

Монография кесар кесиш жарроҳлиги билан боғлиқ барча жихатларни ҳар томонлама кўриб чиқишга бағишланган. Монографияда кесар кесиш жарроҳлигига кўрсатмалар, қарши кўрсатмалар, жарроҳлик амалиётининг техникаси, оғриқсизлантириш усуллари, жарроҳлик амалиётидан кейинги даврда йирингли-септик асоратларнинг олдини олиш, шунингдек, онанинг саломатлигини жарроҳлик кейинги тикланиши ва янги туғилган чақалоқнинг соғлиғига таъсири муҳокама қилинади. Монография акушер-гинекологлар, магистрлар, клиник ординаторлар ва тиббиёт олийгоҳлари талабалари учун мўлжалланган.



Тошкент тиббиёт академияси акушерлик ва гинекология кафедраси мудир, тиббиёт фанлари доктори, профессор, олий тоифали акушер гинеколог. 265та илмий ва ўқув-услубий ишлар муаллифи ва ҳаммуаллифи бўлиб ҳисобланади. Унинг раҳбарлигида 10 нафар фальсафа доктори (PhD) илмий даражасини олиш учун илмий иш олиб бормоқда.



9 7 8 6 2 0 6 7 9 6 9 9 2

Globe
EDIT

Globe
EDIT



КЕСАР КЕСИШ

Фарҳад Шукӯров

Фарҳад Шукӯров

КЕСАР КЕСИШ

Монография

Imprint

Any brand names and product names mentioned in this book are subject to trademark, brand or patent protection and are trademarks or registered trademarks of their respective holders. The use of brand names, product names, common names, trade names, product descriptions etc. even without a particular marking in this work is in no way to be construed to mean that such names may be regarded as unrestricted in respect of trademark and brand protection legislation and could thus be used by anyone.

Cover image: www.ingimage.com

Publisher:

GlobeEdit

is a trademark of

Dodo Books Indian Ocean Ltd. and OmniScriptum S.R.L publishing group

120 High Road, East Finchley, London, N2 9ED, United Kingdom

Str. Armeneasca 28/1, office 1, Chisinau MD-2012, Republic of Moldova, Europe

Printed at: see last page

ISBN: 978-620-6-79699-2

Copyright © Фархад Шукуров

Copyright © 2024 Dodo Books Indian Ocean Ltd. and OmniScriptum S.R.L publishing group

УДК 616-089.888.61

Шукуров Ф.И.//«Кесар кесиш»:Монография, Тошкент - 2023.- 114 б.

Такризчилар:

Курбанов Б.Б. – ТошПТИ акушерлик ва гинекология болалар гинекологияси кафедраси мудир, т.ф.д.

Каюмова Д.Т. –ТТА оилавий тиббиётда акушерлик ва гинекология кафедраси доценти, т.ф.д.

Монография ТТА ЦМК да муҳокамадан ўтказилган -баённома 15 ноябрь 2023йил.

Монография ТТА Илмий Кегашда муҳокамадан ўтказилган -баённома 29 ноябрь 2023 йил.

Монография кесар кесиш билан боғлиқ барча жихатларни ҳар томонлама кўриб чиқишга бағишланган. Унда тиббий кўрсатмалар, қарши кўрсатмалар, жаррохлик амалиётининг ўзи техникаси, оғриксизлантириш усуллари, жаррохлик амалиётдан кейинги даврда йирингли-септик асоратларнинг олдини олиш, шунингдек, онанинг саломатлигини жаррохликдан кейинги тикланиши ва янги туғилган чақалоқнинг соғлиғига таъсири муҳокама қилинади. Монография кесар кесиш орқали туғиш усулини танлашнинг ахлоқий ва ҳуқуқий жихатлари билан боғлиқ асосий масалаларни кўриб чиқади, шунингдек, кесар кесишни бошқа усуллар билан, масалан, нормал туғруқ билан таққослайди. Монография акушер-гинекологлар, магистрлар, клиник ординаторлар ва тиббиёт олий ўқув юртлари талабалари учун мўлжалланган.

© Шукуров Ф.И.

МУНДАРИЖА

Кириш	3
1-боб. Кесар кесишнинг замонавий жиҳатлари: янги тадқиқотлар ва истиқболлари.....	5
2-боб. Бачадоннинг топографик-анатомик хусусиятлари ва ҳомиладорлик даврида миометрийдаги морфологик ўзгаришлар	
2.1. Ҳомиладорлик даврида бачадоннинг топографик-анатомик хусусиятлари	
2.2. Ҳомиладорликнинг кечки даврида миометрийдаги морфологик ўзгаришлар	27
3-боб. Кесар кесишнинг анестезиологик жиҳатлари	28
3.1. Кесар кесиш пайтида оғриксизлантириш усуллари.....	30
4-боб. Кўрсатмалар, қарши кўрсатмалар, шароитлар ва кесар кесиш учун тайёргарлик.....	33
4.1. Кесар кесиш бўлимига кўрсатмалар ва қарши кўрсатмалар	33
4.2. Кесар кесишга тайёргарлик.....	36
5-боб. Кесар кесиш кесимининг асосий жарроҳлик босқичлари.....	37
5.1. Қорин деворининг пастки қисмида кесма кесиш техникасининг тавсифи.....	39
5.2. Пфанненштиел техникасига мувофиқ қорин олд деворининг кўндаланг кесмасини бажариш техникаси.....	40
5.3. Жоэл-Кохен усулида қорин олд деворини кесиш техникасининг тавсифи.....	42
6-боб. Операциядан кейинги давр ва реабилитацияси.....	70
7-боб. Кесар кесишнинг тиббий, ижтимоий ахлоқий, ва ҳуқуқий жиҳатлари.....	73
8-боб. Кесар кесишнинг она ва бола саломатлигига таъсири.....	85
9-боб. Кесар кесишдан кейин йирингли-яллиғланишли асоратларнинг олдини олиш.....	88
Адабиётлар рўйхати	106

ҚИСҚАРТМА ВА ШАРТЛИ БЕЛГИЛАР РЎЙХАТИ

АҚБ – артериал қон босими

АС - амниотик суюқлик

АП- антибиотик профилактикаси

КК - кесар кесиш

ЙЯК - йирингли-яллиғланиш касаллиги

СЎВ - ўпканинг сунъий вентилияцияси

ТТА - темир танқислиги анемияси

НЖПБК - нормал жойлашган плацентанинг муддатидан олдин кўчиши

УТТ- ультратовуш текшируви

УҚАҲ – умумий қон айланма ҳажми

СМИ - суюқликнинг миқдорий ифлосланиши

ЭЧТ - эритроцитларнинг чўкиш тезлиги

ЭКГ - электрокардиография

НВ - гемоглобин

Нт - гематокрит

Rh - резус омил

КИРИШ

Кесар кесиш (КК) дунёдаги энг кенг тарқалган жарроҳлик амалиётларидан бири бўлиб, уни салмлғининг ортиши соғлиқни сақлашнинг муҳим муаммоси бўлиб қолмоқда, бу эса оналик ва перинатал хавф туфайли бутун дунё бўйлаб баҳс-мунозараларга сабаб бўлмоқда. КК техникасининг замонавий такомиллаштирилиши жарроҳлик амалиёти хавфсизлигини оширишга олиб келди, бу эса унинг ишлаш салмоғининг кескин ошишига олиб келди. Жарроҳлик шу қадар хавфсиз бўлдики, баъзи аёллар КК ни мустақил равишда ёки шифокор тавсиясига қўра танлайдилар, ҳатто тиббий кўрсатма бўлмаса ҳам. Бирок, бу ҳодисанинг салбий оқибатлари эндигина баҳолана бошлайди. хавфларни ўз ичига олган оналар касалланиши ва ўлимининг ортиши кузатилмоқда. Кейинги ҳомиладорлик билан плацента олдинги ва аккрета, шунингдек, бачадон ёрилиши хавфи ортади . Ушбу асоратлар оналар ўлими ва оғир касалланиш хавфини оширади, бу ҳар бир кейинги КК билан ортади.

Монография кесар кесиш билан боғлиқ барча жиҳатларни ҳар томонлама кўриб чиқишга бағишланган. Унда тиббий кўрсатмалар, қарши кўрсатмалар, жарроҳлик амалиётининг ўзи техникаси, оғриксизлантириш усуллари, жарроҳлик амалиётидан кейинги даврда йирингли-септик асоратларнинг олдини олиш, шунингдек, онанинг саломатлигини жарроҳликдан кейинги тикланиши ва янги туғилган чақалоқнинг соғлиғига таъсири муҳокама қилинади. Монография КК орқали туғиш усулини танлашнинг ахлоқий ва ҳуқуқий жиҳатлари билан боғлиқ асосий масалаларни кўриб чиқади, шунингдек, кесар кесишни бошқа усуллар билан, масалан, нормал туғруқ билан таққослайди.

Монография акушер-гинекологлар, магистрлар, клиник ординаторлар ва тиббиёт олий ўқув юртлари талабалари учун мўлжалланган.

1-боб. КЕСАР КЕСИШНИНГ ЗАМОНАВИЙ АСПЕКТЛАРИ: ЯНГИ ТАДҚИҚОТЛАР ВА ИСТИҚБОЛЛАРИ

1.1. Акушерликда кесар кесиш

Сўнгги 15-20 йил ичида акушерликнинг клиник амалиётида сезиларли ўзгаришлар рўй берди, бу кесар кесиш кўрсаткичларини кенгайтиришга нисбатан барқарор тенденцияда намоён бўлди. Ушбу тенденция ушбу жаррохлик амалиёти салмоғининг 0,5% дан сезиларли 20,5% гача ўсиши билан ифодаланади. Ўзбекистонда сўнгги ўн йилликларда кесар кесиш бўйича кўрсаткичнинг сезиларли даражада сакраши кузатилиб, тахминан 3 баравар кўпайди: 1994-йилдаги 3,3% дан 2022-йилда 11,1% гача) [7,70,76,81,97].

Ўзбекистон акушерлик амалиётида сўнгги 20 йил ичида кесар кесиш бўлиш салмоғининг ана шундай ўсиши диққат билан кўриб чиқиш ва таҳлил қилишни талаб қилувчи ҳодисадир. Бундай сезиларли ўсиш туғилишга бўлган ёндашувлардаги чуқур ўзгаришларни кўрсатади ва ушбу жаррохлик амалиётини бажариш тўғрисида қарор қабул қилишга таъсир қилувчи муҳим ҳолатлар мавжудлигини кўрсатади.

Ушбу тенденцияни таҳлил қилиш нафақат клиник, балки этказиб бериш усулини танлашга ёндашувларни шакллантирадиган ижтимоий-маданий ва иқтисодий жиҳатларни ҳам аниқлаши мумкин. Ўзбекистонда кесар кесиш кўрсаткичлари динамикасига таъсир этувчи омилларни ўрганиш нафақат акушерлик амалиётини такомиллаштириш учун муҳим маълумотларни тақдим этади, балки аёллар саломатлиги масаларида қарор қабул қилишда мувозанатли ёндашув муҳимлигини яна бир бор таъкидлайди [30,70,77].

Ўзбекистон Республикаси ССВ расмий статистик маълумотларига кўра, Ўзбекистонда сўнгги йилларда КК билан касалланиш салмоғи умумий туғилганлар сонининг 4,5 %ни ташкил қилган.

Ҳозирги вақтда кесар кесиш туғишнинг асосий усулига айланди ва акушерлик соҳасида сезиларли ютуқларни кўрсатади. Ушбу жаррохлик аралашув нафақат техника ва технологияларнинг доимий

такомиллаштирилиши, балки тиббиётнинг тегишли сохаларининг ривожланиши туфайли ҳам кенг тарқалган. кўрсатмаларнинг кенгайиши акушерлик, анестезиология, реанимация, неонатология, трансфузиология, фармакология, асептика ва антисептика соҳасидаги ютуқларнинг жамланган таъсири, шунингдек, янги антибиотиклар ва тикув материалларидан фойдаланиш билан боғлиқ.

Илғор диагностика усуллари, янги дори-дармонлар ва анестетиклар, жаррохлик амалиёти хоналаридаги техник янгиликлар ва перинатал ёрдамни такомиллаштириш - буларнинг барчаси кесар кесиш бўлимларини самарали ва хавфсиз бажаришга ёрдам беради.

Шуни таъкидлаш керакки, кесар кесиш учун кўрсатмаларнинг кенгайиши тиббиёт ҳамжамиятининг туғиш учун шароитларни доимий равишда яхшилаш ва оптималлаштириш истагидан далолат беради. Ушбу динамика фан ва амалиётнинг тиббий этика ва сифатнинг юқори стандартларини сақлаб қолган ҳолда она ва бола хавфсизлиги ва қулайлигини таъминлашнинг энг яхши усулларини топишга қаратилган саъй-ҳаракатларини акс эттиради .

Сўнгги пайтларда ҳомилдорликдан кейинги даврда кесар кесиш кўрсаткичлари кенгайиб, ушбу патология учун жаррохлик фаоллиги 2,7 % дан 27% гача кўтарилди [1,79]. Бошнинг ногўғри сукилиши туфайли кесар кесиш сони 3,7 дан 6,48% гача ортган [30,57, 62,70,97].

Сўнгги йилларда ушбу патологияда унинг салмоғи 22,7% гача кўтарилди кесар кесиш учун кўрсатмалар мажмуасига киритилган бу энг кенг тарқалган ноқулай жиҳатлардан биридир. [1,35,70]

Ҳомиланинг кўндаланг кўринишида табиий туғруқ йуллари орқали туғиши мунозарали. Бу ҳолатда кесар кесиш даражаси 1,5% дан 66,5%гача ортади [15,30,57,81].

Бир қатор тадқиқотчилар ҳомила манфаатларини кўзлаб амалга ошириладиган жаррохлик амалиётлар гуруҳини "қўшма кўрсатмалар" ёки "кенгайтирилган кўрсатмалар" деб аташади [28,56,57,95].

Бу баъзида оғир экстрагенитал касалликларга дучор бўлган юқори хавфли ҳомиладор аёллар учун амал қилади яъни болани олиш масаласи айниқса кескин бўлганда танланади [28].

Ҳомила учун туғилиш натижаларини яхшилаш учун кесар кесиш учун кўрсатмаларни кенгайтириш ва уни клиник жиҳатдан тор чаноқ бўшлиғи, туғруқ кучларининг доимий заифлиги билан узоқ муддатли туғиш ва ҳомила гипоксияси мавжуд бўлган ҳолларда ўз вақтида амалга оширишни асослаш тавсия этилади. 30 ёшдан ошган примигравидаларда этукликдан кейинги даврда, тўғридан-тўғри туғилиш, плацентанинг прогрессив ажралиши, оғир акушерлик тарихи билан ва бошқалар.

Кесар кесиш кесмаларининг ортиб бораётган салмоғининг натижаси - бошқа кўрсаткичлар (15-25% гача ва ундан юқори) орасида қайта ишлаш тезлигининг доимий ўсишидир.

Жарроҳлик йўли билан туғиш фақат етарли асос бўлган тақдирдагина амалга оширилишини инкор этиб бўлмайди.

Сўнги йилларда оғир акушерлик ва перинатал анамнезга эга ҳомиладор аёллар сони ҳам сезиларли даражада ошди. Булар узоқ муддатли бепуштлиқ, ҳомиладорлик асоратларидан азият чекаётган аёллар; антенатал ҳомила ўлими, патологик туғилиш ва тирик болалари йўқлиги билан. Ушбу мураккаб муаммонинг бир жиҳати нафақат туғиш усулини танлаш, балки жарроҳлик билан туғишнинг ўз вақтида бажарилишидир.

Танланган кесар кесиш масаласи тобора кўпроқ муҳокама қилинмоқда [81]. Ушбу режада кейинги ҳомиладорликда жарроҳлик усулида туғиш кенгайтириш ҳақида савол туғилади [57,77]; туғруқнинг аномалиялари билан [35, 6 2]; да ҳомиланинг чаноғи билан келиши [57,67,7 4]. Далиллар КК қўллаш онанинг ҳаёти манфаати учун ўсишда давом этмоқда.

Бачадондаги "чандиқ" чаноқ бўшлиғининг анатомик торайиши, катта ҳомиланинг ва чаноқнинг кўриниши билан бирлашганда такрорий кесар кесиш учун мутлақ кўрсатмаларнинг янги тоифаси аниқланади [17]. Шу билан бирга, жарроҳлик туғдириш учун кўрсатмаларни кенгайтириш турли

жиҳатларни интенсив ўрганишни талаб қилади кесар кесиш: жарроҳлик техникаси, методологияси, тикув материали, оғриқсизлантириш, кон йўқотиш ва унинг ўрнини босиш, интраоператив ва жарроҳлик амалиётидан кейинги асоратларнинг олдини олиш. Ушбу муаммонинг кўп жиҳатлари ҳали ҳам ноаниқ қолмоқда. Шунинг учун жарроҳликнинг салмоғи ва кўрсатмалари ҳақидаги мунозаралар давом этмоқда [6,30,42,57,58,94,97]. Бу масала, айниқса, Ўзбекистон олимлари томонидан ўрганилиб, бу усулда туғиш масаласи доимо долзарб ҳамда кескинدير [43]. Кесар кесишнинг тез ва узоқ муддатли асоратларини билган ҳолда, кесар кесиш салмоғининг кўпайишини ҳисобга ошмаслик мумкин эмас [13,51,70], бу табиий туғилишга нисбатан КК билан боғлиқ оналар ўлими кўрсаткичларидан сезиларли даражада ошади, жарроҳлик амалиётидан кейинги йирингли-яллиғланиш асоратлар сонининг доимий ўсиши [23,62,64] ушбу турдаги туғишнинг тўлиқ хавфсизлиги. Буларнинг ҳаммаси кесар кесиш муаммосини янада долзарб ва амалий аҳамиятга эга қилади.

1.2. Кесар кесишдан кейинги яллиғланиш асоратларнинг салмоғи, шакллари ва сабаблари

Жарроҳлик усули ёрдаида туғишлар сонининг кўпайиши жарроҳлик амалиётидан кейинги яллиғланиш асоратларнинг салмоғини 19,7 дан 75% гача ошириш тенденциясига олиб келди [13,26,70,76] .

Field Ch бўйича кесар кесишдан сўнг ошқозон-ичак трактининг асоратлари [64] табиий туғишдан нисбатан 8 баравар юқори. Жарроҳликдан кейинги энг хавфли септик касалликлар - перитонит ва сепсис мос равишда 0,2-1,5% ва 0,5-3,5% ҳолатларда ривожланади [65,69].

ККнинг энг кенг тарқалган яллиғланиш асоратлари эндометрит бўлиб қолмоқда, унинг салмоғи 6,6% дан 45% гача [77,83].

Эндомиетрит, сийдик ва яра инфекциялари кесар кесишдан сўнг веноз инфекцияларнинг структурасида сезиларли даражада катта улушни эгаллайди. Кўпгина тадқиқотлар жарроҳлик амалиётидан кейинги эндомиетритнинг

юқори салмоғини кўрсатади - 6,6-15%.

Сийдик йўллариининг инфекцияси 3,1-29,8%, яра инфекцияси - 0,7-15,1% [2,12,100]. Шу билан бирга, Атласов В.О. томонидан олиб борилган тадқиқотлар [39] ўз-ўзидан туғилишдан кейинги касалликнинг нисбатан солиштириганда кесар кесишдан сўнг эндомиометритнинг асосан оғир клиник кечишини кўрсатади.

Бирламчи патология бўлган темир танқислиги камқонлиги билан оғриган аёлларнинг туғруқдан кейинги даври ошқозон-ичак тракти инфекцияси билан туғруқдан кейинги соғлом аёлларга нисбатан 1,8 баравар кўпроқ асоратланади ва 2,6-13% ни ташкил қилади [48,59,63,95] .

Оден М [5] дан олинган маълумотларга кўра, ТТА фониди қорин бўшлиғида туғруқ пайтида кўпчилик ЙСК салмоғи камқонликсиз туғруқдан кейинги аёлларда ушбу кўрсаткичлардан ошади: яра инфекцияси 12,5 ва 8,3%, эндомиометрит - 14,1 ва 8,3%, параметрит - 7,8 ва 4,2%, тромбофлебит - 1,6% ва перитонит 1,6 ва 4,6%, нафас йўллариининг инфекциялари - 3Д ва 4,2%, ўткир такрорий пиелонефрит - мос равишда 1,6 ва 4,2%. Муаллиф туғишдан олдин ТТАдан даволаган аёлларда кесар кесишнинг янада яхши натижаларини қайд этади. Жумладан 64,3±9,05% анемия туфайли шошилич жаррохлик ўтказилган аёлларга нисбатан ЙСК салмоғи 3 баравар паст ва 22,6±7,5% ни ташкил этди.

Жаррохликдан кейин ошқозон-ичак трактининг сабабларидан бири ҳомиладор аёлларнинг жинсий йўлларидаги мавжуд инфекциялардир.

Бир қатор тадқиқотлар туғилишдан олдин ва туғруқдан кейинги даврда аёлларнинг генитал тракти флорасини ўрганишга бағишланган.

Фаткуллин Ф.И.[57]га кўра 93 нафар ҳомиладор аёлнинг туғишдан олдин бачадон бўйни каналининг микрофлораси микоплазма (30,1%), замбуруғлар (35,8%) ва грам-мусбат вагинал таёқчалардан (42,8%) ташкил топган. Туғилгандан кейинги 3 ва 6 кунларда бачадон бўшлиғининг микрофлораси шунингдек, аэроб микроорганизмлар, грамм-мусбат таёқчалар, стафилококклар, энтерококклар, ичак таёғчаси, В гуруҳи стрептококклар ва

анаэроб бактериялар: бактериоидлар, пептострептококкли бактериялар, [13,83] Anderson E.га кўра, бачадон бўшлиғи ва киннинг оммавий ифлосланиши. [80] туғруқдан кейинги даврнинг физиологик урсиди туғруқдан кейинги аёлларда *генитал* трактнинг ўз-ўзини тозалашини кўрсатади . Кесар кесиш кейин биринчи кунларда Савелева Г.М., ва бошқалар. [53] 10^4 - $10^{4.5}$, эпидермал - стафилококк - 10^{25} миқдориди микроорганизмлар бирлашмалари белгиланган Олимлар ўзларининг кейинги ишларида [38,41] Пуерперияда ЙСК пайдо бўлишида микоплазмаларнинг ролини таъкидладилар.

Rozet E ва бошқаларнинг [72] иши жаррохлик амалиётидан олдин ажратилган микроорганизмлар ва жаррохлик амалиётидан кейинги инфекцияни кўзгатувчи моддалар ўртасида маълум бир корреляция мавжудлигини исботлади. Кесар кесишдан кейин инфекцион ва яллиғланиш асоратларининг ривожланиши амниотик суюқликнинг (АС) микробларга қарши хусусиятларининг зўравонлигига ва унинг бактериялар билан колонизациясига боғлиқ.

Адабиётларда мавжуд бўлган маълумотлар хомиладорликнинг физиологик давридаги кўпчилик АС намуналари туғилишдан олдин унинг антибактериал фаоллиги ошишини кўрсатади [33].

Шундай қилиб, микроорганизмларнинг шифохона штампларининг АС ўсишининг кечикиши А. Н. Стрижаков, Т. Ф. Тимохина [56] тадқиқотларида тасдиқлашди.

Сувсиз даври узок аёлларнинг 90%да кесар кесишдан сўнг оғир яллиғланиш асоратлар кузатилган, бу юқори хавфи инфекциянинг клиник ёки бактериал белгилари бўлган хомиладор аёллар гуруҳида ифодаланган.

Жаррохлик амалиётидан олдин беморларда, 100% ҳолатларда, асосан ичак таёқчаси, бактериоидлар ва пепчаноқтрептококклар изоляция қилинган ҳолда АС бактериологик тахлилининг ижобий натижалари олинган. Худди шу маълумотлар Franch M ва бошқалар томонидан таъкидланган ва A. Lowenwirt I ва бошқалар [68] жаррохлик амалиётидан кейинги эндомиометрит билан оғриган 105та туғруқдан кейинги аёлларнинг жинсий аъзоларидан ва

жаррохлик амалиётидан олдин беморларнинг амниотик суюқликнинг 27 намунасида аниқланган. Шу билан бирга, Храмова Л.С. ва бошқалар [38], Нагеле Ф [69] бактериоидлар, хусусан, *Bacteroids fragilis* келтириб чиқарадиган эндомиоцитнинг энг оғир шаклини кайд этишади, бу уларнинг аксарият замонавий антибактериал дориларга кўп қаршилиқ кўрсатиши билан боғлиқ. Улар жаррохлик амалиётидан кейин тананинг реактивлигининг пасайиши туфайли вирулентликка эга бўлган микроорганизмлардир. АС учун микробларга қарши ҳимоя омилларига лизозим, бета-лизин, опсонинлар, пероксидазалар, трансферрин, темир ва гормонлар [19,21,24]. АСдаги пероксидаза ва бета-лизин миқдори ҳомиладорликнинг учинчи триместрида ортади ва туғруқ билан боғлиқ лизозим даражаси аёлларнинг қон зардобдаги ва янги туғилган чақалоқларнинг киндик қонидаги миқдоридан ошади. Савелев Г.М.га кўра , Трофимов О.А. [54] ва Chapman SJ ва бошқалар. [61] ҳомиладорликнинг охирида ва турли хил томир касалликлари билан оғриган аёлларда туғруқ пайтида лизозимнинг паст миқдори унинг микробларга қарши фаоллигининг пасайишига олиб келишини таъкидлайдилар.

Шу билан бирга, АСдан лизозимни ултрафилтрация орқали олиш уларнинг ҳимоя хусусиятларини камайтирмади. Асосий синфларнинг қон зардобда иммуноглобулинларининг таркиби АСдаги А,М,Г бўлиб, муаллифларнинг фикрига кўра, улар бактериал инвазиядан ҳимоя қила олмайди [11,32,39,55,58]. Аммо, Баев О.Р. [40] ҳали ҳам иммуноглобулинларни АС нинг микробларга қарши фаоллигининг таркибий қисмларидан бири сифатида баҳолайди ва Орлова В.С [15] иммуноглобулинлар бошқа омиллар билан биргаликда АСнинг бактерицид фаоллигини аниқлайди деб ҳисоблайдилар.

80-йилларда цинкнинг ноорганик компоненти ва органик пептиддан ташкил топган бошқа антибактериал АС тизими таклиф қилинди [19,74]. Муаллифларнинг экспериментал тадқиқотлари грам-манфий бактерияларга қарши комплекснинг бостирувчи хусусиятларини исботлади. Бу таъсир

рухнинг бактериал хужайра метаболизмининг магнийга боғлиқ биосинтетик жараёнларига ҳалокатли таъсири билан изоҳланади .

АСда пептиднинг фақат ҳомиладорликнинг сўнгги ойларида мавжудлиги ҳомиладорликнинг биринчи ярмида АСнинг паст антимикробиял фаоллигини тушунтиради.

Пептиднинг карбоксипептидаза ва цинк хелатлари билан инактивацияси комплекс фаоллигини бутунлай блоклайди ва АСнинг бактерицид (бактериостатик) хусусиятларини сезиларли даражада камайтиради.

Темирнинг АС нинг антибактериал фаоллигида иштироки темир ўз ичига олган биомолекулаларнинг асосий функциялари нуқтаи назаридан тушунарли: 1) электрон ва кислородни ташиш; 2) оксидланиш-қайтарилиш ферментларининг фаол марказларини шакллантиришда иштирок этиш.

Трипептид глицилгистидимин инсон қон плазмасида мавжуд бўлиб, у темир ёки мис билан боғланади ва уларнинг хужайра ичига киришини таъминлайди.

АС нинг антимикробиял хусусиятларини баҳолаш учун рух, фосфор, темир ва мис микроэлементларининг муҳимлигига ишонтаради.

Тақдим этилган адабиёт маълумотлари АСнинг микробларга қарши фаоллигини ривожлантириш учун масъул бўлган кўплаб омиллар ва тизимларнинг ўзаро таъсирини тасдиқлашга имкон беради, уларнинг механизмлари ўрганилмоқда. Ушбу масалаларни билиш кесар кесиш сўнг ошқозон-ичак тракти инфекцияларининг олдини олиш ва даволаш учун янада макбул чора-тадбирларни аниқлашга ёрдам беради .

1.3. ККдан кейинги инфекцион-яллиғланиш касалликларининг олдини олиш йўллари

Кесар кесиш кейин ИЯК пайдо бўлиши АСда меконий, нейтрофиллар ва В гуруҳи стрептококкларининг мавжудлиги билан боғлиқ [2,26,70]. Кесар кесиш кейин ИЯК кўпинча анемия, семизлик, диабетес

меллитус, юрак-қон томир тизими касалликлари ва генитоурия соҳасининг яллиғланиш жараёнлари фонида ривожланади; паст ижтимоий-иқтисодий турмуш даражаси натижасида [28,53,57,65,71]

Интраоператив хавф омиллари орасида фавқулодда кесар кесиш, жаррохлик амалиёти давомийлиги бир соатдан ортиқ, юқори қон йўқотиш, умумий оғриқсизлантириш ва жаррохлик амалиёти пайтида техник асоратлар киради .

Амниотик суюқликдаги фосфатлар ва синкнинг нисбати, ҳомиланинг ички мониторинги ва кесар кесиш сўнг гепатит ривожланиши ўртасида мумкин бўлган боғлиқлик ҳақида фикр мавжуд [70,77,97].

ИЯ асоратларни ривожланиши учун хавф омилларини таҳлил қилиш асосида кесар кесиш натижаларини математик прогноз қилишнинг турли усуллари бўйича ҳисоботлар пайдо бўлди [13,88]. Ўтказилган тадқиқотлар шуни таъкидлайдики, бир нечта омилларнинг комбинацияси кесар кесиш сўнг ИЯК ривожланиш хавфини сезиларли даражада оширади.

Замонавий акушерликда кесар кесиш сўнг ошқозон-ичак трактининг томир ичига тушишини камайтиришда бир нечта асосий йўналишларни ажратиб кўрсатиш мумкин: ҳомиладор аёлларни жаррохлик йўли билан туғиш учун ҳар томонлама оқилона тайёрлаш; жаррохлик ва оғриқсизлантириш қилиш техникасини такомиллаштириш; янги тикув материаллини, шу жумладан биологик фаол материалларни қидириш; интраоператив назорат остида гемодилюция, аутогемотрансфузия ва бошқалар [6,42,47,77,84]. Ошқозон-ичак тракти инфекцияси муаммосини ҳал қилиш жараёнининг ривожланишидаги барча омилларни, шунингдек, ҳар бир организмнинг индивидуал хусусиятларини ҳисобга олган ҳолда ҳар томонлама бўлиши керак.

Аёллар танасининг ҳимоя кучларини сафарбар этишга қаратилган чоратadbирлар энг самарали ҳисобланади [11,39,50,58]. Муаллифларнинг фикрича, организмнинг иммунобиологик реактивлигини кучайтириш иммун зардоблар, гаммаглобулинлар ва иммуномодулятор таъсирга эга биологик фаол моддалар ёрдамида мумкин [13,50,66,72,100].

