

მიღებულია „კლინიკური პრაქტიკის ეროვნული რეკომენდაციების (გაიდლაინები) და დაავადებათა მართვის სახელმწიფო სტანდარტების (პროტოკოლები) შემუშავების, შეფასების და დანერგვის ეროვნული საბჭოს“ 2014 წლის 25 თებერვლის N1 სხდომის გადაწყვეტილების შესაბამისად

დამტკიცებულია საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2014 წლის 23 მაისის N01-124/ო ბრძანებით

# საკუისრო კვეთა

## გაიდლაინი

გაიდლაინი ადაპტირებულია დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის სფეროში მოღვაწე ქართველი ექსპერტების მიერ. გაიდლაინის ადაპტირება განხორციელდა საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს ინიციატივით, გაეროს მოსახლეობის ფონდთან (UNFPA) პარტნიორობით, UNFPA მეორე 2011-2015 ეროვნული პროგრამის ფარგლებში.

შინაარსი .....	2
პროტოკოლში გამოყენებული შემოკლებები და განმარტებები .....	4
1. შესავალი.....	5
1.1 გაიდლაინის მიზანი.....	5
1.2 ვისთვის არის გაიდლაინი განკუთვნილი.....	5
1.3 განმარტება .....	5
1.4 პრობლემის აქტუალობა .....	6
1.5 დაკავშირებული გაიდლაინები .....	6
1.6 გაიდლაინის ადაპტირების მეთოდოლოგია .....	7
2. გაიდლაინის შეჯამება .....	8
3. ქალზე ორიენტირებული ზრუნვა.....	10
3.1 ინფორმაციის მიწოდება .....	10
3.2 სკ-ის სიხშირეზე მოქმედი ფაქტორები.....	10
3.3 საკეისრო კვეთის ჩვენებები .....	11
3.4 მშობიარობის მეთოდის დაგეგმვა .....	13
3.5 მიღების ლიგირება საკეისრო კვეთის დროს .....	13
4. გეგმიური საკეისრო კვეთა (სკ) .....	14
4.1 მენჯით წინმდებარეობა.....	14
4.2 მრავალნაყოფიანი ორსულობა .....	14
4.3 ნაადრევი მშობიარობა.....	14
4.4 გესტაციური ასაკისთვის მცირე ზომის ახალშობილი.....	14
4.5 პლაცენტის წინმდებარეობა .....	15
4.6 პლაცენტის მჭიდროდ მიმაგრება .....	15
4.7 სკ-ის პროგნოზირება კლინიკურად ვიწრო მენჯის დროს .....	16
4.8 დედის ინფექციების დედიდან ბავშვზე გადაცემა .....	16
4.9 სკ დედის მოთხოვნით .....	17
5. სკ-ის პროცედურული ასპექტები .....	18
5.1 გეგმიური სკ-ის დრო.....	18
5.2 გადაუდებლობის კლასიფიკაცია.....	18
5.3 გადაწყვეტილების მიღებიდან მშობიარობამდე ინტერვალი გადაუდებელი სკ-ის დროს.....	18
5.4 სკ-თვის მზადება და წინასაოპერაციო გამოკვლევები.....	20
5.5 ანესთეზია სკ-ის დროს .....	20
5.6 სკ-ის ქირურგიული ტექნიკა .....	21
6. სკ-ით დაბადებულ ბავშვზე ზრუნვა .....	25
6.1 ნეონატოლოგის დასწრება სკ-ზე.....	25
6.2 თერმული ზრუნვა სკ-ით დაბადებულ ჩვილებზე.....	25
6.3 დედასთან კონტაქტი (კანით კანთან).....	25
6.4 ძუძუთი კვება .....	26
7. ქალზე ზრუნვა სკ-ის შემდეგ.....	26
7.1 პოსტოპერაციული მონიტორინგი.....	26
7.2 ტკივილის მართვა სკ-ის შემდეგ.....	26
7.3 საკვებისა და სითხეების მიღება სკ-ის შემდეგ.....	27
7.4 შარდის ბუშტიდან კათეტერის ამოღება სკ-ის შემდეგ.....	27
7.5 სუნთქვითი ფიზიოთერაპია სკ-ის შემდეგ .....	27
7.6 ქალების სკ-ის შემდგომი ინფორმირება.....	27
7.7 სტაციონარში დაყოვნების ხანგრძლივობა და რეკოსპიტალიზაცია .....	27
8. სკ-ის შემდგომი გამოჯანმრთელება.....	28

9. ორსულობა და მშობიარობა სკ-ის შემდეგ .....	29
10. შესაფასებელი (აუდიტის) სტანდარტები .....	30
დანართი - კლინიკური ალგორითმი .....	31
1. საკეისრო კვეთის (სკ) დაგეგმვა.....	31
2. გადაწყვეტილების მიღებიდან მშობიარობამდე ინტერვალი .....	35
3. საკეისრო კვეთის პროცედურული ასპექტები.....	36
4. საკეისრო კვეთის შემდგომი ზრუნვა .....	37
გაიდლაინის ადაპტირების ჯგუფი .....	40
გამოყენებული ლიტერატურა .....	42

## პროტოკოლში გამოყენებული შემოკლებები და განმარტებები

ACOG	American Congress of Obstetricians and Gynecologists ამერიკის მეან-გინეკოლოგთა კოლეჯი
ART	antiretroviral therapy ანტირეტროვირუსული თერაპია
BMI	body mass index სხეულის მასის ინდექსი
CS	Cesarean Section საკეისრო კვეთა (სკ)
DDI	Decision to Delivery Interval გადაწყვეტილების მიღებიდან მშობიარობამდე ინტერვალი
EL	evidence level მტკიცებულების დონე
FTP	“failure to progress” (in labour) მშობიარობის პროგრესის შეფერხება
HAART	highly active anti-retroviral therapy მაღალი აქტივობის ანტირეტროვირუსული თერაპია ან მათი ვირუსული დატვირთვა
HCV	hepatitis C virus C ჰეპატიტის ვირუსი
HIV	ადამიანის იმუნოდეფიციტის ვირუსი (აივ) human immunodeficiency virus
HSV	herpes simplex virus მარტივი გენიტალური ჰერპესი
MRI	magnetic resonance imaging მაგნიტურ-რეზონანსული გამოკვლევა
NCEPOD	National Confidential Enquiry into Perioperative Deaths პაციენტის გამოსავლების და სიკვდილობის ეროვნული კონფიდენციალური გამოძიება
NICE	National Institute for Health and Clinical Excellence ჯანმრთელობისა და კლინიკური დახელოვნების ინსტიტუტი
NICU	neonatal intensive care unit ნეონატალური ინტენსიური თერაპიის განყოფილება
NSAID	Nonsteroidal anti-inflammatory drugs არასტეროიდული ანთების საწინააღმდეგო მედიკამენტები
RCOG	Royal College of Obstetricians and Gynaecologists მეან-გინეკოლოგთა სამეფო კოლეჯი
RCT	randomised controlled trial რანდომული კონტროლირებადი კვლევა
pH	მჟავა-ტუტოვანი ბალანსი
TOLAC	trial of labour after caesarean section მშობიარობის მცდელობა გადატანილი საკეისრო კვეთის შემდეგ
UNFPA	The United Nations Population Fund გაეროს მოსახლეობის ფონდი
UNDP	United Nations Development Programme გაეროს განვითარების პროგრამა
VBAC	vaginal birth after caesarean section ვაგინალური მშობიარობა გადატანილი საკეისრო კვეთის შემდეგ
WHO	World Health Organization ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაცია

# 1. შესავალი

## 1.1 გაიდლაინის მიზანი

საკეისრო კვეთის გაიდლაინის მიზანია უახლესი, სამეცნიერო მტკიცებულებებზე დაფუძნებული ინფორმაციის მიწოდება როგორც ჯანდაცვის სპეციალისტებისთვის, ისე ორსული ქალებისა და მათი ოჯახებისთვის.

გაიდლაინის რეკომენდაციები შეეხება რეპროდუქციული ასაკის ქალებს - ორსულებსა და მშობიარეებს, რომლებიც საჭიროებენ საკეისრო კვეთის წარმოებას, კერძოდ:

- ორსულ ქალებს, რომლებსაც გადატანილი აქვთ საკეისრო კვეთის ოპერაცია და კვლავ არიან ორსულად;
- ორსულ ქალებს, რომლებსაც აღენიშნებათ საკეისრო კვეთის სამედიცინო ჩვენება;
- ორსულ ქალებს, რომლებიც განიხილავენ საკეისრო კვეთის არჩევანს სამედიცინო ჩვენების გარეშე.

აღნიშნული გაიდლაინი მოიცავს მტკიცებულებებზე დაფუძნებულ ინფორმაციას შემდეგ საკითხებზე:

- საკეისრო კვეთის რისკები და სარგებელი ბუნებრივი გზით მშობიარობასთან შედარებით;
- საკეისრო კვეთის ჩვენებები;
- საკეისრო კვეთის სიხშირის შემცირების ეფექტური სტრატეგიები;
- საკეისრო კვეთის ანესთეზიოლოგიური და ქირურგიული ასპექტები;
- ინტერვენციები, რომლებიც არ ამცირებს საკეისრო კვეთით განპირობებულ ავადობას;
- ორგანიზაციული და გარემო ფაქტორები, რომლებიც გავლენას ახდენს საკეისრო კვეთის მაჩვენებელზე.

## 1.2 ვისთვის არის გაიდლაინი განკუთვნილი

- სამედიცინო პერსონალისათვის, რომლებიც ჩართული არიან ორსულობის, მშობიარობისა და მშობიარობის შემდგომი პერიოდის მართვის პროცესში;
- პოლიტიკის შემქმნელებისთვის, სადაზღვევო კომპანიის წარმომადგენლებისა და კლინიკის მენეჯერებისთვის;
- ორსული ქალებისა და მათი ოჯახებისთვის;
- სამედიცინო უნივერსიტეტის/სკოლის სტუდენტებისთვის, რეზიდენტებისა და უწყვეტი განათლების კურსში მონაწილე პირებისთვის;

## 1.3 განმარტება

საკეისრო კვეთა არის ქირურგიული პროცედურა, რომლის დროსაც დედის მუცლის წინა კედლისა და საშვილოსნოს გაკვეთის საშუალებით ხდება საშვილოსნოდან ნაყოფის ამოყვანა.

## 1.4 პრობლემის აქტუალობა

საქართველოში საკეისრო კვეთის სიხშირე ერთ-ერთი ყველაზე მაღალია მსოფლიოს მასშტაბით. გასული ათი წლის განმავლობაში საკეისრო კვეთის მაჩვენებელი გაიზარდა 9,3%-ით (2000 წ) 36,7% (2011) და განაგრძნობს ზრდას, ზოგიერთ რეგიონში კი 50 %-საც კი აღწევს. მიუხედავად ამისა, კვლავ მაღალი რჩება დედათა სიკვდილობის მაჩვენებელი (37/100 000 ცოცხლადშობილზე), რაც განსაკუთრებით თვალსაჩინოა ევროპისა და კავკასიის სხვა ქვეყნებთან შედარებისას. ასევე, დღემდე კრიტიკულად მაღალია ადრეული ნეონატალური სიკვდილობის მაჩვენებელი (9.4/1 000 ცოცხლადშობილზე), რომელიც ქვეყნის ჯანდაცვის სისტემის შეფასების ერთ-ერთ ძირითად ინდიკატორს წარმოადგენს. (158).

მიუხედავად იმისა, რომ ერთჯერ გადატანილი საკეისრო კვეთის შემდეგ (როცა შემდეგი ორსულობის დროს არ არსებობს საკეისრო კვეთის სხვა ჩვენება) საშოსმხრივი მშობიარობა დასაშვებია და უფრო მეტიც, მიზანშეწონილიცაა, განმეორებითი საკეისრო კვეთების რაოდენობა საქართველოში კვლავ მაღალი რჩება. ასევე, შემდგომი ორსულობის დროს საკეისრო კვეთის სიხშირის მატებასთან ერთად იზრდება ისეთი გართულებების შემთხვევები, როგორცაა: პლაცენტის მიმარების ანომალიები, პლაცენტის წინმდებარეობა, საშვილოსნოს გახევა და მშობიარობის შემდგომი ჰისტერექტომია.

ისევე როგორც სხვა ნებისმიერ ქირურგიულ ჩარევას, საკეისრო კვეთას აქვს თავისი ჩვენებები, უკუჩვენებები და გართულებები. აქვე უნდა აღინიშნოს, რომ საკეისრო კვეთა არ წარმოადგენს მშობიარობის გამარტივების გზას.

ბოლო წლებში ჩატარებული სამი დიდი რანდომიზებული კვლევის მეტა-ანალიზით, რომელშიც ერთმანეთს შედარდა დედისა და ახალშობილის მოსალოდნელი გართულებები საკეისრო კვეთისა და ბუნებრივი გზით მშობიარობის დროს, გამოვლინდა რომ საკეისრო კვეთის შემდეგ საშოსმხრივ მშობიარობასთან შედარებით უფრო მაღალია ისეთი გართულებების რისკი, როგორცაა: შარდის ბუშტის და საშვილოსნოს დაზიანება, ჰისტერექტომია, პერიტონიტი, ინტენსიური თერაპიის აუცილებლობა, თრომბოემბოლური გართულებები, კლინიკაში ხელმეორედ მოთავსება, დედის სიკვდილი, ახალშობილთა რესპირატორული ავადობა. ამასთან, გასათვალისწინებელია, ფინანსური ტვირთი და ანტიბიოტიკების რეზისტენტობის გაზრდა, რომლებიც დაკავშირებულია არასამედიცინო ჩვენებით ჩატარებულ საკეისრო კვეთის ოპერაციებთან (საკეისრო კვეთის დროს და მის შემდეგ ანტიბიოტიკები რუტინულად გამოიყენება). საკეისრო კვეთის სიხშირის გაზრდა ასევე ასოცირებულია ნაყოფის სიკვდილობის მაღალ მაჩვენებელთან და საკეისრო კვეთით დაბადებულ იმ ახალშობილთა რაოდენობის მომატებასთან, რომლებსაც პირველი 7 დღის მანძილზე დასჭირდათ ინტენსიური თერაპიის განყოფილებაში მკურნალობა.

ეს ტენდენცია განსაკუთრებით შემამოფოთებელია იმის გამო, რომ საქართველოში საკეისრო კვეთის ოპერაცია სამედიცინო პერსონალისა და პაციენტის მიერ აღიქმება უსაფრთხო ჩარევად, რის გამოც ხშირად ტარდება სამედიცინო ჩვენების გარეშე.

## 1.5 დაკავშირებული გაიდლაინები

Antenatal and postnatal mental health. NICE clinical guideline 45 (2007). Available from <http://guidance.nice.org.uk/CG45>

Antenatal care. NICE clinical guideline 62 (2008). Available from <http://guidance.nice.org.uk/CG62>

Diabetes in pregnancy. NICE clinical guideline 63 (2008). Available from <http://guidance.nice.org.uk/CG63>

Hypertension in pregnancy. NICE clinical guideline 107 (2010). Available from <http://guidance.nice.org.uk/CG107>

Induction of labour. NICE clinical guideline 70 (2008). Available from <http://guidance.nice.org.uk/CG70>

Intrapartum care. NICE clinical guideline 55 (2007). Available from <http://www.nice.org.uk/CG55>

Multiple pregnancy. NICE clinical guideline 129 (2011). Available from <http://www.nice.org.uk/CG129>

Postnatal care. NICE clinical guideline 37 (2006). Available from <http://guidance.nice.org.uk/CG37>

Surgical site infection. NICE clinical guideline 74 (2008). Available from <http://guidance.nice.org.uk/CG74>

Venous thromboembolism – reducing the risk. NICE clinical guideline 92 (2010). Available from <http://guidance.nice.org.uk/CG92>

## 1.6 გაიდლაინის ადაპტირების მეთოდოლოგია

საკეისრო კვეთის გაიდლაინი წარმოადგენს დიდი ბრიტანეთის ჯანმრთელობისა და კლინიკური დახელოვნების ინსტიტუტის (NICE) 2011 წლის განახლებული გაიდლაინის (შემუშავდა 2004 წელს) თარგმანს, რომელიც შეგიძლიათ იხილოთ შემდეგ ვებ-გვერდზე: [www.nice.org.uk](http://www.nice.org.uk).

აღნიშნული გაიდლაინის ადაპტირება განხორციელდა სშჯსდ სამინისტროს ინიცირებით შექმნილი სამუშაო ჯგუფის მიერ „დაავადებათა მართვის ეროვნული რეკომენდაციების (გაიდლაინი) შემუშავების სახელმძღვანელოს“ მიხედვით, რომელშიც ასახულია უცხოური გაიდლაინის საქართველოს ჯანდაცვის სისტემასთან შესაბამისობის უზრუნველყოფის (ადაპტირების) პროცესი. გაიდლაინების შემუშავების სახელმძღვანელო დამტკიცებულია საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს მიერ 2010 წლის დეკემბერში (იხილეთ ბმული: [http://www.moh.gov.ge/files/01\\_GEO/jann\\_sistema/gaidlaini/gzamkvlevi/GuidelinesManual-GEODec2010.pdf](http://www.moh.gov.ge/files/01_GEO/jann_sistema/gaidlaini/gzamkvlevi/GuidelinesManual-GEODec2010.pdf)).

გაიდლაინში გამოყენებული მტკიცებულებების დონეებად დაყოფა იხილეთ ქვემოთ მოცემულ ცხრილში:

### ცხრილი №1: მტკიცებულების დონეების (EL) განმარტება

დონე	მტკიცებულება
1a	რანდომული კონტროლირებადი კვლევების (RCT) მეტა-ანალიზი ან სისტემური მიმოხილვა
1b	მინიმუმ ერთი რანდომული კონტროლირებადი კვლევა
2a	მინიმუმ ერთი სწორი დიზაინის მქონე კონტროლირებადი კვლევა რანდომიზაციის გარეშე
2b	მინიმუმ ერთი სწორი დიზაინის მქონე კვაზიექსპერიმენტული კვლევა, როგორცაა, კოჰორტული კვლევა
3	სწორი დიზაინის მქონე არაექსპერიმენტული აღწერილობითი კვლევები,



როგორცაა, შედარებითი კვლევები, კორელაციური კვლევები, შემთხვევა-კონტროლის კვლევები და კლინიკური შემთხვევების აღწერა

4 ექსპერტთა მოხსენებები ან ავტორიტეტულ პროფესიონალთა მოსაზრებები და/ან კლინიკური გამოცდილება

გაიდლაინში გამოყენებული კლინიკური რეკომენდაციების ხარისხის კატეგორიებად დაყოფა იხილეთ ქვემოთ მოცემულ ცხრილში:

**ცხრილი №2: რეკომენდაციათა სარწმუნოების ხარისხები**

ხარისხი	მტკიცებულების სიძლიერე
A	ეყრდნობა 1 დონის მტკიცებულებას
B	ეყრდნობა 2 დონის მტკიცებულებას ან 1 დონის მტკიცებულებიდან ექსტრაპოლირებულ მონაცემებს
C	ეყრდნობა 3 დონის მტკიცებულებას ან 1 ან 2 დონის მტკიცებულებებიდან ექსტრაპოლირებულ მონაცემებს
D	ეყრდნობა 4 დონის მტკიცებულებას ან 1, 2 ან 3 დონის მტკიცებულებებიდან ექსტრაპოლირებულ მონაცემებს
GPP	ეყრდნობა გაიდლაინის შემუშავების ჯგუფის მოსაზრებებს/კონსენსუსს

## 2. გაიდლაინის შეჯამება

### ძირითადი პრიორიტეტები განხორციელებისათვის

#### აივ -ინფექციის დედიდან ბავშვზე გადაცემა

32. საკეისრო კვეთა (სკ) არ შესთავაზოთ აივ დადებითი სტატუსის მქონე ქალებს, დედიდან ბავშვზე აივ ინფექციის გადაცემის პროფილაქტიკის მიზნით:

- ქალებს, რომლებიც იტარებენ მაღალი აქტივობის ანტირეტროვირუსულ თერაპიას და მათი ვირუსული დატვირთვა 400 ასლი/მლ-ზე ნაკლებია;
- ქალებს, რომლებიც იტარებენ ნებისმიერ ანტირეტროვირუსულ თერაპიას და მათი ვირუსული დატვირთვა 50 ასლი/მლ-ზე ნაკლებია.

აცნობეთ ქალებს, რომ აღნიშნულ გარემოებებში აივ-ინფექციის გადაცემის რისკი სკ-ისა და ბუნებრივი გზით მშობიარობის დროს ერთნაირია.

#### სკ დედის მოთხოვნით

41. თუ ორსული ქალი ითხოვს სკ-ს იდენტიფიცირებული მიზეზების გარეშე, ექიმი ვალდებულია დაწვრილებით განიხილოს ორსულთან და მის ახლობლებთან ერთად ბუნებრივი გზით მშობიარობის უპირატესობები და საკეისრო კვეთის მოსალოდნელი გართულებები.



42. თუ ქალი მშობიარობის შიშის გამო ითხოვს სკ-ს, შესთავაზეთ მას ეფექტური გაუტკივარება და მიაწოდეთ რჩევები (როგორცაა, კოგნიტური ქცევითი თერაპია), რომლებიც დაეხმარება გაუმკლავდეს საკუთარ შიშებს.
43. გეგმიური სკ შესთავაზეთ ორსულ ქალს, თუ განხილვისა და მხარდაჭერის შეთავაზების შემდეგ ვაგინალური მშობიარობა მისთვის ისევ მიუღებელი რჩება.
44. თუ მეანს არ სურს სკ-ის ჩატარება, მას უფლება აქვს უარი განაცხადოს ქალის მოთხოვნით საკეისრო კვეთის ოპერაციის წარმოებაზე. თუმცა, მშობიარობის გზის არჩევა კვლავ რჩება დედის უფლებად, ამიტომ, ექიმმა ორსული ქალი უნდა გადაამისამართოს სხვა მეანთან, რომელიც ჩაატარებს სკ-ს.

