



ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ  
СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ ВАЗИРЛИГИ



РЕСПУБЛИКА ИХТИСОСЛАШТИРИЛГАН  
АКУШЕРЛИК ВА ГИНЕКОЛОГИЯ ИЛМИЙ  
АМАЛИЙ ТИББИЁТ МАРКАЗИ

# КЕСАР КЕСИШ ЖАРРОҲЛИК АМАЛИЁТИ

БЎЙИЧА МИЛЛИЙ КЛИНИК БАЁННОМА

## НАЦИОНАЛЬНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ ПО РОДОРАЗРЕШЕНИЮ ПУТЕМ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ

ТОШКЕНТ 2021





## O ZBEKISTON RESPUBLIKASI SOG'LIQNI SAQLASH VAZIRINING

№ 273

### BUYRUG '1

20^yil "30" -//

Toshkent sh.

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

Узбекистан Республикаси Президентининг 2021 йил 28 июлдаги “Согликни сақлаш соҳасида ихтисослаштирилган тиббий ёрдам курсатиш тизимини янада такомиллаштириш чора-тадбирлари тугрисида”ги ПК,-5199-сон қарори ижросини таъминлаш, халқаро стандартлар асосида ишлаб чиқилган клиник баённомалар, ташхислаш ва касалликларни даволаш стандартларини амалиётга татбиқ этиш ҳамда аҳолига курсатилаётган тиббий хизматлар сифатини янада ошириш мақсадида буюраман:

1. Қуйидагилар:

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

Жаррохдик йуналиши буйича 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 йуналиши буйича клиник баённомалари, касалликларининг ташхислаш ва даволаш стандартлари 6-иловага мувофиқ;

Травматология ва ортопедия йуналиши буйича 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 йуналиши буйича клиник баённомалари, касалликларининг ташхислаш ва даволаш стандартлари 10-иловага мувофиқ;

Нейрохирургия йуналиши буйича клиник баённомалари, касалликларининг ташхислаш ва даволаш стандартлари 11-иловага мувофиқ;

Нефрология йуналиши буйича клиник баённомалари, касалликларининг ташхислаш ва даволаш стандартлари 12-иловага мувофиқ;

Фтизиатрия ва пульманология йуналиши буйича клиник баённомалари, касалликларининг ташхислаш ва даволаш стандартлари 13-иловага мувофиқ;

Акушерлик ва гинекология йуналиши буйича клиник баённомалари, касалликларининг ташхислаш ва даволаш стандартлари 14-иловага мувофиқ;

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

Юқумли касалликлар буйича 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 куз 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.Сабилов), 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 аллергия ИАТМ (И.Разикова), Республика ихтисослаштирилган эпидемиология, микробиология, юқумли ва паразитар касалликлар ИАТМ (Б.Тажиев) мазкур буйрук билан тасдиқланган ташхислаш ва даволаш стандартларни вилоят, туман (шахар) микёсида тегишли тиббиёт муассасаларига етказилишини, амалиётда кенг татбиқ этилишини ҳамда стандартлардаги тартиб ва курсатмалардан тулик фойдаланишни ташкил этсинлар;

Тасдиқланган клиник протоколлари ҳамда ташхислаш ва даволаш стандартлари тасдиқланган дан сунг тегишлилиги буйича марказларнинг расмий веб-сайтига жойлаштириш чораларини курсин.

4. Фан ва таълим бошқармаси (А.Махмудов) мазкур буйрук билан тасдиқланган ташхислаш ва даволаш стандартларни 2021-2022 укув йилидан бошлаб Ўзбекистан Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлиги тизимидаги тиббий олий таълим муассасаларининг бакалаврият, магистратура, клиникординатура босқичлари, шунингдек шифокорларни қайта тайёрлаш ва малакасини ошириш буйича укув дастурларига киритилишини таъминласин.

5. Қорақалпоғистон Республикаси соғлиқни сақлаш вазири, Тошкент шаҳр 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 булимлари режали ва режадан ташқари текширишларида иловага мувофиқ тасдиқланган ташхислаш ва даволаш стандартларнинг тиббиёт амалиётига татбиқ этилиши ва унга риоя қилиниши устидан назорат урнатиш вазифаси юклансин.

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

8. Мазкур буйрукнинг қабул қилиниши муносабати билан Ўзбекистан 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 буйругининг 1-банди биринчи-саккизинчи, унингчи-ун биринчи хатбошлари ва 1-7, 9-10 иловалари, 2019 йил 1 апрелдаги 90-сонли буйругининг 1-банди еттинчи хатбоши ва 15-17 иловалари, 2018 йил 29 декабрдаги 671-сонли буйругининг 1-банди бешинчи хатбоши ва 4-6 иловалари ва 2019 йил 13 майдаги 127-сонли буйругининг 1-банди иккинчи хатбоши ва 1-иловаси уз кучини йукотган деб ҳисоблансин.

9. Мазкур буйрукнинг ижроси назорат қилишни вазирнинг биринчи уринбосари А.Иноятов зиммасига юклатилсин

Вазир



Б. Мусаев



ЎЗБЕКISTON РЕСПУБЛИКАСИ  
СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ ВАЗИРЛИГИ

# КЕСАР КЕСИШ ЖАРРОҲЛИК АМАЛИЁТИ

БЎЙИЧА МИЛЛИЙ КЛИНИК БАЁННОМА

ТОШКЕНТ 2021

## КИРИШ ҚИСМИ

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

## МУНДАРИЖА

КИРИШ .....	11
ҚИСҚАЧА МАЪЛУМОТ .....	13
КХТ-10 бўйича кодланиши .....	13
Таърифи .....	13
Кесар кесиш жарроҳлик амалиётининг таснифи .....	13
ДИАГНОСТИКА .....	14
Анамнез .....	14
Физикал текширув .....	14
Лаборатор ва диагностик текширувлар .....	15
Инструментал диагностик текширувлар .....	16
Бошқа диагностик текширувлар .....	16
КЎРСАТМАЛАР .....	16
Кесар кесиш жарроҳлик амалиёти билан туғдириш учун кўрсатмаларни аниқлаш .....	18
Кесар кесиш жарроҳлик амалиёти билан туғдиришнинг жарроҳлик техникаси .....	21
Кесар кесиш жарроҳлик амалиётида қўлланиладиган оғриксизлантириш усуллари .....	27
Ҳомиладор аёлда қон айланиши тўсатдан тўхташи ҳолатида кесар кесиш жарроҳлик амалиётини ўтказиш .....	32
Кесар кесиш жарроҳлик амалиёти билан тукқан аёлларни олиб бориш .....	34
ҚЎШИМЧА МАЪЛУМОТ .....	38
ТИББИЙ ЁРДАМ КЎРСАТИЛИШИНИ ТАШКИЛЛАШТИРИШ .....	39
ТИББИЙ ЁРДАМ СИФАТИНИ БАҲОЛАШ МЕЗОНЛАРИ .....	39
ИЛОВАЛАР .....	40
Клиник баённомани ишлаб чиқиш услуби .....	40
Тиббий аралашувга ихтиёрий равишда розилик бериш .....	41
Кесар кесиш жарроҳлик амалиётининг хавфсизлигини текшириш бўйича акушерлик назорат рўйхати .....	43
Кечиктириб бўлмайдиган тоифасига қараб кесар кесиш жарроҳлик амалиётини ўтказиш учун кўрсатмалар .....	45
Шифокорнинг ҳаракатлар алгоритми .....	47
Кесар кесиш жарроҳлик амалиётининг паспорти .....	48
Операциядан аввал беморнинг дастлабки аҳволининг жисмоний ҳолатини баҳолаш шкаласи (ASA) .....	49
Қийин интубация ҳолатида ҳаракатлар алгоритми .....	50

«Вентиляция қилиш имкони йўқ – интубация қилиш имкони йўқ» ҳаракатлар алгоритми .....	49
Оғриқсизлантиришдан аввал наркоз ва нафас бериш усқуналарини текшириш бўйича назорат рўйхати .....	50
Антикоагулянтлар ёки/ва антиагрегантларни қабул қиладиган беморларда анестезиологик таъминотни ўтказиш хусусиятлари.....	52
Оғриқнинг жадаллигини баҳолаш визуал-аналог шкаласи.....	53
Назорат рўйхати.....	54
Бемор учун маълумот.....	55
Кесар кесиш жарроҳлик амалиётини амалга ошириш техникаси .....	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
Любич 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
Ашурова 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
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

### Тақризчилар

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

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

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 қилинадиган 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 қиради:

- 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:

<b>FDA</b>	Озиқ-овқат маҳсулотлари ва дори воситаларни сифатини назорат қилиш АҚШ федерал хизмати
<b>SpO<sub>2</sub></b>	қоннинг кислородга тўйиниш даражаси
<b>anti-HCV</b>	вирусли гепатит С га антитаначалар
<b>HBsAg</b>	вирусли гепатит В антигени
<b>АБ (ҚБ)</b>	артериал (қон) босими
<b>ФҚТВ</b>	фаоллаштирилган қисман тромбопластин вақти (АЧТВ)
<b>ВАШ</b>	визуал-аналог шкаласи (оғриқнинг жадаллигини баҳолайди)
<b>ОИВ</b>	одам иммунитет танқислиги вируси
<b>ОГВ</b>	оддий герпес вируси
<b>ВТЭА</b>	венос тромбоэмболик асоратлар
<b>ТИТКИС</b>	томир ичи тарқоқ қон ивиш синдроми (ДВС)
<b>ЎСВ</b>	ўпка сунъий вентиляцияси
<b>ТВИ</b>	тана вазни индекси
<b>КК</b>	кесар кесиш жарроҳлик амалиёти
<b>КТГ</b>	кардиотокограмма
<b>МАК</b>	минимал альвеоляр концентрация
<b>КХТ-10</b>	касалликлар халқаро таснифи 10-нашри
<b>ХНН</b>	халқаро нормаллаштирилган нисбат (МНО)
<b>ХБ</b>	халқаро бирлик
<b>ХЎЁГ</b>	ҳомилдорлар ўткир ёғли гепатози
<b>НЖЙБК</b>	нормал жойлашган йўлдошнинг барвақт кўчиши
<b>ВГС</b>	В гуруҳи стрептококки
<b>ЎАТЭ</b>	ўпка артерияси тромбоэмболияси
<b>ТЭА</b>	тромбоэмболик асоратлар
<b>УТТ</b>	ультратовуш текширув
<b>ЮУТ</b>	юрак уриш тезлиги
<b>ЭКГ</b>	электрокардиограмма

## ҚИСҚАЧА МАЪЛУМОТ

### КХТ-10 бўйича кодланиши

082	Битта ҳомилалик туғруқ, кесар кесиш амалиёти билан туғдириш
082.0	Электив кесар кесиш жарроҳлик амалиётини ўтказиш
082.1	Шошилинч кесар кесиш жарроҳлик амалиётини ўтказиш
082.2	Гистрэктомия билан кесар кесиш жарроҳлик амалиётини ўтказиш
082.8	Бошқа битта ҳомилалик туғруқни кесар кесиш амалиёти билан туғдириш
082.9	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

#### Шошилинччилигига қараб:

- режали
- шошилинч (ургент).

#### Кечиктириб бўлмайдиган тоифасига қараб:\*

I тоифа	Шошилинч 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 шошилинч 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 кесманинг 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, тромбоемболик асоратлар (ТЭА), гипертония касаллиги, рухий 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

<b>5C</b>	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.

<b>5C</b>	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

<b>3В</b>	КК жарроҳлик амалиётидан аввал ва кейин, 72 соатдан кечиктирмасдан, қоннинг умумий (клиник) таҳлилини текшириш тавсия этилади.
-----------	--

Гемоглобин даражасини текшириш анемияни аниқлаш ва даволаш учун зарур ҳисобланади, бу нохуш перинатал натижаларнинг келиб чиқиш хавфини камайтиришга ёрдам беради. 2-3 триместр даврида гемоглобиннинг нормал даражаси 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.

<b>2В</b>	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:

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

Шифохонага режали ётқишидан 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.

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

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

<b>1В</b>	қонда гепатит В вирусининг ( <i>Hepatitis B virus</i> ) юзаки антигенига (HBsAg) антитаначалар даражаси ёки гепатит В вируси ( <i>Hepatitis B virus</i> ) 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.

<b>4С</b>	гепатит С вирусига ( <i>Hepatitis C virus</i> ) М ва G (anti-HCV IgG ва anti-HCV IgM) синфларининг умумий антитаначалар даражасини текшириш тавсия этилади.
-----------	---

Шифохонага режали ётқишидан 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.

<b>1B</b>	Ҳомиладорлик даврининг 35-37 хавталиқ муддатларида илгари текширилган бўлмаса, бачадон бўйни каналининг ажралмаларида В гуруҳи стрептококкининг (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

<b>5C</b>	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

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

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

<b>5C</b>	Ҳомиладор аёлда соматик касалликлар мавжуд бўлганда, бошқа мутахассисларнинг маслаҳатини олиш ва жарроҳлик амалиётидан аввал кўшимча 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, ўқсимон чокнинг юқорида тўғри туриши, ҳомиланинг боши орқа тепа қисми билан келиши);
2. йўлдошнинг олдинда келиши (тўлиқ, қисман, қон кетиш билан);
3. табиий туғруқ йўллари орқали тез туғдиришга шароит бўлмаганда зўрайиб борувчи НЖЙБК;
4. оғир преэклампсия, эклампсия, HELLP-синдроми, ҳомиладорлик даври ва туғруқ пайтида 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 миоматоз тугун пастда (бачадон бўйнида) жойлашиши, сийдик-таносил аъзоларида пластик жарроҳлик амалиётларидан кейин қин ва бачадон бўйни чандиқли деформациялари, шу жумладан, аввалги туғруқларда III даражали оралиқ 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 даврining 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 нуктаи 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 чанок-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 йўлларининг 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 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 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 ( $\geq 4500$  г дан) катта бўлганда режалаштирилган тартибда (III кечиктириб бўлмайдиган тоифаси) КК жарроҳлик амалиёти билан туғдириш тавсия этилади.

<b>3B</b>	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 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.

<b>5C</b>	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 айлантеришни амалга ошириш мумкин бўлади. Уриниш муваффақиятсиз бўлса, 39<sup>o</sup>-39<sup>6</sup> ҳафталик муддатларда ёки режалаштирилган жарроҳлик амалиётидан аввал такроран амалга ошириш мумкин бўлади. Ушбу муддатда ҳомилани ташқаридан айлантериш муваффақиятли амалга оширилса, унда ҳомиланинг беқарор жойлашиши киндик тизимчаси тушиш хавфини ошириши сабабли преиндукция ёки индукцияни амалга ошириш керак бўлади.

<b>5C</b>	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.

<b>5C</b>	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 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

3С	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.

5С	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.

5С	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.**

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

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

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

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

2В	Окситоцин билан туғруқни чақириш усули самара бермаганда
----	--

5С	Хориоамнионит ва туғруқ йўлларининг тайёр эмаслигида
----	--

5С	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 шошилич 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 чаноқда

**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 шошилич туғдиришнинг барча ҳолатларида туғдириш тури клиник ҳолатга қараб индивидуал равишда ҳал қилинади.

**5C** Яшаб кетишига имкон бермайдиган ҳомиланинг аномалияларида (клиник тор чаноқ 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** <24<sup>o</sup> 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 яқунланиши 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 камаяди. 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 меъёридан ортиқ 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 тромбоемболик асоратларни олдини олиш мақсадида компрессион трикотаждан узун пайпоқларни (чулокларни) кийиш тавсия этилади.

**5C** Операцион хонасида юзага келиши мумкин бўлган асоратларни ўз вақтида баргараф 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** Антитетровирус терапияни қабул қилмаган ОИВ билан касалланган аёлларда антитетровирус 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 терига операция олди ишлов бериш тавсия этилади.

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

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

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

**1А** КК жарроҳлик амалиёти билан туғдиришда яхшироқ битиши туфайли бачадоннинг пастки сегментида кўндаланг 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 Кэрр бўйича скальпель билан кесмани бажариш, сўнгра сийдик қопини ажратмасдан ва силжитмасдан Дерфлер бўйича қайчи ёки бармоқлар ёрдамида кенгайтириб, латерал йўналишларда кесмани узайтириш мумкин бўлади. Шунинг эса тутиш керакки, ҳомила боши билан келганда, бачадоннинг пастки сегментидаги кўндаланг кесманинг даражаси, эҳтиёткорлик билан ҳомиланинг бошини чиқариб олиш учун, имкон қадар, ҳомила бошининг энг катта диаметрининг соҳасига тушиши керак. Бачадонда чандиқ бўлганда кесмани ўткир тарзда кенгайтириш мумкин, бачадондаги кесма қайчи ёрдамида чап ва ўнгга узайтирилади, чунки ҳомилани чиқариб олиш пайтида бачадон деворининг пастки қисми ва сийдик қопининг ёрилишига кесманинг кенгайиб кетиш хавфини камайтиради.

**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 ўтказди. Ассистентнинг ёрдамига қарамасдан, ҳомиланинг боши туғилмаса, бачадондаги кесмани юқорига (J-симон кесма) кенгайтириш тавсия этилади. Операциядан кейинги даврда жароҳат битиши учун шароитлар ёмонлашиб бораётганлиги сабабли, бачадондаги лангарсимон кесмани ҳозирги кунда қўллаш тавсия этилмайди. Муддатидан олдин жарроҳлик амалиёти билан туғдиришда ҳомилага шикаст етказиш хавфини камайтириш учун қоғаноқ пардасининг бутунлигини сақлаган ҳолда ҳомилани чиқариб олиш афзал ҳисобланади.

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

**3В** 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).

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

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

**3С** 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.

**4С** 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 айлантириш орқали ёки ҳомилани айлантиришдан 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 оғриқсизлантиришнинг оқибатидир, бу эса ҳомиладор аёл қорин мушакларининг таранглашишини келтириб чиқаради. Ушбу муаммони ҳал қилиш учун оғриқсизлантиришни 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.

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

Қуйидаги утеротоник дори воситалардан фойдаланиш мумкин:

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

**1A** 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.

**1A** 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.

**1A** 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 керакки, 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.).

**1A**

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

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

**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 фарқ 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 қўшимча шароитлар яратади. Қорин мушаклари тикилмасдан қолдирилса, табиий равишда уларнинг анатомик жойлашиши тикланади ва уларни тортиб тикиш оғриқ синдромига ва битишмалар ҳосил бўлишига олиб келиши мумкин.

**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)  $\geq 30$  кг/м<sup>2</sup>) 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.

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

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

### Кесар кесиш жарроҳлик амалиётида қўлланиладиган оғриқсизлантириш усуллари

<b>3C</b>	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 қўйиш, 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, тромбоэмболик асоратлар юзага келиш хавфини, аспирацион синдром ва анафилаксиянинг келиб чиқиш хавфини қайд этиши ва ўтказилган профилактик тадбирлар туғруқ тарихида белгиланиши тавсия этилади.
-----------	---

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

<b>3C</b>	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.
-----------	---

<b>5C</b>	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.

<b>2B</b>	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, H<sub>2</sub>-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 кирази. Суюқлик миқдори суюқликдаги зарралар сонидан камроқ аҳамиятга эга. Шу билан бирга, аспирация ривожланиш хавф омиллари мавжуд бўлган аёлларга (масалан, 2-3 даражали семизлик, қандли диабет, қийин трахея интубацияси) ёки оператив туғдириш хавфи юқори бўлган аёлларга (масалан, ҳомиланинг ноаниқ ҳолати) суюқлик истеъмол қилишда қатъий чекловлар қўйилиши мумкин, қарор индивидуал равишда қабул қилиниши керак. Қаттиқ озик-овқатларни истеъмол қилмаслик керак.

1A

КК жарроҳлик амалиёти билан туғдиришда операцион столини 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<sub>2</sub>,) ва сийдик чиқариш тезлигини назорат қилиш тавсия этилади.

1A

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

КК жарроҳлик амалиёти билан туғдиришда нейрооксиал оғриқсизлантириш усулининг инкор этилмайдиган устунлигини ҳисобга олган ҳолда, нейрооксиал оғриқсизлантириш усулини қўллаш учун қарши кўрсатмалар мавжуд бўлса, умумий оғриқсизлантириш усулини қўллаш мумкин бўлади. Ҳомиладорлик даврида умумий оғриқсизлантириш усулининг асоратлар хавфи сезиларли даражада ошади ва уни ўтказилиши бир қатор сабабларга кўра техник жиҳатдан қийинроқ бўлади. Турли хил профиль жарроҳлик беморларининг умумий массасида 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.

<b>3C</b>	КК жарроҳлик амалиётидан кейин, аёлни интенсив даволаш палатасига (анестезиология-реанимация бўлимнинг 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).
-----------	--

<b>1A</b>	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.

<b>1A</b>	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 нейропатия; юқори бош мия ички босими билан боғлиқ бўлган касалликлар; пункция жойида татуировка бўлиши.
-----------	---

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\*10<sup>9</sup>/л. 70-100\*10<sup>9</sup>/л. Тромбоцитопения ва гипокоагуляция ҳолати бўлмаган тақдирда фақат спинал оғриқсизлантириш усулидан фойдаланиш мумкин бўлади (кичик диаметрли – 27-29G игналар билан). Анафилаксия каби амид гуруҳининг маҳаллий анестетикларини кўтара олмаслик жуда кам ҳолатларда учрайди. 2018 йилги Европа кардиологлар жамиятининг тавсияларига кўра, юрак касалликлари билан касалланган аёлларда одатда регионал оғриқсизлантириш усулини қўллаш умумий оғриқсизлантириш усулига қараганда афзалроқ туради. Неврологик касалликлар билан касалланган аёлларда регионал оғриқсизлантириш усулини қўллаш эҳтимоли индивидуал равишда баҳоланади ва невропатолог ва/ёки нейрохирург шифокорлари билан келишилади.

**1А** Люмбал пункцияни L2 дан пастроқ ўрта ва парамедиан чизик бўйлаб кириш орқали бажариш тавсия этилади, чунки орқа мианинг охириги қисми шу сатҳида тугайди.

**1А** 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.

КК жарроҳлик амалиёти билан туғдиришда маҳаллий анестетикнинг гипербарик ва изобарик эритмалари қўлланилади. Спинал оғриқсизлантиришнинг давомийлиги чекланган бўлади, бироқ замонавий маҳаллий анестетиклар (бупивакаин, ропивакаин ва левобупивакаин) мавжудлиги спинал оғриқсизлантиришни 2,5-3 соат давомида ўтказишга имкон беради. Эпидурал бўшлиқни катетеризация қилиш пайтида бош мианинг қаттиқ пардасини билмасдан пункция қилишда 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.

**2А** Юқори блокни олдини олиш мақсадида семиз ҳомиладор аёлларда маҳаллий анестетикнинг дозаси ўртача 25-30% га камайтирилиши керак. Маҳаллий анестетикнинг гипербарик эритмасини юбориш мақбул ҳисобланади.

**5С** 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 фонида асистолия ривожланиши; кўнгил айнаши ва қайт қилиш; гипотермия ва титроқ; юқори ва тотал спинал блок; тери қичиши (опиатлар қўлланилганда); томир ичига юборилганда маҳаллий анестетикнинг токсик таъсири; кеч ривожланадиган асоратлар – пункциядан кейинги бош оғриғи; пункциядан кейинги бел оғриғи; сийдик тугилиши; 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, эпи- ва субдурал абсцесслар.

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

<b>1A</b>	Спинал оғриқсизлантириш фонидә юрак тўхтаб қолишида реанимацион тадбирларни ўтказишда адреналинни эрта юбориш тавсия этилади, бу эса яшаб қолиш эҳтимолини оширишга ёрдам беради.
-----------	---

<b>3C</b>	Қолдиқ сенсор блок белгилари билан кечадиган самарасиз эпидурал оғриқсизлантиришда спинал оғриқсизлантиришни ўтказиш мумкин, бироқ спинал оғриқсизлантиришда қўлланиладиган маҳаллий анестетикнинг дозасини 30% га камайтириш тавсия этилади; муваффақиятсиз эпидурал анестезиядан кейин сенсор блок белгилари кузатилмаганда, маҳаллий анестетик стандарт дозада қўлланилиши мумкин.
-----------	---

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

<b>2B</b>	Эпидурал катетерни киритишда бир неча бор парестезиялар кузатилса, катетер ва игнани чиқариб ташлаш ва бошқа сатҳидан пункцияни амалга ошириш тавсия этилади, бу эса нерв илдизига зарар етказмайди.
-----------	--

<b>2B</b>	КК жарроҳлик амалиётининг давомийлиги спинал оғриқсизлантиришнинг давомийлигидан ошиб кетиш эҳтимол бўлса, комбинацияланган спинал-эпидурал оғриқсизлантириш усулини ўтказиш тавсия этилади.
-----------	--

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

<b>1A</b>	КК жарроҳлик амалиёти билан туғдиришда аёл нейроаксиал оғриқсизлантириш ўтказилишига розилик бермаса ёки нейроаксиал оғриқсизлантиришни ўтказишга қарши кўрсатмалар мавжуд бўлса, умумий оғриқсизлантириш ўтказилади.
-----------	---

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

<b>1A</b>	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) (шошилинич ҳолатда индукциядан аввал в/и).