Бирок, 80-йилларнинг бошларида Милов В.К. ушбу профилактика усулининг заиф самарадорлигини исботлади. Муаллифлар ушбу усулнинг паст самарадорлигини токсоднинг организмда қисқа вақт давомида қоладиган антитоксик антикорларнинг паст титрларини индукциясини таъминлаши билан изохладилар. Бу камчиликлар клиресларни қониқтирмайди ва уларни организмнинг сезувчанлигига таъсир қилишнинг янги усулларини излашга ундайди. Ошқозон-ичак тракти инфекцияларининг олдини олиш учун лизозимдан фойдаланиш алоҳида қизиқиш уйғотади. Лизозимнинг микробларга қарши хусусияти стафилококкларга таъсир қилади ва умуман олганда, микроб хужайраларининг антибиотикларга сезгирлигини оширади [61,74].

Иммуностимуляция қилувчи дориларнинг иммунитет механизмларига таъсири тўғрисидаги кўплаб маълумотларни аниқроқ таҳлил қилишни ўз ичига олмайди. Биз улардан фақат бир нечасини амалга оширдик, улар бизнинг фикримизча, амалий соғлиқни сақлашда энг кўп қўлланилади ва қўлланилганда жаррохлик амалиётидан кейинги йирингли-яллиғланиш касалликларига қарши курашда профилактик таъсир кўрсатиши мумкин. Бу масала акушерлик билан боғлиқ адабиётларда этарлича ёритилмаган ва уни янада ривожлантириш керак. ККда антибиотиклардан профилактик фойдаланиш масаласи мунозарали бўлиб қолмоқда.

Бир қатор муаллифларнинг фикрича, антибиотикларни профилактика мақсадида қўллаш ошқозон-ичак тракти касалликларини камайтиришга ёрдам беради [85,100].

Шу билан бирга, ушбу сериядаги дори-дармонларни профилактик қўллаш самарасизлиги ҳақида қарама-қарши маълумотлар пайдо бўлади [13,43,72]. Антибиотикларнинг самарасизлиги микроорганизмларнинг дори-дармонларга чидамлилиги билан боғлиқ. Бундан ташқари, улар кўпинча септик касалликларнинг яширин, абортив курсини ва кечиктирилган ташхисни таъминлайди. Бундан ташқари, антибиотиклар аёлларнинг туғилиш каналидаги микроорганизмлар турларининг нисбатини бузади, бу эса

бактерияларнинг чидамли, янада вирулент штамmlарини ҳукмронлик қилишига имкон беради ва патогенларнинг касалхона штамmlарини ҳосил қилади. Антибиотикларни қўллашда қўллаш усули ва дозасини ҳисобга олиш керак [13].

Антибиотиклар кашф этилишининг бошида бутун дунёда энг кўп қўлланиладиган профилактик терапия усули асосан мушак ичига 5-7 кунгача юбориш эди [13,26,43,70]

Кесар кесиш пайтида АБ нинг аҳамияти бошқача баҳоланади. Шундай қилиб, Бетран АП ва бошқаларнинг кузатишларида кесар кесиш пайтида самарали барча ҳолатларида тавсия қилиш имконини берди.

Жаррохлик амалиётидан кейинги даврда антибиотиклардан асоссиз равишда умумий ва узоқ муддатли профилактик фойдаланишнинг салбий таъсирини исботлаган бошқа бир қатор муаллифлар тубдан бошқача позицияни эгаллайдилар [26,31,39,42,51,58].

Ампициллин, канамицин, пенициллин, цефазолин, цепорин билан ишлатган олимларнинг бактериологик тадқиқотлари шуни кўрсатдики, АБ, 5-7 кун давомида ўтказилган, микроорганизмларнинг чидамли штамmlарини танлашга ёрдам берди ва яллиғланишга қарши дориларни даволашни мураккаблаштирди

Крамарский В.А.нинг сўзларига кўра, ва бошқалар [45] бу жаррохлик амалиётидан кейинги эндомиоэметритнинг клиник кўринишлари 1-2 кундан кейин пайдо бўлишига олиб келди касаллик узоқроқ давом этиши билан ажралиб туради профилактик антибиотикларни қабул қилмаган беморларга нисбатан, бунинг натижасида туғруқдан кейинги аёлларнинг ётоқда қолиши 4-5 кунга ошди.

Жаррохлик амалиётидан кейинги АПни яхшилашга, шунингдек, дори воситаларини қўллашнинг турли йўллари синаб кўриш орқали эришилди. Гуруҳ кечкишларининг салмоғини камайтиришга аспирация-ювиш дренажи усули ёрдамида эришилди [13,43,65]. Бунинг учун кесар кесиш пайтида, ҳомилани олиб ташлаш ва йўлдошни олиб ташлашдан сўнг, бачадон

бўшлиғига кўплаб тешиклари бўлган Т шаклидаги винилхлорид трубкаси киритилди, унинг узунламасга учи вагинага чиқарилади. Жаррохлик амалиётидан сўнг дарҳол ва кейинги 5 кун ичида бачадон бўшлиғи таркибини дастлабки аспирациядан сўнг бачадон бўшлиғига 10-20 мл 0,1% диоксидин эритмаси юборилади. Бу лоиянинг фаол эвакуациясини, миометрийнинг яхши контрактиллигини ва бактеритсид эритмасининг эндометриум билан бевосита алоқасини таъминлади. Аспирацияли дренажни қўллаш натижасида олимлар кесар кесиш сўнг ошқозон-ичак тракти инфекциялари билан касалланишни анъанавий жаррохлик амалиётидан кейинги АП билан 49,5% га нисбатан 11,8% гача камайтиришга эришдилар. Бошқа тадқиқотчилар ҳам профилактик бачадоничи ювишнинг самарадорлиги ҳақида хабар беришди [23,24].

Тадқиқотчиларнинг жаррохлик амалиётидан олдинги ва жаррохлик амалиётидан кейинги антибиотикларни қўллашнинг етарли даражада самарадорлиги бўйича адолатли эҳтиёткорликлари туфайли қорин бўшлиғи жаррохлигида улардан фойдаланиш тўғрисида ҳисоботлар пайдо бўлди. Тадқиқотчилар жаррохлик амалиётидан олдин, киндик тизимчасидаги қисқичлардан олдин ва кейин, жаррохлик пайтида ва жаррохлик амалиётидан кейин антибиотикларни қўллашнинг клиник самарадорлигини солиштирдилар. Тадқиқотларда интраоператив АП пайтида ИЯК салмоғи Баев О. Р. ва бошқалар. [40] АБ дорилар профилактика олдидан ва жаррохлик амалиётидан кейинги фойдаланиш 15% га нисбатан 33,5% ни ташкил қилади.

Бошқа муаллифлар ҳам жаррохлик амалиётидан кейинги АБ [13,35] билан солиштирганда киндик тизимчасини кесишдан олдин ва кейин томир ичига дориларни юборишнинг кўпроқ самарадорлигига эришдилар. Киндик тизимчасини сиқишдан олдин (24%) ва ҳомила ажратилгандан кейин (22%) тахминан бир хил ИЯК салмоғи ҳомила экстракциясидан кейин АБ ни тавсия этишга имкон берди, бу эса янги туғилган чақалокка дори-дармонларнинг салбий таъсирини йўқ қилади, шу билан бирга онага ҳимоя таъсири [7,36,43, 52,65].

Шундай қилиб, қонда дориларнинг максимал концентрацияси терапевтик дозалар киритилгандан кейин 2-19 минут ўтгач қайд этилган, бу ошқозон-ичак тракти инфекциялари патогенларига нисбатан кимёвий терапевтик воситаларнинг минимал концентрациясидан сезиларли даражада ошиб кетган ва тез (15 дан 40 минутгача) тананинг аъзолари ва тўқималарига тарқалган [1,23,36,39,62].

Трансекция билан зарарланган тўқималарда терапевтик концентрациялар шунингдек, уларни антибиотик эритмаси билан юбориш орқали олинган ва шу билан икки томонлама таъсирга эришилган: қонда препаратнинг паст даражаси ва, демак, унинг органларда минимал мавжудлиги (бу анафилактик шок хавфини кескин камайтирди, қоннинг исталмаган тақсимланиши аъзолар ва тўқималарда антибиотик) ва жаррохлик амалиёти вақтида унинг максимал даражалари жаррохлик амалиёти қилинган тўқималар билан бевосита алоқаси [13,36,100].

Тадқиқотчилар бачадон бўшлиғини, бачадоннинг жаррохлик кесилган жойини, сийдик пуфағи юзасини суғориш учун ишлатиладиган 1 литр физиологик натрий хлорид эритмасида 2 г цефазолин, цефаксиминни эритиб, қатта ҳажмдаги суюқликлардан фойдаланганлар чанок суяғи қорин олд деворининг маълум бир кетма-кетликда кесилган қатламлари [13,26,47,82] ва бошқалар антибиотик билан сезиларли даражада кичикрок ҳажмдаги эритмалар (20мл) дан самарали фойдаланилган. Жаррохлик майдонини антибиотикли эритмалар билан интраоператив ювишнинг барча ҳолатларида муаллифлар доимо ошқозон-ичак тракти инфекциялари билан касалланишнинг камайишини таъкидладилар. Жаррохлик майдонини антибиотик эритмаси билан ювиш билан интраоператив томир ичига юборишни солиштириш баъзи муаллифларнинг [40,61] тадқиқотларида иккала А-Б режимининг самарадорлигини, ювишнинг [47] ёки томир ичига юборишнинг [13] афзалликларини кўрсатди. Адабиётдаги мавжуд тажрибани ҳисобга олган ҳолда Каримов З.Д. [43] ошқозон-ичак тракти бўйича ўзининг профилактика чора-тадбирларини ишлаб чиқди, бунда жаррохлик

техникасининг такомиллаштирилган усуллари АБ нинг турли усуллари билан уйғунлаштирди антибиотикни оғриксизлантиришдан олдин юбориш, инфилтрация. тери ости ёғини антибиотик эритмаси билан мўлжалланган кесма чизиғи бўйлаб, аспирация-ювиш дренажи, бачадон ярасини ва тери ости ёғини ўзгартирилган усулда тикиш.

Орлов В.С.нинг кузатишларига кўра [15] ошқозон-ичак тракти инфекциясини кесар кесиш билан профилактик даволаш учун туғруқ канали микрофлорасининг антибиограмма маълумотларини ҳисобга олган ҳолда битта антибиотикни қўллаш мақсадга мувофиқдир бундай назоратнинг йўқлиги АБ нинг самарасизлигига сабаб бўлиши мумкин.

Дори воситаларини акушерликда қўллаш ўзига хос хусусиятларга эга бўлиб, уларнинг трансплацентар ўтказилиши ва ҳомила ва янги туғилган чақалоққа мумкин бўлган зарарли таъсири, масалан, нормал ичак микрофлорасининг шикастланиши, оғир яллиғланиш касалликларни, шу жумладан неонатал сепсисни келтириб чиқарадиган микроорганизмларнинг чидамли штаммларини танлаш.

Антибиотикларнинг жаррохлик амалиётидан кейинги узоқ муддатли рецепти ҳам янги туғилган чақалоқнинг танасига салбий таъсир кўрсатиши мумкин.

Антибиотиклар орқали янги туғилган чақалоққа этиб бориши натижасида она сути физиологик ичак флорасини бузади ва болаларда аллергия ҳолатларнинг салмоғини оширади.

Сўнги йилларда оғриксизлантирувчи моддаларни истеъмол қилишдан келиб чиқадиган салбий реакциялар сони ҳам ортди; аллергия реакциялар, дисбиоз, суперинфекция [12,24,35,36,65].

Антибиотикларнинг ноўя таъсири кўпинча иммунологик реактивликни бостириш билан бирга келади [24,43,50,55]. Тадқиқотчилар бир овоздан антибиотикларнинг иммуногенезга таъсирининг барча механизмлари бугунги кунгача ўрганилмаган деган фикрда. Иммуномодулятор (Т-активин) ва оғохлантирувчи таъсирга эга дори

воситаларининг амалиётга жорий этилиши антибиотикларнинг организмнинг иммунитет тизимига токсик таъсирини камайтиришга имкон берди [11,13,43,73,84].

Иммуностимуляция қилувчи ва антибактериал терапия билан бир қаторда, маълумки, жаррохлик амалиётидан кейинги ва туғруқдан кейинги даврда иммунитетнинг пасайиши фонида туғруқ каналининг оммавий ифлосланишига мойил бўлган вагинал микрофлорани нормаллаштиришга қаратилган чора-тадбирлар профилактика учун катта аҳамиятга эга-ошқозон-ичак тракти инфекциялари. Шу мақсадда туғруқ канали цитеал билан ишлов бериледи [66,83,100]

Кесар кесиш пайтида оғриксизлантириш алоҳида ўрин тутади, бу амнезия, мушакларнинг бўшашиши ва етарли оғриксизлантиришни таъминлаши керак. Замонавий анестезиология соҳасида катта ютуқларга қарамай, оптимал кесар кесиш пайтида оғриксизлантириш усули ҳали охиригача аниқланмаган [1,6,87]. Бу акушерликдаги оғриксизлантиришнинг ўзига хос хусусиятларига эга эканлиги билан изоҳланади: анестетик ва бошқа нейротроп дориларнинг ҳомиладор аёлнинг танасига таъсири, уларнинг плацента тўсиғи орқали кириб бориши, ҳомила ва янги туғилган чақалоққа депрессив таъсир кўрсатиши, бачадоннинг контрактил функциясига салбий таъсир кўрсатиши, гомеостаз ва иммунологик реактивлик тизими билан [1,8,80].

Қон йўқотиш ва унинг компенсацияси масаласи жуда муҳимдир. Кесар кесиш жаррохлик амалиётиси катта қон йўқотиш билан бирга келади ва агар у етарли даражада компенсация қилинмаса, иммунитетнинг аниқ тушиши, лактация ҳолати, гипохромик анемия пайдо бўлиши, йирингли-септик касалликларнинг ривожланиши ва кейинчалик туғруқдан кейинги нейрорэндокрин бузуклишлари пайдо бўлиши мумкин [1,17,88,100]

Қўплаб тадқиқотчилар қон йўқотишни турли усуллар билан аниқлаб, кесар кесиш пайтида ўртача 500-600мл, ҳақиқий қон йўқотиш эса ҳар доим кўпроқ деган хулосага келишди. аниқланиши мумкин, чунки тўқималарда

ва бўшлиқларда тўпланган қон, қон кетиши ҳисобга олинмайди [1,21,23,42,60,93].

Қон йўқотилишини алмаштириш билан боғлиқ масалалар кесар кесишга замонавий ёндашувда муҳим вазифадир. Агар қон йўқотиш 750 мл дан ошмаса, сиз қон қуйишдан бош тортишингиз мумкин. Қонда патологик ўзгаришларнинг йўқлиги қонни алмаштириш эритмаларини киритиш билан чекланиши мумкин [30,48,60,68,81,92,98]

КК давомида қон йўқотилишини алмаштириш тўлиқ бўлиши керак, деб ҳисоблайдилар [1,70,77,100]. Робсон М.[20] ҳомиладорлик сони, камқонликнинг мавжудлиги, кечки токсикоз ва бошқаларни ҳисобга олган ҳолда бу масалага янада дифференциал тарзда ёндашишни таклиф қилади. ва қон қуйишни албумин, плазма, декстран ва бошқаларни юбориш билан бирлаштириб, тўғирлаши мумкин бўлган эритмалардир.

КК дан кейин септик касалликларнинг олдини олишда жарроҳлик усуллари ва бачадон кесмасини тикиш усулларидан оқилона фойдаланиш алоҳида рол ўйнайди. Кесар кесиш жарроҳлик усуллари ҳақидаги саволлар энг тўғри бачадон кесмасидан фойдаланиш нуқтаи назаридан кўриб чиқилади, бу минимал қон кетишини, миёметрийнинг энг кам шикастланишини ва чандикнинг яхши битишини таъминлайди.

Замонавий акушерлик амалиётида кесар кесишнинг турли усуллари қўлланилади, масалан, бачадоннинг юқори сегментида амалга ошириладиган, бачадоннинг пастки сегментида кесар кесиш, шунингдек пастки сегментдаги қўндаланг кесма билан экстраперитонеал кесар кесиш ва ҳок.

Ҳар бир усул ўзининг афзалликлари ва камчиликларига эга. Шунинг учун аниқланиши мумкин бўлган фақат битта ўзига хос нарсанинг фойдасига аниқ гапириш мумкин эмас, чунки тўпланган қон, тўқима ва бўшлиқларда қон кетиши ҳисобга олинмайди [1,21, 23, 42, 60, 93].

Қон йўқотилишини алмаштириш билан боғлиқ масалалар кесар кесишга замонавий ёндашувда муҳим вазифадир. Жарроҳлик амалиётини

амалга оширишда қон қуйиш орқали қон йўқотилишини гемодинамик ёки реологик таъсирга эга қонни алмаштириш эритмаларини бир вақтнинг ўзида қўллаш билан этарли даражада қоплаш керак. Агар қон йўқолса 750 мл дан кўп бўлмаган, сиз қон қуйишдан бош тортишингиз мумкин [30,48,60,68,81,92].

Кўпгина муаллифлар кесар кесиш пайтида қон йўқотиш учун компенсация тўлиқ бўлиши керак, деб ҳисоблашади [1,70,77,100]. Кулаков В.И. Макацария [50] ҳомиладорлик сони, камқонликнинг мавжудлиги, ХГХ ва бошқаларни ҳисобга олган ҳолда бу масалага янада табақалаштирилган тарзда ёндашишни таклиф қилади. ва қон қуйишни албумин, плазма, декстран ва бошқаларни билан бирлаштириб юбориш мумкин.

Бачадон кесмаларини тикиш усулларидан оқилона фойдаланиш алоҳида рол ўйнайди бачадон деворининг шикастланишини ва тери чандиғини битишини таъминлайдиган энг мақбул бачадон кесмасидан фойдаланиш нуқтаи назаридан кўриб чиқилади.

КК жаррохлик амалиётининг модификациялари орасида ҳозирда энг кўп қўлланиладиган кесар кесиш бачадоннинг пастки сегментида кўндаланг кесма билан (94-99%) [1,77,86,100]. Ушбу усул ёрдамида бачадондаги кесма унинг пастки сегменти қисмида кўндаланг ёки бўйлама йўналишда, везикоутерин бурма соҳасида ёки бироз пастроқ (ретровезикал кесар кесиш ва бошқалар) амалга оширилади.

Узунламасига кесманинг камчиликлари қуйидагилардан иборат: думалок ва қия мушаклар, қон томирлари ва бачадоннинг пастки сегменти нервларининг кесишиши ва уни танага ўтказмасдан ҳақиқий истмик кесмани олишнинг камдан-кам эҳтимоли мавжуд.

Кўпинча перитонизация сийдик пуфагининг сиқилишига ва сийдик йўллариининг юкстрамурал қисми йўналишининг ўзгаришига олиб келади [33,77,86,88]. Пастки сегментнинг кўндаланг кесими бундай камчиликларга эга эмас ва клиник амалиётда энг кўп қўлланилади. У бачадоннинг энг кам функционал фаол сегментида жойлашган ва энг яхши шифо шароитида.

Пастки сегментдаги кесар кесиш сўнг бачадоннинг ёрилиши тана қисмидан кейин 4-5 марта камроқ кузатилади. Бундан ташқари, бачадон гипотензияси билан боғлиқ қон кетиш хавфи камаюди, везикоутерин бурманинг ишончли перитонизацияси қорин бўшлиғида инфекция хавфини камайтиради, бу эса қорин бўшлиғида битишмалар пайдо бўлишининг олдини олади [77,86,97,100]. Бирок, инфекцияланган ҳолатларда, пастки сегментдаги кесар кесиш септик асоратларни ривожланишига тўсқинлик қилмайди.

Экстраперитонеал КК усулининг афзалликлари жаррохлик амалиётидан кейинги перитонит ва перитонит ривожланиш эҳтимоли йўқлигини ўз ичига олади. ичак шикастланиши, камроқ қон йўқотиш ва жаррохлик амалиёти давомийлиги, қорин парда оғриғи ва ичак дисфункциясининг йўқлиги сабабли жаррохлик амалиётидан кейинги даврнинг силлиқ кечиши [19,22,29]. Сўнгги йилларда кесар кесиш жаррохлик амалиётисининг модификациялари орасида М.Штарк усули бўйича кесар кесиш кенг қўлланилган. Ушбу КК техникасининг афзалликлари камроқ қон йўқотиш, жаррохлик амалиёти давомийлиги, жаррохлик амалиётидан кейинги оғриқ қолдирувчи воситаларга бўлган эҳтиёж, ичак фалажлари ва бошқаларни ўз ичига олади [33, 76, 100]. Кесар кесишнинг натижаси учун бачадонни тикиш техникаси катта аҳамиятга эга, чунки уларнинг етишмовчилиги кўпинча перитонитнинг ривожланишига олиб келади.

Гематологик кўрсаткичларни тўғри ва ўз вақтида тузатишга катта рол берилади [22]. Санитария-эпидемиология режими меъёрларига риоя қилиш зарурий ва мажбурий бўлиб қолмоқда [70,76,77,93,96].

Сўнгги йилларда КК дан кейин гематометранинг олдини олиш учун дори воситалари билан бир қаторда ноанъанавий усуллар ҳам қўлланила бошланди. Гематометранинг олдини олиш ва даволаш мақсадида лазер, гемосорбция, ултрабинафша нурланиш, ултратовуш, квант гемотерапия қўлланилади [12,19,55,56,77]. Сўнгги йилларда янги замонавий терапия турларининг пайдо бўлиши (квант гемотерапияси, детоксиациянинг

дорбсион усуллари, лазер терапияси, магнит терапия ва бошқалар) септик касалликларни даволаш имкониятларини кенгайтирди, ammo акушерлик ва гинекологик амалиётга нисбатан бу усуллар ҳали кенг қўлланилиши топилмаган [12,16, 20]

"Фармакологик тўйинганлик" тиббиётда қийин муаммога айланди ва акупунктура уни ҳал қилиш усулларида биридир. Жарроҳлик ва неврологик клиникаларда қўлланиладиган оғриқни бартараф этишда ИРТ нинг самарадорлиги алоҳида эътиборга лойиқдир [45,83,100].

Акупунктурнинг асосий таъсири мураккаб нейрогуморал механизмдир . Ҳозирги вақтда расмий соғлиқни сақлаш (турли касалликлар ва синдромлар учун рефлексотерапия) инкор этиб бўлмайдиган самарадорлигини тан олади. Шу муносабат билан турли клиник профилдаги шифокорлар орасида рефлексотерапия усулига катта қизиқиш мавжуд. Сўнги ўн йилликда акупунктура тиббиётининг жадал ривожланишига қарамай, ўрганилган ИРТ усулларида терапевтик таъсирининг илмий асослари ва механизмлари кам. Ушбу усулни бир қатор гинекологик касалликлар учун аниқ терапевтик таъсирга эга бўлган ҳолда қўллаш бўйича маълум тажрибалар тўпланган: бепуштлиқ (эндокрин келиб чиқиши), аднексит, хомиладорлик хавфи ва ҳайз даврининг бузилиши. Бирок, акушерлик ёрдамида ИРТни самарали дори-дармонсиз даволаш усули сифатида қўллаш имконияти амалда етарли даражада қўлланилмайди.

Магнит майдоннинг аналгетик, антиспазмолитик, томирларни кенгайтирувчи, яллиғланишга қарши таъсири қайд этилган.

Сўнги йилларда МП кўпинча акушерлик ва гинекологик амалиётда терапевтик ва профилактик мақсадларда қўлланилади.

Адабиётларда кизларда сурункали салпингит, салпингофарит, пельвиоперитонит ва параметрит, вулвовагинитни даволашда МТ дан муваффақиятли фойдаланиш ҳақида хабарлар мавжуд [94].

Жинсий эндометриоз, яллиғланиш этиологиясининг бепуштлиги ва кучли вегетатив оғриқ синдроми бўлган чанок бўшлиғидаги битишмалар

билан оғриган беморларни даволашда МТ дан фойдаланишнинг юкори самарадорлиги мавжуд; аник чандикли жараён билан бачадон миомаси билан оғриган беморларни жаррохлик амалиётидан олдинги тайёргарлик комплексидан, айникса бачадон атрофи тўқималарнинг яллиғланиш индурацияси [90].

ИЯК олдини олиш ва даволашда ноанъанавий усулларни қўллаш жаррохлик амалиётидан кейинги даврнинг янада қулай кечишига, тана функцияларининг тезроқ тикланишига ва унинг пайдо бўлган жойида тўлик бачадон деворининг шаклланишига ёрдам беради.

Мавжуд адабиётларни таҳлил қилиш шуни кўрсатадики, бугунги кунда ККдан кейин ошқозон-ичак тракти инфекцияларининг олдини олишнинг ягона схемаси йўқ. КК жаррохлик амалиёти пайтида ва ундан кейин мавжуд бўлган анъанавий ва ноанъанавий профилактика воситаларининг бутун мажмуасидан фойдаланиш керак бўлиши мумкин .

Бинобарин, йирингли-яллиғланиш касалликларининг олдини олиш акушерликнинг долзарб муаммоларидан бири бўлиб қолмоқда ва доимий - ўрганиш ва такомиллаштиришни талаб қилади.

III боб. ҲОМИЛАРЛИК ВАҚТИДА БАЧАДОННИНГ ТОПОГРАФНАТОМИК ХУСУСИЯТЛАРИ ВА МИОМЕТРИЙАДАГИ МОРФОЛОГИК ЎЗГАРИШЛАР

2.1. Ҳомиладорлик даврида бачадоннинг топографик ва анатомик ўзгариш хусусиятлари

Ҳомиладорлик даврида бачадон ҳомиланинг ривожланиши учун мақбул шароитларни таъминлайдиган топографик ва анатомик хусусиятларни ўз ичига олган сезиларли ўзгаришларга учрайди. Уруғланишдан сўнг дарҳол бачадон ҳажмининг фаол ўсиши бошланади. Бу жараён бачадоннинг мушак деворидаги хужайралар сонининг кўпайиши ва қон томирлари ҳажмининг ошиши билан боғлиқ. Ҳомиладорликнинг бошида бачадон нок шаклидаги бўшлиқ шаклига эга, аммо ҳомила ўсиши билан у ўзгаришларга учрайди. Охир-оқибат, бачадон катта органга айланади.

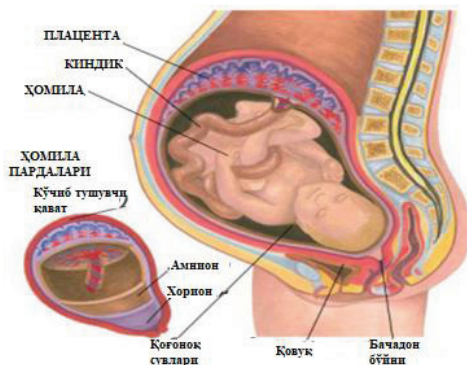
Ҳомилани этарли даражада қон билан таъминлаш учун бачадондаги томирлар сезиларли ўзгаришларга учрайди. Янги қон томирлари, айниқса плацентада ривожланади, бу она ва ҳомила ўртасида озуқа моддалари ва кислороднинг самарали алмашинувини таъминлайди. Бачадоннинг мушак қатламлари янада эластик бўлиб, чўзилишга чидамли бўлади, бу эса бачадонга ҳомиладорликни сақлаб қолиш ва ўсаётган ҳомилани қўллаб-қувватлаш имконини беради.

Ҳомиланинг ўсиши билан бачадон аста-секин кўтарилиб, ички органларни суриб итаради. Бу атрофдаги тўқималар ва органларнинг топографик тузилишига таъсир қилади.

Белгиланган сана келганда, ҳомиланинг онанинг танасидан хавфсиз ўтишини таъминлаш учун бачадон фаоллашув ва қисқариш жараёнидан ўтади.

Шуни таъкидлаш керакки, бачадондаги ўзгаришлар кўплаб омилларга, жумладан, ҳомиладорлик сонига, онанинг умумий соғлиғига, асоратларнинг мавжудлигига ва бошқа омилларга боғлиқ бўлиши мумкин.

Ҳомиладорлик даврида бачадон нафақат ҳомиланинг ўсишини таъминлаш учун, балки плацентанинг ривожланиши учун ҳам ўзгаришларга учрайди.



Расм. 2.1. Ҳомиладорлик даврида бачадоннинг топографияси

Плацента она ва ҳомила ўртасида озуқа моддалари, кислород ва чикиндилар алмашинувида асосий рол ўйнайдиган органдир. У бачадон деворига бириктирилган ва она ва ҳомила қони ўртасидаги алоқани таъминлайди.

Бачадоннинг ўсиши ва унинг шаклидаги ўзгаришлар туфайли органи ҳолатида қўллаб-қувватловчи бойламлар ва бўғинлар чўзилади. Бундан ташқари, ўсаётган ҳомила туфайли бачадоннинг оғирлиги ошиши билан боғлиқ.

Ҳомиладорлик даврида бачадон кўп микдорда қон олади, бу эса ўсаётган ҳомила учун зарур озиқ моддалар ва кислородни таъминлайди. Бу ҳам ҳомиладорликнинг нормал ривожланиши учун мақбул шароитларни сақлашга ёрдам беради.

Бачадондаги бу топографик-анатомик ўзгаришларнинг барчаси ҳомиланинг ўсиши ва ривожланиши учун мақбул шароитларни таъминлашга, шунингдек, танани туғилиш жараёнига тайёрлашга қаратилган. Ушбу мураккаб жараён аёл танасининг ҳомиладорликни сақлаб қолиш ва келажақдаги авлодларнинг соғлиғи учун қулай шароитларни таъминлаш учун мослашиш қобилиятини таъкидлайди.

Баъзи ҳолларда, ҳомиладорлик даврида бачадон айланиши мумкин, яъни унинг нормал ўқига нисбатан ўз позициясини ёки йўналишини ўзгартиради. Бачадоннинг айланиши турли омиллар, масалан, ривожланиш аномалиялари,

баъзи ўсмаларнинг мавжудлиги, ҳомила позициясининг бузилишлари ва бошқа ҳолатлар туфайли юзага келиши мумкин. Шунини таъкидлаш керакки, бачадоннинг айланиши нормал эмас ва шифокорнинг эътиборини талаб қилиши мумкин.

Бачадоннинг айланиши унинг шакли ва йўналишидаги ўзгаришларга олиб келиши мумкин. Масалан, бачадон ўзининг бўйлама ўқи атрофида айланиши мумкин, чаноқ бўшлиғи ичидаги ҳолатини ўзгартиради. Бачадоннинг айланиши орган ичидаги қон томирларининг тарқалишига таъсир қилиши мумкин. Бу бачадон ва ҳомиланинг қон билан таъминланишида ўзгаришларга олиб келиши мумкин, бу ўз навбатида шифокорларнинг қўшимча эътиборини талаб қилиши мумкин. Бачадоннинг айланиши ҳомиланинг бачадон ичидаги ҳолатига таъсир қилиши мумкин. Бу ҳомиладорлик пайтида ҳомиланинг ғайриоддий ҳолатига олиб келиши ва тузатиш чораларини талаб қилиши мумкин.

