бўлганда (табиий туғруқ йўллари орқали туғдириш КК жарроҳлик амалиёти билан туғдиришга нисбатан юқори хавф туғдирадиган ҳолатлар бундан мустасно) КК жарроҳлик амалиёти билан туғдириш **тавсия этилмайди.**

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

5C Режали КК жарроҳлик амалиётини ҳомиладорликнинг 39-40 ҳафталик муддатида ўтказиш тавсия этилади.

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

Кесар кесиш жарроҳлик амалиёти билан туғдиришнинг жарроҳлик техникаси

1A КК жарроҳлик амалиётидан аввал сийдик катетерини ўрнатиш ва туклар меъеридан ортик ўсиб кетган ҳолда тахминий тери кесмаси соҳасидаги тукларни олиб ташлаш тавсия этилади.

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

5C КК жарроҳлик амалиётидан аввал операцион хонасида ҳомиланинг жойлашиши, олдинда ётган қисми ва юрак уриш сонини текшириш тавсия этилади.

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

5C Туғруқдан олдин ва эрта туғруқдан кейинги даврларда веноз тромбоз эмболик асоратларни олдини олиш мақсадида компрессион трикотаж узун пайпоқларни (чулоқларни) кийиш тавсия этилади.

5C Операцион хонасида юзага келиши мумкин бўлган асоратларни ўз вақтида бартараф этиш мақсадида томир ичи инфузияларни бажариш учун томир ичи катетерини ўрнатиш тавсия этилади.

5C КК жарроҳлик амалиётидан аввал кристаллоид эритмалар билан инфузион терапияни бошлаш тавсия этилади.

5C Антиретровирус терапияни қабул қилмаган ОИВ билан касалланган аёлларда антиретровирус профилактикасини ўтказиш тавсия этилади.

5C Операция олди тайёргарлик ва КК жарроҳлик амалиёти пайтида хавфсиз тиббий ёрдам кўрсатиш масалалари рўйхати ва уларни бажарилиши қайд этилишидан иборат назорат рўйхатини тўлдириш тавсия этилади.

1A КК жарроҳлик амалиёти пайтида операцион жароҳат инфекциясини олдини олиш мақсадида хлоргексидин спиртли эритмаси билан терида операция олди ишлов бериш тавсия этилади.

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

1A Операциядан кейинги даврда камроқ оғриқ кузатилиши ва яхшироқ косметик натижа бериши туфайли терида қўндаланг кесмадан фойдаланиш тавсия этилади.

Терининг кесмаси қорин пастки қисмида қўндаланг ёки вертикал (ўрта чизиқ бўйлаб ёки парамедиал) бўлиши мумкин. Joel-Cohen бўйича лапаротомияда операциянинг давомийлиги ўртача 11,4 дақиқага, операция бошланишидан туғруқгача бўлган вақт 1,9 дақиқага қисқаришига, операциядан кейинги гипертермия частотаси камайишига ва стационарда бўлиш муддати қисқаришига, операциядан кейинги даврда аналгезияга (оғриқсизлантиришга) бўлган эҳтиёжни камайишига олиб келади.

1B КК жарроҳлик амалиёти билан туғдиришда тери ва чуқурроқ тўқималарни кесиш учун алоҳида скальпельдан фойдаланиш **тавсия этилмайди**, чунки бу операцион жароҳат инфекциясининг келиб чиқиш частотасини камайтирмайди.

1A КК жарроҳлик амалиёти билан туғдиришда сийдик қопини силжитиш **тавсия этилмайди**.

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

1A КК жарроҳлик амалиёти билан туғдиришда яхшироқ битиши туфайли бачадоннинг пастки сегментида қўндаланг кесмадан фойдаланиш тавсия этилади.

1А	КК жарроҳлик амалиёти билан туғдиришда бачадондаги бошқа кесмалардан (кўндаланг равоксимон, паст вертикал (истмико-корпорал), «классик» (корпорал – бачадон танасининг ўрта чизиғи бўйлаб), Т- ёки J-симон кесмадан, Фритч бўйича бачадон тубида кўндаланг кесмадан) мунтазам равишда фойдаланиш тавсия этилмайди .
-----------	--

Анамнезда КК жарроҳлик амалиётини ўтказган аёлларда кейинги ҳомиладорлик ва туғруқ пайтида бачадон йиртилиши хавфи мавжуд бўлади. Бачадон йиртилишининг энг катта хавфи «классик» (корпорал) ва Т-симон кесмалардан кейин 4-9%; камроқ – вертикал (истмико-корпорал) 1%-7% ва кўндаланг кесмаларида 0,2%-1,5% ни ташкил қилади. Амалдаги замонавий қўлланмаларда бачадондаги аввалги кесмаси классик, J-симон ёки Т-лангарсимон бўлган аёллар учун қайта КК жарроҳлик амалиётини ўтказиш тавсия қилинади.

Бачадонда Т-лангарсимон ёки J-симон, классик кесмалардан фойдаланилганда, шунингдек, КК жарроҳлик амалиёти пайтида миомэктомия ўтказилганда, касаллик тарихида, операцион журналида, чиқариш варақасида ҳужжатлаштиришдан ташқари, кейинчалик фақат КК жарроҳлик амалиёти билан туғиш зарурлиги тўғрисида аёлни ҳам хабардор қилиш керак. Операцион жароҳат турли йўналиш бўйлаб бориши туфайли Т-симон кесма ёмонроқ битади, шунинг учун ундан фойдаланмаслик лозим, ва зарур ҳолларда J-симон кесмадан фойдаланиш тавсия этилади.

1А	КК жарроҳлик амалиёти билан туғдиришда камроқ миқдорда қон йўқотиш ва қон қуйишга нисбатан камроқ эҳтиёж бўлиши туфайли бачадонда чандиқ бўлмаганда бачадондаги жароҳатни тўмтоқ тарзда кенгайтириш тавсия этилади.
-----------	---

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

2В	Бачадонда кўндаланг йўналишда кесмани бажаришда, жароҳат четларини кранио-каудал йўналишда очиш тавсия этилади.
-----------	---

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

2В	КК жарроҳлик амалиёти билан туғдиришда ҳомила боши билан келганда ҳомилани чиқариб олишда қуйидаги жарроҳлик тактикасини қўллаш тавсия этилади: бачадоннинг олд ёки орқа деворлари ва ҳомиланинг боши ўртасидан пастроқ тўртта бармоқни жойлаштириб, кейин ҳомиланинг бошини бироз юқорига кўтарган ва бармоқларни букган ҳолда ҳомиланинг бошини жароҳат соҳасига кириб боришига ёрдам берилади.
-----------	---

Ҳомила қийинчилик билан туғилишида чайқалиш ҳаракатларидан фойдаланиш, ортиқча куч ишлатиш тавсия этилмайди, вазиятни хотиржам баҳолаш ва қийинчилик сабабини аниқлаш керак. Ҳомиланинг бошини чиқариб олишга ёрдам бериш учун ассистент бачадон тубига босим ўтказиши керак. Ассистентнинг ёрдамига қарамасдан, ҳомиланинг боши туғилмас, бачадондаги кесмани юқорига (J-симон кесма) кенгайтириш тавсия этилади. Операциядан кейинги даврда жароҳат битиши учун шароитлар ёмонлашиб бораётганлиги сабабли, бачадондаги лангарсимон кесмани ҳозирги кунда қўллаш тавсия этилмайди.

Муддатидан олдин жарроҳлик амалиёти билан туғдиришда ҳомилага шикаст етказиш хавфини камайтириш учун қоғаноқ пардасининг бутунлигини сақлаган ҳолда ҳомилани чиқариб олиш афзал ҳисобланади.

4C	КК жарроҳлик амалиёти билан туғдиришда паст жойлашган ҳомиланинг бошини ассистент қўли билан қин орқали туртки бериши ёрдамида чиқариб олиш тавсия этилади.
-----------	---

3B	КК жарроҳлик амалиёти билан туғдиришда паст жойлашган ҳомиланинг бошини иккала оёқни ушлаб ва уларни эҳтиёткорлик билан тортиб олиш орқали чиқариб олиш тавсия этилади.
-----------	---

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

3B	КК жарроҳлик амалиёти билан туғдиришда юқори жойлашган ҳомиланинг бошини чаноқ қисмига ичкаридан айлантериш ва болани думбаси/оёқларидан тортиб олиш орқали ҳомилани чиқариб олиш тавсия этилади.
-----------	---

4C	КК жарроҳлик амалиёти билан туғдиришда юқори жойлашган ҳомиланинг бошини инструментлар ёрдамида чиқариб олиш тавсия этилади (акушерлик қисқичлари, вакуум-экстрактор).
-----------	--

3C	КК жарроҳлик амалиёти билан туғдиришда ҳомиланинг кўндаланг жойлашишида ҳомиланинг олд оёғини чиқариб, сўнгра танаси ва бошини туғиш ёки бачадонда J-симон ёки вертикал кесмани бажариш орқали ҳомилани чиқариб олиш тавсия этилади.
-----------	--

4C	КК жарроҳлик амалиёти билан туғдиришда чаноқ кириш қисмига қараган орқа билан ҳомиланинг кўндаланг жойлашишида ва қоғаноқ пардаси бутун (ёрилмаган) бўлганда бачадонда кесмани бажаришдан аввал бачадоннинг пастки сегментида кесма орқали ҳомилани хавфсиз чиқариб олиш учун боши ёки думбасига ҳомилани интраабдоминал айлантериш орқали ёки ҳомилани айлантеришдан аввал бачадонда вертикал кесмани бажариш орқали ҳомилани чиқариб олиш тавсия этилади.
-----------	---

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

3C	Йўлдошнинг олдинда келишида ва йўлдошнинг кесмага тушишини олдини олиш мумкин бўлмаганда, уни қўл билан қоғаноқ пардасигачан тезда ажратиб олиб, сўнгра қоғаноқ пардасини ёриш тавсия этилади.
-----------	--

Йўлдошнинг кесмада жойлашиш эҳтимоли операциядан олдинги текширув жараёнида УТТда аниқланиши керак. Кўпинча йўлдош пастга қараб (асосий қисми бачадон танасида ва тубида жойлашганида), камдан-кам юқорига ёки ён томонга ажратилади (асосий қисми пастки сегментда жойлашганида). Жарроҳ бармоғи билан йўлдошни тешиши (“бурлаши”) ва ёриши ёки скальпель билан уни кесиши муқаррар равишда ҳомилада қон йўқотишга

олиб келади, шу сабабли киндик тизимчасини иложи борича тезроқ қисиб олиш керак бўлади.

1А Қон йўқотиш ҳажмини камайтириш мақсадида ҳомилани чиқариб олишдан кейин утеротоник дори воситаларни юбориш тавсия этилади.

Қуйидаги утеротоник дори воситалардан фойдаланиш мумкин:

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

1А Киндик тизимчаси қисиб олингандан кейин, қон йўқотиш ҳажмини камайтириш мақсадида йўлдошни киндик тизимчасидан тракция (тортиш) ҳаракатлари орқали ажратиш тавсия этилади.

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

1А КК жарроҳлик амалиётида бачадон деворлари кюретажини бажариш ва антисептик билан ишлов бериш **тавсия этилмайди**.

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

1А КК жарроҳлик амалиётида шифокорнинг ихтиёрига кўра бачадонни тикиш пайтида бачадонни экстериоризация қилиш (қорин бўшлиғидан ташқарига чиқариш) тавсия этилади: бачадон қорин бўшлиғидан чиқарилиши ёки қорин бўшлиғида қолдирилиши мумкин.

Бачадон қорин бўшлиғидан ташқарига чиқариб олинганда, бачадон томирларининг механик компрессияси ва қисилиши содир бўлади ва кам миқдорда қон йўқотилади. Шунинг таъкидлаш кераки, бачадоннинг орқа юзасини тўлиқ текшириш керак бўлса, бачадонни қорин бўшлиғидан ташқарига чиқариб олиш керак бўлади (миома тугунларини олиб ташлаш, йўлдошнинг ўсиб киришида метропластикани бажариш ва бошқ.).

1А КК жарроҳлик амалиётида , операция жароҳатнинг четларини бир бирига келтириш қийин бўлганда, кўп миқдорда қон кетаётганда ва инфекция хавф даражаси юқори бўлганда, ҳам бир қаторли, ҳам икки қаторли чокни қўйиш тавсия этилади.

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

1A КК жарроҳлик амалиётида висцерал ва париетал қорин пардасини шифокорнинг ихтиёрига кўра тикиш тавсия этилади.

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

5C КК жарроҳлик амалиётида қориннинг тўғри мушакларини шифокорнинг ихтиёрига кўра тикиш тавсия этилади ва мажбурий ҳисобланмайди.

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

1A КК жарроҳлик амалиётида апоневрозни бир қаторли чок билан тикиш тавсия этилади.

1A КК жарроҳлик амалиётида қалинлиги 2 см ва ундан ортиқ бўлган тери ости ёғ қатламини тикиш тавсия этилади.

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

5C КК жарроҳлик амалиётида семиз аёлларда (тана вазни индекси (ТВИ) ≥ 30 кг/м²) тери ости ёғ қатламини мунтазам равишда дренажлаш **тавсия этилмайди**.

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

2B Терини тиклашда ҳар қандай усулларни қўллаш тавсия этилади: алоҳида тугунли чокларни қўйиш, узлуксиз тери ичи чокини қўйиш, скобалардан фойдаланиш.

Косметик чок аёллар учун қулай, гарчи терини тиклаш учун кўпроқ вақт керак бўлсада, бироқ операцион жароҳат соҳасида инфекцион асоратларнинг ривожланиши камдан-кам кузатилади.

Кесар кесиш жарроҳлик амалиётида қўлланиладиган оғриқсизлантириш усуллари

3C Оғриқсизлантиришдан аввал анестезиолог-реаниматолог анамнезни йиғиши ва йўналтирилган физикал текширувни ўтказиши; ҳомиладорлик даврида аёл организмидаги физиологик ўзгаришларни, шунингдек FDA бўйича тератогенлик

синфларини, ҳомиладорлик ва эмизикли даврларида уларни қўллашга қарши кўрсатмаларни ҳисобга олиши; таклиф этилаётган оғриқсизлантириш усулига, керакли муолажаларни ва интенсив даволаш тадбирларини (қоннинг таркибий қисмларини қуйиш, магистрал томирларни катетеризация қилиш ва бошқ.) ўтказиш учун аёлнинг (ёки унинг қариндошлари/вакиллари) тиббий аралашувга ихтиёрий равишда розилик беришини ёки уни рад этишини касаллик тарихида қайд этиши; аёлнинг жисмоний ҳолатини кўриқдан ўтказиши, трахея интубациясидаги қийинчиликлар келиб чиқиш хавфини, тромбозлиқ асоратлар юзага келиш хавфини, аспирацион синдром ва анафилаксиянинг келиб чиқиш хавфини қайд этиши ва ўтказилган профилактик тадбирлар туғруқ тарихида белгиланиши тавсия этилади.

5C КК жарроҳлик амалиётидан аввал анестезиолог-реаниматолог шифокори периоперацион даврда аёл ва ҳомиланинг хавфсизлик даражасини ошириш учун ASA шкаласи бўйича аёлнинг жисмоний ҳолатини баҳолаши тавсия этилади.

3C КК жарроҳлик амалиёти билан туғдиришда аёлнинг хавфсизлигини таъминлаш учун қуйидаги тадбирлар бўйича назорат рўйхатини тўлдириш тавсия этилади: ускуналар ва дори воситаларни текшириш; аёлнинг операция олди текшируви ва тайёрлиги; шприцларни белгилаш; қийин/муваффақиятсиз трахея интубацияси; анафилаксия; маҳаллий анестетикларнинг тизимли токсиклиги; массив қон кетиши; операциядан кейинги даво, шу жумладан, оғриқсизлантириш; санитария-эпидемиологик хавфсизлик.

5C КК жарроҳлик амалиёти билан туғдиришдан аввал анестезиолог-реаниматолог шифокори наркоз ва нафас бериш ускуналарининг созлигини текшириши тавсия этилади.

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

2B Режалаштирилган тартибда КК жарроҳлик амалиёти билан туғдиришда ўпка асоратларини олдини олиш мақсадида аспирацион синдромининг профилактикасини ўтказиш тавсия этилади (овқат емаслик, антацидларни қабул қилиш, тезкор кетма-кет индукцияни ўтказиш).

ASA (American Society of Anesthesiologists) тавсияларига кўра, операциядан 6-8 соат аввал, қабул қилинган овқатнинг турига қараб озик-овқат истеъмолини чеклаш керак бўлади:

оғриқсизлантиришдан 6 соат аввал тиниқ суюқликларни, 8 соат аввал қаттиқ овқатни (қовурилган овқатлар, ёғли овқатлар ёки гўшт).

