

საკეისრო კვება

კლინიკური გაიდლაინი

გაიდლაინი ადაპტირებულია დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის სფეროში მოღვაწე ქართველი ექსპერტების მიერ. გაიდლაინის ადაპტირება განხორციელდა საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროსა და გაეროს განვითარების ფონდის (UNDP) ურთიერთთანამშრომლობის ფარგლებში, გაეროს მოსახლეობის ფონდის (UNFPA) ფინანსური და ტექნიკური მხარდაჭერით.

შინაარსი

შინაარსი	2
მადლობა გაიდლაინის სამუშაო ჯგუფის წევრებს.....	4
1. შესავალი.....	5
1.1 გაიდლაინის მიზანი.....	5
1.2 ვისთვის არის გაიდლაინი განკუთვნილი.....	5
1.3 განმარტება	6
1.4 პრობლემის აქტუალობა	6
1.5 დაკავშირებული გაიდლაინები	7
1.6 გაიდლაინის ადაპტირების მეთოდოლოგია	7
2. გაიდლაინის შეჯამება	8
3. ქალზე ორიენტირებული ზრუნვა.....	9
3.1 ინფორმაციის მიწოდება	9
3.2 სკ-ის სიხშირეზე მოქმედი ფაქტორები.....	10
3.3 საკეისრო კვეთის ჩვენებები	11
3.4 მშობიარობის მეთოდის დაგეგმვა	13
3.5 მიღების ლიგირება საკეისრო კვეთის დროს	14
4. გეგმიური საკეისრო კვეთა (სკ)	14
4.1 მენჯით წინმდებარეობა.....	14
4.2 მრავალნაყოფიანი ორსულობა	14
4.3 ვადამდელი (ნაადრევი) მშობიარობა	15
4.4 გესტაციური ასაკისთვის მცირე ზომა.....	15
4.5 პლაცენტის წინმდებარეობა	15
4.6 პლაცენტის მჭიდროდ მიმაგრება	15
4.7 სკ-ის პროგნოზირება კლინიკურად ვიწრო მენჯის დროს	16
4.8 დედის ინფექციების დედიდან ბავშვზე გადაცემა.....	16
4.9 სკ დედის მოთხოვნით	18
5. სკ-ის პროცედურული ასპექტები	18
5.1 გეგმიური სკ-ის დრო.....	18
5.2 გადაუდებლობის კლასიფიკაცია.....	18
5.3 გადაწყვეტილება მშობიარობის ინტერვალზე გადაუდებელი სკ-ის დროს.....	19
5.3 სკ-თვის მზადება და წინასაოპერაციო გამოკვლევები.....	20
5.5 ანესთეზია სკ-ის დროს	21
5.6 სკ-ის ქირურგიული ტექნიკა	22
6. სკ-ით დაბადებულ ბავშვზე ზრუნვა	26
6.1 პედიატრის დასწრება სკ-ზე.....	26
6.2 თერმული ზრუნვა სკ-ით დაბადებულ ჩვილებზე.....	26
6.3 დედასთან კონტაქტი (კანით კანთან).....	26
6.4 ძუძუთი კვება	26
7. ქალზე ზრუნვა სკ-ის შემდეგ.....	27
7.1 რუტინული მონიტორინგი სკ-ის შემდეგ.....	27
7.2 ტკივილის მართვა სკ-ის შემდეგ.....	27
7.3 საკვებისა და სითხის მიღება სკ-ის შემდეგ.....	28
7.4 შარდის ბუშტიდან კათეტერის ამოღება სკ-ის შემდეგ.....	28
7.5 სუნთქვითი ფიზიოთერაპია სკ-ის შემდეგ	28
7.6 ქალების სკ-ის შემდგომი ინფორმირება.....	28
7.7 სტაციონარში დაყოვნების ხანგრძლივობა და რეჰოსპიტალიზაცია	28