Трахеяга ошқозондаги егуликнинг регургитацияси ва аспирациясини олдини олиш керак; ҳомиладор аёлни орқага ётқизиш, бачадонни чап томонга буриш; томир ичи катетерини ўрнатиш; сийдик қопага катетерни ўрнатиш; стандарт мониторингни ўтказиш – ҚБ, ЮУТ, капнометрия, ЭКГ, SpO<sub>2</sub>, 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 (O<sub>2</sub>) билан преоксигенацияни ўтказиш зарур (шошилинич ҳолатда ҳар қандай ўпка сунъий вентиляцияси (ЎСВ) фақат трахея интубацияси бажарилгандан кейин ўтказилади.

<b>2A</b>	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 СО<sub>2</sub>нинг концентрациясини 32 мм сим. уст. даражада ушлаб турган ҳолда нормовентиляция режимида ЎСВни ўтказиш тавсия этилади.

1,5:1 нисбатда N<sub>2</sub>O/O<sub>2</sub> ёки таркибида галоген сақловчи ингалицион 1,5% х. анестетиклар қўлланилади. Таркибида галоген сақловчи ингалицион анестетикларни минимал альвеоляр концентрациядан (МАК) паст бўлган концентрацияда қўллаш ифодаланган бачадон атонияси ва қон кетиши билан кузатилмайди ва операцияда эс-хушида бўлиш (сақланиш) хавфи деярли нолга тенг бўлади. Миорелаксация депполяризацияловчи миорелаксантлар билан ушлаб турилади.

**1А** Ҳомилани чиқариб олишдан кейин ЎСВ билан умумий оғриқсизлантиришни ўтказишда ингалицион анестетикнинг концентрациясини ёки азот оксиди ва опиодни кўшиш билан 0,5 гача ва ундан ҳам камроқ концентрацияга тушириш тавсия этилади.

Кўп ҳолатларда, окситоцин в/и юборилиши, ингалицион анестетикнинг концентрацияси 0,5 МАК даражада ушлаб турилса унинг бачадонни бўшаштирувчи таъсирини камайтиришга имкон беради. Наркотик 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**

**5С** 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.

**5С** 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.

<b>3B</b>	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 яхшилади, билвосита юрак массажини ўтказишни енгиллаштиради ва вентиляцияни яхшилади. Бундан ташқари, диафрагма орқали ички билвосита юрак массажини ўтказишга имкон беради.

<b>1A</b>	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.

<b>1A</b>	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 тўпланими ҳар доим тайёр ҳолатда тутиш тавсия этилади: 10-ўлчамдаги лезвияли скальпель (керак бўлган ягона инструмент), Симпсон-Феноменов қисқичлари; қайчи; тикиш материали; игналар; Kelly қисқичи; Valfour 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 қўндаланг 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 соняга 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, тромбпрофилактика, эрта энтерал овқатланиш, эрта фаоллаштириш (мобилизация), қонда глюкозанинг миқдорини назорат қилиш, сийдик катетерини олиб ташлаш тавсия этилади.

**5С** КК жарроҳлик амалиётидан кейин реанимация бўлимида (ёки уйғониш палатасидан) нейроаксиал оғриқсизлантириш (спинал, эпидурал, комбинацияланган спинал-эпидурал) шароитида ўтказилган операциядан кейинги каби ҳолатда туғруқдан кейинги бўлимга эрта ўтказиш тавсия этилади.

Прееклампсия 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 кенгайтириш билан (миомэктомия, гистерэктомия, битишмалар мавжудлиги) яқунланган, операция пайтида техник қийинчиликлар юзага келган аёллар бундан мустасно.

**3С** КК жарроҳлик амалиётидан кейин аёлни фаоллаштиришдан сўнг сийдик катетерини олиб ташлаш тавсия этилади, бироқ анестетикнинг охирги 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.

<b>1A</b>	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.

<b>2B</b>	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, узоқ муддатли иммобилизацияда тромбоземболик 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).

<b>1A</b>	КК жарроҳлик амалиётидан кейин муқобил оғриқсизлантиришга эришиш учун қуйидаги усуллар тавсия этилади: ностероид яллиғланишга қарши дори воситалар; парацетамол; маҳаллий анестетик эритмалари билан операцион жароҳат соҳасига ишлов бериш; қорин кўндаланг бўшлиғининг блокадасини бажариш (Transversus Abdominis Plane block – TAP-блокадаси).
-----------	---

КК жарроҳлик амалиётидан кейин оғриқсизлантиришнинг мультимодал схемаси энг мақбул ҳисобланади. Опиоидларни қўллаш маълум бўлган ножўя таъсирлар билан боғлиқлиги сабабли, опиоидлар қўлланилишини камайтирадиган ёки ўрнини тўлиқ босадиган оғриқсизлантириш 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.

<b>1A</b>	КК жарроҳлик амалиётидан кейин эпидурал оғриқсизлантиришни ўтказиш пайтида оғриқсизлантиришни давомий инфузия ёки аутоанальгезия билан давом эттириш тавсия этилади.
-----------	--

<b>1A</b>	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).
-----------	--

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

<b>1A</b>	Умумий оғриқсизлантириш остида операцияни ўтказган аёлларда оғриқсизлантиришни яхшилаш учун дексаметазоннинг битта периперацион дозасини юбориш тавсия этилади.
-----------	---

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

**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 блокиннинг сақланиб қолиши туфайли аёлларни эрта фаоллаштиришга ёрдам бермайди.

**1A** Нейроаксиал оғриқсизлантириш шароитида КК жарроҳлик амалиётидан 60 дақиқадан сўнг туккан аёлларда суюқлик истеъмол қилишга рухсат бериш тавсия этилади. Умумий оғриқсизлантириш шароитида КК жарроҳлик амалиёти билан туғдиришдан 2 соат ўтгач туккан 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 тромбоз эмболик 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, инфилтрация,

очишиб кетиши, қон кетиш белгилари); оёқларнинг томирларини пальпация қилиш; чиқарилган сийдик миқдорини баҳолаш.

Кузатувни ҳамшира-анестезистка, доя, шифокор ўтказиши мумкин.

Кузатув куйидагича амалга оширилади:

КК жарроҳлик амалиётидан кейин дарҳол;  
операциядан кейин ҳар 20-30 дақиқада 2 соат давомида;  
операциядан кейинги 2 соатдан кейин ҳар 2-3 соатда 6 соатгача;  
туғруқдан кейинги бўлимга ўтказишдан сўнг – кунига бир марта ўтказилади

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

**1А** Кўкракка болани операция пайтида эрта тутиш регионал оғриқсизлантириш усуллари қўлланилганда, онада асоратлар бўлмаганда ва янги туғилган чақалоқнинг қониқарли ҳолатида, дарҳол болани қуритиш ва ўрашдан кейин тавсия этилади. Эрта теригатери 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 hafta давомида оғир буюмларни кўтаришни чеклаш тос туби мушакларининг функциясига таъсир қиладиган қорин бўшлиғида ички босимни камайтириш учун эмас, балки апоневроз яхшироқ битиши учун унга юкломани 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 қайфиятни кўтаради, тана вазнини назорат қилишга, вазн йўқотишга, безовталикдан халос бўлишга ёрдам беради ва депрессияни камайтиради. Сийдикни тута олмаслик мавжуд бўлса, тос туби мушакларини мустаҳкамлаш машқлари ушбу асоратни бартараф этишга ёрдам бериши мумкин.

## ҚЎШИМЧА МАЪЛУМОТ

**1А** КК жарроҳлик амалиёти билан туғдиришдан аввал антибиотикопрофилактикани ўтказиш тавсия этилади.

Самарадорлик ва хавфсизлик нуқтаи назаридан антибиотикопрофилактика учун энг мақбул дори воситалар I-II цефалоспоринлар авлоди (цефазолин, цефуросим) ва ингибитор-ҳимояланган аминопенициллинлар (амоксициллин/клавуланат, ампициллин/сульбактам) ҳисобланади. Антибиотикопрофилактикани ўтказишга аёлнинг маълумотларни билган ҳолда тиббий аралашувга ихтиёрий равишда розилик бериши ёки уни рад этиши олинishi керак. Антибиотикопрофилактикани ўтказиш схемаси: операция бошланишидан 30-60 дақиқа аввал бир мартаба антибактериал дори воситаси юборилади. Семизликда (ТВИ  $\geq 30$  кг/м<sup>2</sup>) антибиотик дозасини икки барабар ошириш керак (цефазолин 2 г гача). Препаратнинг ярим чиқиш 2 даврдан 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  $\geq 35$  кг/м<sup>2</sup> 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  $\geq 35$  кг/м<sup>2</sup> 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
Цефуросим	1,5 г	в/и секин оқимда
Амоксициллин/клавуланат (ҳомиладорлик муддати <34 ҳафта бўлган аёлларда қўлланилмайди) (янги туғилган чақалоқда НЭК 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 туғруқда ва қоғаноқ пардаси муддатдан олдин ёрилишида қин санацияси тавсия этилади.

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

## ТИББИЙ ЁРДАМ КЎРСАТИЛИШИНИ 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 чақалокқа 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 амалиётдан аввал АВ0 тизими бўйича асосий қон гуруҳлари ва резус тизимининг D антигени (резус-омили) аниқланди	Ҳа/Йўқ
3.	КК жарроҳлик амалиётдан аввал томир ичи катетери ўрнатилди	Ҳа/Йўқ
4.	КК жарроҳлик амалиётдан аввал сийдик катетери ўрнатилди	Ҳа/Йўқ
5.	КК жарроҳлик амалиёти билан туғдиришдан аввал антибиотикопрофилактика ўтказилди	Ҳа/Йўқ
6.	Ҳомилани чиқариб олишдан кейин в/и секин оқимда утеротоник дори воситалар юборилди	Ҳа/Йўқ
7.	КК жарроҳлик амалиёти билан туғдиришдан кейин қарши кўрсатмалар мавжуд бўлмаган тақдирда оёқларнинг эластик компрессияси қўлланилди	Ҳа/Йўқ
8.	Қон кетишини олдини олиш мақсадида утеротоник дори воситалар юборилди	Ҳа/Йўқ

*Клиник баённомани ишлаб чиқиш услуги*

**Далилларнинг ишончлилик даражасини баҳолаш шкаласи**

<b>Далилларнинг ишончлилик даражаси</b>	
1	<b>Мета-таҳлил ёрдамида рандомизацияланган клиник тадқиқотларни тизимли равишда кўриб чиқилиши</b>
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**

<b>Тавсияларнинг ишончлилик даражаси</b>	
<b>A</b>	Кучли тавсия (барча кўриб чиқилган самарадорлик мезонлари (натижалар) муҳим ўринни эгаллайди, барча тадқиқотларнинг методологик сифати юқори ёки қониқарли ва қизиқтираётган натижалар бўйича хулосалари келишилган)
<b>B</b>	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)
<b>C</b>	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, қуйдаги манзилда руйхатга 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 юкори бўлиши учун, менда дори воситалар ва озиқ-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 чоратadbирлар ўтказилишига розиман. Мен қон ва унинг компонентларини қўйишдан 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, ҳужайралар, тўқималар ва биологик суюқликлар учун биологик материаллардан намуналар олишга розиман.

8. Менга тиббий ёрдам кўрсатишда бир ёки бир нечта профилактик, диагностик, даволаш ва реабилитация усуллари 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 ҳақидаги маълумотни фақат қўйдаги шахсларга тақдим этишингизни рухсат бераман:

---

---

---

---

(ишончли шахслар)

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

Имзо \_\_\_\_\_

Сана « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ й.

*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	ха/йўқ, сабаби (операциянинг I кечиктириб бўлмайдиган тоифаси, бошқ.)
<b>Текширувлар натижалари</b>	
Анамнезда аллергия реакциялар	ха/йўқ, нимага
Анамнезда қон кетишлар	ха/йўқ, сабаби
Қон гуруҳи, резус-омили	ха/йўқ
Резус-омилининг фенотиби	ха/йўқ
RW, ОИТС, В ва С гепатитлари	ха/йўқ
Қоннинг умумий таҳлили	ха/йўқ
Коагулограмма (кўрсатмаларга кўра)	ха/йўқ
<b>Тайёргарлик ва операцияни режалаштириш</b>	
Беморда В20 статус, гепатит, ўта хавfli инфекция мавжуд	ходимлар химоя воситалари билан таъминланган (кўзойнаклар, экранлар, қўлқоплар)
Операциядан 30-60 дақ. аввал антибиотикопрофилактика ўтказилди	ха/йўқ, сабаби (операциянинг I кечиктириб бўлмайдиган тоифаси, анамнезда аллергия реакциялар, бошқ.)
Қоғаноқ пардаси ёрилишида ва туғруқдаги аёлларда антисептик эритма билан қинга ишлов берилди	ха/йўқ, сабаби (операциянинг I кечиктириб бўлмайдиган тоифаси, анамнезда аллергия реакциялар, бутун қоғаноқ пардаси, бошқ.)
ВТЭ асоратларни олдини олиш мақсадида компрессион трикотаж қўлланилди	ха/йўқ
Операциядан аввал ҳомиланинг юрак уриши эшитилди	ха/йўқ
Операциянинг режалаштирилган ҳажми	кесар кесиш, миомэктомия, тухумдон резекцияси, корин бўшлиғини дренажлаш, ихтиёрий жарроҳлик контрацепция (стерилизация), бошқ.
Электрокоагуляторнинг пластинасини ўрнатилди	ха/йўқ, режалаштирилмаган

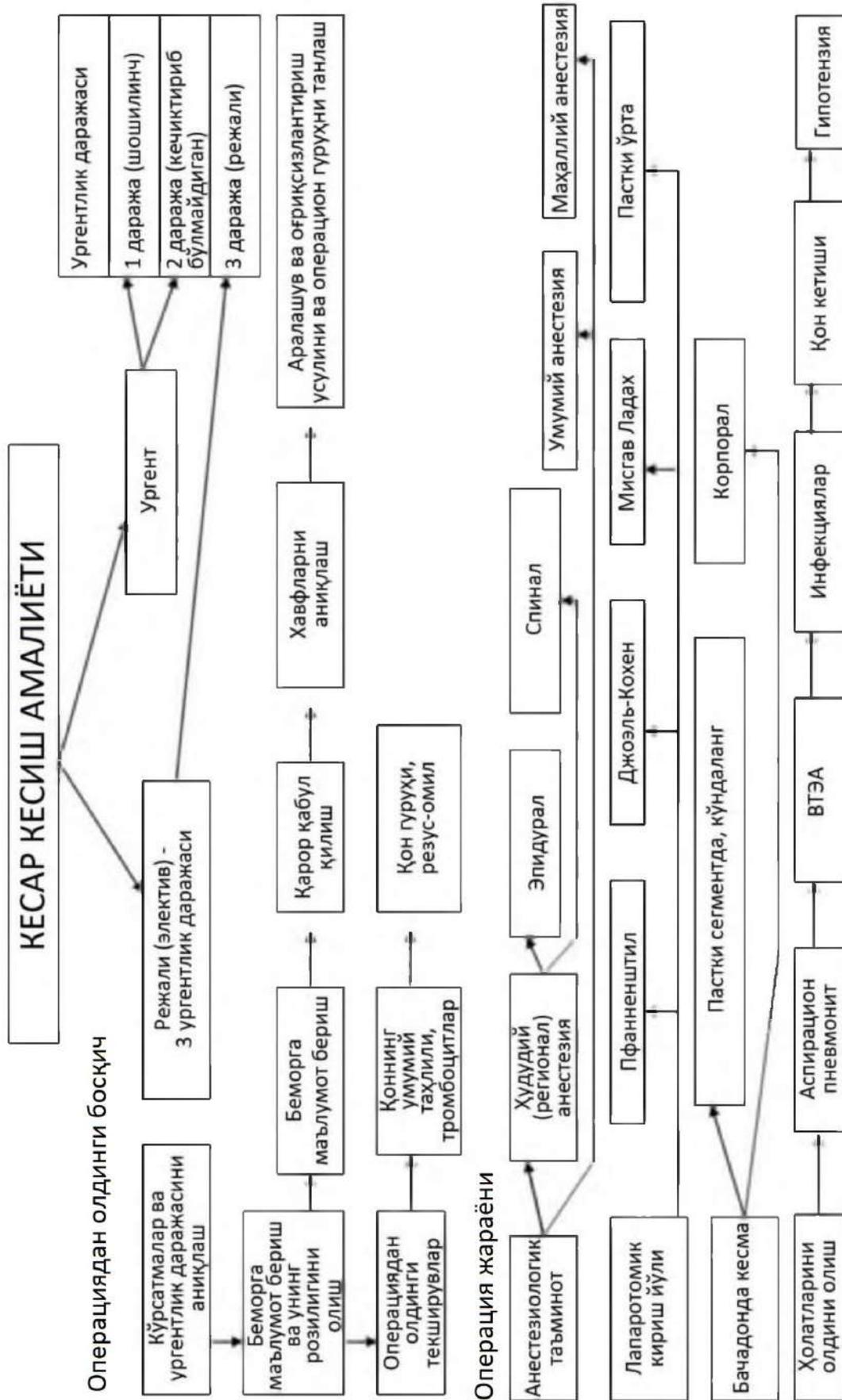
<p>Операция жараёнида юзага келиши мумкин бўлган хусусиятлар ва қийинчиликлар масъул маслаҳатчи, анестезиолог, неонатолог, трансфузиолог билан муҳокама қилинди</p>	<p>Операциянинг ҳажмини кенгайтириш эҳтимоли мавжуд.          Патологик қон йўқотиш эҳтимоли мавжуд.          Беморнинг аҳволи беқарорлиги (ҚБ, қон йўқотиш, экстрагенитал патология ва бошқ.).          Операцияни бошлашнинг шошиличилиги (ҳомила гипоксияси, қон кетиши, бачадон йиртилиши хавфи, клиник тор чаноқ ва бошқ.).          Ҳомиланинг ҳолати (гипоксия, муддатига етмаган ҳомила, ривожланиш нуқсонлари ва бошқ.).          Бошқ.          ҳа/йўқ,          одатдаги операцияни ўтказиш кўзда тутилган</p>
<p><b>Одатдаги хос бўлмаган вазиятларни ҳал қилишга тайёрлик</b></p>	<p>Карбетоцин, метилэргометрин, мизопростол, транексам, қон реинфузияси, баллонли тампонада, дренаж трубкалари ва бошқалар мавжудлиги.          Қўшимча жарроҳ, қон-томир жарроҳи, уролог ва бошқа тегишли мутахассисларни чақириш.          Неонатолог-реаниматологларни чақириш.          Бошқ.</p>
<p>Салфеткалар ва инструментлар ҳисобланди</p>	<p>ҳа/йўқ</p>
<p>Йўқотилган қон ҳажми</p>	<p>мл</p>
<p>Тромбопрофилактика варағи тўлдирилди</p>	<p>ҳа/йўқ</p>
<p>Операциядан кейинги даврда қўшимча дори воситалар ва бошқ. тайинланди</p>	<p>антибиотик, утеротоник, тегишли мутахассиснинг маслаҳати, қорин бўшлиғи ва бачадон УТТ, бошқ.</p>

*Кесар кесиш жарроҳлик амалиётини кечиктириб бўлмайдиган  
тоифасига қараб ўтказиш учун кўрсатмалар*

<b>Шошилич КК</b>	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)
<b>Кечиктириб бўлмайдиган КК</b>	Чанок-бош диспропорциясида
	Допплерография маълумотларига кўра киндик артериясида зўрайиб борувчи қон айланиши бузилиши ёки кардиотокографиянинг шубҳали тури билан кечадиган ҳомила дистресс-синдромида
<b>Режалаштирилган КК</b>	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 чақариш усули самара бермаганда
	Хориоамнионит ва туғруққа туғруқ йўллариининг тайёр эмаслигида

<b>Режали КК</b>	Йўлдошнинг тўлик олдинда келишида
	Йўлдошнинг ўсиб киришида
	Йўлдошнинг қон томирлари олдинда келишида
	Анамнезда икки ва ундан ортиқ КК жарроҳлик амалиёти ўтказилган бўлса
	Анамнезда бачадон бўшлиғига кириб бориш билан миомэктомия жарроҳлик амалиёти ўтказилган бўлса
	Анамнезда гистеротомия жарроҳлик амалиёти ўтказилган бўлса: бачадон перфорацияси, най бурчаги соҳаси кесилиши, рудиментар шох кесилиши, анамнезда корпорал КК, Т-симон ёки J-симон кесма
	Бола туғилиши учун туғруқ йўлларида ҳосилалар (тўсиқлар) мавжуд бўлса: <ul style="list-style-type: none"> <li>– торайиш даражаси II-IV бўлган анатомик тор чаноқ;</li> <li>– тос суяклари деформацияси;</li> <li>– 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;</li> <li>– бачадон бўйни саратони, бачадон бўйни саратони преинвазив ва микроинвазив шакллари бундан мустасно)</li> </ul>
	Бошқа акушерлик хавф омиллари билан боғлиқ ҳолда ҳомиланинг тахминий вазни ( $\geq 4500$ г дан) катта бўлганда
	Ҳомила чаноқ билан келиши билан биргаликда: <ul style="list-style-type: none"> <li>– ҳомиладорлик муддати 32 ҳафтадан кичик бўлган;</li> <li>– КК жарроҳлик амалиётини ўтказиш учун бошқа кўрсатмалар билан боғлиқ ҳолда;</li> <li>– КК жарроҳлик амалиётидан кейин бачадонда чандиқ бўлган;</li> <li>– ҳомила оёғи билан келган;</li> <li>– ҳомиланинг тахминий вазни <math>&lt;2500</math> г ёки <math>&gt;3600</math> г дан бўлганда</li> </ul>
	Ҳомила барқарор кўндаланг жойлашишида
Анамнезда нохуш натижа (ўлик туғилиш, оғир гипоксия, энцефалопатия, бола ва она (қов суяклари бирикмаси) шикастланиши) билан яқунланган ҳомила елкаси дистоциясида	
Туғруққача 6 ҳафта давомида генитал герпес тошмаларида (бирламчи инфекция ёки қайталаниши)	
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	
Айрим ҳомиланинг ривожланиш аномалияларида (гастрошизис, омфалоцеле, катта ўлчамдаги думғаза-дум тератомаси)	
Кучанишни (туғруқнинг иккинчи даврини) инкор қилишни талаб қиладиган соматик касалликларда (декомпенсацияланган юрак-қон томир касалликлари, асоратланган миопия, кўчириб ўтказилган буйрак ва бошқалар)	

Шифокорнинг ҳаракатлар алгоритми



*Кесар кесиш жарроҳлик амалиётининг паспорти*

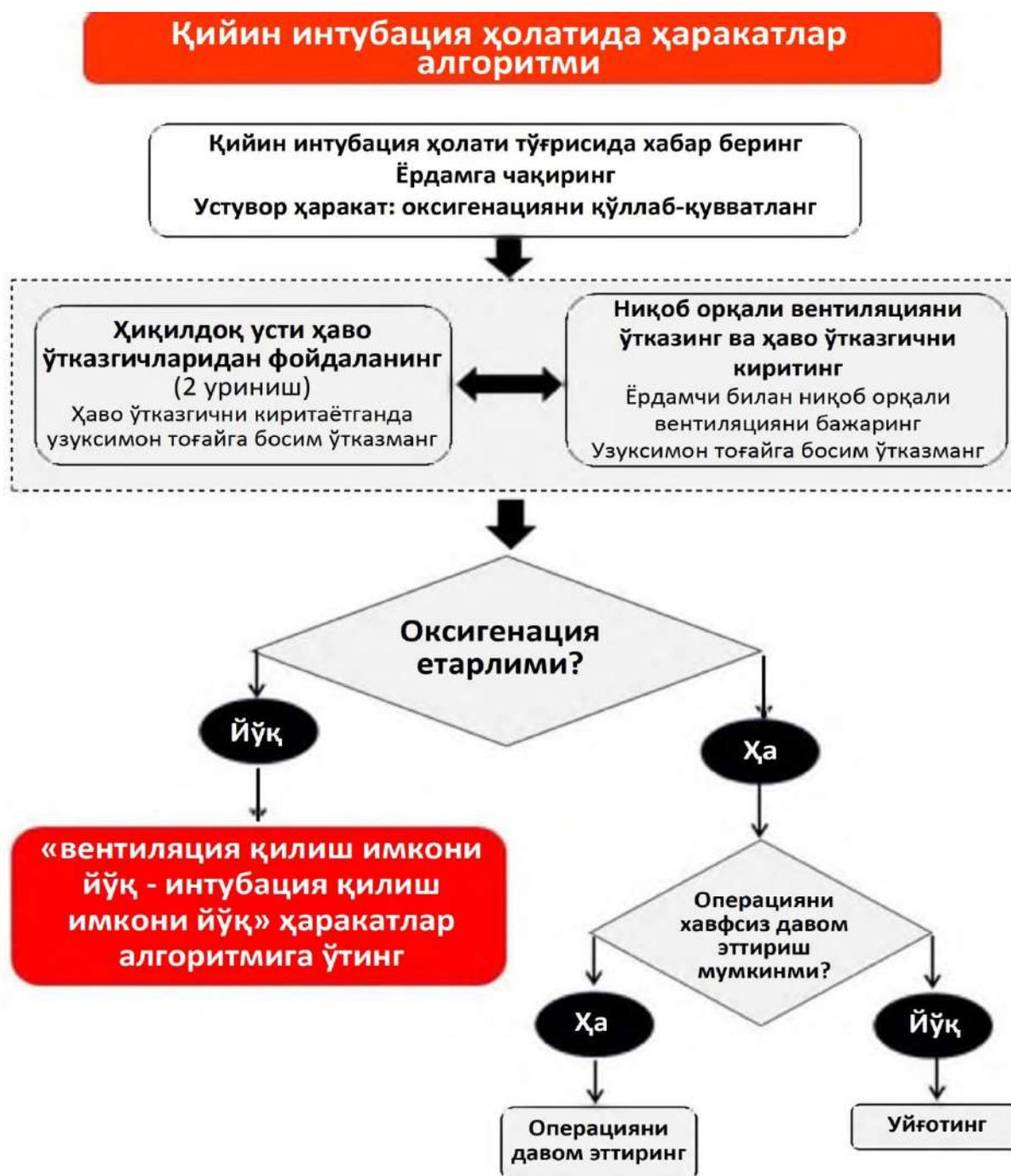
Операция баённомасида операциянинг босқичлари тўлиқ ва кетма-кетлик билан кўрсатилиши керак, жумладан:

- 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).