Ультратовуш кўпинча бачадоннинг айланишини ва унинг ҳомиладорликка таъсирини аниқлаш учун ишлатилади. Бу шифокорларга бачадоннинг тузилиши ва ҳомиланинг ҳолати ҳақида батафсил маълумот олиш имконини беради.

Бачадоннинг айланиши ҳолатида бачадоннинг анатомиясини ҳисобга олган ҳолда туғилиш режасини ишлаб чиқиш муҳимдир. Бу кесар кесиш учун муайян позицияни танлаш ёки онанинг ва чақалоқнинг хавфсизлигини таъминлаш учун бошқа чораларни ўз ичига олиши мумкин.



Расм. 2.2 . Бачадоннинг тузилиши (қатламлари)

Бачадоннинг ҳаддан ташқари чўзилиши билан ҳомиланинг кўринадиган қисми ва чаноқ суяги ўртасидаги клиник номувофиқлик бўлса, бачадоннинг пастки

сегменти қалинлиги 3 мм.дан кам, юқори қисми эса камаяди чегара бир вақтнинг ўзида сийдик пуфагининг силжиши билан бирга 10 см ёки ундан кўпроқ кўтарилади. Лапаротомия ва бачадон кесмаси пайтида сийдик пуфагининг мумкин бўлган шикастланишининг олдини олиш учун ушбу топографик ва анатомик хусусиятларни ҳисобга олиш керак.

2. 2 . Ҳомиладорликнинг кечки муддатларида миометридаги морфологик ўзгаришлар

Миометрий бачадоннинг мушак қатлами бўлиб, туғруқ пайтида унинг қисқариши ва ҳомиладорликнинг сақланишини таъминлайди. Ҳомиладорликнинг кеч даврида миометрий ўсаётган ҳомилага мослашиш ва яқинлашиб келаётган туғилишга тайёргарлик кўриш учун бир қатор морфологик ўзгаришларга учрайди.

Ҳомиладорликнинг кечки даврида миометрий мушак хужайралари катталаниши (гипертрофия) ва сонининг кўпайиши (гиперплазия) мумкин. Бу бачадон ва ҳомиланинг катталашган ҳажмини қўллаб-қувватлаш учун мушак қатламларига қўшимча куч ва эластикликни беради.

Мушак хужайраларининг катталиги ва сонининг кўпайиши туфайли улар орасидаги оралик бўшлиқда ҳам ўзгариш мавжуд. Бу қонни самаралироқ ҳайдаб беришда ёрдам беради ва ҳомилани озик моддалар билан таъминлайди. Бачадонни қўллаб-қувватлайдиган ва унинг ҳаддан ташқари чўзилишини олдини оладиган миометрида структуравий қатламлар пайдо бўлиши мумкин.

Бачадон ва ҳомилани самарали қон билан таъминлаш учун миометрий томирлар ўзгариши мумкин. Янги томирлар ривожланади ва мавжудлари диаметри ошиши мумкин.

Миометридаги морфологик ўзгаришлар ҳам туғруқ пайтида мушакларни қисқаришга тайёрлашга қаратилган. Бачадон мушаклари туғруқ пайтида ҳомилани ташқарига чиқариш учун самарали ва мувофиқлаштирилган қисқариш қобилиятига эга бўлиши керак.

Ҳомиладорлик ва туғиш пайтида бачадонни қўллаб-қувватлаш учун зарур бўлган эластиклик ва куч ўртасидаги мувозанатни таъминлайдиган миометрийнинг коллаген толасида ҳам ўзгаришлар содир бўлади.

Ҳомиладорликнинг кечки даврида миометрийдаги бу морфологик ўзгаришлар танани ҳомиладорликнинг нормал тугаши ва муваффақиятли туғилиш учун тайёрлашнинг физиологик жараёнининг муҳим қисмидир.

Ҳомиладорликнинг кеч даврида миометрий ҳомиладорлик билан боғлиқ гормонал ўзгаришларга ҳам таъсир қилиши мумкин. Масалан, окситоцин гормони даражаси ошади, бу эса туғруқ пайтида бачадон қисқаришини мувофиқлаштиришга ёрдам беради.

Миометрий бачадон бўйни туғруқ пайтида бачадон бўйни очилиши пайтида юзага келадиган чўзилиш учун тайёрлайди. Бачадон тузилишидаги бу ўзгаришлар унинг туғруқ вақтида кенгайиш ва қисқариш қобилятига таъсир қилади.

Агар плацента унинг деворига бириктирилган бўлса, миометрий ҳам ўзгариши мумкин. Бу она ва ҳомила ўртасидаги плацента ва метаболизмни қўллаб-қувватлаш учун зарур бўлган махсус қисмларнинг ривожланиши ва қон таъминотидаги ўзгаришлар билан боғлиқ.

IV-Боб. КЕСАР КЕСИШ АМАЛИЁТНИНГ АНЕСТЕЗИОЛОГИК АСПЕКТЛАРИ

Кесар кесишнинг анестезиологик жиҳатлари она ва чақалоқнинг ҳолатини ва хавфсизлигини таъминлашда муҳим рол ўйнайди. Кесар кесиш учун оғриқсизлантириш билан боғлиқ баъзи асосий жиҳатлар:

Анестезия усулини танлаш. Шифокорлар эпидурал, умуртқа ёки умумий оғриқсизлантириш каби бир нечта оғриқсизлантириш усуллари танлашлари мумкин. Усулни танлаш тиббий кўрсаткичларга, беморнинг афзалликларига ва анестезиологнинг қарорига боғлиқ. Кўпинча умуртқа ва эпидурал оғриқсизлантириш афзал кўрилади, чунки улар беморни уйғоқ ушлаб туради ва тананинг пастки ярмини оғриқсизлантириш билан таъминлайди.

Анестезияловчи дорилар. Анестезиолог жаррохлик амалиёти қилинадиган ҳудудда сезувчанликни блокировка қилиш учун одатда маҳаллий анестетиклардан фойдаланади. Бу аёлга жаррохлик пайтида озгина оғриқ ҳис қилиш ёки ҳис қилиш имконини беради.

КК жаррохлик амалиёти пайтида бемор доимий тиббий назорат остида. Бу хавфсизликни таъминлаш учун қон босими, пулс, кислород билан тўйинганлик ва электрокардиограмма каби ҳаётий белгиларни кузатишни ўз ичига олади.

Суюқлик ва қон йўқотилишини бошқариш. Анестезиолог, шунингдек, жаррохлик пайтида томир ичига суюқлик ва қон йўқотилишини бошқариш учун жавобгардир. Бу барқарор қон босимини ва беморнинг умумий ҳолатини сақлашга ёрдам беради.

Асоратларнинг олдини олиш. Анестезиолог, шунингдек, аллергия реакциялар ёки орчаноқтатик гипотензия (тана ҳолатидаги ўзгаришлар билан қон босимининг пасайиши) каби оғриқсизлантириш билан боғлиқ асоратларни олдини олиш учун чоралар кўради. Анестезиолог, шунингдек, беморнинг жаррохлик амалиётига этарлича тайёрланишини таъминлайди.

Жаррохлик амалиётидан кейинги оғриқни йўқотиш. Жаррохлик амалиёти тугагандан сўнг, анестезиолог жаррохлик амалиётидан кейинги оғриқни ва

кулай тикланишни бошқариш учун аналгетиклар ва оғриқ қолдирувчи воситалар билан таъминлаши мумкин.

Кесар кесишнинг анестезиологик жихатлари хавфсиз ва муваффақиятли муоалажани таъминлаш учун юқори малака ва эҳтиёткорликни талаб қилади. Оғриқни самарали бошқариш ва назорат қилиш онанинг ҳам, чақалоқнинг ҳам саломатлиги ва фаровонлиги учун муҳимдир.

Беморнинг эҳтиёжларига мослашиш: анестезиолог, ҳар бир беморнинг индивидуал хусусиятлари ва эҳтиёжларини ҳисобга олади. Мисол учун, агар беморда сурункали касалликлар ёки дориларга аллергия бўлса, анестезиолог анестезия режасини мослаштириши ва тегишли дори-дармонларни танлаши лозим.

Жарроҳликнинг анестезиологик жихатларининг муҳим қисми жарроҳ ва тиббиёт ходимлари билан ҳамкорликдир. Жарроҳлик амалиётининг муваффақияти ва беморнинг хавфсизлигини таъминлашда бутун жамоа ўртасидаги алоқа ва синхронизация асосий рол ўйнайди.

Баъзи ҳолларда, она ёки чақалоқнинг ҳаётини сақлаб қолиш учун кесар кесиш амалга оширилганда, анестезиолог махсус қийинчиликларга дуч келиши мумкин, масалан, эрта туғилган чақалоқлар ёки жиддий тиббий муаммолари бўлган беморлар учун оғриқсизлантиришни мослаштириш.

Жарроҳликдан сўнг анестезиолог беморнинг аҳволини тиклаш хонасида кузатишни давом эттиради ва муоалажадан кейин оғриқ ва асоратларни камайтириш учун оғриқ қолдирувчи воситалар ва тиббий ёрдам кўрсатиши мумкин.

Шуни таъкидлаш керакки, кесар кесиш катта жарроҳлик муолажаси бўлиб, пухта ўйланган анестезия режаси ушбу амалиётни ўтказилаётган аёлнинг хавфсизлиги ва қулайлигини таъминлашда ҳал қилувчи рол ўйнайди. Анестезиологлар жарроҳлар ва бошқа тиббиёт мутахассислари билан муваффақиятли ва хавфсиз кесар кесишни таъминлаш ва онанинг ҳам, янги туғилган чақалоқнинг ҳам фаровонлигини таъминлаш учун ишлайди.

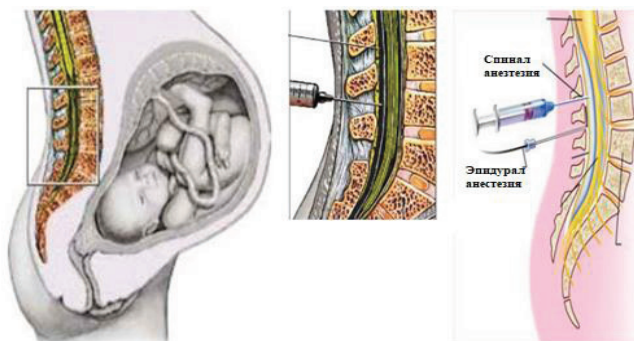
3.1. Кесар кесиш пайтида оғриқсизлантириш усуллари

КК жарроҳлиги учун оғриқни бошқариш жарроҳлик амалиёти пайтида ва ундан кейин етарли даражада оғриқсизлантириш учун мўлжалланган турли хил стратегиялар ва дори-дармонларни ўз ичига олади. Бу жарроҳликнинг муҳим жиҳати, чунки кесар кесиш бемор учун сезиларли нокулайлик туғдириши мумкин бўлган катта жарроҳлик амалиётидир.

Кесар кесиш пайтида оғриқсизлантиришнинг баъзи усуллари:

Эпидурал оғриқсизлантириш. Эпидурал оғриқсизлантириш кўпинча кесар кесиш пайтида оғриқсизлантириш учун ишлатилади. Бундай ҳолда, эпидурал бўшлиққа анестетик юборилади, бу тананинг пастки ярмида оғриқни самарали равишда блокировка қилишга имкон беради. Жарроҳлик амалиётидан кейин узок муддатли оғриқсизлантириш учун эпидурал оғриқсизлантириш сақланиши мумкин.

Эпидурал оғриқсизлантириш - бу орқа мияга киритиш, сўнгра эпидурал бўшлиққа анестезикани юбориш жараёни (3. 1 -расм).



3-расм. Эпидурал оғриқсизлантириш

Спинал оғриқсизлантириш. Спинал оғриқсизлантириш тез ва кучли оғриқ блокини таъминлайди. Бундай ҳолда, анестезик орқа мия бўшлиғига қилинади. Кесар кесишдан кейин оғриқни самарали назорат қилиш тикланишни тезлаштириш, умумий фаровонликни яхшилаш ва янги туғилган чақалокни янада муваффақиятли озиклантириш ва парвариш қилиш учун муҳимдир. Оғриқсизлантириш усулини танлашда беморнинг индивидуал

хусусиятлари, касаллик тарихи, шунингдек, жаррохлик амалиётининг ўзига хос хусусиятлари ҳисобга олинади. Қарор оғриқсизлантириш самарадорлиги ва юзага келиши мумкин бўлган ножўя таъсирларни минималлаштириш ўртасидаги мувозанатни ҳисобга олган ҳолда қабул қилинади.

Эпидурал оғриқсизлантириш кесар кесиш пайтида оғриқни йўқотишнинг энг кенг тарқалган усулларидан бири сифатида кенг қўлланилади. Анестезиолог умуртқа поғонасининг эпидурал бўшлиғига анестетикни киритади, бу оғриқни блоклайди ва тананинг пастки ярмини тўлиқ ёки қисман оғриқсизлантириш билан таъминлайди. Эпидурал оғриқсизлантириш аёлга чақалокнинг туғилиши пайтида онгли ва ҳозир бўлишига имкон беради.

Спинал оғриқсизлантириш эпидуралга ўхшайди, аммо анестезик тўғридан-тўғри орқа мия каналига қилинади. Бу усул тезроқ ишлайди ва одатда камроқ анестетикни талаб қилади. Спинал оғриқсизлантириш ҳам тананинг пастки ярмини оғриқсизлантириш билан таъминлайди ва кўпинча кесар кесиш учун ишлатилади.

Умумий оғриқсизлантириш. Баъзи ҳолатларда умумий оғриқсизлантириш талаб қилиниши мумкин, айниқса беморда эпидурал ёки спинал анестезияни имконсиз ёки исталмаган ҳолатга келтирадиган тиббий шароитлар ёки имтиёзлар мавжуд бўлса. Умумий оғриқсизлантириш жаррохлик амалиёти давомида онгни ва оғриқни йўқотишни ўз ичига олади.

Комбинатсияланган усул. Баъзида умумий оғриқсизлантириш билан биргалликда спинал ёки эпидурал анестезияни ўз ичига олган усул қўлланилади. Бу оптимал оғриқсизлантириш ва жаррохлик амалиёти пайтида ва ундан кейин оғриқни бошқариш учун фойдали бўлиши мумкин.

Жаррохлик амалиётидан кейинги оғриқни йўқотиш. Кесар кесиш тугагандан сўнг, аёлга жаррохлик амалиётидан кейин ва тикланиш даврида оғриқ ва ноқулайликни бартараф этиш учун аналгетиклар ва оғриқ қолдирувчи воситалар берилиши мумкин.

4.1. Кесар кесиш учун кўрсатмалар, қарши кўрсатмалар ва шароитлар

Кесар кесишга кўрсатмалар аёлнинг муайян вазияти ва тиббий шароитига қараб фарқ қилиши мумкин. Кесар кесиш учун мутлак, нисбий ва аралаш кўрсатмалар мавжуд.

Мутлак кўрстамалар:

- Чаноқ бўшлиғининг III-IV даражали торайиши, бу табиий туғилишга тўсқинлик қилади.
- Ҳомила туғилишининг нормал жараёнига халақит берадиган ўсмалар ва чандиқ ўзгаришларининг мавжудлиги.
- Тўлиқ плацента тўлиқ ёки тўлиқ бўлмаган олдинда келиши қон кетиши билан
- Нормал жойлашган плацентанинг муддатидан олдин кўчиши, айниқса тез туғдириб олиш имконияти бўлмаган ҳолларда.
- Ҳомиладорлик пайтида ёки туғишнинг биринчи босқичида эклампсия, айниқса, буйрак ва жигар этишмовчилигига олиб келадиган терапияга жавоб бермайдиган оғир ХГХ борлигида тез туғдириб олиш имконияти бўлмаган ҳолларда.
- Бачадон ёрилиши хавфи.
- Оддий туғруқни қийинлаштириши мумкин бўлган ҳомила нотўғри позициялари.
- Ҳомиланинг туғруқ канали орқали ўтишида қийинчиликларга олиб келадиган чаноқ-цефалик номутаносиблик.

Нисбий кўрсатмаларга қуйидагилар киради:

- Олдинги жаррохлик амалиётлардан кейин бачадонда чандиқ мавжудлиги.
- Табиий туғилишни мураккаблаштириши мумкин бўлган ҳомиланинг чаноғи билан келиши.
- Табиий туғилиш аёлнинг соғлиғи учун катта хавф туғдирадиган соматик касалликлар, масалан, миопия юқори даражаси, эпилепсия, травмадан кейинги энцефалопатия ва бошқалар.

- Қоғоноқ пардасининг муддатидан олдин ёрилиши.
- Туғруқнинг коникарсиз ривожланиши.
- Бепуштлик, такрорий аборт, айниқса сунъий уруғлантириш ва эмбрион кўчириш, сунъий уруғлантириш каби оғир акушерлик тарихи.
- Муддатидан ўтган ҳомиладорлик.
- Табиий туғиш пайтида қийинчиликларга олиб келиши мумкин бўлган катта ҳомила.
- Хомиланинг ноаниқ ҳолати.

Агар нисбий кўрсаткичлар мавжуд бўлса, кесар кесиш одатда режалаштирилган тарзда амалга оширилади, камроқ ҳолатларда шошилич жарроҳлик амалиётига эҳтиёж сезилади (одатда туғруқ пайтида кўрсатмалар пайдо бўлганда).

Аралаш кўрсатмаларга қуйидагилар киради:

- 30 ёш ва ундан катта аёллар
- Катта ҳомила ва тор чанок.
- хомилалик гипоксия ва фетоплацентар дисфункцияни даволашдан самара бермаслиги.
- Катта ҳомила.
- Муддатидан ўтган ҳомиладорлик.
- Туғилиш нуқсонларида бачадон дистоцияси, муваффақиятсиз даволаниш ва сувсиз даврининг чўзилиб кетиши.
- Анамнезда бепуштлик, ҳайз даврининг бузилиши ва индукцияланган ҳомиладорлик.
- Ўлик туғилиш, оғир касал болаларни йўқотиш ва бошқа оғирлаштирилган тиббий ҳолатлар.
- Оғир соматик касалликлар ва гипертензив ҳолатлар акушерлик патологияси билан биргаликда келганда.

Кесар кесиш учун санаб ўтилган кўрсатмаларга қўшимча равишда, жарроҳлик йўли билан туғдиришга кўрсатма бўлган фавқулодда клиник вазиятлар ҳам бўлиши мумкин. Бундай ҳолатларда акушерлик тактикасини танлаш клиник

максадга мувофиқлик билан белгиланади - туғрукдаги аёл ва янги туғилган чакалоқ учун энг кам хавф билан туғилишнинг муваффақиятли яқунланишини таъминлашдан иборат. Барча қийин вазиятларда она ва ҳомила учун мақбулроқ бўлган туғдириш усули усулини танлаш учун тажрибали ҳамкасби (бўлим бошлиғи, бошқа маъмур) ёки тегишли мутахассисдан маслаҳат олиш фойдалидир.

Кесар кесишни ўтказиш шартлари - яллиғланиш жараёнининг йўқлиги, тирик ҳомила, жаррохнинг малакасини етарлилиги ва аёлнинг жаррохлик амалиётига ёзма розилиги.

Кесар кесишга қарши кўрсатмалар - ҳомиланинг она қорнида ўлими ёки бачадондан ташқарида мавжуд бўлишига мос келмайдиган ҳолат (ўта эрта туғилиш, ҳомила гипоксияси ёки нотўғри овқатланиш, ҳомиланинг ҳаётга мос келмайдиган нуқсонлари), ҳар қандай локализациянинг яллиғланиш ва яллиғланиш касалликлари. Шу билан бирга, жаррохликдан бош тортиш аёлнинг ўлимига олиб келадиган ҳолатларда, ҳомиланинг ҳолатига қарамай, кесар кесиш ўтказилади ва яллиғланиш асоратларнинг олдини олиш учун тегишли чоралар кўрилади.

4.2.Кесар кесиш жаррохлик амалиётига тайёргарлик

Жаррохлик амалиётидан олдинги тайёргарлик қуйидагиларни ўз ичига олади: касаллик тарихи, ҳомиланинг ҳолатини баҳолаш (жойлашуви, кўриниши, юрак уриши, сони) ва онада умумий қон тести, биокимёвий қон тести ва коагулограмма, қон гуруҳи, Rh омил, захм, ОИТС учун тест, гепатит В ва С, анестезиолог билан маслаҳатлашиш, керак бўлганда тегишли мутахассислар билан маслаҳатлашиш, сийдик катетерини қўллаш ва тавсия этилган тери кесмаси ҳудудда тукларни олиб ташлаш, жаррохлик амалиёти хонасида ҳомиланинг ҳолатини текшириш, ва ҳолати, юрак уришининг мавжудлиги, веноз тромбоземболик асоратларнинг олдини олиш учун барча ҳолатларда компрессоу пайпоқларидан фойдаланиш, антибиотик профилактикаси, кўрсатмаларга мувофиқ инфузион терапияни бошлаш, антиретровирус терапия олмаган ОИТС мусбат аёллар учун антиретровирус профилактикаси;

олдин; кесар кесиш бўлимида ҳар бир аёл жарроҳлик учун маълумотли ёзма розилигини олиши керак, онадан ҳам, ҳомиладан ҳам барча мумкин бўлган хавф ва асоратларни кўрсатилиши керак.

V-Боб. КЕСАР КЕСИШ ОПЕРАЦИЯСИНИНГ АСОСИЙ БАЖАРИЛИШ УСУЛЛАРИ

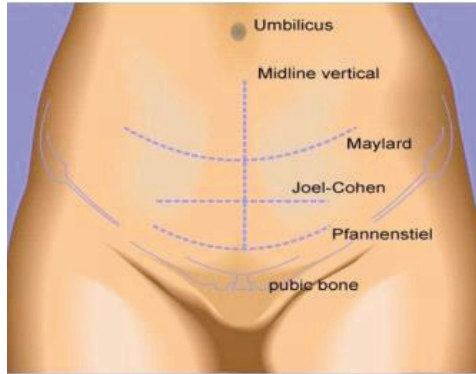
Кесар кесиш жаррохлигининг асосий босқичлари куйидаги техник босқичларни ўз ичига олади: жаррохлик майдонини тайёрлаш, лапаротомия қилиш, бачадонни кесиш, чақалоқ ва йўлдошни олиб чиқиш, қон кетишининг олдини олиш, бачадонни тикиш, қорин бўшлиғини текшириш, ишлатилган асбоблар ва материалларни санаш. қорин деворини тиклаш, жаррохлик амалиётидан кейинги яраларни ёпиш, вагинал артиб тозалаш ва сийдик ажралишини назорат қилиш учун.

Кесар кесиш пайтида аёлнинг позицияси унинг орқа томонида ёки латерал эгилиш билан бўлиши мумкин. Қовуққа Фолей катетери киритилади ва жаррохлик амалиёти бошланишидан олдин қорин олд девори терини тозалаш учун антисептик ёрдамида тайёрланади. Кейин бир марталик жаррохлик пардаси қўлланилади (5.1-расм).



Расм. 5.1. Кесар кесиш жаррохлик амалиёти учун жаррохлик майдонини тайёрлаш босқичлари

Қорин олд деворидаги кесиш техникасига ва асосий ёндашувларга (5.1-расмга қаранг) келсак, куйидаги вариантлар келтирилган: бўйламасига кесма, киндикни айланиб ўтиш билан бўйлама кесма, Пфанненштиел кесмаси - текис ёйсимон, Жоел-Коен кесмаси - тўғри чизикли ва бошқалар.



Расм. 5.2 . Қорин олд деворида кесма қилишда асосий усуллари

Умумий техника қуйидаги босқичларни ўз ичига олади:

Аёл жаррохлик столига горизонтал ҳолатда, оёқлари кўтариб ётади, оғриқсизлантириш учун тайёрланади. Кесиш жойини аниқлагандан сўнг, қорин девори яхшилаб антисептикда артиш амалга оширилади. Кейин инфекция хавфини камайтириш учун тўсиқлар ўрнатилади. Одатда, кесма қориннинг пастки деворида, қов суякларнинг юқори қирраларини (горизонтал кесма) боғлайдиган чизик бўйлаб ёки киндикда вертикал чизик бўйлаб амалга оширилади.

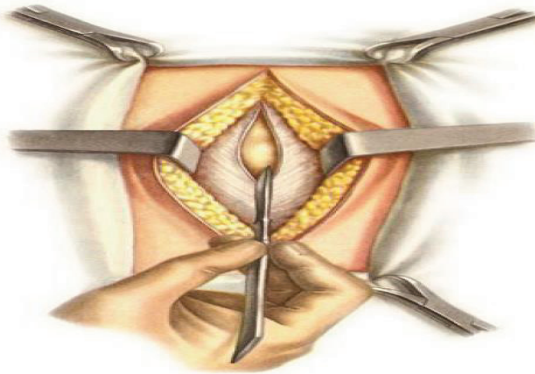
Жарроҳ қорин бўшлиғига етиб боргунча терига, тери ости тўқималарига ва мушакларга кириб, қорин деворида кесма қилади. Асбоблар ёрдамида мушаклар ва фасция кесилиб, қорин бўшлиғига киришни очиб беради. Одатда мушаклар кейинги манипуляция учун етарли жойни таъминлаш учун махсус жаррохлик асбоблари ёрдамида ажратилади. Жарроҳ қорин бўшлиғини кесади ва қорин бўшлиғини очади, бачадонга кириш имкониятига эга бўлади. Қорин бўшлиғи ва бачадонни очгандан сўнг, ҳомила олиб чиқарилади. Кейин чоклар турли катламларга, шу жумладан мушак, фасция ва терига қўйилади.

Қорин олд деворида кесма қилиш усули клиник ҳолатга ва жарроҳнинг хошишига қараб бироз фарқ қилиши мумкин. Бироқ, муоалажанинг асосий босқичлари кўп ҳолатларда бир хил бўлиб қолади.

5.1. Қорин олд деворида бўйламасига кесма техникаси

Қорин бўшлиғи пастки кўндаланг ёки бўйлама кесма билан очилиши мумкин. Терини кесиш учун жарроҳлик асбоби скалпелдан фойдаланилади. Кесар кесиш пайтида терини ва чуқурроқ тўқималарни кесиш учун алоҳида скалпелдан фойдаланиш шарт эмас, чунки бу яра инфекциясини камайтирмайди. Беморнинг ўнг томонида турган жарроҳ чап қўлнинг бармоқлари билан терини маҳкам ушлаб, терини ва тери ости ёғ тўқимасини ўткир скалпел билан кесади. Гемостазга гемостатик қисқичларни қўллаш ва томирларни ингичка викрил билан боғлаш орқали эришилади.

Тери ости ёғ тўқималарининг кесилиши узунликка мос келиши керак тери кесмаси, бундан ташқари ўрта чизикдан 2-3 см.га апоневроз толадан "тозаланиши" керак. (5.3-расм).



5.3- расм. Пастки ўрта чизик лапаротомияси. Апоневрознинг кесилиши.

Апоневроз скалпел ёрдамида 2-3 см гача кесилади, шундан сўнг кесма қайчи ёрдамида юқорига ва пастга давом эттирилади. Одатда, апоневроз кесмаси қорин тўғри мушакларидан бирининг қинининг олдинги қатламида амалга оширилади. Жарроҳлик қисқичлар ёрдамида апоневрознинг қисқароқ учи (одатда қорин чизигининг оқ томонида жойлашган) ушланади ва мушак ёпиқ қайчи ёрдамида ён томонга ажратилади. Кейин кўндаланг фасцияси очилади. Пфанненштиел усули ёрдамида қорин олд деворининг кўндаланг кесмасини бажаришда симфизнинг юқори четидан 2-3 см баландликда жойлашган қов

усти бурма чизиғи бўйлаб кесма амалга оширилади. Ушбу кесманинг узунлиги камида 15 см.ни ташкил этади (5.4-расм).



Расм. 5.4. Пфанненштиел бўйича кесма техникаси. Олдинги қорин девори терисининг кесилиши

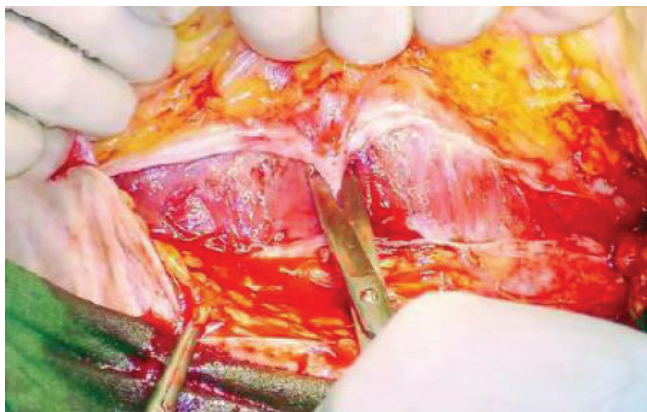
Қориннинг тўғри мушакларининг қобиғи кўндаланг кесма билан кесилади ва асосий тўғри ичак мушакларидан озод қилинади, қорин парда бўйлама кесма билан очилади (5.5- расм).



Расм. 5.5 . Пфанненштиел кесма техникаси. Апоневрознинг парчаланиши.

Ҳатто такрорий лапаротомияларда ҳам Пфанненштиел кесмасидан фойдаланиш мумкин. Косметик жиҳатларидан ташқари, бу кесма бир қатор афзалликларга эга:

- Тўқималарни қарама-қарши йўналишда кесиш орқали юқори чандик мустаҳкамлигини таъминлайди.
- Ҳаракатланаётганда тикув оғриғини камайтиради.
- Жаррохлик амалиётидан кейинги даврни янада фаол бошқариш имконини беради.
- Тери ости ёғ миқдорини камайтиради.
- Жаррохлик амалиётидан кейинги чурра кам учрайдиган ҳолатлари билан тавсифланади.



Расм. 5.6 . Пфанненштиел кесма техникаси.

Қов усти кесмасининг камчиликлари қуйидагилардан иборат:

- Тикилган ҳудудда гематома ҳосил бўлиш эҳтимоли ортади.
- Катта ҳомилани чиқазиб олишда тез-тез учрайдиган қийинчиликлар.

5.3. Жоел-Коен лапаротомия техникаси

Қорин терисининг юзаки кўндаланг тўғри кесмаси олд ёнбош суяклари юқори чизигини туташтирувчи чизикдан 2,5-3 см пастда амалга оширилади (5.7а расм).