8. სკ-ის შემდგომი რეაბილიტაცია	29
9. ორსულობა და მშობიარობა სკ-ის შემდეგ	30
10. შესაფასებელი (აუდიტის) სტანდარტები	31
დანართი N1 - კლინიკური ალგორითმი	33
1. საკეისრო კვეთის (სკ) დაგეგმვა	33
2. გადაწყვეტილება მშობიარობის ინტერვალზე	39
3. საკეისრო კვეთის პროცედურული ასპექტები	39
4. საკეისრო კვეთის შემდგომი რეაბილიტაცია	42
გამოყენებული ლიტერატურა	45

მადლობა გაიდლაინის სამუშაო ჯგუფის წევრებს

საკეისრო კვეთის კლინიკური გაიდლაინის ადაპტირება და საბოლოო ვერსიის მიღება განხორციელდა საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის სამინისტროსთან არსებული კლინიკური გაიდლაინების შემუშავების ჯგუფის ტექნიკური დახმარებით. დიდ მადლობას ვუხდით სამუშაო ჯგუფის წევრებს, რომლებმაც აქტიური მონაწილეობა მიიღეს კლინიკური გაიდლაინის ადაპტირების პროცესში:

თენგიზ ასათიანი

ნიკოლოზ კინტრია

კოტე ხარაბაძე

ზაზა სინაურიძე

მაკა მშვილდაძე

ნატალია ხაჩიძე

მადლობას ვუხდით საქართველოს მეან-გინეკოლოგთა ასოციაციის შიდა საექსპერტო ჯგუფის წევრებს, რომლებმაც საკუთარი წვლილი შეიტანეს გაიდლაინის ადაპტირების პროცესსა და საბოლოო ვერსიის მიღებაში:

ზაზა ბოხუა

მამუკა ნემსაძე

დავით გაგუა

დავით ბაქრაძე

დავით დავარაშვილი

კოტე ბოჭორიშვილი

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

1. შესავალი

1.1 გაიდლაინის მიზანი

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

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

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

Commented [T1]:

აღნიშნული გაიდლაინი მოიცავს მტკიცებულებებზე დაფუძნებულ ინფორმაციას შემდეგ საკითხებზე:

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

1.2 ვისთვის არის გაიდლაინი განკუთვნილი

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

1.3 განმარტება

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

1.4 პრობლემის აქტუალობა

საქართველოში საკეისრო კვეთის სიხშირე ერთ-ერთი ყველაზე მაღალია მსოფლიოს მასშტაბით. გასული ათი წლის განმავლობაში საკეისრო კვეთის მაჩვენებელი გაიზარდა 9,3%- ით (2000 წ) 36,7% (2011) და განაგრძობს ზრდას, ზოგიერთ რეგიონში კი 50 %-საც კი აღწევს. მიუხედავად ამისა, კვლავ მაღალი რჩება დედათა სიკვდილობის მაჩვენებელი (37/100 000 ცოცხლადშობილზე), რაც განსაკუთრებით თვალსაჩინოა ევროპისა და კავკასიის სხვა ქვეყნებთან შედარებისას. ასევე, დღემდე კრიტიკულად მაღალია ადრეული ნეონატალური სიკვდილობის მაჩვენებელი (9.4/1 000 ცოცხლადშობილზე), რომელიც ქვეყნის ჯანდაცვის სისტემის შეფასების ერთ-ერთ ძირითად ინდიკატორს წარმოადგენს. (USAID/CoReform, 2009).

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

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

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

Commented [T2]: მე ვფიქრობ ერთად ერთი კვლევა საქართველოში რომელიც საკეისრო კვეთაზე არის შესრულებული - უნდა მოყვანილი იქნეს - გამოქვეყნებულია HEALTH CARE STATISTICAL YEARBOOK 2012 Georgia, p 197-207

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

1.5 დაკავშირებული გაიდლაინები

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

1.6 გაიდლაინის ადაპტირების მეთოდოლოგია

საკეისრო კვეთის გაიდლაინი წარმოადგენს დიდი ბრიტანეთის ჯანმრთელობისა და კლინიკური დახელოვნების ინსტიტუტის (National Institute for Health and Clinical Excellence) 2011 წლის განახლებული გაიდლაინის (შემუშავდა 2004 წელს) თარგმანს, რომელიც შეგიძლიათ იხილოთ შემდეგ ვებ-გვერდზე: www.nice.org.uk.