Аспирацион синдромини олдини олиш учун тавсия этилган дори воситаларнинг бирон бири далилий асосга эга эмас, бироқ Америка Анестезиологлар Жамияти томонидан антацидлар, H₂-гистамин блокаторлари ва метоклопрамидни қўллаш тавсия этилади (2007, 2016). Ниқоб орқали вентиляция ўтказиш босқичида Селлик усулини қўллаш керак бўлади.

2A Асоратланмаган ҳомиладорликда режалаштирилган тартибда КК жарроҳлик амалиёти билан туғдиришда оғриқсизлантириш бошланишидан 6 соат аввал ўрта миқдорда тиниқ суюқликларни қабул қилиш тавсия этилади.

Тиниқ суюқликларга сув, этисиз мевали шарбат, газланган ичимликлар, чой ва қаҳва қиради. Суюқлик миқдори суюқликдаги зарралар сонидан камроқ аҳамиятга эга. Шу билан бирга, аспирация ривожланиш хавф омиллари мавжуд бўлган аёлларга (масалан, 2-

3 даражали семизлик, қандли диабет, қийин трахея интубацияси) ёки оператив туғдириш хавфи юқори бўлган аёлларга (масалан, ҳомиланинг ноаниқ ҳолати) суяқлик истеъмол қилишда қатъий чекловлар қўйилиши мумкин, қарор индивидуал равишда қабул қилиниши керак. Қаттиқ озик-овқатларни истеъмол қилмаслик керак.

1A	КК жарроҳлик амалиёти билан туғдиришда операцион столни 15° га чап ён томонга бурилган ҳолатда аёлни жойлаштириш ва вазопрессорлардан фойдаланиш (фенилэфрин, норэпинефрин) тавсия этилади.
-----------	---

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

1A	Периоперацион даврда ноинвазив мониторингни ўтказиш (ҚБ, ЮУТ, капнометрия, ЭКГ, SpO ₂) ва сийдик чиқариш тезлигини назорат қилиш тавсия этилади.
-----------	--

1A	КК жарроҳлик амалиёти билан туғдиришда ҳам нейроаксиал оғриқсизлантириш усуллари (эпидурал, спинал, комбинацияланган спинал-эпидурал), ҳам ЎСВда умумий оғриқсизлантириш усуллари қўллаш тавсия этилади.
-----------	--

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

3C	КК жарроҳлик амалиётдан кейин, аёлни интенсив даволаш палатасига (анестезиология-реанимация бўлимининг тузилмасида) ёки уйғониш палатасига ўтказиш тавсия этилади, аёл ўтказилган оғриқсизлантиришдан кейин тўлиқ тикланишигача у ерда қолиши керак бўлади (эс-хуши, нафас олиши, мушак тонуси, гемодинамик кўрсаткичлар, диурез).
-----------	--

1A	КК жарроҳлик амалиёти билан туғдиришда бош мия ички босимининг ўзгариши исталмаган ёки операциядан кейин узоқ муддатли оғриқсизлантириш режалаштирилган клиник ҳолатларда, шунингдек, аввалги туғруқларда эпидурал бўшлиқ катетеризацияланганда, спинал оғриқсизлантириш ўрнига эпидурал оғриқсизлантириш усулини ўтказиш тавсия этилади. Қарор индивидуал равишда қабул қилиниши керак.
-----------	--

Спинал ва эпидурал оғриқсизлантириш усуллари бир хил даражада хавфсиз ҳисобланади, бироқ спинал оғриқсизлантириш усули кўпинча гипотензия билан кузатилади. Шу билан бирга, КК жарроҳлик амалиёти билан туғдиришда спинал оғриқсизлантириш усулининг эпидурал оғриқсизлантириш усулидан афзалликлари қуйидагича: техник жиҳатдан осон ўтказилади; таъсири тезроқ бошланади (латент даври аёлни жойлаштириш ва жарроҳлик майдонига ишлов бериш учун зарур бўлган вақтга мос келади); усулнинг арзонлиги (эпидурал оғриқсизлантириш усули билан таққослаганда); камроқ оғриқ кузатилиши; препаратнинг дозаси ошириб юборилиши истисно қиладиган ва маҳаллий

анестетикларнинг токсик таъсирини деярли бартараф этадиган маҳаллий анестетикнинг камроқ дозаси ишлатилади; янада тўлиқ сенсор ва мотор оғриқсизлантиришга эришилади. Антикоагулянтлар ва/ёки антиагрегантларни қабул қиладиган аёлларда оғриқсизлантиришнинг ўзига хос хусусиятларини ҳисобга олиш керак. Асоратлар юзага келиш хавфи юқори бўлган аёлларда туғруқнинг эрта босқичларида режалаштирилган эпидурал катетеризацияни амалга ошириш мумкин бўлади, бу эса катетернинг нормал ишлашини эрта тасдиқлашга имкон беради.

1A	<p>КК жарроҳлик амалиёти билан туғдиришда оғриқсизлантириш усулини танлаётганда, нейроаксиал оғриқсизлантиришни ўтказиш учун қуйидаги қарши кўрсатмаларни ҳисобга олиш тавсия этилади: аёл рад этиши; оғир гиповолемия (геморрагик шок, дегидратация); қон ивиши гипокоагуляция томон бузилиши; ортирилган ёки туғма коагулопатиялар; пункция жойида йирингли ҳосилалар; маҳаллий анестетикларни кўтара олмаслик; сунъий юрак стимулятори бўлган аёлларда юрак ҳайдашининг фракцияси фиксацияланган бўлиши; асаб тизимининг демиелинизацияланувчи касалликлари ва периферик невропатия; юқори бош мия ички босими билан боғлиқ бўлган касалликлар; пункция жойида татуировка бўлиши.</p>
-----------	--

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

1A	<p>Люмбал пункцияни L2 дан пастрок ўрта ва парамедиан чизик бўйлаб кириш орқали бажариш тавсия этилади, чунки орқа миянинг охириги қисми шу сатҳида тугайди.</p>
-----------	--

1A	<p>Нейроаксиал оғриқсизлантириш усулини ўтказишда, ингичка (25G ёки ингичкароқ) спинал игналаридан фойдаланиш тавсия этилади, бу эса пункциядан кейинги бош оғриғининг келиб чиқиш хавфини камайтиради. Люмбал пункцияда учи қаламли турдаги спинал игналардан фойдаланиш тавсия этилади, бу эса пункциядан кейинги бош оғриғининг частотасини камайтиради.</p>
-----------	---

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

2A	<p>Юқори блокни олдини олиш мақсадида семиз ҳомиладор аёлларда маҳаллий анестетикнинг дозаси ўртача 25-30% га камайтирилиши керак. Маҳаллий анестетикнинг</p>
-----------	---

	гипербарик эритмасини юбориш мақбул ҳисобланади.
5C	<p>КК жарроҳлик амалиёти билан туғдиришда оғриқсизлантириш усулини танлашда, нейроаксиал оғриқсизлантиришнинг қуйидаги юзага келиши мумкин бўлган асоратларни ҳисобга олиш тавсия этилади: тез ривожланадиган асоратлар – артериал гипотензия; брадикардия, юрак нервлари блокадаси (Т1-Т4) туфайли юқори спинал оғриқсизлантириш фонид асистолия ривожланиши; кўнгил айниши ва қайт қилиш; гипотермия ва титроқ; юқори ва тотал спинал блок; тери қичиши (опиатлар қўлланилганда); томир ичига юборилганда маҳаллий анестетикнинг токсик таъсири; кеч ривожланадиган асоратлар – пункциядан кейинги бош оғриғи; пункциядан кейинги бел оғриғи; сийдик тутилиши; транзитор неврологик асоратлар; «от думи» синдроми; орқа мия, орқа мия нервлари ва илдизларининг игна билан жароҳатланиши туфайли неврологик етишмовчилик (дефицит) ҳолати ривожланиши; инфекцион асоратлар: постпункцион менингитлар ва менингоэнцефалитлар, эпилепсия ва субдурал абсцесслар.</p> <p>Симпатик блокада туфайли келиб чиққан гипотензия, бачадондаги қон оқимининг пасайишига олиб келади ва шу сабабли ҳар доим даволанишни талаб қилади. Спинал оғриқсизлантиришда гипотензияни олдини олиш усуллари: вазопрессорлардан (норэпинефрин, фенилэфрин, эфедрин) фойдаланиш, компрессион трикотажни кийиш, преинфузия ва қўшимча инфузияларни юбориш. Маҳаллий анестетикнинг тизимли токсиклигининг комплекс давосида в/и болус кўринишда 20% ли ёғ эмульсиясини 1,5 мл/кг дозасида юбориш тавсия этилади, сўнгра токсик белгиларининг оғирлигига қараб 0.25 мл/кг/дақ. тезликда 30-60 дақ. ичида инфузия юборилади. 20% ли ёғ эмульсиясининг максимал дозаси 8 мл/кг ни ташкил қилади. Бош оғриғини бартараф этиш учун эпидурал бўшлиқни аутоқон билан пломбалашни тавсия этиш мумкин. Нейроаксиал инфекция ривожланишини олдини олиш мақсадида асептик шароитда эпидурал катетерни киритиш тавсия этилади. Анестезиолог-реаниматолог юз никоби, қалпоқ ва стерил қўлқоплардан фойдаланиши керак. Пункция жойига йодсиз антисептик эритмаси билан ишлов бериш тавсия этилади.</p>
1A	Спинал оғриқсизлантириш фонид юрак тўхтаб қолишида реанимацион тадбирларни ўтказишда адреналинни эрта юбориш тавсия этилади, бу эса яшаб қолиш эҳтимолини оширишга ёрдам беради.
3C	<p>Қолдиқ сенсор блок белгилари билан кечадиган самарасиз эпидурал оғриқсизлантиришда спинал оғриқсизлантиришни ўтказиш мумкин, бироқ спинал оғриқсизлантиришда қўлланиладиган маҳаллий анестетикнинг дозасини 30% га камайитириш тавсия этилади; муваффақиятсиз эпидурал анестезиядан кейин сенсор блок белгилари кузатилмаганда, маҳаллий анестетик стандарт дозада қўлланилиши мумкин.</p> <p>Муваффақиятсиз эпидурал оғриқсизлантиришдан кейин спинал оғриқсизлантириш усулига ўтиш эпидурал юборилган эритма билан субарахноидал бўшлиқ компрессияси туфайли юқори (тотал) спинал блокни келтириб чиқариши мумкин.</p>
2B	Эпидурал катетерни киритишда бир неча бор парестезиялар кузатилса, катетер ва игнани чиқариб ташлаш ва бошқа сатҳдан пункцияни амалга ошириш тавсия этилади, бу эса нерв илдизига зарар етказмайди.
2B	КК жарроҳлик амалиётининг давомийлиги спинал оғриқсизлантиришнинг давомийлигидан ошиб кетиш эҳтимол бўлса, комбинацияланган спинал-эпидурал оғриқсизлантириш усулини ўтказиш тавсия этилади.

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

1А КК жарроҳлик амалиёти билан туғдиришда аёл нейроксиал оғриқсизлантириш ўтказилишига розилик бермаса ёки нейроксиал оғриқсизлантиришни ўтказишга қарши кўрсатмалар мавжуд бўлса, умумий оғриқсизлантириш ўтказилади.

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

1А Умумий оғриқсизлантиришнинг индукцияси фақат операцион майдонига ишлов бериш ва ёпинғичлар ёпилгандан кейин, шунингдек, операцияни ўтказишга тайёр акушер-гинеколог ва неонатолог шифокорлари борлигида тавсия этилади.

Операциядан 30-40 дақиқа аввал премедикацияни ўтказиш – 0,15-0,25 мг/кг м/о дифенгидрамин юбориш (ёки унга тенг келадиган дозада аналог дори восита) (шошилиш ҳолатда индукциядан аввал в/и).

Трахеяга ошқозондаги егуликнинг регургитацияси ва аспирациясини олдини олиш керак; ҳомилдор аёлни орқага ётқизиб, бачадонни чап томонга буриш; томир ичи катетерини ўрнатиш; сийдик қопага катетерни ўрнатиш; стандарт мониторингни ўтказиш – ҚБ, ЮУТ, капнометрия, ЭКГ, SpO₂, диурез; операция столида ифодаланган брадикардия кузатилса 0,01 мг/кг в/и атропин юбориш (операциядан аввал барча аёлларга мунтазам равишда атропин юбориш тавсия этилмайди); 3 дақ. давомида 100% ли кислород (O₂) билан преоксигенацияни ўтказиш зарур (шошилиш ҳолатда ҳар қандай ўпка сунъий вентилляцияси (ЎСВ) фақат трахея интубацияси бажарилгандан кейин ўтказилади.

2А КК жарроҳлик амалиёти билан туғдиришда ЎСВ билан умумий оғриқсизлантиришни ўтказишда тезроқ кетма-кет индукцияни бажариш тавсия этилади.

Умумий оғриқсизлантиришни ўтказишда қўлланиладиган дори воситалар: 4-5 мг/кг в/и натрий тиопентали, 2,5 мг/кг дан ошмайдиган дозада пропофол қўлланилиши мумкин. Қон кетишида – кетамин (1-1,5 мг/кг). Миорелаксантлар (1-2 мг/кг дозада суксаметоний хлориди).

Селлик усулида трахея интубациясини ўтказиш. Туғувчи аёл эс-хушини йўқотиши билан ассистент узуксимон тоғайга босим ўтказишни бошлайди ва эндотрахеал трубка киритилгунга қадар ва унинг тўғри ўрнатилиши капнография орқали тасдиқлангунга қадар босим ўтказишни давом этади. Қийин интубация ҳолатида ҳиқилдоқ яхши кўринмаганда ҳиқилдоққа ташқи муолажалар сифатида «BURP» усулини (back, upward, right lateral, pressure) (орқага, тепага, ўнг томонга босиш) қўллаш мумкин.

1А Ҳомилани чиқариб олишдан аввал умумий оғриқсизлантиришни ўтказишда чиқарилаётган СО₂нинг концентрациясини 32 мм сим. уст. даражада ушлаб турган ҳолда нормовентилляция режимида ЎСВни ўтказиш тавсия этилади.

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

1А Ҳомилани чиқариб олишдан кейин ЎСВ билан умумий оғриқсизлантиришни ўтказишда ингаляцион анестетикнинг концентрациясини ёки азот оксиди ва опиодни қўшиш билан

0,5 гача ва ундан ҳам камроқ концентрацияга тушириш тавсия этилади.

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

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

5C Ҳомиладор аёлда қон айланиши тўсатдан тўхтаб қолишини қуйидаги белгиларга қараб аниқлаш тавсия этилади: аёл эс-хушини йўқотиши ва спонтан нафас йўқлиги.

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

5C Ҳомиладор аёлда базавий ва/ёки кенгайтирилган реанимацион тадбирларни ўтказишда, қон айланиши тўхтаб қолишининг мумкин бўлган ёки тасдиқланган сабабини (қон кетиши, ЎАТЭ, анафилаксия ва бошқ.) бартараф этиш имкониятини баҳолаш тавсия этилади.

3B 20 ҳафталик ҳомиладорлик муддатидан кейин ҳомиладор аёлда қон айланиши тўсатдан тўхтаб қолишида, юракка етарли даражада веноз қайтишни ва юракнинг ҳайдаш улиши ошишини таъминлаш учун аёл орқасига ётган ҳолатда ҳомиладор бачадонни иложи борича чап томонга ўгириш билан аорто-кавал компрессиянинг механизмини бартараф этиш ва базавий реанимацион тадбирларни бошлаш тавсия этилади.

Аорто-кавал компрессия туфайли ҳомиладор бачадон веноз қайтишни сусайтиради ва шу билан бирга юракнинг функционал ҳолатини тахминан 60% га пасайтиради. Туғдириш кислород истеъмолини камайтиради, веноз қайтишни ва юрак фаолиятини яхшилайтиди, билвосита юрак массажини ўтказишни енгиллаштиради ва вентиляцияни яхшилайтиди. Бундан ташқари, диафрагма орқали ички билвосита юрак массажини ўтказишга имкон беради.

1A Ҳомиладор аёлда қон айланиши тўсатдан тўхтаб қолишида базавий реанимацион тадбирларни қуйидаги кетма-кетликда ўтказиш тавсия этилади: ўзингизнинг хавфсизлигингизга ишонч ҳосил қилинг, ёрдамга чақиринг ва бачадонни чап томонга ўгириш билан аёл орқасига ётган ҳолатда юрак-ўпка реанимациясини бошланг: частотаси камида 100/дақ. билвосита юрак массажини камида 5 см чуқурликда ўтказинг, кўкрак компрессияси: сунъий нафас олдириш нисбати 30:2 ни ташкил қилиши керак.