### გადაწყვეტილების მიღებიდან მშობიარობამდე ინტერვალის გადაუდებელი სკ-ის დროს

50. სამშობიარო ბლოკის მუშაობის შესაფასებლად გამოიყენეთ გადაწყვეტილების მიღებიდან მშობიარობამდე ინტერვალის შემდეგი მაჩვენებლები:
  - 30 წუთი I კატეგორიის სკ-თვის (დედისა და ნაყოფის სიცოცხლის უშუალო საფრთხე);
  - 30 წუთი და 75 წუთი II კატეგორიის სკ-თვის (დედისა ან ნაყოფის არაკეთილსაიმედო მდგომარეობა, სიცოცხლის უშუალო გადაუდებელი საფრთხის გარეშე).

### ანტიბიოტიკების გამოყენება

83. სკ-ის დროს ქალს, კანის გაკვეთამდე 0-60 წთ-ით ადრე, პროფილაქტიკის მიზნით შესთავაზეთ ანტიბიოტიკების ერთჯერადი დოზა ი/ვ-ად (მაგალითად, პირველი თაობის ცეფალოსპორინები, ფართო სპექტრის პენიცილინები) და მიაწოდეთ ინფორმაცია, რომ დედის ინფექციის რისკი ამ გზით უფრო მეტად მცირდება, ვიდრე ანტიბიოტიკების პროფილაქტიკური გამოყენებისას კანის გაკვეთის შემდეგ. ასევე, აცნობეთ ქალს, რომ ანტიბიოტიკების უარყოფითი გავლენა ახალშობილებზე არ არის გამოვლენილი.
84. სკ-ის დროს პოსტოპერაციული ინფექციების რისკის შესამცირებლად ქალს შესთავაზეთ ანტიბიოტიკოპროფილაქტიკა. შეარჩიეთ ანტიბიოტიკები, რომლებიც ეფექტურია ენდომეტრიტის, საშარდე გზებისა და ჭრილობის ინფექციების წინააღმდეგ, ვინაიდან ეს ინფექციები სკ-ის შემდეგ ქალის დაახლოებით 8%-ს აღენიშნება.
85. არ გამოიყენოთ კო-ამოქსიკლავი ანტიბიოტიკების კანის გაკვეთამდე დანიშვნის დროს.

### ორსულობა და მშობიარობა სკ-ის შემდეგ

112. მშობიარობის მეთოდის დაგეგმვის დროს ქალებში, გადატანილი საკეისრო კვეთით, გაითვალისწინეთ:
  - დედის სურვილი და შეხედულება;
  - განმეორებითი საკეისრო კვეთის რისკები და სარგებელი;
  - ვაგინალური მშობიარობის რისკები და სარგებელი;
  - საშვილოსნოს გახვევის რისკი;
  - პერინატალური სიკვდილიანობის და ავადობის რისკი.
119. ჰოსპიტალიზაციის პერიოდში ქალს მიეცით შესაძლებლობა, რომ სამედიცინო პერსონალთან ერთად განიხილოს გადატანილი სკ-ის მიზეზები, ამავე დროს, მიაწოდეთ ვერბალური და ბეჭდური ინფორმაცია მშობიარობის მეთოდებისა და (მომავალი ორსულობის შემთხვევაში) მათი არჩევანის შესახებ.

### 3. ქალზე ორიენტირებული ზრუნვა

#### 3.1 ინფორმაციის მიწოდება

1. ორსულ ქალს მიაწოდეთ მტკიცებულებებზე დაფუძნებული ინფორმაცია და დაეხმარეთ, რომ მიიღოს მშობიარობის მეთოდის შესახებ ინფორმირებული გადაწყვეტილება. გაითვალისწინეთ ქალის შეხედულებები და წუხილი გადაწყვეტილების მიღების პროცესში. (1)(2) [C].
2. ორსულ ქალს ანტენატალურ პერიოდში მიაწოდეთ მტკიცებულებებზე დაფუძნებული ინფორმაცია საკეისრო კვეთის შესახებ. აღნიშნული ინფორმაცია უნდა მოიცავდეს:
  - სკ-ის ჩვენებებს;
  - რას მოიცავს პროცედურა;
  - დაკავშირებულ რისკებსა და სარგებელს;
  - მომავალ ორსულობასა და მშობიარობაზე საკეისრო კვეთის გავლენას. (3) [GPP].
3. კომუნიკაცია და ინფორმაციის მიწოდება განახორციელეთ ორსული ქალისათვის მისაღები ფორმით. ასევე, გაითვალისწინეთ უმცირესობების ინფორმაციული და კულტურული საჭიროებები, ენობრივი ბარიერები, შეზღუდული შესაძლებლობები და აღქმის პრობლემები. (4) [GPP].

#### 3.2 სკ-ის სიხშირეზე მოქმედი ფაქტორები

##### 3.2.1 ფაქტორები, რომლებიც ამცირებს სკ-ის სიხშირეს

###### ა. ერთი-ერთზე მხარდაჭერა

4. ქალს მიაწოდეთ ინფორმაცია, რომ უწყვეტი მხარდაჭერა მშობიარობის დროს ამცირებს სკ-ის ალბათობას. (45) (46) [A]

###### ბ. ორსულობა 41 კვირის შემდეგ

5. ქალს, გაურთულებელი ორსულობით, 41 კვირის ვადის შემდეგ შესთავაზეთ მშობიარობის აღძვრა, რადგანაც აღნიშნული ჩარევა ამცირებს პერინატალური სიკვდილიანობის რისკს და სკ-ის ალბათობას. (47) [A]

###### გ. პარტოგრამა

6. ქალებში, დროული, ერთნაყოფიანი, გაურთულებელი ორსულობით, მშობიარობის მიმდინარეობის მონიტორინგის მიზნით გამოიყენეთ პარტოგრამა 4-საათიანი მოქმედების ხაზით, რადგან ამ გზით მცირდება საკეისრო კვეთის ალბათობა. (48) (49) [A]

###### დ. გადაუდებელი სკ-ის შესახებ გადაწყვეტილების მიღება

7. გადაუდებელი სკ-ის შესახებ გადაწყვეტილების მიღების პროცესში ჩართული უნდა იყოს პასუხისმგებელი მეანი. [C]

## ე. ნაყოფის ელექტრონული მონიტორინგი

ნაყოფის ელექტრონული მონიტორინგი დაკავშირებულია სკ-ის გაზრდილ ალბათობასთან. ნაყოფის აციდოზზე ეჭვის შემთხვევაში, როცა სკ ტარდება ნაყოფის გულის პათოლოგიური რითმის გამო, საკეისრო კვეთამდე ნაყოფის წინმდებარე თავიდან აიღეთ სისხლის ნიმუში თუ ეს ტექნიკურად შესაძლებელია და არ არსებობს რაიმე უკუჩვენება. (50) (51) [B]

ვ. მენჯით წინმდებარეობისას ნაყოფის თავზე გარეგანი მობრუნება. [A]

ზ. გადატანილი საკეისრო კვეთის შემთხვევაში ორსულთა წახალისება და მხარდაჭერა ბუნებრივი გზით მშობიარობის სასარგებლოდ.

### 3.2.2 ფაქტორები, რომლებიც გავლენას არ ახდენს სკ-ის სიხშირეზე

- ქალებს მიაწოდეთ ინფორმაცია, რომ ქვემოთ ჩამოთვლილი ჩარევები მშობიარობის დროს, როგორც წესი, გავლენას არ ახდენს სკ-ის ალბათობაზე, თუმცა, აღნიშნულმა ინტერვენციებმა შეიძლება გავლენა იქონიოს სხვა გამოსავლებზე, რომელიც ამ გაიდლაინის მოცვის არეალს სცდება:
  - სიარული მშობიარობისას;
  - თავისუფალი პოზიცია მშობიარობის მეორე პერიოდში;
  - წყალში მშობიარობა;
  - ეპიდურული ანალგეზია.
- ქალებს მიაწოდეთ ინფორმაცია, რომ დამატებითი თერაპიების გავლენა (აკუპუნქტურა, არომათერაპია, ჰიპნოზი, მცენარეული პროდუქტები, კვებითი დანამატები, ჰომეოპათიური მედიკამენტები, ჩინური მედიკამენტები) სკ-ის ალბათობაზე არ არის სათანადოდ შეფასებული, ამიტომაც ამ ჩარევებზე რეკომენდაციების გაცემამდე საჭიროა შემდგომი კვლევების ჩატარება. (52) (53) (54) [D]

### 3.2.3 მშობიარობის პროგრესის შეფერხება და საკეისრო კვეთა

- მშობიარობის პროგრესის შეფერხების (FTP) დროს სკ-ის ალბათობაზე გავლენას არ ახდენს მშობიარობის აქტიური მართვა და ადრეული ამნიოტომია, ამიტომ ამ მიზნით დაუშვებელია მათი შეთავაზება. თუმცა, ზემოხსენებულმა ჩარევებმა, შესაძლებელია, გავლენა იქონიოს სხვა შედეგებზე, რომელიც აღნიშნული გაიდლაინის სფეროს სცილდება. (55) (56) [A]

## 3.3 საკეისრო კვეთის ჩვენებები

- საკეისრო კვეთის ოპერაცია ტარდება იმ შემთხვევაში, როცა პაციენტისა და ექიმის მოლოდინით, დედისა და ნაყოფის გამოსავლები უმჯობესი იქნება საშოსმხრივ მშობიარობასთან შედარებით.

ა) პარტოგრამით დადასტურებული მშობიარობის პროგრესის შეფერხება:

- სამშობიარო მოქმედების სისუსტე,
- კლინიკურად ვიწრო მენჯი;

ბ) ნაყოფის არაკეთილსაიმედო მდგომარეობა;

გ) ნაყოფის არასწორი მდებარეობა და წინმდებარე ნაწილის არასწორი ჩადგმა;

- ნაყოფის მენჯით წინმდებარეობა, როდესაც ნაყოფის წონა < 2500 - 3600 გრ > ,
- ნაყოფის ჯდომით წინმდებარეობა, როდესაც ნაყოფის წონა არის < 2500 – 3600 გრ > და თავის გაშლითი მდგომარეობა დადასტურებულია ექოსკოპიურად,
- ტერფით ან მუხლით წინმდებარეობა,
- ნაყოფის გარდიგარდმო მდებარეობა;

დ) პათოლოგიური პლაცენტაცია:

- პლაცენტის წინმდებარეობა (მე-3 ხარისხი - პლაცენტის არასრული წინმდებარეობა ან მე-4 ხარისხი - პლაცენტის სრული წინმდებარეობა),
- პლაცენტის მიხორცება,
- vasa previa;

ე) დედის ინფექცია (პირველადი გენიტალური ჰერპესი, აივ ინფექცია):

- მწვავე გენიტალური ჰერპესი (HSV) ორსულობის მესამე ტრიმესტრში, რომლის პირველი ეპიზოდი გამოვლინდა მშობიარობის დროს ან მოსალოდნელ მშობიარობის ვადამდე 6 კვირის მანძილზე;
- აივ ინფექცია:
  - თუ ორსული ქალი არ იტარებდა ანტირეტროვირუსულ მკურნალობას ან
  - ვირუსული დატვირთვა შეადგენს  $\geq 400$  ასლ/მლ;
- კონფექცია C ჰეპატიტითა და აივ-ით, ვინაიდან გეგმიური სკ-ის დროს მცირდება C ჰეპატიტისა (HCV) და აივ-ის დედიდან ბავშვზე გადაცემის რისკი;

ვ) მრავალნაყოფიანი ორსულობა:

- როცა არ აღინიშნება პირველი ნაყოფის თავით წინმდებარეობა,
- მონოქორიონული მონოამნიონური ტყუპი ფეტო-ფეტალური ტრანსფუზიის სინდრომის არსებობისას;

ზ) ჭიპლარის წინმდებარეობა ან მარყუჟის გამოვარდნა;

თ) სამშობიარო გზების მექანიკური დაბრკოლება:

- საშვილოსნოს დიდი ზომის მიომა,
- დიდი ზომის წვეტიანი კონდილომა,
- მენჯის მოტეხილობა ცდომით,
- ნაყოფის ანომალია, როგორცაა, მწვავე ჰიდროცეფალია;

ი) დიდი ზომის ნაყოფი (ნაყოფის სავარაუდო წონა  $\geq 4\ 500$ გრ);

კ) ნორმალურად მიმაგრებული პლაცენტის ნაადრევი აცლა, როცა დედისა და ნაყოფის მდგომარეობის გამო მშობიარობის ბუნებრივი გზით დამთავრება შეუძლებელია;

ლ) არასრულფასოვანი საშვილოსნოს კედელი, რომელიც გამოწვეულია:

- მიომექტომიის დროს საშვილოსნოს კედლის დაზიანებით,
- საშვილოსნოს პერფორაციით,
- საშვილოსნოს პლასტიკური ოპერაციით,
- ექტოპიური ორსულობის დროს საშვილოსნოს კუთხის ამოკვეთით,
- გადატანილი საკეისრო კვეთით;

მ) ანამნეზში ერთზე მეტი გადატანილი საკეისრო კვეთა;

ნ) მძიმე პრეეკლამფსია და ეკლამფსია რომელიც არ იძლევა ვაგინალური მშობიარობის

ჩატარების საშუალებას;

ო) ქსოვილების დაზიანების გაზრდილი რისკი, რომელიც გამოწვეულია შემდეგი გართულებებით:

- საშვილოსნოს ყელის ინვაზიური კიბო,
- რექტოვაგინალური ფისტულის ან სასქესო ორგანოების პროლაფსის გამო გადატანილი ოპერაცია;

პ) ხელოვნური განაყოფიერება ხანგრძლივი უნაყოფობითა და დამძიმებული სამენო-გინეკოლოგიური ანამნეზით;

ჟ) დედის ექსტრაგენიტალური დაავადებები, რომლებიც საფრთხეს უქმნიან დედის ჯანმრთელობას და დადასტურებულია შესაბამისი სპეციალისტის დასკვნით (მაგალითად: ექსტრაგენიტალური სიმსივნე, ცერებრული ჰემორაგიული ინსულტი ან ანევრიზმა, გულის ხელოვნური სარქველი, გადანერგილი თირკმელი);

რ) დედის უეცარი სიკვდილი ცოცხალი ნაყოფის არსებობის დროს;

ს) რამდენიმე რისკ-ფაქტორის არსებობა, რომელიც ცალკე არ წარმოადგენს საკეისრო კვეთის ჩვენებას, მაგრამ რამდენიმე მათგანის კომბინაცია რეალურ საფრთხეს უქმნის ნაყოფს ბუნებრივი გზით მშობიარობის შემთხვევაში.

### 3.4 მშობიარობის მეთოდის დაგეგმვა

12. ქალთან ერთად განიხილეთ სკ-ის რისკები და სარგებელი ფიზიოლოგიურ მშობიარობასთან შედარების საფუძველზე (5) (6), მათი მდგომარეობის, წუხილის, შეხედულებისა და მომავალი ორსულობის გეგმების გათვალისწინებით (მრავლობითი სკ-ის დროს პლაცენტის პრობლემების ჩათვლით).
13. გეგმიური სკ-ის ჩვენებას არ წარმოადგენს მხოლოდ სხეულის მასის ინდექსი (BMI) >50, სხვა რისკ-ფაქტორების თანაარსებობის გარეშე.
14. სკ-ზე თანხმობის მიღებამდე ორსულ ქალს მიაწოდეთ მტკიცებულებებზე დაფუძნებული ინფორმაცია. ამავე დროს, გადაწყვეტილების მიღებისას გაითვალისწინეთ ქალის კლინიკური მდგომარეობა და პატივი ეცით მის ღირსებებს, პირადულობას, შეხედულებებსა და კულტურულ თავისებურებებს. (7) (8) [C].
15. ორსულ ქალს შეუძლია უარი განაცხადოს შეთავაზებულ მშობიარობის მეთოდზე (სკ) მაშინაც კი, როდესაც მკურნალობა ცალსახად სასარგებლოა დედისა და ბავშვის ჯანმრთელობისთვის. მკურნალობაზე უარის თქმა ქალის ერთ-ერთ არჩევანს უნდა წარმოადგენდეს. (9) [D].
16. სკ-ის შესახებ გადაწყვეტილების მიღების დროს გააკეთეთ ჩანაწერი ყველა იმ ფაქტორის შესახებ, რომელმაც გავლენა მოახდინა გადაწყვეტილებაზე და ამასთან, განსაზღვრეთ მათ შორის ყველაზე მნიშვნელოვანი ფაქტორი. [GPP].

### 3.5 მიღების ლიგირება საკეისრო კვეთის დროს

შეფასების შედეგად დადგინდა, რომ მიღების ლიგირება 200-დან 1 შემთხვევაში წარუმატებელია სიცოცხლის მანძილზე არსებული რისკის გამო. არცერთი კვლევა არ არის იდენტიფიცირებული, რომელიც აღწერს მიღების ლიგირების წარუმატებლობის სიხშირეს სკ-ის დროს. სხვა

გაიდლაინების რეკომენდაციით, მიღების ლიგირების მოთხოვნა საჭიროა ორსულობამდე ან ორსულობის განმავლობაში და ის შეთანხმებული უნდა იყოს პროცედურამდე მინიმუმ 1 თვით ადრე. ეს რჩევა დამყარებულია ექსპერტების თვალსაზრისზე (10) [D].

## 4. გეგმიური საკეისრო კვეთა (სკ)

### 4.1 მენჯით წინმდებარეობა

17. 36-ე კვირის ორსულობის ვადაზე ქალებს, გაურთულებელი, ერთნაყოფიანი, მენჯით წინმდებარეობით, შესთავაზეთ ნაყოფის თავზე გარეგანი მობრუნება. (11) (12) გამონაკლისია ქალები მშობიარობის პროცესში, ქალები საშვილოსნოს ნაწიბურით ან პათოლოგიით, ნაყოფის არაკეთილსაიმედო მდგომარეობა, დარღვეული სანაყოფო გარსები, საშოდან სისხლდენა და სხვა მდგომარეობები. [A].
18. ორსულ ქალებს, დროული, გაურთულებელი, ერთნაყოფიანი, მენჯით წინმდებარეობით, რომლებისთვისაც ნაყოფის თავზე გარეგანი მობრუნება უკუნაჩვენებია ან წარუმატებელი აღმოჩნდა, შესთავაზეთ სკ, რადგანაც ის ამცირებს პერინატალურ სიკვდილიანობასა და ნეონატალურ ავადობას. (13) (14) [A].

### 4.2 მრავალნაყოფიანი ორსულობა

19. დროული, გაურთულებელი, ტყუპით ორსულობის დროს, როცა პირველი ნაყოფის თავით წინმდებარეობა აღინიშნება, მეორე ნაყოფის პერინატალური ავადობისა და სიკვდილიანობის რისკი მომატებულია. მიუხედავად ამისა, რუტინულად არ შესთავაზოთ საკეისრო კვეთა, ვინაიდან ბუნდოვანია გეგმიური სკ-ის როლი მეორე ნაყოფის გამოსავლის გაუმჯობესებაში. (15) (16) (17) [C].
20. ტყუპით ორსულობისას, როდესაც პირველი ნაყოფი არ არის თავით წინმდებარეობით, სკ-ის ეფექტურობა გამოსავლის გაუმჯობესებაში ბუნდოვანია, თუმცა, მიმდინარე პრაქტიკაში ქალებს სთავაზობენ გეგმიურ სკ-ს. (18) [GPP]. გაურთულებელი, მრავალნაყოფიანი ორსულობის დროს, **გეგმიური საკეისრო კვეთა არ უნდა ჩატარდეს 38 კვირამდე**, რადგანაც ეს ზრდის რესპირატორული ავადობის რისკს ახალშობილებში.

### 4.3 ნაადრევი მშობიარობა

#### ნაადრევი მშობიარობა და სკ

21. ნაადრევი მშობიარობა დაკავშირებულია მაღალ ნეონატალურ ავადობასა და სიკვდილიანობასთან. თუმცა, გეგმიური სკ-ის მნიშვნელობა ამ გამოსავლების გაუმჯობესებაში გაურკვეველი რჩება და ამიტომაც, დაუშვებელია სკ-ის რუტინულად შეთავაზება, გამონაკლისია კვლევაში მონაწილე პაციენტები. (19) (20)[C].

### 4.4 გესტაციური ასაკისთვის მცირე ზომის ახალშობილი

22. ნეონატალური ავადობა და სიკვდილიანობა მაღალია გესტაციური ასაკისთვის მცირე ზომის ახალშობილებში, თუმცა, გეგმიური სკ-ის ეფექტი გამოსავლების გაუმჯობესების



თვალსაზრისით გაურკვეველი რჩება და ამიტომაც, დაუშვებელია სკ-ის რუტინულად შეთავაზება. (21) (22)[C].