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

გაიდლაინის დედანში გამოყენებული რეკომენდაციების სკალირება იხილეთ ქვემოთ მოცემულ ცხრილში:

შეფასების შკალა მტკიცებულების სიმყარე

A	ეყრდნობა 1 დონის მტკიცებულებებს
----------	---------------------------------

Commented [T3]: ხომ არ სჭირდება ამას განმარტება?

B	ეყრდნობა უშუალოდ 2 დონის მტკიცებულებას ან ექსტრაპოლირებულია 1 დონის მტკიცებულების საფუძველზე
C	ეყრდნობა უშუალოდ 3 დონის მტკიცებულებას ან ექსტრაპოლირებულია 1 ან 2 დონის მტკიცებულების საფუძველზე
D	ეყრდნობა 4 დონის მტკიცებულებას ან ექსტრაპოლირებულია 1 დონის, 2 დონის ან 3 დონის მტკიცებულების საფუძველზე
GPP	პრაქტიკული გამოცდილების საფუძველზე, რომელიც ეყრდნობა გაიდლაინის სამუშაო ჯგუფის კონსენსუსს.

2. გაიდლაინის შეჯამება

პირითადი პრიორიტეტები განხორციელებისათვის

აივ -ინფექციის დედიდან ბავშვზე გადაცემა

31. საკეისრო კვეთა (სკ) არ შესთავაზოთ აივ სტატუსის საფუძველზე, დედიდან ბავშვზე აივ ინფექციის გადაცემის პროფილაქტიკის მიზნით:

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

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

სკ დედის მოთხოვნით

40. როდესაც ორსული ქალი ითხოვს სკ-ს იდენტიფიცირებული მიზეზების გარეშე, ექიმი ვალდებულია დაწვრილებით განიხილოს ორსულთან და მის ახლობლებთან ერთად ბუნებრივი გზით მშობიარობის უპირატესობები და საკეისრო კვეთის მოსალოდნელი გართულებები.
41. თუ ქალი მშობიარობის შიშის გამო ითხოვს სკ-ს, შესთავაზეთ მას ეფექტური გაუტკივარება და მიაწოდეთ რჩევები (როგორცაა, კოგნიტური ქვევითი თერაპია), რომლებიც დაეხმარება გაუმკლავდეს საკუთარ შიშებს.
42. გეგმიური სკ შესთავაზეთ ორსულ ქალს, თუ განხილვისა და მხარდაჭერის შეთავაზების შემდეგ ვაგინალური მშობიარობა მისთვის ისევ მიუღებელი რჩება.
43. თუ მენს არ სურს სკ-ის ჩატარება, მას უფლება აქვს უარი განაცხადოს ქალის მოთხოვნით საკეისრო კვეთის ოპერაციის წარმოებაზე. თუმცა, მშობიარობის გზის არჩევა კვლავ რჩება დედის უფლებად, ამიტომ, ექიმმა ორსული ქალი უნდა გადაამისამართოს სხვა მენთან, რომელიც ჩატარებს სკ-ს.

გადაწყვეტილების მიღებიდან მშობიარობამდე ინტერვალი გადაუდებელი სკ-ის დროს

49. საშობიარო ბლოკის მუშაობის შესაფასებლად გამოიყენეთ გადაწყვეტილების მიღებიდან მშობიარობამდე ინტერვალის შემდეგი მაჩვენებლები (საკეისრო კვეთის კატეგორიზაციის შესახებ იხ. ქვეთავი 5.2 - გადაუდებლობის კლასიფიკაცია):

- 30 წუთი I კატეგორიის სკ-თვის (დედისა და ნაყოფის სიცოცხლის უშუალო საფრთხე);
- 30 წუთი და 75 წუთი II კატეგორიის სკ-თვის (დედისა ან ნაყოფის არაკეთილსამედო მდგომარეობა, სიცოცხლის უშუალო გადაუდებელი საფრთხის გარეშე).