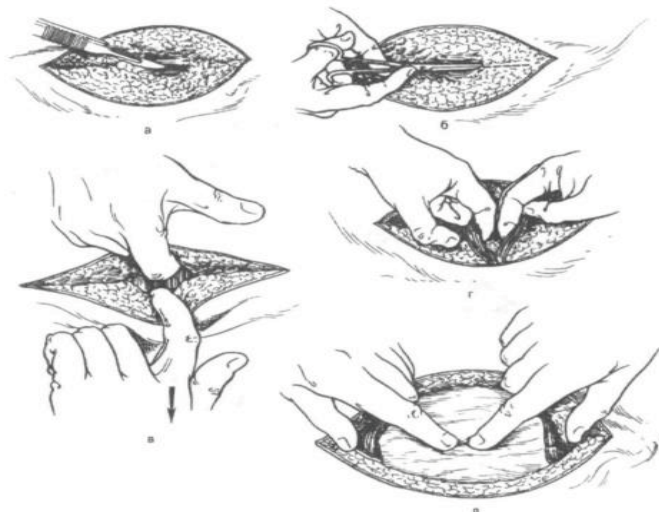
2. Скалпел ёрдамида кесма ўрта чизик бўйлаб апоневроз очилгунча чуқурлаштирилади.

(5.7-расм , б).

3. Апоневроз тери ости ёғ тўқимаси остида ён томонларга бир оз кесилади. текис қайчи очиқ учлари билан.

4. Тўғри қорин бўшлиғи мушаклари эркин тарзда бўшатилади, бу эса париетал қорин пардадан киришга имкон беради (5.7- расм с). Мушаклар ва тери ости ёғ қавати бир вақтнинг ўзида икки томонлама тортиш орқали ажратилади (5.7- расм д).

Қорин пардаси тўмтоқ очилади, бармоқларни кўндаланг чўзади йўналиши (5.7-расм. а.б.с.д.).



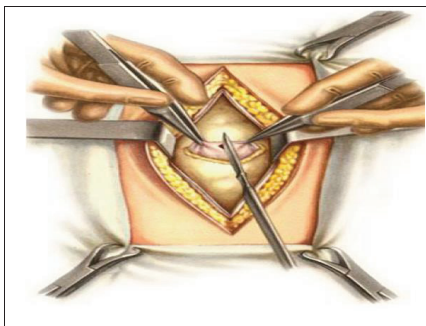
Расм. 5. 7. Жоел-Коен бўйича жаррохлик амалиёти техникаси : а. Тери ва тери ости тўқималарининг кесилиши; б. Апоневрознинг кесилиши; в. Қорин олд деворининг мушакларидан апоневрознинг ажратилиши; д.тўғри қорин мушакларининг ажратилиши; д) қорин парданинг очилиши (тўғридан-тўғри) Миометрий амниотик қопни тешмасдан ўрта чизик бўйлаб кесилади, сўнгра амниотик қоп тешилади ва бармоқлар ёрдамида латерал равишда ажратилади.

Жоел-Коенга кўра кесар кесишнинг асосий афзалликлари:

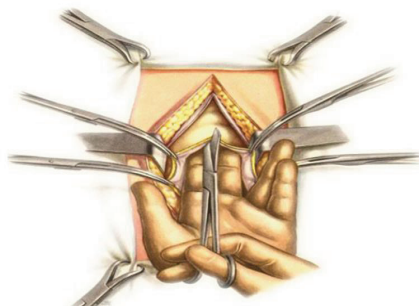
- қон йўқотилишини камайтириш;
- жаррохлик амалиёти давомийлиги камайиши;
- жаррохлик амалиётдан кейинги оғриқнинг салмоғи ва давомийлигини камайтириш;
- жаррохлик амалиётдан кейинги даврда оғриқ қолдирувчи воситалардан фойдаланишни кўпайтириш.

5.3. Қорин бўшлиғига кириш.

Жарроҳ ва ёрдамчи анатомик қискичлар ёрдамида кесманинг юқори бурчагидаги кўндаланг фасцияни ушлайди. Скалпел ёрдамида жарроҳ фасцияда кесма қиланади, бунинг натижасида преперитонеал ёғ кўринади. Қискичс билан ушлаганда, айниқса фасция ва преперитонеал ёғнинг заиф ифодаланган ҳолаларда, шунингдек қорин бўшлиғида битишмалар мавжуд бўлганда ёки етарли даражада бўшашиш бўлмаса, ичак ёки чарвининг ушламасликни таъминлаш муҳимдир. Қорин пардаси анатомик пинцетлар билан ушланади, шундан сўнг скалпел билан кесма қилинади. Кесишнинг чеккалари иккита Билрот қискичи билан ушланади (5.8, 5.9 -расмлар).



Расм. 5.8. Пастки ўрта лапаротомия, қорин пардани иккита пинцет орасидан ажратиш.



Расм. 5.9. Пастки-ўрта лапаротомия қорин парданинг кесилиши билан унинг остига кўйилган бармоқларда амалга оширилади.

Перитонеал кесмани катталаштириш учун қайчи ишлатилади, уларни жароҳатнинг юқори ва пастки бурчакларига юқorigа ва пастга силжитади. Яранинг пастки бурчагида бу жараён алоҳида эътибор талаб қилади, чунки чўзилган ковокнинг пастки қисми бу ерда жойлашган бўлиши мумкин. Ушбу соҳада ишлаётганда, қорин парда юмшоқ қискичлар билан кўтарилади ва у кўринадиган жойда визуал назорат остида кесма қилинади. Кесманинг пастки бурчагида преперитонеал тўқималарни ажратиш пайтида қон кетишининг кучайиши сийдик пуфаги тубининг яқин жойлашганлигини кўрсатиши мумкинлигини ёдда тутиш керак. Бундай ҳолатда, қорин бўшлиғини кесишни

ўрта чизикдан бир оз узоқроқда давом эттириш тавсия этилади. Шундан сўнг, қорин парданинг қирралари Микулич қисқичлари ёрдамида яранинг четларига маҳкамланади.

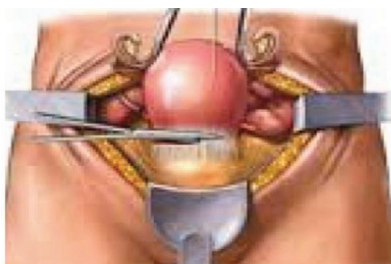
5.4. Пастки сегментга кириш учун бачадондаги кесма техникаси

Қорин бўшлиғини очгандан сўнг, олдида қовни суриш учун ойна ўрнатилади. Ингичка ва йўғон ичаклар жаррохлик майдонидан қон ва амниотик суюқликнинг қорин бўшлиғига киришига йўл қўймаслик учун латерал каналларда бачадоннинг ҳар икки томонига жойлаштириладиган ҳўл салфеткалар ёрдамида ажратилади. Салфеткаларни эҳтиёткорлик билан ҳисоблаш ва этикетлаш керак (5.10 -расм).

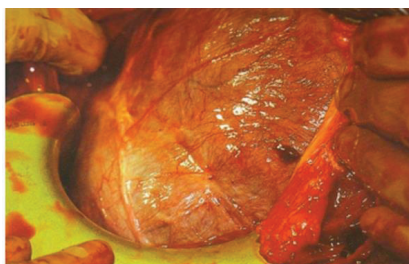


5.10- расм. Қорин бўшлиғига кириш.

Бачадон ртоациясини ва йўналишини аниқлаш учун думалоқ бойламларни аниқлаш керак. Кенгайган ёки ғайриоддий жойлашган томирларнинг мавжудлигини ҳам аниқлаш ҳам муҳимдир. Қорин парданинг бачадон қовуқ бурмаси аниқланади, шундан сўнг жарроҳ ва ёрдамчиси уни анатомик пинцетлар билан кўтаради. Қайчи ёрдамида ўртада узунлиги 2-3 см бўлган кесма амалга оширилади. Келли қисқичи ёрдамида бачадон қовуқ бурма ушланади, кўтарилади ва бачадон кесмасининг қутилган узунлиги бўйлаб, унинг қўшилиш жойидан юқорида кесма қилинади. Кейин иккала думалоқ бойламга кўндаланг йўналишда кесма амалга оширилади (5.11- расм , 5.12).

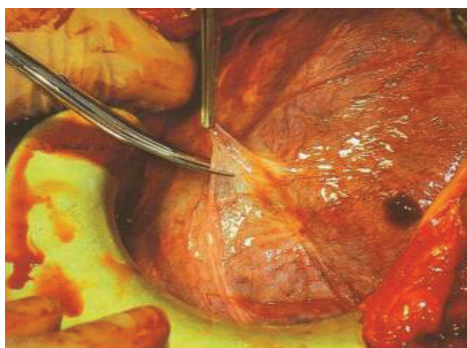


Шакл 5.11 Бачадон бурмасининг сийдик пуфагининг II бўлими

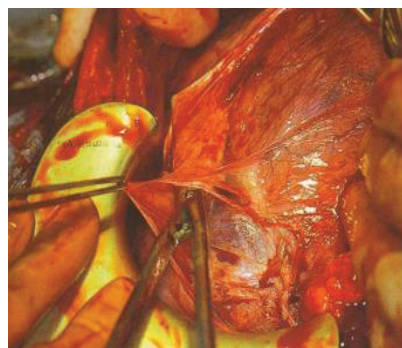


Расм.5.12. Қовуқ пастга ажралиши билан бачадоннинг пастки сегментиде кесар кесиш.

Қовуқ эҳтиёткорлик билан бачадоннинг пастки сегментидан пастга туширилади. Бу жараён кўпинча кичик томирларнинг шикастланиши ва енгил қон кетиши билан бирга келади.

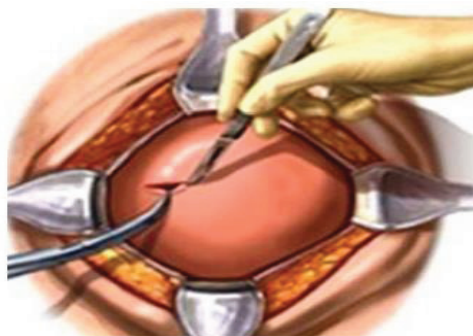


Расм.5.13. Қорин парданинг аваскуляр зонада кесилиши.



Расм. 5.14. Бачадон деворидаги мўлжалланган кесма бўйлаб кесиш амалга оширилади.

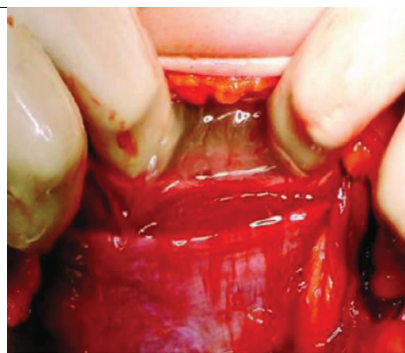
5.5. Бачадоннинг пастки сегментиде кўндаланг кесма билан (Гусаков усули ёрдамида) кесар кесиш. Бугунги кунда кесар кесишнинг энг кўп қўлланиладиган шаклидир. Бачадоннинг кўндаланг кесмаси скалпел ёрдамида бачадон қовуқ бурмани очиш нуқтасидан 1см пастроқда амалга оширилади. Бачадон пастки сегментининг марказий қисмида 2см узунликдаги кесма қилинади, сўнгра у тўғридан-тўғри 12-15 см гача кенгайтирилади. Кесиш пайтида амниотик қоп кўринадиган бўлади (5.5-расм) .



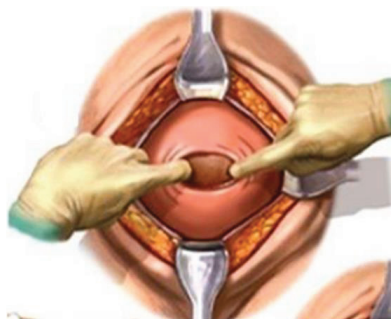
Расм. 5.15 . Пастки сегментдаги бачадондаги кесма

Ушбу кесмадан фойдаланишнинг афзалликлари қуйидагилардан иборат:

- Тўқималарнинг шикастланиши ва қон кетишининг камайиши.
- Ярани битиш жараёнининг самарадорлигини ошириш.
- Бачадон бурмасининг енгил силжиши туфайли яхши перитонизация.
- Қорин бўшлиғи инфекцияси эхтимоли камаяди.
- Такрорий ҳомиладорлик ва туғиш пайтида бачадон ёрилиш ҳолатларининг камайиши. Қайта ҳомиладорлик ҳолатида плацента чандикга камроқ ёпишади, яъни чандиқ майдонига трофобластлар кириб бормайди.

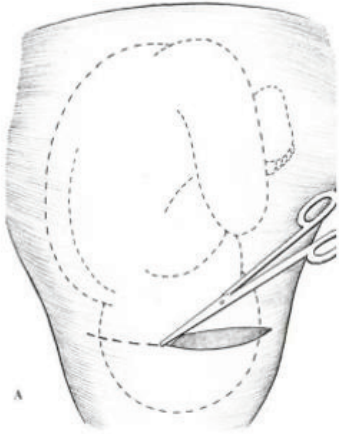
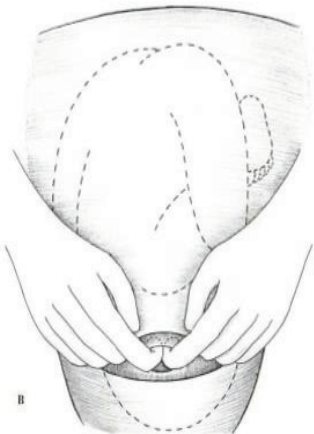


Расм. 5.16. Бачадон бўшлиғига кириш



5.1-расм Бачадоннинг пастки сегментини бармоқлар ёрдамида кенгайтириш усулининг схематик тасвири (Гусаков усули ёрдамида)

Бачадон кесмасининг яна бир усули - бу кўндаланг кесма (Дерфлер) бўйича бачадоннинг пастки сегментидаги КК. Пастки сегментда кесмани қўллаш энг тўғри деб ҳисобланади. Ушбу кесар кесиш усулининг модификацияси, Гусаков усулидан фаркли ўларок, мушакларнинг қўшимча бўлинишисиз амалга оширилади. (5.19 ва 5.20- расмлар).

	
<p>Расм.5.19. Дерфлер усули ёрдамида пастки сегментдаги бачадонни ажратиш. Хусусан, А. тасвирида бачадон ковуқ бурманинг қайчи билан кўндаланг бўлиниши кўрсатилган.</p>	<p>Расм.5.20. Гусаков усули ёрдамида пастки сегментдаги бачадонни ажратиш . Б тасвирида бошнинг чекка нуқталарига бармоқ усули ёрдамида кесманинг кенгайиши кўрсатилган.</p>

Ушбу усулнинг хусусиятларига қуйидагилар киради:

Бачадонда 2-3 см узунликдаги кўндаланг кесма сийдик пуфаги тагидан 4 см баландликда амалга оширилади. Кесиш мушак толалари бўйлаб латерал йўналишларда бармоқлар назорати остида қайчи билан кенгайтирилади. Бу қон томир тўпламларига зарар бермасдан ҳомила бошининг осон ўтиши учун бачадонга кенгайган киришни таъминлайди. Миометрий ҳомила

шикастланишини ҳисобга олган ҳолда эҳтиёткорлик билан очилади. Агар қоғонок парда бузилмаган бўлса, бармоқда бачадон кесмаси тутагандан сўнг амалга оширилади.

Дерфлер кесмасининг афзалликлари қуйидагилардан иборат:

- Кесиш пайтида визуал назорат қилиш, бу исталган узунликка бажарилиши мумкин.
- Бошни олиб чиқишда қон томир тўпламлари ҳудудига кирмайдиган бошқариладиган ярим ой шаклидаги кесма.
- Яранинг қирраларини эҳтиёткорлик билан боғлаш, бу тўқималарнинг янгилиниши ва тикланиш жараёнларини яхшилайти.

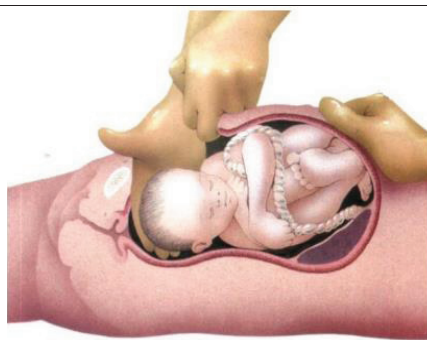
Камчиликлар орасида скалпел ёки қайчидан ҳомила шикастланиши хавфи мавжуд.

Амниотик қоғни очиш унинг ичида иккита бармоқнинг ўтишига имкон берадиган тешикни яратишни ўз ичига олади. Амниотик суюкликнинг вакуум аспирацияси турли хил асоратларни, шу жумладан амниотик суюклик эмболиясини олдини олиш учун ишлатилади. Бачадон деворидаги кесма ва қоғонок парда очилгандан кейин ҳомила чиқарилади. Ҳомила боши билан келган бўлса, жарроҳ бачадоннинг олд девори ва ҳомила боши орасига тўртта бармоқни қўйиб, Кейин бош бироз юқорига тортилади ва бармоқларни эгиб, унинг ярага сурилади. Бу вақтда ёрдамчи қорин олд девори орқали бачадон тубига ўлчанган босим ўтказиб, бошнинг туғилишига ёрдам беради. Бошнинг олдинги кўриниши билан, ярага отилиш пайтида, у эгилмайди ва бошнинг орқа томони олдинга қараб туғилади. Бошнинг орқа кўринишида ҳомила юзи биринчи навбатда бачадон ярасига чиқади. Бундай вазиятда бошнинг туғилиши унинг эгилиши ва катта ўлчамдаги келиши натижасида юзага келади, бу эса қийинчиликларга олиб келиши мумкин. Шунинг учун, ҳомила ҳаракатчанлиги сақланиб қолган ва бош кўндаланг йўналишда сагиттал чок билан жойлашган бўлса, уни бошнинг орқа томони билан орқага буришдан қочиш керак.

1. Бош туғилгандан сўнг, уни икки қўл билан эҳтиёткорлик билан ушлайди, кафтларни икки париетал қилиб қўяди ва юмшоқ тортиш ёрдамида ҳомиланинг олд ва орқа елкалари навбатма-навбат чиқзилади.
2. Боши билан келганда қуйидаги жиҳатларга алоҳида эътибор берилади:
3. Қўл бачадон бўшлиғига кафт юзаси ҳомила бошига қараган ҳолда киритилади (5.23-расмга қаранг).
4. Елка ва думба туғилишини осонлаштириш учун бош ушланади ва секинлик билан бошнинг орқа томони олдинга бурилади. (5.24- расм).



Расм.5.23 . Хомилани чиқариш учун қўлни бачадон бўшлиғига киритиш. Ҳомила экстракциясининг 1-босқичи

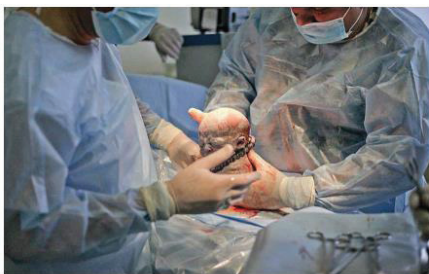


Расм. 5.24 . Бачадондаги кесма орқали ҳомила бошини олиб чиқиш. 2-босқич ҳомиланинг экстракцияси

Ёрдамчи бачадон тубига босим ўтказади, жарроҳ эса бачадонга киритилган қўл ёрдамида бошни олдинга силжитади. Бу жараён бошнинг кенгайишига олиб келади ва у аста-секин бачадондан чиқарилади (5.25- расм).



Расм 5.25. Қовуқ ажралиши билан бачадоннинг пастки сегментида кесар кесиш. Хомиланинг бошини олиб чиқиш. Кейин кўрсаткич бармоқлари қўлтиқ остига киритилади ва ҳомила чиқарилади (5.27- расм).



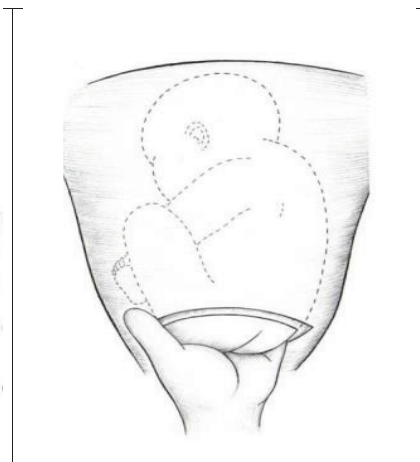
Расм. 5.27 . Узунламасга боши билан кўринишда ҳомила туғилиш босқичлари
Агар хомиланинг думбаси тўлиқ кўриниши бўлса, у туғруқ пайтида қўлланиладиган коидалар ва усуллардан фойдаланган ҳолда ёки оёқ томонидан олиб чиқилади:

- Кесмага энг яқин бўлган оёқни (кўкрак қафаси пайдо бўлганда) ёки сон бурмасини ушлаш ва олиб чиқиш билан бошланг.
- Тўғридан-тўғри думба билан оёқларнинг эрта туғилишидан қочиб, ҳолатгни сақлаб қолишга интилади.
- Елка камарини олиб чиқишда классик қўлда аралашув билан бир хил усуллар қўлланилади.
- Смайле - Вейт усули қўлланилади.

Хомиланинг бачадон бўшлиғига кўндаланг ҳолатида, олдинги оёқни топиш учун қўл киритилади, кейин эҳтиёткорлик билан ташқи-ички айланиш амалга оширилади. Кейин ҳомиланинг туғилиши думба билан келгандагидек чиқазиш амалга оширилади.



Расм.5.28. Бачадондаги кесмадан ҳомилани оёқлари билан олиб чиқиш



Расм.5.29. Ҳомилани чаноғидан ушлаб олиб чиқиш

Ҳомила чаноғи билан келганда оёқларнинг эрта туғилишига йўл қўймаслик учун ҳолатини сақлашга ҳаракат қилиш керак.

Елка камарини чиқазишда классик қўлда ёрдам бериш учун ишлатиладиган Смейле-Вейт усулига усулларга ўхшаш усуллар қўлланилади.

Хомиланинг кўндаланг ҳолатида (бу ҳолда тана кесар кесиш бўлими мажбурий равишда амалга оширилади), олдинги оёқни кидириш учун қўл бачадон бўшлиғига киритилади ва ҳомила худди шундай тарзда чиқарилади. оёқлари билан (5.30-расм ва 5.31- расм) .



5.30- расм . Хомиланинг кўндаланг ҳолати
 Расм. 5.31 . Хомилани кўндаланг ҳолатида чиқариб олиш

Хомилани бачадондан юмшоқ тарзда олиб чиқиш кесар кесиш ёрдамида туғишнинг муҳим босқичидир. Анестезия киритилган пайтдан бошлаб ҳомила чиқариб олгунга қадар ўртача 5 минут ўтади, шундан сўнг хомилада гипоксия кучая бошлайди (5.32-расм) .



Расм. 5.32 . _ Хомиланинг туғилиши

Хомиланинг шикастланишини камайтириш учун, айниқса, эрта ва / ёки кўп ҳомилалик ҳолатларида, кесар кесиш пайтида хомилани чиқариш усули уни амниотик қопда яъни коғоноқ пардасини ёрмасдан амалга ошириш қўлланилади (5.33 ва 5.34- расмлар).



5.33 ва 5.34 расмлари. Амниотик қопда ҳомиланинг туғилиши

Бола туғилгандан сўнг дарҳол йўлдошнинг ажралиши ва аёлда қон кетишининг олдини олиш учун утеротоник препарат (1 мл окситоцин) аста-секин томир ичига юборилади. Шуниси эътиборга лойиққи, окситоциннинг дозасини ошириш бачадон контрактилигининг параллел ўсиши билан бирга келмайди ва қон йўқотишнинг камайишига олиб келмайди.

Йўлдош туғилишининг энг хавфсиз усули - бу бачадоннинг юмшоқ ташки массажи билан киндик тизимчасидан секинлик билан тортиб, унинг табиий ажралиши. Агар плацента бир дақиқа ичида ўз-ўзидан ажралмаса, плацента қўлда ажратилади ва чиқарилади. Плацента туғилгандан сўнг, унинг бутунлигини аниқлаш, яхлитлигини баҳолаш ва эрта ажралиш белгиларини аниқлаш учун текширув ўтказилади. Кейин бачадон деворлари қолган пардаларини, плацента тўқимасини ва қон қуйқаларини олиб ташлаш, шунингдек, миома, бачадон тўсиғи ёки бошқа бачадон аномалиялари каби мумкин бўлган патологияларни аниқлаш учун стерил салфетка ёрдамида текширилади.

Жаррохлик амалиётидан кейинги даврда лохиянинг эркин чиқишини таъминлаш муҳимдир. Бунинг учун бачадоннинг пастки сегментидан қоғонок парданинг қолдиклари чиқарилади ва туғилишдан олдин жаррохлик амалиёти қилинган аёлларда бачадон бўйни каналининг очиқлиги текширилади ва керак бўлганда унинг кенгайтириш амалга оширилади. Баъзида Гегар кенгайтиргичлари бачадон бўшлиғидан қинга эҳтиёткорлик билан киритиб, бачадон бўйни каналини кенгайтириш учун қўлланилиши мумкин. Кесар кесиш пайтида цервикал каналнинг кенгайиши жаррохлик амалиётидан

кейинги эндометрит билан касалланишнинг сезиларли даражада камайиши билан бирга келади.

Кесар кесиш пайтида ҳомила бошини чиқазиб олишда қийинчиликлар бўлиши мумкин, бу бачадон кесамаси кичик кесилганда кузатилиши мумкин.

Бачадоннинг пастки сегментида кесма қилишда муаммолар бўлиши мумкин, масалан, аниқ битишмалар ёки миоматоз тугунларнинг мавжудлиги ва камроқ тарқалган варикоз томирлари. Бундай вазиятларда зудлик билан мукобил кесма вариантини танлаш муҳимдир. Шуни таъкидлаш керакки, бачадоннинг танасида кесма энг кам афзал вариант ҳисобланади ва фақат бўйлама ёки қия кесма билан кесар кесиш фойдаланиш мумкин бўлмаган ҳолларда қўлланилади. Кесар кесиш пайтида плацента бачадон кесмасига тушганда вазиятга алоҳида эътибор қаратиш лозим.

Плацентанинг кесма худудида жойлашганлиги эҳтимоли жаррохлик амалиётидан олдинги текширув вақтида ултратовуш ёрдамида аниқланиши керак. Агар йўлдошнинг кесмага тушишига йўл қўймасликнинг иложи бўлмаса, уни тезда қўл билан очилган қоқғоноқ пардаларга олиб ташлаш керак. Кўпинча плацента пастга қараб сурилади (унинг катта қисми бачадон танаси ва тубида жойлашганида), камроқ тез-тез юқорига ёки ён томонга (асосий қисм пастки сегментда жойлашган бўлса). Плацентани жаррохнинг бармоғи билан бурғулаш ва йиртиб ташлаш ёки уни скалпел билан кесиш муқаррар равишда ҳомилада қон йўқотишига олиб келади. Шунинг учун бу тактикани фақат истисно ҳолатларда қўллаш мумкин ва киндик тизимчасини иложи борича тезроқ қисиш керак.

Ҳомила бошининг тугилишида қийинчилик. Кўпинча хомила бошнинг тугилиши пайтида қийинчиликлар унинг энг катта диаметрига тўғри келмайдиган кесма даражасини нотўғри танлаш сабабли юзага келади. Кесар кесиш пайтида, кесма қилишдан олдин, унинг ҳомила елкалари даражасидан паст бўлишини таъминлаш керак. Агар олдинги елка олдиндан топширилган бўлса, уни эҳтиёткорлик билан бачадон бўшлиғига қайтариш тавсия этилади. Сўнгра, олдинги елкага бачадон туби йўналиши бўйича юмшоқ босим

Ўтказинг, бошни бўшатишга ёрдам беринг, шунда тортиб олинadиган қўлнинг бармоқлари ичкарига кириши мумкин.

Хомиланинг боши чаноқ бўшлиғига яқиндан киритилган ҳолларда, айниқса клиник жиҳатдан тор чаноқ билан, баъзида акушернинг ҳомила бошининг орқасига бармоқларини киритиш қийин бўлиши мумкин. Бундай ҳолатларда учинчи ёрдамчининг ёрдами талаб қилинади, у вагинал томонда ўтириб, қўлида стерил қўлқоп кийиб, эҳтиёткорлик билан бошини юқорига, бачадон тубига итаради. Бунинг учун сийдик пуфагини ажратгандан сўнг ва бачадонни кесишдан олдин, қўлнинг кафти юзаси бачадоннинг пастки сегментига бошнинг устига қўйилади, уни бармоқлар билан пастга қаратиб пайпаслаш мумкин. Бармоқларни эҳтиёткорлик билан эгиб, ҳомила боши аста-секин чаноқ бўшлиғидан чиқарилади, унинг ҳаракатчанлигини таъминлаш учун юқорига кўтарилади ва шундан кейингина пастки сегмент очилади ва ҳомила бош чиқарилади.

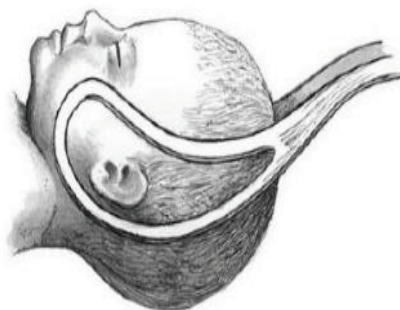
Шаклланмаган пастки сегмент ва ҳаракатчан ҳомила бош чаноқ суягига кириш жойидан юқорида жойлашган бўлса, уни одатдаги кўндаланг кесмадан олиб чиқиш қийин бўлиши мумкин. Бундай ҳолатда, ёрдамчи ҳомила бошининг туғилишини таъминлаш учун бачадон тубига босим ўтказишга мажбур бўлади. Агар ёрдамчининг ёрдамига қарамай, бошнинг туғилиши содир бўлмаса, унда кесмани юқорига давом эттириш керак. Бундай ҳолда, кесмада бачадон танасининг миометрийнинг минимал иштироки учун ҳаракат қилиш керак; чизикли бўлмаган кесмалардан фойдаланманг (тескари Т ёки "лангар" шаклида); агар кўндаланг кесмани катталаштириш керак бўлса, томир тўпламини четлаб ўтиб кесма бурчакларидан бирини юқорига сурунг (лотинча I ҳарфи шаклида).

Бундай вазиятда ҳомила бошини олиб ташлашда қийинчиликларни олдини олиш учун вертикал ва кўндаланг кесмани танлаш усули бўлиши мумкин.

Агар юқоридаги усуллардан фойдаланишга қарамай, ҳомила бошининг туғилишидаги қийинчиликлар давом этса, у ҳолда акушерлик қисқичларини қўллаш мумкин (баъзида битта қошиқ етарли). Бундан ташқари, агар бош

кесмага нисбатан баланд жойлашган бўлса, у холда қискичларни қўллаш ва тортиш йўналиши табиий туғруқдаги туғилиш билан бир хил бўлади. Бош кесма остида жойлашганида, қискич тутқичлар юқорига қараб қўлланилади ва тортиш йўналишлари тубдан фарқ қилади.