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 $\geq 40$ ), 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. Ҳаётий 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	<b>Реципиентнинг манфаатларини кўзлаб беморнинг аъзоларини кўчириш</b>	

## Қийин интубация ҳолатида ҳаракатлар алгоритми



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



*Оғриқсизлантиришидан аввал наркоз ва нафас бериш  
ускуналарини текшириш бўйича назорат рўйхати*

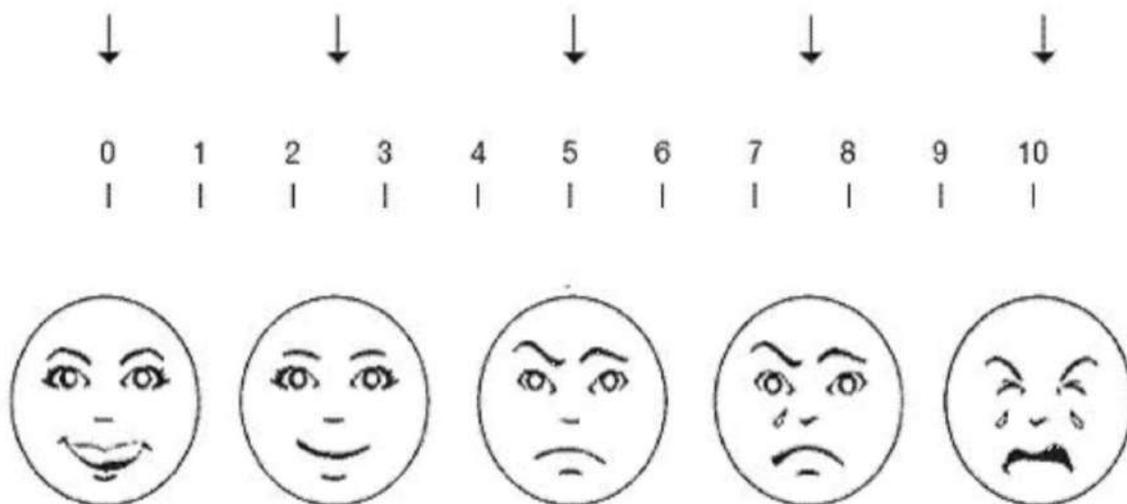
<b>Текширилаётган ускуна</b>	<b>Текшириш методикаси</b>	<b>Зарур кўрсаткичлар</b>
<b>Ингаляцион анестетик</b>		
<b>Баллондан бериш</b>	Вентильни (жўмракни) очинг	О <sub>2</sub> босими 50 барр дан юқори N <sub>2</sub> O босими 30 барр дан юқори
<b>Марказлаштирилган оқим</b>	Уланг. Дозалаш жўмрагини очинг (аввал О <sub>2</sub> , кейин N <sub>2</sub> O)	
<b>Газ оқимининг тармоғи, газ фильтри</b>	Уланг, фильтрацияни ёқинг	
<b>Шошилиш ҳолатда кислород бериш</b>	Тугмани босинг	Оқим келяпти
<b>Буғлатгич</b>	Нольга ўрнатинг	Блокланди
	Тўлдириш	Буғлатгич белгиланган ҳажмда тўлдирилди
	Қайта улагични (переключательни) ўрнатинг	Қайта улагич тўғри ҳолатда турипти
<b>Уланиш тизими</b>	Уланг	Уланиш тизими маҳкамланди
<b>ЎСВ ускунаси</b>	Нафас контурини уланг, ёқинг, нафас олишда соғламаларни текширинг	Ускуна барқарор ҳолатда, контурда босим мавжуд
<b>Нафас контури</b>	Трубкалар, нафас қопчаси, абсорбер, волномер, контурда босимни ўлчаш қўрилмаси, ўлчаш қўрилмаларини улаш учун адаптерлар, нафас олиш ва чиқариш клапанлари мавжудлигини ва соғлигини текширинг	Тўлиқ комплектацияли, барқарор фиксация
<b>Абсорбер</b>	Тўлиш даражасини текширинг	Оҳак алмаштирилди, нормал рангда
<b>О<sub>2</sub> ўлчаш қўрилмаси</b>	Текширинг, калибрланг	Ишляпти
<b>Мониторлар</b>	Текширинг, калибрланг	Ишляпти

Текширилаётган ускуна	Текшириш методикаси	Зарур кўрсаткичлар
<b>Ярим очик ва ярим ёпиқ контурларнинг герметизацияси</b>	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
<b>Ортиқча босим клапани</b>	Ортиқча босим клапанини 20 мбар га ўрнатинг, тройникни ёпинг, оқим тезлигини 10 л/дақ. ўрнатинг	Босим 20 мбар да туриши
<b>Нафас контурининг тури</b>	Қайта улагични керакли ҳолатга келтириг	Қайта улагич тўғри ҳолатда турипти
<b>Вакуум-аспиратор</b>	Ёқинг, шлангни ёпинг	Манфий босим мавжуд
<b>Амбу қопи</b>	Комплектацияни, созлигини текшириг	Тўлиқ комплектацияли, ишляпти
<b>Ларингоскоп</b>	Комплектацияни (камида иккита клинлар), созлигини текшириг	Тўлиқ комплектацияли (камида иккита клинлар), ишляпти

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

Дори восита номи	Дозаси	Операциядан аввал бекор қилиш	Операциядан/ катетер олиб ташлангандан кейин юбориш	Дори воситани қабул қилиш/ юборишдан кейин катетерни олиб ташлаш
<b>Фракцияланмаган гепарин</b>	профилактик	4 с в/и 6 с т/о	4 с	4 с
	терапевтик	4 с	4 с	4 с
<b>Паст молекуляр гепаринлар</b>	профилактик	12 с	12 с	12 с
	терапевтик	24 с	24 с	24 с
<b>Варфарин</b>		5 кун	1 кун	ХНН <1,3 бўлганда
<b>Ацетилсалицил кислотаси</b>	Бекор қилмаса бўлади			

*Оғриқнинг жадаллигини баҳолаш (ВАШ) визуал-аналог шкаласи*



**Талқини:** 10 см узунликдаги шкала:

**0-1 см** – оғриқ йўқ,

**1-3 см** – оғриқга эътибор бермаса бўлади,

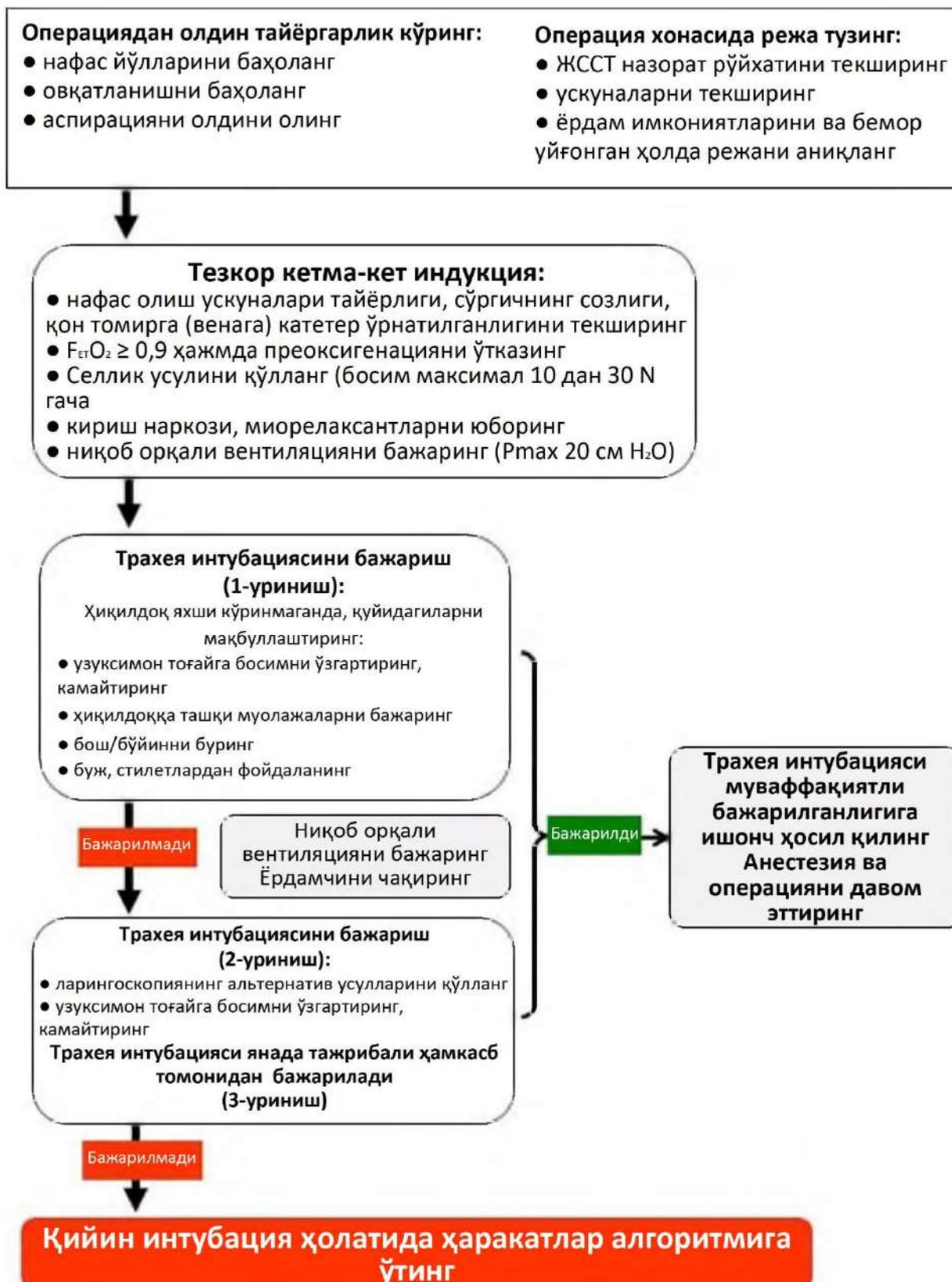
**3-5 см** – фаолиятга халақит беради,

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

**7-9 см** – асосий эҳтиёжларни қондиришга халақит беради,

**9-10 см** – ётоқ тартиби зарур.

## Назорат рўйхати



### *Бемор учун маълумот*

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

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

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

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

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

Шифохонадан чиққандан кейин, биринчи ойлар мобайнида даволаш-сақлаш режимига риоя қилишингиз керак бўлади: (> 5 кг) оғир буюмларни кўтармаслик, жинсий алоқадан тийилиш ва жинсий ҳаётни қайта тиклаганда акушер-гинекологнинг тавсиялари бўйича контрацепция усулларини қўллаш, жисмоний фаолиятни чеклаш. Туғруқдан кейин 1-1,5 ой ўтгач, акушер-

гинекологга ташриф буюришингиз керак бўлади. Бачадонда чандиқ борлигини ҳисобга олган ҳолда, назорат УТТда чандиқ ҳолати текширилгандан кейин туғруқдан камида 1 йил ўтгач кейинги ҳомиладорликни режалаштириш тавсия этилади.

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

<b>Жуда тез-тез</b>	кейинги туғруқларда кесар кесиш жарроҳлик амалиёти ўтказилиши (ҳар бир 4 операцияга 1 ҳолат)
<b>Тез-тез</b>	операцион жароҳат соҳасида оғриқ ва операциядан кейинги дастлабки бир неча ой мобайнида коринда 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)
<b>Ҳар доим ҳам эмас</b>	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)
<b>Камдан-кам</b>	тромботик асоратлар, операция жараёнида сийдик қопи шикастланиши, сийдик амалиёти шикастланиши (100 операцияга 1-5 ҳолат)
<b>Жуда камдан-кам</b>	ўлим (12 000 операцияга 1 ҳолат)

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

*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 юқориғларини 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 материалдан 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 пичоқ 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 кўндаланг 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 чизиги 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 операция 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 инфекция 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 қоғи 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. операция жароҳат яхши битади, чунки унинг четлари миометрийнинг циркулярсимон толалари билан чўзилмайди.

#### **Фритч бўйича бачадон тубида кўндаланг кесмани бажариш камчиликлари:**

1. тожсимон вена жароҳатланиши ва қон кетиши кучайиши юқори хавфи;
2. бачадон найларининг интерстициал қисмлари жароҳатланиши ва натижада иккиламчи бепуштлик ривожланиши;
3. бачадон туби соҳасида висцерал қорин пардасининг ҳаракатчанлиги чекланганлиги сабабли операция 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, операция жароҳат четлари бир бирига келиши ёмонлашади ва операция жароҳатни тикиш қийинлашади.
- 4) Бачадон тубидага кесма тўғридан-тўғри иккита бачадон найи бирикган жойда бошланиб ва ўша жойда тугаса, операциядан кейинги даврда иккиламчи бепуштлик 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 операция хамшираси 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**

## Фойдаланилган 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., Anselem 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 Tas. *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. 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 Cardiov. *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 for 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., Chantray 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.



МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН

# НАЦИОНАЛЬНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ ПО РОДОРАЗРЕШЕНИЮ ПУТЕМ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ

ТАШКЕНТ 2021

## Вводная часть

<b>Клиническая проблема</b>	Оперативное родоразрешение путем кесарева сечения
<b>Название документа</b>	Национальный клинический протокол по родоразрешению путем кесарева сечения
<b>Этапы оказания помощи</b>	Учреждения системы родовспоможения республики Узбекистан (стационары).
<b>Дата создания</b>	8.04.2021 г.
<b>Планируемая дата обновления</b>	Проведение следующего пересмотра планируется в 2024 году, или по мере появления новых ключевых доказательств Все поправки к представленным рекомендациям будут опубликованы в соответствующих документах
<b>Адрес для переписки</b>	г. Ташкент, ул. Мирзо-Улугбекский район, ул. Мирзо-Улугбека, 132 а. Тел.: 71 263 78 30, 71 263 84 83 E-mail: obs-gyn@mail.ru

## Оглавление

<b>Краткая информация</b> .....	81
1.1. Определение .....	81
1.2. Классификация КС .....	81
<b>Диагностика</b> .....	82
2.1. Анамнез .....	82
2.2. Физикальное обследование .....	82
2.3. Лабораторные диагностические исследования .....	83
2.4. Инструментальные диагностические исследования.....	84
2.5. Иные диагностические исследования .....	84
<b>Показания</b> .....	85
Показания для кесарева сечения.....	85
3.1. Определение показаний к родоразрешению путем КС .....	86
3.2. Хирургическая техника родоразрешения путем кесарева сечения .....	89
3.3. Анестезиологическое обеспечение операции КС .....	94
3.4. КС в условиях внезапной остановки кровообращения у беременной женщины .....	99
3.5. Ведение родильниц после КС .....	101
<b>Дополнительная информация</b> .....	105
<b>Организация оказания медицинской помощи</b> .....	106
<b>Критерии оценки качества медицинской помощи</b> .....	107
Информированное согласие пациента на медицинское вмешательство.....	108
<b>Приложения</b> .....	110
Акушерский чек-лист безопасности кесарева сечения .....	110
Показания к КС в зависимости от категории неотложностей.....	112
Алгоритм действия для врача.....	114
Паспорт операции кесарева сечения .....	115
Шкала оценки физического статуса исходного состояния больного перед операцией ASA .....	116
Алгоритм трудной интубации .....	117
Алгоритм «невозможно вентилировать-невозможно интубировать» .....	118
Контрольный лист проверки наркозно-дыхательного оборудования перед анестезией ....	119
Особенности при проведении анестезиологического пособия, у пациенток, получающих антикоагулянты или/и антиагреганты .....	120
Визуально-аналоговая шкала интенсивности боли .....	121
Контрольный лист .....	122
Информация для пациента .....	123
Техника кесарева сечения .....	125
<b>Использованная литература</b> .....	129

## Состав рабочей группы:

### Руководители рабочей группы

Абдуллаева Л.М., д.м.н.	Главный акушер-гинеколог Министерства Здравоохранения Республики Узбекистан
Юсупов У.Ю., д.м.н., профессор	РСНПМЦАГ, научный руководитель акушерского блока
Надырханова Н.С., к.м.н.	РСНПМЦАГ, директор
Любич А.С., к.м.н.	РПЦ, директор

### Ответственные исполнители

Султанов С.Н., д.м.н., профессор	РПЦ
Джаббарова Ю.К., д.м.н., профессор	РПЦ
Алиева Д.А., д.м.н., профессор	РСНПМЦАГ
Ким Ё.Д., д.м.н., профессор	РСНПМЦАГ, анестезиолог-реаниматолог
Каримов З.Д., д.м.н., профессор	Ташкентский ГПЦ, директор
Иргашева С.У., д.м.н.	РСНПМЦАГ
Усманов С.К., ведущий специалист	Национальная палата инновационного здравоохранения
Уринбаева Н.А., д.м.н.	РПЦ
Матякубова С.А., д.м.н.	Хорезмский филиал РСНПМЦАГ, директор
Нишанова Ф.П., к.м.н.	РСНПМЦАГ
Микиртичев К.Д., к.м.н.	РСНПМЦАГ
Ашурова В.И., к.м.н.	РСНПМЦАГ
Сапаров А.Б., к.м.н.	РСНПМЦАГ
Абидов А.К., к.м.н.	РСНПМЦАГ, анестезиолог-реаниматолог
Бабажанова Ш.Д., к.м.н.	РПЦ
Тараян С.К., к.м.н.	РПЦ, анестезиолог-реаниматолог
Умарова Н.М., к.м.н.	РПЦ
Мухамедова У.Ю., к.м.н.	РПЦ
Арифханова З.А.	РПЦ
Абдураимов Т.Ф.	РСНПМЦАГ
Каюмова Г.Т.	Андижанский филиал РСНПМЦАГ, директор
Хамроев А.К.	Навоинский филиал РСНПМЦАГ, директор
Курбанов П.Х.	Сурхандарьинский филиал РСНПМЦАГ, директор
Суяркулова М.Э., к.м.н.	Ферганский филиал РСНПМЦАГ, директор
Шодмонов Н.М., к.м.н.	Джиззакский филиал РСНПМЦАГ, директор
Норкулова М.А., к.м.н.	Кашкадарьинский филиал РСНПМЦАГ, директор
Бабажанов М.А.	Филиал РСНПМЦАГ РК, директор
Хамроева Л.К.	Самаркандский филиал РСНПМЦАГ, директор

Садыкова Х.З.	Сырдарьинский филиал РСНПМЦАГ, директор
Бахранова Н.Р.	Бухарский филиал РСНПМЦАГ, директор
Жумаев Б.А., к.м.н.	Ташкентский филиал РСНПМЦАГ, директор
Мухитдинова И.Н., к.м.н.	Наманганский филиал РСНПМЦАГ, директор
Дустмуродов Б.М.	Сурхандарьинский филиал РСНПМЦАГ №2, директор
Муминова Ш.С.	РСНПМЦАГ, клинический ординатор

#### **Методологическая поддержка**

Ядгарова К.Т., к.м.н., начальник отдела разработки медицинских стандартов и протоколов	Национальная палата инновационного здравоохранения Республики Узбекистан.
Каримов Д.А., ведущий специалист	Национальная палата инновационного здравоохранения Республики Узбекистан

#### **Техническая поддержка**

Фонд ООН в области народонаселения (ЮНФПА/UNFPA) в Узбекистане

*РСНПМЦАГ – Республиканский специализированный научно-практический  
медицинский центр акушерства и гинекологии*

*РПЦ – Республиканский перинатальный центр*

*РК – Республика Каракалпакстан*

*ГПЦ – городской перинатальный центр*

*ЦРПКМР – Центр развития профессиональной квалификации медицинских  
работников*

#### **Рецензенты:**

Юсупбаев Р.Б.	РСНПМЦАГ, д.м.н., старший научный сотрудник, секретарь Ученого Совета
Каримова Ф.Д.	ЦРПКМР, д.м.н., профессор, зав кафедрой акушерства и гинекологии №2

Клинический протокол рассмотрен и утвержден Ученым Советом Республиканского Специализированного Научно-Практического Медицинского Центра Акушерства и Гинекологии» « 29 » апреля 2021 г., протокол № 4

Председатель Ученого Совета – д.м.н., профессор Асатова М.М.

## Введение.

### Приверженность рекомендациям протокола:

В протоколе представлены рекомендации общего характера, разработанные на основе имеющихся на момент публикации доказательств.

Если в практической деятельности принимается решение отойти от рекомендаций данного протокола, то врачи-клиницисты должны задокументировать в истории болезни пациента следующие данные:

- кем принято такое решение;
- подробное обоснование решения отхода от протокола;
- какие рекомендации по ведению пациента были приняты.

Рекомендации не охватывают все элементы клинической практики, это означает, что врачи должны обсуждать с пациентами индивидуальную тактику ведения, принимая во внимание потребности пациента, придерживаясь принципа уважительного конфиденциального общения. Это включает:

- Использование услуг переводчика в случае необходимости;
- Консультирование пациента и получение информированного согласия на ту или иную манипуляцию или тактику введения;
- Обеспечение ухода в рамках требований законодательства и соблюдения стандартов профессионального поведения;
- Документирование любой тактики ведения и ухода в соответствии с общими и местными требованиями.

**Цель протокола:** предоставить медицинским работникам научно обоснованные данные и рекомендации по родоразрешению путем кесарева сечения.

**Категория пациентов:** беременные, роженицы.

**Целевая группа:** акушеры-гинекологи, анестезиологи-реаниматологи, студенты медицинских ВУЗов, клинические ординаторы, магистры.

### Предназначение клинического протокола:

В настоящем протоколе приведены доступные к настоящему дню клинические доказательства, моменты надлежащей практики, а также мнения экспертов. Рекомендации включают в себя материалы ведущих организаций. Была проведена адаптация к местным условиям. Основным требованием при разработке протокола, включившего данные, основанные на лучшем мировом опыте, было использование материалов лучших руководств по данной теме, а также методологии строгого отбора научных данных при формировании рекомендаций.