ანტიბიოტიკების გამოყენება

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

83. სკ-ის დროს პოსტპერაციული ინფექციების რისკის შესამცირებლად ქალებს შესთავაზეთ ანტიბიოტიკოპროფილაქტიკა. შეარჩიეთ ანტიბიოტიკები, რომლებიც ეფექტურია ენდომეტრიტის, საშარდე გზებისა და ჭრილობის ინფექციების წინააღმდეგ, ვინაიდან ისინი სკ-ის ოპერაციის შემდეგ ქალების $\approx 8\%$ -ში აღინიშნება.

84. არ გამოიყენოთ კო-ამოქსიკლავი ანტიბიოტიკების კანის გაკვეთამდე დანიშნვის დროს.

ორსულობა და მშობიარობა სკ-ის შემდეგ

111. მშობიარობის მეთოდის დაგეგმვის დროს ქალებში, გადატანილი საკეისრო კვეთით, საჭიროა გათვალისწინებული იქნას:

- დედის უპირატესობები და პრიორიტეტები;
- განმეორებითი საკეისრო კვეთის რისკები და სარგებელი;
- გეგმიური ვაგინალური მშობიარობის რისკები და სარგებელი;
- საშვილოსნოს რუპტურის რისკი;
- პერინატალური სიკვდილობის და ავადობის რისკი.

118. სკ-ის შემდეგ, სტაციონარში ყოფნის პერიოდში, ქალებს მიეცით შესაძლებლობა, რომ მედპერსონალთან ერთად განიხილონ გადატანილი სკ-ის მიზეზები. ასევე მიაწოდეთ მათ ვერბალური და ბეჭდური ინფორმაცია მომავალი ორსულობის დროს მშობიარობის მეთოდების არჩევის შესახებ.

Commented [T4]: ყველა შემთხვევაში მიზანშეწონილი არ არის

Commented [T5]: რას ნიშნავს?

Commented [T6]: ზედმეტია

Commented [T7]: გახვევის

3. ქალზე ორიენტირებული ზრუნვა

3.1 ინფორმაციის მიწოდება

1. ორსულ ქალს საჭიროა მიაწოდოთ მტკიცებულებებზე დაფუძნებული ინფორმაცია და გაუწიოთ დახმარება, რომ მათ შეძლონ ინფორმირებული გადაწყვეტილების მიღება

მშობიარობის შესახებ. საჭიროა ქალის შეხედულებებისა და წუხილის გათვალისწინება და მათი, როგორც გადაწყვეტილების მიღების პროცესის განუყოფელი ნაწილის აღიარება. (1)(2) [C].

2. ორსულ ქალს ანტენატალურ პერიოდში მიაწოდეთ მტკიცებულებებზე დაფუძნებული ინფორმაცია საკეისრო კვეთის შესახებ. აღნიშნული ინფორმაცია უნდა მოიცავდეს:
 - სკ-ის ჩვენებებს;
 - რას მოიცავს პროცედურა;
 - დაკავშირებულ რისკებსა და სარგებელს;
 - მომავალ ორსულობასა და მშობიარობაზე საკეისრო კვეთის გავლენას. (3) [GPP].
3. კომუნიკაცია და ინფორმაციის მიწოდება საჭიროა განხორციელდეს ორსული ქალისათვის მისაღები ფორმით. ასევე საჭიროა უმცირესობების ინფორმაციული და კულტურული საჭიროებების, ენობრივი ბარიერის, შეზღუდული შესაძლებლობებისა და აღქმის პრობლემების გათვალისწინება. (4) [GPP].