Бундан ташқари, паст ётган бошни чиқазиб олиш учун текис қискичлардан фойдаланиш тавсия этилади. Ниҳоят, кесар кесиш пайтида ҳомила бошини чиқазиб олиш учун вакуум экстракторидан фойдаланиш мумкин.



5-расм. 35. Акушерлик қискичлари



Расм 5.36. Киви вакуум аппарати кесар кесиш учун қаттиқ чашка билан 6000

Ҳомилани тўғридан-тўғри ёки кўндаланг ҳолатда чиқазиб олишда ҳам қийинчиликлар пайдо бўлиши мумкин. Кўпгина ҳолларда, ҳомиланинг олдинги оёғини топиш ва чиқазиб олиш ва кейинчалик тананинг ва бошнинг туғдириб олиш лозим бўлади.

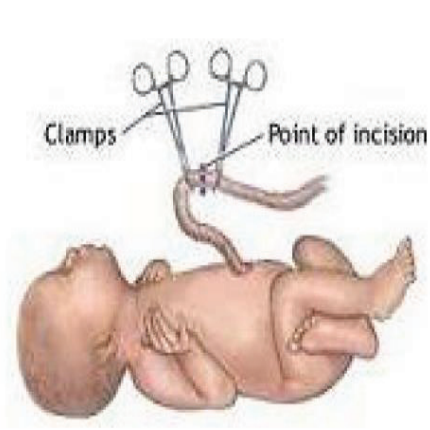
Қорин олд деворининг кесмасидан ҳомилани чиқазиб олишдаги қийинчиликлар одатда қорин олд девори кесмасининг нотўғри танланган даражаси ва ҳажми билан боғлиқ, кўпинча Пфанненштиел бўйича кўндаланг кесма билан чиқазишда.

Шунинг учун бу асоратнинг олдини олишда асосий аҳамиятга эга бўлган вазиятни жаррохлик амалиётидан олдинги баҳолаш, шунингдек, бачадонни

очиш ва ҳомилани чиқазиб олишдан олдин кесма ҳажмини зарур тузатишдир. Қорин деворининг қўндаланг кесмаси орқали ҳомилани чиқазиб олишда кутилмаган қийинчиликлар юзага келса, биринчи навбатда апоневроз кесмаси етарли бўлишини таъминлаш ва керак бўлганда унинг бир ёки иккала бурчагини юқорига давом эттириш орқали катталаштириш керак..

Баъзида хомилани олишда қийинчиликлар ҳомиладор аёлнинг қорин бўшлиғи мушакларининг кучланишига олиб келадиган нотўғри оғриқсизлантиришнинг натижасидир. Ушбу муаммони ҳал қилиш учун оғриқсизлантиришни чуқурлаштириш учун тегишли чоралар кўриш керак. Тўғри қорин бўшлиғи мушакларининг каттиқлиги туфайли қийинчиликлар давом этса, А.Е. Майлард ёки ЛС Черней.нинг усуллари қўллаш мумкин.

Ҳомилани чиқазиб олгандан сўнг, киндик тизимчасидаги пулсация тўхтагунча кутиш керак, сўнгра у иккита қисқич билан қисилади ва улар орасидан кесилади (5.37-расм). Чақалоқнинг киндик тизимчасидаги қисқичларни қўллашдан олдин, уни жароҳатдан баланд кўтарманг, чунки бу ҳомила-плацента трансфузиясини оширади. Киндик тизимида қисқичларни қўллаш ва уни кесиб бўлгач, бола неонатологга топширилади ва йўлдош чиқариб олинади. Агар кесилган жойдан сезиларли қон кетиш бўлса, яранинг бурчакларига ва индивидуал қон кетиш томирларига гемостатик қисқичлар (Микулич ёки Кохер) қўлланилади. Янги туғилган чақалоқнинг юқори нафас йўлларида аспирация қилиниб неонатологга топширилади (5.37-расм ва 5.38-расм).

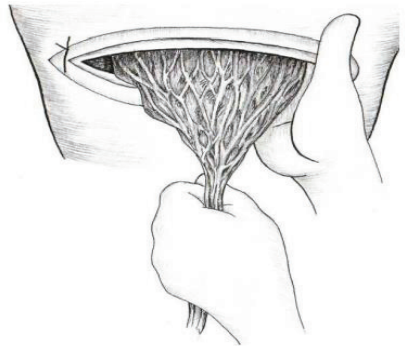


5-расм. 37 . Янги туғилган чақалоқнинг киндик тизимчасини қисиш ва кесиш

Расм.5.38.Янги туғилган чақалоқнинг юқори нафас йўлларининг аспирацияси

Бола туғилгандан сўнг, профилактика мақсадида 10ТБ окситотсин физиологик эритмада (500 мл) томир ичига юборилади (окситотсиннинг умумий дозаси 1000 мл учун 20 ТБ бўлиши мумкин) .

Ҳозирги босқичда йўлдошни киндик тизимчасидаги тортиш орқали чиқазиш афзалроқдир (5.39-расм), чунки бу вариант камроқ кон йўқотиши, туғруқдан кейинги даврда гематокритнинг пасайиши, эндометрит ва эндометрит салмоғининг пасайиши билан бирга келади.

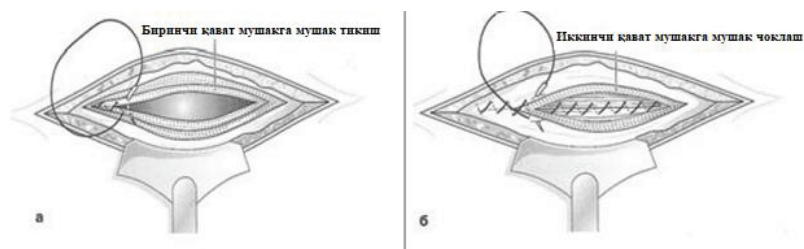


Расм.5.39. Аниқлаш ва плацентанинг 5-расм.40.Плацентанинг киндик жойлашуви тизимчасидан тортиб чиқазиб олиш **Бачадондаги кесмани тиклаш.** Плацентани чиқазиб олингач бачадон деворларини текширгандан сўнг, бачадондаги кесмани тиклашни бошлайдилар. Чокларни қўллашдан олдин бачадон ва қўшни органларнинг (қовук, ичак) анатомик ва топографик алоқаларини батафсил ўрганиш, жароҳатнинг бориши ва ҳажмини, шунингдек унинг бурчакларининг жойлашишини аниқлаш керак. Текширув давомида катта қон кетиш томирларини аниқлашга алоҳида эътибор берилади, улар дарҳол клемпланади. Бундан ташқари, жароҳатнинг бурчакларига охириги қисқичлар қўлланилади. Бачадоннинг пастки сегментида кўндаланг кесма бўлса, баъзи акушерлар жароҳатнинг юқори ва пастки қирраларини қисқичлар ёки вақтинчалик боғичлар билан вақтинча маҳкамлашни тавсия қиладилар.

Шу билан бирга, қисқичлардан ортиқча фойдаланиш бачадон мушакларига ортиқча босимга олиб келиши мумкинлигини ҳисобга олиш керак, бу эса регенерация жараёнига салбий таъсир қилади. Бундан ташқари, жарроҳлик жойида кўплаб асбоблар мавжудлиги жарроҳнинг жароҳатни тикишини қийинлаштириши мумкин. Шунинг учун яра қирраларини маҳкамлаш учун қисқичлардан фойдаланиш фақат керак бўлганда чекланиши керак. Масалан, юпқалаштирилган пастки сегментда кўндаланг кесма билан жарроҳлик амалиётини бажаришда, ҳомила ва йўлдошни олиб ташлаганидан сўнг, яранинг қисқарган пастки қирраси бачадон қовук бурмаси остида пайдо бўлганда ёки сезиларли қон кетиш кузатилганда керак бўлиши мумкин. Бундай ҳолатларда, бачадоннинг орқа деворининг бурмасини яранинг пастки четига нотўғри қўймаслик керак. Тикишдан олдин сиз яранинг иккала четини олиб ташланганлигига ишонч ҳосил қилишингиз керак ва агар керак бўлса, пастки четини қисқич билан маҳкамланади.

Аммо шуни таъкидлаш керакки, қисқичлардан ортиқча фойдаланиш бачадон мушакларига ҳаддан ташқари босимни келтириб чиқариши мумкин, бу унинг тикланиш жараёнига салбий таъсир қилади. Шуни ҳам таъкидлаш жоизки,

жарроҳлик майдонида кўп сонли асбоблар мавжудлиги жарроҳнинг жароҳатни тикишини қийинлаштириши мумкин. Шунинг учун яра қирраларини маҳкамлаш учун қискичлардан фойдаланиш фақат керак бўлганда чекланиши керак. Масалан, бу нозиклашган пастки сегментдаги кўндаланг кесма билан жарроҳлик амалиётини бажаришда, яранинг қисқарган пастки қирраси бачадон қоқук бурма остида ёки сезиларли қон кетиш мавжуд бўлганда тегишли бўлиши мумкин. Бундай вазиятларда бачадоннинг орқа деворининг бурмасини яранинг пастки қирраси сифатида нотўғри аниқлашдан қочиш керак. Чок қўйишдан олдин жароҳатнинг иккала четига ишонч ҳосил қилишингиз керак, агар керак бўлса, пастки четини қискич билан маҳкамланади (5.41- расм).

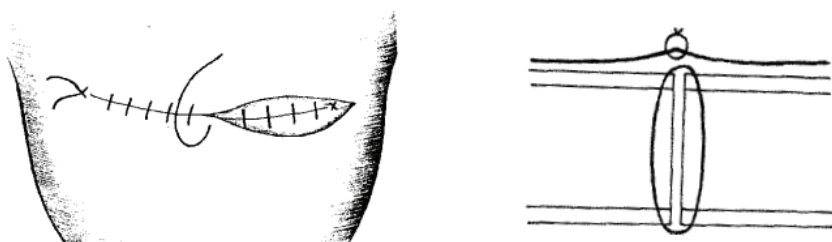


Расм. 5. 41. Бачадоннинг пастки сегментидаги кесмага икки қаторли узлуксиз чок қўйиш а) биринчи қаторни, яъни децидуал тўқималарни ўз ичига олмайди, узлуксиз таянч-ҳаракат чокларини ва (б) иккинчи қаторни ўз ичига олади. чокларнинг, шунингдек, мушак-мушак тизимининг узлуксиз оддий ёки Реверден усули ёрдамида бажарилиши мумкин.

Бу усулни афзаллиги гемостазни яхшилаш, яраларни самарали даволаш ва кейинги ҳомиладорликда бачадон ёрилиши хавфини камайтиришни ўз ичига олади. Краснополский В.И.га кўра икки қаторли тикиш, шу жумладан биринчи қаторда алоҳида мушак-мушак чоклари ва иккинчи қаторда бачадон фациясида доимий тикув. Ушбу тикувлар бачадоннинг пастки сегментидаги кесмани ёпиш учун ишлатилади. Чоклар орасидаги масофа 1,5 см билан бир қаторли узлуксиз тикув варианты ҳам мавжуд бўлиб, бу эрда синтетик сўрилиши мумкин бўлган тикув материали қўлланилади (5.42 ва 5. 43- расм).



Расм. 5.42 . Бачадонни синтетик сўрилиши мумкин бўлган тикув материали ёрдамида бир қаторли адёл тикув билан тикиш.



Расм. 5.43. Бачадон қовук бурманинг перитонизацияси.

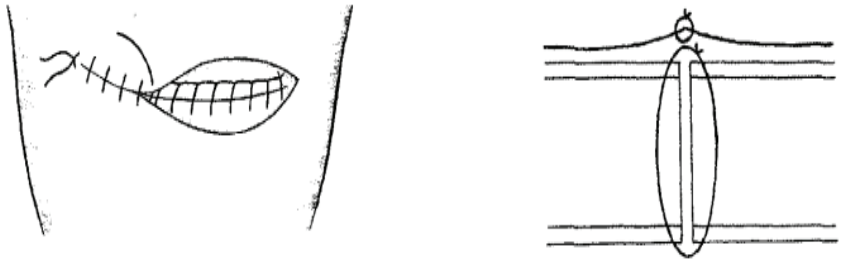
Ушбу усулнинг афзалликлари қуйидагилардан иборат:

- Тикув соҳасида тикув материалининг камайиши;
- Жаррохлик давомийлигини қисқариши;
- Бажариш техникасининг соддалиги;

Шу билан бирга, камчиликларига доимий тикув соҳасида сезиларли ишемия ва чандикнинг беқарорлиги ривожланиши киради. Ҳозирги вақтда Реверденга кўра, бачадонни бир қаторли узлуксиз тикув билан бир-бирига ёпишган ҳолда тикиш усули ҳам қўлланилади. Бирок, бу усул бир қаторли узлуксиз ўралган тикув билан солиштирганда муҳим афзалликларга эга эмас.

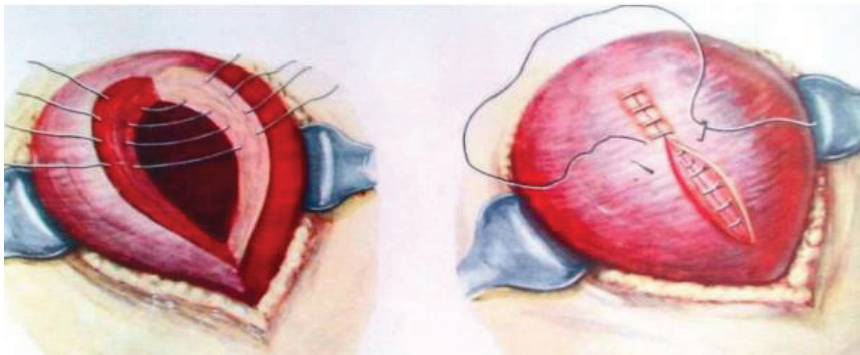


Расм. 5.44. Бачадонни бир қаторли узлуксиз конвертли тикув билан Реверден усули бўйича бир-бирига ёпишган ҳолда тикиш.



Расм. 5.45. Бачадондаги тикувнинг бачадон қовук бурмасининг перитонизацияси.

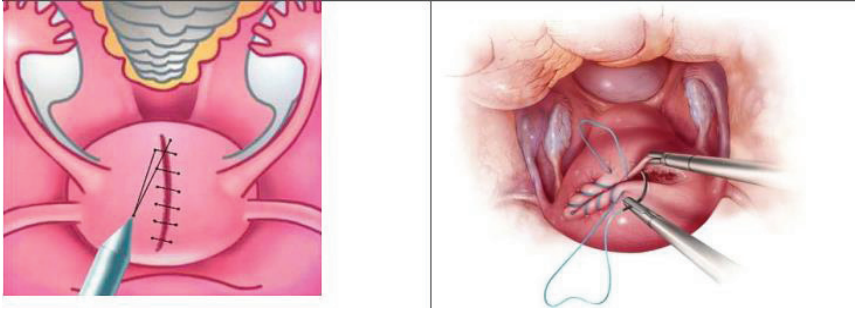
Камчиликлар орасида тўқималарнинг оғир ишемияси ва ишлатиладиган тикув материалнинг сезиларли миқдори мавжуд. Бачадонни бир қаторли узлуксиз ўралган тикув билан бир-бирига ёпишган ҳолда тикиш жуда кам учрайди. Т-шаклидаги кесманинг корпус ва вертикал қисмларига келсак, уларни тикиш учун икки қаторли алоҳида узилган тикувдан фойдаланиш афзалроқдир (5. 46-расм).



Расм. 5.46. Корпорал кесар кесишдан сўнг бачадондаги кесманинг I ва II қатламларини тикиш техникаси. Узлуксиз икки қаторли тикувни қўллаш. Корпорал ёки пастки сегментда кесар кесишдан сўнг кесмаларни тикиш учун ўзгартирилган икки қаторли тикувдан фойдаланиш тавсия этилади:

Биринчи қатор шиллик қаватларни боғлайдиган узлуксиз викрил чокларидан иборат.

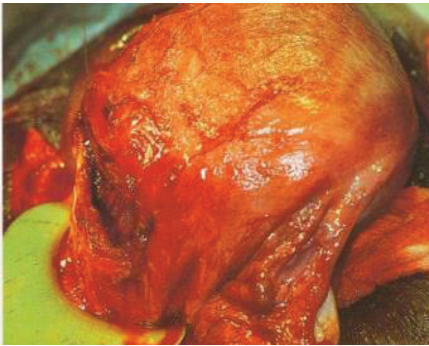
Иккинчи қатор иушак сероза қаватларни боғлайдиган узлуксиз викрил чокидан иборат (5.47- расм).



Расм. 5.47. Кўндаланг пастки кесар кесиш пайтида бачадондаги кесмани тикиш техникаси.

Бачадоннинг бутунлигини тиклаш учун 2-вариант

Кесиш қатламларда ёпилади. Чуқур мушак қатламлари “0” викрил материали ёрдамида алоҳида саккиз шаклли чоклар билан тикилади (5.48 -расм ва 5.49-расм).

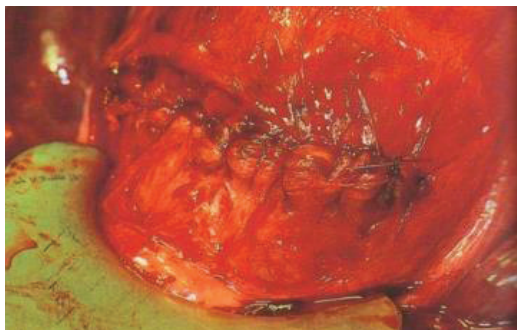


Расм 5.48. Миометрийнинг чуқур қатламлари “0” викридан тайёрланган саккиздан иборат чоклар ёрдамида ёпилади.



Расм.5.49. Миометрий ва қорин парда “0” викрил ёрдамида доимий оддий ёки "кулф" тикув билан ёпилади.

Бачадоннинг юзаки мушак қатламлари ва сероз қоплами “0” викрил ёрдамида узлуксиз тикув билан ёпилади (5. 50- расм).

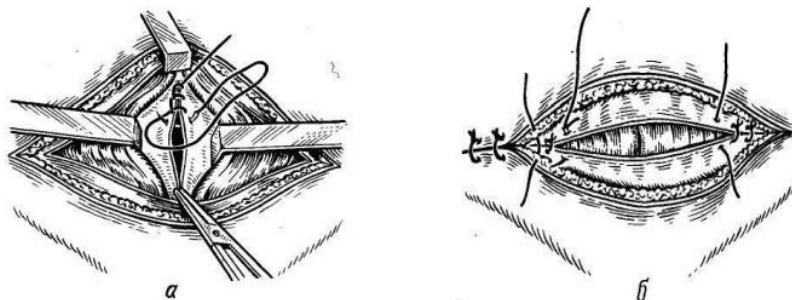


Расм 5.50. Қорин бўшлиғининг пардаси бачадонга кесманинг юқори четидан юқорида жойлашган.

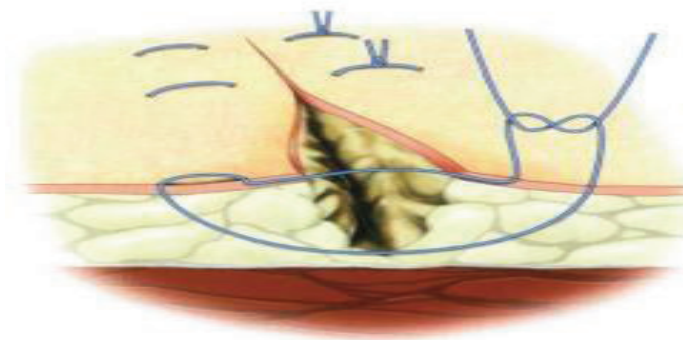
Терини қоплаганда, афзал қилинган усул штапеллардан фойдаланишдир. Алоҳида, узлуксиз тери ости чоклари, олинандиган тикувлар ёки цианоакрилат ёпиштирувчи воситалардан фойдаланиш каби алтернативалар ҳам мумкин (5.51-расмга қаранг). Тўқималарни бирлаштириш учун турли усуллар қўлланилади, жумладан:

Ипак, кетгут, нейлон, викрил ва бошқалар каби турли тикув материаллари ёрдамида тикув (кўлда ёки механик).

Металл қисқичлар каби техник хусусиятлардан фойдаланиш (5.52 - расм ва 5.53- расм) .



Расм. 5.52. Пфанненштиел кесмасини тикиш куйидаги босқичларни ўз ичига олади: а) қорин парданинг четларини ва кўндаланг фасцияни тикиш; б) апоневроз, тери ости тўқимаси ва терини тикиш.

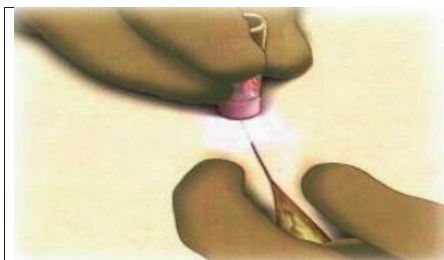


Расм. 5.53 . Донати ва McМиллен техникасидан фойдаланган ҳолда вертикал тикувви.

Терини ёпиш учун афзал қилинган усул штапеллардан фойдаланишдир. Алоҳида, узлуксиз тери ости тикувлари, олинадиган тикувлар ёки цианоакрилат ёпиштирувчи воситалардан фойдаланиш каби алтернативалар ҳам мумкин (5.54-расмга қаранг). Тўқималарни бирлаштириш учун турли усуллар қўлланилади, жумладан:

Ипак, катгут, нейлон, викрил ва бошқалар каби турли тикув материаллари ёрдамида тикув (қўлда ёки механик).

Металл қиксичслар каби техник ёрдам воситаларидан фойдаланиш (5.55-расм)



5.54-расм.. Тери учун ёпиштирувчи Дермабонд клейи



5.55-расм. Металл штапелларни қўллаш

Пайвандлаш (ултратовуш ва бошқалар), шунингдек, турли хил ёпиштирувчи ва бошқа усуллар билан ёпиштириш каби усуллар камроқ қўлланилади. Жаррохлик амалиётидан кейинги тикланиш самарадорлигини ошириш учун

жаррохлик амалиётидан сўнг дарҳол қин санацияси муоалажаларини аёл жаррохлик амалиёти столида ўтказиш тавсия этилади. Шунингдек, сийдик рангини (қон мавжудлиги) ва унинг ҳажмини диққат билан кузатиб бориш керак.

Кесар кесиш амалга оширилгандан сўнг, беморнинг касаллик тарихида жаррохлик амалиётининг боришини батафсил қайд этиш керак. Ушбу ёзув куйидаги жиҳатларни ўз ичига олади:

- Туғилиш жараёнининг табиати ҳақида маълумот.
- Жаррохлик учун кўрсатмалар.
- Жаррохлик жараёнининг ўзи ва унинг хусусиятларининг батафсил тавсифи.

Ушбу протокол беморларда туғруқдан кейинги бошқариш даврда ходимлар ва бошқа тиббиёт мутахассислари томонидан назорат қилиш учун мажбурийдир.

VI-Боб. ЖАРРОХЛИКДАН КЕЙИНГИ ДАВРНИ ОЛИБ БОРИШ ВА РЕАБИЛИТАЦИЯСИ

Жаррохлик амалиётидан кейинги давр ва кесар кесиш сўнг аёлларнинг реабилитацияси онанинг ҳам, боланинг ҳам тез тикланиши ва фаровонлигини таъминлашда муҳим ўрин тутди.

Жаррохлик амалиётидан сўнг дарҳол аёл реанимация бўлимида бўлиб, у эрда тиббиёт ходимлари унинг ҳолатини назорат қилишади. Бунга қон босими, пулс ва кислород билан тўйинганлик каби ҳаётий белгиларни кузатиш киради. Янги туғилган чақалоқнинг кузатиб боришни таъминлаш учун ҳам назорат қилинади.

Жаррохликдан кейинги оғриқлар ва ноқулайликни камайтириш учун аёлга оғриқ қолдирувчи препаратлар берилиши мумкин. Аналгетиклар одатда қўлланилади, аммо дори-дармонларни танлаш тиббий кўрсаткичларга ва беморнинг хоҳишига қараб фарқ қилиши мумкин.

Кесар кесишдан кейин касалхонада қолиш муддати ишлатиладиган оғриқсизлантириш турига, асоратларнинг мавжудлигига ва беморнинг умумий ҳолатига қараб бир неча кундан бир ҳафтагача ўзгариши мумкин. Одатда, аёл ўзини ва чақалоғига қарай оладиган бўлса, шифохонадан чиқарилади.

Аёлга жаррохлик кесма жойида алоҳида эътибор берилиши мумкин. Бу бандажларни кузатиш ва чокларни парваришини ўз ичига олади. Жаррохлик тиклувида инфекция белгилари ёки бошқа асоратлар учун тиббий назорат остида бўлиши керак.

Жаррохлик амалиётидан кейинги даврнинг бошида аёлларга жисмоний фаолиятни чеклаш ва оғир нарсаларни кўтармаслик тавсия этилади. Бирок, вақт ўтиши билан у мушакларнинг тикланиши ва мустаҳкамланишини рағбатлантириш учун ўз фаоллигини, жумладан, юриш ва машқ қилишни ошириши мумкин.

Кесар кесиш аёл учун жисмоний ва ҳиссий жиҳатдан оғир бўлиши мумкин. Оила ва мутахассисларнинг психологик ёрдами ва унга стрессни энгишга ва оналик ролига мослашишга ёрдам беради.

Агар аёл эмизишни режалаштираётган бўлса, мутахассислар лактация бошланишини енгиллаштириш ва боланинг тўғри овқатланишини таъминлаш учун бу масалада маълумот ва ёрдам бериши мумкин.

Кесар кесишдан сўнг, келажакдаги ҳомиладорликни режалаштиришни шифокор билан муҳокама қилиш керак, чунки бу она ва чақалоқнинг соғлиғига, туғруқ усули ва бошқа жиҳатларига таъсир қилиши мумкин.

Жаррохлик амалиётидан кейинги парвариш ва реабилитация кесар кесиш сўнг тикланиш жараёнининг муҳим қисмидир. Тез ва хавфсиз тикланишни таъминлаш, ўз соғлиғи ва чақалоғининг соғлиғига ғамхўрлик қилиш учун аёллар шифокор тавсияларига амал қилишлари керак.

Жаррохликдан кейинги дастлабки кунларда аёл ўзини ҳам, чақалоқни ҳам парвариш қилишда қўшимча ёрдамга муҳтож бўлиши мумкин. Ҳамкор, оила ёки бошқа муҳим киши уй ишлари ва янги туғилган чақалоқларни парвариш қилишда ёрдам бериши мумкин.

Касалхонадан чиққандан сўнг, аёл жаррохлик кесмасининг ҳолатини кузатишни давом эттиради. Тўғри тикув парвариши ва инфекциянинг ҳар қандай белгиларини кузатиш жуда муҳимдир.

Шифокор тикувнинг тикланишини ва жаррохлик амалиётидан кейинги даврнинг умумий ҳолатини баҳолаш учун бир неча ташрифларни режалаштириши мумкин. Ушбу ташрифлар натижалари туғруқдан кейинги тикланиш ва парваришнинг кейинги бошқарувига таъсир қилиши мумкин.

Аста-секин аёл ўзининг кундалик ҳаётига қайтади. У янада жадалроқ машқ қилишни, ишга қайтишни ва боласига ғамхўрлик қилишни бошлаши мумкин.

Кесар кесиш орқали бола туғилиши аёлга ҳиссий таъсир кўрсатиши мумкин.

Психологик ёрдам, жумладан, бошқа оналар билан суҳбатлашиш, мутахассислар томонидан қўллаб-қувватлаш ва эҳтимол қўллаб-қувватлаш гуруҳларида қатнашиш бу ҳис-туйғуларни энгишга ёрдам беради.

Агар аёл кўпроқ фарзанд кўришни режалаштирса, шифокор билан кесар кесишнинг келажакдаги ҳомиладорликка таъсирини ва туғилиш усулини танлашни муҳокама қилиш керак. Бу келажакдаги ҳомиладорлик учун режалар ва тавсияларга таъсир қилиши мумкин.

Кесар кесишдан тикланиш индивидуал жараён бўлиб, ҳар бир аёл буни бошқача ҳис қилади. Шифокор тавсияларига амал қилиш, соғлиқингиз ва фарзандингизнинг фаровонлигига эътибор бериш муҳимдир. Реабилитация жисмоний ва ҳиссий жиҳатларни ўз ичига олади ва яқинлар ва мутахассисларнинг ёрдами муваффақиятли тикланишда муҳим рол ўйнайди.

VII-Боб. КЕСАР КЕСИШНИНГ ТИББИЙ, ИЖТИМОЙ, АХЛОҚИЙ ВА ҲУҚУҚИЙ АСПЕКТЛАРИ

Кесар кесиш жаррохлик усули, аслида, хомиланинг тўғридан-тўғри табиий туғилишнинг ўрнини босади, шунингдек, вакуум экстракцияси ва акушерлик кискичларидан фойдаланишни алмаштиради. Кесар кесишлар сонининг кескин ўсиши 1980-йилларда бошланган. Агар статистик маълумотларга қаралса, масалан, АҚШда 1940-1958 йиллар оралиғида ўртача КК даражаси 3,49% ни ташкил этган бўлса, 80-йилларнинг ўрталарида бу кўрсаткич 3-4 баравар кўтарилиб, 20,4% га этди. Ушбу ўсиш дунёнинг барча мамлакатларига тарқалиб, ҳақиқий эволюцион тўлқинга айланиб, акушерлик ёрдами ва чақалоқларни туғиш жараёнига аралашувни ўзгартирди.

Шундай қилиб, ушбу икки кучли тенденция даврида биз нафақат туғиш усулларининг ўзгаришига, балки уларнинг инсон эволюцияси жараёнига таъсирига гувоҳ бўламиз, бу ўзгариш асрини тиббий қайта кўриб чиқишнинг ажралмас қисми бўлиб хизмат қилади.

Кесар кесиш учун кўрсатмаларнинг кенгайиши перинатал ўлимни камайтириш, болалик жароҳатини камайтириш ва баъзи акушерларнинг фикрига кўра, она жароҳатининг олдини олиш каби уч томонлама мақсад билан боғлиқ. Бироқ, охири далил унчалик ишонарли эмас: агар биз ККни хомила учун туғдириб бериш усули деб ҳисобласак, она учун бу усул, албатта, кўпроқ жаррохлик аралашуви деб ҳисобланиши мумкин.

Аҳоли саломатлигининг доимий пасайиши шароитида аёллар саломатлигини, шу жумладан репродуктив саломатликни яхшилаш учун КК кўрсаткичларини кенгайтириш нотўғри деб ҳисобланиши мумкин. Савол биз, шифокорлар ва бизнинг беморлар перинатал ўлимни камайтириш учун қандай ишларни қилмадик. Инсоният келажаги учун юқори кесар кесиш кўрсаткичларининг оқибатларини тўлиқ баҳолаш учун нафақат тиббий, балки илмий адабиётларда тез-тез ўтказиб юборилган ижтимоий ва ахлоқий жиҳатларни ҳам ҳисобга олиш керак.