#### 4.5 პლაცენტის წინმდებარეობა

23. ქალებს, პლაცენტის წინმდებარეობით, შესთავაზეთ სკ თუ პლაცენტა ნაწილობრივ ან მთლიანად ფარავს საშვილოსნოს ყელის შიდა სანათურს (პლაცენტის წინმდებარეობა, მე-3 ან მე-4 ხარისხი). (23) (24)

#### 4.6 პლაცენტის მჭიდროდ მიმაგრება

ქალებს, რომლებიც დაორსულდნენ მანამდე ერთჯერ ჩატარებული სკ-ის შემდეგ, პლაცენტის წინმდებარეობის განვითარების რისკი აღენიშნებათ შემთხვევათა 0.6 - 1.3 %-ში, ხოლო მათგან 11-14 %-ს შეიძლება აღენიშნოს პლაცენტის მჭიდროდ მიმაგრება; განმეორებითი სკ-ის შემდეგ, მომდევნო ორსულობის დროს პლაცენტის წინმდებარეობის განვითარების რისკი არსებობს შემთხვევათა 1.1 - 2,3 %-ში, მათგან 23 - 40 %-ს შეიძლება განუვითარდეს პლაცენტის მჭიდროდ მიმაგრება. სამი ან სამზე მეტი გადატანილი სკ-ის შემდეგ, მომდევნო ორსულობის დროს პლაცენტის წინმდებარეობის განვითარების რისკი კიდევ უფრო იზრდება და შემთხვევათა 1.8 - 3,7 %-ში გვხვდება, მათგან 35 - 67 %-ს აღენიშნება პლაცენტის მჭიდროდ მიმაგრება. (25)

აღნიშნული მზარდი რისკის ფონზე, როდესაც პირველი და განმეორებითი საკეისრო კვეთა მშობიარობის უფროდაუფრო ხშირ მეთოდად გვევლინება, მოსალოდნელია პლაცენტის მჭიდროდ მიმაგრების შემთხვევების თანდათანობით გაზრდა.

#### დიაგნოსტიკური კვლევების სიზუსტე

მრავალი კვლევა ჩატარდა იმისათვის, რომ დაედგინათ გამოსახულებითი ტექნიკის (ფერადი ულტრაბგერითი და მაგნიტურ-რეზონანსული (MRI) გამოკვლევები) სიზუსტე მჭიდროდ მიმაგრებული პლაცენტის დიაგნოსტიკის დროს ორსულ ქალებში, რომლებსაც გადატანილი აქვთ სკ და აღენიშნებათ პლაცენტის წინმდებარეობა. კვლევათა შედეგად მიღებული მტკიცებულებები ცვალებადობს საშუალოდან დაბალი დონის მტკიცებულებებამდე.

24. თუ ქალებში, გადატანილი სკ-ით, 32-34 კვირის ორსულობის ვადაზე დადასტურებულია პლაცენტის დაბალი მიმაგრება, პლაცენტის მჭიდროდ მიმაგრების დადგენის მიზნით, პირველადი დიაგნოსტიკური ტესტის სახით, შესთავაზეთ ფერადი დოპლერი. [GPP].
25. თუ ულტრაბგერითი გამოკვლევით სავარაუდოა პლაცენტის მჭიდროდ მიმაგრება, მაშინ ქალთან ერთად განიხილეთ "MRI" კვლევის ჩატარების საკითხი (გაუმჯობესებული სიზუსტის გამო), რაც დაგეხმარებათ მჭიდროდ მიმაგრებული პლაცენტის დიაგნოსტიკისა და ინვაზიის ხარისხის დადგენაში; ასევე, ორსულ ქალს აუხსენით პროცედურის მიმდინარეობა და მიაწოდეთ ინფორმაცია, რომ არსებული გამოცდილებით, "MRI" უსაფრთხო კვლევას წარმოადგენს. თუმცა, მწირია მტკიცებულებები გრძელვადიანი რისკების შესახებ ბავშვის მიმართ. "MRI" კვლევა ჩაუტარეთ ქალს თუ ის მისთვის მისაღებია.
26. პლაცენტის მჭიდროდ მიმაგრების დროს საკეისრო კვეთის ოპერაციის ჩატარებისას უზრუნველყავით:
- პასუხისმგებელი მეანის და ანესთეზიოლოგის დასწრება;
  - ნეონატოლოგის დასწრება და ტრანსფუზიოლოგის მზადყოფნა რჩევის მისაცემად;



- ინტენსიური (თერაპიის) მოვლის საწოლის ხელმისაწვდომობა;
  - ჯვარედინად შეთავსებული სისხლისა და სისხლის პროდუქტების საკმარისი რაოდენობით ხელმისაწვდომობა. (26)
27. საკეისრო კვეთის დაგეგმვისას პლაცენტის მჭიდროდ მიმაგრების სავარაუდო დიაგნოზის შემთხვევაში, მეანმა უნდა განსაზღვროს სხვა ექიმ-სპეციალისტების დასწრებისა და რჩევის მიღების საჭიროება. (27)
28. ყველა ჰოსპიტალს უნდა გააჩნდეს პლაცენტის მჭიდროდ მიმაგრების მართვის პროტოკოლი.

#### 4.7 სკ-ის პროგნოზირება კლინიკურად ვიწრო მენჯის დროს

29. მშობიარობის მეთოდის შესახებ გადაწყვეტილების მიღების პროცესში არ გამოიყენოთ პელვიმეტრია, რადგან არ არის ინფორმატიული მშობიარობის პროგრესის შეფერხების პროგნოზირების თვალსაზრისით. (28) (29) [A]
30. მშობიარობის პროგრესის შეფერხების პროგნოზირების მიზნით არ გამოიყენოთ დედის სიმაღლის ან ნაყოფის ზომების შეფასება (ულტრაბგერითი ან კლინიკური გამოკვლევა), ვინაიდან მათი მემწეობით შეუძლებელია თავ-მენჯის დისპროპორციის ზუსტი პროგნოზირება. (30) [B]

#### 4.8 დედის ინფექციების დედიდან ბავშვზე გადაცემა

##### აივ-ინფექცია

31. აივ ინფიცირებულ ქალებს შეძლებისდაგვარად დროულად მიაწოდეთ ინფორმაცია აივ მკურნალობისა და მშობიარობის სხვადასხვა მეთოდების რისკებისა და სარგებლის შესახებ (როგორც მათთვის, ასევე ახალშობილისათვის), რათა მათ შესძლონ ინფორმირებული გადაწყვეტილების მიღება. (31) (32)
32. საკეისრო კვეთა (სკ) არ შესთავაზოთ აივ დადებითი სტატუსის მქონე ქალებს, დედიდან ბავშვზე აივ ინფექციის გადაცემის პროფილაქტიკის მიზნით:
- ქალებს, რომლებიც იტარებენ მაღალი აქტივობის ანტირეტროვირუსულ თერაპიას და მათი ვირუსული დატვირთვა 400 ასლი/მლ-ზე ნაკლებია;
  - ქალებს, რომლებიც იტარებენ ნებისმიერ ანტირეტროვირუსულ თერაპიას და მათი ვირუსული დატვირთვა 50 ასლი/მლ-ზე ნაკლებია.
- აცნობეთ ქალებს, რომ აღნიშნულ გარემოებებში აივ გადაცემის რისკი სკ-სა და ბუნებრივი გზით მშობიარობის შემთხვევაში ერთნაირია. (34)
33. ქალებისთვის, რომლებიც იმყოფებიან ანტირეტროვირუსულ მკურნალობაზე 50-400 ასლი/მლ-ზე ვირუსული დატვირთვით, განიხილეთ მშობიარობის ფიზიოლოგიური მართვა ან საკეისრო კვეთა, რადგანაც არასაკმარისია მტკიცებულებები იმის შესახებ, რომ სკ თავიდან აგვაცილებს დედიდან ბავშვზე აივ ინფექციის გადაცემას.
34. სკ შესთავაზეთ აივ ინფიცირებულ ქალებს, რომლებიც არ იტარებენ ანტირეტროვირუსულ მკურნალობას ან იღებენ ნებისმიერ ანტირეტროვირუსულ თერაპიას და მათი ვირუსული დატვირთვა შეადგენს 400 ასლი/მლ-ს ან მეტს.

## ჰეპატიტის ვირუსი (B, C)

35. B ჰეპატიტის დედიდან ბავშვზე გადაცემის შემცირება შესაძლებელია ბავშვის იმუნიზაციით (იმუნოგლობულინი და ვაქცინა). B ჰეპატიტის მქონე ორსულ ქალს არ შესთავაზოთ გეგმიური სკ, რადგან არასაკმარისია მტკიცებულებები იმის შესახებ, რომ ოპერაციული ჩარევა შეამცირებს B ჰეპატიტის ვირუსით დედიდან ბავშვის ინფიცირების ალბათობას. (35) [B]
36. C ჰეპატიტით ინფიცირებულ ქალებს არ შესთავაზოთ გეგმიური სკ, რადგანაც ეს ინტერვენცია არ ამცირებს დედიდან ბავშვის ინფიცირების ალბათობას. ( 36) [C]
37. C ჰეპატიტითა და აივ-ით ინფიცირებულ ქალებს უნდა შესთავაზოთ გეგმიური სკ, რადგან ის ამცირებს C ჰეპატიტისა და აივ-ის დედიდან ბავშვზე გადაცემის ალბათობას. (37) [C]

## გენიტალური ჰერპესი

38. პირველადი, გენიტალური, მარტივი, ჰერპეს ვირუსული ინფექციის მქონე ქალებს ორსულობის მესამე ტრიმესტრში უნდა შესთავაზოთ გეგმიური სკ, რადგანაც ის ამცირებს ნეონატალური "HSV" ინფექციის რისკს (38). [C]
39. მორეციდივე გენიტალური ჰერპესის მქონე ორსულ ქალებს აცნობეთ, რომ ნეონატალური ინფიცირების რისკის შემცირების თვალსაზრისით, გაურკვეველია გეგმიური სკ-ის ეფექტურობა. ამიტომ, კვლევების კონტექსტის მიღმა, მათ რუტინულად არ შესთავაზოთ საკეისრო კვეთა. (39) (40) [C].

## 4.9 სკ დედის მოთხოვნით

40. დედის მიერ სკ-ის მოთხოვნის შემთხვევაში საჭიროა მოთხოვნისათვის სპეციფიკური მიზეზების მოკვლევა, განხილვა და ჩაწერა.
41. თუ ორსული ქალი ითხოვს სკ-ს იდენტიფიცირებული მიზეზების გარეშე, ექიმი ვალდებულია დაწვრილებით განიხილოს ორსულთან და მის ახლობლებთან ერთად ბუნებრივი გზით მშობიარობის უპირატესობები და საკეისრო კვეთის მოსალოდნელი გართულებები. (41) [C]
42. თუ ქალი მშობიარობის შიშის გამო ითხოვს სკ-ს, შესთავაზეთ მას ეფექტური გაუტკივარება და მიაწოდეთ რჩევები (როგორცაა, კოგნიტური ქცევითი თერაპია), რომლებიც დაეხმარება გაუმკლავდეს საკუთარ შიშებს.
43. გეგმიური სკ შესთავაზეთ ორსულ ქალს, თუ განხილვისა და მხარდაჭერის შეთავაზების შემდეგ ვაგინალური მშობიარობა მისთვის ისევ მიუღებელი რჩება. [C]. (42) (43)
44. თუ მეანს არ სურს სკ-ის ჩატარება, მას უფლება აქვს უარი განაცხადოს ქალის მოთხოვნით საკეისრო კვეთის ოპერაციის წარმოებაზე. თუმცა, მშობიარობის გზის არჩევა კვლავ რჩება დედის უფლებად, ამიტომ, ექიმმა ორსული ქალი უნდა გადაამისამართოს სხვა მეანთან, რომელიც ჩაატარებს სკ-ს. (44) [D]<sup>1</sup>

<sup>1</sup>“მეან-გინეკოლოგების საერთაშორისო ფედერაციის, ეთიკური ასპექტების და ადამიანის რეპროდუქციული კომიტეტის მიერ გამოცემული განაცხადის თანახმად, სამედიცინო ჩვენების გარეშე საკეისრო კვეთის ჩატარების შესახებ, საკეისრო კვეთა წარმოადგენს ქირურგიულ პროცედურას, რომელიც დაკავშირებულია დედისა და ახალშობილის პოტენციურ რისკებთან, იმავდროულად მას ესაჭიროება მეტი რესურსის ალოკაცია ვიდრე ვაგინალურ მშობიარობას. ეს უკანასკნელი კი თავის მხრივ გაცილებით უსაფრთხოა დედისა და ახალშობილისათვის, როგორც მოკვლევიდან ისე გრძელვადიანი პერსპექტივაში. მიუხედავად იმისა, რომ გეგმიური საკეისრო კვეთის რისკების შესახებ მტკიცებულებები მწირია, ავტორთა განმარტებით, არასამედიცინო ჩვენებით საკეისრო კვეთის ოპერაციის ჩატარება არ არის ეთიკურად გამართლებული და დასაბუთებული.“

## 5. სკ-ის პროცედურული ასპექტები

### 5.1 გეგმიური სკ-ის დრო

კვლევებით გამოვლინდა, რომ სკ-ის დროს ნაადრევ ახალშობილებში იზრდება რესპირატორული დისტრეს სინდრომის განვითარების რისკი. (57) თუკი 37 კვირის ორსულობის ვადამდე გეგმიური საკეისრო კვეთით დაბადებულ ახალშობილებში რესპირატორული დისტრეს სინდრომის რისკი გაზრდილია, გესტაციური ასაკის მატებასთან ერთად ეს რისკი მცირდება. (58)

45. საკეისრო კვეთით დაბადებულ ახალშობილებში რესპირატორული დაავადების რისკი გაზრდილია, თუმცა, ეს რისკი მნიშვნელოვნად კლებულობს ორსულობის 39 კვირის შემდეგ. აქედან გამომდინარე, დაუშვებელია გეგმიური სკ-ის რუტინულად ჩატარება 39 კვირის ორსულობის ვადამდე. [B]

### 5.2 გადაუდებლობის კლასიფიკაცია

ტრადიციულად, საკეისრო კვეთა იყოფა „გეგმიურ“ და „გადაუდებელ“ პროცედურებად. გადაუდებელი კატეგორია არის ფართო, რადგანაც ის შეიძლება მოიცავდეს ქალის ან ბავშვის სიცოცხლის გადასარჩენად წუთებში ჩატარებულ პროცედურებს, ასევე შემთხვევებს, როდესაც ქალისა და ნაყოფის მდგომარეობა ნორმალურია, მაგრამ საჭიროა ადრეული მშობიარობა. სკ-ის გადაუდებლობის ხარისხის ნათელი კლასიფიკაცია ხელს უწყობს ჯანდაცვის პერსონალს შორის კომუნიკაციის პროცესის გაუმჯობესებასა და გაუგებრობათა თვიდან აცილებას. NCEPOD<sup>2</sup> კლასიფიკაციის სისტემა იძლევა საკეისრო კვეთის ოთხ კლასად კატეგორიზაციის რეკომენდაციას. (59) აღნიშნული კატეგორიზაცია ასევე გვაწვდის ახალშობილის გამოსავლის პროგნოზსაც. (60)

46. გადაუდებელი საკეისრო კვეთის დოკუმენტირება განახორციელებს შემდეგი სტანდარტული სქემის მიხედვით, ვინაიდან ხელს უწყობს ჯანდაცვის პერსონალს შორის გადაუდებელი სკ-ის შესახებ ინფორმაციის ეფექტურად გადაცემას, კერძოდ:
- დედისა და ნაყოფის სიცოცხლის უშუალო საფრთხე (I კატეგორია);
  - დედისა ან ნაყოფის არაკეთილსაიმედო მდგომარეობა, სიცოცხლის უშუალო გადაუდებელი საფრთხის გარეშე (II კატეგორია);
  - დედისა და ნაყოფის არაკეთილსაიმედო მდგომარეობა არ აღინიშნება, მაგრამ საჭიროა ადრეული მშობიარობა (III კატეგორია);
  - მშობიარობა ქალისა და სამედიცინო პერსონალისათვის მოსახერხებელ/მისაღებ დროში დაგეგმვით (IV კატეგორია). [C].

### 5.3 გადაწყვეტილების მიღებიდან მშობიარობამდე ინტერვალი გადაუდებელი სკ-ის დროს

#### შესავალი

გადაუდებელი სკ-ის დროს გადაწყვეტილების მიღებიდან მშობიარობამდე დროის ინტერვალი (I და II კატეგორიები) კვლავ საკამათო საკითხს წარმოადგენს. ეს განსაკუთრებით ეხება 30 წუთიან ინტერვალს, რომელიც თავდაპირველ გაიდლაინში მიჩნეული იყო აუდიტის სტანდარტად და არა

<sup>2</sup> "National Confidential Inquiry into Patient Outcome and Death"- "პაციენტის გამოსავლების და სიკვდილობის ეროვნული კონფიდენციალური გამოძიება“.

პრაქტიკულ რეკომენდაციად. მიუხედავად ამისა, კლინიკურ პრაქტიკაში აღნიშნული ინტერვალი იქცა კრიტიკულ ზღვრად. საკამათოა ასევე კლინიკურ პრაქტიკაში ინტერვალის მცირე განსხვავება I და II კატეგორიებს შორის. „RCOG<sup>3</sup> კარგი პრაქტიკის გაიდლაინი #11, “საკეისრო კვეთის გადაუდებლობის კლასიფიკაცია - მუდმივი რისკი (2010)“ გვაწვდის მკაცრ რეკომენდაციას, რომ გადაუდებელ სიტუაციაში საჭიროა “მუდმივი რისკის“ ამოცნობა. შესაბამისად, აღნიშნულ საკითხთან მიმართებით საჭირო გახდა “NICE”-ის რეკომენდაციების გადახედვა/განახლება.

## საკითხის მიმოხილვა

გადაუდებელი საკეისრო კვეთის დროს გადაწყვეტილების მიღებიდან მშობიარობამდე ინტერვალის (DDI)<sup>4</sup> დასადგენად განხილულ იქნა სხვადასხვა კვლევათა შედეგები (61) (62) (63) (64), რომლის საფუძველზეც შემუშავდა შესაბამისი რეკომენდაციები:

47. I და II კატეგორიის სკ ჩაატარეთ გადაწყვეტილების მიღებიდან შეძლებისდაგვარად სწრაფად (იხ. რეკომენდაცია 46), ეს განსაკუთრებით შეეხება I კატეგორიის სკ-ს.
48. II კატეგორიის სკ უმეტესწილად ჩაატარეთ გადაწყვეტილების მიღებიდან 75 წუთში.
49. გაითვალისწინეთ ქალისა და ნაყოფის მდგომარეობა დაჩქარებული მშობიარობის შესახებ გადაწყვეტილების მიღებისას. გახსოვდეთ, რომ სწრაფი მშობიარობა გარკვეულ გარემოებებში შესაძლებელია საზიანო აღმოჩნდეს.
50. სამშობიარო ბლოკის მუშაობის შესაფასებლად გამოიყენეთ გადაწყვეტილების მიღებიდან მშობიარობამდე ინტერვალის შემდეგი მაჩვენებლები:
  - 30 წუთი I კატეგორიის სკ-თვის (დედისა და ნაყოფის სიცოცხლის უშუალო საფრთხე);
  - 30 წუთი და 75 წუთი II კატეგორიის სკ-თვის (დედისა ან ნაყოფის არაკეთილსაიმედო მდგომარეობა, სიცოცხლის უშუალო გადაუდებელი საფრთხის გარეშე).

## რატომ არის ეს მნიშვნელოვანი?

სასწრაფო გადაუდებელი სკ ფსიქოლოგიური ტრავმაა როგორც ქალებისა და მათი პარტნიორებისთვის, ასევე სამედიცინო პერსონალისთვის. ადამიანური და ტექნიკური რესურსების მობილიზება შეიძლება საჭირო გახდეს კლინიკური ზრუნვის სხვა სფეროებიდანაც, რაც შეძლებისდაგვარად ნაყოფიერად და ეფექტურად უნდა განხორციელდეს, შფოთვის მინიმუმამდე დაყვანითა და დედისა და ბავშვის უსაფრთხოების უზრუნველყოფით.

აღიარებულია, რომ I კატეგორიის სკ გადაუდებელია, შესაბამისად, მშობიარობა უნდა ჩატარდეს გონივრულ ვადებში შეძლებისდაგვარად სწრაფად. ამ სფეროში ჩატარებული კვლევების უმეტესობა რაოდენობრივია და მათში უფრო მეტად განხილულია გადაწყვეტილების მიღებიდან მშობიარობამდე ინტერვალის გავლენა ნაყოფისა და დედის გამოსავლებზე, ვიდრე იმ ფაქტორების ურთიერთქმედება, რომლებსაც შეუძლიათ გავლენა მოახდინონ თავად დროის პერიოდზე.

<sup>3</sup>RCOG (Royal Collage of Obstetricians and Gynaecologists) - მეან-გინეკოლოგთა სამეფო კოლეჯი.

<sup>4</sup>DDI (Decision to Delivery Interval) - გადაწყვეტილების მიღებიდან მშობიარობამდე ინტერვალი.

## 5.4 სკ-თვის მზადება და წინასაოპერაციო გამოკვლევები

51. ანემიის იდენტიფიცირების მიზნით, სკ-მდე ორსულ ქალს შესთავაზეთ ჰემოგლობინის და ჰმატოკრიტის განსაზღვრა. თუმცა, 1000 მლ-ზე მეტი სისხლის დაკარგვა სკ-ის დროს ხშირი არ არის. ის აღინიშნება სკ-ის მხოლოდ 4 - 8 %-ში, რომელიც პოტენციურად სერიოზულ გართულებას წარმოადგენს. [C].
52. მშობიარობის დროს სისხლდენის, პლაცენტის აცლის, საშვილოსნოს გახვევის ან პლაცენტის წინმდებარეობის შემთხვევაში სკ უნდა ჩატარდეს სამეანო განყოფილებაში, სადაც ხელმისაწვდომია სისხლის გადასხმის სერვისები. [C].
53. ჯანმრთელ ქალს, გაურთულებელი ორსულობით, სკ-მდე რუტინულად არ შესთავაზოთ შემდეგი გამოკვლევები:
  - შრატის დაჯგუფება და შენახვა;
  - სისხლის ჯვარედინი შეთავსება;
  - შედედების სკრინინგი;
  - ულტრაბგერითი გამოკვლევა პლაცენტის ლოკალიზაციის განსაზღვრის მიზნით, რადგანაც არ აუმჯობესებს სკ-ის ავადობის ისეთ გამოსავლებს, როგორცაა: 1000 მლ-ზე მეტი სისხლის დაკარგვა, ნაყოფის დაზიანება, ჭიპლარის დაზიანება ან სხვა მიმდებარე სტრუქტურების დაზიანება). [C].
54. თუ სკ ტარდება რეგიონული ანესთეზიით, შარდის ბუშტის გადავსების პრევენციის მიზნით გამოიყენეთ შარდის ბუშტის კათეტერი, რადგანაც ანესთეტიკებით ბლოკირება ხელს უშლის შარდის ბუშტის ნორმალურ ფუნქციონირებას. [GPP].