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

1A 20 ҳафталик ҳомиладорлик муддатидан кейин ҳомиладор аёлда қон айланиши тўсатдан тўхтаб қолишида базавий ва/ёки кенгайтирилган реанимацион тадбирлари самарасиз бўлса, 4 дақиқа ичида реанимацион гистеротомияни ва 5 дақиқа ичида туғдиришни амалга ошириш тавсия этилади. Жойида туғдиришни амалга ошириш учун техник имконият бўлмаса, реанимацион тадбирларини тўхтатмаган ҳолда аёл операцияни

амалга ошириш учун шароит бор жойга иложи борича тезроқ ўтказилади.

Реанимацион гистеротомия ва туғдириш онанинг ва ҳомиланинг манфаатларини кўзлаб амалга оширилади. 20 ҳафталик муддатдан кичик бўлган ҳомиладорликда шошилиш тартибда КК жарроҳлик амалиётини ўтказмаслик мумкин, чунки бу муддатда ҳомиладор бачадон юрак фаолиятига таъсир қилиш эҳтимоли кам. 20-23 ҳафталик муддатда бўлган ҳомиладорликда онанинг ҳаётини сақлаб қолиш учун, 24 ҳафталик муддатдан катта бўлганда эса – она ва ҳомиланинг ҳаётини сақлаб қолиш учун шошилиш реанимацион гистеротомия ва туғдириш амалга оширилади. Реанимацион гистеротомия ва туғдириш биринчи навбатда онанинг ҳаётини сақлаб қолишнинг манфаатларини кўзлаб амалга ошириладиган реанимацион тадбир деб ҳисобланиши керак.

Реанимацион гистеротомия ва туғдиришни амалга ошириш учун шошилиш тўпламини ҳар доим тайёр ҳолатда тутиш тавсия этилади: 10-ўлчамдаги лезвияли скальпель (керак бўлган ягона инструмент), Симпсон-Феноменов қисқичлари; қайчи; тикиш материали; игналар; Kelly қисқичи; Balfour ретракторлари. Реанимацион гистеротомия ва туғдириш аёлнинг транспортировкаси сабабли кечиктирилмаслиги керак. Бу онада қон айланиши тўсатдан тўхтаб қолиши бўлган ва базавий реанимацион тадбирлар ўтказилаётган жойда амалга оширилиши керак. Транспортировка пайтида реанимацион тадбирларни ўтказиш уларнинг сифатини сезиларли даражада пасайтиради, бироқ ушбу операцияни жойида амалга ошириш мутлақо имконсиз бўлса, аёлни тегишли ёрдам кўрсатилишининг тиббиёт муассасасига иложи борича тезроқ ўтказиш жоиз. Реанимацион тадбирлар муваффақиятли бўлса, туғдиришдан кейин аёлни жарроҳлик ва реанимацион ёрдам кўрсатиш имконияти мавжуд бўлган энг яқин тиббиёт муассасасига ўтказиш керак бўлади. Акушер-гинеколог энг тезкор қорин бўшлиғига киришни таъминлайдиган кесмани бажариши керак: пастки ўрта лапаротомия ёки қов суяклари бирикмаси усти кўндаланг кесмаси. Тиббий ёрдамнинг барча босқичларида (шу жумладан, ҳам шифохонагача тиббий ёрдам кўрсатиш босқичида, ҳам анестезиология ва реанимация бўлимида) скальпель ва киндик қисқичи тайёр бўлиши керак. Реанимацион тадбирлар муваффақиятли бўлса, қон йўқотишни назорат қилиш ва йирингли-септик асоратларни олдини олиш билан бачадон ва қорин бўшлиғи одатдаги усулда тикилади.

1А Туғдиришдан кейин қон айланиши тўсатдан тўхтаб қолишида, тавсияларга мувофиқ кенгайтирилган реанимацион тадбирларини (томир ичи катетерини ўрнатиш, дефибрилляция, дори воситалар) 30 дақиқа давомида ўтказиш тавсия этилади.

2В Ҳомиладор аёлда қон айланиши тўсатдан тўхтаб қолишида кенгайтирилган реанимацион тадбирларини ўтказишда ҳомиладор бўлмаган аёлда қўлланилгани каби бир хил дефибрилляция режимларидан фойдаланиш тавсия этилади.

2В Ҳомиладор аёлда қон айланиши тўсатдан тўхтаб қолишида кенгайтирилган реанимацион тадбирларини ўтказишда ҳомиладор бўлмаган аёлда қўлланилгани каби бир хил турдаги томир ичи катетерини ўрнатиш ва дори воситаларидан фойдаланиш тавсия этилади.

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

Кесар кесиш жарроҳлик амалиётидан кейин туққан аёлларни олиб бориш

3В КК жарроҳлик амалиётидан кейин муқобил оғриқсизлантириш, тромбoproфилактика, эрта энтерал овқатланиш, эрта фаоллаштириш (мобилизация), қонда глюкозанинг

	микдорини назорат қилиш, сийдик катетерини олиб ташлаш тавсия этилади.
5C	КК жарроҳлик амалиётидан кейин реанимация бўлиmidан (ёки уйғониш палатасидан) нейроаксиал оғриқсизлантириш (спинал, эпидурал, комбинацияланган спинал-эпидурал) шароитида ўтказилган операциядан кейинги каби ҳолатда туғруқдан кейинги бўлимга эрта ўтказиш тавсия этилади. Преэклампсия билан асоратланган, операциядан олдин ва операция пайтида ёки операциядан кейинги эрта даврда қон кетиши кузатилган, гемодинамик кўрсаткичлар ва ҳаётий муҳим бўлган аъзоларнинг фаолиятини назорат қилишни ва реаниматолог шифокорининг кузатуви остида бўлишни талаб қиладиган оғир соматик касалликлари мавжуд бўлган, операция ҳажми кенгайиш билан (миомэктомия, гистерэктомия, битишмалар мавжудлиги) яқунланган, операция пайтида техник қийинчиликлар юзага келган аёллар бундан мустасно.
3C	КК жарроҳлик амалиётидан кейин аёлни фаоллаштиришдан сўнг сийдик катетерини олиб ташлаш тавсия этилади, бироқ анестетикнинг охириги дозаси эпидурал бўшлиққа юборилган вақтдан 2-4 соатдан аввалроқ эмас. Сийдик катетерини иложи борича эрта олиб ташлаш катетерни ўрнатиш билан боғлиқ бўлган инфекциялар ривожланишини камайтиради. Катетерни спинал блоки тарқалишидан кейин олиб ташлаш керак.
1A	КК жарроҳлик амалиётидан кейин боғламни 6 соатдан кейин олиб ташлаш тавсия этилади, боғлам олиб ташлангандан сўнг, ҳар куни чўмилиш керак бўлади, ҳар куни антисептик воситалар билан ишлов бериш зарур эмас. Операцион жароҳатдан боғламни эрта олиб ташлаш операцион жароҳат инфекциясининг ривожланиш хавфини минималлаштиради.
2B	КК жарроҳлик амалиётидан кейин аёлни эрта фаоллаштириш тавсия этилади: операция тугагандан 4-6 соат ўтгач, аёлга аввал ётоқда ўтириш, оёқларини ерга тушириш ва аста-секин юришни бошлашда ёрдам берилади. Эрта фаоллаштириш қорин бўшлиғида битишмалар ҳосил бўлиши, ўпкада димланиш жараёни ривожланиши (айниқса, умумий оғриқсизлантиришдан кейин эҳтимоли юқори), шунингдек, узок муддатли иммобилизацияда тромбоемболик асоратларнинг ривожланиш хавфини камайтиради. Эрта фаоллаштиришга қарши кўрсатмалар: тана ҳарорати 38°C дан юқори бўлиши, оёқ томирларининг тромбофлебети, қон кетиши, ифодаланган оғриқ синдроми (визуал аналог шкала бўйича (ВАШ) > 50 мм).
1A	КК жарроҳлик амалиётидан кейин муқобил оғриқсизлантиришга эришиш учун қуйидаги усуллар тавсия этилади: ностероид яллиғланишга қарши дори воситалар; парацетамол; маҳаллий анестетик эритмалари билан операцион жароҳат соҳасига ишлов бериш; қорин кўндаланг бўшлиғининг блокадасини бажариш (Transversus Abdominis Plane block – TAP-блокадаси). КК жарроҳлик амалиётидан кейин оғриқсизлантиришнинг мультимодал схемаси энг мақбул ҳисобланади. Опиоидларни қўллаш маълум бўлган ножўя таъсирлар билан боғлиқлиги сабабли, опиоидлар қўлланилишини камайтирадиган ёки ўрнини тўлик босадиган оғриқсизлантириш усулларини қўллаш керак. Операция якунида ёки операциядан кейинги эрта давр бошланишида в/и инфузия кўринишида 1 г дозада парацетамол юбориш тавсия этилади, кунлик дозаси 4 г дан ошмаслиги керак.
1A	КК жарроҳлик амалиётидан кейин эпидурал оғриқсизлантиришни ўтказиш пайтида оғриқсизлантиришни давомий инфузия ёки аутоанальгезия билан давом эттириш тавсия этилади.
1A	Ифодаланган оғриқ синдромида (визуал аналог шкала бўйича (ВАШ) > 50 мм) 20 мг гача

бўлган дозада тримеперидин, 100 мкг гача бўлган дозада фентанилни қўшиш тавсия этилади (в/и юборилади).

1A Оғриқнинг жадаллиги ўрта бўлганда (визуал аналог шкала бўйича (ВАШ) 30-50 мм) трамадол, буторфанолни қўшиш тавсия этилади.

1A Умумий оғриқсизлантириш остида операцияни ўтказган аёлларда оғриқсизлантиришни яхшилаш учун дексаметазоннинг битта периоперацион дозасини юбориш тавсия этилади.

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

1A Одатий анальгетиклар ва опиоидларни қўллаш натижасида оғриқ синдроми енгиллашмаган аёлларда операциядан кейинги оғриқни даволашда ТАР-блокадасини ўтказиш тавсия этилади.

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

1A Нейроаксиал оғриқсизлантириш шароитида КК жарроҳлик амалиётидан 60 дақиқадан сўнг туққан аёлларда суюқлик истеъмол қилишга рухсат бериш тавсия этилади. Умумий оғриқсизлантириш шароитида КК жарроҳлик амалиёти билан туғдиришдан 2 соат ўтгач туққан аёлларда суюқлик истеъмол қилишга рухсат бериш тавсия этилади.

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

1A КК жарроҳлик амалиётидан кейин операциядан олдин ва кейин веноз тромбоэмболик асоратлар (ВТЭА) хавф омилларини ҳужжатлаштириб баҳолаш тавсия этилади.

1A КК жарроҳлик амалиётидан кейин қарши кўрсатмалар бўлмаса, ВТЭА хавфини камайтириш учун оёқларнинг эластик компрессиясини қўллаш тавсия этилади.

Ҳомиладорлик ва туғруқдан кейинги даврларда компрессион трикотаж қўлланилишини асословчи тадқиқотлар ўтказилмаган ва тавсиялар асосан ҳомиладор бўлмаган шифохонага ётқизилган беморларнинг популяциясида компрессион трикотаж қўлланилиши ўрганилган тадқиқотларнинг маълумотларидан хулоса чиқариш (экстраполяция қилиш) орқали олинган. Кичик тадқиқотларда компрессион трикотаж қўлланилиши ҳомиладор аёлларда қайта веноз оқимни сезиларли даражада яхшилаши ва ҳомиладорликнинг сўнгги муддатларида ва туғруқдан кейинги даврда аёлларда бир вақтнинг ўзида ҳам юзаки, ҳам чуқур сон веналари бўшлиғининг диаметрини кичрайтириши орқали қон айланишини кучайтиради.

1A КК жарроҳлик амалиётидан кейин аёлни шифохонадан чиқаришдан аввал операциядан кейинги асоратларни эрта аниқлаш учун динамик кузатувни олиб бориш тавсия этилади.

Текширувга қуйидагилар киради:

2 соат давомида мониторингни ўтказиш (ЭКГ, ноинвазив усуллар ёрдамида ҚБ ўлчаш,

пульсоксиметрия);

ВАШ шкаласи бўйича оғриқнинг даражасини баҳолаш;

тери ҳолатини баҳолаш; ичак перистальтикасини баҳолаш; бачадоннинг ўлчами, консистенцияси, оғриқни аниқлаш учун ташқаридан текшувни ўтказиш; бачадон инволюциясига тўғри келадиган лохиялар (туғруқдан кейинги ажралмалар) миқдори ва ҳолатини баҳолаш; кўкрак безлари ҳолатини баҳолаш (йиринглаш ва лактостаз белгилари билан келадиган кўкрак сўрғичларининг ёрилиши); операциядан кейинги даврда чокнинг ҳолатини баҳолаш (яллиғланиш, шиши, инфильтрация, очилиб кетиши, қон кетиш белгилари); оёқларнинг томирларини пальпация қилиш; чиқарилган сийдик миқдорини баҳолаш.

Кузатувни ҳамшира-анестезистка, доя, шифокор ўтказиши мумкин.

Кузатув қуйидагича амалга оширилади:

КК жарроҳлик амалиётидан кейин дарҳол;

операциядан кейин ҳар 20-30 дақиқада 2 соат давомида;

операциядан кейинги 2 соатдан кейин ҳар 2-3 соатда 6 соатгача;

туғруқдан кейинги бўлимга ўтказишдан сўнг – кунига бир марта ўтказилади

Аёлнинг ҳар қандай шикоятларида, гипертермия, кўп миқдорда қонли ажралмалар келиши ва бошқ. ҳолатларни кузатиш керак. Тана ҳарорати 38°C гача кўтарилиши ва туғруқдан кейин 24 соат ичида қоннинг умумий таҳлилида лейкоцитоз белгилари бўлишига (шу жумладан, КК жарроҳлик амалиётидан кейин) йўл қўйилади. Энг тез-тез учрайдиган сабаби дегидратация ҳисобланади ва олиб бориш тактикаси кўп миқдорда суyoқлик ичиш, инфузион терапиядан иборат. Яллиғланишга қарши дори воситаларни тайинлаш кўрсатилмаган.

1А

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

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

1В

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

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

1В

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

4-6 ҳафта давомида оғир буюмларни кўтаришни чеклаш тос туби мушакларининг функциясига таъсир қиладиган қорин бўшлиғида ички босимни камайтириш учун эмас,

балки апоневроз яхшироқ битиши учун унга юкламани камайтириш зарурати билан боғлиқ бўлади.

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

ҚЎШИМЧА МАЪЛУМОТ

1A	КК жарроҳлик амалиёти билан туғдиришдан аввал антибиотикопрофилактикани ўтказиш тавсия этилади.
-----------	---

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

Антибиотикопрофилактикани ўтказишда қўлланиладиган дори воситалар

Дори восита номи	Дозаси	Юбориш усули
Цефазолин	1 г	в/и секин оқимда
Цефутоксим	1,5 г	в/и секин оқимда
Амоксициллин/клавуланат (ҳомиладорлик муддати <34 ҳафта бўлган аёлларда қўлланилмайди) (янги туғилган чақалоқда НЭЖ ривожланиш хавфи ошади)	1,2 г	в/и, секин оқимда (3-5 дақ. давомида)
Амоксициллин/сульбактам	1,5 г	в/и секин оқимда
Пенициллинлар ва/ёки цефалоспоринларга алергик реакциялар мавжуд бўлганда клиндамицин ёки эритромицин қўлланилиши мумкин		
Клиндамицин	900 мг	м/о, в/и томчилаб

Эритромицин	200 мг	в/и томчилаб
-------------	--------	--------------

1А	КК жарроҳлик амалиёти билан туғдиришдан аввал йирингли-яллиғланиш асоратлар хавфини камайтириш мақсадида туғрукда ва қоғаноқ пардаси муддатдан олдин ёрилишида қин санацияси тавсия этилади.
-----------	--

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

ТИББИЙ ЁРДАМ КЎРСАТИЛИШINI ТАШКИЛЛАШТИРИШ

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

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

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

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

- гипертермия ҳолати ($37,2^{\circ}\text{C}$ дан юқори) кузатилмаган ва операциядан кейинги давр асоратсиз кечганда;
- бачадон ва унинг ортиқларининг УТТ патологик ўзгаришлар аниқланмаганда;
- мастит ва лактостаз белгилари бўлмаганда;
- чок соҳасида яллиғланиш белгилари бўлмаганда.