### Шкала оценки уровней достоверности доказательств

Уровни достоверности доказательств	
1	Систематический обзор рандомизированных клинических исследований с применением метаанализа
2	Отдельные рандомизированные клинические исследования и систематические обзоры исследований любого дизайна, за исключением рандомизированных клинических исследований, с применением метаанализа
3	Нерандомизированные сравнительные исследования, в том числе когортные исследования
4	Несравнительные исследования, описание клинического случая или серии случаев, исследование «случай–контроль»
5	Имеется лишь обоснование механизма действия вмешательства (доклинические исследования) или мнение экспертов

### Шкала оценки уровней убедительности рекомендаций

Уровни достоверности доказательств	
А	Сильная рекомендация (все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются важными, все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество, их выводы по интересующим исходам являются согласованными)
В	Условная рекомендация (не все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются важными, не все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество и/или их выводы по интересующим исходам не являются согласованными)
С	Слабая рекомендация (отсутствие доказательств надлежащего качества (все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются неважными, все исследования имеют низкое методологическое качество и их выводы по интересующим исходам не являются согласованными)

## Список сокращений:

<b>FDA</b>	Food and Drug Administration (Управление по санитарному надзору за качеством пищевых продуктов и медикаментов)
<b>SpO<sub>2</sub></b>	Сатурация кислородом периферической крови
<b>anti-HCV</b>	Антитела к вирусу гепатита С
<b>HBsAg</b>	Антиген вируса гепатита В
<b>АД</b>	Артериальное давление
<b>АЧТВ</b>	Активированное частичное тромбопластиновое время
<b>ВАШ</b>	Визуально-аналоговая шкала интенсивности боли
<b>ВИЧ</b>	Вирус иммунодефицита человека
<b>ВПГ</b>	Вирус простого герпеса
<b>ВТЭО</b>	Венозные тромбоэмболические осложнения
<b>ДВС</b>	Диссеминированное внутрисосудистое свертывания
<b>ИВЛ</b>	Искусственная вентиляция лёгких
<b>ИМТ</b>	Индекс массы тела
<b>КС</b>	Кесарево сечение
<b>КТГ</b>	Кардиотокограмма
<b>МКБ-10</b>	Международный классификатор болезней 10-го пересмотра
<b>МНО</b>	Международное нормализованное отношение/соотношение
<b>ОЖГБ</b>	Острый жировой гепатоз беременных
<b>СГВ</b>	Стрептококк группы В
<b>ТЭЛА</b>	Тромбоэмболия легочной артерии
<b>ТЭО</b>	Тромбоэмболические осложнения
<b>УЗИ</b>	Ультразвуковое исследование
<b>ХОБЛ</b>	Хроническая обструктивная болезнь легких
<b>ЧСС</b>	Частота сердечных сокращений
<b>ЭКГ</b>	Электрокардиограмма

## Краткая информация

### Кодирование по МКБ-10

<b>O82</b>	Роды одноплодные, родоразрешение посредством кесарева сечения
<b>O82.0</b>	Проведение elective кесарева сечения
<b>O82.1</b>	Проведение срочного кесарева сечения
<b>O82.2</b>	Проведение кесарева сечения с гистерэктомией
<b>O82.8</b>	Другие одноплодные роды путем кесарева сечения
<b>O82.9</b>	Роды путем кесарева сечения неуточненного

#### 1.1. Определение

**Родоразрешение путем кесарева сечения (КС)** – это способ родоразрешения, при котором рождение ребенка происходит посредством хирургического вмешательства с рассечением стенки беременной матки, извлечением плода, последа и последующим восстановлением целостности матки.

#### 1.2. Классификация КС.

##### **А. По срочности:**

- Плановое (чаще во время беременности)
- Экстренное (ургентное)

##### **Б. По категориям неотложности\*:**

I категория	Экстренное КС	При угрозе жизни женщины или плода (должно проводиться настолько быстро, насколько возможно, но не позднее 30 мин от постановки диагноза до оперативного родоразрешения при нахождении пациентки в стационаре).
II категория	Неотложное КС	Без явных признаков угрозы жизни, при наличии осложнений у матери или плода, которые требуют неотложного родоразрешения. Время до родоразрешения – 60–75 минут (максимум 75 минут).
III категория	Запланированное КС	Есть необходимость в родоразрешении путем КС, но нет экстренных или неотложных показаний со стороны матери и плода для кесарева сечения. Время до родоразрешения – в течение 4 часов.
IV категория	Плановое КС	Время родоразрешения определяется в соответствии с оптимальным временем родоразрешения для женщины и плода. Время до родоразрешения в течение 24 часов.

\* Категории неотложности КС необходимо применять только в качестве стандартов аудита, а не для оценки эффективности междисциплинарной команды в отдельных категориях кесарева сечения. Распределение показаний к КС по категориям неотложности см. Приложение 2.

##### **В. В зависимости от локализации разреза на матке:**

- Корпоральное кесарево сечение
- Кесарево сечение в нижнем маточном сегменте.

## Диагностика

### 2.1. Анамнез

Сбор анамнеза должен включать следующие данные пациентки:

- возраст,
- наличие профессиональных вредностей,
- наличие вредных привычек (курение, алкоголь, наркотические препараты),
- семейный анамнез (указание на наличие у родственников 1-й линии таких заболеваний как, сахарный диабет, тромбоэмболические осложнения (ТЭО), гипертоническая болезнь, психические заболевания, акушерские и перинатальные осложнения),
- характер менструаций (возраст менархе, длительность и регулярность менструального цикла, продолжительность менструального кровотечения, болезненность),
- акушерский анамнез (число беременностей и родов в анамнезе и их исход, наличие осложнений беременности, родов и/или аборт, весоростовые показатели и состояние здоровья рожденных детей, способ достижения беременности – самопроизвольная беременность или беременность в результате ВРТ),
- перенесенные и имеющиеся гинекологические заболевания, оперативные вмешательства на органах малого таза,
- перенесенные и имеющиеся соматические заболевания (в частности, детские инфекции, заболевания сердечно-сосудистой системы, заболевания почек, эндокринные заболевания, аллергические заболевания, ТЭО и др.),
- наличие травм, оперативных вмешательств и переливаний крови в анамнезе,
- аллергические реакции,
- принимаемые лекарственные препараты,
- возраст и состояние здоровья мужа/партнера, его группа крови и резус-фактор, наличие у него профессиональных вредностей и вредных привычек.

### 2.2. Физикальное обследование

<b>5С</b>	Рекомендуется оценить состояние матери (частота сердечных сокращений (ЧСС), артериальное давление (АД), частота дыхательных движений (ЧДД), сознание, состояние кожных покровов, состояние матки (высота дна матки, тонус, болезненность), наличие и характер влагалищных выделений, влагалищное исследование
-----------	---

Данное обследование нужно проводить при поступлении, а также перед родоразрешением для уточнения акушерской ситуации и решения вопроса о методе родоразрешения.

<b>5С</b>	Рекомендуется провести аускультацию, оценить положение, предлежание и размеры плода
-----------	---

Данное обследование нужно проводить при поступлении, а также перед родоразрешением для уточнения акушерской ситуации и решения вопроса о методе родоразрешения.

### 2.3. Лабораторные диагностические исследования

<b>3В</b>	Рекомендуется проведение общего (клинического) анализа крови перед операцией и не позднее 72 часов после КС
-----------	---

Определение уровня гемоглобина необходимо для выявления и лечения анемии, что способствует снижению риска негативных перинатальных исходов. Нормальный уровень гемоглобина во 2-3-м триместре составляет  $\geq 105$  г/л. Умеренно повышенный уровень лейкоцитов после КС при отсутствии клинической симптоматики гнойно-воспалительных осложнений обладает низкой прогностической ценностью для подтверждения наличия инфекции.

<b>2В</b>	Рекомендуется определение основных групп по системе АВ0 и антигена D системы Резус (резус-фактор)
-----------	---

Данное исследование проводится в связи с возможной гемотрансфузией при возникновении кровотечения.

<b>1А</b>	Рекомендуется исследование уровня антител классов М, G (IgM, IgG) к вирусу иммунодефицита человека-1/2 (далее – ВИЧ) и антигена p24 (Human immunodeficiency virus HIV 1/2 + Agp24) в крови, если исследование не было проведено ранее в 3-м триместре беременности
-----------	--

При выявлении инфекции перед плановой госпитализацией пациентка должна быть направлена в Центр по борьбе со СПИДом для подтверждения/исключения диагноза. При выявлении инфекции новорожденному проводится постнатальная профилактика передачи вируса.

<b>2В</b>	Рекомендуется определение антител к бледной трепонеме ( <i>Treponema pallidum</i> ) в крови, если исследование не было проведено ранее в 3-м триместре беременности
-----------	---

При выявлении инфекции перед плановой госпитализацией пациентка должна быть направлена на консультацию к врачу-дерматовенерологу для подтверждения/исключения диагноза.

<b>1В</b>	Рекомендуется определение антител к поверхностному антигену (HBsAg) вируса гепатита В (Hepatitis B virus) в крови или определение антигена (HBsAg) вируса гепатита В (Hepatitis B virus) в крови, если исследование не было проведено ранее в 3-м триместре беременности
-----------	--

При выявлении инфекции пациентка должна быть направлена на консультацию к врачу-инфекционисту для подтверждения/исключения диагноза. При выявлении инфекции новорожденному проводится постнатальная профилактика передачи вируса. Нет доказательств, что плановое КС снижает риск передачи инфекции новорожденному, поэтому оно не рекомендуется без наличия других показаний. Передача гепатита В может быть снижена при назначении ребенку иммуноглобулина и вакцинации.

<b>4С</b>	Рекомендуется определение суммарных антител классов М и G (anti-HCV IgG и anti-HCV IgM) к вирусу гепатита С (Hepatitis C virus) в крови, если исследование не было проведено ранее в 3-м триместре беременности
-----------	---

При выявлении инфекции перед плановой госпитализацией беременная женщина должна быть направлена на консультацию к врачу-инфекционисту для подтверждения/исключения диагноза. Нет доказательств, что плановое КС снижает риск передачи инфекции новорожденному, поэтому оно не рекомендуется без наличия других показаний.

<b>1B</b>	Рекомендуется определение антигена стрептококка группы В (СГВ) ( <i>S. agalactiae</i> ) в отделяемом цервикального канала или микробиологическое (культуральное) исследование отделяемого женских половых органов на аэробные и факультативно-анаэробные микроорганизмы (оптимально – ввагино-ректальном посеве), если исследование не было проведено ранее в 35-37 недель беременности
-----------	---

Обследование на носительство стрептококка группы В и последующая терапия во время беременности приводит к уменьшению колонизации стрептококком родовых путей женщин и рождению детей с признаками внутриутробной инфекции. При положительном результате исследования пациенткам назначается антибиотикопрофилактика в родах.

#### 2.4. Инструментальные диагностические исследования

<b>5C</b>	Рекомендуется ультразвуковое исследование (УЗИ) плода перед плановой операцией КС
-----------	---

УЗИ плода проводится для определения вероятности расположения плаценты в разрезе матки при КС при предлежании и низком расположении плаценты по передней стенке, а также для диагностики предлежания сосудов плаценты, миомы матки больших размеров в области нижнего сегмента, определения размеров плода и некоторых аномалий развития плода (гастрошизис, омфалоцеле, крестцово-копчиковая тератома больших размеров и др.).

<b>2C</b>	Рекомендуется УЗИ органов малого таза сразу после КС при подозрении на послеоперационные осложнения и на 3-е сутки после КС для исключения гематомы предпузырной клетчатки, подапоневротической гематомы, наличия остатков плацентарной ткани, оценки области шва на матке
-----------	--

При оценке области шва на матке и передней брюшной стенке не должны визуализироваться инфильтраты. При наличии патологических образований необходимо четко описывать их размер и локализацию. При наличии гиперэхогенных образований в области шва необходимо получить информацию об использовании гемостатических губок во время операции. При оценке области параметрия необходимо оценивать наличие или отсутствие объемных образований (в т.ч. и забрюшинной локализации) и гематом. В полости матки не должны визуализироваться остатки плацентарной ткани. Остатки плацентарной ткани определяются как образование повышенной эхогенности округлой формы губчатой структуры с наличием зон васкуляризации, остатки отторгающейся децидуальной ткани могут визуализироваться в норме.

#### 2.5. Иные диагностические исследования

<b>5C</b>	Перед операцией КС рекомендована консультация врача-анестезиолога-реаниматолога для определения анестезиолого-операционного риска
-----------	---

Основная цель консультации врача-анестезиолога-реаниматолога – это осмотр пациентки с регистрацией физического статуса, выбора метода обезболивания, оценка риска трудной интубации трахеи, риска тромбэмболических осложнений, риска аспирационного синдрома и анафилаксии.

<b>5C</b>	При наличии соматических заболеваний рекомендованы консультации других специалистов и проведение дополнительного обследования перед операцией
-----------	---

## Показания

### Показания для кесарева сечения:

1. Неправильные положения и предлежания плода (поперечное/косое положение, лобное, задний вид лицевого предлежания, высокое прямое стояние стреловидного шва, заднетеменное вставление головки);
2. Предлежание плаценты (полное, неполное с кровотечением);
3. Прогрессирующая ПОНРП при отсутствии условий для быстрого родоразрешения через естественные родовые пути;
4. Преэклампсия тяжелой степени, эклампсия, HELLP-синдром, ОЖГБ при беременности и в родах (при отсутствии условий для родоразрешения per vias naturales);
5. Предыдущие операции на матке: два и более КС в нижнематочном сегменте, корпоральное кесарево сечение, миомэктомия с проникновением в полость матки (при миомэктомии субмукозного узла и субсерозного на тонком основании показаний к КС нет), операции по поводу пороков развития матки в анамнезе;
6. Тазовое предлежание плода в случаях, когда имеют место: срок беременности менее 32 недель, сочетание с другими показаниями к КС, наличие рубца на матке после КС, ножное предлежание плода, переразгибание головки;
7. Многоплодная беременность при любом неправильном положении одного из плодов, в том числе – тазовое предлежание первого плода; фето-фетальный трансфузионный синдром.
  - При головном предлежании 1-го плода эффект планового кесарева сечения в снижении перинатальной заболеваемости и смертности для второго плода неизвестен, поэтому в этом случае кесарево сечение не должно проводиться рутинно.
  - Если предлежание 1-го плода неголовное, то эффект планового кесарева сечения в улучшении исходов так же неизвестен, однако в данном случае необходимо плановое кесарево сечение.
8. Анатомические препятствия родам через естественные родовые пути (опухоль шейки матки, низкое (шеечное) расположение большого миоматозного узла, рубцовые деформации шейки матки и влагалища после пластических операций на мочеполовых органах, в том числе зашивание разрыва промежности III степени в предыдущих родах, мочеполовые и кишечно-половые свищи);
9. Соматические заболевания, требующие исключения потуг (декомпенсация сердечно-сосудистых заболеваний, осложненная миопия, трансплантированная почка и другие по рекомендациям смежных специалистов);
10. Неэффективность родостимуляции или индукции родов;
11. Некоторые формы материнской инфекции:
  - ВИЧ-инфекция при вирусной нагрузке перед родами  $> 1000$  копий/мл, неизвестной вирусной нагрузке перед родами или неприменении противовирусной терапии во время беременности и/или непроведении антиретровирусной профилактики в родах.
  - первичная генитальная вирусная инфекция простого герпеса, который проявился на третьем триместре беременности.
  - При гепатите С не требуется плановое кесарево сечение, т.к. риск передачи инфекции не снижается.

- Женщины с рецидивирующим ВПГ должны быть информированы о недоказанном эффекте планового кесарева сечения в плане передачи новорожденному, и плановое кесарево сечение не требует рутинного применения.
12. Угрожающее/неубедительное состояние плода (острый фетальный дистресс);
  13. Угрожающий, начавшийся или свершившийся разрыв матки;
  14. Предлежание и выпадение петель пуповины;
  15. Хориоамнионит при отсутствии возможности вагинальных родов;
  16. Тазо-головная диспропорция, обструктивные роды;
    - Пельвиометрия не используется для принятия решения о способе родоразрешения.
    - Определение размеров плода клинически и по ультразвуковым данным не может точно выявить плодово-тазовую диспропорцию.
  17. Состояние агонии или внезапная смерть роженицы после 20 недель (в интересах матери: повышается эффективность сердечно-легочной реанимации).

### 3.1.Определение показаний к родоразрешению путем КС

<b>5С</b>	В плановом порядке (III категория неотложности) родоразрешение путем КС рекомендуется при полном предлежании плаценты и вращении плаценты
-----------	---

При неполном предлежании плаценты на расстоянии 2 см и менее от внутреннего зева родоразрешение чаще проводится путем КС, однако возможно родоразрешение через естественные родовые пути в зависимости от паритета, готовности родовых путей (наличия или отсутствия кровотечения, фазы родов).

<b>5С</b>	В плановом порядке (III категория неотложности) родоразрешение путем КС рекомендуется при предлежании сосудов плаценты
-----------	--

<b>2В</b>	В плановом порядке (III категория неотложности) родоразрешение путем КС рекомендуется при следующих предшествующих операциях на матке: два и более КС; миомэктомия (2-5 тип по классификации FIGO или неизвестное расположение миоматозного узла)
-----------	---

При наличии одного рубца на матке и категорическом отказе пациентки от родоразрешения через естественные родовые пути возможно родоразрешение путем КС.

<b>4С</b>	В плановом порядке (III категория неотложности) родоразрешение путем КС рекомендуется при гистеротомии в анамнезе (перфорация матки, иссечение трубного угла, иссечение рудиментарного рога, корпоральное КС в анамнезе, Т-образный или J-образный разрез) или при наличии препятствия со стороны родовых путей для рождения ребенка (анатомически узкий таз II и более степени сужения; деформация костей таза; миома матки больших размеров, особенно в области нижнего сегмента, препятствующая деторождению через естественные родовые пути; рубцовые деформации шейки матки и влагалища после предшествующих операций, в том числе после разрыва промежности III-IV степени; рак шейки матки, кроме преинвазивных и микроинвазивных форм рака шейки матки)
-----------	---

<b>3С</b>	В плановом порядке (III категория неотложности) родоразрешение путем КС рекомендуется при предполагаемых крупных размерах плода ( $\geq 4500$ г) в сочетании с другими акушерскими факторами риска
-----------	--

<b>3B</b>	В плановом порядке (III категория неотложности) родоразрешение путем КС рекомендуется при тазовом предлежании плода: при сроке беременности менее 32 недель, сочетании с другими показаниями к КС, рубцом на матке после КС, ножном предлежании плода, предполагаемой массе плода < 2500 г или > 3600 г, переразгибании головки
-----------	---

Рождение плода < 2500 г или > 3600 г в тазовом предлежании не является нарушением клинических рекомендаций. Оперативное родоразрешение женщин с тазовым предлежанием носит рекомендательный характер и зависит от паритета женщины и акушерской ситуации.

<b>5C</b>	В плановом порядке (III категория неотложности) родоразрешение путем КС рекомендуется при устойчивом поперечном положении плода
-----------	---

В ряде случаев возможно проведение наружного поворота плода в 37 недель беременности. Если попытка неудачная, возможно повторное проведение в 39<sup>0</sup>-39<sup>6</sup> недель или перед плановой операцией. Если в этом сроке удастся провести наружный поворот плода, то необходимо проводить преиндукцию или индукцию родов в связи с тем, что нестабильное положение плода обуславливает повышенный риск пролапса пуповины.

<b>5C</b>	В плановом порядке (III категория неотложности) родоразрешение путем КС рекомендуется при дистоции плечиков плода в анамнезе с неблагоприятным исходом (мертворождение, тяжелая гипоксия, энцефалопатия, травма ребенка и матери (лонного сочленения))
-----------	--

Плановое КС проводится для предотвращения повторной дистоции плечиков, если в анамнезе имела место дистоция плечиков с неблагоприятным исходом, при предполагаемой массе плода в данной беременности равной или большей, чем была при предыдущей беременности. При интранатальной гибели или постнатальной инвалидизацией ребенка в предыдущих родах и категорическом отказе пациентки от родоразрешения через естественные родовые пути возможно родоразрешение путем КС.

<b>5C</b>	В плановом порядке (III категория неотложности) родоразрешение путем КС рекомендуется при высыпаниях генитального герпеса (первичный эпизод или рецидив) в течение 6 недель до родоразрешения
-----------	---

Риск развития раннего неонатального герпеса составляет 41% при родах через естественные родовые пути. Диагноз должен быть подтвержден (при наличии диагностической возможности) исследованием отделяемого везикул или соскоба с мест высыпаний методом полимеразной цепной реакции, ИФА сыворотки крови на наличие антител IgG, IgM. В тоже время, убедительных доказательств о пользе рутинного предложения планового кесарева сечения при рецидивирующем герпесе – не существует. Женщины с рецидивирующим ВПГ должны быть информированы о недоказанном эффекте планового кесарева сечения в плане передачи новорожденному и плановое кесарево сечение не требует рутинного применения.

<b>3C</b>	В плановом порядке (III категория неотложности) родоразрешение путем КС рекомендуется при ВИЧ инфекции при вирусной нагрузке перед родами > 1000 копий/мл, неизвестной вирусной нагрузке перед родами или неприменении противовирусной терапии во время беременности и/или неприменении антиретровирусной профилактики в родах
-----------	--

Плановое КС с целью профилактики передачи ВИЧ от матери ребенку рекомендуется проводить по достижении 38 недель беременности при отсутствии признаков родовой деятельности.

<b>5C</b>	В плановом порядке (III категория неотложности) родоразрешение путем КС рекомендуется при некоторых аномалиях развития плода (гастрошизис, омфалоцеле, крестцово-копчиковая тератома больших размеров)
-----------	--

В данных случаях требуется родоразрешение путем КС для более бережного нетравматичного излечения плода. При небольших и средних размерах омфалоцеле, в состав которых в эмбриональный грыжевой мешок не входит печень, а также при крестцово-копчиковых тератомах небольших размеров, может быть рассмотрен вопрос о родоразрешении через естественные родовые пути.

5С	В плановом порядке (III категория неотложности) родоразрешение путем КС рекомендуется при соматических заболеваниях, требующих исключения потуг (декомпенсация сердечно-сосудистых заболеваний, осложненная миопия, трансплантированная почка и другие)
----	---

В ряде случаев вопрос должен решаться на консилиуме с участием смежных специалистов.

**Всем беременным женщинам, кому запланировано по медицинским показаниям плановое кесарево сечение до гестационного срока 38 недель 6 дней, должен быть назначен один курс кортикостероидов.**

5С	В неотложном порядке (II категория неотложности) родоразрешение путем КС рекомендуется при преждевременном излитии околоплодных вод при доношенной беременности и наличии показаний к плановому КС
----	--

5С	В неотложном порядке (II категория неотложности) родоразрешение путем КС рекомендуется при тяжелой преэклампсии, HELLP синдроме при беременности и в родах (при отсутствии условий для быстрого родоразрешения через естественные родовые пути)
----	---

5С	В неотложном порядке (II категория неотложности) родоразрешение путем КС рекомендуется при некорректируемых нарушениях сократительной деятельности матки (слабость родовой деятельности, дискоординация родовой деятельности, дистоция шейки матки), не сопровождающихся дистрессом плода
----	---

2В	В неотложном порядке (II категория неотложности) родоразрешение путем КС рекомендуется при отсутствии эффекта от родовозбуждения окситоцином
----	--

5С	В неотложном порядке (II категория неотложности) родоразрешение путем КС рекомендуется при хориоамнионите и неготовности естественных родовых путей к родам
----	---

5С	В неотложном порядке (II категория неотложности) родоразрешение путем КС рекомендуется при дистресс-синдроме плода, сопровождающегося сомнительным типом КТГ, прогрессирующим, несмотря на проведенную терапию (может быть использован увлажненный кислород и/или быстрое введение электролитного раствора, и/или смена положения тела и/или острый токолиз (или нарушением кровотока в артерии пуповины по данным доплерографии)
----	---

5С	В экстренном порядке (I категория неотложности) родоразрешение путем КС рекомендуется при любом варианте предлежания плаценты с кровотечением
----	---

5С	В экстренном порядке (I категория неотложности) родоразрешение путем КС рекомендуется при прогрессирующей преждевременной отслойке нормально расположенной плаценты
----	---

5С	В экстренном порядке (I категория неотложности) родоразрешение путем КС рекомендуется при угрожающем, начавшемся или свершившемся разрыве матки
----	---

5С	В экстренном порядке (I категория неотложности) родоразрешение путем КС рекомендуется при дистресс-синдроме плода, сопровождающемся признаками прогрессирующего метаболического ацидоза по данным КТГ (патологический тип) или уровня лактата
5С	В экстренном порядке (I категория неотложности) родоразрешение путем КС рекомендуется при клинически узком тазе
5С	В экстренном порядке (I категория неотложности) родоразрешение путем КС рекомендуется при выпадении петель пуповины или ручки плода при головном предлежании
5С	В экстренном порядке (I категория неотложности) родоразрешение путем КС рекомендуется при приступе эклампсии в родах
5С	В экстренном порядке (I категория неотложности) родоразрешение путем КС рекомендуется при агонии или внезапной смерти женщины при наличии живого плода (при наличии возможности)

Во всех случаях экстренного родоразрешения при полном открытии и низко расположенной предлежащей части плода в малом тазу вариант родоразрешения решается индивидуально исходя из клинической ситуации.

5С	Родоразрешение путем КС <b>не рекомендуется</b> при аномалии плода, не совместимых с жизнью (за исключением тех аномалий, которые могут привести к клинически узкому тазу, и ситуаций, при которых родоразрешение через естественные родовые пути представляет более высокий риск, чем путем КС)
5С	Родоразрешение путем КС <b>не рекомендуется</b> при внутриутробной смерти плода (за исключением ситуаций, при которых родоразрешение через естественные родовые пути представляет более высокий риск, чем путем КС)
5С	Родоразрешение путем КС <b>не рекомендуется</b> при сроке беременности < 24 <sup>0</sup> недель при наличии показаний со стороны плода (за исключением ситуаций, при которых родоразрешение через естественные родовые пути представляет более высокий риск, чем путем КС)

Требуется письменное согласие пациентки в связи с неблагоприятным прогнозом для жизни и здоровья новорожденного.