Ўзбекистонда сўнгги ўн йилликларда жамият онгида туб ўзгаришлар рўй берганини инкор этиб бўлмайди. Соғлиқни сақлаш шунчаки хизмат кўрсатиш соҳаси бўлишни тўхтатди ва беморлар томонидан хизмат кўрсатувчи сифатида кўрилади. Ушбу ўзгариш шифокор ва туғруқдаги аёл ўртасидаги анъанавий ахлоқий муносабатларнинг ўзгаришига олиб келди. Туғруқхонадаги шифокор энди туғруқдаги аёлга шерик сифатида қаралади. Бошқа томондан, келажакдаги оналар ижтимоий тармоқларнинг таъсирига дуч келишади, бу эса ҳақиқатдан ажралиб туришга ва виртуал дунёга ботиришга олиб келади.

Ушбу таъсир ҳомиладорликни рад этиш ҳиссини келтириб чиқаради, нормал мослашишга халақит беради ва шахсий маконни бузиш омилига айланади.

Шундай қилиб, тиббиёт ва жамият ўзаро боғланган ҳозирги ўзгаришлар даврида нафақат саломатликни мустаҳкамлаш, балки табиат ва технология ўртасидаги уйғунликни сақлаш учун ҳам ахлоқий, ижтимоий ва психологик жиҳатларни ҳурмат қилиш муҳим аҳамиятга эга.

Кесар кесиш замонавий акушерлик амалиётининг ажралмас қисмига айланди, аммо унинг замонавий жамиятда тарқалиши нафақат тиббий, балки ижтимоий-маданий хусусиятга эга. Ижтимоий тармоқлар таъсирига бўйсунган аёллар ҳомиладорликни ўз ҳаётларида ушбу ноёб даврни бошдан кечириш ўрнига, ўрганиш ва муҳокама қилиш мумкин бўлган объект сифатида қабул қила бошладилар.

Кўп микдордаги маълумотлар, курслар, суҳбатлар ва маслаҳатлар ҳар доим ҳам фойдали эмас, чунки барча тайёргарликларга қарамай, кўплаб аёллар учун туғиш ҳали ҳам ажабланарли бўлиб қолмоқда. Табиий туғилиш тажрибасининг етишмаслиги туғруқдан кейинги депрессияга олиб келиши мумкин, бу эса ўз навбатида кесар кесишнинг салмоғи ортиб бориши билан ортади.

Кесар кесиш бўлган аёллар кўпинча янги туғилган чақалоқни парваришлашда қийинчиликларга дуч келишади. Туғруқдан кейинги депрессиянинг психологик ва гипохондрик жиҳатлари, айниқса жарроҳлик аралашувидан кейин вагинал туғиш тажрибасига эга бўлмаганларда янада аниқроқ бўлади.

КК нинг ҳаддан ташқари тарқалишининг салбий оқибатларидан бири акушерларнинг профессионалигининг пасайиши бўлди. Кўпгина ёш мутахассислар ўзларини норози ҳис қилишади ва туғилишни бошқаришнинг анъанавий усулларини қўллашдан кўркишади, масалан, кискичлардан фойдаланиш ёки ҳомилани туғдириш. Санъат сифатида акушерликка қизиқишнинг йўқлиги ва туғишнинг "хавфсиз" усулларига интилиш касбнинг келажагини шубҳа остига қўяди.

Ижтимоий-маданий кадриятларни қайта кўриб чиқиш нуқтаи назаридан, технология ва табиат ўртасидаги уйғунликни бузмаслик учун тиббий амалиёт ва туғишнинг табиий жараёнига ҳурмат ўртасидаги мувозанатни сақлаш жуда муҳимдир. Врачнинг маънавий-ахлоқий ҳолатининг кесар кесиш (КК) ўтказиш тўғрисида қарор қабул қилишга таъсири масаласи мураккаб ва етарли даражада ўрганилмаган. Кўпчилик шифокор бундай қарорларни қабул қилишда ўз амалиёти ва касбий бурчини англаши билан бошқарилади, деб ишонилади. Бироқ, соғлиқни сақлашни тижоратлаштириш контекстида, аборт муаммосига ўхшаш, КК табиий туғилишдан фарқли ўлароқ, белгиланган вақтда "мижознинг сўровларига" жавоб берадиган техник восита сифатида қаралиши мумкин.

Қийинчилик шундаки, манфаатдор шифокор ҳомиладор аёлни ва унинг қариндошларини, айниқса, бола учун табиий туғилиш хавфига осонгина ишонтириши мумкин. Ушбу амалиёт жамоатчиликнинг норозилигига сабаб бўлади, чунки "шифокор тиббий ва ахлоқий кўрсатмалар бўлмаган тиббий аралашувларни амалга оширишга ҳақли эмас".

Ҳар бир туғилиш ва ҳар бир аёл туғиш ўзига хос хусусиятга эга бўлиб, санъат сифатида қабул қилинган доялик доимий эътибор ва иштирокни талаб қилади. Туғруқдаги аёл, бачадон ва ҳомиланинг ҳолатини динамик кузатиш доимий тиббий аралашувни талаб қилади. Бундан ташқари, ҳомиладор аёл ва туғруқдаги аёлга малакали психологик ёрдам туғруқ натижаларига сезиларли таъсир кўрсатиши мумкин.

Туғилишда профессионал иштирок этиш катта аклий, жисмоний ва ҳиссий ресурсларни талаб қилади. Шифокорнинг тажрибаси, сабр-тоқати ва раҳм-шафқати йўқлиги ҳеч иккиланмасдан ККга эга бўлишга қарор қилиши мумкин.

Кесар кесишда табиий туғилиш келтирадиган "сеҳр" йўқ, шу жумладан, аёлга қувонч ҳаяжонига шўнғиш ва бу туйғуни бошқалар билан баҳам кўриш имкониятини берадиган руҳий компонент.

Шуни таъкидлаш керакки, кесар кесиш пайтида туғилишнинг табиий стрессини бошдан кечирмаслик яқин келажакда ҳам, узоқ келажакда ҳам янги туғилган чақалоқнинг ҳолатига таъсир қилиши мумкин.

Илмий тадқиқотлар шуни кўрсатадики, кесар кесиш (КК) орқали туғилган чақалоқларнинг кўпчилиги мослашиш даврида бузилишларни бошдан кечиради. Бу ўпкада хомила суюқликни ушлаб туриш, марказий асаб тизимининг гипоксик-ишемик шикастланиши, гипотермия, гипертензия, тана вазнининг сезиларли даражада камайиши ва ичак микробиоценозининг шаклланишининг бузилиши туфайли нафас олиш тезлигининг вақтинча ошиши билан ифодаланади.

Перинатал психолог Людвиг Янус кесар кесиш билан омон қолган болалар бачадондан ташқарига ўтиш учун қутилмаган ва тайёр эмаслиги билан боғлиқ перинатал психотравмага дучор бўлишлари ҳақидаги ғояни илгари суради. Бу шок ҳолати билан таққосланади ва даволаш қийин бўлган нейропсих ва интеллектуал маҳрумликни келтириб чиқаради.

Кесар кесишдан янги туғилган чақалоқларнинг асосий ташвишларидан бири бу уларнинг аутизмга мойиллигидир. Таъкидланишича, табиий равишда туғилган тенгдошлари билан солиштириганда, "кесарияликлар" ҳаётга бефарқлик кўрсатадилар, ота-оналик туйғуларини кам ривожлантирадилар, ижтимоий пассивликка эга, бошқаларнинг иродасига кўпроқ боғлиқ бўладилар, ўзини ўзига тортадиган ва ўзига хос хусусиятларга эга. ташқи дунё билан алоқа ўрнатишда қийинчиликлар чақиради. Психологларнинг фикрига кўра, туғилиш ҳаётий кучларнинг кучланиш даражаси билан ўлчанадиган ноёб

синовдир ва улар билан солиштирганда кейинги қийинчиликлар унчалик аҳамиятли эмас. Шундай қилиб, туғилишнинг ғайритабiiй усули нафақат жисмоний саломатлик, балки индивидуал шахсий хусусиятларнинг шаклланишига таъсир қилувчи жисмоний ва руҳий жароҳатларга олиб келади.

Бола туғилиши тўғрисида қарор қабул қилишда нафақат тиббiiй жиҳатлар, балки онанинг ҳам, боланинг ҳам манфаатларини ҳисобга олган ҳолда ахлоқiiй жиҳатларни ҳам ҳисобга олиш керак. Кесар кесишни амалга ошириш тўғрисидаги қарор мода тенденцияларига ёки беморнинг таълим даражасига боғлиқ бўлмаслиги керак; бу барча рақамлар ва имтиёзларни ҳисобга олган ҳолда хабардор тиббiiй қарор бўлиши керак.

Акушерлик санъатини юксак даражада сақлаш, туғаётган аёлларга психологик ёрдам кўрсатиш, бўлғуси оналар ва болаларга ғамхўрлик билан муносабатда бўлиш учун кураш янги авлодлар саломатлиги ва фаровонлигини таъминлашнинг гаровидир.

Шуни таъкидлаш керакки, акушерликнинг замонавий тамойиллари перинатал психологиянинг аспектларига етарлича эътибор бермайди, бу ҳомилада руҳiiй ҳаёт мавжудлигини ва она ва бола ўртасидаги маънавий алоқани бутун ҳомиладорлик жараёнида, айниқса ҳомиладорлик даврида таъкидлайди. Соғлом чақалоқлар ва перинатал ўлимни камайтириш каби ижобiiй натижаларга қарамай, узоқ муддатли оқибатлар туғилишнинг ғайритабiiй усулларига бўлган муносабатимизни қайта кўриб чиқишни талаб қилади.

Туғилиш стресси биологик ва антропологик нуқтаи назардан одамлар учун асосiiй рол ўйнайди. Туғилиш бола учун биринчи зарурий муаммо бўлиб, ҳаёт учун ҳақиқiiй хавф остида омон қолиш учун курашнинг муҳим тажрибасини шакллантиради. Бу тажрибалар шахснинг шаклланишига ҳисса қўшади, одамни қийинчиликларга ва оғриқларга дош бера оладиган, ўзгаришларга мослаша оладиган ва ўз қобилятига ишончини йўқотмайдиган чидамли курашчига айлантиради. Боланинг туғилиши мустақил ҳаётга ўтиш учун зарур бўлган кучли мослашиш механизмларини бошлайди: нафас олишдаги

Ўзгаришлар, плацента қон айланишидан мустақил қон айланишига ўтиш, янги муҳит билан алоқа қилиш ва ташқи дунёни идрок этишдаги ўзгаришлар.

Акушерлик ёрдами билан боғлиқ аҳолининг молиявий юки ҳар йили ўсиб бормоқда, чунки кесар кесиш харажатлари табиий туғилиш харажатларидан сезиларли даражада ошади. Бундан ташқари, эндометрит, перитонит ва яра инфекциялари каби жарроҳликдан кейинги асоратларни даволаш янада қимматга тушади. Кесар кесиш кейин бундай асоратлар табиий туғилишдан кейин 10-15 марта тез-тез содир бўлади ва сепсис, ўз навбатида, деярли фақат қорин бўшлиғида туғилиш билан боғлиқ.

Кесар кесиш бўлимининг кенг тарқалган ва баъзан асосиз қўлланилишининг яна бир ташвишли натижаси бачадони жарроҳлик амалиёти қилинган фертил ёшдаги аёллар сонининг кўпайиши ҳисобланади. Ушбу тоифадаги оналар ўлими хавфи кейинги ҳомиладорлик пайтида бир неча бор ортади. Ажабланарлиси шундаки, ҳомиладор аёлларнинг ушбу гуруҳи жарроҳлик туғилиш салмоғининг ошишига ёрдам беради, чунки бачадон чандиғи кесар кесиш учун кўрсатмалар таркибида биринчи ўринлардан бирига айланади. Бу кейинги ҳомиладорликда жиддий асоратларга олиб келади, айниқса тарихда бир неча жарроҳлик амалиётлар мавжуд бўлса (бачадонда 2, 3 чандиқ ёки ундан кўп). Бундай асоратлар чандиқ ичига плацента ўсиб киришини, кўп миқдорда қон кетишини келтириб чиқарадиган бачадон чандиғининг (лар) етишмовчилигини, бачадон ёрилиши ва гистеректомияларни ўз ичига олади.

Кесар кесишни қўллаш бўйича 30 йиллик тажрибаси натижаларига асосланиб, шуни таъкидлаш мумкинки, нафақат дастлабки муаммолар ҳал этилмаган, балки замонавий акушерлик соҳасида ҳам янги муаммолар пайдо бўлган.

Савол туғилади: илғор акушерлик ва перинатал технологияларни жорий этиш ва кесар кесиш орқали туғилишнинг атиги 10-12% кўрсаткичлари билан йирик акушерлик марказларида янги туғилган чақалоқларда перинатал ўлим ва касалланишнинг минимал даражасига эришиш мумкинми? Кўриниб турибдики, ҳомиладорликнинг ҳар бир босқичида - амбулатор (биринчи-иккинчи триместр), стационар (учинчи триместр) ва туғиш пайтида - кесар

кесиш тезлигини камайтириш учун реал имкониятлар мавжуд. Ҳомиладор аёлларнинг динамик ва малакали мониторинги перинатал касалланиш ва ўлимни камайтиришда муҳим рол ўйнайди.

Ўзбекистоннинг барча вилоятларидаги оилавий поликлинакалар кесар кесиш туғиш ҳолатларини камайтириш бўйича асосий масъулиятни ўз зиммасига олиши керак. Бу иш ҳомиладорликнинг биринчи ҳафталарида ва баъзи ҳолларда туғилиш ёшидаги аёлларда ҳам ҳомиладорлик бошланишидан олдин бошланиши керак. Оилавий поликлинака шифокорларининг кесар кесиш бўйича психологиясини ўзгартириш ҳам муҳим жиҳатдир.

Маълумки, 30 ёшдан ошган, баъзи акушерлик ва соматик муаммолари бўлган кўплаб аёллар, масалан, миёмэктомия ёки кесар кесиш сўнг бачадон чандиғи, ККни оилавий поликлинака шифокорлари таъсири остида туғилишнинг ягона "хавфсиз" усули деб билишади.

Кесар кесиш ставкалари масаласини муҳокама қилганда, бу кўрсаткич нафақат алоҳида акушерлик муассасаларида, балки ҳар бир мамлакатнинг турли ҳудудларида ҳам сезиларли даражада фарқланишини ҳисобга олиш керак. Юқори малакали ходимларга эга техник жиҳатдан жиҳозланган йирик акушерлик шифохоналарида КК салмоғи кичик туғруқхоналарга қараганда сезиларли даражада юқори.

Бугунги кунда оғриксизлантириш ва реанимация учун замонавий ускуналар, шунингдек, юқори малакали акушер-гинекологлар, анестезиологлар ва неонатологлар туфайли турли акушерлик шифохоналарида кесар кесиш тезлигида деярли фарқ йўқ.

Замонавий акушерлик муассасаларида ҳомила ташхисининг илғор усулларидан фойдаланган ҳолда, кесар кесиш фойдаланишни тўлиқ оқлаш, шунингдек, ўз-ўзидан туғилиш каби этказиб беришнинг муқобил усулларини танлашга имкон бериш учун беморларни эҳтиёткорлик билан танлаш талаб этилади. Шу билан бирга, ҳомиладор аёллар ва оналарни туғишнинг турли усулларида малакали тайёрлаш муҳимдир.

Бундай муассасаларда кесар кесиш кўрсаткичларининг камайиши акушерлик шароитлари, тажрибаси ва акушерларнинг таълими билан боғлиқ. Оператив туғилиш кўрсаткичларидаги фарқлар, ҳатто тўшакдаги ҳомилалар учун ҳам, акушерларнинг ёндашувлари ва тажрибасидаги фарқлар билан изоҳланиши мумкин. Кесар кесишнинг юқори даражаси акушерлик шифохонаси фаолиятининг яхлит кўрсаткичи бўлиб хизмат қилиши мумкин бўлса-да, бу муассасадаги клиник ҳолатларнинг оғирлигини тушунишни бузмаслиги керак. Кесар кесиш бўлими энди репродуктив саноатнинг ажралмас қисмига айланди, бу ҳажмларнинг кўпайиши ва янги технологияларни жорий этиш билан бирга келади. Ушбу ҳодиса саноат гиганти билан солиштирганда, жарроҳлик амалиёти салмоғи ва модернизатсия самарадорлиги ўртасидаги боғлиқликни таъкидлайди.

Бирок, соҳа йўналишини ўзгартириш ва акушерликнинг анъанавий тамойилларини қайта кўриб чиқиш жиддий муҳокама қилишни талаб қиладиган мураккаб масалалардир.

Келгуси 5 йил ичида кесар кесиш билан боғлиқ прогнозларга келсак, кесар кесиш кўрсаткичларининг сезиларли даражада пасайиши, эҳтимол, кутилмайди. Катта акушерлик шифохоналарида кесар кесиш ставкалари 20% дан 25% гача қолиши мумкин. Бу перинатал ўлимнинг камайиши, оғир ҳолатларда туғилишни соддалаштириш, жарроҳликнинг юқори нархи ва шифокорлар ва беморларда кесар кесиш фойдасига фикрлаш стереотипларини шакллантириш каби бир неча омилларга боғлиқ.

Бирок, мавжуд ҳолат клиник ординатурани тамомлаган айрим акушер-гинекологларнинг тўғридан-тўғри туғруқни бошқариш, акушерлик қисқичларидан фойдаланиш ва бошқа жиҳатлар бўйича амалий кўникмаларга эга эмаслигига олиб келди. Акушерлик бўйича юқори малакали мутахассислар сонини кўпайтириш талабалик босқичидан тайёргарликни бошлаш ва резидентурада амалий машғулотларни давом эттиришни тақозо этади. Бу бирламчи кесар кесиш бўлимлари тезлигини ва шунинг учун қорин бўшлиғида туғилишнинг умумий тезлигини камайтиради.

Кесар кесиш каби тиббий хизматларнинг ҳуқуқий жиҳатлари, айниқса хавфсизлик билан боғлиқ муаммоларга катта эътибор қаратилди.

Соғлиқни сақлаш суғуртаси ривожланиб, оператив туғиш харажатлари камайганлиги сабабли, узоқ муддатда кесар кесиш кўрсаткичларининг пасайиши кутилиши мумкин. Бироқ, ушбу мақсадга эришиш учун акушерларнинг ҳуқуқларини ҳимоя қилувчи ва хавф ортган ҳолларда туғиш учун жавобгарликни белгиловчи қонунчиликни такомиллаштириш ҳам зарур.

7.1 . Туғилишни танлаш билан боғлиқ ахлоқий масалалар

Туғилиш усулини танлаш, шу жумладан кесар кесиш қилиш тўғрисидаги қарор ҳам шифокорлар, ҳам беморлар учун бир қатор ахлоқий муаммоларни келтириб чиқаради. Қуйида туғруқ усулини танлаш билан боғлиқ асосий ахлоқий фикрлар келтирилган:

Ахборотланган розилик. Муҳим ахлоқий эътибор беморнинг мумкин бўлган туғруқ усуллари ҳақида тўлиқ маълумотга асосланган ҳолда қарор қабул қилишини таъминлаш билан боғлиқ. Шифокорлар кесар кесишнинг ижобий ва салбий томонлари, шунингдек, юзага келиши мумкин бўлган хавф ва оқибатлар ҳақида ҳалол ва аниқ тушунтиришлар беришлари керак.

Тиббиётда этика, кесар кесиш фақат муоалажага тиббий эҳтиёж мавжуд бўлганда амалга оширилишини талаб қилади. Бунга она ёки боланинг ҳаётига таҳдид, тиббий асоратларнинг мавжудлиги, анатомик шароитлар туфайли табиий туғилишнинг мумкин эмаслиги ва бошқа тиббий омиллар бўлиши мумкин.

Агар онанинг манфаатлари ва боланинг манфаатлари ўртасида зиддият мавжуд бўлса, ахлоқий дилемма пайдо бўлиши мумкин. Мисол учун, бемор шахсий хоҳишига кўра кесар кесиш қилишни хоҳлаши мумкин, тиббий кўрсаткичлар эса хавфсиз нормал туғилиш мумкинлигини кўрсатиши мумкин. Бундай ҳолларда шифокорлар онанинг ҳам, боланинг ҳам манфаатларини қондирадиган мурсага эришишга ҳаракат қилишлари керак.

Баъзи ҳолларда кесар кесишни амалга ошириш оддий туғилишдан кўра кўпроқ маблағ ва вақт талаб қилиши мумкин. Жарроҳлик амалиёти хоналари ва

ходимлар каби чекланган тиббий ресурсларни қандай тақсимлаш масаласи, айниқса соғлиқни сақлаш тизимлари контекстида ахлоқий масалага айланиши мумкин.

Агар аёл тиббий бўлмаган сабабларга кўра (масалан, табиий туғишдан кўркиш) ихтиёрий равишда кесар кесиш қилишни хоҳласа, шифокорлар қўшимча таълим ва розилик бериш зарурати билан дуч келиши мумкин.

Ушбу ахлоқий мулоҳазалар беморнинг автономиясига бўлган ҳурматни тиббий зарурат билан мувозанатлаш муҳимлигини таъкидлайди. Кесар кесишни амалга ошириш тўғрисидаги қарор онанинг ҳам, боланинг ҳам манфаатларини ҳисобга олган ҳолда, беморнинг ҳуқуқлари ва истакларини ҳурмат қилган ҳолда, лекин ҳар доим тиббий стандартлар ва ахлоқий меъёрларга мувофиқ бўлиши керак.

Кесар кесиш билан боғлиқ ҳуқуқий жиҳатлар ушбу жарроҳлик амалиётини тартибга солувчи бир қатор муҳим масалалар ва қоидаларни ўз ичига олади.

Кесар кесишнинг асосий ҳуқуқий жиҳатлари:

Кўпгина мамлакатларда ва юрисдикцияларда кесар кесиш тиббий зарурат билан оқланиши керак. Шифокорлар беморга кесар кесиш қилиш тўғрисида қарор қабул қилиш сабабларини тушунтиришлари ва унинг розилигини олишлари керак. Бемор хабардор розилик олиш ҳуқуқига эга, яъни у кесар кесишга розилик беришдан олдин муоалажа, хавфлар ва альтернативалар ҳақида етарли даражада маълумотга эга бўлиши керак.

Ҳар бир мамлакатда кесар кесиш амалиётини тартибга солувчи ўз қонунлари ва қоидалари мавжуд. Ушбу қоидалар шифокорлар учун касбий хулқ-атвор стандартларини, беморларнинг ҳуқуқ ва мажбуриятларини, шунингдек, парвариш қилиш тартиблари ва стандартларини белгилаши мумкин. Қонунлар ва қоидалар, шунингдек, кесар кесиш билан шуғулланадиган шифокорларнинг малакаси ва талабларини белгилайди. Шифокорлар ушбу жарроҳлик амалиётини бажариш учун тегишли кўникмалар ва сертификатларга эга бўлиши керак. Қонунлар кесар кесиш пайтида шифокорлар, тиббиёт ходимлари ва бемор ўртасидаги ўзаро муносабатлар қоидалари ва

стандартларини белгилаши мумкин. Бунга махфийлик ва ахлоқий хулқ-атвор масалалари киради.

Беморнинг ҳуқуқлари ва манфаатлари. Беморлар ўзларининг аҳволи ва туғилиши ҳақида ҳурмат, махфийлик ва ҳалол маълумот олиш ҳуқуқига эга. Қонунлар уларнинг маълумотли розилик олиш ва диний ва маданий эътиқодларини ҳурмат қилиш ҳуқуқини ҳимоя қилади. Кесар кесиш бемор учун молиявий таъсир кўрсатиши мумкин ва ҳуқуқий масалалар суғурта ва товон тўлаш масалаларини ўз ичига олиши мумкин.

Камдан кам ҳолларда ахлоқий дилеммалар пайдо бўлиши мумкин, масалан, она ва бола ўртасида манфаатлар тўқнашуви мавжуд бўлганда ёки тиббий заруратга қарамай, кесар кесиш ўтказишда ахлоқий саволлар туғилади. Шифокорлар ва адвокатлар бундай масалаларни қонуний ва ахлоқий меъёрлар асосида ҳал қилишлари мумкин.

Ушбу ҳуқуқий жиҳатлар беморларнинг ҳуқуқларига ҳам, тиббиёт ходимларининг мажбуриятларига ҳам, умуман тиббий амалиётни тартибга солишга ҳам тегишли.

VIII-БОБ. ОНА ВА БОЛА СОҒЛИГИГА КЕСАР КЕСИШНИНГ ТАЪСИРИ

Кесар кесишнинг она ва бола саломатлигига таъсир қилиши мумкин бўлган жарроҳлик муолажадир. Ҳар қандай жарроҳлик амалиётида бўлгани каби, кесар кесиш ҳам инфекциялар, қон йўқотиш, қон қуйқалари ва яра муаммолари каби маълум хавф ва асоратлар билан бирга келади. Ушбу асоратлар онанинг соғлиғига таъсир қилиши ва қўшимча тиббий аралашувни талаб қилиши мумкин. Кесар кесиш билан тикланиш нормал туғилишдан кўра кўпроқ вақт талаб қилиши мумкин. Аёл тикув соҳасида оғриқ ва ноқулайлик ҳис қилиши ва бир мунча вақт жисмоний фаолиятни чеклаши мумкин.

Кесар кесиш бачадонда тикув яратишни ўз ичига олади, бу эса келажакда тўқималарни ёрилиб кетишига кўпроқ мойил қилади. Бу келажакда нормал туғилиш қобилиятига таъсир қилиши мумкин ва баъзи ҳолларда аёл кейинги ҳомиладорликда кесар кесиш бўлиши керак.

Кесар кесиш жарроҳлиги тери ва қорин деворида чандиқ тўқимасини қолдириши мумкин, бу эса косметик ёки эстетик муаммоларни келтириб чиқариши мумкин.

Кесар кесиш билан туғиш аёлга ҳиссий таъсир кўрсатиши мумкин, айниқса у нормал туғилишга умид қилган бўлса. Ушбу муоалажа билан боғлиқ давом этаётган тажрибалар унинг руҳий саломатлигига таъсир қилиши мумкин.

Туғилиш усули (кесар кесиш ёки нормал туғилиш) янги туғилган чақалоқнинг соғлиғига таъсир қилиши мумкин. Кесар кесиш билан чақалоқ туғилиш каналдан ўтмайди ва бу онанинг микрофлорасига ва соғлиғининг бошқа жиҳатларига дастлабки таъсир қилиши мумкин.

Баъзи тадқиқотлар шуни кўрсатадики, кесар кесиш билан туғилган янги туғилган чақалоқларда ўпка функцияси ёмонлашиши ва нафас олиш қийинлишуви каби мослашиш муаммолари хавфи ортиши мумкин.

Тадқиқот шунингдек, туғиш усулининг чақалоқнинг узок муддатли соғлиғига, жумладан, аллергия, семизлик ва бошқа сурункали касалликларга таъсирини

ҳам муҳокама қилади. Бироқ, ушбу тадқиқотларнинг аксарияти ҳали ҳам тадқиқот босқичида.

Шуни таъкидлаш керакки, кесар кесиш орқали туғишнинг муҳим жарроҳлик усули бўлиб, тиббий зарурат туғилганда баъзи оналар ва чақалоқларнинг ҳаётини сақлаб қолиши мумкин. Туғиш усули тўғрисида қарор ҳар доим тиббий кўрсаткичлар ва шифокор билан маслаҳатлашган ҳолда қабул қилиниши керак.

8.1 . Кесар кесишнинг она ва янги туғилган чақалоққа узоқ муддатли таъсири

Кесар кесиш, туғишнинг жарроҳлик усули сифатида она ва янги туғилган чақалоқ учун узоқ муддатли оқибатларга олиб келиши мумкин. Шуни таъкидлаш керакки, ушбу муоалажадан ўтган аёллар ва болаларнинг аксарияти соғлом ва жиддий муаммоларсиз қоладилар.

Она учун узоқ муддатли оқибатлар. Кесар кесиш онанинг бачадонида ва қорин деворида чандик тўқимасини қолдиради. Ушбу чандиқлар кейинги ҳомиладорлик ва туғилиш пайтида асоратлар хавфини ошириши мумкин.

Кесар кесиш бўлган кўплаб аёллар кейинги ҳомиладорликда бачадон чандиқлари, плацента аномалиялари ёки органларнинг шикастланиши каби асоратлар хавфини ошириши мумкин.

Кесар кесиш билан туғилиш оналарга ҳиссий таъсир кўрсатиши мумкин, айниқса жарроҳлик амалиёти тиббий сабабларга кўра амалга оширилмаган бўлса. Бу ҳис-туйғулар психологик саломатликка таъсир қилиши мумкин.

Янги туғилган чақалоққа узоқ муддатли таъсир. Баъзи тадқиқотлар шуни кўрсатадики, кесар кесиш билан туғилган янги туғилган чақалоқларда нафас олиш қийинлишуви каби мослашиш муаммолари хавфи ортиши мумкин . Бу туғруқдан кейинги шифохонада кўшимча мониторинг ва парвариш қилишни талаб қилиши мумкин.

Оддий туғилиш микрофлорани онадан чақалоққа ўтказишга ёрдам беради, бу эса чақалоқда соғлом микрофлоранинг ривожланишига ёрдам беради. Кесар кесиш бу жараёнга таъсир қилиши мумкин ва уни чақалоқнинг овқат ҳазм

қилиш тизими ва иммунитет тизимининг соғлиғига мумкин бўлган таъсири билан боғлайдиган тадқиқотлар мавжуд.

Баъзи тадқиқотлар шунини кўрсатадики, кесар кесиш орқали туғилган чақалоқларда астма, аллергия ва семириш каби узоқ муддатли соғлиқ муаммоларини ривожланиш хавфи юқори бўлиши мумкин. Бироқ, бу масалалар бўйича далиллар ҳали ҳам аралаш ва қўшимча тадқиқотлар талаб қилади.

Шунини таъкидлаш керакки, кесар кесиш баъзи тиббий ҳолатларда она ва чақалоқ учун зарур ва ҳаётни сақлаб қолиши мумкин. Кесар кесишни амалга ошириш тўғрисидаги қарор ҳар доим тиббий кўрсаткичлар ва шифокор билан маслаҳатлашув асосида қабул қилиниши керак.

IX -Боб . КЕСАР КЕСИШДАН КЕЙИН ЙИРИНГЛИ ЯЛЛИҒЛАНИШ АСОРАТЛАРИНИНГ ОЛДИНИ ОЛИШ

Замонавий акушерликда кесар кесиш перинатал ва оналар ўлимини камайтиришнинг катта захирасидир ва шунинг учун унинг салмоғи йилдан-йилга ошиб, 15-20,5% га этади (Айламазьян Э.К., ва бошқ., 2020; Радзинский В.Е. ва бошқ., 2021). Бунга такомиллаштирилган жарроҳлик техникаси: анестезиология, акушерлик ва гинекология амалиётига янги технологияларни жорий этиш ҳамда асоратларни олдини олишнинг янги такомиллаштирилган усуллари ёрдам бермоқда.