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

ТИББИЙ ЁРДАМ СИФАТИНИ БАҲОЛАШ МЕЗОНЛАРИ

№	Тиббий ёрдам сифатини баҳолаш мезонлари	Бажарилди
1.	КК жарроҳлик амалиётдан аввал ва кейин, 72 соатдан кечиктирмасдан, қоннинг умумий (клиник) таҳлили олинди	Ҳа/Йўқ

2.	КК жарроҳлик амалиётидан аввал АВО тизими бўйича асосий қон гуруҳлари ва резус тизимининг D антигени (резус-омили) аниқланди	Ҳа/Йўқ
3.	КК жарроҳлик амалиётидан аввал томир ичи катетери ўрнатилди	Ҳа/Йўқ
4.	КК жарроҳлик амалиётидан аввал сийдик катетери ўрнатилди	Ҳа/Йўқ
5.	КК жарроҳлик амалиёти билан туғдиришдан аввал антибиотикопрофилактика ўтказилди	Ҳа/Йўқ
6.	Ҳомилани чиқариб олишдан кейин в/и секин оқимда утеротоник дори воситалар юборилди	Ҳа/Йўқ
7.	КК жарроҳлик амалиёти билан туғдиришдан кейин қарши кўрсатмалар мавжуд бўлмаган тақдирда оёқларнинг эластик компрессияси қўлланилди	Ҳа/Йўқ
8.	Қон кетишини олдини олиш мақсадида утеротоник дори воситалар юборилди	Ҳа/Йўқ

ИЛОВАЛАР

1-илова

Клиник баённомани ишлаб чиқиш услуги

Далилларнинг ишончлилик даражасини баҳолаш шкаласи

Далилларнинг ишончлилик даражаси	
1	Мета-таҳлил ёрдамида рандомизацияланган клиник тадқиқотларни тизимли равишда кўриб чиқилиши
2	Айрим рандомизацияланган клиник тадқиқотлар ва ҳар қандай дизайндаги тадқиқотларни тизимли равишда кўриб чиқилиши, мета-таҳлил ёрдамида рандомизацияланган клиник тадқиқотларни тизимли равишда кўриб чиқилиши бундан мустасно
3	Рандомизацияланмаган қиёсий тадқиқотлар, шу жумладан когортли тадқиқотлар
4	Қиёсланмаган тадқиқотлар, клиник ҳолат ёки ҳолатлар серияси тавсифи, “ҳолат-назорат” тадқиқоти
5	Муолажанинг таъсир механизми асослари (клиника олди тадқиқотлар) ёки экспертлар хулосаси

Тавсияларнинг ишончлилик даражасини баҳолаш шкаласи

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

Тиббий аралашувга ахборот асосида розилик бериш

Тиббий аралашув – инсоннинг жисмоний ёки руҳий ҳолатига таъсир қиладиган ва профилактик, текширув, диагностик, терапевтик ва реабилитацион йўналишларига эга бўлган беморга нисбатан тиббий текширув ва (ёки) тиббий муолажанинг турларидир.

1. Мен, _____,

(беморнинг Ф.И.Ш.)

« _____ » _____ йили туғилганман, қуйидаги манзилда рўйхатга олинганман, _____

(бемор ёки ишончли вакилнинг турар (яшаш) жойининг манзили)

_____ шуни маълум қиламанки,

(тиббиёт муассасасининг номи)

муассасасида режалаштирилган тиббий аралашувга ихтиёрий равишда розилик бераман

2. Менга қулай бўлган шаклда, режалаштирилган тиббий аралашувлар, уларнинг оқибатлари, келгуси текширувлар, ташхис қўйиш ва/ёки даволанишнинг кутилаётган натижалари, шу жумладан, асоратлар келиб чиқиш эҳтимоли, шунингдек, тиббий аралашувни рад этиш оқибатлари тушунтирилди.

3. Тиббий аралашувнинг натижаси ва оқибатларини олдиндан аниқ айтиб бериш мумкин эмаслигидан хабарим бор. Мен ҳар қандай даволаниш ёки операция ҳаёт учун хавфли эканлиги, вақтинчалик ёки доимий қисман ёки тўлиқ ногиронликка олиб келишини тушунаман. Тиббий аралашувлар натижалари бўйича кафолатлар берилмаслигидан хабарим бор.

4. Тиббий аралашувларнинг диагностик, терапевтик ва бошқа турларида кутилмаган шошилиш ҳолатлар ва асоратлар келиб чиқиши мумкинлигини тушунаман, унда мен зарур кечиктириб бўлмайдиган ёрдам кўрсатилишига (такрорий операциялар ёки муолажар) розилик бера олмайман. Бундай вазиятларда, тиббий аралашув кечиши ўз хоҳишимга кўра шифокорлар томонидан ўзгартирилиши мумкин.

5. Мен бўлажак тиббий аралашувнинг самарадорлиги юқори бўлиши учун, менда дори воситалар ва озик-овқат махсулотларини индивидуал кўтара олмаслик, аллергия ҳолатлар шунингдек чекиш, алкоголь, наркотик ёки токсик препаратларни қабул қилиш, шу жумладан, менинг саломатлигим, насл билан боғлиқ барча муаммолар ҳақида шифокорга хабар беришим керак деб биламан.

6. Мен жарроҳлик аралашув вақтида қон йўқотилиши ва менга донор қони ёки унинг таркибий қисмларини қуйиш керак бўлиши мумкинлигини тушунаман, бунга ихтиёрий розилигимни бераман. Мен қон қуйиш мақсади ёки унинг таркибий қисмлари, қуйиш учун сабаблари, муолажанинг ўтказилиш тартиби ва қоидалари, мумкин бўлган оқибатлари ҳақида даволовчи шифокордан тушунтиришлар олдим. Мен барча зарур тиббий чора-тадбирлар ўтказилишига розиман. Мен қон ва унинг компонентларини қуйишдан бош тортсам, касалликнинг эҳтимолий кечишидан хабардорман.

7. Мен тиббий-диагностик жараёни ҳар қандай ахборот воситаларига ёзиб олинишига, ҳар қандай техник воситалардан фойдаланишга, шунингдек, диагностик ва терапевтик

мақсадлар, жумладан, хужайралар, тўқималар ва биологик суюқликлар учун биологик материаллардан намуналар олишга розиман.

8. Менга тиббий ёрдам кўрсатишда бир ёки бир нечта профилактик, диагностик, даволаш ва реабилитация усулларини рад этиш ёки унинг (уларнинг) тугатилишини талаб қилиш ҳуқуқим борлиги ва бундай қарорнинг мумкин бўлган оқибатлари ҳам тушунтирилди.

9. Мен касаллигим, унинг прогнози ва даволаш усуллари хақидаги маълумотни фақат қуйдаги шахсларга тақдим этишингизни рухсат бераман:

(ишончли шахслар)

10. Мен ушбу ҳужжатнинг барча бандлари билан танишдим, тушундим ва буни қуйида қўл қўйиш орқали исботлайман.

Имзо _____

Сана «____» _____ й.

3-илова

*Кесар кесиш жарроҳлик амалиётининг хавфсизлигини текшириш бўйича
 акушерлик назорат рўйхати*

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

	<p>(ҳомила гипоксияси, қон кетиши, бачадон йиртилиши хавфи, клиник тор чаноқ ва бошқ.).</p> <p>Ҳомиланинг ҳолати (гипоксия, муддатига етмаган ҳомила, ривожланиш нуқсонлари ва бошқ.).</p> <p>Бошқ.</p> <p>ха/йўқ, одатдаги операцияни ўтказиш кўзда тутилган</p>
Одатдаги хос бўлмаган вазиятларни ҳал қилишга тайёрлик	<p>Карбетоцин, метилэргометрин, мизопростол, транексам, қон реинфузияси, баллонли тампонада, дренаж трубкалари ва бошқалар мавжудлиги.</p> <p>Қўшимча жарроҳ, қон-томир жарроҳи, уролог ва бошқа тегишли мутахассисларни чақириш.</p> <p>Неонатолог-реаниматологларни чақириш.</p> <p>Бошқ.</p>
Салфеткалар ва инструментлар ҳисобланди	ха/йўқ
Йўқотилган қон ҳажми	мл
Тромбопрофилактика варағи тўлдирилди	ха/йўқ
Операциядан кейинги даврда қўшимча дори воситалар ва бошқ. тайинланди	антибиотик, утеротоник, тегишли мутахассиснинг маслаҳати, қорин бўшлиғи ва бачадон УТТ, бошқ.

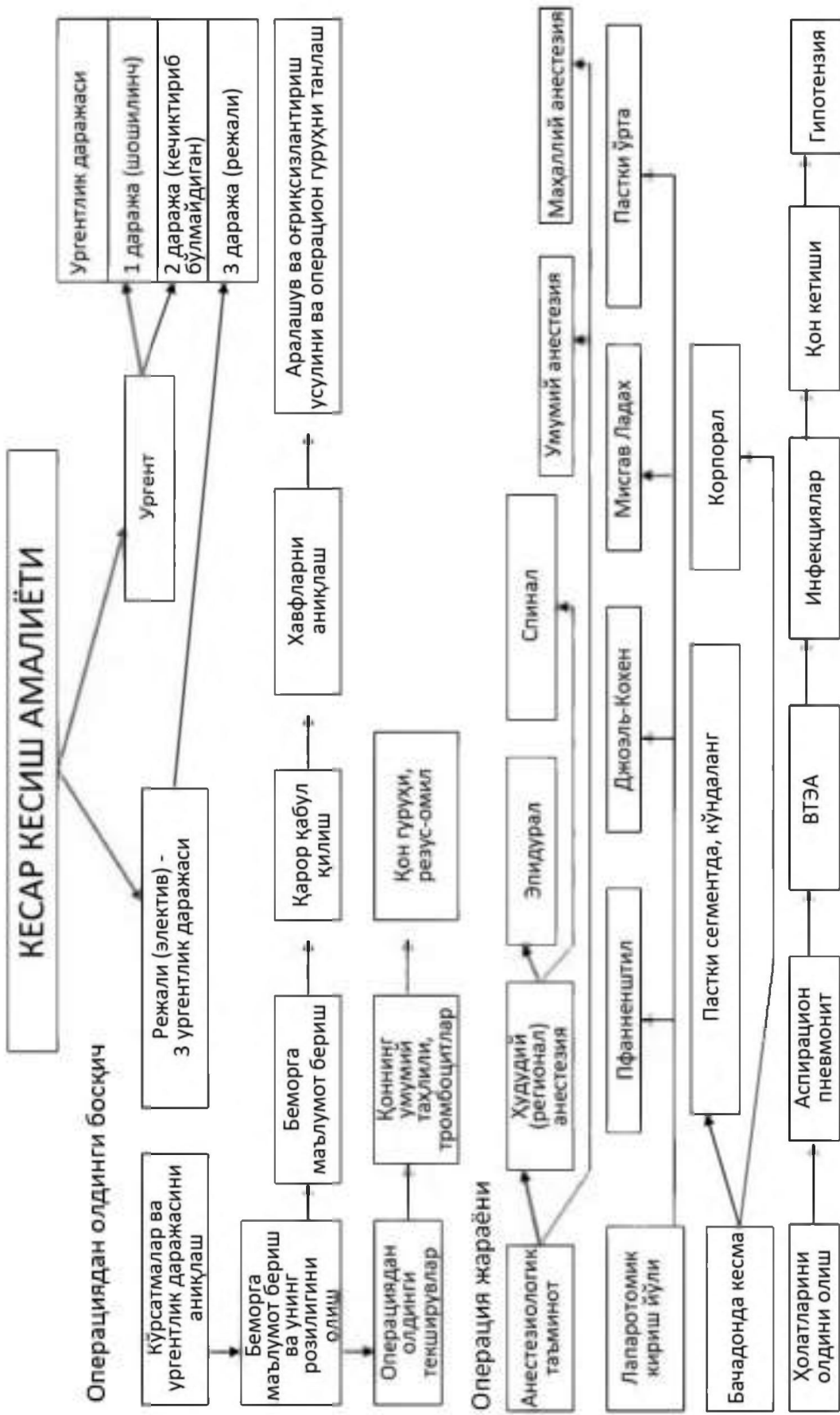
4-илова

Кесар кесиш жарроҳлик амалиётини кечиктириб бўлмайдиган тоифасига қараб ўтказиш учун кўрсатмалар

Шошилич КК	Оғир қон кетиш билан кечадиган йўлдош олдинда келишининг ҳар қандай турида
	Оғир қон кетиши ёки ҳомиланинг брадикардияси билан кечадиган зўрайиб борувчи нормал жойлашган йўлдошнинг барвақт кўчишида
	Бачадон йиртилиши хавфи, бачадон йиртилиши бошланиши, содир бўлган бачадон йиртилишида
	Кардиотокографиянинг шубҳали тури билан кечадиган ҳомила дистресс-синдромида (3 дақиқа ва ундак кўп вақт давомида ЮУТ 70/дақ. дан кам ҳомилада давомий брадикардия)
	Ҳомила боши билан келганда киндик тизимчаси ёки ҳомиланинг қўли тушишида
	Туғруқ пайтида эклампсия хуружи содир бўлганда
	Агония ҳолати ёки 20 ҳафталик ҳомиладорлик муддатидан кейин аёлнинг тўсатдан ўлими (иложи бўлса)
Кечиктириб бўлмайдиган КК	Чаноқ-бош диспропорциясида
	Допплерография маълумотларига кўра киндик артериясида зўрайиб борувчи қон айланиши бузилиши ёки кардиотокографиянинг шубҳали тури билан кечадиган ҳомила дистресс-синдромида
Режалаштирилган КК	Муддатига етук ҳомиладорликда қоғаноқ пардасининг муддатидан олдин ёрилиши ва режали КК жарроҳлик амалиётини ўтказишга кўрсатмалар бўлганда
	Режали КК жарроҳлик амалиётини ўтказиш учун тайёрланган ҳомиладор аёлда туғруқ фаолияти бошланганда
	Оғир преэклампсия, ҳомиладорлик даври ва туғруқ пайтида HELLP-синдромида (аёлнинг беқарор ҳолатида ва табиий туғруқ йўллари орқали туғдиришга шароит бўлмаганда)
	Ҳомила дистресси билан бирга кечмайдиган бачадон қисқариш фаолиятининг коррекция қилинмайдиган бузилишларида (туғруқ фаолияти сустлиги, туғруқ фаолияти дискоординацияси, бачадон бўйни дистоцияси)
	Окситоцин билан туғруқни чақириш усули самара бермаганда
	Хориоамнионит ва туғруққа туғруқ йўлларининг тайёр эмаслигида
Режали КК	Йўлдошнинг тўлиқ олдинда келишида
	Йўлдошнинг ўсиб киришида
	Йўлдошнинг қон томирлари олдинда келишида
	Анамнезда икки ва ундан ортиқ КК жарроҳлик амалиёти ўтказилган бўлса
	Анамнезда бачадон бўшлиғига кириб бориш билан миомэктомия жарроҳлик амалиёти ўтказилган бўлса

<p>Анамнезда гистеротомия жарроҳлик амалиёти ўтказилган бўлса: бачадон перфорацияси, най бурчаги соҳаси кесилиши, рудиментар шох кесилиши, анамнезда корпорал КК, Т-симон ёки J-симон кесма</p>
<p>Бола туғилиши учун туғруқ йўлларида ҳосилалар (тўсиқлар) мавжуд бўлса:</p> <ul style="list-style-type: none"> – торайиш даражаси II-IV бўлган анатомик тор чанок; – тос суяклари деформацияси; – табиий туғруқ йўллари орқали бола туғилишига тўсқинлик қиладиган, айниқса пастки сегментда жойлашган катта ўлчамдаги бачадон миомаси; аввалги жарроҳлик амалиётларидан кейин қин ва бачадон бўйни чандикли деформациялари, шу жумладан, аввалги туғруқларда III-IV даражали оралик йиртилишидан кейин; – бачадон бўйни саратони, бачадон бўйни саратони преинвазив ва микроинвазив шакллари бундан мустасно)
<p>Бошқа акушерлик хавф омиллари билан боғлиқ ҳолда ҳомиланинг тахминий вазни (≥ 4500 г дан) катта бўлганда</p>
<p>Ҳомила чанок билан келиши билан биргаликда:</p> <ul style="list-style-type: none"> – ҳомиладорлик муддати 32 ҳафтадан кичик бўлган; – КК жарроҳлик амалиётини ўтказиш учун бошқа кўрсатмалар билан боғлиқ ҳолда; – КК жарроҳлик амалиётидан кейин бачадонда чандик бўлган; – ҳомила оёғи билан келган; – ҳомиланинг тахминий вазни <2500 г ёки >3600 г дан бўлганда
<p>Ҳомила барқарор кўндаланг жойлашишида</p>
<p>Анамнезда нохуш натижа (ўлик туғилиш, оғир гипоксия, энцефалопатия, бола ва она (қов суяклари бирикмаси) шикастланиши) билан яқунланган ҳомила елкаси дистоциясида</p>
<p>Туғруққача 6 ҳафта давомида генитал герпес тошмаларида (бирламчи инфекция ёки қайталаниши)</p>
<p>Туғруқдан аввал вирусли юкламаси >1000 нусха/мл бўлган ОИВ-инфекцияси, туғруқдан аввал вирусли юкламаси номаълум бўлган ёки ҳомиладор аёл ҳомиладорлик даврида вирусларга қарши терапияни қабул қилмаган бўлса ва/ёки туғруқ пайтида антиретровирус профилактикаси ўтказилмаган бўлса</p>
<p>Айрим ҳомиланинг ривожланиш аномалияларида (гастрошизис, омфалоцеле, катта ўлчамдаги думғаза-дум тератомаси)</p>
<p>Кучанишни (туғруқнинг иккинчи даврини) инкор қилишни талаб қиладиган соматик касалликларда (декомпенсацияланган юрак-қон томир касалликлари, асоратланган миопия, кўчириб ўтказилган буйрак ва бошқалар)</p>