5С	Плановое родоразрешение путем КС рекомендуется проводить в 39-40 недель беременности
----	--

Риск респираторных дыхательных нарушений выше у детей, рожденных путем КС до начала родовой деятельности, однако он значительно снижается после 39 недель беременности. При сочетании некоторых показаний сроки родоразрешения могут быть изменены согласно клинической ситуации.

### 3.2. Хирургическая техника родоразрешения путем кесарева сечения

1А	Перед родоразрешением путем КС рекомендуется использование мочевого катетера и удаление волос в области предполагаемого разреза кожи в случае их обильного роста
----	--

Процедуру желательно проводить в день операции. Возможно использование крема для депиляции или бритьё волос.

5C	Перед родоразрешением путем КС в операционной рекомендуется проверка положения плода, предлежания, наличия сердцебиения плода
----	---

Особенности положения и предлежания могут повлиять на технические особенности родоразрешения путем КС. Отсутствие сердцебиения плода в операционной может повлиять на метод родоразрешения.

5C	Рекомендуются компрессионные трикотажные чулки с целью профилактики венозных тромбозных осложнений в дородовом и раннем послеродовом периоде
----	--

5C	В операционной рекомендуется установка внутривенного катетера для проведения внутривенных инфузий с целью своевременной коррекции возможных осложнений
----	--

5C	Перед родоразрешением путем КС рекомендуется инфузионная терапия кристаллоидными растворами
----	---

5C	Перед родоразрешением путем КС рекомендуется антиретровирусная профилактика ВИЧ инфицированным женщинам, не получавшим антиретровирусную терапию
----	--

5C	Рекомендуется заполнение чек-листа, состоящего из списка вопросов предоперационной подготовки и безопасного оказания медицинской помощи при КС и отметок об их исполнении
----	---

1A	Рекомендуется предоперационная обработка кожи спиртовым раствором хлоргексидина для профилактики инфекции хирургической раны при КС
----	---

Предоперационная обработка кожи спиртовым раствором хлоргексидина является предпочтительной для профилактики инфекции хирургической раны при КС.

1A	При родоразрешении путем КС рекомендуется поперечный разрез кожи в связи с меньшим болевым синдромом в послеоперационном периоде и лучшим косметическим эффектом
----	--

Разрез кожи может быть вертикальным (по средней линии или парамедиальным) или поперечным в нижней части живота. Использование лапаротомии по Joel-Cohen приводит к уменьшению длительности операции в среднем на 11,4 минуты, времени от начала операции до родов – на 1,9 минуты, снижению частоты послеоперационной гипертермии и длительности пребывания в стационаре, уменьшению потребности в анальгезии в послеоперационном периоде.

1B	При родоразрешении путем КС <b>не рекомендуется</b> использование отдельного скальпеля для разреза кожи и более глубоких тканей, так как это не снижает частоту раневой инфекции
----	--

1A	При родоразрешении путем КС <b>не рекомендуется</b> смещение мочевого пузыря
----	--

Смещение мочевого пузыря во время КС может приводить к его сращению с областью операционной раны на матке и нарушению физиологической подвижности с развитием в последующем стрессового недержания мочи.

1A	При родоразрешении путем КС рекомендуется поперечный разрез в нижнем маточном сегменте в связи с его лучшим заживлением
----	---

<b>1А</b>	При родоразрешении путем КС <b>не рекомендуются</b> другие виды разреза на матке для рутинного использования (поперечный дугообразный, низкий вертикальный (истмико-корпоральный), «классический» (корпоральный - по средней линии тела матки), Т-образный или J-образный разрез, донный поперечный разрез по Фритчу)
-----------	---

При последующей беременности и в родах пациентки с КС в анамнезе имеют риск разрыва матки. Наивысший риск разрыва матки - после «классического» (корпорального) и Т-образного разрезов (4-9%); меньший - для вертикального (истмико-корпорального) (1%-7%), и поперечного (0,2%-1,5%) разрезов. Современные руководства рекомендуют повторное КС для женщин с предшествующим классическим, J-образным или Т-якорным разрезом на матке. При проведении Т-якорного или J-образного, классического разрезов на матке, а также миомэктомии во время операции КС, помимо документального оформления в истории болезни, операционном журнале, выписке, необходимо также информировать женщину о необходимости проведения в последующем родоразрешения только путем операции КС. Т-образный разрез хуже заживает вследствие разнонаправленного хода раны, поэтому от него следует отказаться, и в случае необходимости выполнить J-образный разрез.

<b>1А</b>	При родоразрешении путем КС рекомендуется «тупое» расширение раны на матке при отсутствии рубца в связи с меньшей кровопотерей и более низкой потребностью в переливании крови
-----------	--

Разрез может быть сделан в центре нижнего сегмента матки с помощью скальпеля по Кэрру, а затем продлен в латеральных направлениях ножницами по Дерфлеру или пальцевым расширением без отсепаровки и смещения мочевого пузыря. Следует помнить, что уровень поперечного разреза в нижнем сегменте матки при головном предлежании плода, по возможности, должен приходиться на область проекции наибольшего диаметра головки плода для более бережного ее выведения. При рубце на матке увеличение разреза возможно острым путем, разрез на матке продляется ножницами влево и вправо, так как при извлечении плода снижается риск продления разреза в разрыв нижней части стенки матки и мочевого пузыря.

<b>2В</b>	При проведении разреза на матке в поперечном направлении, края раны рекомендуется разводить в кранио-каудальном направлении
-----------	---

Разведение краев в кранио-каудальном направлении связано с меньшим риском неконтролируемого разведения (7,4% против 3,7%) и объемом кровопотери более 1500 мл (2,0% против 0,2%). Разведение краев раны в поперечном направлении не является нарушением рекомендаций.

<b>2В</b>	При родоразрешении путем КС рекомендуется следующая хирургическая тактика при извлечении плода в головном предлежании: провести четыре пальца руки между передней или задней стенками матки и головкой плода, располагая их ниже ее уровня, затем головку несколько отвести кверху и, сгибая пальцы, помочь её прорезыванию в рану
-----------	--

При затрудненном рождении плода не рекомендуется использование раскачивающих движений, применение чрезмерных усилий, необходимо спокойно оценить ситуацию и определить причину затруднения. Ассистент оказывает давление на дно матки для обеспечения рождения головки плода. Если, несмотря на помощь ассистента, рождения головки не происходит, то рекомендуется увеличить разрез кверху (J-образный разрез). Якорный разрез на матке в настоящее время не рекомендуется, так как ухудшаются условия для заживления раны в послеоперационном периоде. При проведении преждевременного оперативного родоразрешения извлечение плода предпочтительно в целом плодном пузыре для снижения риска травмирующего воздействия на плод.

<b>4С</b>	При родоразрешении путем КС извлечение низко расположенной головки плода рекомендуется при помощи подталкивания через влагалище рукой ассистента
-----------	--

<b>3В</b>	При родоразрешении путем КС извлечение низко расположенной головки плода рекомендуется путем захвата обеих ножек, и осторожного потягивания за них для извлечения плода
-----------	---

Если, несмотря на применение вышеизложенных приемов, затруднения для рождения головки плода сохраняются, то возможно применение акушерских щипцов (иногда достаточно одной ложки).

<b>3В</b>	При родоразрешении путем КС извлечение высоко расположенной головки плода рекомендуется путем внутреннего поворота плода на тазовый конец и извлечения ребенка за ягодицы/ножки
-----------	---

<b>4С</b>	При родоразрешении путем КС извлечение высоко расположенной головки плода рекомендуется путем использования инструментов (акушерских щипцов, вакуум-экстрактора)
-----------	--

<b>3С</b>	При родоразрешении путем КС извлечение плода в поперечном положении рекомендуется путем выведения передней ножки плода с последующим рождением туловища и головки или путем выполнения J-образного или вертикального разреза матки
-----------	--

<b>4С</b>	При родоразрешении путем КС извлечение плода в поперечном положении со спинкой, обращенной к входу в таз, и целом плодном пузыре, рекомендуется перед выполнением разреза на матке путем интраабдоминального поворота плода в головное или ягодичное предлежание для его безопасного извлечения через разрез в нижнем маточном сегменте, или путем выполнения вертикального разреза матки до поворота плода
-----------	---

Вертикальная гистеротомия, даже если она ограничена нижним сегментом, менее желательна, чем поперечный разрез, поскольку это может увеличить риск разрыва матки при последующей беременности, но это может быть необходимо, если нижний маточный сегмент не развернут. Если плод крупный, особенно при разрыве плодных оболочек и попадании плеча в разрез, может потребоваться классический разрез. Иногда трудности извлечения плода являются следствием неадекватного анестезиологического пособия, что ведет к напряжению мышц живота беременной женщины. Для разрешения этой проблемы требуются соответствующие мероприятия по углублению обезболивания.

<b>3С</b>	При предлежании плаценты и невозможности избежать попадания плаценты в разрез рекомендуется быстро отслоить ее рукой до оболочек, и вскрыть их
-----------	--

Вероятность расположения плаценты в разрезе должна быть определена при УЗИ в процессе предоперационного обследования. Наиболее часто плаценту отслаивают по направлению вниз (при расположении большей ее части в теле и дне матки), реже вверх или сторону (при расположении основной части в нижнем сегменте). «Пробуравливание» и разрыв плаценты пальцем хирурга или ее рассечение скальпелем неизбежно ведет к кровопотере у плода, в связи с чем необходимо максимально быстро пережать пуповину.

<b>1А</b>	Для снижения кровопотери рекомендуется использование утеротонической терапии после извлечения плода
-----------	---

Утеротоническая терапия может проводиться следующими препаратами: окситоцин 1 мл (5МЕ) внутривенно медленно (в течение 1-2 мин) после рождения плода или внутривенно инфузوماتом со скоростью 16,2 мл/час (27 мЕд/мин) после рождения плода, или с помощью капельницы со скоростью 40 кап/мин (5Ед в 500 мл физиологического раствора) ИЛИ

карбетоцин 1 мл (100 мкг) внутривенно сразу после рождения плода медленно в течение 1 минуты (только при наличии факторов риска интра- и постоперационного кровотечения).

1A	Рекомендуется после пересечения пуповины отделение плаценты тракциями за пуповину для снижения кровопотери
----	--

Такой вариант отделения плаценты сопровождается меньшей величиной кровопотери, падения гематокрита в послеродовом периоде, снижением частоты эндометрита и койко/дня по сравнению с отделением и выделением рукой.

1A	При родоразрешении путем КС не рекомендуется проведение кюретажа стенок матки и обработки антисептиком
----	--

Удаление и излишняя травматизация слизистой оболочки матки может приводить к образованию синехий и развитию синдрома Ашермана.

1A	При родоразрешении путем КС рекомендуется экстериоризация матки во время ее зашивания по усмотрению врача: матка может быть извлечена из брюшной полости или оставаться в полости
----	---

При извлечении матки происходит механическая компрессия и пережатие маточных сосудов и снижается величина кровопотери. Следует отметить, что матка должна быть выведена в рану в случаях необходимости полноценной визуализации ее задней поверхности (удаление узлов миомы, метропластика при вращении плаценты и др.).

1A	При родоразрешении путем КС рекомендуется наложение как однорядного, так и двурядного шва, особенно при сложностях кооптации краев раны, повышенной кровоточивости, высокой степени инфекционного риска
----	---

Исследования, посвященные сравнению одно- и двурядного швов, включающие почти 15 000 пациентов, показали сопоставимые результаты общей материнской инфекционной заболеваемости, эндометрита и переливания крови. Применение однорядного шва связано с уменьшением времени операции, меньшим повреждением ткани, и меньшим наличием инородного шовного материала в ране. Эти потенциальные преимущества могут приводить к снижению операционных и послеоперационных осложнений. Однако в больших рандомизированных исследованиях последних лет было показано, что частота разрывов матки не отличается от техники наложения шва на матку.

1A	При родоразрешении путем КС зашивание висцеральной и париетальной брюшины рекомендуется по усмотрению врача
----	---

Отказ от зашивания висцеральной и/или париетальной брюшины не ведет к развитию осложнений, но сопровождается уменьшением продолжительности операции, потребности в анальгетиках, заболеваемости в послеоперационном периоде, послеоперационного койко/дня. Разницы в послеоперационном спаечном процессе обнаружено не было между зашиванием брюшины (висцеральной и париетальной) и отказом от этого.

5C	При родоразрешении путем КС сшивание прямых мышц живота рекомендуется по усмотрению врача и не является обязательным
----	--

Прямые мышцы живота сшивают, не стягивая, поскольку это может привести к болевому синдрому. Сшивание прямых мышц живота создает дополнительные условия для гемостаза. При отсутствии ушивания мышц живота, они восстанавливают анатомическую локализацию естественным образом, а их тугое сшивание может вести к болевому синдрому и спаечному процессу.

1A	При родоразрешении путем КС зашивание апоневроза рекомендуется однорядным швом
----	--

<b>1A</b>	При родоразрешении путем КС зашивание подкожной клетчатки рекомендуется, если ее толщина 2 см и более
-----------	---

Зашивание подкожной клетчатки при толщине более 2 см способствует уменьшению общей частоты осложнений со стороны раны брюшной стенки, особенно количества гематом и сером шва. При этом восстановлении целостности брюшной стенки сочетается с достоверным снижением расхождений раны и формирования сером. При толщине подкожной клетчатки менее 2 см зашивать ее не следует в связи с отсутствием снижения частоты раневой инфекции.

<b>5C</b>	При родоразрешении путем КС не рекомендуется рутинное дренирование подкожной клетчатки у пациенток с ожирением (индекс массы тела (ИМТ) $\geq 30$ кг/м <sup>2</sup> )
-----------	---

Рутинное дренирование увеличивает продолжительность операции и представляет дополнительные неудобства для пациенток, но не имеет преимуществ в снижении раневой инфекции.

<b>2B</b>	При восстановлении целостности кожи рекомендуется любой из методов по восстановлению целостности кожи: отдельные швы, непрерывный внутрикожный шов, скобки
-----------	--

Применение скобок уступает использованию рассасывающегося шовного материала. Скобки сокращают затраты времени на шов, но их косметический эффект хуже, как и применение нерассасывающегося шовного материала (если он не удаляется). В целом косметический шов более удобен для женщин, хотя требует больше времени при зашивании кожной раны, но значительно реже приводит к инфекционным осложнениям со стороны шва.

### 3.3. Анестезиологическое обеспечение операции КС

<b>3C</b>	Перед проведением анестезии врачу-анестезиологу-реаниматологу рекомендуется: собрать анамнез и выполнить фокусированное физикальное обследование; учесть физиологические изменения организма женщины во время беременности, а также классы тератогенности по FDA лекарственных препаратов и противопоказания к их применению во время беременности и грудного вскармливания; оформить в истории болезни информированное согласие/отказ пациентки (или её родственников/представителей) на предлагаемый метод анестезиологического обеспечения, проведение необходимых манипуляций и интенсивной терапии (трансфузии компонентов крови, катетеризации магистральных сосудов и т.д.); провести осмотр с регистрацией физического статуса пациенток, риска трудной интубации трахеи, риска тромбоэмболических осложнений, риска аспирационного синдрома, риска анафилаксии и указания о проведенных профилактических мероприятиях в истории родов
-----------	--

<b>5C</b>	Перед родоразрешением путем КС врачу анестезиологу-реаниматологу рекомендуется оценить физический статус пациентки по шкале ASA для повышения уровня безопасности женщины и плода в периоперационном периоде
-----------	--

<b>3C</b>	При родоразрешении путем КС рекомендуется заполнить чеклисты для следующих мероприятий по обеспечению безопасности пациента: проверка оборудования и лекарств; дооперационная оценка и подготовка пациентки; маркировка шприцев; трудная/неудавшаяся интубация трахеи; анафилаксия; системная токсичность местных анестетиков; массивное кровотечение; послеоперационная терапия, включая лечение боли; санитарно-эпидемиологическая безопасность
-----------	---

<b>5C</b>	Перед родоразрешением путем КС врачу анестезиологу-реаниматологу рекомендуется проверить исправность наркозно-дыхательной аппаратуры до начала анестезии
-----------	--

Проверка исправности наркозно-дыхательной аппаратуры проводится согласно контрольному листу для повышения уровня безопасности женщины и плода.

<b>2B</b>	При плановом родоразрешении путем КС рекомендуется проводить профилактику аспирационного синдрома (политика «ноль через рот», прием антацидов, быстрая последовательная индукция) для предупреждения легочных осложнений
-----------	--

Согласно рекомендациям ASA за 6-8 часов до операции прием пищи должен быть ограничен в зависимости от типа принятой пищи: прозрачные жидкости за 6 ч до анестезии, твердая пища (жаренные продукты, жирные продукты или мясо) – за 8 ч. Ни один из препаратов, предложенных для профилактики аспирационного синдрома, не имеет доказательной базы, однако American Society of Anesthesiologists (2007, 2016) рекомендует использовать антациды, H<sub>2</sub>-гистаимновые блокаторы и метоклопрамид. Прием Селлика должен выполняться на этапе масочной вентиляции.

<b>2A</b>	При неосложненном течении беременности и плановом КС рекомендуется прием умеренного объема прозрачной жидкости более чем за 6 ч до начала анестезии
-----------	---

К прозрачным жидкостям можно отнести: воду, фруктовый сок без мякоти, газированные напитки, чай, черный кофе. Объем жидкости менее важен по сравнению с наличием частиц в жидкости. Тем не менее, пациенты с дополнительными факторами риска аспирации (например, ожирение 2-3 степени, сахарный диабет, трудные дыхательные пути) или пациенты с повышенным риском оперативного родоразрешения (например, неблагоприятный профиль сердечного ритма плода) могут иметь более строгие ограничения по приему жидкости, решение следует принимать индивидуально. Не следует употреблять твердую пищу.

<b>1A</b>	При родоразрешении путем КС рекомендуется положение пациентки с левым боковым наклоном стола до 15 градусов и вазопрессоры (фенилэфрин, норадrenalин)
-----------	---

Использование поясничного полстера с левым боковым наклоном стола более 15 градусов приводит к снижению гипотензивных осложнений и уменьшению систолического АД (от -8,80 мм рт. ст. до -4,42 мм рт. ст.).

<b>1A</b>	В периоперационном периоде рекомендуется неинвазивный мониторинг (АД, ЧСС, капнометрия, ЭКГ, SpO <sub>2</sub> ), контроль темпа диуреза
-----------	---

<b>1A</b>	При родоразрешении путем КС рекомендуются как методы нейроаксиальной анестезии (эпидуральная, спинальная, комбинированная спинально-эпидуральная), так и общей анестезии ИВЛ.
-----------	---

При неоспоримом преобладании нейроаксиальной анестезии при операции КС, общая анестезия может использоваться при противопоказаниях к нейроаксиальной анестезии. При беременности риск осложнений общей анестезии существенно повышен, а проведение ее технически сложнее в силу ряда причин. Частота трудных интубаций в общей массе хирургических больных разного профиля составляет примерно 1 на 2500-3000, в то время как при анестезии в акушерстве этот показатель возрастает до 1 на 250-300 случаев, то есть практически в 10 раз. При неудачной или длительной интубации десатурация матери происходит гораздо быстрее, нежели у пациентов других групп вследствие изменений в системе дыхания. Вентиляция маской может быть неэффективной, и, кроме того, такая вентиляция предрасполагает к регургитации желудочного содержимого.

<b>3С</b>	После родоразрешения путем КС рекомендуется транспортировать пациентку либо в палату интенсивной терапии (в структуре отделения анестезиологии-реанимации), либо в палату пробуждения, где она должна находиться до полного восстановления (сознание, дыхание, мышечный тонус, гемодинамика, диурез) после проведенного анестезиологического пособия
-----------	--

<b>1А</b>	При родоразрешении путем КС рекомендуется выбирать эпидуральную анестезию по сравнению со спинальной в клинических ситуациях, в которых изменение внутричерепного давления нежелательно или планируется длительное послеоперационное обезболивание, а также при предшествующей катетеризации эпидурального пространства во время родов. Решение следует принимать индивидуально
-----------	---

Спинальная и эпидуральная анестезии одинаково безопасны, но спинальная анестезия более часто сопровождается артериальной гипотензией. При этом преимуществами спинальной анестезии перед эпидуральной при операции КС являются: простота технического исполнения; более быстрое начало эффекта (латентный период укладывается во время, необходимое для укладки пациентки и обработки операционного поля); дешевизна метода (по сравнению с эпидуральной анестезией); меньшая болезненность; более низкая доза местного анестетика, что исключает передозировку препаратов и практически исключает токсический эффект местных анестетиков; более полноценный сенсорный и моторный блок. Необходимо учитывать особенности при проведении анестезиологического пособия, у пациенток, получающих антикоагулянты или/и антиагреганты. У пациенток с высоким риском осложнений может быть выполнена плановая катетеризация эпидурального пространства на ранних стадиях родов, что позволит заблаговременно подтвердить нормальное функционирование катетера.

<b>1А</b>	При родоразрешении путем КС при выборе метода анестезии рекомендуется учитывать следующие противопоказания со стороны пациентки к проведению нейроаксиальной анестезии: отказ пациентки; выраженная гиповолемия (геморрагический шок, дегидратация); нарушение свертывания крови в сторону гипокоагуляции; приобретенные или врожденные коагулопатии; гнойные образования в месте пункции; непереносимость местных анестетиков; наличие фиксированного сердечного выброса у пациенток с искусственным водителем ритма сердца; демиелинизирующие заболевания нервной системы и периферическая нейропатия; заболевания, связанные с высоким внутричерепным давлением; татуировка в месте пункции.
-----------	---

Спинальная анестезия не противопоказана беременным с тяжелой преэклампсией. Нарушение свертывания крови в сторону гипокоагуляции определяются по следующим лабораторным параметрам: МНО > 1,5; удлинение АЧТВ > в 1,5 раза, фибриноген < 1,0 г/л, тромбоцитопения < 70\*10<sup>9</sup>/л. При тромбоцитопении от 70 до 100\*10<sup>9</sup>/л и при отсутствии гипокоагуляции возможно применение только спинальной анестезии (малый диаметр игл – 27-29G). Непереносимость, как и анафилаксия, для местных анестетиков амидной группы встречается крайне редко. Согласно рекомендациям Европейского общества кардиологов 2018 г. у пациенток с сердечной патологией региональная анестезия обычно предпочтительнее, чем общая. У пациенток с неврологическими заболеваниями возможность проведения регионарной анестезии оценивается индивидуально и согласуется с неврологом и/или нейрохирургом.

<b>1А</b>	Выполнение люмбальной пункции рекомендуется как через срединный, так и через парамедианный доступ на уровне ниже L2, так как спинной мозг заканчивается на этом уровне
-----------	--

<b>1А</b>	При проведении нейроаксиальной анестезии рекомендуется применение тонких (25G и тоньше) спинальных игл, что также снижает риск постпункционной головной боли. Для люмбальной пункции рекомендуется использование спинальных игл с кончиком карандашного типа, что снижает частоту постпункционной головной боли
-----------	---

Для КС используют гипербарические и изобарические растворы местного анестетика. Длительность спинальной анестезии ограничена, но наличие современных местных анестетиков (бупивакаин, ропивакаин и левобупивакин) позволяет использовать спинальную анестезию в течение 2,5-3 ч. Переход к длительной спинальной анестезии целесообразен при непреднамеренной пункции твёрдой мозговой оболочки во время катетеризации эпидурального пространства. Катетер проводят на 2-2,5 см в субарахноидальное пространство и фиксируют, после чего его можно использовать для введения препаратов в соответствующих дозировках.

<b>2А</b>	Во избежание высокого блока, доза местного анестетика у беременных с жирением должна быть уменьшена в среднем на 25-30%. Оптимальным является введение гипербарического раствора местного анестетика.
-----------	---

<b>5С</b>	При родоразрешении путем КС при выборе метода анестезии рекомендуется учитывать следующие возможные осложнения нейроаксиальной анестезии: немедленные осложнения - артериальная гипотония; брадикардия, асистолия на фоне высокой спинальной анестезии вследствие блокады кардиальных нервов (Т1-Т4); тошнота и рвота; гипотермия и озноб; высокий и тотальный спинальный блок; кожный зуд (при использовании опиатов); токсический эффект местных анестетиков в случае их внутрисосудистого введения; отсроченные осложнения - постпункционная головная боль; постпункционные боли в спине; задержка мочи; транзиторные неврологические осложнения; синдром конского хвоста; неврологический дефицит вследствие повреждения иглой спинного мозга, спинномозговых нервов и корешков; инфекционные осложнения: постпункционные менингиты и менингоэнцефалиты, эпи- и субдуральные абсцессы
-----------	---

Гипотензия, вызванная симпатической блокадой, приводит к снижению маточного кровотока, поэтому всегда требует лечения. Методы профилактики гипотензии при спинальной анестезии: вазопрессоры (норэпинефрин, фенилэфрин, эфедрин), компрессионный трикотаж, преинфузия и сопутствующая инфузия. В комплексе лечения системной токсичности местного анестетика рекомендуется в/в введение 20% жировой эмульсии в виде болюса 1,5 мл/кг, затем проводится инфузия со скоростью 0,25 мл/кг/мин в течение 30-60 мин в зависимости от тяжести токсических проявлений. Максимальная дозировка 20% жировой эмульсии 8 мл/кг. Для купирования головной боли может быть рекомендовано пломбирование эпидурального пространства аутокровью. Для предотвращения развития нейроаксиальной инфекции, Рекомендуется введение эпидурального катетера в асептических условиях. Анестезиолог-реаниматолог должен использовать лицевую маску, шапочку и стерильные перчатки. Место пункции должно быть обработано раствором антисептика, не содержащего йод.