## 5.5 ანესთეზია სკ-ის დროს

მთელ რიგ კვლევებში სწავლობდნენ საკეისრო კვეთის დროს სხვადასხვა ტიპის (ზოგადი, ეპიდურული და სპინალური) ანესთეზიის გამოყენებას, მათ უპირატესობებსა და გავლენას დედისა და ახალშობილის გამოსავლებზე (65) (66) (67) (68) (69)

55. ორსულ ქალს მიაწოდეთ ინფორმაცია სკ-ის შემდგომი ანალგეზიის შესახებ და შესთავაზეთ ანალგეზიის ის მეთოდი, რომელიც ყველაზე მეტად აკმაყოფილებს მის საჭიროებებს. [GPP].
56. სკ-ის წარმოებისთვის ქალს შესთავაზეთ რეგიონული ანესთეზია, რადგან ზოგად ანესთეზიასთან შედარებით უფრო უსაფრთხოა და ნაკლებად იწვევს დედისა და ბავშვის ავადობას. ეს რეკომენდაცია შეეხება ქალებსაც, პლაცენტის წინმდებარეობის დიაგნოზით. [A].
57. რეგიონული ანესთეზია კეთდება საოპერაციოში, ვინაიდან ამ შემთხვევაში პაციენტი ნაკლებად შფოთავს [B].
58. ქალებს, რომლებსაც სკ უტარდებათ რეგიონული ანესთეზიით, ჰიპოტენზიის რისკის შემცირების მიზნით შესთავაზეთ ეფედრინი ან ფენილეფრინი ინტრავენურად და წინასწარი მოცულობითი დატვირთვა კრისტალოიდებით ან კოლოიდებით. [A].
59. ყოველი სამშობიარო ბლოკი უნდა ფლობდეს სამეანო ანესთეზიისა და წარუმატებელი ინტუბაციის მართვისათვის საჭირო უნარ-ჩვევებს. [D].
60. ასპირაციული პნევმონიის რისკის შემცირების მიზნით ქალებს შესთავაზეთ ანტაციდები და სხვა მედიკამენტები (მაგ. H<sub>2</sub> რეცეპტორის ანტაგონისტები ან პროტონული ტუმბოს



ინჰიბიტორები) იმისათვის, რომ საკეისრო კვეთამდე შემცირდეს კუჭის მოცულობა და მჟავიანობა. [B]

61. ქალებს, რომლებსაც უტარდებათ სკ, შესთავაზეთ ღებინების საწინააღმდეგო პრეპარატები. [A].
62. გადაუდებელი სკ-ის დროს ზოგადი ანესთეზია უნდა მოიცავდეს პრეოქსიგენაციას, ბექდისებრ ხრტილზე ზეწოლას და სწრაფ თანმიმდევრულ სტიმულაციას ასპირაციის რისკის შესამცირებლად. [GPP].
63. ჰიპოტენზიის მართვის მიზნით სკ-ის დროს გამოიყენეთ ინტრავენური ეფედრინი ან ფენილეფრინი. [A].
64. საკეისრო კვეთისთვის განკუთვნილ საოპერაციო მაგიდას უნდა გააჩნდეს ლატერალური 15<sup>0</sup>-იანი დახრილობა, რადგანაც ეს ამცირებს დედის ჰიპოტენზიას. [A].

## 5.6 სკ-ის ქირურგიული ტექნიკა

სხვადასხვა კვლევებში შესწავლილა იქნა აივ დადებითი ქალიდან სამედიცინო პერსონალზე აივ ინფექციის გადაცემის პრევენციისთვის ბარიერული ტექნიკის გამოყენების ეფექტურობა საოპერაციოში. ამ კვლევებში შეისწავლეს სხვადასხვა ტექნიკის, (70) საოპერაციო მასალისა და ორმაგი ხელთათმანების გამოყენების გავლენა ინფექციის პრევენციაზე (71) (72) და ინფიცირების შემდგომი პროფილაქტიკა (73). აღნიშნული კვლევებით მიღებული მტკიცებულებების საფუძველზე შემუშავდა შესაბამისი რეკომენდაციები:

65. აივ დადებითი ქალების საკეისრო კვეთის ოპერაციის დროს გამოიყენეთ ორმაგი ხელთათმანები, რადგან ამ გზით მცირდება სამედიცინო პერსონალზე აივ ინფექციის გადაცემის რისკი. [A].
66. სკ-ის ოპერაციის დროს დაცული უნდა იყოს უსაფრთხო ქირურგიული პრაქტიკის შესახებ ზოგადი რეკომენდაციები, რომლებიც უზრუნველყოფს აივ ინფექციის სამედიცინო პერსონალზე გადაცემის რისკის შემცირებას. [C].

### 5.6.1 მუცლის კედლის განაკვეთი

საკეისრო კვეთის დროს ვერტიკალური განაკვეთი ჩანაცვლებულია განივი განაკვეთით (74). მეტა-ანალიზის საფუძველზე, განაკვეთის ტექნიკის მიხედვით შეფასდა პოსტოპერაციული ტკივილი, ჭრილობის ინფექციის მაჩვენებლები, ჭრილობის შეხორცების ხარისხი და გართულებები (75). ასევე ერთმანეთს შედარდა აბდომინალური განაკვეთის სხვადასხვა ტექნიკები (ფანენშტილი, მელიარდი და ჯოელ-კოენი) (76). ფანენშტილის და ჯოელ-კოენის ტექნიკით შესრულებული განაკვეთის შეფასების შედეგად დადგინდა, რომ ჯოელ-კოენის განაკვეთის შემთხვევაში საკეისრო კვეთის ოპერაციის ხანგრძლივობა ნაკლებია და შემცირებულია პოსტოპერაციული ჭრილობის გართულებები. (77) (78).

67. სკ აწარმოეთ განივი აბდომინალური განაკვეთით, რომლის დროს შუახაზზე განაკვეთთან შედარებით ნაკლებია პოსტოპერაციული ტკივილი, ხოლო კოსმეტიკური ეფექტი კი გაუმჯობესებულია. [B]
68. განივი განაკვეთის არჩევანს წარმოადგენს ჯოელ-კოენის განაკვეთი (კანის სწორი გაკვეთა, ბოქვენის სიმფიზიდან 3 სმ-ით ზემოთ, მომდევნო ქსოვილოვანი შრეების გათიშვა ბლაგვად და თუ საჭიროა გაფართოება მაკრატლებით და არა დანით), რომელიც

დაკავშირებულია ხანმოკლე ოპერაციასთან და შემცირებულ პოსტოპერაციულ ცხელებასთან. [A].

### 5.6.2 ინსტრუმენტების გამოყენება კანის განაკვეთზე

სკ-ის დროს კანის გასაკვეთად კონკრეტული ინსტრუმენტების გამოყენება არ შესწავლილა არცერთ კვლევაში. თუმცა, ჩატარებულია კვლევები, რომელშიც შედარებულია ერთი და ორი სკალპელის (კანისთვის და ღრმა ქსოვილებისთვის) ან ელექტროკოაგულაციის გამოყენებით ჩატარებული ოპერაციების გამოსავლები. აღნიშნულ კვლევებში არ გამოვლინდა რაიმე განსხვავება ჭრილობის ინფექციების ან სხვა გამოსავლების მხრივ (79). ერთადერთ განსხვავებას წარმოადგენს გაკვეთისას ელექტროდანის გამოყენების უპირატესობა სისხლის დანაკარგის თვალსაზრისით. (80) (81).

69. ცალკეული ქირურგიული დანების გამოყენება კანისა და ღრმა ქსოვილების გასაკვეთად არ არის რეკომენდებული, რადგანაც ის არ ამცირებს ჭრილობის ინფექციას. [B]

### 5.6.3 საშვილოსნოს განაკვეთის გაფართოება

70. საკეისრო კვეთის დროს კარგად ფორმირებული საშვილოსნოს ქვედა სეგმენტის შემთხვევაში, საშვილოსნოს განაკვეთის ბლაგვი წესით გაფართოება ამცირებს სისხლის დანაკარგს, მშობიარობის შემდგომი ჰემორაგიის სიხშირესა და გადასხმის საჭიროებას. (82) (83) (84) [A].

### 5.6.4 ნაყოფის ლაცერაცია

სხვადასხვა “RCT”-ით, რომლებშიც ერთმანეთს შედარდა საშვილოსნოს განაკვეთის ბასრი და ბლაგვი გაფართოება, ჩვილის ტრავმის შემთხვევები არ გამოვლინდა. თუმცა, სკ-ის დროს ნაყოფის ლაცერაციის შემთხვევები აღნიშნულია სამ აღწერილობით კვლევაში.

71. ქალებს, სკ-ით, აცნობეთ, რომ ნაყოფის ლაცერაციის რისკი დაახლოებით 2%-ს შეადგენს. (85), (86) [C].

### 5.6.5 მაშების გამოყენება

72. სკ-ის დროს ბავშვის თავის დაზარების გაძნელებისას გამოიყენეთ მაშები. არ არსებობს მაღალი ხარისხის მტკიცებულებები, რომ საკეისრო კვეთის დროს მაშების გამოყენება ნეგატიურად მოქმედებს ახალშობილის ავადობაზე. (87), (88) [C].

### 5.6.6 ჭიპლარის გადაჭრა (გადაკვეთა)

ჭიპლარის დაყოვნებული გადაჭრა, სავარაუდოდ, ამცირებს ჩვილის ანემიას, აუმჯობესებს სისტემურ და ფილტვის პერფუზიას და ძუძუთი კვების შედეგებს. ჭიპლარის დაყოვნებული გადაჭრის მოსალოდნელი უარყოფითი გამოსავლება პოლიციტემია, ჰიპერვისკოზიტი, ჰიპერბილირუბინემია, ახალშობილის გარდამავალი ტაქიპნოე და რეზუს უარყოფითი დედიდან ჩვილში ტრანსფუზია. (89) (90) (91). თუმცა, ნეონატალურ გამოსავლებზე (მათ შორის ახალშობილის გარდამავალი ტაქიპნოე, რეზუს უარყოფითი დედიდან ჩვილში ტრანსფუზიის რისკი დროულ და დღენაკლ ახალშობილებში) ჭიპლარის დაყოვნებული გადაჭრის გავლენის შესაფასებლად საჭიროა რანდომული კონტროლირებადი კვლევების ჩატარება.



### 5.6.7 უტეროტონული საშუალებების გამოყენება

ოქსიტოცინის დოზა სკ-ის დროს არის 5 ერთეული ნელი ინტრავენური ინექციის სახით. ოქსიტოცინი გამოიყენება საშვილოსნოს შეკუმშვების სტიმულაციისთვის, ასევე პლაცენტის მოცილების დაყოვნების მინიმუმამდე დაყვანის, ინტრაოპერაციული სისხლის დანაკარგის შემცირებისა და მშობიარობის შემდგომი ჰემორაგიის პრევენციის მიზნით. (92) (93) (94) (95) (96)

73. სკ-ის დროს საშვილოსნოს შეკუმშვების სტიმულაციისა და სისხლის დაკარგვის შემცირების მიზნით გამოიყენეთ ოქსიტოცინის 5 ერთეულის ნელი ინტრავენური ინექცია. [C].

### 5.6.8 პლაცენტის მოცილების მეთოდი

74. სკ-ის დროს პლაცენტის მოცილება რეკომენდებულია ჭიპლარის კონტროლირებადი ტრაქციით და არა მანუალურად, რადგან ამ გზით მცირდება ენდომეტრიტის განვითარების რისკი. (97) (98) (99) [A].

### 5.6.9 საშვილოსნოს ექსტერიორიზაცია (ჭრილობის გარეთ გამოტანა)

75. რეკომენდებულია საშვილოსნოს ინტრაპერიტონეული აღდგენა. საშვილოსნოს ექსტერიორიზაცია (ჭრილობის გარეთ გამოტანა) არ არის რეკომენდებული, რადგან დაკავშირებულია უფრო ძლიერ ტკივილთან და არ აუმჯობესებს ოპერაციის ისეთ გამოსავლებს, როგორცაა ჰემორაგია და ინფექცია. (100) (101) (102) [A].

### 5.6.10 საშვილოსნოს ერთშრიანი ნაკერით დახურვა ორშრიანთან შედარებით

სკ-ის დროს საშვილოსნოს ერთშრიანი ნაკერით დახურვა შემოთავაზებული იყო ოპერაციული ჩარევის დროის ხანგრძლივობის შემცირების მიზნით, რომელსაც გავლენა არ უნდა მოეხდინა შემდგომ ავადობაზე. მიმდინარე პრაქტიკის თანახმად, დიდ ბრიტანეთში ქირურგების 96% იყენებს ორშრიან დახურვას და მათი მხოლოდ 3% მიმართავს ერთშრიან დახურვას. (103) (104) (105) [EL=3].

76. საშვილოსნოს განაკვეთის ერთშრიანი დახურვის ეფექტურობა და უსაფრთხოება არასარწმუნოა. კვლევების კონტექსტის მიღმა, საშვილოსნოს განაკვეთი უნდა გაიკეროს ორ შრედ. [B]

### 5.6.11 პერიტონეუმის დახურვა

პერიტონეუმის დახურვა (ვისცერული და პარიეტული) ჩამოყალიბდა, როგორც სტანდარტული ქირურგიული პრაქტიკის ნაწილი და მისი მიზანია ჭრილობის ანატომიური აღდგენა, ქსოვილების ხელახალი დაახლოება და ინფექციის შემცირება ანატომიური ბარიერის შექმნით. დიდი ბრიტანეთის მიმდინარე პრაქტიკაში ქირურგების 66% არ ხურავს პარიეტულ პერიტონეუმს, ხოლო 34 % ხურავს მას. (106) (107) (108).

77. სკ-ის დროს არ უნდა გაიკეროს არც ვისცერული და არც პარიეტული პერიტონეუმი, რადგანაც მცირდება ოპერაციის ხანგრძლივობა და პოსტ-ოპერაციული ანალგეზიის საჭიროება, იმავდროულად, იზრდება დედის კმაყოფილება. [A].

### 5.6.12 მუცლის კედლის დახურვა

78. იშვიათ შემთხვევებში, თუ სკ-ის დროს გამოყენებულია შუახაზზე აბდომინალური განაკვეთი, ჭრილობის მასიური დახურვა განახორციელებთ ნელა აბსორბირებადი უწყვეტი ნაკერით, რადგანაც შრეობრივ დახურვასთან შედარებით, ნაკლებად იწვევს განაკვეთის თიაქარს და დაცილებას. (109) (110) [B]

### 5.6.13 კანქვეშა ქსოვილის დახურვა

79. კანქვეშა ქსოვილის დახურვა არ ამცირებს ჭრილობის ინფექციის სიხშირეს, ამიტომ რუტინულად არ დახუროთ კანქვეშა ქსოვილოვანი შრე, გარდა იმ შემთხვევებისა, როცა კანქვეშა ცხიმის სისქე 2 სმ-ზე მეტია. (112) (113) [A].

### 5.6.14 ჭრილობის ზედაპირული დრენაჟების გამოყენება

80. სკ-ის დროს არ გამოიყენოთ ჭრილობის ზედაპირული დრენაჟები, რადგან არ ამცირებს ჭრილობის ინფექციისა და ჰემატომის სიხშირეს. (114) (115) (116) [A].

### 5.6.15 კანის დახურვა

81. საკერი მასალისა და კანის გაკერვის სხვადასხვა მეთოდის გავლენა სკ-ის გამოსავლებზე არასარწმუნოა. (117) (118) [C].

### 5.6.16 ჭიპის არტერიის "pH"-ის გაზომვა

82. ნაყოფის არაკეთილსაიმედო მდგომარეობაზე (ნაყოფის დისტრესი) ეჭვის შემთხვევაში, სკ-ის შემდეგ რეკომენდებულია ჭიპის არტერიის "pH"-ის გაზომვა თუ ეს ტექნიკურად ხელმისაწვდომია, ვინაიდან აუმჯობესებს ნაყოფის კეთილდღეობასა და ჩვილზე უწყვეტი ზრუნვის პროცესს. (119) [B]

### 5.6.17 ანტიბიოტიკების გამოყენება

დედის ავადობის მნიშვნელოვან მიზეზს წარმოადგენს სკ-ის ინფექციური გართულებები, რომლის გამოც შეიძლება გახანგრძლივდეს ჰოსპიტალში დაყოვნება. (120) (121) (122) (123) მათ მიეკუთვნება ჭრილობის ინფექცია, ენდომეტრიტი და საშარდე ტრაქტის ინფექცია.

83. სკ-ის დროს ქალს, კანის გაკვეთამდე 0-60 წთ-ით ადრე, ინფექციის პროფილაქტიკის მიზნით შესთავაზეთ ანტიბიოტიკების ერთჯერადი დოზა ი/ვ-ად (მაგალითად, პირველი თაობის ცეფალოსპორინები, ფართო სპექტრის პენიცილინები) და მიაწოდეთ ინფორმაცია, რომ დედის ინფექციის რისკი ამ გზით უფრო მეტად მცირდება, ვიდრე ანტიბიოტიკების პროფილაქტიკური გამოყენებისას კანის გაკვეთის შემდეგ. ასევე, აცნობეთ ქალს, რომ ანტიბიოტიკების უარყოფითი გავლენა ახალშობილებზე არ არის გამოვლენილი (124) (125) (126).

84. სკ-ის დროს პოსტოპერაციული ინფექციების რისკის შესამცირებლად ქალებს შესთავაზეთ ანტიბიოტიკოპროფილაქტიკა. შეარჩიეთ ანტიბიოტიკები, რომლებიც ეფექტურია ენდომეტრიტის, საშარდე გზებისა და ჭრილობის ინფექციების წინააღმდეგ, ვინაიდან სკ-ის შემდეგ ეს ინფექციები ქალების დაახლოებით 8%-ს აღენიშნება [A].

85. არ გამოიყენოთ კო-ამოქსიკლავი ანტიბიოტიკების კანის გაკვეთამდე დანიშვნის დროს.<sup>5</sup> [GPP].

### 5.6.18 თრომბოპროფილაქტიკა საკეისრო კვეთის დროს

86. სკ-ის დროს ქალებს შესთავაზეთ თრომბოპროფილაქტიკა, რადგანაც ისინი ვენური თრომბოემბოლიის გაზრდილი რისკის ქვეშ იმყოფებიან. პროფილაქტიკის მეთოდის შერჩევას (მაგ. სპეციალური ელასტიური წინდა-კოლოტი, ჰიდრატაცია, ადრეული მობილიზაცია, თრომბოპროფილაქტიკის დაწყება ოპერაციიდან 6-12 საათის შემდეგ დაბალმოლეკულური ან არაფრაქციონირებული ჰეპარინით) საჭიროა თრომბოემბოლური დაავადების რისკის გათვალისწინება და მოქმედი გაიდლაინების დაცვა. (127) (128) [D]. (თრომბოპროფილაქტიკის შესახებ დეტალური ინფორმაციისთვის იხილეთ სშჯსდ-ის მინისტრის 2012 წლის 22 აგვისტოს # 01-249/ო ბრძანებით დამტკიცებული პროტოკოლი "თრომბოემბოლიზმის პრევენცია ანტენატალურად და მშობიარობის შემდგომ პერიოდში: [http://www.moh.gov.ge/files/01\\_GEO/jann\\_sistema/gaidlaini/gaidlain-protokol/107.pdf](http://www.moh.gov.ge/files/01_GEO/jann_sistema/gaidlaini/gaidlain-protokol/107.pdf))

### 5.6.19 დედის კმაყოფილება საკეისრო კვეთის დროს

87. მშობიარობის დროს, შესაძლებლობის ფარგლებში, გაითვალისწინეთ ქალის შეხედულებები, როგორცაა, საოპერაციოში მუსიკის მოსმენა, ტიხარის დადაბლება ბავშვის დაბადების დასაწყისად და სიჩუმის დაცვა, რათა ბავშვმა დაბადებისას პირველად დედის ხმა გაიგონოს. (132) (129) (130) [GPP].

## 6. სკ-ით დაბადებულ ბავშვზე ზრუნვა

### 6.1 ნეონატოლოგის დასწრება სკ-ზე

88. საკეისრო კვეთის ოპერაციას უნდა ესწრებოდეს ტრენირებული და ახალშობილთა რეანიმაციაში დახელოვნებული ექიმი ნეონატოლოგი. (131) (132) [C].

### 6.2 თერმული ზრუნვა სკ-ით დაბადებულ ჩვილებზე

89. სკ-ით დაბადებულ ბავშვებში ჰიპოთერმიის ალბათობა უფრო მაღალია, შესაბამისად, ახალშობილის თერმული მოვლა წარმართეთ თერმული ზრუნვის შესახებ რეკომენდაციების მიხედვით. (133) (134) [GPP].

### 6.3 დედასთან კონტაქტი (კანით კანთან)

90. წახალისეთ და გააიოღეთ ადრეული, კანით კანთან კონტაქტი ქალსა (ან მამას) და ახალშობილს შორის, რადგან ის აუმჯობესებს დედობრივ უნარებს, დედობრივი ქცევის

<sup>5</sup>გაიდლაინის შემუშავების ჯგუფმა შეისწავლა ORACLE კვლევები, რომლითაც გამოვლინდა ახალშობილებში ნეკროზული კოლიტის განვითარების რისკი კო-ამოქსიკლავის ადგილობრივად გამოყენების დროს. შესაბამისად, იმის გათვალისწინებით რომ ახალშობილებში დასაშვებია ანტიბიოტიკების გამოყენება პროფილაქტიკის მიზნით კანის გაკვეთამდე ან ჭიპლარის გადაჭრამდე, გაიდლაინის შემუშავების ჯგუფი შეთანხმდა, რომ კო-ამოქსიკლავის ნაცვლად გამოყენებულ იქნას სხვა ალტერნატიული ანტიბიოტიკი.