Шифокорнинг ҳаракатлар алгоритми



Кесар кесиш жарроҳлик амалиётининг паспорти

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

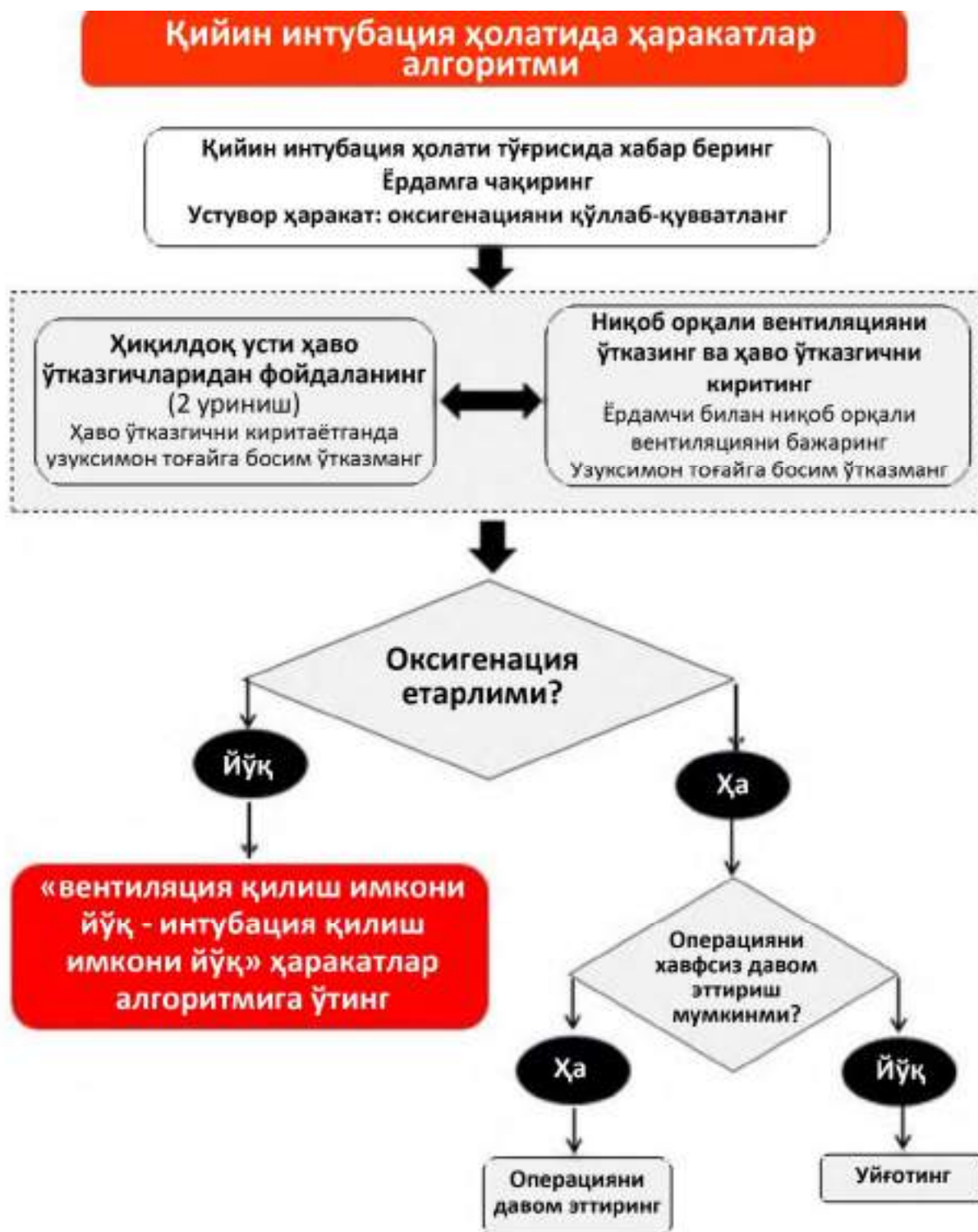
- операция бошланиши ва тугаш вақти (давомийлиги), санаси;
- операция хонасининг рақами;
- операция шошиличлигининг тоифаси;
- тўлиқ номи (масалан, эски тери чандиғини кесиш билан кўндаланг қов суяклари бирикмаси усти лапаротомияси; бачадоннинг пастки сегментида кесар кесиш жарроҳлик амалиёти; миомэктомия;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

7-илова

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

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

Қийин интубация ҳолатида ҳаракатлар алгоритми



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



10-илова

Озриқсизлантиришидан аввал наркоз ва нафас бериши ускуналарини текшириши бўйича назорат рўйхати

Текширилаётган ускуна	Текшириш методикаси	Зарур кўрсаткичлар
Ингаляцион анестетик		
Баллондан бериш	Вентильни (жўмракни) очинг	O ₂ босими 50 барр дан юқори N ₂ O босими 30 барр дан юқори
Марказлаштирилган оқим	Уланг. Дозалаш жўмрагини очинг (аввал O ₂ , кейин N ₂ O)	
Газ оқимининг тармоғи, газ фильтри	Уланг, фильтрацияни ёқинг	
Шошилинч ҳолатда кислород бериш	Тугмани босинг	Оқим келяпти
Буғлатгич	Нольга ўрнатинг	Блокланди
	Тўлдириг	Буғлатгич белгиланган ҳажмда тўлдирилди
	Қайта улагични (переключательни) ўрнатинг	Қайта улагич тўғри ҳолатда турипти
Уланиш тизими	Уланг	Уланиш тизими маҳкамланди
ЎСВ ускунаси	Нафас контурини уланг, ёқинг, нафас олишда созламаларни текширинг	Ускуна барқарор ҳолатда, контурда босим мавжуд
Нафас контури	Трубкалар, нафас қопчаси, абсорбер, волюметр, контурда босимни ўлчаш қўрилмаси, ўлчаш қўрилмаларини улаш учун адаптерлар, нафас олиш ва чиқариш клапанлари мавжудлигини ва созлигини текширинг	Тўлиқ комплектацияли, барқарор фиксация
Абсорбер	Тўлиш даражасини текширинг	Оҳак алмаштирилди, нормал рангда
O₂ ўлчаш қўрилмаси	Текширинг, калибрланг	Ишляпти
Мониторлар	Текширинг, калибрланг	Ишляпти
Ярим очик ва ярим ёпиқ контурларнинг герметизацияси	Ортиқча босим клапанларини ва тройникни ёпинг, оқим тезлигини камида 0,3 л/дақ. ўрнатинг, зарурат бўлганда тизимни кислород билан тўлдириг	10 с давомида 30 мбар дан юқори босим

Ортиқча босим клапани	Ортиқча босим клапанини 20 мбар га ўрнатинг, тройникни ёпинг, оқим тезлигини 10 л/дақ. ўрнатинг	Босим 20 мбар да туриши
Нафас контурининг тури	Қайта улагични керакли ҳолатга келтиринг	Қайта улагич тўғри ҳолатда турипти
Вакуум-аспиратор	Ёқинг, шлангни ёпинг	Манфий босим мавжуд
Амбу қопи	Комплектацияни, созлигини текширинг	Тўлиқ комплектацияли, ишляпти
Ларингоскоп	Комплектацияни (камида иккита клинлар), созлигини текширинг	Тўлиқ комплектацияли (камида иккита клинлар), ишляпти

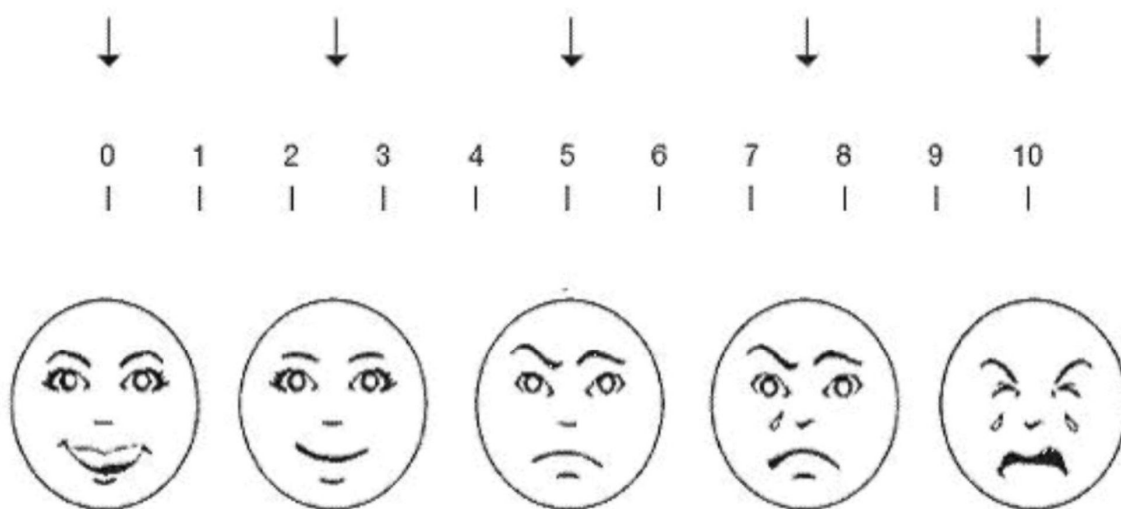
11-илова

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

Дори восита номи	Дозаси	Операцияда н аввал бекор қилиш	Операциядан/ катетер олиб ташланганда н кейин юбориш	Дори воситани қабул қилиш/юборишда н кейин катетерни олиб ташлаш
Фракцияланмага н гепарин	профилактик	4 с в/и 6 с т/о	4 с	4 с
	терапевтик	4 с	4 с	4 с
Паст молекуляр гепаринлар	профилактик	12 с	12 с	12 с
	терапевтик	24 с	24 с	24 с
Варфарин		5 кун	1 кун	XНН <1,3 бўлганда
Ацетилсалицил кислотаси	Бекор қилмаса бўлади			

12-илова

Оғриқнинг жадаллигини баҳолаш (ВАШ) визуал-аналог шкаласи



Талқини: 10 см узунликдаги шкала:

0-1 см – оғриқ йўқ,

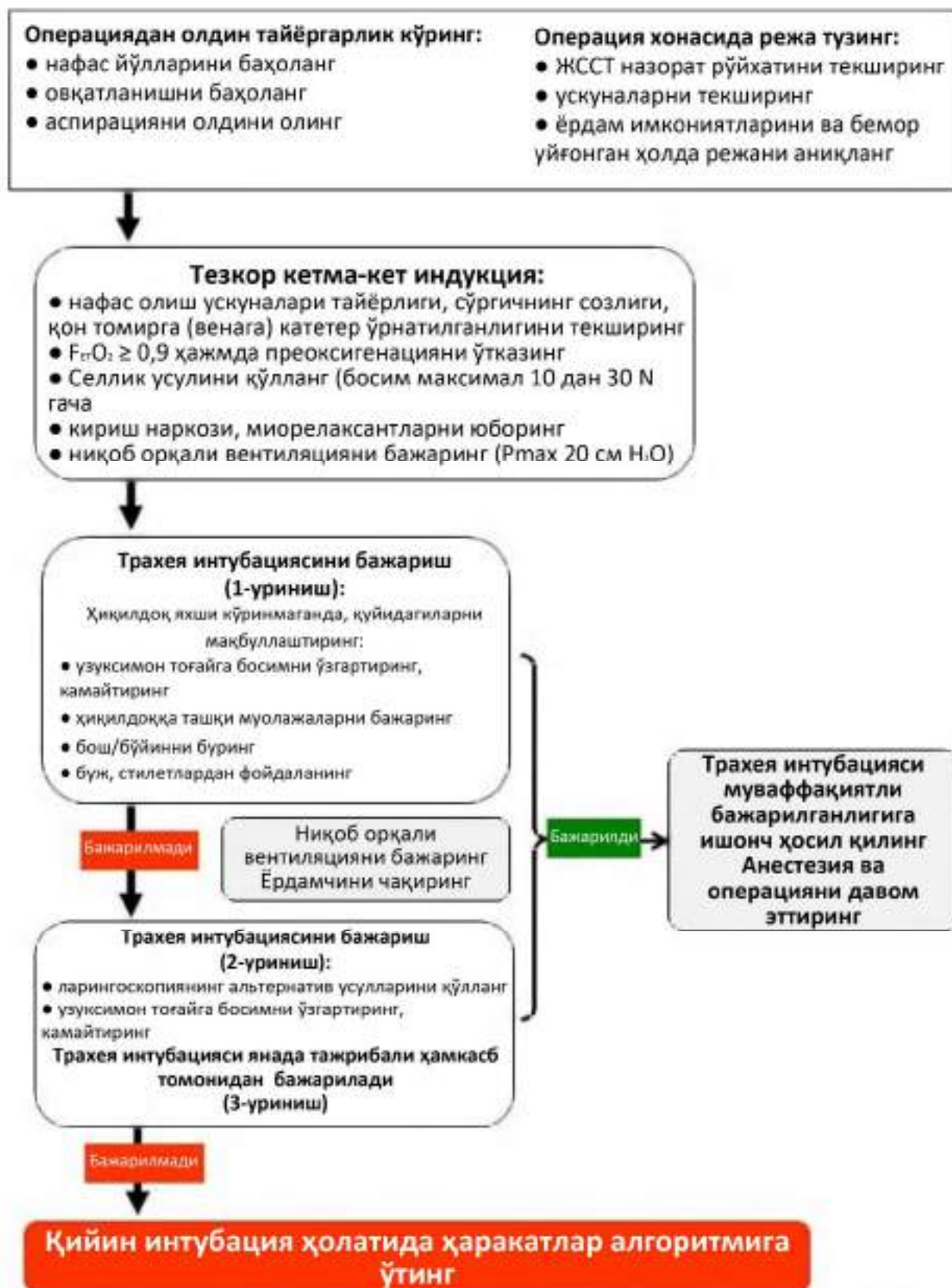
1-3 см – оғриқга эътибор бермаса бўлади,

3-5 см – фаолиятга халақит беради,

5-7 см – ҳаёлни бир жойга жамлашга халақит беради,

7-9 см – асосий эҳтиёжларни қондиришга халақит беради,

9-10 см – ётоқ тартиби зарур.



Бемор учун маълумот

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

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

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

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

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

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

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

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

Тиқиш материаллини олиб ташлаш шифохонада бўлганида ёки керак бўлса, чиқарилгандан кейин амалга оширилади, чунки баъзи ҳолатларда сўрилиб кетадиган тиқиш материаллари амалиётда қўлланилади.

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

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

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

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

Кесар кесиш жарроҳлик амалиётини амалга ошириш техникаси

Пфанненштиль бўйича лапаротомияни бажариш техникаси

- 1) Пфанненштиль бўйича қорин девори кесилади.
- 2) Тери ва қорин тўғри мушагининг қини кўндаланг кесма билан ажратилади.
- 3) Қорин тўғри мушагининг қини асосий қорин тўғри мушакларидан алоҳида ажратилади.
- 4) Қорин пардаси бўйлама кесма билан очилади.
- 5) Бачадоннинг пастки сегментида кўндаланг кесма бажарилади.
- 6) Бачадондаги кесма икки қаватли узлуксиз чок билан тикилади.
- 7) Қорин пардасининг икки қавати узлуксиз чок билан тикилади.
- 8) Апоневроз узлуксиз ёки тугунли чоклар билан тикилади.
- 9) Терига тугунли ёки узлуксиз тери ичи чок қўйилади.

Джоэль-Кохен бўйича лапаротомияни бажариш техникаси

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

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

Мисгав-Ладах бўйича кесар кесиш операциясини бажариш техникаси

Бу Штарк ва унинг ҳамкасблари томонидан ишлаб чиқилган модификациялан Джоэль-Кохен бўйича лапаротомия усули (Stark, 1995).

- 1) Джоэль-Кохен бўйича қорин девори кесилади, фақат фасциялар қайчининг оз очик учларини тўмтоқ тарзда ўтказиш орқали кесилади.
- 2) Бачадондаги кесма Джоэль-Кохен бўйича бажарилади.