<b>1А</b>	Рекомендуется раннее введение адреналина при реанимационных мероприятиях по поводу остановки сердца на фоне спинальной анестезии, что способствует повышению выживаемости
-----------	---

<b>3С</b>	При неэффективной эпидуральной анестезии с признаками остаточного сенсорного блока, можно выполнить спинальную анестезию, но дозу местного анестетика для спинальной анестезии рекомендуется уменьшить на 30%, при отсутствии признаков сенсорного блока после неудавшейся эпидуральной анестезии – доза для спинальной анестезии может быть стандартной
-----------	--

Спинальная анестезия после выполненной неудачной эпидуральной, может вызвать высокий (тотальный) спинальный блок, вследствие компрессии субарахноидального пространства введенным эпидурально раствором.

<b>2В</b>	Если при введении эпидурального катетера возникают неоднократно парестезии, катетер и иглу рекомендуется удалить и выполнить пункцию на другом уровне, чтобы не допустить повреждения нервного корешка
-----------	--

<b>2В</b>	Применение комбинированной спинально-эпидуральной анестезии рекомендуется, если предполагается, что длительность КС может превысить длительность спинальной анестезии
-----------	---

Ингаляция кислорода во время нейроаксиальной анестезии не оказывает благоприятного или вредного воздействия в отношении краткосрочных клинических исходов у плода, оцениваемых с помощью шкалы Апгар.

<b>1А</b>	При родоразрешении путем КС общая анестезия назначается при отказе пациентки от нейроаксиальной анестезии или наличия противопоказаний к нейроаксиальной анестезии
-----------	--

Препараты для общей анестезии проникают через плаценту, что может приводить к депрессии новорожденного.

<b>1А</b>	Индукция общей анестезии рекомендуется только после обработки и драпировки операционного поля, а также в присутствии акушеров-гинекологов, готовых к выполнению операции, и неонатолога
-----------	---

Необходимо провести профилактику регургитации и аспирации содержимого желудка в трахею; уложить беременную на спину и сместить матку влево; ввести в вену катетер; установить катетер в мочевой пузырь; обеспечить стандартный мониторинг – SpO<sub>2</sub>, АД, ЧСС, ЭКГ, диурез, капнометрия; премедикация за 30-40 минут до операции – дифенгидрамин (или аналог в эквивалентной дозе) – 0,15-0,25 мг/кг внутримышечно (в экстренной ситуации – внутривенно перед индукцией), если имеет место выраженная брадикардия, то – атропин 0,01 мг/кг внутривенно на операционном столе (атропин рутинно всем пациентам перед операцией в настоящее время не рекомендуется); преоксигенация 100% кислородом (O<sub>2</sub>) в течение 3 минут обязательна (в экстренной ситуации любую искусственную вентиляцию легких (ИВЛ) начинают только после интубации трахеи).

<b>2А</b>	При родоразрешении путем КС при проведении общей анестезии с ИВЛ рекомендуется индукция по методике быстрой последовательной индукции
-----------	---

Препараты, используемые для общей анестезии: тиопентал натрия 4-5 мг/кг внутривенно, возможно применение пропофола в дозе не выше 2,5 мг/кг. При кровотечении – кетамин (1-1,5 мг/кг). Миорелаксация (суксаметония хлорид в дозе 1-2 мг/кг), интубация трахеи с использованием приема Селлика. Как только роженица утрачивает сознание, ассистент начинает давить на перстневидный хрящ и продолжает этот до введения эндотрахеальной трубки и подтверждения ее корректной установки с помощью капнографии. В качестве внешнего воздействия на гортань при трудной интубации трахеи для облегчения визуализации может использоваться прием «BURP» (back, upward, right lateral, pressure) (назад, вверх, вправо, надавите).

<b>1А</b>	При общей анестезии до извлечения плода рекомендуется проводить ИВЛ в режиме нормовентиляции, с поддержанием концентрации выдыхаемого углекислого газа на уровне около 32 мм рт. ст.
-----------	--

Применяются N<sub>2</sub>O/O<sub>2</sub> в соотношении 1:1 или галогенсодержащие ингаляционные анестетики до 1,5 об. %. Применение галогенсодержащих ингаляционных анестетиков в концентрации ниже 1 минимальной альвеолярной концентрации (МАК) не сопровождается выраженной атонией матки и кровотечением, а риск присутствия на операции (сохранение сознания) практически сводится к нулю. Миорелаксацию поддерживают депполяризирующими миорелаксантами.

<b>1А</b>	При общей анестезии с ИВЛ после извлечения плода концентрацию ингаляционного анестетика следует снизить до 0,5 от минимальной альвеолярной концентрации или даже меньше с добавлением закиси азота и опиоида
-----------	--

В большинстве случаев внутривенное назначение окситоцина позволяет подавить релаксирующие матку эффекты ингаляционных анестетиков, если концентрация поддерживается на уровне 0,5 МАК. Наркотические анальгетики применяются только после извлечения плода. При проведении общей анестезии повышается риск возникновения послеродового кровотечения.

#### 3.4. КС в условиях внезапной остановки кровообращения у беременной женщины

<b>5С</b>	Рекомендуется диагностировать внезапную остановку кровообращения у беременной женщины на основании следующих признаков: отсутствия сознания и спонтанного дыхания
-----------	---

Внезапная остановка кровообращения во время беременности относительно редкое осложнение с частотой в среднем от 1:12000 до 1:30000 родов. Основные положения базовых реанимационных мероприятий у беременной женщины имеют свои особенности, которые необходимо учитывать. К основным причинам внезапной остановки кровообращения относятся: послеродовое кровотечение, дородовое кровотечение, заболевания сердца, анестезия, эмболия амниотической жидкостью, травма, сепсис, эклампсия, тромбоэмболия легочной артерии, инсульт, острый отек легких, инфаркт миокарда, расслаивающая аневризма аорты.

<b>5С</b>	Рекомендуется при проведении базовых и/или расширенных реанимационных мероприятий у беременной женщины учитывать возможную или верифицированную причину остановки кровообращения (кровопотеря, ТЭЛА, анафилаксия и т.д.) и оценить возможность её устранения для повышения эффективности реанимационных мероприятий
-----------	---

<b>3В</b>	Рекомендуется при внезапной остановке кровообращения у беременной женщины в сроке более 20 недель устранять механизм аорто-кавальной компрессии смещением беременной матки максимально влево в положении пациентки на спине для обеспечения адекватного венозного возврата к сердцу и увеличения сердечного выброса и начинать базовые реанимационные мероприятия
-----------	---

Беременная матка ухудшает венозный возврат из-за аортокавальной компрессии и, таким образом, уменьшает функциональное состояние сердца приблизительно на 60%. Родоразрешение уменьшает потребление кислорода, улучшает венозный возврат и функциональное состояние сердца, облегчает непрямой массаж сердца и улучшает вентиляцию. Это также допускает внутренний непрямой массаж сердца через диафрагму.

<b>1A</b>	Рекомендуется базовые реанимационные мероприятия при внезапной остановке кровообращения у беременной женщины проводить в следующей последовательности: убедиться в собственной безопасности, позвать на помощь и начать мероприятия сердечно-легочной реанимации в положении пациентки на спине со смещением матки влево: непрямой массаж сердца с частотой не менее 100 в мин, на глубину не менее 5 см, соотношение компрессии грудной клетки: искусственное дыхание 30:2
-----------	---

Базовые реанимационные мероприятия у беременной женщины проводятся в соответствии с рекомендациями Национального совета по реанимации и международными руководствами.

<b>1A</b>	Рекомендуется при внезапной остановке кровообращения у беременной женщины в сроке беременности более 20 недель при неэффективности базовых и/или расширенных реанимационных мероприятий в течение 4 мин выполнить реанимационную гистеротомию и родоразрешение за 5 мин. При отсутствии технической возможности выполнить родоразрешение на месте пациентка максимально быстро транспортируется в условия для выполнения операции не прекращая реанимационных мероприятий
-----------	---

Реанимационная гистеротомия и родоразрешение проводится в интересах матери и плода. В сроке беременности до 20 недель срочное КС можно не проводить, так как маловероятно, что беременная матка в этом сроке влияет на сердечный выброс. В сроке беременности 20-23 недели срочная реанимационная гистеротомия и родоразрешение проводится для сохранения жизни матери, но не плода, а в сроке более 24 недель – срочная реанимационная гистеротомия и родоразрешение проводятся для спасения жизни матери и плода. Реанимационную гистеротомию и родоразрешение необходимо считать реанимационной процедурой, выполняемой, прежде всего, в интересах выживания матери. Рекомендуется всегда иметь наготове экстренный набор для реанимационной гистеротомии и родоразрешения: скальпель с лезвием номер 10 (единственный необходимый инструмент); щипцы Симпсона-Феноменова; ножницы; шовный материал; иглы; зажимы Kelly; ретракторы Balfour. Реанимационная гистеротомия и родоразрешение не должны быть отложены путем перемещения женщины. Это должно быть выполнено, там, где произошла внезапная остановка кровообращения у матери и проводятся базовые реанимационные мероприятия. Проведение реанимационных мероприятий во время транспортировки значительно снижает их качество, но при абсолютной невозможности выполнить эту операцию на месте допустима максимально быстрая транспортировка женщины на соответствующий этап оказания медицинской помощи. Если реанимационные мероприятия являются успешными, после родоразрешения, женщина должна транспортироваться в ближайшую медицинскую организацию с возможностью оказания хирургической и реанимационной помощи. Врач-акушер-гинеколог должен использовать разрез, который обеспечивает самый быстрый доступ: это может быть нижнесрединная лапаротомия или надлобковым поперечным разрезом. Скальпель и зажим пуповины (или альтернативные лигатуры) должны быть доступными на всех этапах оказания медицинской помощи (включая и догоспитальный этап, и отделение анестезиологии и реанимации). Если реанимационные мероприятия успешны, матка и брюшная полость ушиваются обычным способом с контролем кровопотери и профилактикой гнойно-септических осложнений.

<b>1A</b>	После родоразрешения при внезапной остановке кровообращения рекомендуется расширенные реанимационные мероприятия (венозный доступ, дефибриляция, лекарственные препараты) выполнять в соответствии с рекомендациями в течение 30 мин
-----------	--

<b>2В</b>	При проведении расширенных реанимационных мероприятий при внезапной остановке кровообращения у беременной женщины рекомендуется использовать те же режимы дефибрилляции, как и вне беременности
-----------	---

<b>2В</b>	При проведении расширенных реанимационных мероприятий при внезапной остановке кровообращения у беременной женщины рекомендуется использовать те же лекарственные препараты и венозный доступ, как и вне беременности
-----------	--

Рекомендованные (наиболее безопасные и обеспечивающие эффективную фармакокинетику препаратов) пути введения лекарственных препаратов при сердечно-легочной реанимации: внутривенный или внутрикостный. После введения лекарств в периферическую вену ее следует промыть не менее чем 20 мл солевого раствора и поднять на 10-20 сек для ускорения доставки препарата в центральный кровоток. Внутрикостный доступ используют, если после трех попыток не удастся обеспечить внутривенный. При внутрикостном введении лекарств их адекватная концентрация в плазме достигается приблизительно с той же скоростью, что и при введении в вену.

### 3.5. Ведение родильниц после КС

<b>3В</b>	После родоразрешения путем КС рекомендуется адекватное обезболивание, тромбопрофилактика, раннее энтеральное питание, ранняя мобилизация, контроль глюкозы, удаление мочевого катетера
-----------	--

<b>5С</b>	После родоразрешения путем КС рекомендуется ранний перевод из отделения реанимации (или палаты пробуждения) в послеродовое отделение после операции, выполненной как в условиях нейроаксиальной (спинномозговой, эпидуральной, комбинированной спинально-эпидуральной) анестезии, так и в условиях общей анестезии
-----------	--

Исключение составляют пациентки с преэклампсией, кровотечением до и во время операции или в раннем послеоперационном периоде, тяжелыми соматическими заболеваниями, требующими мониторинга гемодинамики и функции жизненно важных органов, а также наблюдение врача реаниматолога, технических сложностях во время операции, расширением объема операции (миомэктомия, гистерэктомия, спаечный процесс и т.д.).

<b>3С</b>	После родоразрешения путем КС рекомендуется удаление мочевого катетера после активизации пациентки, но не ранее, чем через 2-4 часа после введения последней дозы анестетика в эпидуральное пространство
-----------	--

Как можно более раннее удаление мочевого катетера минимизирует риск катетер-ассоциированного инфицирования. Катетер должен быть удален после регресса спинального блока.

<b>1А</b>	После родоразрешения путем КС рекомендуется удаление повязки через 6 часов, после удаления повязки необходимо ежедневно принимать душ, необходимости в ежедневной обработке антисептическими средствами нет
-----------	---

Раннее удаление повязки с послеоперационной раны минимизирует риск развития раневой инфекции.

<b>2В</b>	После родоразрешения путем КС рекомендуется ранняя активизация пациентки: через 4-6 часов после окончания операции женщине помогают сначала сесть в постели, спустить ноги на пол и затем понемногу начать ходить
-----------	---

Ранняя активизация позволяет свести к минимуму риск развития спаечных осложнений в брюшной полости, застойных явлений в легких (особенно вероятны после общей

анестезии), а также тромбоемболических осложнений при длительной иммобилизации. Противопоказаниями к ранней активизации являются: температура тела выше 38°C, тромбофлебит вен нижних конечностей, кровотечение; выраженный болевой синдром (визуально-аналоговая шкала (ВАШ) > 50 мм).

1A	После родоразрешения путем КС для адекватного послеоперационного обезболивания рекомендуются следующие методики: нестероидные противовоспалительные препараты; парацетамол; инфильтрация раны растворами местных анестетиков; блокада поперечного пространства живота (Transversus Abdominis Plane block – TAP-блок)
----	--

Мультимодальная схема обезболивания после КС является наиболее предпочтительной. Поскольку использование опиоидов сопровождается известными побочными эффектами, должны использоваться методики обезболивания, позволяющие уменьшить применение опиоидов, или полностью заменяющие их. В конце операции, или в начале раннего послеоперационного периода рекомендована в/в инфузия парацетамола в дозе 1 г при этом суточная доза не должна превышать 4 г в сутки.

1A	После родоразрешения путем КС при проведении эпидуральной анестезии в послеоперационном периоде рекомендуется продолжить аналгезию методом постоянной инфузии или аутоанальгезии
----	--

1A	При выраженном болевом синдроме (ВАШ > 50 мм) рекомендуется добавить тримеперидин до 20 мг, фентанил до 100 мкг внутривенно
----	---

1A	При средней интенсивности боли (ВАШ = 30-50 мм) рекомендуется добавить трамадол, буторфанол
----	---

1A	Введение однократной периоперационной дозы дексаметазона рекомендуется для улучшения обезболивания пациенток, перенесших операцию под общей анестезией
----	--

Это может быть связано с более высоким уровнем глюкозы в крови через 24 часа после операции и его следует избегать у пациентов с инсулинорезистентностью.

1A	TAP-блокада рекомендуется для лечения послеоперационной боли у пациенток, которые не реагируют на рутинные анальгетики и опиоиды
----	--

У пациенток после общей или спинальной анестезии TAP-блокада может значительно снизить послеоперационную боль и уменьшить потребление опиоидов. TAP-блокада обеспечивает аналгезию после КС со средним обезболивающим эффектом 9,5 часов (8,5–11,9 часов). Она может быть рекомендована в послеоперационном периоде как при отсутствии эпидурального катетера, так и при его наличии. Эпидуральная аналгезия является довольно эффективной методикой послеоперационного обезболивания, хотя не способствует ранней мобилизации пациенток из-за сохранения моторного блока.

1A	После родоразрешения путем КС в условиях нейроаксиальной анестезии рекомендуется разрешить прием жидкости родильницам через 60 минут после окончания операции. Родильницам после операции КС в условиях общей анестезии разрешается прием жидкости через 2 часа после окончания операции
----	--

Родильницам, перенесшим общую анестезию, энтеральное питание может быть назначено через 4-6 часов после операции - бульон; через 24 часа – общий стол.

1A	После родоразрешения путем КС рекомендуется документальная оценка факторов риска венозных тромбоемболических осложнений (ВТЭО) непосредственно перед и после операции
----	---

<b>1А</b>	После родоразрешения путем КС при отсутствии противопоказаний рекомендуется применение эластической компрессии нижних конечностей для снижения риска ВТЭО
-----------	---

Какие-либо исследования, обосновывающие использование компрессионного трикотажа при беременности и в послеродовом периоде, отсутствуют, и рекомендации в значительной мере получены путем экстраполяции данных исследований, изучавших применение компрессионного трикотажа в популяции госпитализированных пациентов в отсутствие беременности. В небольших исследованиях было показано, что применение компрессионного трикотажа значительно улучшает венозный отток у беременных женщин и усиливает кровоток при одновременном уменьшении диаметра просвета поверхностной и глубокой бедренной вен у пациентов на поздних стадиях беременности и в раннем послеродовом периоде.

<b>1А</b>	После родоразрешения путем КС до выписки из стационара рекомендуется проводить динамическое наблюдение для раннего выявления послеоперационных осложнений
-----------	---

Осмотр включает в себя: мониторинг в течение 2-х часов (ЭКГ, неинвазивное измерение АД, пульсоксиметрия); оценку степени боли по шкале ВАШ; оценка состояния кожных покровов; оценка перистальтики кишечника; наружный осмотр для определения размера, консистенции, болезненности матки; оценку количества и характера лохий, соответствующие сроку инволюции матки; определение состояния молочных желез (отсутствие трещин на сосках с признаками нагноения и лактостаза); оценку состояния послеоперационного шва (признаков воспаления, отека, инфильтрации, расхождения, кровотечения); пальпацию вен нижних конечностей; оценку объема мочеиспускания. Наблюдение может осуществлять медсестра-анестезист, акушерка, врач.

Наблюдение осуществляется: сразу после операции КС; каждые 20-30 минут после операции в течение 2-х часов; каждые 2-3 часа спустя 2 часа после операции до 6 часов; после перевода в послеродовое отделение - один раз в день; при любых жалобах пациентки, гипертермии, обильных кровянистых выделениях и т.д. Температура тела до 38°C и лейкоцитоз в течение 24 часов после родоразрешения (в том числе после КС) допустимы. Чаще всего причиной является дегидратация, поэтому тактика ведения - обильное питье, инфузионная терапия. Назначение противовоспалительной терапии не показано.

<b>1А</b>	Интраоперационное раннее прикладывание к груди матери рекомендуется при регионарных методах обезболивания операции, отсутствии осложнений у матери и удовлетворительном состоянии новорожденного, сразу после его высушивания и пеленания. Необходимо обеспечить ранний контакт кожа-к-коже (мать-новорожденный), а также совместное пребывание матери и ребенка
-----------	--

Не рекомендуется разделять мать и новорожденного и, по возможности, они должны круглосуточно находиться в одном помещении. Это способствует формированию здоровых отношений между родителями и новорожденным, и успешному грудному вскармливанию.

<b>1В</b>	Пациенткам после родоразрешения путем КС рекомендуется при выписке проводить консультирование по особенностям послеродового периода, контрацепции и планированию последующей беременности
-----------	---

Наступление следующей беременности рекомендуется не ранее чем, через 12-18 месяцев, так как это период оптимального заживления раны на матке и формирования полноценного рубца. Данный интервал увеличивает вероятность успешной попытки родов через естественные родовые пути и снижает риск разрыва матки.

1В

Пациентке после родоразрешения путем КС рекомендуется ограничение подъёма тяжестей, превышающих вес новорожденного

Ограничение подъема тяжестей в течение 4-6 недель связано с необходимостью уменьшения нагрузки на апоневроз для лучшего его заживления, а не с целью уменьшения внутрибрюшного давления, изменение которого влияет на функцию мышц тазового дна. В послеоперационном периоде женщины могут постепенно наращивать физическую нагрузку в зависимости от степени дискомфорта и наличия послеоперационных осложнений. Физические нагрузки способствуют улучшению настроения, контролю веса, способствуют потере веса, снижают беспокойство и уменьшают депрессию. Упражнения для укрепления мышц тазового дна могут компенсировать недержание мочи, если оно присутствует.

## Дополнительная информация

<b>1А</b>	Перед родоразрешением путем КС рекомендуется проведение антибиотико-профилактики
-----------	--

С точки зрения эффективности и безопасности наиболее приемлемыми для антибиотикопрофилактики препаратами являются цефалоспорины I-II поколения (цефазолин, цефуроксим) и ингибиторозащищенные аминопенициллины (амоксициллин/клавуланат, ампициллин/сульбактам) (таблица 1). На проведение или отказ от антибиотикопрофилактики должно быть получено информированное согласие пациентки. Схема проведения антибиотикопрофилактики: однократное, за 30-60 минут до начала операции введение антибактериального препарата. При ожирении (ИМТ  $\geq 30$  кг/м<sup>2</sup>) доза антибиотика должна быть увеличена в 2 раза (цефазолин до 2 г). Длительное оперативное вмешательство, превышающее 2 периода полувыведения лекарственного средства (> 4 часов для цефазолина с момента введения дозы), требует добавления дополнительной интраоперационной дозы того же антибиотика. Массивная кровопотеря (> 1500 мл) также требует добавления дополнительной интраоперационной дозы того же антибиотика. Возможно пролонгированное назначение антибиотиков в послеоперационном периоде у женщин с ИМТ  $\geq 35$  кг/м<sup>2</sup> (на 48 часов). При выборе антибиотика необходимо учитывать грудное вскармливание. Возможна комбинация стандартной антибиотикопрофилактики с азитромицином (500 мг внутривенно) у женщин с ИМТ  $\geq 35$  кг/м<sup>2</sup> при КС, выполненном в родах или при преждевременном разрыве плодного пузыря. У пациенток с известной колонизацией метициллин-резистентным *S.aureus* (MRSA) при КС допускается добавление разовой дозы ванкомицина к рекомендованной схеме антибиотикопрофилактики. Применение монопрофилактики только ванкомицином не рекомендуется.

**Таблица 1. Препараты, применяемые для антибиотикопрофилактики.**

Препарат	Доза	Введение
Цефазолин	1 г	внутривенно медленно
Цефуроксим	1,5 г	внутривенно медленно
Амоксициллин/клавуланат (не используется при КС у женщин на сроке гестации < 34 недель) повышения риска НЭК у новорожденного)	1,2 г	внутривенно, медленно (в течение 3-5 мин)
Амоксициллин/сульбактам	1,5 г	внутривенно медленно
При аллергических реакциях на пенициллины и/или цефалоспорины применимы клиндамицин или эритромицин		
Клиндамицин	900 мг	внутримышечно, внутривенно капельно
Эритромицин	200 мг	внутривенно капельно

<b>1А</b>	Перед родоразрешением путем КС санация влагалища рекомендуется пациенткам в родах и пациенткам с разрывом плодных оболочек для снижения риска гнойно-воспалительных осложнений
-----------	--

Санация влагалища непосредственно перед КС у женщин в родах и у женщин с разрывом плодных оболочек снижает риск развития послеоперационного эндометрита. Для оценки того, насколько данная мера может быть полезной при КС у женщин с целыми плодными оболочками и которые не рожают, необходимы дополнительные данные.

## Организация оказания медицинской помощи

Оказание медицинской помощи женщинам при родоразрешении путем операции КС в плановом порядке осуществляется на основе схем маршрутизации, утверждённых региональными органами управления здравоохранением.

При родоразрешении путем КС в плановом порядке показания определяются врачом-акушером-гинекологом в зависимости от особенностей течения беременности, акушерской ситуации, наличия соматических заболеваний, состояния плода. В клинически сложных случаях выбор метода родоразрешения и сроков госпитализации определяется консилиумом врачей.