Шу билан бирга, ушбу жарроҳлик амалиёти ҳанузгача онанинг соғлиғи учун ҳақиқий хавф туғдиради, бу биринчи навбатда жарроҳлик амалиётидан кейинги даврда йирингли-яллиғланиш асоратларининг кўпайиши билан боғлиқ бўлиб, уларнинг салмоғи 15 дан 73% гача (Баев О. Р. ва бошқ., 2018; Duff P. ва бошқалар.).

КК дан кейин септик касалликлар сонининг кўпайиши микрофлоранинг таркиби ва вирулентлигининг ўзгариши, антибиотикларга чидамли шаклларнинг мавжудлиги, касалхона ичидаги инфекцияларнинг фаоллашиши ва тананинг иммунологик реактивлигининг ўзгариши каби омиллар мажмуаси билан белгиланади. Ушбу омиллар жарроҳлик амалиётидан кейинги даврни бошқариш учун тактикани танлашга янги ёндашувларни талаб қилади.

Кўпгина тадқиқотчилар, септик касалликларни камайтириш учун захира иммунобиокимёвий реактивликни тузатиш йўллари топишда ётади, деб ҳисоблашади (Смекуна Ф.А. ва бошқ., 2016; Сытник В.И., 2017). Иммунитет параметрлари, қон йўқотиши ва оқсил етишмовчилиги, жарроҳлик жароҳати, оғриқсизлантириш, мажбурий жисмоний ҳаракатсизлик, ҳиссий стресс ва фойдаланишга салбий таъсир кўрсатадиган кўплаб механизмлар мавжуд бўлганда, бу ҳақиқатни КК жарроҳлик билан боғлиқ ҳолда ҳисобга олиш айниқса муҳимдир. фармакологик препаратлардан. Кўпинча бу механизмларнинг барчаси ҳомиладорлик ва туғишнинг патологик жараёни, генитал ва экстрагенитал касалликлар билан бирлаштирилади ва ҳар қандай

патоген ва сапрофит бактериал флоранинг фаоллашиши учун қулай фон яратилади.

Ҳеч қандай шубҳа йўқки, КК дан кейинги яллиғланиш асорат бачадондан бошланади ва унинг эрта патологик белгиси унинг субинволюциясидир. Инфекцияни умумлаштириш инфекция манбасини олиб ташлаш учун жарроҳлик даволашнинг замонавий ёндашувларини белгилайди. Юқоридагилар билан боғлиқ ҳолда, бачадон субинволюциясининг олдини олиш ва даволаш усулларини излаш ва КК дан кейин эндометритни эрта ташхислаш амалий акушерликнинг долзарб вазифасидир.

Материаллар ва тадқиқот усуллари. Клиник материал Тошкент тиббиёт академияси акушерлик ва гинекология кафедраси (Учтепа тумани 9-сонли туғруқ мажмуаси) клиникаларида 481 та КК жарроҳлик амалиётининг ретроспектив таҳлили ва кесар кесиш билан туғилган 160 нафар аёлнинг текшируви натижалари билан келтирилган. Тошкент шаҳри).

Барча кузатилган аёллар 3 гуруҳга бўлинган. I-асосий гуруҳга Т-активин билан антибиотиклар ва иммуномодуляция комбинацияси ва паст частотали магнитотерапия таъсирини олган 30 та туғруқдан кейинги аёллар киради. I-гуруҳга Т-активин билан иммуномодуляция фонида жарроҳлик амалиётидан кейинги даврда антибактериал терапия олган 70 нафар туғруқдан кейинги аёллар киритилган. Назорат гуруҳи КК дан кейин анъанавий терапияда бўлган 60 та туғруқдан кейинги аёллардан иборат эди.

Анъанавий терапия гуруҳи (назорат) жарроҳлик амалиётидан кейинги биринчи кундан бошлаб антибиотикларни олди. Иккинчисини танлаш жарроҳлик амалиётидан олдин цервикал каналдан ажратилган микрофлоранинг сезгирлигини ҳисобга олган ҳолда амалга оширилди. Бактериал маданият натижалари бўлмаса, камида иккита кенг спектрли антибиотиклар буюрилган. ЙСК пайдо бўлганда, жарроҳлик амалиётидан кейин янги олинган маданият натижаларини ҳисобга олган ҳолда бир қатор ҳолларда антибиотиклар ўзгартирилди. II гуруҳда КК дан кейинги 2 кундан

бошлаб маҳаллий иммунитетни рағбатлантириш ва бачадон субинволютсиясини олдини олиш учун магнит терапия ўтказилди.

Профилактик даволаш самарадорлиги жарроҳлик натижалари асосида баҳоланди. жарроҳлик амалиётидан кейинги даврнинг асоратлари (бачадон субинволютсия салмоғи, бачадон инволютсияси), касалхонада қолиш муддатига кўра.

Бундан ташқари, туғруқ каналининг микрофлорасининг ҳолати кесар кесиш олдидан ва жарроҳлик амалиётидан кейинги даврда 2-3, 5-6, 8-10 кунларда ўрганилди. Бактериологик текшириш учун материал қуруқ пахта билан ташқи фаренксни олдиндан даволашдан кейин стерил тампон билан бачадон бўйни каналидан олинган. Бактериологик текшириш учун бачадон бўшлиғининг таркиби лохия аспирацияси учун қурилма ёрдамида олинган, бу материалнинг бачадон бўйни канали ва вагина микрофлораси билан ифлосланишини истисно қилишга имкон берди. Микроорганизмларнинг патоген ва шартли патоген турларини селектив ва дифференциал диагностик озуқа воситаларидан фойдаланган ҳолда аниқлаш учун бактериологик тадқиқотлар ўтказилди: стафилококкларни ажратиб олиш учун сут-тузли агар, патоген энтеробактериялардан фарқлаш имконини берувчи Эндо муҳити, хамиртурушга ўхшаш замбуруғларни аниқлаш учун Сабоурауд муҳити. ва экзотоксинлар - гемолизинлар ҳосил қилувчи бактерияларни ҳисоблаш учун қонли агар. СФУ/мл ва ундан кўп микроорганизмлар .

Агарда лохия аниқланса штамлари, улар оммавий равишда зарарланган деб ҳисобланган. Идентификация умумий қабул қилинган усуллар ёрдамида амалга оширилди. Изоляция қилинган маданиятларнинг антибиотикларга сезгирлиги стандарт диск усули билан саккизта энг кўп ишлатиладиган антибиотикларга аниқланди: пенициллин, оксациллин, ампициллин, гентамицин, канамицин, тетрациклин, эритромицин, хлорамфеникол. Бактериологик тадқиқотлар Республика патологик анатомия марказининг бактериологик лабораториясида (директори профессор Р.И.Исраилов) олиб борилди. Ультратовуш ва метрик усул ёрдамида бачадоннинг инволутив даври

баҳоланди. Бачадон инволюциясининг ўзига хос хусусиятлари туғруқдан кейинги давр динамикасида Toshiba-35 А аппарати ёрдамида узунламасга ва кўндаланг сканерлашда ўрганилди. Тўғридан-тўғри ва латерал кўришга эга оптик тизимдан фойдаланган ҳолда, 5 марта катгалаштирилган Карл-Сторз гистероскопи ёрдамида гистероскопик текширув ўтказилди ва суюклик сифатида стерил туз эритмаси ишлатилган. Бачадон деворининг ички юзаси хусусиятларини тавсифлашга имкон берувчи гистероскопиядан фойдаланиб, биз унинг ўзгаришларидаги ўзгаришларнинг расмини аниқлаштиришга ҳаракат қилдик.

Тадқиқот натижалари ва муҳокама. Ретроспектив таҳлил натижалари 481 нафар аёлнинг 186 тасида (38,6%) жарроҳлик амалиётидан кейинги асоратлар пайдо бўлганлигини кўрсатди. Яллиғланиш асоратлар 42% сурункали инфекция ўчоқлари (колпит, тонзиллит, бронхит, пиелонефрит) натижасида юзага келган ва кўпинча соматик патологияси бўлган ҳомиладор аёллар гуруҳида (80% гача) устунлик қилган.

Жарроҳлик аралашувининг шошиличлигига қараб асоратлар салмоғининг ортишига боғлиқлиги аниқланди. Шундай қилиб, шошилич жарроҳлик амалиётига учраганларда асоратлар $56,3 \pm 5,6\%$ ни ташкил этди, режалаштирилган туғруқдан кейин эса бу кўрсаткичлар $11,2 \pm 4,6$ ни ташкил этди. Ҳомиладор аёлларнинг асосий қисми (293 нафари (60,9%)) шошилич жарроҳлик, 188 нафари (39,1 фоизи)га режали жарроҳлик амалиёти ўтказилди. Оғир асоратлар гуруҳига шошилич аралашувдан сўнг, асосан, йўлдошни бириктириш ва ажратиш патологияси бўйича жарроҳлик амалиёти қилинган беморлар киради. Ушбу кузатишларда акушерлик қон кетиши ва кўп аъзолар етишмовчилиги билан гестоз жарроҳлик амалиётидан кейинги асоратларнинг пайдо бўлиши учун ноқулай фон бўлган.

Қаршилиқ тизимларининг бузилишининг қўзғатувчи механизми, афтидан, ХГХ эди, бунинг натижасида акушерлик қон кетиши фавқулодда КК дан кейин қон кетишига олиб келди. Ягона дезадаптация синдроми ҳомиладор аёлларнинг ушбу тоифасида мавжуд бўлган кўп тизимли касаллик ҳақидаги

фикрни тасдиқлайди. ХГХ шаклида намоён бўлган компенсаунинг этишмаслиги унинг гипертензия, пиелонефрит, анемия, диабетес меллитус ва бошқа соматик ва эндокрин патологиялар томонидан яратилган патологик фонда қатламланишини кўрсатади.

Компенсациянинг этишмаслиги жаррохлик амалиётидан кейинги даврда ҳам давом этади, туғруқдан кейинги аёл танасининг қаршилигининг пасайиши фонида бактериал флора фаоллашганда, операцион омиллар таъсирида кучаяди. Қайта жаррохлик амалиётидан кейинги жаррохлик стресси аёл танасининг туғилишга мослашиш жараёнини кучайтиради ва жаррохлик амалиётидан кейинги асоратларнинг салмоғи юқори бўлади .

Ҳаммаси бўлиб такрорий КК 35,0% ни ташкил этди, уларнинг 98 тасида (58,3%) асоратлар аниқланди, бу бирламчи КК дан кейинги шунга ўхшаш ҳолатлардан 2 баравар юқори.

КК дан кейин ривожланган вақтинчалик иммунитет танқислиги ҳолати қизил қон, электролитлар ва оксил метаболизмини тиклаш жараёнига таъсир қилади. Электролитлар, оксиллар ва қизил қоннинг пасайган ва бузилган кўрсаткичлари такрорий КК дан кейин аниқроқ бўлди ва КК пайтида ва ундан кейин инфузион ва трансфузион терапиянинг етарлилигига қарамай, улар жаррохлик амалиётидан кейинги даврнинг 6-7 кунигача сақланиб қолди. Жаррохлик амалиёти натижаларини ретроспектив таҳлил қилиш шуни кўрсатдики, КК, айниқса такрорий фавқулдда вазиятлар, қон кетиш билан бирга, КК томонидан яратилган ноқулай фон иммунитет танқислиги ҳолатининг ривожланишини аниқлайди, бу эса асоратларнинг ривожланиши учун олд шартларни яратади. жаррохлик амалиётидан кейинги давр. Қон йўқотилишининг ўрнини босувчи, оқилона антибиотик терапияси билан интенсив анъанавий даволашга қарамай, В гепатитининг улуши юқорилигича қолмоқда, бу эса эрта тиклаш усуллари ишлаб чиқиш ва такомиллаштиришни талаб қилади.

КК дан кейин ЖССТнинг олдини олиш ва даволаш бўйича комплекс чоратадбирларни ишлаб чиқиш учун инволю2йияни ўрганиш мақсадга мувофиқ

эди. бачадон жараёни ва жаррохлик амалиётидан кейинги давр динамикасида туғилиш каналининг бактериял ифлосланиши. Ҳеч шубҳа йўқки, бачадон инволюцияси жараёнларини баҳолаш унинг патологик кечишини ўз вақтида ташхислаш ва яллиғланиш асоратларининг дастлабки белгиларини аниқлаш имконини беради.

Аанъанавий ва ноанъанавий чора-тадбирлар комплекси билан иккита асосий гуруҳда ўтказилди. Натижалар вагинал ва КК гуруҳлари ўртасида бачадон танаси узунлиги (БТУ) кўрсаткичларида сезиларли фарқ борлигини кўрсатди ($<0,05$).

Турли гуруҳлардаги қиёсий ултратовуш маълумотларини таҳлил қилиш жаррохлик амалиётидан кейинги даврнинг "танқидий" кунларини аниқлади, бу 3-4 кунга тўғри келади. Ушбу даврда бачадон инволюцияси жараёнларининг секинлашиши, эҳтимол, жаррохлик жароҳати соҳасидаги тўқималарнинг шишиши билан боғлиқ. Бачадон инволюциясида айниқса сезиларли кечикиш кўп туғилган аёлларда ва анъанавий тарзда ҳомиладорликни олиб борадиган туғруқдан кейинги аёлларда кузатилди. Бачадоннинг экоструктурасининг микдорий кўрсаткичларидан ташқари, жаррохлик амалиётидан кейинги даврда органнинг ҳолатини сифатли баҳолаш ҳам амалга оширилди. Кесар кесишдан кейинги иккинчи куни бачадон бўйлама сканерлашда бачадон бўйни томон чўзилган, аммо марказда жойлашган овал шаклга эга бўлди. Учинчи куни бачадон бўшлиғида қўпол диффуз акс садо тузилмалари (пихтилари тўпланиши) кашф этилиши билан пастга (пастки сегмент худудига) кўпроқ кенгайтирилди. Бу кўпинча бачадон танасининг ҳолатини ўзгартириш билан бирга бўлди, масалан, ўткир олдинга силжиш ва эгилиш, бу, эҳтимол, тикув соҳасидаги шишиш туфайли лочиа чиқишининг бузилишига олиб келди.

Бачадон ҳолатининг ўзгариши унинг инволюциясининг кечикиши билан туғилиш каналининг бактериял ифлосланиши натижасида кўрсатилгандек, ўз-ўзини тозалаш жараёнларининг секинлашишига ёрдам берди. Биз бачадон бўйни каналининг контаминациясини ва бачадон бўшлиғининг таркибини

ўрганиб чиқдик, улар аспириатсия пайтида ёки инструментал олиб ташлаш пайтида олинади.

Бактериал текширув учун материал жаррохлик амалиётидан олдин (бачадон бўйни каналдан) ва ундан кейин жаррохлик амалиётидан кейинги даврнинг 2-3, 5-6, 8-10 кунларида тўпланган. Таҳлил кичик гуруҳларда ўтказилди: асоратланмаган курс билан, сурункали инфекциянинг кучайиши туфайли 3 кун давомида паст даражадаги иситма билан ва йирингли-яллиғланишли асоратларнинг клиник кўриниши билан.

Кичик гуруҳлар бир-биридан ёши, туғилиш паритети ва жаррохлик кўрсаткичлари бўйича сезиларли даражада фарқ қилмади. Маълумотларнинг таҳлили шуни таъкидлашга имкон бердики, асоратланмаган курсга эга бўлган кичик гуруҳда бактерияларнинг эмлаш қобилияти КК дан кейин вақт ўтиши билан динамик равишда камайди. Паст даражадаги иситма бўлган кичик гуруҳда сурункали инфекциянинг кучайиши туфайли микрофлора изолятсияси динамикаси аввалги кичик гуруҳдаги каби сақланиб қолди, фақат бактериал изоляция салмоғининг бир оз ортиши кузатилди.

Учинчи кичик гуруҳда бактериал эмлашнинг динамик пасайиши 5-6 кунгача содир бўлди, кейин унинг салмоғи деярли дастлабки кўрсаткичларга кўтарилди.

Микрофлоранинг сифат таркибини таҳлил қилиш шуни кўрсатдики, S ИИ кичик гуруҳда Э. coli 60%, сўнгра эпидермал стафилококклар (11,1%) билан бир хил даражада тез-тез Candida жинсининг хамиртурушсимон кўзикаринлари (11,1%) аниқланган. Жаррохлик амалиётидан кейинги даврнинг аниқланган асоратлари бўлган кичик гуруҳда ичак таёқчаси идентификатсияси 40% гача камайди ва эпидермал стафилококк билан касалланиш кескин ошди (50% гача), Candida замбуруғларининг салмоғи ўзгаришсиз қолди. Тадқиқотлар микрофлоранинг антибиотикларга кўп қаршилиқ шаклланишини тасдиқлади. Фақат 10% ҳолларда изолясия қилинган микрофлора 8 та антибиотикга сезгир бўлган. Бизнинг маълумотларимиз шуни кўрсатдики, антибиотикларни профилактика қилиш туғилиш каналининг

ифлосланишни камайтирмайди ва ўз-ўзини тозалаш жараёнини тезлаштирмайди. Ҳомиладорликнинг клиник кечишини ва КК жаррохлигини туғилиш каналининг ифлосланиши билан таққослаш натижалари микрофлорани аниқлаш салмоғининг акушерлик асоратларига ва аралашувнинг долзарблигига боғлиқлигини кўрсатди, бунда шубҳасиз, иммунитет кўпроқ зарар кўрган.

КК дан кейин бачадоннинг инволютив жараёнларининг кечикиши ва туғилиш каналида микрофлоранинг узок муддатли сақланиши жаррохлик амалиётидан кейинги даврда йирингли-яллиғланиш асоратларининг ривожланиши учун қулай шарт-шароитларни яратди. ЙСК ривожланишига ҳисса қўшувчи омил операция омиллар туфайли иммунитетнинг пасайиши ва туғилишдан олдин акушерлик патологиясининг ривожланиши эди. Бу шошилич жаррохликдан сўнг ошқозон-ичак тракти инфекциялари салмоғининг ошишини ҳам тушунтириши мумкин.

Бизнинг маълумотларга кўра, микроорганизмларнинг энг катта қаршилиги пенициллинга (94,1%), энг пасти гентамицинга (48,0%), эритромицинга (49,5%) ва канамицинга (59%) аниқланган. Бироқ, кўриниб турганидек, ҳатто қулай шароитларда ҳам, кузатувларнинг ярмида бактерияларнинг антибиотикларга чидамлилиги қайд этилган.

Шу муносабат билан шуни таъкидлаш мумкинки, фақат антибиотикларнинг профилактикаси ва терапияси бактерияларнинг уларга кўп қаршилиқ кўрсатиши туфайли керакли натижаларга олиб келмайди, бу эса жаррохлик амалиётидан кейинги асоратларни олдини олиш бўйича комплекс чоратадбирларни излаш зарурлигини аниқлади. КК дан кейин иммунобиологик кўрсаткичларнинг пасайиши, бачадоннинг инволютсия жараёнининг кечикиши ва туғилиш каналининг бактериал микрофлорадан ўзини ўзи тозалаши ҳақида олинган маълумотлар.

Олинган маълумотлар ва тадқиқот натижалари бўйича мавжуд хулосалар иммуномодулятор (Т-активин), шунингдек ноанъанавий профилактика

терапиясини (акупунктур ва паст частотали магнит терапия) ўз ичига олган чора-тадбирлар мажмуасини тавсия қилиш имконини берди. .

Профилактик даволаш курси бачадоннинг инволутив жараёнини рағбатлантиришга ва натижада туғилиш каналини ўз-ўзини тозалашни тезлаштиришга қаратилган. Бачадон субинволутсиясининг ҳар томонлама олдини олиш учун акупунктур усули қўлланилади. Сўнгги йилларда турли ихтисосликдаги шифокорлар томонидан даволашнинг энг қадимий усулларида бири - акупунктурга катта қизиқиш билдирилмоқда. Ушбу усул терапия соҳасидаги энг физиологик усуллардан бири бўлиб, унинг таъсири тананинг ўз ресурсларини сафарбар қилиш ва иммунитетни танлаб рағбатлантириш билан биологик фаол моддаларни чиқариш орқали беморни даволаш жараёнига фаол жалб қилиш билан боғлиқ. тизими. Акупунктура жуда тежамкор, дори-дармон харажатларини камайтиради, даволаш вақтини қисқартиради ва амалга ошириш осон. Бу усул осонлик билан фойдаланиш мумкин, турли хил соғламаларда қўлланилиши мумкин ва, энг муҳими, салбий ножўя реакцияларни келтириб чиқармайди. Бу фазилатларнинг барчаси акупунктурни клиник акушерлик амалиётида қулай ва қўлланилади.

Акупунктур учун кумуш игналар ишлатилган. Тормозлаш усулининг иккинчи версияси ишлатилган. Акупунктура сеанси 20 дан 40 минутгача давом этди. Нуқталарни танлашда классик хитой акупунктурасининг тавсиялари ва органларнинг сегментар иннервацияси принципи ҳисобга олинган.

ИРТ жаррохлик амалиётидан кейинги даврнинг 2-кунидан бошлаб 7-8 кун давомида қўлланилди. КК дан кейин бачадон субинволюцияси пайтида куйидаги тана акупунктура нуқталари таъсирланган: jong-ji (VC3), san-yin-jiao (RP6), guan-yuan (VC4), yin-gu (R10), ji-gou (TR6), Feng Fu (VG16), Zu San Li (E36), Tian Shu (E25), Yao Yang Guan (VG3), Yang Ling Quan (VB34) ва аурикуляр нуқталарда: AP58, AP23, AR56, AR22.

Корпоратив АТ учун КК дан кейин эндометрит учун: da-chan-shu (V25), xiao-chan-shu (V27), pan-guan-shu (V28), guan-yuan (VC4), shou-san-li (G110) , Tzu-

San-Li (E36), Shui-Chi (G111), He-Gu (G14), San-Yin-Jiao (RP6) ва аурикуляр нукталарда: AP58, AP23, AP56, AP22.

Эффект туғруқдан кейинги аёлларда терапия бошланганидан бошлаб турли вақт оралиғида баҳоланди, улар қориннинг пастки қисмида ва пастки орқа қисмида ўртача ёки енгил оғриғи кўринишидаги субъектив хислар билан бирга келган бачадон қисқариши ва генитал трактдан лохиянинг кўпайиши билан бирга келди.

МАГ-30-3 қурилмаси билан паст частотали магнит терапия усулидан ҳам фойдаландик. Биз ушбу усулдан фойдаланишни унинг оғриқ қолдирувчи ва яллиғланишга қарши таъсири, микроциркуляция ва маҳаллий қон айланишини яхшилаш, шикастланган шишишни бартараф этиш ва репаратив регенерацияни тезлаштириш қобилияти билан тушунтиришга мойилмиз. Паст интенсивликдаги шикастланишнинг марказий асаб тизимининг жараёнларига таъсири маълум, бу умумий ҳолатнинг яхшиланишига ва асабийлашишнинг пасайишига олиб келади, бу туғруқдан кейинги аёллар учун КК дан кейин қулай нейропсихологик иқлим яратиш учун жуда муҳимдир. Бундан ташқари, қоннинг антикоагуляцион тизимини фаоллаштиради, гипокоагулятив таъсир кўрсатади, ЭСРни секинлаштиради, лейкоцитларнинг фаготистик фаоллигини оширади, лимфоид тўқималарнинг функциясини рағбатлантиради, тананинг носпецифик қаршилигини оширади ва гипотензив ва антиаллергик таъсирга эга.

Таъсир қилиш қуруқ ва намланган бандажлар орқали, жаррохлик амалиётидан кейинги даврнинг 2-қунидан бошлаб қунига 1-2 марта 10-15 дақиқа давомида амалга оширилди. Профилактик ва терапевтик курс 7-8 кун давом этди.

Туғруқдан кейинги асоратларнинг ривожланишида асосий ролни инфекция омили эмас, балки онанинг организмнинг инфекцияга қарши туриш қобилияти, унинг ҳимоя қилиш қобилияти ўйнайди. Маълумки, организмнинг инфекцияга қарши ўзига хос ҳимояси гуморал ва ҳужайрали иммунитет омиллари билан амалга оширилади. Ҳомиладорлик даврида, ҳатто асоратланмаган бўлса ҳам, физиологик иммун депрессиядан кейин

вақтинчалик қисман иммунитет танқислиги деб аталадиган нарса мавжуд. Туғилиш иммунитет танқислиги ҳолатини келтириб чиқаради, унинг компенсацияси фақат вагинал туғиш пайтида туғруқдан кейинги даврнинг 5-6-кунда ва кесар кесишдан сўнг 10-кунда содир бўлади. Шу муносабат билан, иммунитет тизимидаги мавжуд ўзгаришларни ҳисобга олган ҳолда, беморларда иммун қаршилиқни тиклашга ёрдам берадиган иммунокоррекция усулларини ишлаб чиқиш зарурати мавжуд. Профилактик чора-тадбирлар мажмуасига Т-активин препарати билан иммуномодулятор терапия ҳам киритилган. Препарат 5 кун давомида кунига 1 марта 1,0 (100 мкг) мушак орасига буюрилган.

Асосий гуруҳларда анъанавий терапия ва ноанъанавий усуллардан фойдаланган ҳолда интенсив профилактика даволаш ўтказилди. Назорат гуруҳи анъанавий бошқарув остида бўлган 60 нафар туғруқдан кейинги аёллардан иборат эди. Олинган натижаларни таққослаб, назорат гуруҳида бачадон инволюциясининг кечикиши 53,3% ни, биринчи асосий гуруҳда - 16,6% ва иккинчисида - 37% ни ташкил этганлиги қайд этилди.

I- асосий гуруҳда бачадон субинволюцияси фонида эндометрит белгилари бўлмаган бактерияларнинг ўсиши 53,9%, II- асосий гуруҳда - 41,5% аниқланган. Назорат гуруҳида бачадон субинволюцияси ҳолатлари орасида эндометрит 65,6% ва II- гуруҳда 46,15% да ривожланган. Тақдим этилган маълумотлар бачадон субинволюцияси мавжуд бўлганда ҳам, асоратларни олдини олиш бўйича комплекс чора-тадбирлар билан эндометритнинг ривожланиш эҳтимоли 1,5 баравар камайганлигини таъкидлаш имконини беради.

Йирингли-яллиғланишли асоратлар табиий туғруқдан кейин 10% да, анъанавий даволаш гуруҳида КК дан кейин 36,6% да топилган. Биринчи асосий гуруҳда 20,0%, иккинчисида 24,3%. Шундай қилиб, биз асоратларни олдини олишнинг комплекс усулининг юқори самарадорлигини пайқадик, бунда бачадон субинволюцияси 1,68 марта камроқ содир бўлган ва ИЯК анъанавий даволашга қараганда 1,59 марта камроқ содир бўлган. Фаол

инволюция жараёни туғилиш каналени бактериал микрофлорадан тозалашни кучайтиришга ёрдам берди. Шундай қилиб, назорат гуруҳида 2-3 кунларда микрофлоранинг экиш даражаси 88,59% ни ташкил этди, II-гуруҳида 10% ва I-гуруҳида 15% паст. 10-кунга келиб, экиш салмоғи назоратда 68,08% ни ташкил этди ва асосий гуруҳларда фақат учдан бирида кузатилди. Туғилиш каналенинг бактериал контаминациясининг давомийлигининг аниқланган шакли органлар инволюциясининг кечикишига ва қўлланиладиган профилактика чоралари усулига боғлиқ.

Шунингдек, биз эндометрит ташхиси қўйилган туғруқдан кейинги аёлларни даволаш тактикасини ишлаб чиқдик. Дастлабки босқичларда, доимий субинволюция шароитида, бачадон бўшлиғининг таркибини аспирация қилиш амалга оширилди. Материал бактериологик назоратдан ўтказилди. Органнинг ҳажмини, унинг бўшлиғини, таркибининг табиатини, эндо- ва миметрийнинг қалинлигини ва унинг экзогенлигини аниқлаш учун ултратовуш текшируви ўтказилди. Лохийаларни тўпланиши ва эндометрийнинг қалинлашиши билан экзокатина олингандан сўнг, бачадон бўшлиғи кириб ташланди. Эндометритни комплекс даволашда бачадон бўшлиғини инструментал тозалаш уларнинг муваффақиятли тикланишига ёрдам берди.

Шунингдек, гистероскопик текширув ўтказилди. Бачадон бўшлиғига ёки мовий рангга эга бўлган жойлардаги қора, ипсимон яралар аниқланган ҳолатларда некротик тўқималар олиб ташланди, сўнгра бачадон бўшлиғига диализ қўйилди.

Микроорганизмлар уюшмаси 72,4% ҳолатда эндометрит билан патоген флоранинг кўпайиши кузатилди ва монокултура 27,6% да аниқланди. 15 дан ортиқ турдаги бактериялар аниқланган: E-coli, энтерококклар, тилларанг ставилакокклар аниқланди.

Бачадон бўшлиғининг ифлосланиши 10^3 СФУ/мл дан ортиқ эди. Изоляция қилинган микрофлорага сезгирликни ҳисобга олган ҳолда антибактериал терапия танланган. Гипертермия пайдо бўлганда ёки юқори яллиғланиш хавф гуруҳига кирувчи туғруқдан кейинги аёлларда антибиотикларни буюриш

индивидуал равишда амалга оширилди. Антибиотик терапияси қисқа курсларда, 2-3 кун давомида ўтказилди.

Цефалоспоринлар гуруҳи, полимексин, гентамицин, метронидазол ва нитрафуран препаратлари кўпинча ишлатилган. Т-активинни қабул қилиш (5 кун давомида), паст интенсивликдаги травма ва акупунктур усулига таъсир қилиш давом этди.

Эндометритда даволаш курси ва давомийлиги асосий гуруҳда $8,9 \pm 1,0$ кунни назорат гуруҳида $12,0 \pm 1,2$ кунни ташкил этди. Инволюция жараёнига анъанавий ва ноанъанавий таъсирлар комплекси. Бачадон, туғруқдан кейинги аёлларни асоратларнинг дастлабки шакллари билан интенсив даволашнинг босқичма-босқич тактикаси самарали натижаларга эришиш ва аёлларнинг ногиронлигидан қочиш имконини беради.

Ретроспектив таҳлил натижаларига кўра, жаррохлик амалиётидан кейинги йирингли-яллиғланиш касалликларининг юқори салмоғи (38,6%) уларнинг олдини олиш ва даволаш бўйича комплекс чора-тадбирларни излаш зарурлигини аниқлади, уларнинг амалга оширилиши асоратларни камайтириш ва аёлларнинг репродуктив саломатлигини сақлашга ёрдам беради.

Касалликлар таркибига куйидагилар киради: жаррохлик амалиётидан кейинги чокларнинг инфилтрацияси (22,0%), эндометрит (17,7%), перитонит (2,7%) ва сепсис (3,9%). Йирингли-яллиғланиш касалликларининг энг юқори салмоғи такрорий КК жаррохлик амалиётини ўтказган аёлларда (58,3%), ва шошилишч ўтказилган аёлларда (56,3%) да кузатилади. ($p < 0,05$).