- 3) Йўлдош қўл билан ажратилади.
- 4) Бачадон қорин бўшлиғидан ташқарига чиқарилади.
- 5) Миометрий кесмаси Реверден бўйича узлуксиз чирмашувчи бир қаватли чок билан тикилади.
- 6) Қорин пардаси тикилмайди.
- 7) Фасция узлуксиз чок билан тикилади.
- 8) Тери икки ёки учта илгаксимон чоклар билан тикилади. Ушбу чоклар орасида терининг четлари Аллис қисқичлари билан яқинлаштирилади ва беш дақиқа давомида жойида қолдирилади.

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

Пелоси бўйича кесар кесиш операциясини бажариш техникаси

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

Корпорал кесар кесиш операцияси

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

- бачадоннинг пастки сегментига кириб бориш имкони бўлмаганда, унинг соҳасида веналарнинг варикоз кенгайиши ва ифодаланган битишмалар мавжудлиги;
- аввалги корпорал кесар кесиш операциясидан кейин бачадондаги бўйлама чандиқнинг етишмовчилиги;
- бачадонни кейинги олиб ташлаш зарурати;
- муддатига етмаган ҳомила ва кенгаймаган бачадоннинг пастки сегменти;

- бир бирига битишга икки ҳомилалик;
- ҳомиланинг барқарор қўндаланг жойлашиши;
- ўлаётган (критик ҳолатда бўлган) аёлда тирик ҳомила;
- шифокор бачадоннинг пастки сегментида кесар кесиш операциясини бажариш кўникмаларига эга бўлмаслиги.

1) Қорин девори пастки ўрта кесма билан очилади.

2) Бачадоннинг танасини қатъий равишда ўрта чизик бўйлаб кесиш керак, бунинг учун бачадонни унинг ўқи атрофида бир оз ўгириш керак бўлади, шунда кесманинг чизиғи иккала юмалоқ бойламидан бир хил масофада жойлашган бўлиши керак (одатда ҳомиладорликнинг сўнгги муддатларида бачадон чап томонга ўгирилган бўлади).

3) Бачадондаги кесма камида 12 см узунликда қовуқ-бачадон чуқурлигидан пастга қараб йўналишда амалга оширилади, бачадонни кесиш чизиғи бўйича, аввал уни 3-4 см масофада қоғаноқ пардасигача давом эттириш мумкин, сўнгра кесма узунлигини катталаштириш учун киритилган бармоқлар назорати остида қайчи билан кесма давом эттирилади. Бачадон танасининг кесилиши ҳар доим кўп миқдорда қон кетиши билан кузатилади, шунинг учун операциянинг ушбу қисмини имкон қадар тезроқ бажариш керак.

4) Кейинчалик, қоғаноқ пардасини ёриб, ҳомила чиқариб олинади.

5) Микулич қисқичлари операцион жароҳатнинг кўп қонаётган четларига қўйилади.

6) Киндик тизимчасидан тортиб, йўлдош олиб ташланади ва бачадон бўшлиғи қўл билан текширилади.

7) Бачадондаги кесма икки қаторли алоҳида мушак-мушак чоклар билан тикилади.

8) Бачадон кесмасининг четларини тикишда уларни бир-бирига тўлиқ келтириш муҳимдир – бу мустаҳкам тўлиқ чандиқ шаклланиши, операциянинг инфекцион асоратларини ва кейинги ҳомиладорлик ва туғруқ пайтида бачадон йиртилишини олдини олиш учун шароит яратиб беради. Сероз-сероз чок (перитонизация) ҳозирги пайтда қўлланилмайди.

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

Асосий кўрсатмалар:

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

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

Фритч бўйича бачадон тубида кўндаланг кесмани бажариш афзалликлари:

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

7. операцион жароҳат яхши битади, чунки унинг четлари миометрийнинг циркулярсимон толалари билан чўзилмайди.

Фритч бўйича бачадон тубида кўндаланг кесмани бажариш камчиликлари:

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

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

- 1) Пастки ўрта чизик лапаротомиядан кейин қорин бўшлиғида бачадон танасига яқинлашишга ва бирламчи ёки такрорий корпорал кесар кесиш операциясини бажаришга имкон бермайдиган ифодаланган битишмалар аниқланганда, жарроҳ чапдан киндикни четлаб ўтиб, ўрта чизик бўйлаб бачадон тубининг битишмалар бўлмаган жойи топилгунга қадар илгари бажарилган кесмани юқорига қараб узайтиради.
- 2) Бачадон кўндаланг кесилиши скальпель ёрдамида тубининг энг чиқиб турган қисмига перпендикуляр равишда амалга оширилади, бачадон найлари бирикган жойга 10-15 мм етиб бормайди.
- 3) Бачадоннинг тубини унинг юзасига ўткир бурчак остида кесганда, операциянинг давомийлиги узаяди, тожсимон томирларнинг жароҳатланиши оқибатида қон йўқотиш хажми ошади, операцион жароҳат четлари бир бирига келиши ёмонлашади ва операцион жароҳатни тикиш қийинлашади.
- 4) Бачадон тубидага кесма тўғридан-тўғри иккита бачадон найи бирикган жойда бошланиб ва ўша жойда тугаса, операциядан кейинги даврда иккиламчи бепуштлиқ ривожланиши мумкин.
- 5) Қоғаноқ пардаси ёрилгандан кейин ҳомила бачадондан чов эгмасидан, бир ёки икки оёқларидан чиқариб олинади. Ҳомиланинг елкаси ва бошини ҳомила чаноқ билан олдинда келишида қўлланиладиган акушерлик қўлланмалар ёрдамида чиқариб олинади. Жароҳат жойига ҳомиланинг боши тегиб турса, у жарроҳнинг қўли бўйлаб ёки акушерлик қисқичлар ёрдамида чиқариб олинади, ассистент эса бачадонга босим ўтказди, ҳомиланинг елкалари қўлтиқ ости чуқурчасидан чиқариб олинади.
- 6) Қоғаноқ пардаси ажратиб олингандан кейин жароҳат бурчакларига алоҳида гемостатик чоклар қўйилади.
- 7) Йўлдош ўз-ўзидан ажралгандан кейин, киндик тизимчасидан тортиб, жароҳат орқали чиқариб олинади.
- 8) Бачадондаги жароҳатга уч қаторли чок қўйилади:
 1. алоҳида мушак-мушак чоклар (тугунлар жароҳат ичига бойланади) ёки узлуксиз чирмашувчи шиллиқ-мушак чоки қўйилади (викрил, дексон мавжуд бўлганда);
 2. чокларнинг биринчи қатори орасида узлуксиз чирмашувчи мушак-мушак чоклар қўйилади;
 3. чокларнинг иккинчи қатори орасида узлуксиз чирмашувчи мушак-сероз чоклар қўйилади.
- 9) Қорин бўшлиғидан салфеткалар олиб ташлаганидан кейин, бачадон ортиқларини текшириб, қорин бўшлиғи ревизия қилинади ва операцион ҳамшираси инструментлар жойида эканлигини айтганидан кейин, қорин олд девори қатламлари тикилади, стерил ни қатлам билан тикишга, стерил боғлам қўйилади, қин деворлари туалети бажарилади ва антисептик восита билан ишлов берилади.



Кесар кесиш жарроҳлик амалиётида қўлланиладиган тери кесмаларининг асосий турлари

ФЙДАЛАНИЛГАН АДАБИЁТЛАР

1. Betrán A.P., Ye J., Moller A.-B., Zhang J., Gülmezoglu A.M., Torloni M.R. The Increasing Trend in Caesarean Section Rates: Global, Regional and National Estimates: 1990-2014. *PLoS One*. 2016; 11(2):e0148343.
2. 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.
3. UK Blood Transfusion Services. Guidelines for the Blood Transfusion Service. 8th ed. London: TSO; 2013.
4. Alfirevic Z., Stampalija T., Medley N. Fetal and umbilical Doppler ultrasound in normal pregnancy. *Cochrane database Syst Rev*. 2015; (4):CD001450.
5. Friedman A.M. Maternal early warning systems. *Obstet Gynecol Clin North Am*. 2015; 42(2):289–98.
6. Rodgers S.K., Kirby C.L., Smith R.J., Horrow M.M. Imaging after cesarean delivery: acute and chronic complications. *Radiographics*. 2012; 32(6):1693–712.
7. Üçyiğit A., Johns J. The postpartum ultrasound scan. *Ultrasound*. 2016; 24(3):163–9.
8. Tahseen S., Griffiths M. Vaginal birth after two caesarean sections (VBAC-2)-a systematic review with meta-analysis of success rate and adverse outcomes of VBAC-2 versus VBAC-1 and repeat (third) caesarean sections. *BJOG*. 2010; 117(1):5–19.
9. 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.
10. Committee on Practice Bulletins—Obstetrics. Practice Bulletin No 178: Shoulder Dystocia. *Obstet Gynecol*. 2017; 129(5):e123–33.
11. Tian J., Hu W. Cervical leiomyomas in pregnancy: report of 17 cases. *Aust N Z J Obstet Gynaecol*. 2012; 52(3):258–61.
12. Hofmeyr G.J., Hannah M., Lawrie T.A. Planned caesarean section for term breech delivery. *Cochrane database Syst Rev*. 2015; (7):CD000166.
13. 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.
14. Vlemmix F., Bergenhenegouwen L., Schaaf J.M., Ensing S., Rosman A.N., Ravelli A.C.J., et al. Term breech deliveries in the Netherlands: did the increased cesarean rate affect neonatal outcome? A population-based cohort study. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2014; 93(9):888–96.
15. Wilmlink F.A., Hukkelhoven C.W.P.M., Lunshof S., Mol B.W.J., van der Post J.A.M., Papatsonis D.N.M. Neonatal outcome following elective cesarean section beyond 37 weeks of gestation: a 7-year retrospective analysis of a national registry. *Am J Obstet Gynecol*. 2010; 202(3):250.e1-8.
16. Bingham J., Chauhan S.P., Hayes E., Gherman R., Lewis D. Recurrent shoulder dystocia: a review. *Obstet Gynecol Surv*. 2010; 65(3):183–8.
17. Kleitman V., Feldman R., Walfisch A., Toledano R., Sheiner E. Recurrent shoulder dystocia: is it predictable? *Arch Gynecol Obstet*. 2016; 294(6):1161–6.
18. Sentilhes L., Sénat M.-V., Boulogne A.-I., Deneux-Tharaux C., Fuchs F., Legendre G., et al. [Shoulder dystocia: Guidelines for clinical practice--Short text]. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)*. 2015; 44(10):1303–10.
19. Sénat M.-V., Anselm O., Picone O., Renesme L., Sananès N., Vauloup-Fellous C., et al. Prevention and management of genital herpes simplex infection during pregnancy and delivery: Guidelines from the French College of Gynaecologists and Obstetricians (CNGOF). *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2018; 224:93–101.
20. Venkatesh K.K., Morrison L., Livingston E.G., Stek A., Read J.S., Shapiro D.E., et al. Changing Patterns and Factors Associated With Mode of Delivery Among Pregnant Women

With Human Immunodeficiency Virus Infection in the United States. *Obstet Gynecol.* 2018; 131(5):879–90.

21. Grobman W.A., Bailit J., Lai Y., Reddy U.M., Wapner R.J., Varner M.W., et al. Defining failed induction of labor. *Am J Obstet Gynecol.* 2018; 218(1):122.e1-122.e8.
22. Lefebvre A., Saliou P., Lucet J.C., Mimos O., Keita-Perse O., Grandbastien B., et al. Preoperative hair removal and surgical site infections: network meta-analysis of randomized controlled trials. *J Hosp Infect.* 2015; 91(2):100–8.
23. 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.
24. Darouiche R.O., Wall M.J., Itani K.M.F., Otterson M.F., Webb A.L., Carrick M.M., et al. Chlorhexidine-Alcohol versus Povidone-Iodine for Surgical-Site Antisepsis. *N Engl J Med.* 2010; 362(1):18–26.
25. 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.
26. Roeckner J.T., Sanchez-Ramos L., Mitta M., Kovacs A., Kaunitz A.M. Povidone-iodine 1% is the most effective vaginal antiseptic for preventing post-cesarean endometritis: a systematic review and network meta-analysis. *Am J Obstet Gynecol.* 2019; 221(3):261.e1-261.e20.
27. Mathai M., Hofmeyr G.J., Mathai N.E. Abdominal surgical incisions for caesarean section. *Cochrane database Syst Rev.* 2013; (5):CD004453.
28. Dahlke J.D., Mendez-Figueroa H., Rouse D.J., Berghella V., Baxter J.K., Chauhan S.P. Evidence-based surgery for cesarean delivery: an updated systematic review. *Am J Obstet Gynecol.* 2013; 209(4):294–306.
29. Kadir R.A., Khan A., Wilcock F., Chapman L. Is inferior dissection of the rectus sheath necessary during Pfannenstiel incision for lower segment Caesarean section? A randomised controlled trial. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 128(1–2):262–6.
30. CORONIS Collaborative Group, Abalos E., Addo V., Brocklehurst P., El Sheikh M., Farrell B., et al. Caesarean section surgical techniques (CORONIS): a fractional, factorial, unmasked, randomised controlled trial. *Lancet (London, England).* 2013; 382(9888):234–48.
31. 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.
32. Calvache J.A., Muñoz M.F., Baron F.J. Hemodynamic effects of a right lumbar-pelvic wedge during spinal anesthesia for cesarean section. *Int J Obstet Anesth.* 2011; 20(4):307–11.
33. Cluver C., Novikova N., Hofmeyr G.J., Hall D.R. Maternal position during caesarean section for preventing maternal and neonatal complications. *Cochrane database Syst Rev.* 2013; (3):CD007623.
34. O'Neill H.A., Egan G., Walsh C.A., Cotter A.M., Walsh S.R. Omission of the bladder flap at caesarean section reduces delivery time without increased morbidity: a meta-analysis of randomised controlled trials. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2014; 174:20–6.
35. 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.
36. Saad A.F., Rahman M., Costantine M.M., Saade G.R. Blunt versus sharp uterine incision expansion during low transverse cesarean delivery: a metaanalysis. *Am J Obstet Gynecol.* 2014; 211(6):684.e1-11.
37. Xodo S., Saccone G., Cromi A., Ozcan P., Spagnolo E., Berghella V. Cephalad-caudad versus transverse blunt expansion of the low transverse uterine incision during cesarean delivery. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2016; 202:75–80.
38. Saleh H.S., Kassem G.A., Mohamed M.E.S., Ibrahiem M.A., El Behery M.M. Pull Breech out versus Push Impacted Head up in Emergency Cesarean Section: A Comparative Study. *Open J Obstet Gynecol.* 2014; 04(06):260–5.

39. Jeve Y.B., Navti O.B., Konje J.C. Comparison of techniques used to deliver a deeply impacted fetal head at full dilation: a systematic review and meta-analysis. *BJOG*. 2016; 123(3):337–45.
40. Elshwaikh S.L., Elsokary A.A., Abuhamama A.M. Internal podalic version for delivery of high floating head during cesarean section and neonatal outcome. *J Obstet Gynaecol Res*. 2019; 45(7):1328–33.
41. Dodd J.M., Anderson E.R., Gates S., Grivell R.M. Surgical techniques for uterine incision and uterine closure at the time of caesarean section. *Cochrane database Syst Rev*. 2014; (7):CD004732.
42. 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.
43. Gallos I., Williams H., Price M., Pickering K., Merriel A., Tobias A., et al. Uterotonic drugs to prevent postpartum haemorrhage: a network meta-analysis. *Health Technol Assess*. 2019; 23(9):1–356.
44. Zaphiratos V., George R.B., Boyd J.C., Habib A.S. Uterine exteriorization compared with in situ repair for Cesarean delivery: a systematic review and meta-analysis. *Can J Anaesth*. 2015; 62(11):1209–20.
45. 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.
46. Roberge S., Demers S., Berghella V., Chaillet N., Moore L., Bujold E. Impact of single- vs double-layer closure on adverse outcomes and uterine scar defect: a systematic review and metaanalysis. *Am J Obstet Gynecol*. 2014; 211(5):453–60.
47. 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.
48. Bamigboye A.A., Hofmeyr G.J. Closure versus non-closure of the peritoneum at caesarean section: short- and long-term outcomes. *Cochrane database Syst Rev*. 2014; (8):CD000163.
49. Lyell D.J., Caughey A.B., Hu E., Blumenfeld Y., El-Sayed Y.Y., Daniels K. Rectus muscle and visceral peritoneum closure at cesarean delivery and intraabdominal adhesions. *Am J Obstet Gynecol*. 2012; 206(6):515.e1-5.
50. 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.
51. Smid M.C., Dotters-Katz S.K., Grace M., Wright S.T., Villers M.S., Hardy-Fairbanks A., et al. Prophylactic Negative Pressure Wound Therapy for Obese Women After Cesarean Delivery: A Systematic Review and Meta-analysis. *Obstet Gynecol*. 2017; 130(5):969–78.
52. Mackeen A.D., Schuster M., Berghella V. Suture versus staples for skin closure after cesarean: a metaanalysis. *Am J Obstet Gynecol*. 2015; 212(5):621.e1-10.
53. Chestnut D.H., Wong C.A., Tsen L.C., Kee W.D.N., Beilin Y., Mhyre J. *Chestnut's Obstetric Anesthesia: Principles and Practice*, 5th Edition. Elsevier Science; 2014. 1304 p.
54. Suresh M. [et al.], editor. *Shnider and Levinson's anesthesia for obstetrics*. 5th ed. Lippincott Williams & Wilkins; 2013. 861 p.
55. Ouzounian J.G., Elkayam U. Physiologic changes during normal pregnancy and delivery. *Cardiol Clin*. 2012; 30(3):317–29.
56. Koo C.Y., Hyder J.A., Wanderer J.P., Eikermann M., Ramachandran S.K. A meta-analysis of the predictive accuracy of postoperative mortality using the American Society of Anesthesiologists' physical status classification system. *World J Surg*. 2015; 39(1):88–103.
57. ASA Physical Status Classification System Committee of Oversight: Economics Approved by the ASA House of Delegates on October 15, 2014, and last amended on October 23, 2019.
58. Mayhew D., Mendonca V., Murthy B.V.S. A review of ASA physical status - historical perspectives and modern developments. *Anaesthesia*. 2019; 74(3):373–9.