3.2 სკ-ის სიხშირეზე მოქმედი ფაქტორები

3.2.1 ფაქტორები, რომლებიც ამცირებს სკ-ის სიხშირეს

ა. ერთი-ერთზე მხარდაჭერა

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

ბ. ორსულობა 41 კვირის შემდეგ

5. ქალებს გაურთულებელი ორსულობით, ორსულობის 41 კვირის შემდეგ საჭიროა შესთავაზოთ მშობიარობის აღებრა, რადგანაც აღნიშნული ჩარევა ამცირებს პერინატალური სიკვდილიანობის რისკს და სკ-ის ალბათობას. (47) [A]

გ. პარტოგრამა

6. მშობიარობის მიმდინარეობის მონიტორინგის მიზნით საჭიროა პარტოგრამის გამოყენება 4-საათიანი მოქმედების ხაზით ქალებში, რომლებსაც აღნიშნებათ გაურთულებელი ორსულობა და ერთნაყოფიანი, დროული მშობიარობა, რადგან ამ გზით მცირდება საკეისრო კვეთის ალბათობა. (48) (49) [A]

დ. გადაუდებელი სკ-ის გადაწყვეტილების მიღება

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

ე. ნაყოფის ელექტრონული მონიტორინგი

ნაყოფის ელექტრონული მონიტორინგი დაკავშირებულია სკ-ის გაზრდილ ალბათობასთან. როცა სკ მოიაზრება ნაყოფის გულის პათოლოგიური რიტმის გამო, ნაყოფის აციდოზზე ეჭვის შემთხვევაში, საჭიროა ნაყოფის სისხლის ნიმუშის ანალიზის შეთავაზება თუ ეს ტექნიკურად შესაძლებელია და არ არსებობს უკუჩვენებები. (50) (51) [B]

- გ. მენჯით წინმდებარეობისას ნაყოფის თავზე გარეგანი მობრუნება. [A]

Commented [T8]: ხომ არ სჯობს პასუხიშეგებელი (გამოცდლება სტაჯის მიხედვით?

Commented [T9]: წინამდებარე თავიდან

Commented [T10]: წარმოება

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

3.2.2 ფაქტორები, რომლებიც გავლენას არ ახდენს სკ-ის სიხშირეზე

8. საჭიროა ქალებს მიაწოდოთ ინფორმაცია, რომ ქვემოთ ჩამოთვლილი ჩარევები მშობიარობის დროს, როგორც წესი, გავლენას არ ახდენს სკ-ის ალბათობაზე, თუმცა, აღნიშნულმა ინტერვენციებმა შეიძლება გავლენა იქონიოს სხვა გამოსავლებზე, რომელიც ამ გაიდლაინის მოცვის არეალს სცდება:

- სიარული მშობიარობისას;
- თავისუფალი პოზიცია მშობიარობის მეორე პერიოდში;
- წყალში მშობიარობა;
- მშობიარობის დროს ეპიდურული ანალგეზიის გამოყენება; (ზრდის ოპერაციული მშ. ალბათობას - ვ. მუჟავერიანი)

9. ქალებს უნდა მიაწოდოთ ინფორმაცია, რომ დამატებითი თერაპიების გავლენა (აკუპუნქტურა, არომათერაპია, ჰიპნოზი, მცენარეული პროდუქტები, კვებითი დანამატები, ჰომეოპათიური მედიკამენტები, ჩინური მედიკამენტები) სკ-ის ალბათობაზე არ არის სათანადოდ შეფასებული, ამიტომაც ამ ჩარევებზე რეკომენდაციების გაცემამდე საჭიროა შემდგომი კვლევების ჩატარება. (52) (53) (54) [D]

3.2.3 მშობიარობის პროგრესის შეფერხება (FTP) და საკეისრო კვეთა

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

3.3 საკეისრო კვეთის ჩვენებები

საკეისრო კვეთის ოპერაცია ტარდება მაშინ, როცა პაციენტსა და ექიმს მიაჩნიათ, რომ საკეისრო კვეთის შემთხვევაში მოსალოდნელია დედისა და ნაყოფის გამოსავლები გაუმჯობესება საშოსმხრივ მშობიარობასთან შედარებით.