ჩამოყალიბებასა და ძუძუთი კვების შედეგებს, იმავდროულად, ამცირებს ჩვილის ტირილს. (135) (136) [A].

## 6.4 ძუძუთი კვება

91. საკეისრო კვეთა არ წარმოადგენს ბუნებრივი (ძუძუთი) კვების უკუჩვენებას. ამიტომ, ექიმი ვალდებულია აუხსნას მშობელს, რომ საკეისრო კვეთა მინიმალურ გავლენას ახდენს ლაქტაციის პროცესზე და საკეისრო კვეთის შემდეგ დედას შეუძლია ბავშვის ძუძუთი კვების დაწყება მომჯობინებისთანავე. (იხ. გაიდლაინი "ძუძუთი კვების მართვა სამშობიარო სახლში ადრეულ ნეონატალურ პერიოდში").
92. სკ-ის შემდეგ უზრუნველყავით ადრეული ძუძუთი კვების დაწყება ძუძუთი კვების ტექნიკის დაცვით, რომელიც მოიცავს ძუძუზე სწორი მოჭიდების, კვების დროს სწორი პოზიციის შერჩევას და რძის გადმოდინების შეფასების უზრუნველყოფას, როგორც დედის, ასევე ახალშობილის მხრივ (იხ. გაიდლაინი "2 წლამდე ასაკის ბავშვის კვება"). ძუძუთი კვების ეფექტურობა შეაფასეთ დღის განმავლობაში 1-2-ჯერ (უშუალო დაკვირვებით). [A].

## 7. ქალზე ზრუნვა სკ-ის შემდეგ

### 7.1 პოსტოპერაციული მონიტორინგი

93. სკ-ის შემდეგ გააგრძელეთ ქალის უწყვეტი მონიტორინგი, ერთი-ერთზე პრინციპით, ვიდრე არ აღდგება სუნთქვის კონტროლი, კარდიორესპირატორული სტაბილურობა და ქალი შეძლებს კომუნიკაციის დამყარებას. (139) [D].
94. ანესთეზიიდან გამოსვლის შემდეგ გააგრძელეთ დაკვირვება (სუნთქვის სიხშირე, გულისცემის სიხშირე, სისხლის წნევა, ტკივილი და სედაცია) 2 საათის განმავლობაში, ყოველ ნახევარ საათში ერთჯერ, ხოლო შემდგომში - საათში ერთჯერ იმისათვის, რომ მონაცემები იყოს სტაბილური ან დამაკმაყოფილებელი. თუ დაკვირვების შედეგები არასტაბილურია, რეკომენდებულია უფრო ხშირი დაკვირვება. (140) [GPP].
95. ოპიატების ინტრათეკალურად გამოყენების დროს დააკვირდით სუნთქვის სიხშირეს, სედაციასა და ტკივილის მაჩვენებლებს მინიმუმ საათობრივად, 12 საათის მანძილზე დიამორფინისა და 24 საათის განმავლობაში მორფინის შემთხვევაში. (141) [GPP].
96. ოპიატების ეპიდურულად გამოყენების დროს ან პაციენტის მიერ კონტროლირებადი ანალგეზიის შემთხვევაში (ოპიატებით), რუტინულად დააკვირდით სუნთქვის სიხშირეს, სედაციასა და ტკივილის მაჩვენებლებს მკურნალობის მანძილზე და გაუტკივარების შეწყვეტის შემდეგ მინიმუმ 2 საათის განმავლობაში. (142) (143) [GPP].

### 7.2 ტკივილის მართვა სკ-ის შემდეგ

#### არასტეროიდული ანთების საწინააღმდეგო ანალგეზია

არასტეროიდული ანთების საწინააღმდეგო მედიკამენტები (NSAID) სკ-ის შემდეგ გამოიყენება სხვა ტიპის ტკივილგამაყუჩებლებთან ერთად, ძირითადად, მორფინით ანალგეზიის საჭიროების შემცირების მიზნით.

## რეგიონული ანესთეზიის შემდგომი გართულებები

97. 0.3 -0.4 მგ დიამორფინი ინტრათეკალურად შესთავაზეთ ქალებს ინტრაოპერაციული და პოსტოპერაციული ანალგეზიის მიზნით, რადგან ამცირებს დამატებითი ანალგეზიის საჭიროებას სკ-ის შემდეგ. ალტერნატივას წარმოადგენს 2.5-5 მგ დიამორფინი ეპიდურულად. (144) [A].
98. სკ-ის შემდეგ ქალს შესთავაზეთ პაციენტის მიერ კონტროლირებადი ანალგეზია ოპიოიდური ანალგეტიკების გამოყენებით, რომელიც მნიშვნელოვნად ამსუბუქებს ტკივილს. (145) [GPP].
99. სკ-ის შემდეგ ქალს, სხვა ანალგეტიკებთან ერთად კომბინაციაში, შესთავაზეთ არასტეროიდული ანთების საწინააღმდეგო პრეპარატები (თუ არ არსებობს უკუჩვენება), ვინაიდან მათი გამოყენება ამცირებს ოპიატების საჭიროებას. (146) [A].

### 7.3 საკვებისა და სითხეების მიღება სკ-ის შემდეგ

100. რეგიონული ანესთეზიით ნაწარმოები სკ-ის შემდგომ შესაძლებელია საკვებისა და სითხეების მიღება თუ ქალს არ აღენიშნება გართულებები. (147) [A].

### 7.4 შარდის ბუშტიდან კათეტერის ამოღება სკ-ის შემდეგ

101. შარდის ბუშტიდან კათეტერი ამოიღეთ ეპიდურული ანესთეზიის ბოლო დოზიდან 12 საათის შემდეგ და თუ პაციენტი მოძრაობის შესაძლებლობის მქონეა. (148) [D].

### 7.5 სუნთქვითი ფიზიოთერაპია სკ-ის შემდეგ

102. ზოგადი ანესთეზიის შემდეგ ქალს რუტინულად არ შესთავაზოთ სუნთქვითი ფიზიოთერაპია, ვინაიდან არ აუმჯობესებს ისეთ რესპირატორულ გამოსავლებს, როგორცაა, ხველა, ნახველი, სხეულის ტემპერატურა, გულმკერდის პალპატორული და აუსკულტაციური მონაცემები. (149) [A].

### 7.6 ქალების სკ-ის შემდგომი ინფორმირება

სკ-ის შემდეგ ხელი შეუწყვეთ ქალებს, რომ სამედიცინო პერსონალთან ერთად განიხილონ სკ-ის მიზეზები და მომავალ ორსულობებზე მოსალოდნელი გავლენა. (150) (151)

### 7.7 სტაციონარში დაყოვნების ხანგრძლივობა და რეჰოსპიტალიზაცია

103. სკ-ის შემდეგ სტაციონარში დაყოვნების ხანგრძლივობა უფრო მაღალია (საშუალოდ 4-5 დღე) ვაგინალურ მშობიარობასთან შედარებით, რომელიც განისაზღვრება შესაბამისი ეროვნული პროტოკოლით და მხედველობაში მიიღება დედისა და ბავშვის ჯანმრთელობის მდგომარეობა. (152) (153) [A].



## 8. სკ-ის შემდგომი გამოჯანმრთელება

104. ზოგად პოსტნატალურ მოვლასთან ერთად სკ-ის შემდეგ ქალები უზრუნველყავით:
- სკ-ის შემდგომ გამოჯანმრთელებასთან დაკავშირებული სპეციფიკური მოვლით;
  - გართულებების მართვასთან დაკავშირებული ზრუნვით. [GPP].
105. სკ-ის შემდეგ ქალები რეგულარულად უნდა იღებდნენ პოსტოპერაციული ტკივილის შესაბამის გაუტკივარებას.
106. სკ-ის ჭრილობის მოვლა მოიცავს:
- ნახვევის მოხსნას სკ-დან 24 საათის შემდეგ;
  - ტემპერატურის მონიტორინგს;
  - ჭრილობის შეფასებას ინფექციის ნიშნებზე (როგორცაა, მზარდი ტკივილი, სიწითლე ან გამონადენი), კიდეების დაცილების ან ღიაობის განსაზღვრას;
  - ქალის რჩევას ატაროს თავისუფალი, კომფორტული ტანსაცმელი და ბამბის საცვლები;
  - ჭრილობის ყოველდღიურ, ფრთხილ გასუფთავებას და გაშრობას;
  - საჭიროების შემთხვევაში, ნაკერების მოხსნას. [D].
107. საკეისრო კვეთის შემდეგ საშარდე სისტემის პათოლოგიური სიმპტომების გამოვლენისას განიხილეთ ერთ-ერთი შემდეგი კლინიკური მდგომარეობა:
- საშარდე გზების ინფექცია;
  - სტრესული შეუკავებლობა (გვხვდება დაახლოებით ქალების 4%-ში სკ-ის შემდეგ);
  - საშარდე გზების დაზიანება (გვხვდება დაახლოებით 1/1000 სკ-ზე). [D].
108. საშოდან არარეგულარული სისხლდენის დროს ქალებში, გადატანილი სკ-ით, გაითვალისწინეთ, რომ ის შესაძლებელია გამოწვეული იყოს ენდომეტრიტით და არა ჩარჩენილი ნაწილებით. [D].
109. სკ-ის შემდეგ ქალები თრომბოემბოლური დაავადების გაზრდილი რისკის ქვეშ იმყოფებიან (ღრმა ვენების თრომბოზი, ფილტვის ემბოლია), ამიტომ განსაკუთრებული ყურადღება მიაქციეთ შემდეგი სიმპტომების არსებობას: ხველა, ქოშინი ან ქვედა კიდურების სიმპტომები (მაგალითად, მტკივნეული და შეშუპებული წვივი). [D].
110. ქალებს, გადატანილი საკეისრო კვეთით, სრულად გამოჯანმრთელების შემდეგ შეუძლიათ დაუბრუნდნენ ცხოვრების ჩვეულებრივ რიტმს და საქმიანობას, როგორცაა: მანქანის მართვა, მძიმე ნივთების ტარება, ვარჯიში, სქესობრივი აქტი. [GPP].
111. ქალებს, გადატანილი სკ-ით, აცნობეთ, რომ სკ-ის შემდეგ ისინი არ იმყოფებიან ძუძუთი კვების გართულების, დეპრესიის, პოსტტრავმული სტრესის სიმპტომების, დისპარეუნის და ფეკალური შეუკავებლობის გაზრდილი რისკის ქვეშ. [D].

## 9. ორსულობა და მშობიარობა სკ-ის შემდეგ

განმეორებითი მშობიარობის ვაგინალურად წარმართვა შესაძლებელია ერთჯერ გადატანილი სკ-ის შემთხვევაშიც, თუკი არ არსებობს საკეისრო კვეთის სხვა ჩვენება. ამერიკის მეან-გინეკოლოგთა კოლეჯის (ACOG)<sup>6</sup> რეკომენდაციების მიხედვით, გადატანილი საკეისრო კვეთის შემდეგ მშობიარობა შესაძლებელია "TOLAC"-ის კანდიდატებში:

- ორსული ქალები, ერთჯერ გადატანილი საკეისრო კვეთით, რომელთა ასაკია < 38 წ;
- წინა მშობიარობიდან ჩასახვამდე გასულია > 6 თვე;
- თვითნებური სამშობიარო მოქმედების დაწყებისას ორსულობის ვადა არის < 40 კვირა;
- აღინიშნება ნაყოფის თავით წინმდებარეობა;
- ნაყოფის სავარაუდო წონა არის < 4000 გრ;
- ქალს არ აღენიშნება პრეეკლამპსია;
- მშობიარე ქალის BMI არის < 40 კგ/სმ<sup>2</sup>.

ქვემოთ მოცემულ ვებ-გვერდზე წარმოდგენილია მშობიარობის მცდელობა გადატანილი საკეისრო კვეთის შემდეგ (TOLAC- Trial of Labor After Cesarean Section), რომელიც სამედიცინო პერსონალს ბუნებრივი გზით მშობიარობის ალბათობისა და რისკების შეფასების შესაძლებლობას აძლევს.<sup>7</sup>

112. მშობიარობის მეთოდის დაგეგმვის დროს ქალებში, გადატანილი საკეისრო კვეთით, გაითვალისწინეთ:

- დედის სურვილი და შეხედულება;
- განმეორებითი საკეისრო კვეთის რისკები და სარგებელი;
- ვაგინალური მშობიარობის რისკები და სარგებელი;
- საშვილოსნოს გახვევის რისკი;
- პერინატალური სიკვდილიანობის და ავადობის რისკი. (154).

113. მხარი დაუჭირეთ ორსულ ქალს გადატანილი საკეისრო კვეთით, რომელსაც გადაწყვეტილი აქვს იმშობიაროს ვაგინალური გზით. ამასთანავე, საჭიროა მას მიაწოდოთ ინფორმაცია, რომ:

- საშვილოსნოს გახვევა ძალიან იშვიათი გართულებაა, თუმცა, მისი რისკი გაზრდილია ქალებში გადატანილი სკ-ით;
- ახალშობილის სიკვდილის რისკი დაბალია ვაგინალური მშობიარობის დროს (10/10 000), თუმცა, ის უფრო მაღალია, ვიდრე გეგმიური განმეორებითი სკ-ის დროს (1/10 000);
- ვაგინალური მშობიარობის ან გეგმიური განმეორებითი სკ-ის გავლენა ისეთ გამოსავალზე, როგორცაა, ახალშობილის ცერებრალური დამბლა, დადგენილი არ არის. (155) (156).

114. მშობიარობის დაგეგმვის დროს ქალებს, გადატანილი სკ-ით უნდა შესთავაზოთ:

- ნაყოფის გულისცემის მუდმივი ელექტრონული მონიტორინგი;
- მშობიარობა ბლოკში (ერთეულში), სადაც საჭიროების შემთხვევაში, ხელმისაწვდომია გადაუდებელი სკ და სისხლის გადასხმის მომსახურება. (157).

<sup>6</sup> Vaginal Birth After Previous Cesarean Delivery. Practice Bulletin N115. (2010).

<http://www.acog.org/~media/Practice%20Bulletins/Committee%20on%20Practice%20Bulletins%20--%20Obstetrics/pb115.pdf?dmc=1&ts=20130415T1216109630>

<sup>7</sup> <http://www.bsc.gwu.edu/mfm/vagbirth.html>



115. მშობიარობის აღძვრა ქალებში, გადატანილი სკ-ით, დაკავშირებულია საშვილოსნოს გახვევის მაღალ ალბათობასთან:
- 80/10000, როდესაც მშობიარობა აღიძვრება არაპროსტაგლანდინური აგენტებით;
  - 240/10000, როდესაც მშობიარობა აღიძვრება პროსტაგლანდინებით. [GPP].
116. მშობიარობის აღძვრის შემთხვევაში, ქალები, გადატანილი სკ-ით, საჭიროებენ უწყვეტ მონიტორინგს. ასევე, მათთვის ხელმისაწვდომი უნდა იყოს ნაყოფის გულისცემის მუდმივი ელექტრონული მონიტორინგი და გადაუდებელი სკ, რადგანაც საშვილოსნოს გახვევის გაზრდილი რისკის ქვეშ იმყოფებიან. [GPP].
117. ქალებს, ანამნეზში ვაგინალური მშობიარობითა და საკეისრო კვეთით, მიაწოდეთ ინფორმაცია, რომ მათთვის ბუნებრივი გზით მშობიარობის ალბათობა უფრო მაღალია, ვიდრე არანამშობიარებ, გადატანილი სკ-ის მქონე ქალებში. [B]
118. ქალებს, რომლებსაც გადატანილი აქვთ  $\leq 4$  საკეისრო კვეთის ოპერაცია, მიაწოდეთ ინფორმაცია, რომ ცხელების, შარდის ბუშტის და ქირურგიული დაზიანების რისკები მშობიარობის მეთოდების მიხედვით არ არის განსხვავებული. გამონაკლისია საშვილოსნოს გახვევის რისკი, რომელიც უფრო მაღალია ვაგინალური მშობიარობის დროს, თუმცა, ის ძალზედ იშვიათი გართულებაა.
119. ჰოსპიტალიზაციის პერიოდში ქალებს მიეცეთ შესაძლებლობა, რომ სამედიცინო პერსონალთან ერთად განიხილონ გადატანილი სკ-ის მიზეზები, ამავე დროს, მიაწოდეთ ვერბალური და ბეჭდური ინფორმაცია მშობიარობის მეთოდებისა და (მომავალი ორსულობის შემთხვევაში) მათი არჩევანის შესახებ.

## 10. შესაფასებელი (აუდიტის) სტანდარტები

<b>გადაწყვეტილების მიღება</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• საკეისრო კვეთის დედის მოთხოვნის სპეციფიკური მიზეზების დოკუმენტირება;</li> </ul>
<b>პროცედურის ჩატარება</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• რეგიონული ანესთეზიით ჩატარებული საკეისრო კვეთების რაოდენობა;</li> <li>• საკეისრო კვეთების რაოდენობა, როცა ანტიბიოტიკოპროფილაქტიკის მიზნით ანტიბიოტიკები გამოყენებულია კანის გაკვეთამდე 0-60 წუთით ადრე;</li> <li>• რეგიონული ანესთეზიის/ზოგადი ანესთეზიის დროს ანტაციდების გამოყენება დოკუმენტურად დადასტურებულია;</li> <li>• გეგმიური საკეისრო კვეთების რაოდენობა, რომელიც ჩატარდა <math>\geq 39</math> კვირის ორსულობის ვადაზე;</li> </ul>
<b>საკეისრო კვეთის სიხშირის შემცირება</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• დოკუმენტურად დადასტურებული პარტოგრამის (4 საათიანი მოქმედების ხაზით) გამოყენება დროული, ერთნაყოფიანი, თავით წინმდებარეობით, ფიზიოლოგიური მშობიარობის დროს.</li> <li>• გადატანილი საკეისრო კვეთის შემდეგ ბუნებრივი გზით ნამშობიარები ქალების რაოდენობა;</li> <li>• მშობიარის მოთხოვნით გაკეთებული საკეისრო კვეთების ხვედრითი წილი საკეისრო კვეთების საერთო რაოდენობაში.</li> </ul>

## დანართი - კლინიკური ალგორითმი

### 1. საკეისრო კვეთის (სკ) დაგეგმვა

#### გადაწყვეტილების მიღება სკ-ის შესახებ

- ქალს მიაწოდეთ მტკიცებულებებზე დაფუძნებული ინფორმაცია სკ-ის ჩვენებების, პროცედურების, მასთან დაკავშირებული რისკებისა და სარგებელის, ასევე, მომავალ ორსულობებსა და მშობიარობებზე გადატანილი საკეისრო კვეთის გავლენის შესახებ. გაითვალისწინეთ ქალის მდგომარეობა, წუხილები და შეხედულებები (იხ. რეკომენდაციები 1 და 2).
- კომუნიკაცია და ინფორმაციის მიწოდება საჭიროა განხორციელდეს ქალისთვის მისაღები ფორმით. ასევე, აუცილებელია უმცირესობების ინფორმაციული და კულტურული საჭიროებების, ენობრივი ბარიერის, შეზღუდული შესაძლებლობებისა და აღქმის პრობლემების გათვალისწინება. (იხ. რეკომენდაცია 3).
- სკ-ის შესახებ ინფორმირებული თანხმობის მიღება შესაძლებელია მხოლოდ მას შემდეგ, რაც ორსულ ქალს მიაწოდებთ მტკიცებულებებზე დაფუძნებულ სრულყოფილ ინფორმაციას (იხ. რეკომენდაცია 14).
- ორსულ ქალს უფლება აქვს უარი განაცხადოს საკეისრო კვეთის ოპერაციაზე იმ შემთხვევაშიც კი, როცა შეთავაზებული მეთოდი სარგებლობას მოუტანდა მას ან ბავშვის ჯანმრთელობას (იხ. რეკომენდაცია 15).
- აივ ინფიცირებულ ქალს უნდა მიაწოდოთ ინფორმაცია როგორც აივ მკურნალობისა და მშობიარობის სხვადასხვა მეთოდის, ასევე აივ მკურნალობის რისკებისა და სარგებლის შესახებ (იხ. რეკომენდაცია 31).
- სკ-ის შესახებ გადაწყვეტილების მიღების შემთხვევაში, აღრიცხეთ ყველა ფაქტორი, რომელმაც გავლენა იქონია ამ გადაწყვეტილებაზე და გამოყავით მათ შორის ყველაზე მნიშვნელოვანი ფაქტორი (იხ. რეკომენდაცია 16).

#### გეგმიური სკ რუტინულად არ შესთავაზოთ ქალებს

- დროული, გაურთულებელი, ტყუპით ორსულობის დროს, პირველი ნაყოფის თავით წინმდებარეობით (იხ. რეკომენდაცია 19).
- ნაადრევი მშობიარობით (იხ. რეკომენდაცია 21).
- გესტაციური ასაკისთვის მცირე ზომის ახალშობილების ავადობისა და სიკვდილობის შემცირების მიზნით (იხ. რეკომენდაცია 22).
- აივ ინფიცირებულ ქალებს, რომლებიც იტარებენ მაღალი აქტივობის ანტი-რეტროვირუსულ თერაპიას და მათი ვირუსული დატვირთვა შეადგენს 400 ასლი/მლ-ზე ნაკლებს, ასევე აივ ინფიცირებულ ქალებს, რომლებიც იტარებენ ნებისმიერ ანტირეტროვირუსულ მკურნალობას და მათი ვირუსული დატვირთვა 50 ასლი/მლ-ზე ნაკლებია (იხ. რეკომენდაცია 32).
- როცა BMI >50 (სხვა რისკ-ფაქტორების გარეშე) (იხ. რეკომენდაცია 13).
- ქალებს, B ჰეპატიტის ვირუსით (იხ. რეკომენდაცია 35).
- ქალებს, C ჰეპატიტის ვირუსით (იხ. რეკომენდაცია 36).
- ქალებს, მორეციდივე გენიტალური ჰერპესით (იხ. რეკომენდაცია 39).