59. Association of Anaesthetists of Great Britain and Ireland (AAGBI), Hartle A., Anderson E., Bythell V., Gemmell L., Jones H., et al. Checking anaesthetic equipment 2012: association of anaesthetists of Great Britain and Ireland. *Anaesthesia*. 2012; 67(6):660–8.
60. Goneppanavar U., Prabhu M. Anaesthesia machine: checklist, hazards, scavenging. *Indian J Anaesth*. 2013; 57(5):533–40.
61. A practical approach to obstetric anesthesia / ed., Curtis L. Baysinger, Brenda A. Bucklin, David R. Gambling. : 2nd edition. Philadelphia: Wolters Kluwer Health, 2016, 2009p.
62. Lambert E., Carey S. Practice Guideline Recommendations on Perioperative Fasting: A Systematic Review. *JPEN J Parenter Enteral Nutr*. 2016; 40(8):1158–65.
63. Lin F.-T., Lin T.-R., Liao C.-W., Chen S.-H. A Systematic Review and Meta-Analysis of the Pros and Cons of Consuming Liquids Preoperatively. *Hu Li Za Zhi*. 2017; 64(4):79–88.
64. 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.
65. Practice Guidelines for Preoperative Fasting and the Use of Pharmacologic Agents to Reduce the Risk of Pulmonary Aspiration: Application to Healthy Patients Undergoing Elective Procedures: An Updated Report by the American Society of Anesthesiologists Task Force on Preoperative Fasting. *Anesthesiology*. 2017; 126(3):376–93.
66. Becke K., Jöhr M., Girard T. [Anaesthesia Induction in Non-fasting Patients - the Example of Pregnant Women and Children]. *Anesthesiol Intensivmed Notfallmed Schmerzther*. 2019; 54(10):617–28.
67. 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.
68. Noba L., Wakefield A. Are carbohydrate drinks more effective than preoperative fasting: A systematic review of randomised controlled trials. *J Clin Nurs*. 2019; 28(17–18):3096–116.
69. Zychowicz A., Pisarska M., Łaskawska A., Czyż M., Witowski J., Kisielewski M., et al. Patients' opinions on enhanced recovery after surgery perioperative care principles: a questionnaire study. *Wideochirurgia i inne Tech maloinwazyjne = Videosurgery other miniinvasive Tech*. 2019; 14(1):27–37.
70. Chon T., Ma A., Mun-Price C. Perioperative Fasting and the Patient Experience. *Cureus*. 2017; 9(5):e1272.
71. 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.
72. Heesen M., Kölhr S., Rossaint R., Straube S. Prophylactic phenylephrine for caesarean section under spinal anaesthesia: systematic review and meta-analysis. *Anaesthesia*. 2014; 69(2):143–65.
73. Siddik-Sayyid S.M., Taha S.K., Kanazi G.E., Aouad M.T. A randomized controlled trial of variable rate phenylephrine infusion with rescue phenylephrine boluses versus rescue boluses alone on physician interventions during spinal anesthesia for elective cesarean delivery. *Anesth Analg*. 2014; 118(3):611–8.
74. Erango M., Frigessi A., Rosseland L.A. A three minutes supine position test reveals higher risk of spinal anesthesia induced hypotension during cesarean delivery. An observational study. *F1000Research*. 2018; 7:1028.
75. Chooi C., Cox J.J., Lumb R.S., Middleton P., Chemali M., Emmett R.S., et al. Techniques for preventing hypotension during spinal anaesthesia for caesarean section. *Cochrane database Syst Rev*. 2017; 8:CD002251.
76. Fitzgerald J.P., Fedoruk K.A., Jadin S.M., Carvalho B., Halpern S.H. Prevention of hypotension after spinal anaesthesia for caesarean section: a systematic review and network meta-analysis of randomised controlled trials. *Anaesthesia*. 2020; 75(1):109–21.
77. Mishriky B.M., George R.B., Habib A.S. Transversus abdominis plane block for analgesia after Cesarean delivery: a systematic review and meta-analysis. *Can J Anaesth*. 2012; 59(8):766–78.
78. Jing C., Wang C. Combining Spinal-Epidural Anesthesia versus Single-Shot Spinal

- Anesthesia for Cesarean Delivery: A Meta-Analysis of 5 Randomized Controlled Trials. *Med Sci Monit.* 2019; 25:2859–67.
78. Houthoff Khemlani K., Weibel S., Kranke P., Schreiber J.-U. Hypnotic agents for induction of general anesthesia in cesarean section patients: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *J Clin Anesth.* 2018; 48:73–80.
 79. Klimek M., Rossaint R., van de Velde M., Heesen M. Combined spinal-epidural vs. spinal anaesthesia for caesarean section: meta-analysis and trial-sequential analysis. *Anaesthesia.* 2018; 73(7):875–88.
 80. Heesen M., Böhmer J., Brinck E.C. V, Kontinen V.K., Klöhr S., Rossaint R., et al. Intravenous ketamine during spinal and general anaesthesia for caesarean section: systematic review and meta-analysis. *Acta Anaesthesiol Scand.* 2015; 59(4):414–26.
 81. Afolabi B.B., Lesi F.E.A. Regional versus general anaesthesia for caesarean section. *Cochrane database Syst Rev.* 2012; 10:CD004350.
 82. Kang H.W., Kim W.Y., Jin S.J., Kim Y.H., Min T.J., Lee Y.S., et al. Clinical evaluation of anesthesia for high-risk cesarean section at a tertiary medical center: retrospective study for 8 years (2009-2016). *J Int Med Res.* 2019; 47(9):4365–73.
 83. Edipoglu I.S., Celik F., Marangoz E.C., Orcan G.H. Effect of anaesthetic technique on neonatal morbidity in emergency caesarean section for foetal distress. *PLoS One.* 2018; 13(11):e0207388.
 84. Chestnut's Obstetric Anesthesia: Principles and Practice 6th Edition/ D.H. Chestnut et al.- Elsevier - 2019- 1382 p. Shnider and Levinson's anesthesia for obstetrics.—5th ed. / editor, M. Suresh [et al.]/ Lippincott Williams & Wilkins-2013-861 p.
 85. Anesthesia for Cesarean Section/Ed. G. Capogna. - Springer Intern. Publ. Switz. - 2017. - 224 p.
 86. ACOG Practice Bulletin No. 209. *Obstet Gynecol.* 2019; 133(3):e208–25.
 87. Oxford Textbook of Obstetric Anaesthesia / Ed. V. Clark, M. Van de Velde, R. Fernando - Oxford University Press. - 2016. - 987 p.
 88. Capogna G., editor. Anesthesia for Cesarean Section. Cham: Springer International Publishing; 2017. 224 p.
 89. Committee on Practice Bulletins—Obstetrics. Practice Bulletin No. 177: Obstetric Analgesia and Anesthesia. *Obstet Gynecol.* 2017; 129(4):e73–89.
 90. Kinsella S.M., Carvalho B., Dyer R.A., Fernando R., McDonnell N., Mercier F.J., et al. International consensus statement on the management of hypotension with vasopressors during caesarean section under spinal anaesthesia. *Anaesthesia.* 2018; 73(1):71–92.
 91. Practice Advisory for the Prevention, Diagnosis, and Management of Infectious Complications Associated with Neuraxial Techniques: An Updated Report by the American Society of Anesthesiologists Task Force on Infectious Complications Associated with Neuraxi. *Anesthesiology.* 2017; 126(4):585–601.
 92. Carvalho B., Collins J., Drover D.R., Atkinson Ralls L., Riley E.T. ED(50) and ED(95) of intrathecal bupivacaine in morbidly obese patients undergoing cesarean delivery. *Anesthesiology.* 2011; 114(3):529–35.
 93. Russell I.F. A prospective controlled study of continuous spinal analgesia versus repeat epidural analgesia after accidental dural puncture in labour. *Int J Obstet Anesth.* 2012; 21(1):7–16.
 94. Mellin-Olsen J., Staender S., Whitaker D.K., Smith A.F. The Helsinki Declaration on Patient Safety in Anaesthesiology. *Eur J Anaesthesiol.* 2010; 27(7):592–7.
 95. Devroe S., Van de Velde M., Rex S. General anesthesia for caesarean section. *Curr Opin Anaesthesiol.* 2015; 28(3):240–6.
 96. Chatmongkolchart S., Prathep S. Supplemental oxygen for caesarean section during regional anaesthesia. *Cochrane database Syst Rev.* 2016; 3:CD006161.
 97. Truhlář A., Deakin C.D., Soar J., Khalifa G.E.A., Alfonzo A., Bierens J.J.L.M., et al. European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2015: Section 4. Cardiac arrest in special circumstances. *Resuscitation.* 2015; 95:148–201.

98. Jeejeebhoy F.M., Zelop C.M., Lipman S., Carvalho B., Joglar J., Mhyre J.M., et al. Cardiac Arrest in Pregnancy: A Scientific Statement From the American Heart Association. *Circulation*. 2015; 132(18):1747–73.
99. Fischer C., Bonnet M.P., Girault A., Le Ray C. Update: Focus in-hospital maternal cardiac arrest. *J Gynecol Obstet Hum Reprod*. 2019; 48(5):309–14.
100. Chu J., Johnston T.A., Geoghegan J., Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Maternal Collapse in Pregnancy and the Puerperium: Green-top Guideline No. 56. *BJOG*. 2020; 127(5):e14–52.
101. Moitra V.K., Einav S., Thies K.-C., Nunnally M.E., Gabrielli A., Maccioli G.A., et al. Cardiac Arrest in the Operating Room. *Anesth Analg*. 2018; 127(3):e49–50.
102. McEvoy M.D., Thies K.-C., Einav S., Ruetzler K., Moitra V.K., Nunnally M.E., et al. Cardiac Arrest in the Operating Room. *Anesth Analg*. 2018; 126(3):889–903.
103. Hinkelbein J., Andres J., Thies K.-C., DE Robertis E. Perioperative cardiac arrest in the operating room environment: a review of the literature. *Minerva Anesthesiol*. 2017; 83(11):1190–8.
104. Jeejeebhoy F.M., Zelop C.M., Windrim R., Carvalho J.C.A., Dorian P., Morrison L.J. Management of cardiac arrest in pregnancy: A systematic review. *Resuscitation*. 2011; 82(7):801–9.
105. Lee S.W.Y., Khaw K.S., Ngan Kee W.D., Leung T.Y., Critchley L.A.H. Haemodynamic effects from aortocaval compression at different angles of lateral tilt in non-labouring term pregnant women. *Br J Anaesth*. 2012; 109(6):950–6.
106. Drukker L., Hants Y., Sharon E., Sela H.Y., Grisaru-Granovsky S. Perimortem cesarean section for maternal and fetal salvage: concise review and protocol. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2014; 93(10):965–72.
107. Dohi S., Ichizuka K., Matsuoka R., Seo K., Nagatsuka M., Sekizawa A. Coronary perfusion pressure and compression quality in maternal cardiopulmonary resuscitation in supine and left-lateral tilt positions: A prospective, crossover study using mannequins and swine models. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2017; 216:98–103.
108. Murphy C.J., McCaul C.L., Thornton P.C. Maternal collapse secondary to aortocaval compression. *Int J Obstet Anesth*. 2015; 24(4):393–4.
109. Butcher M., Ip J., Bushby D., Yentis S.M. Efficacy of cardiopulmonary resuscitation in the supine position with manual displacement of the uterus vs lateral tilt using a firm wedge: a manikin study. *Anaesthesia*. 2014; 69(8):868–71.
110. Zelop C.M., Einav S., Mhyre J.M., Martin S. Cardiac arrest during pregnancy: ongoing clinical conundrum. *Am J Obstet Gynecol*. 2018; 219(1):52–61.
111. Jeejeebhoy F.M., Zelop C.M., Windrim R., Carvalho J.C.A., Dorian P., Morrison L.J. Management of cardiac arrest in pregnancy: a systematic review. *Resuscitation*. 2011; 82(7):801–9.
112. Wang M., Lu X., Gong P., Zhong Y., Gong D., Song Y. Open-chest cardiopulmonary resuscitation versus closed-chest cardiopulmonary resuscitation in patients with cardiac arrest: a systematic review and meta-analysis. *Scand J Trauma Resusc Emerg Med*. 2019; 27(1):116.
113. Liao X., Chen B., Tang H., Wang Y., Wang M., Zhou M. [Effects between chest-compression-only cardiopulmonary resuscitation and standard cardiopulmonary resuscitation for patients with out-of-hospital cardiac arrest: a Meta-analysis]. *Zhonghua Wei Zhong Bing Ji Jiu Yi Xue*. 2018; 30(11):1017–23.
114. Zhu N., Chen Q., Jiang Z., Liao F., Kou B., Tang H., et al. A meta-analysis of the resuscitative effects of mechanical and manual chest compression in out-of-hospital cardiac arrest patients. *Crit Care*. 2019; 23(1):100.
115. Zhan L., Yang L.J., Huang Y., He Q., Liu G.J. Continuous chest compression versus interrupted chest compression for cardiopulmonary resuscitation of non-asphyxial out-of-hospital cardiac arrest. *Cochrane database Syst Rev*. 2017; 3:CD010134.
116. Lafuente-Lafuente C., Melero-Bascones M. Active chest compression-decompression for cardiopulmonary resuscitation. *Cochrane database Syst Rev*. 2013; (9):CD002751.