При возникновении неотложных и экстренных показаний к родоразрешению путем КС, операция выполняется в стационаре того лечебного учреждения, где пациентка находится на момент установления диагноза, при условии наличия необходимого медицинского оборудования и медицинского персонала для оказания помощи матери и новорожденному, или транспортировка пациентки в акушерский стационар более высокого уровня при условии возможности транспортировки и отсутствия противопоказаний для транспортировки со стороны пациентки. Транспортировка пациенток с установленными экстренными и неотложными показаниями к родоразрешению путем КС проводится медицинским транспортом в сопровождении медицинского персонала.

Выписка рожениц из акушерского стационара после родоразрешения путем КС проводится по общим правилам при следующих условиях:

- отсутствие гипертермии (выше  $37,2^{\circ}\text{C}$ ) и неосложненное течение послеоперационного периода;
- отсутствие патологических изменений при УЗИ матки и придатков;
- отсутствие признаков мастита и лактостаза;
- отсутствие признаков воспаления в области шва.

Выписка возможна с нерассасывающимся шовным материалом с последующим удалением шовной нити по месту жительства.

## Критерии оценки качества медицинской помощи

№	Критерий качества	Да/нет
1	Выполнен общий (клинический) анализ крови перед операцией кесарева сечения и не позднее 72 часов от момента оперативного родоразрешения	Да / нет
2	Выполнено определение основных групп по системе АВ0 и антигена D системы Резус (резус-фактор) перед операцией кесарево сечение	Да / нет
3	Выполнена установка внутривенного катетера перед операцией кесарево сечение	Да / нет
4	Выполнена постановка мочевого катетера перед операцией кесарево сечение	Да / нет
5	Проведена антибиотикопрофилактика перед родоразрешением путем кесарева сечения	Да / нет
6	Выполнено введение утеротонических препаратов внутривенно медленно после извлечения плода	Да / нет
7	Применена эластическая компрессия нижних конечностей после родоразрешения путем кесарева сечения при отсутствии противопоказаний	Да / нет
8	Проведена профилактика кровотечения введением утеротоников	Да / нет

## Информированное согласие пациента на медицинское вмешательство

**Медицинское вмешательство** – выполняемые медицинским работником по отношению к пациенту, затрагивающие физическое или психическое состояние человека и имеющие профилактическую, исследовательскую, диагностическую, лечебную, *реабилитационную направленность* виды медицинских обследований и (или) медицинских манипуляций.

1. Я, \_\_\_\_\_

(Ф.И.О. пациента)

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ г. рождения, зарегистрированный(ая) по адресу

\_\_\_\_\_, даю

(адрес места жительства (пребывания) пациента либо его законного представителя)

информированное согласие на предстоящее медицинское вмешательство в \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(наименование медицинского учреждения)

2. В доступной для меня форме мне разъяснены возможные методы и варианты предстоящих медицинских вмешательств, их последствия, необходимость, цель и ожидаемые результаты предстоящего обследования, диагностики и/или лечения, в том числе вероятность развития осложнений, а также последствия отказа от медицинского вмешательства.
3. Я проинформирован, что точно предсказать результат и исход медицинского вмешательства невозможно. Я понимаю, что любое лечение или операция сопряжены с риском для жизни и могут привести к временной или постоянной, частичной или полной нетрудоспособности. Никакие гарантии относительно результатов медицинского вмешательства не предоставляются.
4. Я понимаю, что в процессе диагностических, лечебных и иных вариантов медицинских вмешательств могут возникнуть непредвиденные экстренные обстоятельства и осложнения, при которых я буду не в состоянии дать согласие на проведение необходимых экстренных действий (повторных операций или процедур). В таких ситуациях ход медицинского вмешательства может быть изменен врачами по их усмотрению.
5. Я знаю, что в целях максимальной эффективности предстоящего медицинского вмешательства я обязан поставить врача в известность о всех проблемах, связанных с моим здоровьем, наследственностью, в том числе об аллергических проявлениях, индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов и продуктов питания, а также о курении табака, употреблении алкоголя, наркотических или токсических препаратов.
6. Я понимаю, что при проведении хирургического вмешательства возможна потеря крови и может возникнуть необходимость в переливании донорской крови или ее компонентов, на что я даю добровольное согласие. Я получил разъяснения от лечащего врача о цели переливания крови или ее компонентов, необходимости переливания, характере и особенностях процедуры, возможных последствиях, в случае развития которых я согласен на проведение всех нужных лечебных мероприятий. Я извещен о вероятном течении заболевания при отказе от переливания крови и ее компонентов.

7. Я согласен на запись лечебно-диагностического процесса на любые информационные носители, с использованием любых технических средств, а также на взятие у меня в диагностических и лечебных целях образцов биологических материалов, в том числе клеток, тканей, биологических жидкостей.

8. Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации при оказании медицинской помощи или потребовать его (их) прекращения, мне также разъяснены возможные последствия такого отказа.

9. В доступной для меня форме мне разъяснена возможность получения бесплатной медицинской помощи соответствующих видов в рамках ежегодной программы, в том числе территориальной, государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

10. Я разрешаю предоставлять информацию о моей (моего ребенка) болезни, прогнозе и лечении только:

---

---

---

---

(доверенные лица)

11. Я ознакомлен со всеми пунктами настоящего документа, они мне понятны, о чем свидетельствует моя подпись ниже.

Подпись

Дата « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ г.

Акушерский чек-лист безопасности кесарева сечения

<b>Ф.И.О. и возраст пациентки</b>	
Срок беременности	
Информированное согласие подписано	да / нет, причина (1 категория срочности операции, другое)
<b>Результаты обследования</b>	
Аллергия в анамнезе	да / нет, на что
Кровотечение в анамнезе	да / нет, причина
Анализ: группа крови, Резус-фактор	да / нет
Анализ: фенотип резус фактора	да / нет
Анализ: RW, ВИЧ, гепатиты В и С	да / нет
Анализ: общий анализ крови	да / нет
Анализ: Коагулограмма (по показаниям)	да / нет
<b>Подготовка и план операции</b>	
Статус В20, гепатит, особо опасная инфекция у пациента	Предусмотрена защита персонала (очки, экраны, перчатки)
Антибиотикопрофилактика за 30-60 мин. до операции	есть / нет, причина (1 категория срочности операции, аллергия в анамнезе, другое)
Обработка влагалища раствором антисептика при нарушенных плодных оболочках и у женщин в родах	есть / нет, причина (1 категория срочности операции, аллергия в анамнезе, целые плодные оболочки, другое)
Профилактика тромбоза компрессионным трикотажем	да / нет
Выслушивание сердцебиения плода перед операцией	да / нет
Планируемый объем	Кесарево сечение, миомэктомия, резекция яичника, дренирование брюшной полости, стерилизация, другое
Установка пластины электрокоагулятора	да / нет, не планируется
Обсуждены возможные особенности и трудности во время операции с ответственным консультантом, анестезиологом, неонатологом, трансфузиологом	<p>Вероятность расширения объема операции</p> <p>Вероятность патологической кровопотери</p> <p>Нестабильность состояния пациентки (АД, кровопотеря, экстрагенитальная патология и пр.)</p> <p>Срочность начала операции (гипоксия плода, кровотечение, угроза разрыва матки, клинически узкий таз и др.)</p> <p>Состояние плода (гипоксия, недоношенность, пороки развития и др.)</p> <p>Другое</p> <p>да / нет, т.к. предполагается типичная операция</p>

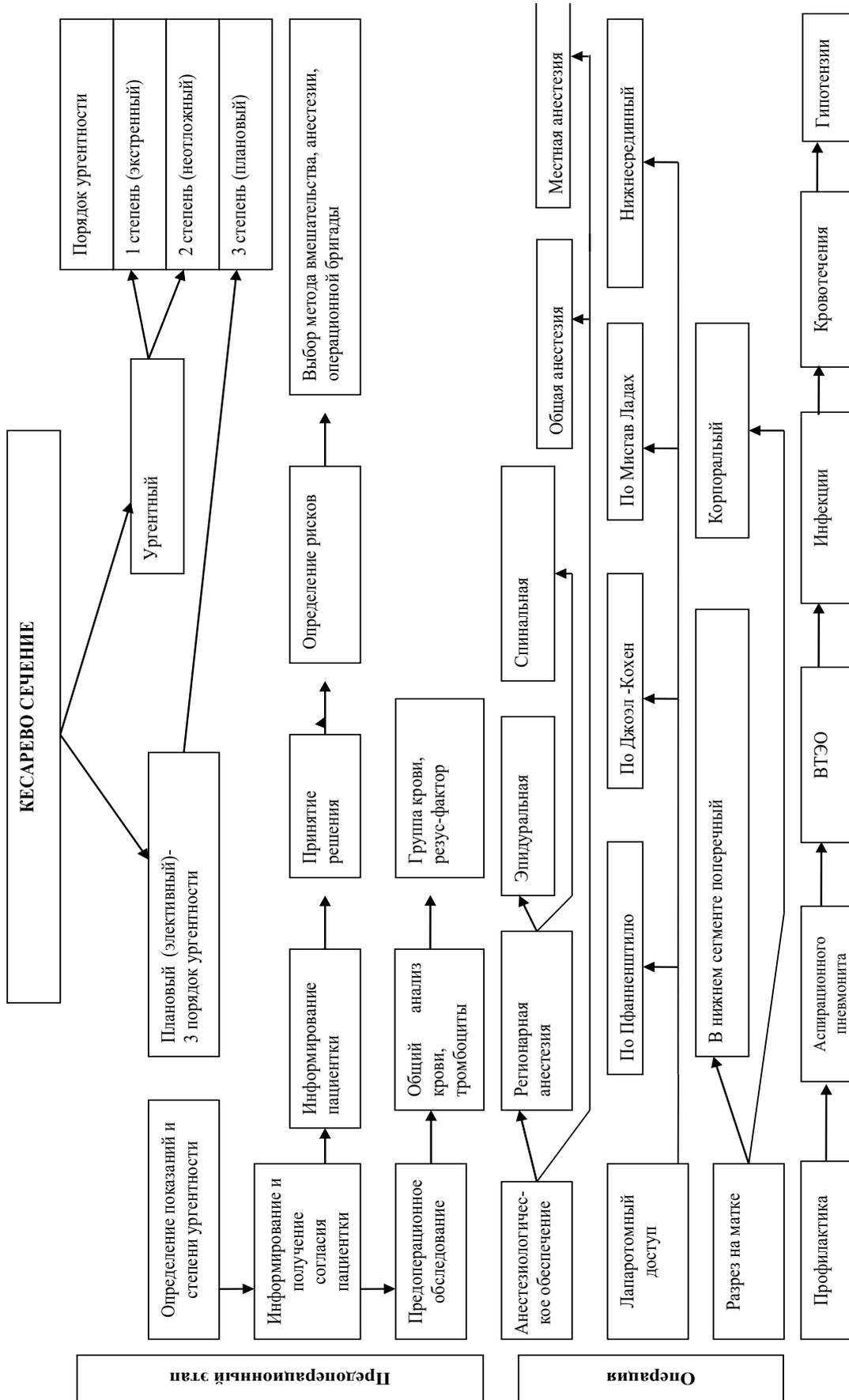
Готовность к разрешению нетипичных ситуаций	Наличие карбетоцина, метилэргометрина, мизопростола, транексама, реинфузии крови, баллонной тампонады, дренажных трубок, другое... Вызов дополнительного хирурга, сосудистого хирурга, уролога или др смежного специалиста. Вызов неонатологов-реаниматологов Другое  да / нет, т.к. предполагается типичная операция
Подсчет салфеток и инструментов	да /нет
Объем кровопотери	мл
Заполнение листа тромбопрофилактики	да /нет
Дополнительные назначения в послеоперационном периоде	Антибиотикотерапия, утеротоники, консультация смежным специалистом, узи брюшной полости и матки, другое

**Показания к КС в зависимости от категории неотложности**

<b>Экстренное КС</b>	Любой вариант предлежания плаценты с тяжелым кровотечением
	Прогрессирующая преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты с тяжелым кровотечением или брадикардией плода
	Угрожающий, начавшийся или свершившийся разрыв матки
	Дистресс-синдром плода, сопровождающийся патологическим типом КТГ (длительная брадикардия у плода ниже 70 в минуту в течении 3 минут и более)
	Выпадение петель пуповины или ручки плода при головном предлежании
	Приступ эклампсии в родах
	Агония или внезапная смерть женщины после 20 недель беременности (при наличии возможности)
<b>Неотложное КС</b>	Тазо-головная диспропорция
	Дистресс-синдром плода, сопровождающийся сомнительным типом КТГ или прогрессирующим нарушением кровотока в артерии пуповины по данным доплерографии
<b>Запланированное КС</b>	Преждевременное излитие околоплодных вод при доношенной беременности и наличии показаний к плановому КС
	Подготовленная на плановое кесарево сечение беременная вступила в роды
	Тяжелая преэклампсия, HELLP синдром (при нестабильном состоянии матери и отсутствии условий для быстрого родоразрешения через естественные родовые пути)
	Некорректируемые нарушения сократительной деятельности матки (слабость родовой деятельности, дискоординация родовой деятельности, дистония шейки матки), не сопровождающиеся дистрессом плода
	Отсутствие эффекта от родовозбуждения окситоцином
	Хориоамнионит при неготовности естественных родовых путей к родам

<b>Плановое КС</b>	Полное предлежание плаценты
	Врастание плаценты
	Предлежание сосудов плаценты
	Дваи более КС в анамнезе
	Миомэктомия с проникновением в полость матки в анамнезе
	Гистеротомия в анамнезе: перфорация матки, иссечение трубного угла, иссечение рудиментарного рога, корпоральное КС в анамнезе, Т-образный или J-образный разрез
	Наличие препятствия со стороны родовых путей для рождения ребенка: <ul style="list-style-type: none"> <li>– анатомически узкий таз II и более степени сужения;</li> <li>– деформация костей таза;</li> <li>– миома матки больших размеров, особенно в области нижнего сегмента,</li> <li>– препятствующая деторождению через естественные родовые пути;</li> <li>– рубцовые деформации шейки матки и влагалища после предшествующих операций, в том числе после разрыва промежности III-IV степени;</li> <li>– рак шейки матки, кроме преинвазивных и микроинвазивных форм рака шейки матки</li> </ul>
	Предполагаемые крупные размеры плода ( $\geq 4500$ г) в сочетании с другими акушерскими факторами риска
	Тазовое предлежание плода при: <ul style="list-style-type: none"> <li>– сроке беременности менее 32 недель,</li> <li>– сочетании с другими показаниями к КС,</li> <li>– наличии рубца на матке после КС,</li> <li>– ножном предлежании плода,</li> <li>– предполагаемой массе плода <math>&lt;2500</math> г или <math>&gt;3600</math> г</li> </ul>
	Устойчивое поперечное положение плода
	Дистоция плечиков плода в анамнезе с неблагоприятным исходом (мертворождение, тяжелая гипоксия, энцефалопатия, травма ребенка и матери (лонного сочленения)
	Высыпания генитального герпеса (первичный эпизод или рецидив) в течение 6 недель до родоразрешения
	ВИЧ инфекция при вирусной нагрузке перед родами $>1000$ копий/мл, неизвестной вирусной нагрузке перед родами или неприменении противовирусной терапии во время беременности и/или непроведении антиретровирусной профилактики в родах
	Некоторые аномалии развития плода (гастрошизис, омфалоцеле, крестцово-копчиковая тератома больших размеров)
	Соматические заболевания, требующие исключения потуг (декомпенсация сердечно-сосудистых заболеваний, осложненная миопия, трансплантированная почка и др.)

Алгоритм действия для врача



### Паспорт операции кесарева сечения

Протокол операции должен последовательно и полно описывать ход операции, включая:

- дату, время начала, окончания операции (в т.ч. длительность)
- номер операционной
- категорию срочности операции
- полное наименование (например, поперечное надлобковое чревосечение с иссечением старого кожного рубца; кесарево сечение в нижнем маточном сегменте; миомэктомия; разделение спаек)
- основные показания к операции
- вид анестезиологического пособия
- ход оперативного вмешательства (вид лапаротомии, иссечение кожного рубца, состояние матки, разрез на матке, характер околоплодных вод, метод рождения ребенка, метод выделения последа, состояние полости матки, технику зашивания матки, в том числе количество слоев и перитонизацию, результаты осмотра матки и ее придатков, технику восстановления целостности брюшной стенки)
- пол, оценку по шкале Апгар новорожденного
- использованный шовный материал на каждом этапе
- ситуации расширения объема операции с кратким обоснованием (миомэктомия, разделение спаек, резекция яичника и др.)
- технические трудности и особенности (невозможность разделения спаек, самопроизвольное продление разреза, кровотечение и др.)
- объем кровопотери
- количество выделенной мочи и ее характер
- список хирургической бригады (хирург и ассистенты)
- дополнительные назначения (по показаниям)

**Шкала оценки физического статуса исходного состояния больного перед операцией ASA**

Класс по ASA	Определение	Примеры, включающие, но не ограниченные:
ASA I	Нормальный здоровый пациент	Здоровый, не курящий, мало употребляющий алкоголь.
ASA II	Пациент с легким системным заболеванием	Легкие заболевания только без существенных функциональных ограничений. Примеры включают в себя (но не ограничиваются ими): курильщик, социальный алкоголик, беременная, ожирение ( $< 30$ ИМТ $< 40$ ), компенсированный сахарный диабет, контролируемая артериальная гипертензия, легкие заболевания дыхательной системы.
ASA III	Пациент с тяжелым системным заболеванием	Значимые ограничения функциональной активности. Примеры включают в себя (но не ограничиваются ими): плохо контролируемая артериальная гипертензия или субкомпенсированный сахарный диабет, ХОБЛ, патологическое ожирение (ИМТ $\geq 40$ ), активный гепатит, алкогольная зависимость или злоупотребление алкоголем, имплантированный кардиостимулятор, умеренное снижение фракции сердечного выброса, хроническая почечная недостаточность, требующая регулярного прохождения гемодиализа по расписанию. В анамнезе (более 3 мес.) инфаркт миокарда, инсульт, транзиторная ишемическая атака, ишемическая болезнь сердца или стентирование.
ASA IV	Пациент с тяжелым системным заболеванием, которое является постоянной угрозой жизни	Примеры включают в себя (но не ограничиваются ими): инфаркт миокарда, инсульт, транзиторная ишемическая атака, ишемическая болезнь сердца или стентирование, текущая ишемия миокарда или тяжелая дисфункция клапанов сердца, резкое снижение фракции выброса, сепсис, ДВС-синдром, острая или хроническая почечная недостаточность, при не регулярном прохождении гемодиализа.
ASA V	Умиравший пациент. Операция по жизненным показаниям.	Примеры включают в себя (но не ограничиваются ими): разрыв аневризмы аорты, тяжелая политравма, внутричерепное кровоизлияние, острая ишемия кишечника при сопутствующей выраженной кардиальной патологии или полиорганной недостаточности.
ASA VI	Пациент, органы которого удаляются в интересах реципиента	

Алгоритм трудной интубации



Алгоритм «невозможно вентилировать-невозможно интубировать»



**Контрольный лист проверки наркозно-  
дыхательного оборудования перед анестезией**

Проверяемый объект	Методика проверки	Необходимые параметры
<b>Ингаляционный анестетик</b>		
<b>Подача из баллона</b>	Открыть вентиль	Давление O <sub>2</sub> более 50 барр Закиси азота более 30 барр
<b>Централизованная подача</b>	Обеспечить подсоединение. Открыть дозирующие вентили (сначала O <sub>2</sub> , затем N <sub>2</sub> O)	
<b>Отведение потока газа, газовый фильтр</b>	Присоединить, включить фильтрацию	
<b>Экстренная подача кислорода</b>	Нажать на кнопку	Поток идет
<b>Испаритель</b>	Установить на ноль Заблокирован	
	Наполнить	Испаритель наполнен до метки
	Установить переключатель	Правильное положение переключателя
<b>Система подключения</b>	Подключить	Система подключения закреплена
<b>Аппарат ИВЛ</b>	Подсоединить дыхательный контур, включить, проверить настройки при вдохе	Устойчивое положение аппарата, есть давление в контуре
<b>Дыхательный контур</b>	Проверить наличие и состояние трубок, дыхательного мешка, абсорбера, волюметра, устройства для измерения давления в контуре, адаптеры для подключения измерительных устройств, клапаны вдоха и выдоха,	Полная комплектация, устойчивая фиксация
<b>Абсорбер</b>	Проверить степень наполнения	Известь заменена, нормального цвета
<b>Устройство для измерения O<sub>2</sub></b>	Проверка, калибровка	Функционирует
<b>Мониторы</b>	Проверка, калибровка	Функционирует
<b>Проверка герметичности полуоткрытых и полузакрытых контуров</b>	Закрыть клапаны избыточного давления и тройник, установить значение потока минимум 0,3 л/мин, при необходимости заполнить систему кислородом	Давление более 30 мбар в течение 10 с

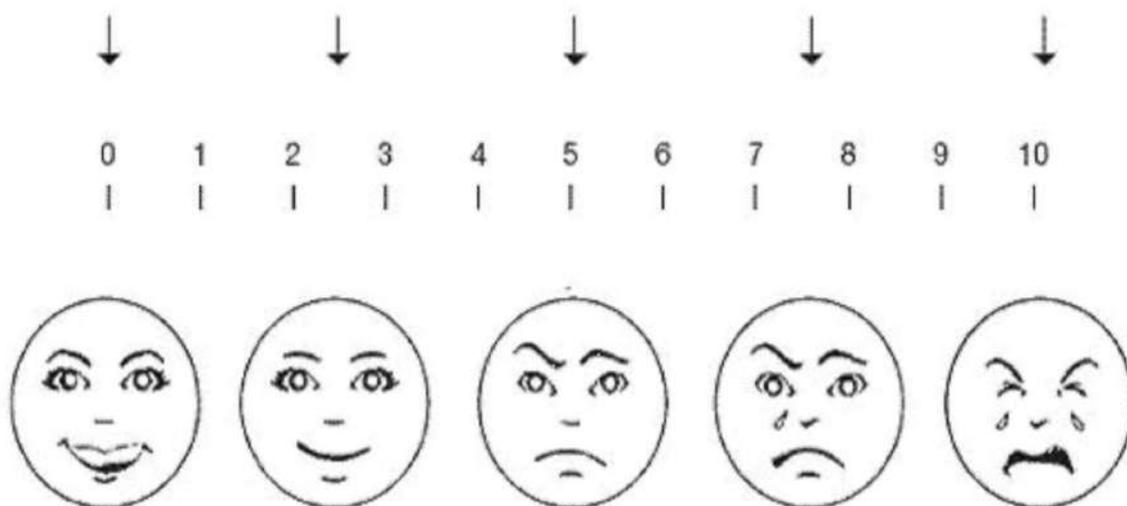
Проверяемый объект	Методика проверки	Необходимые параметры
Клапан избыточного давления	Клапан избыточного давления установить на 20 мбар, закрыть тройник, установить скорость потока 10 л/мин	Постоянство давления 20 мбар
Тип дыхательного контура	Установить переключатель в нужное положение	Правильное положение переключателя
Вакуум-аспиратор	Включить перекрыть шланг	Есть отрицательное давление
Мешок Амбу	Проверить комплектацию, исправность	Полная комплектация, функционирует
Ларингоскоп	Проверить комплектацию (минимум два клинка), исправность	Полная комплектация (минимум два клинка), функционирует

## Приложение 9.

### Особенности при проведении анестезиологического пособия, у пациенток, получающих антикоагулянты или/и антиагреганты

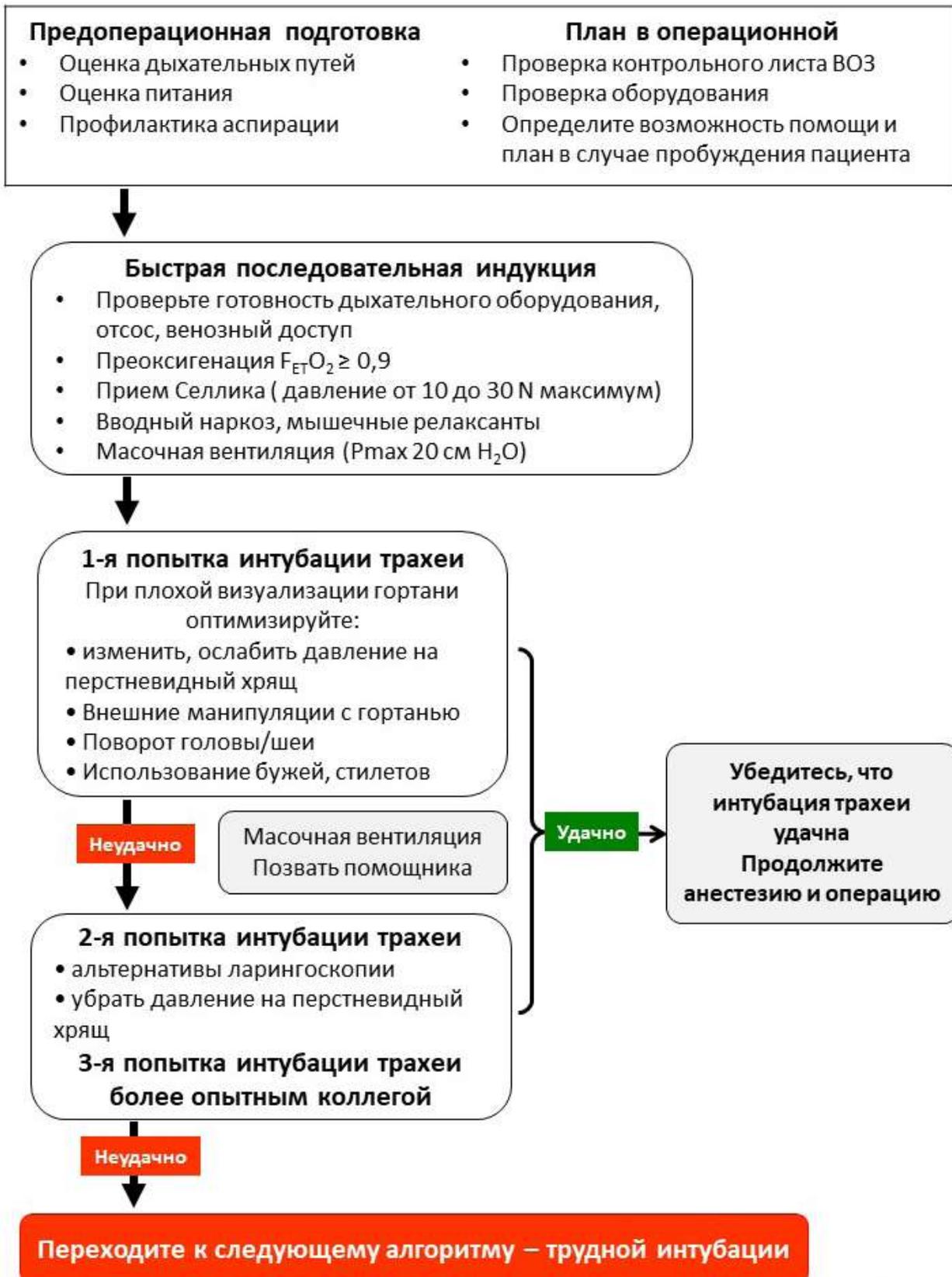
Препарат	Доза	Отмена до операции	Введение после операции/удаления катетера	Удаление катетера после приема/введения препарата
Нефракционированный гепарин	Проф.	4 ч в/в, 6ч п/к	4 ч	4 ч
	Леч.	4 ч	4 ч	4 ч
Низкомолекулярные гепарины	Проф.	12 ч	12 ч	12 ч
	Леч.	24 ч	24 ч	24 ч
Варфарин		5 суток	1 сутки	При МНО <1,3
Ацетилсалициловая кислота	Можно не отменять			

Визуально-аналоговая шкала интенсивности боли



**Интерпретация:** Шкала длиной 10 см: 0-1 см - боль отсутствует, 1-3 см - боль можно игнорировать, 3-5 см - мешает деятельности, 5-7 см - мешает концентрироваться, 7-9 см - мешает основным потребностям, 9-10 см необходим постельный режим.