## გეგმიური სკ შესთავაზეთ ქალებს

- დროული, გაურთულებელი, ერთნაყოფიანი, მენჯით წინმდებარეობით, რომლისთვისაც ნაყოფის თავზე გარეგანი მობრუნება უკუნაჩვენებია ან წარუმატებელი აღმოჩნდა (იხ. რეკომენდაცია 18).
- ტყუპით ორსულობის დროს, როდესაც პირველი ნაყოფი არ არის თავით წინმდებარეობით (იხ. რეკომენდაცია 20).
- როცა პლაცენტა ნაწილობრივ ან მთლიანდ ფარავს საშვილოსნოს ყელის შიდა სანათურს (იხ. რეკომენდაცია 23).
- აივ ინფიცირების შემთხვევაში, თუ ისინი არ იტარებენ ანტირეტროვირუსულ მკურნალობას ან იღებენ ნებისმიერ ანტირეტროვირუსულ თერაპიას და მათი ვირუსული დატვირთვა შეადგენს 400 ასლი/მლ-ს ან მეტს (იხ. რეკომენდაცია 34).
- აივ ვირუსისა და C ჰეპატიტის ვირუსის კონფექციით (იხ. რეკომენდაცია 37).
- პირველადი, გენიტალური, მარტივი ჰერპესის ვირუსული ინფექციით, ორსულობის მესამე ტრიმესტრში (იხ. რეკომენდაცია 38).

## ფაქტორები, რომლებიც გავლენას არ ახდენს სკ-ის სიხშირეზე

- სიარული მშობიარობისას;
- თავისუფალი პოზიცია მშობიარობის მე-2 ეტაპზე;
- წყალში მშობიარობა;
- ეპიდურული ანალგეზია;
- მშობიარობის პროგრესის შეფერხების დროს მშობიარობის აქტიური მართვა ან ადრეული ამნიოტომია (იხ. რეკომენდაციები 8 და 10).

## ფაქტორები, რომლებიც ამცირებს სკ-ის სიხშირეს

- პასუხისმგებელი მეანის ჩართვა გადაუდებელი სკ-ის შესახებ გადაწყვეტილების მიღების პროცესში (იხ. რეკომენდაცია 7).
- ნაყოფის თავზე გარეგანი მობრუნება ორსულობის 36-ე კვირაზე ქალებში, გაურთულებელი, ერთნაყოფიანი, მენჯით წინმდებარეობით. (გამონაკლისია ქალები მშობიარობის პროცესში, ქალები საშვილოსნოს ნაწიბურით ან პათოლოგიით, ნაყოფის არაკეთილსაიმედო მდგომარეობა, დარღვეული სანაყოფე გარსები, საშოდან სისხლდენა და სხვა მდგომარეობები). (იხ. რეკომენდაცია 17).
- მშობიარობის აღძვრა 41 კვირის და მეტ ვადაზე გაურთულებელი ორსულობის დროს (იხ. რეკომენდაცია 5).
- მშობიარობის მიმდინარეობის მონიტორინგის მიზნით პარტოგრამის გამოყენება (4-საათიანი მოქმედების ხაზით) ქალებში, დროული, ერთნაყოფიანი, გაურთულებელი ორსულობით (იხ. რეკომენდაცია 6).

გეგმიური სკ-ის სარგებელი	ვაგინალური მშობიარობის სარგებელი	არ არის განსხვავება:
<p><b>მცირდება</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ შორისის და მუცლის ტკივილი მშობიარობისას;</li> <li>➤ შორისისა და მუცლის ტკივილი მშობიარობიდან 3 დღის შემდეგ;</li> <li>➤ საშოს დაზიანება;</li> <li>➤ ადრეული მშობიარობის შემდგომი სისხლდენა;</li> <li>➤ სამეანო შოკი.</li> </ul>	<p><b>მცირდება</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ ჰოსპიტალში დაყოვნების ხანგრძლივობა;</li> <li>➤ ჰისტერექტომია მშობიარობის შემდგომი სისხლდენის გამო;</li> <li>➤ გულის გაჩერების ალბათობა;</li> <li>➤ ნეონატალური ინტენსიური თერაპიის განყოფილებაში (NICU) მოხვედრის ალბათობა.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ შორისისა და მუცლის ტკივილის თვალსაზრისით მშობიარობიდან 4 თვის შემდეგ;</li> <li>➤ შარდის ბუშტის / შარდსაწვეთის დაზიანების მხრივ;</li> <li>➤ საშვილოსნოს ყელის დაზიანების თვალსაზრისით;</li> <li>➤ ფილტვის ემბოლიის მხრივ;</li> <li>➤ ჭრილობის ინფექციის მხრივ;</li> <li>➤ ინტრაოპერაციული ტრავმის თვალსაზრისით;</li> <li>➤ საშვილოსნოს გახვევის განვითარების მხრივ;</li> <li>➤ ფილტვის ხელოვნური ვენტილაციის ან ინტუბაციის დროს;</li> <li>➤ თირკმლის მწვავე უკმარისობის განვითარების მხრივ;</li> <li>➤ ჰიპოქსიურ-იშემიური ენცეფალოპათიის თვალსაზრისით;</li> <li>➤ ცნს-ის დათრგუნვისა და კრუნჩხვების განვითარების მხრივ, pH&lt;7;</li> <li>➤ ინტრაკრანიალური ჰემორაგიის თვალსაზრისით;</li> <li>➤ ნეონატალური რესპირატორული ავადობის მხრივ.</li> </ul>

### გეგმიური სკ-ის დრო

გეგმიური სკ რუტინულად არ უნდა ჩაატაროთ ორსულობის 39 კვირის ვადამდე (იხ. რეკომენდაცია 45).

### აივ ინფექცია

ქალებში, რომლებსაც ანტირეტროვირუსული თერაპია უტარდებათ 50-400 ასლი/მლ-ზე ვირუსული დატვირთვით, განიხილება, როგორც ვაგინალური მშობიარობის, ასევე საკეისრო კვეთის შესაძლებლობა (იხ. რეკომენდაცია 33).

## მშობიარობის პროგრესის შეფერხების პროგნოზირება

- არ გამოიყენოთ პელვიმეტრია მშობიარობის მეთოდის შესახებ გადაწყვეტილების მიღების პროცესში (იხ. რეკომენდაცია 29).
- არ გამოიყენოთ დედის სიმაღლე ან ნაყოფის ზომების შეფასება მშობიარობის პროგრესის შეფერხების პროგნოზირების მიზნით (იხ. რეკომენდაცია 30).

## მჭიდროდ მიმაგრებული პლაცენტის დიაგნოსტიკა

- ქალებს, გადატანილი სკ-ით, რომლებსაც ორსულობის 32-34 კვირის ვადაზე დადასტურებული აქვთ პლაცენტის დაბალი მიმაგრება, პლაცენტის მჭიდროდ მიმაგრების დიაგნოსტიკის მიზნით შესთავაზეთ ფერადი დოპლერის ულტრაბგერითი გამოკვლევა (იხ. რეკომენდაცია 24).
- თუ ულტრაბგერითი გამოკვლევით სავარაუდოა პლაცენტის მჭიდროდ მიმაგრება:
  - ✓ გაუმჯობესებული სიზუსტის გამო განიხილეთ "MRI" გამოკვლევა, რომელიც დაგეხმარებათ მჭიდროდ მიმაგრებული პლაცენტის დიაგნოსტიკასა და ინვაზიის ხარისხის დადგენაში;
  - ✓ აუხსენით ქალს პროცედურის მსვლელობა და საჭიროება;
  - ✓ მიაწოდეთ მას ინფორმაცია, რომ თქვენი გამოცდილებით "MRI" გამოკვლევა, თუმცა, მწირია მტკიცებულებები ბავშვის მიმართ გრძელვადიანი რისკების შესახებ;
  - ✓ ჩაუტარეთ "MRI" გამოკვლევა თუ ის ქალისთვის მისაღებია (იხ. რეკომენდაცია 25).
- სკ-ის ოპერაციის ჩატარების დროს დარწმუნდით, რომ:
  - ✓ პასუხისმგებელი მეანი და ანესთეზიოლოგი ადგილზე არიან;
  - ✓ ნეონატოლოგი და ტრანსფუზიოლოგი მზადყოფნაში არიან;
  - ✓ ინტენსიური (თერაპიის) მოვლის საწოლი ხელმისაწვდომია;
  - ✓ ჯვარედინად შეთავსებული სისხლი და სისხლის პროდუქტები ხელმისაწვდომია საკმარისი რაოდენობით (იხ. რეკომენდაცია 26).
- საკეისრო კვეთის დაგეგმვისას პლაცენტის მჭიდროდ მიმაგრების სავარაუდო დიაგნოზის შემთხვევაში, მეანმა უნდა განსაზღვროს სხვა ექიმ-სპეციალისტების საჭიროება (იხ. რეკომენდაცია 27).

## სკ დედის მოთხოვნით

- გამოიკვლიეთ, განიხილეთ და აღრიცხეთ მოთხოვნის სპეციფიკური მიზეზები (იხ. რეკომენდაცია 40).
- თუ ქალი ითხოვს სკ-ს ჩვენების გარეშე, განიხილეთ მასთან და მის ახლობლებთან ერთად ბუნებრივი გზით მშობიარობის უპირატესობები და საკეისრო კვეთის მოსალოდნელი გართულებები. ასევე გააკეთეთ ჩანაწერი, რომ განხილვას ჰქონდა ადგილი. (იხ. რეკომენდაცია 41).
- თუ ქალი მშობიარობის შიშის გამო ითხოვს სკ-ს, შესთავაზეთ მას ეფექტური გაუტკივარება და მიაწოდეთ შესაბამისი რჩევები (იხ. რეკომენდაცია 42).
- თუ ქალისთვის განხილვისა და მხარდაჭერის შეთავაზების შემდეგ ვაგინალური მშობიარობა ისევ მიუღებელი რჩება, შესთავაზეთ მას გეგმიური სკ (იხ. რეკომენდაცია 43).



## ორსულობა და მშობიარობა სკ-ის შემდეგ

- გადატანილი საკეისრო კვეთის შემდეგ მშობიარობის მეთოდის შერჩევასა და საჭიროა დედის სურვილისა და შეხედულების, განმეორებითი სკ-ის სარგებლისა და რისკების, ვაგინალური მშობიარობის სარგებლისა და რისკების, გადაუდებელი სკ-ის რისკების გათვალისწინება (იხ. რეკომენდაცია 112).
- გადატანილი სკ-ის შემდეგ ვაგინალური მშობიარობის დაგეგმვისას ქალს შესთავაზეთ ნაყოფის გულისცემის მუდმივი ელექტრონული მონიტორინგი და მშობიარობის ადგილის შერჩევა, სადაც ხელმისაწვდომია გადაუდებელი სკ და სისხლის გადასხმის მომსახურება (იხ. რეკომენდაცია 114).
- ქალები, გადატანილი სკ-ით, მშობიარობის აღძვრის დროს უნდა იმყოფებოდნენ უწყვეტი მონიტორინგის ქვეშ. ასევე, ხელმისაწვდომი უნდა იყოს ნაყოფის გულისცემის მუდმივი ელექტრონული მონიტორინგი და საჭიროების შემთხვევაში, გადაუდებელი სკ, რადგანაც ისინი საშვილოსნოს გახვევის გაზრდილი რისკის ქვეშ იმყოფებიან (იხ. რეკომენდაცია 116).
- ქალებს, რომლებსაც გადატანილი აქვთ  $\leq 4$  საკეისრო კვეთა, მიაწოდეთ ინფორმაცია, რომ ცხელების, შარდის ბუშტის და ქირურგიული დაზიანების რისკები მშობიარობის მეთოდების მიხედვით არ არის განსხვავებული. გამონაკლისია საშვილოსნოს გახვევის რისკი, რომელიც უფრო მაღალია ვაგინალური მშობიარობის დროს, თუმცა, ის ძალზედ იშვიათი გართულებაა. (იხ. რეკომენდაცია 118).
- ქალებს, ანამნეზში ვაგინალური მშობიარობითა და სკ-ით, მიაწოდეთ ინფორმაცია, რომ ვაგინალური მშობიარობის ალბათობა მათთვის უფრო მაღალია, ვიდრე არანამშობიარებ ქალებში, გადატანილი სკ-ით (იხ. რეკომენდაცია 117).

## 2. გადაწყვეტილების მიღებიდან მშობიარობამდე ინტერვალი

### გადაუდებლობის კლასიფიკაცია

გადაუდებელი სკ-ის დოკუმენტირება მოახდინეთ შემდეგი სტანდარტული სქემის გამოყენებით:

- დედისა და ნაყოფის სიცოცხლის უშუალო საფრთხე (I კატეგორია);
- დედისა ან ნაყოფის არაკეთილსაიმედო მდგომარეობა, სიცოცხლის უშუალო გადაუდებელი საფრთხის გარეშე (II კატეგორია);
- დედისა და ნაყოფის არაკეთილსაიმედო მდგომარეობა არ აღინიშნება, მაგრამ საჭიროა ადრეული მშობიარობა (III კატეგორია);
- მშობიარობა ქალისა და პერსონალისათვის მოსახერხებელ/მისაღებ დროში დაგეგმვით (IV კატეგორია). (იხ. რეკომენდაცია 46).

### გადაწყვეტილების მიღებიდან მშობიარობამდე ინტერვალი

#### გადაუდებელი სკ-ის დროს

- I და II კატეგორიის სკ ჩაატარეთ გადაწყვეტილების მიღებიდან შემდეგისდაგვარად სწრაფად (იხ. რეკომენდაცია 47).
- II კატეგორიის სკ ჩაატარეთ გადაწყვეტილების მიღებიდან 75 წთ-ში (იხ. რეკომენდაცია 48).

### 3. საკეისრო კვეთის პროცედურული ასპექტები

#### წინასაოპერაციო გამოკვლევები და მომზადება

- მშობიარობის დროს სისხლდენის, პლაცენტის აცლის, საშვილოსნოს გახევის ან პლაცენტის წინმდებარეობის შემთხვევაში სკ უნდა ჩატარდეს სამეანო განყოფილებაში, სადაც ხელმისაწვდომია სისხლის გადასხმის სერვისები. (იხ. რეკომენდაცია 52).
- ჯანმრთელ ქალს, გაურთულებელი ორსულობით, სკ-მდე რუტინულად არ უნდა შესთავაზოთ შემდეგი გამოკვლევები:
  - ✓ შრატის შეგროვება და შენახვა;
  - ✓ სისხლის ჯვარედინი შეთავსება;
  - ✓ შედედების შეფასება;
  - ✓ ულტრაბერითი გამოკვლევა პლაცენტის ლოკალიზაციის განსაზღვრის მიზნით (იხ. რეკომენდაცია 53).
- ქალს შესთავაზეთ ჰემოგლობინის და ჰემატოკრიტის განსაზღვრა ანემიის იდენტიფიცირების მიზნით (იხ. რეკომენდაცია 51).
- სკ-ის დროს ქალებს შესთავაზეთ თრომბოპროფილაქტიკა. პროფილაქტიკის მეთოდის შერჩევას უნდა გაითვალისწინოთ თრომბოემბოლური დაავადების რისკი, მოქმედი გაიდლაინების შესაბამისად. (იხ. რეკომენდაცია 86).
- სკ-ის დროს ქალებს კანის გაკვეთამდე შესთავაზეთ ანტიბიოტიკოპროფილაქტიკა. არ გამოიყენოთ კო-ამოქსიკლავი (იხ. რეკომენდაციები 83, 84 და 85).
- თუ სკ ტარდება რეგიონული ანესთეზიით, გამოიყენეთ შარდის ბუშტის კათეტერი (იხ. რეკომენდაცია 54).

#### ანესთეზია სკ-ის დროს

- შესთავაზეთ რეგიონული ანესთეზია (იხ. რეკომენდაცია 56).
- რეგიონული ანესთეზია უნდა ჩატარდეს საოპერაციოში (იხ. რეკომენდაცია 57).
- რეგიონული ანესთეზიით მიმდინარე სკ-ის დროს ქალებს შესთავაზეთ ეფედრინი ან ფენილეფრინი ინტრავენურად და წინასწარი მოცულობითი დატვირთვა კრისტალოიდებით ან კოლოიდებით (იხ. რეკომენდაცია 58).
- შესთავაზეთ ანტაციდები და სხვა მედიკამენტები (როგორცაა, H<sub>2</sub> რეცეპტორების ანტაგონისტები ან პროტონული ტუმბოს ინჰიბიტორები) კუჭის მოცულობისა და მჟავიანობის შემცირების მიზნით (იხ. რეკომენდაცია 60).
- შესთავაზეთ ლებინების საწინაღმდეგო მედიკამენტები (იხ. რეკომენდაცია 61).
- გადაუდებელი სკ-ის დროს ზოგადი ანესთეზია უნდა მოიცავდეს წინასწარ ოქსიგენაციას, ბეჭდისებრ ხრტილზე ზეწოლას და სწრაფ, თანმიმდევრულ სტიმულაციას (იხ. რეკომენდაცია 62).
- ყოველი სამშობიარო ბლოკი უნდა ფლობდეს სამეანო ანესთეზიისა და წარუმატებელი ინტუბაციის მართვისათვის საჭირო უნარ-ჩვევებს. (იხ. რეკომენდაცია 59).
- განიხილეთ სკ-ის შემდგომი გაუტკივარების სხვადასხვა ვარიანტები (იხ. რეკომენდაცია 55).
- სკ-ის დროს ჰიპოტენზიის მართვის მიზნით გამოიყენეთ ინტრავენური ეფედრინი ან ფენილეფრინი (იხ. რეკომენდაცია 63).



- სკ-თვის განკუთვნილ საოპერაციო მაგიდას უნდა გააჩნდეს ლატერალური 15<sup>0</sup>-იანი დახრილობა (იხ. რეკომენდაცია 64).

## სკ-ის ქირურგიული ტექნიკა

- გამოიყენეთ ორმაგი ხელთათმანები აივ დადებითი ქალების საკეისრო კვეთის ოპერაციის დროს (იხ. რეკომენდაცია 65).
- გამოიყენეთ განივი აბდომინალური განაკვეთი (ან ჯოელ-კოენის განაკვეთი) (იხ. რეკომენდაციები 67 და 68).
- კარგად ფორმირებული საშვილოსნოს ქვედა სეგმენტის შემთხვევაში გამოიყენეთ საშვილოსნოს განაკვეთის ბლაგვი წესით გაფართოება (იხ. რეკომენდაცია 70).
- გამოიყენეთ ოქსიტოცინის 5 ერთეული ნელი ინტრავენური ინექციის სახით (იხ. რეკომენდაცია 73).
- მოაცილეთ პლაცენტა ჭიპლარის კონტროლირებადი ტრაქციით და არა მანუალურად (იხ. რეკომენდაცია 74).
- მოახდინეთ საშვილოსნოს ინტრაპერიტონეული აღდგენა. საშვილოსნოს ჭრილობიდან ამოტანა (ექსტერიორიზაცია) არ არის რეკომენდებული (იხ. რეკომენდაცია 75).
- გაკერეთ საშვილოსნოს განაკვეთი ორ შრედ (იხ. რეკომენდაცია 76).
- შუახაზოვანი აბდომინალური განაკვეთის შემთხვევაში ჭრილობის დახურვისას გამოიყენეთ ნელა გაწოვადი უწყვეტი ნაკერი (იხ. რეკომენდაცია 78).
- ნაყოფის არაკეთილსაიმედო მდგომარეობის დროს სკ-ის შემდეგ გაზომეთ ჭიპის არტერიის "pH" (იხ. რეკომენდაცია 82).
- მაშები გამოიყენეთ მხოლოდ ბავშვის თავის დაბადების გამძლეების შემთხვევაში (იხ. რეკომენდაცია 72).
- სკ-ის დროს სხვადასხვა საკერი მასალის ან კანის გაკერვის მეთოდის გავლენა არასარწმუნოა (იხ. რეკომენდაცია 81).
- რუტინულად არ დახუროთ კანქვეშა ქსოვილოვანი შრე, გარდა იმ შემთხვევებისა, როცა კანქვეშა ცხიმის სისქე 2 სმ-ზე მეტია (იხ. რეკომენდაცია 79).
- არ გამოიყენოთ ჭრილობის ზედაპირული დრენაჟები (იხ. რეკომენდაცია 80)
- მშობიარობის დროს გაითვალისწინეთ ქალის შეხედულებები (როგორცაა, საოპერაციოში მუსიკის მოსმენა) თუ ეს შესაძლებელია (იხ. რეკომენდაცია 87).

## 4. საკეისრო კვეთის შემდგომი ზრუნვა

### პოსტოპერაციული მონიტორინგი

- სკ-ის შემდეგ გააგრძელეთ მეთვალყურეობა ერთი-ერთზე პრინციპით, ვიდრე არ აღდგება სასუნთქ გზებზე კონტროლი, კარდიორესპირატორული სტაბილურობა და ქალი შეძლებს კომუნიკაციის დამყარებას (იხ. რეკომენდაცია 93).
- ანესთეზიიდან გამოსვლის შემდეგ გააგრძელეთ დაკვირვება (სუნთქვის სიხშირე, გულისცემის სიხშირე, სისხლის წნევა, ტკივილი და სედაცია) ყოველ ნახევარ საათში ერთჯერ, 2 საათის განმავლობაში და შემდეგ ყოველ 1 საათში. თუ დაკვირვების შედეგები არ არის სტაბილური, გაზარდეთ დაკვირვების სიხშირე (იხ. რეკომენდაცია 94).