117. Kleinman M.E., Goldberger Z.D., Rea T., Swor R.A., Bobrow B.J., Brennan E.E., et al. 2017 American Heart Association Focused Update on Adult Basic Life Support and Cardiopulmonary Resuscitation Quality: An Update to the American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. *Circulation*. 2018; 137(1):e7–13.
118. Panchal A.R., Berg K.M., Cabañas J.G., Kurz M.C., Link M.S., Del Rios M., et al. 2019 American Heart Association Focused Update on Systems of Care: Dispatcher-Assisted Cardiopulmonary Resuscitation and Cardiac Arrest Centers: An Update to the American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardio. *Circulation*. 2019; 140(24):e895–903.
119. Lipman S.S., Wong J.Y., Arafeh J., Cohen S.E., Carvalho B. Transport decreases the quality of cardiopulmonary resuscitation during simulated maternal cardiac arrest. *Anesth Analg*. 2013; 116(1):162–7.
120. Lipman S., Daniels K., Cohen S.E., Carvalho B. Labor room setting compared with the operating room for simulated perimortem cesarean delivery: a randomized controlled trial. *Obstet Gynecol*. 2011; 118(5):1090–4.
121. Dijkman A., Huisman C.M.A., Smit M., Schutte J.M., Zwart J.J., van Roosmalen J.J., et al. Cardiac arrest in pregnancy: increasing use of perimortem caesarean section due to emergency skills training? *BJOG*. 2010; 117(3):282–7.
122. Lipman S.S., Cohen S., Mhyre J., Carvalho B., Einav S., Arafeh J., et al. Challenging the 4- to 5-minute rule: from perimortem cesarean to resuscitative hysterotomy. *Am J Obstet Gynecol*. 2016; 215(1):129–31.
123. Benson M.D., Padovano A., Bourjeily G., Zhou Y. Maternal collapse: Challenging the four-minute rule. *EBioMedicine*. 2016; 6:253–7.
124. Rose C.H., Faksh A., Traynor K.D., Cabrera D., Arendt K.W., Brost B.C. Challenging the 4- to 5-minute rule: from perimortem cesarean to resuscitative hysterotomy. *Am J Obstet Gynecol*. 2015; 213(5):653–6, 653.e1.
125. Gatti F., Spagnoli M., Zerbi S.M., Colombo D., Landriscina M., Kette F. Out-of-Hospital Perimortem Cesarean Section as Resuscitative Hysterotomy in Maternal Posttraumatic Cardiac Arrest. *Case Rep Emerg Med*. 2014; 2014:121562.
126. Paterson-Brown S, Howell C. *The MOET Course Manual: Managing Obstetric Emergencies and Trauma*, 2nd ed. Cambridge: Cambridge University Press; 2014.
127. Belletti A., Benedetto U., Putzu A., Martino E.A., Biondi-Zoccai G., Angelini G.D., et al. Vasopressors During Cardiopulmonary Resuscitation. A Network Meta-Analysis of Randomized Trials. *Crit Care Med*. 2018; 46(5):e443–51.
128. Panchal A.R., Berg K.M., Hirsch K.G., Kudenchuk P.J., Del Rios M., Cabañas J.G., et al. 2019 American Heart Association Focused Update on Advanced Cardiovascular Life Support: Use of Advanced Airways, Vasopressors, and Extracorporeal Cardiopulmonary Resuscitation During Cardiac Arrest: An Update to the American Heart Association Guidelines f. *Circulation*. 2019; 140(24):e881–94.
129. Caughey A.B., Wood S.L., Macones G.A., Wrench I.J., Huang J., Norman M., et al. Guidelines for intraoperative care in cesarean delivery: Enhanced Recovery After Surgery Society Recommendations (Part 2). *Am J Obstet Gynecol*. 2018; 219(6):533–44.
130. Huang J., Cao C., Nelson G., Wilson R.D. A Review of Enhanced Recovery After Surgery Principles Used for Scheduled Caesarean Delivery. *J Obstet Gynaecol Can*. 2019; 41(12):1775–88.
131. Berghella V. Cesarean delivery: Postoperative issues. Literature review current through: Feb 2020. This topic last updated: Oct 09, 2019.
132. Peleg D., Eberstark E., Warsof S.L., Cohen N., Ben Shachar I. Early wound dressing removal after scheduled cesarean delivery: a randomized controlled trial. *Am J Obstet Gynecol*. 2016; 215(3):388.e1-5.
133. Carvalho B., Butwick A.J. Postcesarean delivery analgesia. *Best Pract Res Clin Anaesthesiol*. 2017; 31(1):69–79.

134. Ng S.C., Habib A.S., Sodha S., Carvalho B., Sultan P. High-dose versus low-dose local anaesthetic for transversus abdominis plane block post-Caesarean delivery analgesia: a meta-analysis. *Br J Anaesth.* 2018; 120(2):252–63.
135. Champaneria R., Shah L., Wilson M.J., Daniels J.P. Clinical effectiveness of transversus abdominis plane (TAP) blocks for pain relief after caesarean section: a meta-analysis. *Int J Obstet Anesth.* 2016; 28:45–60.
136. Long J.B., Bevil K., Giles D.L. Preemptive Analgesia in Minimally Invasive Gynecologic Surgery. *J Minim Invasive Gynecol.* 2019; 26(2):198–218.
137. Abdallah F.W., Halpern S.H., Margarido C.B. Transversus abdominis plane block for postoperative analgesia after Caesarean delivery performed under spinal anaesthesia? A systematic review and meta-analysis. *Br J Anaesth.* 2012; 109(5):679–87.
138. Fuchs F., Benhamou D. [Post-partum management after cesarean delivery. Guidelines for clinical practice]. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris).* 2015; 44(10):1111–7.
139. Sénat M.-V., Sentilhes L., Battut A., Benhamou D., Bydlowski S., Chantry A., et al. Postpartum practice: guidelines for clinical practice from the French College of Gynaecologists and Obstetricians (CNGOF). *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2016; 202:1–8.
140. Hamburger J., Beilin Y. Systemic adjunct analgesics for cesarean delivery: a narrative review. *Int J Obstet Anesth.* 2019; 40:101–18.
141. Macones G.A., Caughey A.B., Wood S.L., Wrench I.J., Huang J., Norman M., et al. Guidelines for postoperative care in cesarean delivery: Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) Society recommendations (part 3). *Am J Obstet Gynecol.* 2019; 221(3):247.e1-247.e9.
142. Waldron N.H., Jones C.A., Gan T.J., Allen T.K., Habib A.S. Impact of perioperative dexamethasone on postoperative analgesia and side-effects: systematic review and meta-analysis. *Br J Anaesth.* 2013; 110(2):191–200.
143. De Oliveira G.S., Almeida M.D., Benzon H.T., McCarthy R.J. Perioperative single dose systemic dexamethasone for postoperative pain: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Anesthesiology.* 2011; 115(3):575–88.
144. Eslamian L., Jalili Z., Jamal A., Marsoosi V., Movafegh A. Transversus abdominis plane block reduces postoperative pain intensity and analgesic consumption in elective cesarean delivery under general anesthesia. *J Anesth.* 2012; 26(3):334–8.
145. Tan T.T., Teoh W.H.L., Woo D.C.M., Ocampo C.E., Shah M.K., Sia A.T.H. A randomised trial of the analgesic efficacy of ultrasound-guided transversus abdominis plane block after caesarean delivery under general anaesthesia. *Eur J Anaesthesiol.* 2012; 29(2):88–94.
146. Støving K., Rothe C., Rosenstock C. V, Aasvang E.K., Lundstrøm L.H., Lange K.H.W. Cutaneous Sensory Block Area, Muscle-Relaxing Effect, and Block Duration of the Transversus Abdominis Plane Block: A Randomized, Blinded, and Placebo-Controlled Study in Healthy Volunteers. *Reg Anesth Pain Med.* 40(4):355–62.
147. St Helens and Knowsley Hospitals NHS Trust Guideline for the Management of Caesarean Section Version 9.2 November 2018 - 33p.
148. Bates S.M., Rajasekhar A., Middeldorp S., McLintock C., Rodger M.A., James A.H., et al. American Society of Hematology 2018 guidelines for management of venous thromboembolism: venous thromboembolism in the context of pregnancy. *Blood Adv.* 2018; 2(22):3317–59.
149. Pereira T.R.C., Souza F.G. De, Beleza A.C.S. Implications of pain in functional activities in immediate postpartum period according to the mode of delivery and parity: an observational study. *Brazilian J Phys Ther.* 21(1):37–43.
150. Tulman L., Fawcett J. Return of functional ability after childbirth. *Nurs Res.* 37(2):77–81.
151. Weinstein R.A., Boyer K.M. Antibiotic Prophylaxis for Cesarean Delivery - When Broader Is Better. *N Engl J Med.* 2016; 375(13):1284–6.
152. Swank M.L., Wing D.A., Nicolau D.P., McNulty J.A. Increased 3-gram cefazolin dosing for cesarean delivery prophylaxis in obese women. *Am J Obstet Gynecol.* 2015; 213(3):415.e1-8.
153. Sita A.T.N., Szychowski J.M., Boggess K., Saade G., Longo S., Clark E., et al. Adjunctive Azithromycin Prophylaxis for Cesarean Delivery. *N Engl J Med.* 2016; 375(13):1231–41.

154. Harper L.M., Kilgore M., Szychowski J.M., Andrews W.W., Tita A.T.N. Economic Evaluation of Adjunctive Azithromycin Prophylaxis for Cesarean Delivery. *Obstet Gynecol.* 2017; 130(2):328–34.
155. Skeith A.E., Niu B., Valent A.M., Tuuli M.G., Caughey A.B. Adding Azithromycin to Cephalosporin for Cesarean Delivery Infection Prophylaxis: A Cost-Effectiveness Analysis. *Obstet Gynecol.* 2017; 130(6):1279–84.
156. Gyte G.M.I., Dou L., Vazquez J.C. Different classes of antibiotics given to women routinely for preventing infection at caesarean section. *Cochrane database Syst Rev.* 2014; (11):CD008726.
157. Bauchat J.R., Weiniger C.F., Sultan P., Habib A.S., Ando K., Kowalczyk J.J., et al. Society for Obstetric Anesthesia and Perinatology Consensus Statement: Monitoring Recommendations for Prevention and Detection of Respiratory Depression Associated With Administration of Neuraxial Morphine for Cesarean Delivery Analgesia. *Anesth Analg.* 2019; 129(2):458–74.



**O'ZBEKISTON RESPUBLIKASI SOG'LIQNI SAQLASH VAZIRINING
BUYRUG'I**

2021 yil "30" 11

№ 273

Toshkent sh.

**Даволаш-профилактика муассасалари учун клиник баённомалар
ҳамда касалликларни ташхислаш ва даволаш стандартларини
тасдиқлаш тўғрисида**

Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2021 йил 28 июлдаги “Соғлиқни сақлаш соҳасида ихтисослаштирилган тиббий ёрдам кўрсатиш тизимини янада такомиллаштириш чора-тадбирлари тўғрисида”ги ПҚ-5199-сон қарори ижросини таъминлаш, халқаро стандартлар асосида ишлаб чиқилган клиник баённомалар, ташхислаш ва касалликларни даволаш стандартларини амалиётга татбиқ этиш ҳамда аҳолига кўрсатилаётган тиббий хизматлар сифатини янада ошириш мақсадида **буюраман**:

1. Куйидагилар:

Кўз касалликларининг клиник баённомалари, ташхислаш ва даволаш стандартлари 1-иловага мувофиқ;

Жарроҳлик йўналиши бўйича клиник баённомалари, касалликларнинг ташхислаш ва даволаш стандартлари 2-иловага мувофиқ;

Эндокринологик касалликларининг клиник баённомалари, ташхислаш ва даволаш стандартлари 3-иловага мувофиқ;

Кардиологик касалликларининг клиник баённомалари, ташхислаш ва даволаш стандартлари 4-иловага мувофиқ;

Урологик касалликларининг клиник баённомалари, ташхислаш ва даволаш стандартлари 5-иловага мувофиқ;

Дерматовенерология ва косметология йўналиши бўйича клиник баённомалари, касалликларининг ташхислаш ва даволаш стандартлари 6-иловага мувофиқ;

Травматология ва ортопедия йўналиши бўйича клиник баённомалари, касалликларининг ташхислаш ва даволаш стандартлари 7-иловага мувофиқ;

Онкологик касалликларининг ташхислаш ва даволаш стандартлари 8-иловага мувофиқ;

Терапевтик касалликларининг клиник баённомалари, ташхислаш ва даволаш стандартлари 9-иловага мувофиқ;

Педиатрия йўналиши бўйича клиник баённомалари, касалликларининг

ташхислаш ва даволаш стандартлари 10-иловага мувофиқ;

Нейрохирургия йўналиши бўйича клиник баённомалари, касалликларининг ташхислаш ва даволаш стандартлари 11-иловага мувофиқ;

Нефрология йўналиши бўйича клиник баённомалари, касалликларининг ташхислаш ва даволаш стандартлари 12-иловага мувофиқ;

Фтизиатрия ва пульманология йўналиши бўйича клиник баённомалари, касалликларининг ташхислаш ва даволаш стандартлари 13-иловага мувофиқ;

Акушерлик ва гинекология йўналиши бўйича клиник баённомалари, касалликларининг ташхислаш ва даволаш стандартлари 14-иловага мувофиқ;

Аллергик касалликларнинг клиник баённомалари, ташхислаш ва даволаш стандартлари 15-иловага мувофиқ;

Юкумли касалликлар бўйича клиник баённомалари, ташхислаш ва даволаш стандартлари 16-иловага мувофиқ тасдиқлансин.

2. Клиник баённомалар ҳамда ташхислаш ва даволаш стандартларини 2023 йил учун тасдиқлаш режа жадвали 17-иловага мувофиқ тасдиқлансин.

3. Республика ихтисослаштирилган кўз микрохирургияси ИАТМ (А.Юсупов), Академик В.Вахидов номидаги республика ихтисослаштирилган хирургия ИАТМ (С.Исмаилов), Республика ихтисослаштирилган эндокринология ИАТМ (Ф.Хайдарова), Республика ихтисослаштирилган кардиология ИАТМ (Х.Фазилов), Республика ихтисослаштирилган урология ИАТМ (Ш.Мухтаров), Республика ихтисослаштирилган дерматовенерология ва косметология ИАТМ (У.Сабиров), Республика ихтисослаштирилган травматология ва ортопедия ИАТМ (М.Ирисметов), Республика ихтисослаштирилган онкология ва тиббий радиология илмий-амалий тиббиёт маркази (М.Тиллашайхов), Республика ихтисослаштирилган терапия ва тиббий реабилитация ИАТМ (Б.Аляви), Республика ихтисослаштирилган педиатрия ИАТМ (Д.Ахмедова), Республика ихтисослаштирилган нейрохирургия ИАТМ (Г.Кариев), Республика ихтисослаштирилган нефрология ва буйрак трансплантацияси ИАТМ (Б.Даминов), Республика ихтисослаштирилган фтизиатрия ва пульмонология ИАТМ (Н.Парпиева) ва Республика ихтисослаштирилган акушерлик ва гинекология ИАТМ (Н.Надирханова), Республика ихтисослаштирилган аллергология ИАТМ (И.Разикова), Республика ихтисослаштирилган эпидемиология, микробиология, юкумли ва паразитар касалликлар ИАТМ (Б.Тажиев) мазкур буйруқ билан тасдиқланган ташхислаш ва даволаш стандартларни вилоят, туман (шаҳар) микёсида тегишли тиббиёт муассасаларига етказилишини, амалиётда кенг татбиқ этилишини ҳамда стандартлардаги тартиб ва кўрсатмалардан тўлиқ фойдаланишни ташкил этсинлар;

Тасдиқланган клиник протоколлари ҳамда ташхислаш ва даволаш стандартлари тасдиқлангандан сўнг тегишлилиги бўйича марказларнинг расмий веб-сайтига жойлаштириш чораларини кўрсин.

4. Фан ва таълим бошқармаси (А.Махмудов) мазкур буйруқ билан тасдиқланган ташхислаш ва даволаш стандартларни 2021-2022 ўқув йилидан бошлаб Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлиги тизимидаги тиббий олий таълим муассасаларининг бакалаврият, магистратура, клиник

ординатура боскичлари, шунингдек шифокорларни қайта тайёрлаш ва малакасини ошириш бўйича ўқув дастурларига киритилишини таъминласин.

5. Қорақалпоғистон Республикаси соғлиқни сақлаш вазири, Тошкент шаҳар ва вилоятлар соғлиқни сақлаш бошқармаси бошлиқларига иловаларда тасдиқланган ташхислаш ва даволаш стандартларни тегишли даволаш-профилактика муассасаларида амалиётга татбиқ этилишини таъминлаш вазифаси юклансин.

6. Тиббий хизматлар сифатини назорат қилиш бошқармаси бошлиғи (М.Нарзиев)га бошқарма ва унинг ҳудудий бўлимлари режали ва режадан ташқари текширишларида иловага мувофиқ тасдиқланган ташхислаш ва даволаш стандартларнинг тиббиёт амалиётига татбиқ этилиши ва унга риоя қилиниши устидан назорат ўрнатиш вазифаси юклансин.

7. IT-MED МЧЖ (Б.Хасанов) иловаларда тасдиқланган ташхислаш ва даволаш стандартлар тақдим қилингандан сўнг вазирлик расмий веб-сайтига жойлаштириш чораларини кўрсин.

8. Мазкур буйруқнинг қабул қилиниши муносабати билан Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирининг 2014 йил 23 октябрдаги 377-сон, 2015 йил 5 июндаги 235-сон, 2017 йил 16 августдаги 457-сон, 2017 йил 29 июндаги 351-сон, 2018 йил 19 июлдаги 468-сон, 2019 йил 19 июлдаги 266-сонли буйруғининг 1-банди биринчи-саккизинчи, ўнинчи-ўн биринчи хатбошлари ва 1-7, 9-10 иловалари, 2019 йил 1 апрелдаги 90-сонли буйруғининг 1-банди еттинчи хатбоши ва 15-17 иловалари, 2018 йил 29 декабрдаги 671-сонли буйруғининг 1-банди бешинчи хатбоши ва 4-6 иловалари ва 2019 йил 13 майдаги 127-сонли буйруғининг 1-банди иккинчи хатбоши ва 1-иловаси ўз кучини йўқотган деб ҳисоблансин.

9. Мазкур буйруқнинг ижроси назорат қилишни вазирнинг биринчи ўринбосари А.Иноятов зиммасига юклатилсин.

Вазир



Б. Мусаев