Контрольный лист



### Информация для пациента

У Вас были выявлены показания для оперативного родоразрешения путем операции кесарева сечения. Кесарево сечение является распространенной операцией и выполняется в 25-30% всех родоразрешений. Обычно (при отсутствии особых показаний) кесарево сечение выполняется в 39-40 недель беременности.

Для родоразрешения Вас заблаговременно госпитализируют в акушерский стационар. В случае начала родовой деятельности или разрыва плодных оболочек до предполагаемой даты родоразрешения, Вам необходимо срочно вызвать бригаду скорой помощи для госпитализации в акушерский стационар.

В стационаре Вам будет выполнен необходимый перечень лабораторных и инструментальных исследований в зависимости от акушерской ситуации. При плановой госпитализации Вы будете должны отказаться от приема пищи за 8 часов, и прозрачных жидкостей – за 2 часа до планируемого родоразрешения. К прозрачным жидкостям относятся вода, фруктовый сок без мякоти, газированные напитки, чай и кофе.

Перед операцией Вас проконсультируют врач-акушер-гинеколог и врач-анестезиолог-реаниматолог. Вы будете обязаны сообщить врачам обо всех известных Вам проблемах, связанных с Вашим здоровьем, наследственностью, аллергических реакциях, индивидуальной непереносимостью лекарственных препаратов и продуктов питания, а также о курении табака, злоупотреблении алкоголем или наркотическими препаратами в настоящее время и в прошлом. Врач-анестезиолог-реаниматолог выберет наиболее подходящий для Вас вид обезболивания во время операции. Перед операцией Вам будет необходимо надеть на ноги компрессионный трикотаж для профилактики тромбоэмболических осложнений, который Вы будете носить на протяжении всего послеоперационного периода. Вы будете должны удалить волосы с области предполагаемого разреза (промежность, лобок, нижняя часть живота). Также перед операцией Вам проведут антибиотикопрофилактику для снижения риска гнойно-воспалительных послеоперационных осложнений.

В операционной Вам установят внутривенный катетер и мочевого катетер на время и первые часы после операции.

Вы должны быть осведомлены, что во время операции могут возникнуть различные осложнения, которые могут потребовать дополнительных вмешательств и переливания донорской крови и ее компонентов (плазмы, эритроцитарной массы, тромболейкомассы), а также других белоксодержащих препаратов.

В послеоперационном периоде Вы будете переведены в палату интенсивной терапии на необходимое время в зависимости от Вашего состояния. В послеоперационном периоде Вам продолжат обезболивание, будет предложена ранняя активизация для снижения риска послеоперационных осложнений: раннее присаживание в кровати и вставание, обычно, в 1-е сутки после родов. Прием прозрачных жидкостей возможен сразу после родоразрешения, прием пищи – через несколько часов после родов.

Время прикладывания ребенка к груди зависит от Вашего состояния и состояния Вашего ребенка, но при отсутствии показаний практикуется раннее прикладывание: во время операции или сразу после нее.

Удаление шовного материала проводится в стационаре или после выписки в случае необходимости, так как в ряде случаев практикуется применение рассасывающегося шовного материала.

После выписки из стационара Вы должны будете соблюдать лечебно-охранительный режим на протяжении первых месяцев: ограничение подъема тяжестей (>5 кг), воздержание

от половой жизни, а при ее возобновлении – использование методов контрацепции по рекомендации Вашего лечащего врача-акушера-гинеколога, ограничение физической нагрузки. Вы должны будете посетить Вашего лечащего врача-акушера-гинеколога через 1-1,5 месяца после родоразрешения. Планирование следующей беременности, учитывая наличие у Вас рубца на матке, Рекомендуется не ранее чем через 1 год после родоразрешения после контрольного УЗИ с оценкой состояния рубца.

Вы должны знать, что кесарево сечение является достаточно безопасной операцией, однако возможны осложнения во время ее проведения и в послеоперационном периоде:

Очень часто – повторное кесарево сечение при последующих родоразрешениях (1 случай на каждые 4 операции).

Часто – боль в ране и дискомфорт в животе в первые несколько месяцев после операции (9 случаев на каждые 100 операций).

Часто – повторная госпитализация, послеродовая инфекция (5-6 случаев на 100 операций).

Часто – травмы плода, например, рассечение кожи скальпелем (2 случая на 100 операций).

Не часто – повторная операция в послеоперационном периоде, госпитализация в отделение интенсивной терапии (5-9 случаев на 1000 операций).

Не часто – разрыв матки в последующей беременности/родах, предлежание и вращение плаценты, кровотечение (1-8 случаев на 1000 операций).

Редко – тромботические осложнения, повреждения мочевого пузыря, повреждение мочеточника во время операции (1-5 случаев на 1000 операций).

Очень редко – смерть (1 женщина на 12 000 операций).

Также Вы должны быть осведомлены, что наличие рубца на матке может в дальнейшем снизить Вашу фертильность (способность к зачатию и деторождению). Также Вы должны знать, что после оперативного родоразрешения чаще, чем после родов через естественные родовые пути, отмечается снижение лактации.

### Техника кесарева сечения.

#### 1. Техника кесарева сечения с лапаротомией по Пфанненштилю.

Производится разрез брюшной стенки по Пфанненштилю. Кожа и влагалище прямой мышцы живота рассекаются поперечным разрезом. Влагалище прямой мышцы рассекается свободно от основных прямых мышц живота. Вскрытие брюшины производится продольным разрезом. Матка рассекается поперечным разрезом в нижнем сегменте. Разрез на матке зашивают двумя слоями непрерывного шва. Оба перитонеальных слоя зашивают непрерывными швами. Апоневроз зашивают непрерывным или узловыми швами. На кожу накладывают узловой или непрерывный внутрикожный шов.

#### 2. Техника кесарева сечения с лапаротомией по Джоэл-Кохену (Joel-Cohen).

При лапаротомии по Джоэлу-Кохену поверхностный поперечный прямолинейный разрез кожи живота осуществляют на 2,5–3 см ниже линии, соединяющей передневерхние ости подвздошных костей. По средней линии скальпелем разрез углубляют до обнажения апоневроза, который надсекают по бокам от белой линии. Затем апоневроз рассекают в стороны под подкожно-жировой клетчаткой слегка раскрытыми концами прямых ножниц. Прямые мышцы живота освобождают тупым путем, открывая доступ к париетальной брюшине. Мышцы и подкожно-жировую клетчатку одновременно разводят путем билатеральной тракции. Брюшину вскрывают тупым путем, растягивая пальцами в поперечном направлении. Миометрий разрезают поперек средней линии, без вскрытия плодного пузыря, затем вскрывают и раздвигают латерально при помощи пальцев. Основные преимущества кесарева сечения по Джоэл-Кохену по сравнению с кесаревым сечением по Пфанненштилю: уменьшение кровопотери, длительности оперативного вмешательства, снижение длительности послеоперационной боли и потребности в обезболивающих препаратах.

#### 3. Техника кесарева сечения Мисгав-Ладах

Это модифицированная техника кесарева сечения с лапаротомией по Joel-Cohen, разработанная Штарком и его коллегами (Stark, 1995). Используется разрез брюшной стенки по Joel-Cohen, за исключением того, что фасции рассекаются слепым перемещением несколько открытых кончиков ножниц. Разрез на матке производится как в методе Joel-Cohen. Плацента отделяется рукой. Матка выводится наружу. Разрез миометрия зашивается одним слоем непрерывного обвивного шва с захлестом (или блокировкой) по Ревердену. Перитонеальные слои не зашиваются. Фасцию зашивают непрерывным швом. Кожу зашивают двумя или тремя матрасными швами. Между этими швами края кожи приближают щипцами Аллиса, которые остаются на месте в течение пяти минут. Преимущества метода включают в себя короткое время операции, меньшее использование шовного материала, меньшую интраоперационную кровопотерю, снижение послеоперационных болей, снижение раневой инфекции.

#### 4. Техника кесарева сечения по Пелоси.

Производится разрез брюшной стенки по Пфанненштилю. Электронож используется для разделения подкожной ткани и фасции поперечно. Прямые мышцы отделяют тупым рассечением, обеспечивая пространство для обоих указательных пальцев. Брюшину вскрывают тупым методом с помощью пальца и все слои брюшной стенки растягиваются вручную по мере рассечения кожи. Мочевой пузырь не смещают книзу. Производится

маленький поперечный разрез в нижнем сегменте матки через миометрий, и рана раздвигается в стороны, дугообразно вверх, тупым рассечением пальцами или ножницами. В момент извлечения плода производится давление на дно матки, вводится окситоцин и плацента удаляется после ее спонтанного отделения. Производится массаж матки. Разрез на матке зашивают одним слоем 0-хромированного кетгута непрерывным обвивным швом. Перитонеальный слой не зашивают. Фасция зашивается непрерывным швом синтетической рассасывающейся нитью. Если подкожный слой толстый, то используется узловый шов 3–0 рассасывающейся нитью.

## **5. Корпоральное кесарево сечение**

Корпоральное КС в современном акушерстве производится редко и только по строгим показаниям:

- Выраженный спаечный процесс и варикозное расширение вен в области нижнего сегмента матки при отсутствии доступа к нему.
- Несостоятельность продольного рубца на матке после предыдущего корпорального КС.
- Необходимость последующего удаления матки.
- Недоношенный плод и неразвернутый нижний сегмент матки.
- Сросшаяся двойня.
- Запущенное поперечное положение плода.
- Живой плод у умирающей женщины.
- Отсутствие у врача навыка проведения КС в нижнем сегменте матки.

Переднюю брюшную стенку вскрывают нижнесрединным разрезом. Тело матки следует рассекать строго по средней линии, для чего матку необходимо повернуть несколько вокруг оси так, чтобы линия разреза была на одинаковом расстоянии от обеих круглых связок (обычно матка к концу беременности бывает несколько повернута влево). Разрез на матке делают по направлению от пузырноматочной складки ко дну длиной не менее 12 см. Можно по предлагаемой линии рассечения матки сначала углубить его до плодных оболочек на расстоянии 3–4 см, а затем с помощью ножниц под контролем введенных пальцев увеличить протяженность рассечения. Разрез тела матки всегда сопровождается обильным кровотечением, поэтому эту часть операции следует проводить по возможности быстро. Далее вскрывают плодный пузырь и извлекают плод. На обильно кровоточащие края раны накладывают зажимы Микулича. Потягиванием за пуповину удаляют послед и производят ручное обследование полости матки. Разрез на матке зашивают двухрядными отдельными мышечно-мышечными швами. При сшивании краев раны матки важно их хорошее сопоставление — это условие формирования прочного рубца, профилактики инфекционных осложнений операции и разрыва матки при последующих беременностях и родах. Серозно-серозный шов (перитонизация) в настоящее время не накладывают.

## **6. Продленная нижнесрединная лапаротомия и кесарево сечение с донным поперечным разрезом матки по Фритчу.**

Основные показания:

- Локализация плаценты на передней стенке матки преимущественно в области нижнего сегмента при ее предлежании с подозрением на врастание.
- Значительный спаечный процесс в области малого и большого таза, мезогастрия (после корпорального кесарева сечения, перитонита и пр.).

Важное условие: наличие подготовленного хирурга.

Преимущества поперечного разреза дна матки по Фритчу:

1. Исключается возможность ранения мочевого пузыря во время рассечения передней брюшной стенки.
2. Удобнее изолировать брюшную полость.
3. Легче делать рассечение матки при наличии хороших анатомических ориентиров (фаллопиевы трубы, круглые маточные связки).
4. Удобнее извлекать плод за нижние конечности.
5. Исключается травматизация головки плода.
6. Редко возникает атоническое кровотечение из-за сохранения циркулярного слоя миометрия и хорошего сокращения дна матки.
7. Рана хорошо заживает, так как не происходит растяжения ее краев циркулярными волокнами миометрия.

Недостатки кесарева сечения с поперечным разрезом дна матки по Фритчу:

1. Большой риск повреждения венечной артерии и усиления кровотечения.
2. Возможна травматизация интерстициальных отделов труб и наступление вторичного бесплодия.
3. Сложность перитонизации раны из-за ограниченной подвижности висцеральной брюшины в области дна матки.

Техника кесарева сечения с донным поперечным разрезом матки по Фритчу:

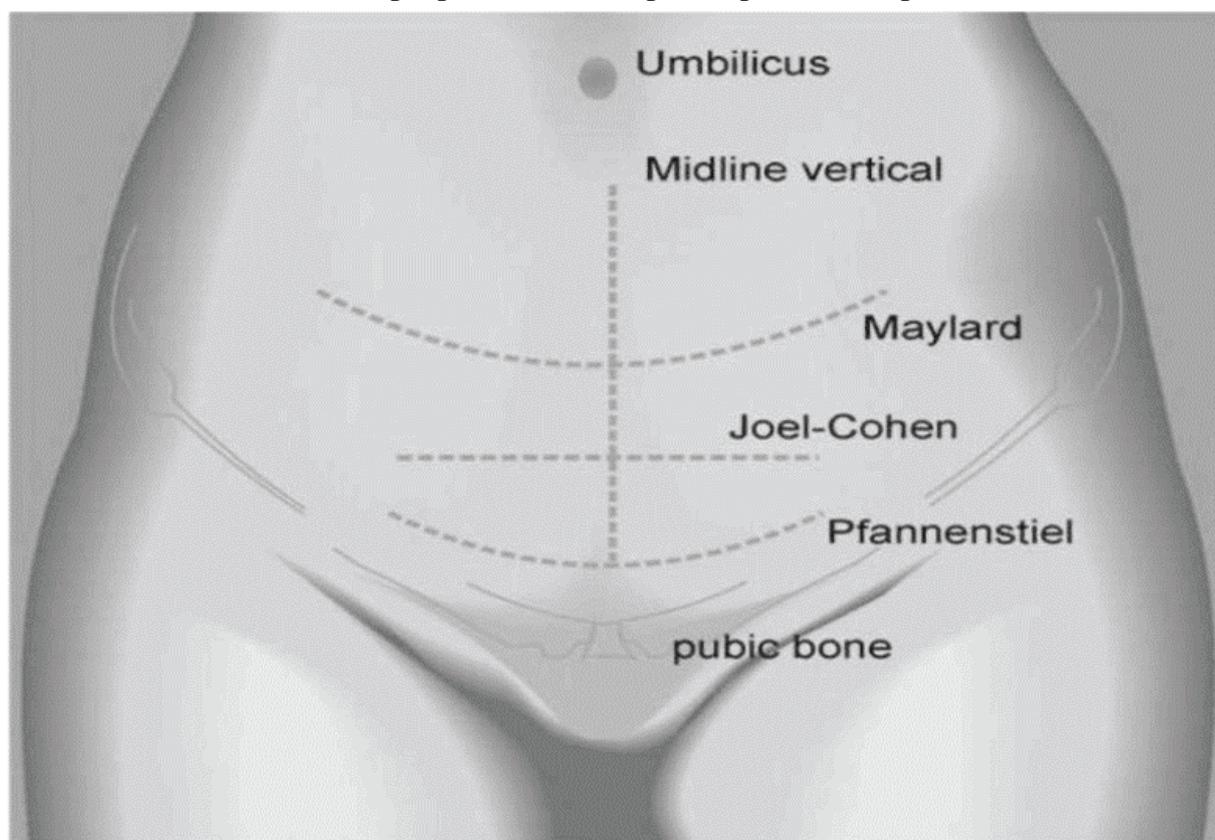
в ситуации, когда после нижнесрединной лапаротомии в брюшной полости обнаруживается значительный спаечный процесс, который не позволяет подойти к телу матки и произвести первичное или повторное корпоральное кесарево сечение, хирург продлевает проведенный ранее вверх разрез, обходя пупок слева и продолжая его по срединной линии до тех пор, пока не будет обнаружен участок дна матки, свободный от спаек. Поперечное рассечение матки производится скальпелем строго перпендикулярно к наиболее выступающей части дна, не доходя на 10–15 мм к месту прикрепления фаллопиевых труб. При рассечении дна матки под острым углом к ее поверхности удлиняется продолжительность оперативного вмешательства, увеличивается объем кровопотери из-за повреждения венечных сосудов, ухудшается сопоставление краев раны и затрудняется зашивание раневого отверстия. Если донный разрез начинается и заканчивается непосредственно в месте отхождения двух фаллопиевых труб, в послеоперационном периоде может наступить вторичное бесплодие.

После вскрытия оболочек плод извлекается из матки за паховый сгиб, за одну или две ножки. Освобождение плечевого пояса и последующей головки плода производится приемами пособия при тазовом предлежании. Если в рану предлежит головка плода, она выводится по руке хирурга, ассистент при этом надавливает на матку, или с помощью акушерских щипцов, а плечики извлекаются за подмышечные впадины. После отслойки плодных оболочек углы раны ушиваются с помощью отдельных гемостатических швов. После спонтанного отделения последа он удаляется через раневое отверстие потягиванием за пуповину. Рана на матке ушивается с помощью трех рядов швов:

- 1) отдельные мышечно-мышечные швы (узлы завязывают внутрь раны) или непрерывный обвивной слизисто-мышечный (скорняжный) шов (при наличии викрила, дексона);
- 2) обвивные непрерывные мышечно-мышечные швы в промежутках между первым рядом швов;
- 3) обвивные непрерывные мышечно-серозные швы в промежутках между вторым рядом швов.

После удаления салфеток из брюшной полости, осмотра придатков матки, ревизии брюшной полости и отчета медицинской сестры о наличии инструментария, приступают к послойному зашиванию передней брюшной стенки, наложению стерильной повязки, туалету и дезинфекции стенок влагалища.

### Основные виды разреза на коже при операции кесарева сечения



## Использованная литература

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. Wilmink 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., Anselem 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., Mimoz 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., Ibrahim 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. Jevcic 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 Tas. *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., Köllhr 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.
79. 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.
80. 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.
81. 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.
82. Afolabi B.B., Lesi F.E.A. Regional versus general anaesthesia for caesarean section. *Cochrane database Syst Rev.* 2012; 10:CD004350.
83. 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.
84. 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.
85. 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.
86. Anesthesia for Cesarean Section/Ed. G. Capogna. - Springer Intern. Publ. Switz. - 2017. - 224 p.
87. ACOG Practice Bulletin No. 209. *Obstet Gynecol.* 2019; 133(3):e208–25.
88. Oxford Textbook of Obstetric Anaesthesia / Ed. V. Clark, M. Van de Velde, R. Fernando -Oxford University Press. - 2016. - 987 p.
89. Capogna G., editor. Anesthesia for Cesarean Section. Cham: Springer International Publishing; 2017. 224 p.
90. Committee on Practice Bulletins—Obstetrics. Practice Bulletin No. 177: Obstetric Analgesia and Anesthesia. *Obstet Gynecol.* 2017; 129(4):e73–89.
91. 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.

92. 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.
93. 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.
94. 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.
95. 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.
96. Devroe S., Van de Velde M., Rex S. General anesthesia for caesarean section. *Curr Opin Anaesthesiol*. 2015; 28(3):240–6.
97. Chatmongkolchart S., Prathep S. Supplemental oxygen for caesarean section during regional anaesthesia. *Cochrane database Syst Rev*. 2016; 3:CD006161.
98. Truhlar 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.
99. 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.
100. 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.
101. 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.
102. 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.
103. 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.
104. 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.
105. 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.
106. 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.
107. 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.
108. 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.
109. Murphy C.J., McCaul C.L., Thornton P.C. Maternal collapse secondary to aortocaval compression. *Int J Obstet Anesth*. 2015; 24(4):393–4.
110. 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.

111. 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.
112. 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.
113. 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.
114. 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.
115. 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.
116. 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.
117. Lafuente-Lafuente C., Melero-Bascones M. Active chest compression-decompression for cardiopulmonary resuscitation. *Cochrane database Syst Rev.* 2013; (9):CD002751.
118. 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.
119. 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 Cardiovascular Care. *Circulation.* 2019; 140(24):e895–903.
120. 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.
121. 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.
122. 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.
123. 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.
124. Benson M.D., Padovano A., Bourjeily G., Zhou Y. Maternal collapse: Challenging the four-minute rule. *EBioMedicine.* 2016; 6:253–7.
125. 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.
126. 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.

127. Paterson-Brown S, Howell C. *The MOET Course Manual: Managing Obstetric Emergencies and Trauma*, 2nd ed. Cambridge: Cambridge University Press; 2014.
128. 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.
129. 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 for Circulation. 2019; 140(24):e881–94.
130. 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.
131. 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.
132. Berghella V. Cesarean delivery: Postoperative issues. Literature review current through: Feb 2020. This topic last updated: Oct 09, 2019.
133. 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.
134. Carvalho B., Butwick A.J. Postcesarean delivery analgesia. *Best Pract Res Clin Anaesthesiol*. 2017; 31(1):69–79.
135. 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.
136. 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.
137. Long J.B., Bevil K., Giles D.L. Preemptive Analgesia in Minimally Invasive Gynecologic Surgery. *J Minim Invasive Gynecol*. 2019; 26(2):198–218.
138. 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.
139. 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.
140. 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.
141. Hamburger J., Beilin Y. Systemic adjunct analgesics for cesarean delivery: a narrative review. *Int J Obstet Anesth*. 2019; 40:101–18.
142. 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.
143. 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.
144. 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.

145. 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.
146. 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.
147. 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.
148. St Helens and Knowsley Hospitals NHS Trust Guideline for the Management of Caesarean Section Version 9.2 November 2018 - 33p.
149. 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.
150. 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.
151. Tulman L., Fawcett J. Return of functional ability after childbirth. *Nurs Res.* 37(2):77–81.
152. Weinstein R.A., Boyer K.M. Antibiotic Prophylaxis for Cesarean Delivery - When Broader Is Better. *N Engl J Med.* 2016; 375(13):1284–6.
153. 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.
154. 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.
155. 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.
156. 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.
157. 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.
158. 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.