- ოპიატების ინტრათეკალურად გამოყენებისას დააკვირდით სუნთქვის სიხშირეს, სედაციას და ტკივილის ქულებს საათობრივად, 12 საათის განმავლობაში დიამორფინის და 24 საათის განმავლობაში მორფინის შემთხვევაში (იხ. რეკომენდაცია 95).
- ოპიატების ეპიდურულად გამოყენების ან პაციენტის მიერ კონტროლირებადი ოპიატებით ანალგეზიის შემთხვევაში, დააკვირდით სუნთქვის სიხშირეს, სედაციას და ტკივილის ქულებს მკურნალობის მანძილზე და მკურნალობის შეწყვეტიდან მინიმუმ 2 საათის განმავლობაში (იხ. რეკომენდაცია 96).

### სკ-ით დაბადებულ ბავშვზე ზრუნვა

- სკ-ის ოპერაციას უნდა დაესწროს ახალშობილთა რეანიმაციაში დახელოვნებული ექიმი ნეონატოლოგი (იხ. რეკომენდაცია 88).
- თერმული მოვლა წარმართეთ ახალშობილებზე თერმული ზრუნვის რეკომენდაციების შესაბამისად (იხ. რეკომენდაცია 89).
- წახალისეთ და გააიოლეთ ადრეული, კანით კანთან კონტაქტი ქალსა და ახალშობილს შორის (იხ. რეკომენდაცია 90).
- სკ-ის შემდეგ უზრუნველყავით ადრეული ძუძუთი კვების დაწყება ძუძუთი კვების ტექნიკის დაცვით. დღის განმავლობაში 1-2-ჯერ შეაფასეთ ძუძუთი კვების ეფექტურობა (უშუალო დაკვირვებით). (იხ. რეკომენდაცია 91 და 92).

### ქალის მოვლა სკ-ის შემდეგ

- ქალებს შესთავაზეთ დიამორფინი (0.3-0.4 მგ ინტრათეკალურად) ინტრაოპერაციული და პოსტოპერაციული ანალგეზიისთვის, რადგან ამცირებს სკ-ის შემდეგ დამატებითი ანალგეზიის საჭიროებას. ეპიდურულად 2.5-5 მგ დიამორფინი წარმოადგენს ალტერნატიულ საშუალებას (იხ. რეკომენდაცია 97).
- სკ-ის შემდეგ, ტკივილის შემსუბუქების მიზნით, ქალს შესთავაზეთ პაციენტის მიერ კონტროლირებადი ანალგეზია ოპიოიდური ანალგეტიკებით. (იხ. რეკომენდაცია 98).
- სკ-ის შემდეგ თუ არ არსებობს არასტეროიდული ანთების საწინააღმდეგო პრეპარატების მიმართ უკუჩვენება, ქალს შესთავაზეთ ეს მედიკამენტები სხვა ანალგეტიკებთან ერთად კომბინაციაში (იხ. რეკომენდაცია 99).
- თუ სკ-ის შემდეგ გართულებები არ აღინიშნება, ქალს შეუძლია საკვებისა და სითხეების მიღება (იხ. რეკომენდაცია 100).
- შარდის ბუშტიდან კათეტერის ამოღება შესაძლებელია ეპიდურული ანესთეზიის ბოლო დოზიდან 12 საათის შემდეგ და თუ პაციენტი მოძრაობის შესაძლებლობის მქონეა. (იხ. რეკომენდაცია 101).
- ზოგადი ანესთეზიით ჩატარებული სკ-ის შემდეგ საჭირო არ არის ქალებისთვის რუტინული სუნთქვითი ფიზიოთერაპიის შეთავაზება, რადგანც ეს არ აუმჯობესებს რესპირატორულ შედეგებს, როგორცაა, ხველა, ნახველი, სხეულის ტემპერატურა, გულმკერდის პალპატორული და აუსკულტაციური ცვლილებები (იხ. რეკომენდაცია 102).
- სტაციონარში დაყოვნების ხანგრძლივობა უფრო მაღალია სკ-ის შემდეგ (საშუალოდ 4-5 დღე) ვაგინალურ მშობიარობასთან შედარებით (იხ. რეკომენდაცია 103).
- ჰოსპიტალიზაციის პერიოდში ქალებს მიეცით შესაძლებლობა, რომ სამედიცინო პერსონალთან ერთად განიხილონ გადატანილი სკ-ის მიზეზები, ამავე დროს, მიაწოდეთ ვერბალური და

ბეჭდური ინფორმაცია მშობიარობის მეთოდებისა და მომავალი ორსულობის შემთხვევაში, მეთოდების არჩევანის შესახებ. (იხ. რეკომენდაცია 119).

### სკ-ის შემდგომი გამოჯანმრთელება

- ზოგადი პოსტნატალური მოვლის გარდა, სკ-ის შემდეგ ქალები უზრუნველყავით სკ-ის შემდგომ გამოჯანმრთელებასთან დაკავშირებული სპეციფიკური მოვლითა და გართულებების მართვასთან დაკავშირებული ზრუნვით. (იხ. რეკომენდაცია 104);
- ქალები, გადატანილი საკეისრო კვეთით, რეგულარულად უნდა იღებდნენ პოსტოპერაციული ტკივილის შესაბამის გაუტკივარებას (იხ. რეკომენდაცია 105);
- სკ-ის შემდეგ ჭრილობის მოვლა მოიცავს:
  - ✓ ნახვევის მოხსნას სკ-დან 24 საათის შემდეგ;
  - ✓ ტემპერატურის მონიტორინგს;
  - ✓ ჭრილობის შეფასებას ინფექციის ნიშნებზე (როგორცაა, მზარდი ტკივილი, სიწითლე ან გამონადენი), კიდეების დაცილების ან ღიაობის განსაზღვრას;
  - ✓ ქალის რჩევას ატაროს თავისუფალი, კომფორტული ტანსაცმელი და ბამბის საცვლები;
  - ✓ ჭრილობის ყოველდღიურ, ფრთხილ გასუფთავებას და გამრობას;
  - ✓ საჭიროების შემთხვევაში, ნაკერების მოხსნას. (იხ. რეკომენდაცია 106).
- ქალებს, გადატანილი საკეისრო კვეთით, სრულად გამოჯანმრთელების შემდეგ შეუძლიათ დაუბრუნდნენ ცხოვრების ჩვეულ რიტმს და საქმიანობას, როგორცაა, მანქანის მართვა, მძიმე ნივთების ტარება, ვარჯიში, სქესობრივი აქტი (იხ. რეკომენდაცია 110).
- ქალებს, გადატანილი საკეისრო კვეთით, აცნობეთ, რომ სკ-ის შემდეგ ისინი არ იმყოფებიან ძუძუთი კვების გართულების, დეპრესიის, პოსტტრავმული სტრესის, დისპარეუნისა და ფეკალური შეუკავებლობის გაზრდილი რისკის ქვეშ (იხ. რეკომენდაცია 111).

### გაითვალისწინეთ სკ-ის სავარაუდო გართულებები

- ქალებში, გადატანილი სკ-ით, საშარდე სისტემის პათოლოგიური სიმპტომების გამოვლენისას საჭიროა საშარდე გზების ინფექციის, სტრესული შეუკავებლობის ან საშარდე გზების დაზიანების შესაძლებლობის განხილვა (იხ. რეკომენდაცია 107).
- საჭიროა გაითვალისწინოთ, რომ საშოდან არარეგულარული სისხლდენა ქალებში, გადატანილი სკ-ით, შესაძლოა გამოწვეული იყოს ენდომეტრიტით და არა ჩარჩენილი ნაწილებით. (იხ. რეკომენდაცია 108).
- სკ-ის შემდეგ ქალები თრომბოემბოლური დაავადების გაზრდილი რისკის ქვეშ იმყოფებიან. ამიტომ განსაკუთრებული ყურადღება მიაქციეთ ქალებს შემდეგი სიმპტომებით: ხველა, ქოშინი, ქვედა კიდურის სიმპტომები (მაგალითად, მტკივნეული და შეშუპებული წვივი) (იხ. რეკომენდაცია 109).

## გაიდლაინის ადაპტირების ჯგუფი

საკეისრო კვეთის კლინიკური გაიდლაინის ადაპტირება და საბოლოო ვერსიის მიღება განხორციელდა საქართველოს მეან-გინეკოლოგთა და პერინატოლოგთა ასოციაციის, საქართველოს მეან-გინეკოლოგთა ასოციაციისა და საქართველოს ბებიაქალთა ასოციაციის წევრების მიერ:

თენგიზ ასათიანი – სრული პროფესორი; FRCOG, თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტის რეპროდუქციული ჯანმრთელობის დეპარტამენტის ხელმძღვანელი; საქართველოს მეან-გინეკოლოგთა ასოციაციის პრეზიდენტი;

ნიკოლოზ კინტრია – მედიცინის მეცნიერებათა დოქტორი, სრული პროფესორი; თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტის მეანობა-გინეკოლოგიის დეპარტამენტის ხელმძღვანელი; თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტის მეან-გინეკოლოგიის რეზიდენტურის პროგრამის დირექტორი; აკად. კ. ჩაჩავას კლინიკის გინეკოლოგიური სექტორის ხელმძღვანელი; საქართველოს მეან-გინეკოლოგთა და პერინატოლოგთა ასოციაციის ვიცეპრეზიდენტი; საქართველოს ლაპაროსკოპისტ გინეკოლოგთა ასოციაციის ვიცეპრეზიდენტი; ევროპის ლაპაროსკოპისტ გინეკოლოგთა ასოციაციის წევრი;

თამარ ანთელავა – აკადემიური დოქტორი მედიცინაში; თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტის მეან-გინეკოლოგიის დეპარტამენტის ასისტენტ პროფესორი; აკად. კ. ჩაჩავას კლინიკის მეან-გინეკოლოგი; მეან-გინეკოლოგთა და პერინატოლოგთა ასოციაციის წევრი;

ზაზა ბოხუა – თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტის რეპროდუქციული ჯანმრთელობის დეპარტამენტის ასოცირებული პროფესორი, საქართველოს მეან-გინეკოლოგთა ასოციაციის გენერალური მდივანი;

დავით გაგუა – მედიცინის მეცნიერებათა დოქტორი. დ. ტვილდიანის სახელობის სამედიცინო უნივერსიტეტის აიეტის მეან-გინეკოლოგიის დეპარტამენტის ხელმძღვანელი, სრული პროფესორი; შპს „დავით გაგუას კლინიკის“ დირექტორი; პერინატოლოგთა და მეან-გინეკოლოგთა ასოციაციის წევრი; მეან-გინეკოლოგთა ასოციაციის წევრი; მედიკოსთა ასოციაციის წევრი; ნეონატოლოგთა ასოციაციის წევრი.

### კონსულტანტები:

კოტე ხარაბაძე – მედიცინის მეცნიერებათა დოქტორი, თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტის მეან-გინეკოლოგიის დეპარტამენტის ასისტენტ პროფესორი; სამშობიარო სახლის "იმედის კლინიკა" მეან-გინეკოლოგი;

მაია მახარაშვილი – "ჯორჯიან ამერიკან ალოის", ჯანმრთელობის და დაზღვევის მიმართულების ხელმძღვანელი;

ლიკა მიქაბერიძე – ეროვნული რეპროდუქციული საბჭოს კონსულტანტი;

ნინო ბერიძე – საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო, ჯანმრთელობის დაცვის დეპარტამენტის რეგულირების სამმართველოს უფროსი სპეციალისტი.

## რეცენზენტები:

რევაზ სულუხია - მედიცინის მეცნიერებათა დოქტორი, პროფესორი; აკადემიკოს ო. ლუდუშაურის სახელობის ეროვნული სამედიცინო ცენტრის პერინატალური დეპარტამენტის ხელმძღვანელი;

პლატონ მაჭავარიანი – თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტის მეანობა-გინეკოლოგიის დეპარტამენტის ასოცირებული პროფესორი; წმ. იოაკიმესა და ანას სახ. სამშობიარო სახლის ოპერაციული გინეკოლოგიის განყოფილების გამგე; საქართველოს მეან-გინეკოლოგთა და პერინატოლოგთა ასოციაციის ვიცეპრეზიდენტი.

საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო განსაკუთრებულ მადლობას უხდის გაეროს მოსახლეობის ფონდს (UNFPA) გაიდლაინის ადაპტირების პროცესში გაწეული ფინანსური და ტექნიკური დახმარებისთვის.

## გამოყენებული ლიტერატურა

1. Audit Commission for Local Authorities and the NHS in England and Wales. First Class Delivery: Improving Maternity Services in England and Wales. London: Audit Commission Publications; 1997;
2. Johnson R, Slade P. Does fear of childbirth during pregnancy predict emergency caesarean section? BJOG 2002;109:1213–21.
3. Gagnon AJ. Individual or group antenatal education for childbirth/parenthood. Cochrane Database Syst Rev 2001;(3).
4. Stapleton H. Qualitative study of evidence based leaflets in maternity care. BMJ 2002;324:639;
5. Geller, E.J., Wu, J.M., Jannelli, M.L., Nguyen, T.V., Visco, A.G. 2010a. Maternal outcomes associated with planned vaginal versus planned primary cesarean delivery. American Journal of Perinatology; 9:675-683
6. Dahlgren, L.S., von Dadelszen, P., Christilaw, J., Janssen, P.A., Lisonkova, S., Marquette, G.P., Liston, R.M. 2009. Caesarean section on maternal request: risks and benefits in healthy nulliparous women and their infants. Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada; 9:808-817.
7. General Medical Council. Duties of a doctor. Guidance from the General Medical Council London: General Medical Council; 1995.
8. General Medical Council. Seeking patients' consent: the ethical considerations. London: General Medical Council; 1998
9. Good practice in consent implementation guide: consent to examination or treatment. London: Department of Health Publications; 2001;
10. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Male and Female Sterilisation. Evidence-based Clinical Guideline No. 4. London: RCOG Press; 2004.
11. Hofmeyr GJ. External cephalic version facilitation for breech presentation at term. Cochrane Database Syst Rev 2001;(2).
12. Hofmeyr GJ. External cephalic version for breech presentation before term. Cochrane Database Syst Rev 2001;(2).
13. Hannah ME, Hannah WJ, Hewson SA, Hodnett ED, Saigal S, Willan AR. Planned caesarean section versus planned vaginal birth for breech presentation at term: a randomised multicentre trial. Lancet 2000;356:1375–83.;
14. Hofmeyr GJ, Hannah ME. Planned caesarean section for term breech delivery. Cochrane Database Syst Rev 2000;(2).
15. Lewsi G, Drife J, editors. Why Mothers Die 1997\_1999. The Fifth Report of the Confidential Enquiries into Maternal Deaths in the United Kingdom. London: RCOG Press; 2001
16. Smith GC, Pell JP, Dobbie R. Birth order, gestational age, and risk of delivery related perinatal death in twins: retrospective cohort study. BMJ 2002;325:1004.
17. Caukwell S, Murphy DJ. The effect of mode of delivery and gestational age on neonatal outcome of the non-cephalic presenting second twin. Am J Obstet Gynecol 2002;187:1356–61.
18. Crowther CA. Caesarean delivery for the second twin. Cochrane Database Syst Rev 2000;(2):CD000047.
19. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. The investigation and management of the small-for-gestational-age fetus. Guideline No. 31. London: RCOG Press; 2002.
20. GRIT Study Group. A randomised trial of timed delivery for the compromised preterm fetus: short term outcomes and Bayesian interpretation. BJOG 2003;110:27–32;
21. Kinzler WL, Ananth CV, Smulian JC, Vintzileos AM. The effects of labor on infant mortality among small-for-gestational age infants in the USA. J Matern Fetal Neonatal Med 2002;12:201–6.
22. Levy BT, Dawson JD, Toth PP, Bowdler N. Predictors of neonatal resuscitation, low Apgar scores, and umbilical artery pH among growth-restricted neonates. Obstet Gynecol 1998; 91:909–16.



23. Thomas J, Paranjothy S, Royal College of Obstetricians and Gynaecologists Clinical Effectiveness Support Unit. The National Sentinel Caesarean Section Audit Report. London: RCOG Press; 2001;
24. Lewsi G, Drife J, editors. Why Mothers Die 1997\_1999. The Fifth Report of the Confidential Enquiries into Maternal Deaths in the United Kingdom. London: RCOG Press; 2001.
25. Cantwell, R. et al. 2011 Saving Mothers' Lives: Reviewing maternal deaths to make motherhood safer 2006-2008. The eighth report of the confidential enquiries into maternal deaths in the United Kingdom. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*; 118:1-203
26. Warshak, C.R., Ramos, G.A., Eskander, R., Benirschke, K., Saenz, C.C., Kelly, T.F., Moore, T.R., Resnik, R. 2010. Effect of predelivery diagnosis in 99 consecutive cases of placenta accreta. *Obstetrics and Gynecology*; 1:65-69;
27. Wong, H.S., Hutton, J., Zuccollo, J., Tait, J., Pringle, K.C. 2008. The maternal outcome in placenta accreta: The significance of antenatal diagnosis and non-separation of placenta at delivery. *New Zealand Medical Journal*; 1277:30-3828.
28. Pattinson RE. Pelvimetry for fetal cephalic presentations at term. *Cochrane Database Syst Rev* 2001;(3).
29. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Pelvimetry. Guideline No. 14. London: RCOG; 2001.;
30. Gorman RE, Noble A, Andrews CM. The relationship between shoe size and mode of delivery. *Midwifery Today* 1997;70-1.
31. Boer, K., England, K., Godfried, M.H., Thorne, C. 2010. Mode of delivery in HIV-infected pregnant women and prevention of mother-to-child transmission: changing practices in Western Europe. *HIV Medicine*; 11(6):368-78
32. Warszawski, J., Tubiana, R., Le Chenadec, J., Blanche, S., Teglas, J.P., Dollfus, C., Faye, A., Burgard, M., Rouzioux, C., Mandelbrot, L., ANRS French Perinatal Cohort. 2008. Mother-to-child HIV transmission despite antiretroviral therapy in the ANRS French Perinatal Cohort. *AIDS*; 2:289-299
33. Islam, S., Oon, V., Thomas, P. 2010. Outcome of pregnancy in HIV-positive women planned for vaginal delivery under effective antiretroviral therapy. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*; 1:38-40;
34. Gibb DM, Goodall RL, Dunn DT, Healy M, Neave P, Cafferkey M, et al. Mother-to-child Transmission of hepatitis C virus: Evidence for preventable peripartum transmission. *Lancet* 2000;356:904-7.;
35. Beasley RP, Trepo C, Stevens CE, Szmunes W. The e antigen and vertical transmission of hepatitis B surface antigen. *Am J Epidemiol* 1977;105:94-8.
36. Lee SD, Tsai YT, Wu TC, Lo KJ, Wu JC, Yang ZL. Role of caesarean section in prevention of mother-infant transmission of hepatitis B virus. *Lancet* 1998;833-4;
37. European Paediatric Hepatitis C Virus Network. Effects of mode of delivery and infant feeding on the risk of mother-to-child transmission of hepatitis C virus. *BJOG* 2001; 108:371-7.
38. Brown ZA, Benedetti J, Ashley R, Burchett S, Selke S, Berry S, et al. Neonatal herpes simplex virus infection in relation to asymptomatic maternal infection at the time of labor. *N Engl J Med* 1991;324:1247-52.
39. Randolph AG, Hartshorn RM, Washington AE. Acyclovir prophylaxis in late pregnancy to prevent neonatal herpes: a cost-effectiveness analysis. *Obstet Gynecol* 1996;88:603-10.
40. Derso A, Boxall EH, Tarlow MJ, Flewett TH. Transmission of HBsAg from mother to infant in four ethnic groups. *BMJ* 1978;1(6118):949-52;
41. Johanson RB, El Timini S, Rigby C, Young P, Jones P. Caesarean section by choice could fulfil the inverse care law. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2001;97:20-2;
42. Gamble JA, Creedy DK. Women's request for a cesarean section: a critique of the literature. *Birth* 2000;27:256-63.