Жаррохлик амалиётидан кейинги даврнинг хусусиятларига бачадон субинволюциясининг ривожланиши ($50,5 \pm 4,1\%$) киради, такрорий КК дан кейин 1,5 марта тез-тез кузатилади.

Жаррохлик амалиётидан кейинги эрта даврда узунасига ва кўндаланг сканерлашдан фойдаланган ҳолда ултратовуш текшируви инволюция даврининг "калтис" даврларини (3-4 кун) аниқлашга, органнинг ҳолатини тизимли баҳолашга ва шу муносабат билан кейинги бошқарув тактикасини белгилаб беради.

Жаррохлик амалиётидан кейинги даврнинг асоратланмаган курсида бактериал экма салмоғи жаррохликдан кейин вақт ўтиши билан динамик равишда камаяди.

Туғруқ канали микрофлорасининг сифат таркибини таҳлил қилиш шуни кўрсатдики, *E.coli* гуруҳи устунлик қилади (60% гача), кейин эпидермал стафилококклар ва *Candida* бир хил даражада ажратилади (ҳар бири 11,1%).

Агар КК дан кейин эндометрит ривожланса, туғруқ каналининг микрофлора билан ифлосланиши 5 кунгача давом этади, кейин яна кучаяди. Патоген флоранинг ўсиши моно флорага қараганда тез-тез (72,4%) ассоциацияда кузатилади, (27,6%) да 15 дан ортиқ турдаги бактериялар аниқланади (*E. coli*, enterokokklar, *St.epidermidis*, *St.aureus* ва бошқалар) ва ифлосланиш 10 СФУ / мл ёки ундан кўпни ташкил қилади.

Антибактериал терапия туғруқ каналининг микрофлора билан ифлосланишини камайтирмайди ва уларнинг ўз-ўзини тозалаш жараёнини тезлаштирмайди. КК дан кейинги яллиғланиш асоратларни олдини олиш ва даволашнинг комплекс усули, шу жумладан акупунктура, магнит терапия ва иммунотерапия жаррохлик амалиётидан кейинги даврнинг янада қулай кечишига ёрдам беради, бачадон субинволюцияси салмоғини 1,68 га, йирингли яллиғланиш касалликларини 1,59 га камайтиради. марта, жаррохлик амалиётидан кейинги ётоқ кунини сезиларли даражада қисқартириш (2-3 кунга) ва умумий даволаш харажатлари, шунингдек, жаррохлик аралашувни талаб қиладиган оғир асоратларнинг ривожланишига йўл қўймаслик. Эрта профилактика чоралари тактикаси (жаррохлик амалиётидан кейинги 2 кундан бошлаб) бачадон субинволюцияси мавжудлигида эндометрит ривожланиш эҳтимолини 1,5 баробар камайтиради.

Сурункали инфекция ўчоқлари бўлган ҳомиладор аёллар, тўрт ёшдан ортиқ туғилишлар, ЭҲ борлиги билан оғир соматик тарих, оғир акушерлик ва гинекологик тарих (олдинги абортлар, яллиғланиш касалликлари, КК жаррохлик амалиётлари) ва бошқалар. КК дан кейин ошқозон-ичак трактининг пайдо бўлиши учун хавф гуруҳи.

ХГХ ва қон кетиш билан мураккаблашган патологик жарроҳлик туғилгандан кейин туғруқдан кейинги аёлларда жарроҳлик амалиётидан кейинги асоратларни ривожланиш эҳтимоли ортади.

Жарроҳлик амалиётидан кейинги иккинчи кундан бошлаб бачадон субинволюцияси ривожланишининг "қалтис" вақтини ҳисобга олган ҳолда ултратовуш усулидан фойдаланган ҳолда инволютив жараённи динамик назорат қилиш, шунингдек, туғилиш канали бактериологик ифлосланиш динамикасини кузатиш керак.

Бачадон субинволюцияси фонида КК дан кейинги бешинчи кундан бошлаб 10^3 СФУ/ мл дан ортиқ туғруқ каналининг ифлосланишини барқарорлаштириш эндометритнинг пайдо бўлишини кўрсатади.

2-кундан бошлаб муқобил терапия усуллари мажмуасини ўтказиш орқали жарроҳлик амалиётидан кейинги эрта даврни бошқариш тактикасини кучайтириш керак: акупунктура, магнит терапия ва 5 кун давомида анъанавий дори-дармонларга қўшимча равишда Т-активинни инъекцияларда қўллаш.

Агар бачадон субинволюцияси аниқланса, гистероскопия тавсия этилади. Бачадон бўшлиғига ёки кўк рангга эга бўлган жойларга чиқадиغان қора, ипли яраларни аниқлаш некротик тўқималарни олиб ташлаш ва бачадон бўшлиғини кейинги диализ билан фаол даволаш тактикасини аниқлаши керак.

Кесар кесишдан кейин йирингли-яллиғланишли асоратларнинг олдини олиш муҳим аҳамиятга эга, чунки инфекциялар ва яллиғланиш жараёнлари онанинг соғлиғига жиддий таҳдид солиши ва қўшимча даволанишни талаб қилиши мумкин. Йирингли-яллиғланишли асоратларнинг олдини олишнинг асоси - жарроҳлик амалиёти вақтида антисептикларга ва стерилликка қатъий риоя қилиш. Жарроҳлар ва тиббиёт ходимлари асбоблар ва жиҳозларнинг тўғри зарарсизлантирилиши ва стерил бўлишини таъминлаши керак. Бунга стерил қўлқоплар, ниқоблар ва халатлардан фойдаланиш киради.

Кўпгина ҳолларда кесар кесиш ўтказилган аёлларга жарроҳлик амалиётидан олдин антибиотиклар берилади. Бу инфекциялар хавфини камайтиришга

ёрдам беради. Жарроҳлик пайтида ва ундан кейин тиббий кўрсатмаларга қараб антибиотикларнинг қўшимча дозалари белгиланиши мумкин.

Жарроҳликдан олдин жарроҳлик соҳасидаги терининг юзасида микроблар сонини камайтириш учун антисептик эритмалар билан яхшилаб даволанади.

Профилактиканинг муҳим жиҳатларидан бири инфекциялар ва яллиғланиш билан боғлиқ бўлиши мумкин бўлган тромбоз ва эмболиянинг олдини олишдир. Аёллар тромбоэмболия хавфини камайтириш учун антикоагулянтларни қабул қилишлари ва компрессорли пайпоқ кийишлари мумкин .

Жарроҳликдан кейин жароҳатни диққат билан кузатиб бориш муҳимдир. Соғлиқни сақлаш ходимлари ярани тоза ва қуруқ ҳолда сақлашлари ва уни инфекция белгилари учун мунтазам равишда текширишлари керак. Чокларни механик шикастланиши ва ифлосланишига йўл қўймаслик муҳимдир.

Жарроҳлик амалиётидан кейинги дастлабки кунларда тана ҳарорати ва лейкоцитлар даражасини кузатиб бориш. Ҳароратнинг ошиши ва лейкоцитлар сони инфекциянинг белгиси бўлиши мумкин.

ИЯК ривожланиш хавфи юқори бўлган беморларда қўшимча профилактика чоралари кўрилиши мумкин. Кесар кесиш ўтказган аёлларга жароҳатни қандай кузатиш, инфекция белгилари ва қачон шифокорга мурожаат қилиш кераклиги ҳақида маълумот бериледи.

Жарроҳлик амалиётидан кейин онанинг хавфсизлиги ва фаровонлигини таъминлашда кесар кесиш сўнг йирингли-яллиғланишли асоратларнинг олдини олиш муҳим рол ўйнайди. Тиббий стандартларга қатъий риоя қилиш ва антисептик чораларни қўллаш инфекциялар ва яллиғланиш асоратлари хавфини камайтиришга ёрдам беради. Бундан ташқари хавф омилларига эътибор бериш ва инфекция белгиларига ўз вақтида жавоб бериш муҳимдир.

Кесар кесидан кейинги беморлар имкон қадар тезроқ туришга ва юришга ҳаракат қилишлари керак. Бу қон айланишини яхшилашга ёрдам беради ва инфекцияни рағбатлантириши мумкин бўлган қон турғунлигини олдини олади.

Кесар кесишдан кейин генитоурия тизими инфекция хавфи остида бўлиши мумкин. Беморларга етарли миқдорда суюқлик ичиш ва сийдик гигиенасига риоя қилиш тавсия этилиши мумкин.

Соғлом турмуш тарзи ва тўғри овқатланиш иммунитет тизимини мустаҳкамлайди ва тезроқ тикланишига ёрдам беради, бу ҳам инфекцияларнинг олдини олишга ёрдам беради.

Агар беморда инфекция белгилари (иситма, қизариш, шишиш, жарроҳлик жойида сезувчанлик) бўлса, баҳолаш ва даволаш учун дарҳол шифокор билан боғланиш муҳимдир.

Кесар кесишдан кейин йирингли-яллиғланишли асоратларнинг олдини олиш бемор ва тиббиёт ходимларининг биргаликдаги саъй-ҳаракатларини талаб қилади. Тиббий тавсияларга диққат билан риоя қилиш, керак бўлганда тиббий ёрдамга ўз вақтида мурожаат қилиш инфекция хавфини камайтиришга ёрдам беради ва жарроҳлик амалиётидан кейин муваффақиятли тикланишни таъминлайди.

ХУЛОСА

Кесар кесиш бўйича ушбу монографияда биз тиббий кўрсатмалар мавжуд бўлган ёки бемор ушбу усулдан фойдаланишни танлаган ҳолатларда туғиш учун ишлатиладиган ушбу муҳим жарроҳлик амалиётининг турли жиҳатларини кўриб чиқдик. Кесар кесиш турли хил тиббий ҳолатларда ҳаётни сақлаб қолиш ва она ва чақалоқнинг фаровонлигини таъминлаш учун муҳим воситадир.

Кесар кесиш учун тиббий кўрсатмалар, жумладан, онанинг ҳаётига таҳдид, ҳомиладорликнинг асоратлари ва жарроҳлик зарурлигига олиб келиши мумкин бўлган бошқа омиллар батафсил тасвирланган. Биз кесар кесиш жарроҳлик амалиётининг батафсил тавсифини тақдим этдик, жумладан кириш техникаси, оғриқсизлантириш, кесмалар турлари ва она ва янги туғилган чақалоқни жарроҳликдан кейинги парваришlash. Онанинг жарроҳлик ёрдамида туғруқдан кейинги тикланишининг асосий жиҳатлари, жумладан кесма парвариши, жисмоний фаоллик ва рўхий ёрдам кўриб чиқилади. Шунингдек она ва янги туғилган чақалоқ учун кесар кесишнинг қисқа муддатли ва узок муддатли оқибатлари тасвирланган. Туғиш ва кесар кесиш усулини танлаш билан боғлиқ муҳим ахлоқий ва ҳуқуқий масалалар кўриб чиқилади. Кесар кесиш ва бошқа туғиш усуллари, масалан, оддий туғруқ ва бошқа иккиламчи усуллар ўртасидаги таққослаш таҳлили амалга оширилди.

Хулоса қилиб шуни таъкидлаш мумкинки, кесар кесиш акушерлик амалиётининг муҳим ва ажралмас қисми бўлиб, уни қўллаш тиббий зарурат туғилганда ҳаётни сақлаб қолиш ва онанинг ҳам, боланинг ҳам хавфсизлигини таъминлаши мумкин. Кесар кесишни амалга ошириш тўғрисидаги қарор ҳар доим тиббий кўрсатмалар ва шифокор билан маслаҳатлашув асосида қабул қилиниши керак. Ушбу монография шифокорлар, беморлар ва ушбу муҳим тиббий муоалажага қизиққан ҳар бир киши учун маълумот ва манба бўлиб хизмат қилиши мумкин.

Адабиётлар рўйхати

1. Абрамченко С.И. Кесарево сечение. Учебник. М., 2013. - 167 с.
2. Айламазян Э.К. Акушерство. Гинекология. Учебник. М.: Издательство СпецЛит, 2011. - 157 с.
3. Бодяжина В.И. Акушерство. Научная литература. М.: Медицина, 2012.- 149с.
4. Грицук В.И., Винокуров В.Л., Карелин М.И. Справочник практического гинеколога: 2-е издание, исправленное и дополненное - М.: Медицина, 2009. - 350 с.
5. Дуда И.В., Дуда В.И. Клиническое акушерство. Учебник. М.: Высшая школа, 2011. - 204 с.
6. Лаптев А.П., Полиевский С.А. Гигиена: Учебник для ин-тов и техн. физ. культуры. - М.: Физкультура и спорт, 2009. - 168 с.
7. Малиновский М.С. Оперативное акушерство. Практическое акушерство. М.: ФиС, 2010. - 190 с.
8. Мишов В.К. Кесарево сечение. Учебник. М.: Медицина, 2010. - 120 с.
9. Мишель Одэн. Кесарево сечение. Безопасный выход или угроза будущему. Научно-исследовательская литература. М.: , 2013.- 187 с.
10. Попов С.Н. Физическая реабилитация. Учебник. Ростов - на - Дону: Феникс, 2011. - 203 с.
11. Савельева Г.М. АКУШЕРСТВО. Справочник. М., 2009.- 231 с.
12. Серов В.Н., Стрижаков А.Н. Практическое акушерство. Руководство для врачей. - М.: Медицина, 2009. - 312 с.
13. Спешнев Ф.Ф. Спортивно-вспомогательная гимнастика. Учебник - М.: ФиС, 2009. - 201 с.
14. Стрижаков А.Н., Лебедев В.А. Кесарево сечение в современном акушерстве. Учебник. Медицина .: 2012. - 114с.
15. Орлова В.С., Калашникова И.В., Булгакова Е.В. и др. Кесарево сечение как медико-социальная проблема современного акушерства. Журнал акушерства и женских болезней. 2013. № 4. С. 6-14.

16. Исенова С.Ш., Датхаева З.А. и др. Пути снижения перинатальной смертности. Медицина. 2013. № 12. С. 32-35.
17. Кесарево сечение должно выполняться только при наличии медицинских показаний. Всемирная организация здравоохранения (10 апреля 2015 г.) : <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2015/caesarean-sections/ru>.
18. Torloni MR, Betran AP, Souza JP, Widmer M, Allen T, Gulmezoglu M, et al. Classifications for cesarean section: a systematic review. PLoSONE. 2011; 6(1): e14566.
19. Betran AP, Vindevoghel N, Souza JP, Gulmezoglu AM, Torloni MR. A Systematic review of the Robson Classification for caesarean section: What works, doesn't work and how to improve it. PLoSONE. 2014; 9 (6).
20. Robson M. Classification of caesarean sections. Fetal Maternal Med. Rev. 2001; 12: 23-39.
21. Souter V, Jodie K, Chien A. The Robson Classification: Monitoring and Comparing Cesarean Delivery Rates. Obstetrics & Gynecology. 2016; 127:131S.
22. Boatin AA, Cullinane F, Torloni MR, Betr AP. Audit and feedback using the Robson classification to reduce caesarean section rates: a systematic review. Department of Obstetrics and Gynecology, Massachusetts General Hospital, Harvard. BJOG. 2018; 125: 36-42.
23. Ye J, Zhang J, Mikolajczyk R, Torloni MR, Gülmezoglu AM, Betrán AP. Association between rates of caesarean section and maternal and neonatal mortality in the 21st century: a worldwide population-based ecological study with longitudinal data. BJOG. 2015 Aug 24.
24. Nakamura Pereira M, do Carmo Leal M, Esteves Pereira AP, Soares Madeira Domingues RM, Alves Torres J, Bastos Dias MA, Moreira ME. Use of Robson classification to assess caesarean section rate in Brazil: the role of source of payment for childbirth. Reproductive Health. 2016; 13(Suppl 3): 128.
25. Стандарты охраны здоровья женщин в Европе: Службы родовспоможения и охраны неонатального здоровья: Европейский Совет и Коллегия по акушерству и гинекологии; 2014.

26. Краснопольский, В.И. Кесарево сечение / Под ред. В.И. Краснопольского. - М.: ТОО «Техлит», Медицина, 1997. 285с
27. Кулаков В.И., Чернуха Е.А., Комиссарова Л.М.. Кесарево сечение. – М.: Медицина, 1998. – 192с.
28. Стрижаков, А. Н., Баев, О. Р. Хирургическая техника операции кесарева сечения - М.: Миклош, 2007. -168 с.
29. Токова З.З., Гата А.С., Фардзинова Е.Г. Региональные особенностистатистики кесарева сечения. 4-й Международный конгресс по репродуктивной медицине. Материалы. М., 2010: 27–8.
30. Краснопольский В.И., Логутова Л.С., Петрухин В.А. Место абдоминального и влагалищного оперативного родоразрешения в современном акушерстве. Реальность и перспективы. Акушерство и гинекология. 2012; 1: 4–8
31. Логутова Л.С., Ахвледиани К.Н. Пути снижения частоты оперативного родоразрешения в современном акушерстве. Рос.вестн. акушера-гинеколога. 2008; 1: 20–5.
32. Стрижаков А.Н. и др. Новый метод повышения качества рубца на матке после кесарева сечения. Вопр. акушерства, гинекологии и перинатологии. 2013; 12 (1): 9–15.
33. Свиридова О.Н. Осложнения после кесарева сечения. Бюллетень медицинских интернет-конференций. 2013; 3 (3): 658.
34. Стрижаков А.Н., Баев О.Р., Старкова Т.Г., Рыбин М.В. Инфекционно-воспалительные заболевания. Физиология и патология послеродового периода. М.: Династия, 2004; с. 70–84.
35. Орлова В.С., Калашникова И.В., Булгакова Е.В., Сухих Н.В. Современная практика операции кесарево сечение за рубежом. Научные ведомости БелГУ. Серия: Медицина. Фармация. 2013; 18.
36. Краснопольский В.И., Логутова Л.С. Кесарево сечение – бережное родоразрешение или акушерская агрессия. Материалы I регионального научного форума «Мать и дитя». Казань, 2007; с. 78–9.

37. Айламазян Э. К., Кузьминых Т. У., Поленов Н. И., Шелаева Е. В., Колобов А. В. Подготовка беременных с рубцом на матке после кесарева сечения к родоразрешению. Журнал акушерства и женских болезней, 2008; т.LVII:1:3– 9.
38. Ананьев В. А. Результаты кесарева сечения при наложении однорядного и двухрядного шва на матку. Акушерство и гинекология, 2000; 4: 26-29.
39. Атласов В. О. Современные технологии абдоминального родоразрешения в профилактике перинатальной смертности и заболеваемости родильниц. Журнал акушерства и женских болезней, 2008; т.LVII: 1: 80-84.
40. Баев О. Р. Восстановление брюшинного покрова при кесаревом сечении: необходимость или традиция? Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии, 2006; т.5: 2: 82-87.
41. Гребенкин Б. Е., Заплата В. С., Беда Ю. В. Возможности технической оптимизации кесарева сечения в улучшении перинатальных исходов. Проблемы репродуктивного здоровья и безопасного материнства. Пермский медицинский журнал, 2007; т.24: 1-2: 208-212.
42. Ельцов-Стрелков В. И. О технике кесарева сечения. Акушерство и гинекология, 1980; 11: 29-31.
43. Каримов З. Д. Ближайшие и отдаленные результаты кесарева сечения с применением специальной техники однорядного восстановления нижнего сегмента матки. Рос. вестник акушера-гинеколога, 2001; 2: 35-38.
44. Комисарова Л. М., Чернуха Е. А., Пучков Т. К. Оптимизация кесарева сечения. Акушерство и гинекология, 2000; 2: 14-16.
45. Крамарский В. А., Машакевич Л. И., Дудакова В. Н. Основные факторы Риска развития неполноценного рубца на матке после кесарева сечения. Вестник Рос. Ассоциации акушеров-гинекологов, 2003; 2: 37-39.
46. Краснопольский В. И., Логутова Л. С., Гаспарян Н. Д., Магилевская Е. В. Альтернативное родоразрешение беременных с оперированной маткой. Журнал акушерства и женских болезней, 2003; т. LII: 1: 21-25.
47. Краснопольский В. И., Логутова Л. С., Буянова С. Н. Репродуктивные проблемы оперированной матки. М.: Миклош, 2006.

48. Кулаков В. И., Чернуха Е. А., Комиссарова Л. М. и др Результаты кесарева сечения в зависимости от наложения шва на матку и шовного материала. *Акушерство и гинекология*, 1997; 4: 18-21.
49. Кулаков В. И., Чернуха Е. А., Комиссарова Л. М. Кесарево сечение. М.: Триада-Х, 2004.
50. Кулаков В. И., Чернуха Е. А. Современный взгляд на проблему кесарева сечения. Материалы I регионального научного форума «Мать и дитя». Казань, 2007.
51. Оден М. Кесарево сечение: безопасный выход или угроза будущему? М.: Междунар. шк. традиц. Акушерства, 2006.
52. Персианинов Л. С. Кесарево сечение. В кн.: *Оперативная гинекология* Л.С. Персианинов. М.: Медицина; 1976; с. 500-512.
53. Савельева Г. М., Караганова Е. Я., Куцер М. А., Конопляников А. Г. Некоторые актуальные вопросы акушерства. *Акушерство и гинекология*, 2006; 3: 3-7.
54. Савельева Г. М., Трофимова О. А. Роль кесарева сечения в снижении перинатальной смертности и заболеваемости доношенных детей. *Акушерство и гинекология*, 2008; 4: 20-23.
55. Савицкий Г. А., Савицкий А. Г. Биомеханика физиологической и патологической родовой схватки. СПб.: «ЭЛБи-СПб», 2003.
56. Стрижаков А. Н., Тимохина Т. Ф., Баев О. Р., Рыбин М. В., Хрисунктофорова А. В. Модификация кесарева сечения. *Акушерство и гинекология*, 1997; 5: 33-38.
57. Фаткуллин Ф. И. К вопросу о методике операции кесарева сечения при преждевременных родах. Материалы I регионального научного форума «Мать и дитя». Казань, 2007.
58. Слепых А. С. Абдоминальное родоразрешение. Л.: Медицина, 1986.
59. Храмова Л. С. Профилактика неблагоприятных перинатальных исходов у беременных группы высокого Риска развития гестоза и синдрома задержки

роста плода. Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии, 2004; т.3: 4: 46-50.

60. Шляпников М. Е. Клинико-экспериментальное обоснование оптимизации гистероррафии при кесаревом сечении. Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии, 2004; т.3: 2: 14-19.

61. Chapman S. J., Owen J., Hauth J. C. One- versus two- layer closure of a low transverse Cesaetean: the next pregnancy. *Obstet. and Gynec.*, 1997; Vol.89: 16 -18.

62. Cunningham F. G., Mac Donald P. C., Gant N. F. Cesaerean Delivery and Cesaerean Hysterectomy. *Williams Obstetrics*, 2001: 537-567.

63. Duffy D. M., diZerega G. S. Is peritoneal closure necessary? *Gynecology and Obstetrics Sugery*, 1994; Vol.49: 817-822.

64. Field Ch. S. Surgical techniques for Cesarean section. *Obstet. Gynec. Clin. N. Amer.*, 1988; Vol.15: 4: 657 – 672.

65. Flamm B. L., Goings J. R., Liu Y. Elective repeat caesarean section versus trial of labour: a prospective multicenter study. *Obstet. and Gynec.*, 1994; Vol.83: 927 – 932.

66. Franchi M., Ghezzi F., Balestreri D. A randomized clinical trial of two surgical techniques for cesarean section. *American Journal of Perinatology*,– 1998; Vol.15: 589-594.

67. Gutterrez Garcia R., Edreira A. Roca, Garcia B. Martin Iatrogenic ureteral lesion in open surgery: revien of 10 years. *Actas Urol. Esp.*, 1999; Vol. 24: 4: 327-332.

68. Lowenwirt I., Chi D., Handwerker S. Nonfatalvenous aire embolism during cesarean section. A case report and review of the literature. *Obstet. Gynecol Surv*, 1994; Vol.49: 72 – 76.

69. Nagele F., Karas H., Spitzer D., Staudach A. Closure or nonclosure of the visceral peritoneum at caesarean delivery. *Amer. Journal of Obstet. and Gynec.*, 1996; Vol.174: 1366 – 1370.

70. Ravasia D. J., Wood S.L., Pollard J.K. Uterine rupture during induced trial of labor among women with previous cesarean delivery. *Amer. Journal of Obstet. and Gynec.*, 2000; Vol.183: 1176- – 1179.

71. Rodrigues A. L., Porter K.B., O'Brien W.R. Blunt versus sharp expansion of the uterine incision in low segment Cesarean section. *Obstet. and Gynec.*, 1994; Vol.171: 1022 – 1025.
72. Roset E., Boulvain M., Irion O. Nonclosure of the peritoneum during cesarean section: long-term follow-up of a randomized controlled trial. *Eur. Jour. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol.*, 2003; Vol.108: 40 – 44.
73. Shipp T. D., Zelop C.M., Repke J.T. Intrapartum uterine rupture and dehiscence in patients with prior lower uterine segment vertical and transverse incisions. *Obstet. and Gynec.*, 1999; Vol. 94: 735 – 740.
74. Stark M., Chavkin Y., Kupferstein C. Evaluation of combinations of procedures in cesarean section. *Int. J. Obstet. and Gynec.*, 1995; Vol. 48: 273-276.
75. Tranquilli A. L., Garzetti G.G. A new ethical and clinical dilemma in obstetric practice: caesarean section on “maternal request”. *Amer. Journal of Obstet. and Gynec.*, 1997; Vol. 177: 245 – 246.
76. Tucker J. M., Phauth J.C., Hodgkins P. Trial of Labor after a one- or two-layer closure of a low transverse uterine incision. *Amer. Journal of Obstet. and Gynec.*, 1993; Vol. 168: 545 – 546.
77. Tulandi T., Al-Jaroudi D. Non-closure of peritoneum: a reappraisal. *Amer. Journal of Obstet. and Gynec.*, 2003; Vol. 189: 2: 609 – 612.
78. Wahab M.A., Karantzis P., Eccersley P.S. A randomized controlled study of uterine exteriorization and repair at caesarean section. *British Journal of Obstet. and Gynec.*, 1999; Vol.106: 913 – 916.
79. Alderdice F, McKenna D, Dornan J. Techniques and materials for skin closure in caesarean section. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2003, Issue 2.
80. Anderson ER, Gates S. Techniques and materials for closure of the abdominal wall in caesarean section. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2007, Issue 4.
81. Bamigboye AA, Hofmeyr GJ. Closure versus non-closure of the peritoneum at caesarean section. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2009, Issue 1.
82. Durnwald C, Mercer B. Uterine rupture, perioperative and perinatal morbidity after single-layer and double-layer closure at cesarean delivery. *American Journal*

of Obstetrics and Gynecology 2003;189(4): 925–9.

83. Enkin MW, Wilkinson C. Single versus two layer suturing for closing the uterine incision at Caesarean section. Cochrane Database of Systematic Reviews 2006, Issue 3.

84. Gyamfi C, Juhasz G, Gyamfi P, Blumenfeld Y, Stone JL. Single- versus doublelayer uterine incision closure and uterine rupture. Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine 2006;19(10):639–43.

85. Hayakawa H, Itakura A, Mitsui T, Okada M, Suzuki M, Tamakoshi K, et al. Methods for myometrium closure and other factors impacting effects on cesarean section scars of the uterine segment detected by the ultrasonography. Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica 2006;85(4):429–34.

86. Hofmeyr GJ, Mathai M, Shah AN, Novikova N. Techniques for caesarean section. Cochrane Database of Systematic Reviews 2009, Issue 2.

87. Jacobs-Jokhan D, Hofmeyr GJ. Extra-abdominal versus intra-abdominal repair of the uterine incision at caesarean section. Cochrane Database of Systematic Reviews 2004, Issue 4.

88. Malvasi A, Tinelli A, Serio G, Tinelli R, Casciaro S, Cavallotti C. Comparison between the use of the Joel-Cohen incision and its modification during Stark's cesarean section. Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine 2007;20(10):757–

89. Mathai M, Hofmeyr GJ. Abdominal surgical incisions for caesarean section. Cochrane Database of Systematic Reviews 2007, Issue 1

90. Song SH, Oh MJ, Kim T, Hur JY, Saw HS, Park YK. Finger-assisted stretching technique for cesarean section. International Journal of Gynecology & Obstetrics 2006;92(3):212–6.

91. Weerawetwat W, Buranawanich S, Kanawong M. Closure vs nonclosure of the visceral and parietal peritoneum at cesarean delivery: 16 year study. Journal of the Medical Association of Thailand 2004;87(9):1007–11.

92. Clark SL, Belfort MA, Dildy GA, Meyers JA. "Reduction in elective delivery at <39 weeks of gestation: comparative effectiveness of 3 approaches to change and

the impact on neonatal intensive care admission and stillbirth." *American Journal of Obstetrics & Gynecology*. 2010.

93.Landon MB, Hauth JC, Leveno KJ, et al. "Maternal and perinatal outcomes associated with a trial of labor after prior cesarean delivery." *The New England Journal of Medicine*. 2004.

94.Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Spong CY, Dashe JS, Hoffman BL, Casey BM, Sheffield JS. *Williams Obstetrics*, 25th Edition. McGraw-Hill Education, 2018.

95.Bergholt T, Østberg B, Legarth J, Weber T, Løkkegaard E. "Maternal death after cesarean section in the Nordic countries." *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica*. 2011.

96.American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). "Cesarean Birth: Understanding Your Surgical Birth." Patient Education Pamphlet, 2016. -

97. World Health Organization (WHO). "WHO recommendations on non-clinical interventions to reduce unnecessary caesarean sections." WHO, 2018. -

98. Gibbons L, Belizán JM, Lauer JA, Betrán AP, Merialdi M, Althabe F. "Inequities in the use of cesarean section deliveries in the world." *American Journal of Obstetrics & Gynecology*. 2012.

99.Betrán AP, Temmerman M, Kingdon C, et al. "The increasing trend in caesarean section rates: global, regional and national estimates: 1990-2014." *PLoS ONE*. 2016.

Silver RM. "Delivery after previous cesarean: long-term maternal outcomes." *Seminars in Perinatology*. 2010.

100,Villar J, Carroli G, Zavaleta N, et al. "Maternal and neonatal individual risks and benefits associated with caesarean delivery: multicentre prospective study." *British Medical Journal*. 2007.

**More
Books!**



yes
I want morebooks!

Buy your books fast and straightforward online - at one of world's fastest growing online book stores! Environmentally sound due to Print-on-Demand technologies.

Buy your books online at
www.morebooks.shop

Kaufen Sie Ihre Bücher schnell und unkompliziert online – auf einer der am schnellsten wachsenden Buchhandelsplattformen weltweit! Dank Print-On-Demand umwelt- und ressourcenschonend produziert.

Bücher schneller online kaufen
www.morebooks.shop



info@omniscryptum.com
www.omniscryptum.com

OMNIScriptum