43. Melender HL. Experiences of fears associated with pregnancy and childbirth: a study of 329 pregnant women. *Birth* 2002;29:101–11.
44. Bewley S, Cockburn J. II. The unfacts of „request“ caesarean section. *BJOG* 2002; 109:597– 605.;
45. Hodnett ED, Lowe NK, Hannah ME, Willan AR, Stevens B, Weston JA, et al. Effectiveness of nurses as providers of birth labor support in North American hospitals. *JAMA* 2002;288:1373–81.
46. Hodnett ED, Gates S, Hofmeyr GJ, Sakala C. Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database Syst Rev* 2003;(3).
47. Hilder L, Costeloe K, Thilaganathan B. Prolonged pregnancy: evaluating gestation-specific risks of fetal and infant mortality. *Br J Obstet Gynaecol* 1998; 105:169–73.
48. Lavender T, Alfirevic Z, Walkinshaw S. Partogram action line study: a randomised trial. *Br J Obstet Gynaecol* 1998;105:976–80.
49. Pattinson RC, Howarth GR, Mdluli W, Macdonald AP, Makin JD, Funk M. Aggressive orexpectant management of labour: a randomised clinical trial. *BJOG* 2003;110:457–61
50. Thacker SB, Stroup DF. Continuous electronic heart rate monitoring for fetal assessment during labor. *Cochrane Database Syst Rev* 2000;(1)
51. Vintzileos AM, Antsaklis A, Varvarigos I, Papas C, Sofatzis I, Montgomery JTA randomizedtrial of intrapartum electronic fetal heart rate monitoring versus intermittent auscultation *Obstet Gynecol* 1993;81:899–907.
52. Simpson M. Raspberry leaf in pregnancy: its safety and efficacy in labor. *J Midwifery Women’s Health* 2001;46:51–9.
53. Chin RK. Ginseng and common pregnancy disorders. *Asia\_Oceania J Obstet Gynaecol* 1991;17:379–80;
54. Pinn G, Pallett L. Herbal medicine in pregnancy. *Complement Ther Nurs Midwifery* 2002;8:77–80.
55. Pinn G. Herbs used in obstetrics and gynaecology. *Aust Fam Physician* 2001;30:351–4.;58.Johanson RB, Menon BKV. Vacuum extraction versus forceps for assisted vaginaldelivery. *Cochrane Database Syst Rev* 2003;(1).;
56. Royal College of Gynaecologists and Obstetricians. Instrumental vaginal delivery. Guideline No. 26. London: RCOG; 2000.
57. Madar J, Richmond S, Hey E. Surfactant\_deficient respiratory distress after elective delivery at „term“. *Acta Paediatr* 1999;88:1244–8.
58. Morrison JJ, Rennie JM, Milton PJ. Neonatal respiratory morbidity and mode of delivery at term: influence of timing of elective caesarean section. *Br J Obstet Gynaecol* 1995; 102:101–6.
59. Thomas J, Paranjothy S, Royal College of Obstetricians and Gynaecologists Clinical Effectiveness Support Unit. The National Sentinel Caesarean Section Audit Report. London: RCOG Press; 2001.
60. Holcroft, C.J., Graham, E.M., Aina-Mumuney, A., Rai, K.K., Henderson, J.L., Penning, D.H. 2005. Cord gas analysis, decision-to-delivery interval, and the 30-minute rule for emergency cesareans. *Journal of Perinatology*; 4:229-235
61. Chauleur, C., Collet, F., Furtos, C., Nourrissat, A., Seffert, P., Chauvin, F. 2009. Identification of factors influencing the decision-to-delivery interval in emergency caesarean sections. *Gynecologic and Obstetric Investigation*; 4:248-254
62. Kolas, T., Hofoss, D., Oian, P. 2006. Predictions for the decision-to-delivery interval for emergency cesarean sections in Norway. *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica*; 5:561-566
63. Leung, T.Y., Chung, P.W., Rogers, M.S., Sahota, D.S., Lao, T.T., Hung Chung, T.K. 2009. Urgent cesarean delivery for fetal bradycardia. *Obstetrics and Gynecology*; 5:1023-1028
64. Holcroft, C.J., Graham, E.M., Aina-Mumuney, A., Rai, K.K., Henderson, J.L., Penning, D.H. 2005. Cord gas analysis, decision-to-delivery interval, and the 30-minute rule for emergency cesareans. *Journal of Perinatology*; 4:229-235
65. Shibli KU, Russell IF. A survey of anaesthetic techniques used for caesarean section in the UK in 1997. *Int J Obstet Anesth* 2000;9:160–7.;

66. Lertakyamane J, Chinachoti T, Tritrakarn T, Muangkasem J, Somboonnanonda A, Kolatat T. Comparison of general and regional anesthesia for cesarean section: Success rate, blood loss and satisfaction from a randomized trial. *J Med Assoc Thailand* 1999;82:672–9.;
67. Kolatat T, Lertakyamane J, Tritrakarn T, Somboonnanonda A, Chinachot T, Muangkasem J. Effects of general and regional anesthesia on the neonate (A prospective, randomized trial). *J Med Assoc Thailand* 1999;82:40–5.;
68. Dewan DM, Floyd HM, Thistlewood JM, Bogard TD, Spielman FJ. Sodium citrate pretreatment in elective cesarean section patients. *Anesth Analg* 1985;64:34–7.
69. Ewart MC, Yau G, Gin T, Kotur CF, Oh TE. A comparison of the effects of omeprazole and ranitidine on gastric secretion in women undergoing elective caesarean section. *Anaesthesia* 1990;45:527–30.
70. Tully L, Gates S, Brocklehurst P, McKenzie\_McHarg K, Ayers S. Surgical techniques used during caesarean section operations: results of a national survey of practice in the UK. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2002;102:120–6.;
71. Eggleston MK Jr, Wax JR, Philput C, Eggleston MH, Weiss MI. Use of surgical pass trays to reduce intraoperative glove perforations. *J Matern Fetal Med* 1997; 6:245–7.
72. Tanner J, Parkinson H. Double gloving to reduce surgical cross\_infection. *Cochrane Database Syst Rev* 2003;(1).
73. Royle JP. AIDS and the vascular surgeon. *J Cardiovasc Surg (Torino)* 1992;33:139–42.
74. Tully L, Gates S, Brocklehurst P, McKenzie\_McHarg K, Ayers S. Surgical techniques used during caesarean section operations: results of a national survey of practice in the UK. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2002;102:120–6.
75. Burger JWA, van der Meulen RM, Jeekel J. Abdominal incisions: Techniques and postoperative complications. *Scand J Surg* 2002; 91:315–21.
76. Rock J, Jones III HW. *TeLinde's Operative Gynecology*. Philadelphia, PA: Lippincott, Williams and Wilkins; 2003.
77. Mathai M, Ambersheth S, George A. Comparison of two transverse abdominal incisions for cesarean delivery. *Int J Gynaecol Obstet* 2002;78:47–9.;
78. Stark M, Finkel AR. Comparison between the Joel-Cohen and Pfannenstiel incisions in cesarean section. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 1994;53:121–2
79. Hasselgren PO, Hagberg E, Malmer H, Saljo A, Seeman T. One instead of two knives for surgical incision. Does it increase the risk of postoperative wound infection? *Arch Surg* 1984;119:917–20.
80. Johnson CD, Serpell JW. Wound infection after abdominal incision with scalpel or diathermy. *Br J Surg* 1990;77:626–7.
81. Pearlman NW, Stieglmann GV, Vance V, Norton LW, Bell RC, Staerkel R, et al. A prospective study of incisional time, blood loss, pain, and healing with carbon dioxide laser, scalpel, and electrocautery. *Arch Surg* 1991;126:1018–20;
82. Magann EF, Chauhan SP, Bufkin L, Field K, Roberts WE, Martin JN Jr. Intra-operative haemorrhage by blunt versus sharp expansion of the uterine incision at caesarean delivery: a randomised clinical trial. *BJOG* 2002;109:448–52;
83. Tully L, Gates S, Brocklehurst P, McKenzie\_McHarg K, Ayers S. Surgical techniques used during caesarean section operations: results of a national survey of practice in the UK. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2002;102:120–6.
84. Rodriguez AI, Porter KB, O'Brien WF. Blunt versus sharp expansion of the uterine incision in low-segment transverse cesarean section. *Am J Obstet Gynecol* 1994;171:1022–5.
85. Haas DM, Ayres AW. Laceration injury at cesarean section. *J Matern Fetal Neonatal Med* 2002;11:196–8.
86. James F. Smith, MD, Cesar Hernandez, MD, and Joseph R. Wax, MD. Fetal Laceration Injury at Cesarean Delivery. *Obstet Gynecol* 1997; 90: 344–6.

87. Warenski JC. A technique to facilitate delivery of the highfloating head at cesarean section. *Am J Obstet Gynecol* 1981;139:625–7.
88. Bofill JA, Lenki SG, Barhan S, Ezenagu LC. Instrumental delivery of the fetal head at the time of elective repeat cesarean: a randomized pilot study. *Am J Perinatol* 2000;17:265–9.
89. Mercer JS. Current best evidence: a review of the literature on umbilical cord clamping. *J Midwifery Womens Health* 2001;46:402–14.
90. A study of the relationship between the delivery to cord clamping interval and the time of cord separation. Oxford Midwives Research Group. *Midwifery* 1991;7:167–76.
91. Rabe H, Wacker A, Hulskamp G, Hornig\_Franz I, Schulze\_Everding A, Harms E, et al. A randomised controlled trial of delayed cord clamping in very low birth weight preterm infants. *Eur J Pediatr* 2000;159:775–7.
92. Dennehy KC, Rosaeg OP, Cicutti NJ, Krepski. Oxytocin injection after caesarean delivery: intravenous or intramyometrial? *Can J Anaesth* 1998;45:635–9.
93. Munn MB, Owen JV. Comparison of two oxytocin regimens to prevent uterine atony at cesarean delivery: a randomized controlled trial. *Obstet Gynecol* 2001;98:386–90.
94. Lokugamage AU, Paine M. Active management of the third stage at caesarean section: a Randomised controlled trial of misoprostol versus syntocinon. *Aust N Z J Obstet Gynaecol* 2001;41:411–14;
95. Gulmezoglu AM, Villar J, Ngoc NT, Piaggio G, Carroli G, Adetoro L, et al. WHO multicentre randomised trial of misoprostol in the management of the third stage of labour. *Lancet* 2001;358:689
96. Chou MM, MacKenzie IZ. A prospective, double-blind, randomized comparison of prophylactic intramyometrial 15methyl prostaglandin F<sub>2</sub>, 125 micrograms, and intravenous oxytocin, 20 units, for the control of blood loss at elective cesarean section. *Am J Obstet Gynecol* 1994;171:1356–60.
97. Magann EF, Washburne JF, Harris RL, Bass JD, Duff WP, Morrison JC. Infectious morbidity, operative blood loss, and length of the operative procedure after cesarean delivery by method of placental removal and site of uterine repair. *J Am Coll Surg* 1995; 181:517–20.
98. McCurdy CM, Jr, Magann EF, McCurdy CJ, Saltzman AK. The effect of placental management at cesarean delivery on operative blood loss. *Am J Obstet Gynecol* 1992;167:1363–7.
99. Notelovitz M. Transplacental haemorrhage following Caesarean section. *S Af J Obstet Gynaecol* 1972;10:28–9.
100. Wilkinson C, Enkin, MW. Uterine exteriorization versus intraperitoneal repair at caesarean section. *Cochrane Database Syst Rev* 2003;(1).
101. Edi\_Osagie EC, Hopkins RE, Ogbo V, Lockhat\_Clegg F, Ayeko M, Akpala WO, et al. Uterine exteriorisation at caesarean section: influence on maternal morbidity. *Br J Obstet Gynaecol* 1998;105:1070–8.;
102. Wahab MA, Karantzis P, Eccersley PS, Russell IF, Thompson JW, Lindow SW. A randomised, controlled study of uterine exteriorisation and repair at caesarean section. *Br J Obstet Gynaecol* 1999;106:913–16;
103. Enkin MW, Wilkinson, C. Single versus two layer suturing for closing the uterine incision at Caesarean section. *Cochrane Database Syst Rev* 2001;(3).
104. Hauth JC, Owen J, Davis RO. Transverse uterine incision closure: one versus two layers. *Am J Obstet Gynecol* 1992;167:1108–11;
105. Chapman SJ, Owen J. One- versus two-layer closure of a low transverse cesarean: The next pregnancy. *Obstet Gynecol* 1997;89:16–18.
106. Tully L, Gates S, Brocklehurst P, McKenzie\_McHarg K, Ayers S. Surgical techniques used during caesarean section operations: results of a national survey of practice in the UK. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2002;102:120–6.
107. Wilkinson CS Enkin MW. Peritoneal non\_closure at casarean section. *Cochrane Database Syst Rev* 2001(3).

108. Hojberg KE, Aagaard J, Laursen H, Diab L, Secher NJ. Closure versus non\_closure of peritoneum at cesarean section\_evaluation of pain. A randomized study. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1998;77:741–5.
109. van „t RM, Steyerberg EW, Nellensteyn J, Bonjer HJ, Jeekel J. Meta analysis of techniques for closure of midline abdominal incisions. *Br J Surg* 2002;89:1350-6.
110. Weiland DE, Bay RC, Del Sordi S. Choosing the best abdominal closure by meta-analysis. *Am J Surg* 1998;176:666-70.
111. Tully L, Gates S, Brocklehurst P, McKenzie\_McHarg K, Ayers S. Surgical techniques used during caesarean section operations: results of a national survey of practice in the UK. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2002; 102:120–6.
112. Chelmow D, Huang E, Strohbehn K. Closure of the subcutaneous dead space and wound disruption after Cesarean delivery. *J Matern Fetal Neonatal Med* 2002;11:403–8.
113. Allaire AD, Fisch J, McMahon MJ. Subcutaneous drain vs. suture in obese women undergoing cesarean delivery. A prospective, randomized trial. *J Reprod Med* 2000; 45:327–31.
114. Saunders NJ, Barclay C. Closed suction wound drainage and lower\_segment caesarean section. *Br J Obstet Gynaecol* 1988;95:1060–2.
115. Maharaj D, Bagratee JS, Moodley J. Drainage at caesarean section-a randomised prospective study. *S Afr J Surg* 2000;38:9–12.
116. Ochsenbein-Imhof N, Huch A, Huch R, Zimmermann R. No benefit from post-caesarean wound drainage: a prospective randomised controlled trial. *Swiss Med Wkly* 2001; 131:246–50.
117. Alderdice F, McKenna D Dornan J. Techniques and materials for skin closure in caesarean section. *Cochrane Database Syst Rev* 2003;(1).;
118. Lindholt JS, Moller\_Christensen T, Steele RE. The cosmetic outcome of the scar formation after caesarean section: percutaneous or intracutaneous suture? *Acta Obstet Gynecol Scand* 1994; 73:832–5.
119. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists Clinical Effectiveness Support Unit The Use of Electronic Fetal Monitoring: The Use and Interpretation of Cardiotocography in Intrapartum Fetal Monitoring. Evidence\_based Clinical Guideline No. 8. London: RCOG Press; 2001.
120. Henderson E, Love EJ. Incidence of hospital acquired infections associated with caesarean section. *J Hosp Infect* 1995;29:245–55.
121. Hebert PR, Reed G, Entman SS, Mitchel EF, Jr, Berg C, Griffin MR. Serious maternal morbidity after childbirth: prolonged hospital stays and readmissions. *Obstet Gynecol* 1999;94:942–7.
122. Smaill F, Hofmeyr GJ. Antibiotic prophylaxis for cesarean section. *Cochrane Database Syst Rev* 2001;(3).
123. Hopkins L, Smaill F. Antibiotic prophylaxis regimens and drugs for caesarean section. *Cochrane Database Syst Rev* 2001;(3).
124. Thigpen, B.D., Hood, W.A., Chauhan, S., Bufkin, L., Bofill, J., Magann, E., Morrison, J.C. 2005. Timing of prophylactic antibiotic administration in the uninfected laboring gravida: a randomized clinical trial. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*; 6:1864-1868
125. Nokiani, F.A., Akbari, H., Rezaei, M. 2009. Timing of prophylactic antibiotic administration in term caesarean section: A randomized clinical trial. *Iranian Journal of Clinical Infectious Diseases*; 2:71-76
- Nygaard, I. 2006. Urinary incontinence: is caesarean delivery protective?. *Seminars in Perinatology*; 5:267-271
126. Yildirim, G., Gungorduk, K., Guven, H.Z., Aslan, H., Celikkol, O., Sudolmus, S., Ceylan, Y. 2009. When should we perform prophylactic antibiotics in elective caesarean cases? *Archives of Gynecology and Obstetrics*; 1:13-18;
127. Simpson EL, Lawrenson RA, Nightingale AL, Farmer RD. Venous thromboembolism in pregnancy and the puerperium: incidence and additional risk factors from a London perinatal database. *BJOG* 2001;108:56–60.;

128. Gates, S, Brocklehurst, P, and Davis, L. J. Prophylaxis for venous thromboembolic disease in pregnancy and the early postnatal period. *Cochrane Database Syst Rev* 2003;(2).
129. Sidorenko VN. Clinical application of Medical Resonance Therapy Music in high-risk pregnancies. *Integr Physiol Behav Sci* 2000;35:199–207.
130. Browning CA. Using music during childbirth. *Birth* 2000;27:272–6.;
131. Kroll L, Twohey L, Daubeney PE, Lynch D, Ducker DA. Risk factors at delivery and the need for skilled resuscitation. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 1994;55:175–7.
132. Eidelman AI, Schimmel MS, Bromiker R, Hammerman C. Pediatric coverage of the delivery room: an analysis of manpower utilization. *Journal of Perinatology* 1998;18:131–4.
133. Christensson K, Siles C, Cabrera T, Belaustequi A, De la Fuente P, Lagercrantz H, et al. Lower body temperatures in infants delivered by caesarean section than in vaginally delivered infants. *Acta Paediatr* 1993;82:128–31.
134. Larue F, Benhamou D, Jullien P, Labaille T, Champagne C. Temperature monitoring during epidural anesthesia for cesarean delivery. *Regional Anesthesia* 1991;16:322–4.
135. Anderson, G. C, Moore, E, Hepworth, J, and Bergman, N. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. *Cochrane Database Syst Rev* 2003;(2).
136. McClellan MS, Cabianca WA. Effects of early mother-infant contact following cesarean birth. *Obstet Gynecol* 1980;56:52–5.
137. Hannah ME, Hannah WJ, Hodnett ED, Chalmers B, Kung R, Willan A, et al. Outcomes at 3 months after planned cesarean vs planned vaginal delivery for breech presentation at term: The international randomized Term Breech Trial. *JAMA* 2002; 287:1822–31.
138. Tamminen T, Verronen P, Saarikoski S, Goransson A, Tuomiranta H. The influence of perinatal factors on breast feeding. *Acta Paediatr Scand* 1983;72:9–12.
139. Department of Health, Welsh Office, Scottish Office Department of Health, Department of Health and Social Services NI. Report on Confidential Enquiries into Maternal Deaths in the United Kingdom 1991–1993. London: HMSO; 1996.
140. Association of Anaesthetists of Great Britain and Ireland. Immediate postanaesthetic recovery. London: Association of Anaesthetists of Great Britain and Ireland; 2002.
141. Association of Anaesthetists of Great Britain and Ireland. Recommendations for standards of monitoring during anaesthesia and recovery. London: Association of Anaesthetists of Great Britain and Ireland; 2000.
142. Van de Velde M. What is the best way to provide postoperative pain therapy after caesarean section? *Curr Opin Anaesthesiol* 2000;13:267–70.
143. Ngan Kee WD, Khaw KS, Wong EL. Randomised double-blind comparison of morphine vs. a morphine-alfentanil combination for patient-controlled analgesia. *Anaesthesia* 1999; 54:629–33.
144. Bush DJ, Lyons G, Macdonald R. Diclofenac for analgesia after caesarean section. *Anaesthesia* 1992;47:1075–7.
145. Dennis AR, Leeson-Payne CG, Hobbs GJ. Analgesia after caesarean section. The use of rectal diclofenac as an adjunct to spinal morphine. *Anaesthesia* 1995;50:297–9.
146. Lim NL, Lo WK, Chong JL, Pan AX. Single dose diclofenac suppository reduces post-Cesarean PCEA requirements. *Can J Anesth* 2001;48:383–6.
147. Mangesi L, Hofmeyr GJ. Early compared with delayed oral fluids and food after caesarean section. *Cochrane Database Syst Rev* 2003;(2).
148. Groutz A, Gordon D, Wolman I, Jaffa A, Kupferminc MJ, Lessing JB. Persistent postpartum urinary retention in contemporary obstetric practice. Definition, prevalence and clinical implications. *J Reprod Med* 2001;46:44–8.
149. Kaplan B, Rabinerson D, Neri A. The effect of respiratory physiotherapy on the pulmonary function of women following caesarean section under general anesthesia. *Int J Obstet Gynaecol Obstet* 1994;47:177–8.



150. Small R, Lumley J, Donohue L, Potter A, Waldenstrom U. Randomised controlled trial of midwife led debriefing to reduce maternal depression after operative childbirth. *BMJ* 2000;321:1043–7.
151. Lavender T, Walkinshaw SA. Can midwives reduce postpartum psychological morbidity? A randomised trial. *Birth* 1998;25:215–19.
152. Thompson JF, Roberts CL, Currie M, Ellwood DA. Prevalence and persistence of health problems after childbirth: associations with parity and method of birth. *Birth* 2002; 29:83–94.
153. Department of Health, National Statistics. NHS Maternity Statistics England: 1998–99 to 2000–01. *Statistical Bulletin* 2000/11. London: The Stationery Office; 2002. [www.publications.doh.gov.uk/public/sb0211.htm]
154. Guise, J.M., Eden, K., Emeis, C., Jonas, D.E., Morgan, L.C., Reuland, D., Gilchrist, M., Finkelstein, Wi swanathan, M., Lohr, K.N., LydaMcDonald, B. 2010. Vaginal birth after cesarean: new insights. *Evidence Report/Technology Assessment*; 191:1-397
155. Tahseen, S., Griffiths, M. 2010. 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)caesatrean section. *BLOG: An International Journla of Obstetrics and Gunecology*; 1;5:29;
156. Cahill, A.G., Tuuli, M., Odibo, A.O., Stamilio, D.M., Macones, G.A. 2010. Vaginal birth after caesarian for women with three or more prior caesareans: assessing safety and success. *BJOGAnI nternational Journal of Obstetrics and Gynaecology*; 4:422-427
157. Law, L.W., Pang, M.W., Chung, T.K., Lao, T.T., Lee, D.T., Leung, T.Y., Sahota, D.S., Lau, T.K. 2010. Randomised trial of assigned mode of delivery after a previous cesarean section - impact on maternal psychological dynamics. *Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine*; 10:1106-1113
158. A. Gamkrelidze, M. Kereselidze, M. Tsintsadze, K. Gambashidze, M. Shakhnazarova, N. Tsetskhladze, N. Grdzeliidze, L. Tsertsvadze, I. Kocharova, S. Shakhbudagian, N. Gognadze, L. Khuchua. 2012. *HEALTH CARE STATISTICAL YEARBOOK. MOLSHA, NATIONAL CENTRE FOR DISEASE CONTROL AND PUBLIC HEALTH, Georgia*, p. 197-207