1. პარტოგრამით დადასტურებული მშობიარობის პროგრესის შეფერხება:
 - სამშობიარო მოქმედების სისუსტე,
 - კლინიკურად ვიწრო მენჯი.
2. ნაყოფის არაკეთილსაიმედო მდგომარეობა;
3. ნაყოფის არასწორი მდებარეობა და წინმდებარე ნაწილის არასწორი ჩადგმა:
 - ნაყოფის მენჯით წინმდებარეობა, როდესაც ნაყოფის წონა < 2500 - 3600 გრ > ,
 - ნაყოფის ჯდომით წინმდებარეობა, როდესაც ნაყოფის წონა არის < 2500 - 3600 გრ > და თავის გაშლითი მდგომარეობა დადასტურებულია ექსკოპიურად,

Commented [T11]: აქ პლატონი ალბათ გულისხმობს მამის და ვაკუუმის გამოყენებას
Epidurals for pain relief in labour
Anim-Somuah M, Smyth RMD, Jones L
December 7, 2011
Epidurals relieved labour pain better than other types of pain medication but led to more use of instruments to assist with the birth. Caesarean delivery rates did not differ overall Women who used epidurals were more likely to have a longer delivery (second stage of labour), needed their labour contractions stimulated with oxytocin
Further research on reducing the adverse outcomes with epidurals would be helpful.
- See more at: <http://summaries.cochrane.org/CD000331/epidurals-for-pain-relief-in-labour#sthash.BZ3XvmCq.dpuf>

- ტერფით ან მუხლით წინმდებარეობა,
 - ნაყოფის გარდიგარდმო მდებარეობა.
4. პათოლოგიური პლაცენტაცია:
- პლაცენტის წინმდებარეობა (მე-3 ან მე-4 ხარისხი), (საქართველოში სხვა კლასიფიკაციაა - პ. მაჭავარიანი)
 - პლაცენტის მიხორცება,
 - vasa previa.
5. დედის ინფექცია (პირველადი გენიტალური ჰერპესი, აივ ინფექცია):
- მწვავე გენიტალური ჰერპესი (HSV) ორსულობის მესამე ტრიმესტრში, რომლის პირველი ეპიზოდი გამოვლინდა მშობიარობის დროს ან მოსალოდნელ მშობიარობის ვადამდე 6 კვირის მანძილზე;
 - აივ ინფექცია:
 - თუ ორსული ქალი არ იტარებდა ანტირეტროვირუსულ მკურნალობას ან
 - ვირუსული დატვირთვა შეადგენს ≥ 400 ასლ/მლ;
 - კონფექცია C ჰეპატიტითა და აივ-ით, ვინაიდან გეგმიური სკ-ის დროს მცირდება C ჰეპატიტისა და აივ-ის დედიდან ბავშვზე გადაცემის რისკი.
6. მრავალნაყოფიანი ორსულობა:
- როცა არ აღინიშნება პირველი ნაყოფის თავით წინმდებარეობა,
 - მონოქორიონული მონოამნიონური ტყუპი ფეტო-ფეტალური ტრანსფუზიის სინდრომის არსებობისას;
7. ჭიპლარის წინმდებარეობა ან მარყუჟის გამოვარდნა;
8. საშობიარო გზების მექანიკური დაბრკოლება:
- საშვილოსნოს დიდი ზომის მიომა,
 - დიდი ზომის წვეტიანი კონდილომა,
 - მენჯის მოტეხილობა ცდომით,
 - ნაყოფის ანომალია, როგორცაა, მწვავე ჰიდროცეფალია;
9. დიდი ზომის ნაყოფი (ნაყოფის სავარაუდო წონა ≥ 4500 გრ);
10. ნორმალურად მიმაგრებული პლაცენტის ნაადრევი აცლა, როცა დედისა და ნაყოფის მდგომარეობის გამო მშობიარობის ბუნებრივი გზით დამთავრება შეუძლებელია;
11. არასრულფასოვანი საშვილოსნოს კედელი, რომელიც გამოწვეულია:
- მიომექტომიის დროს საშვილოსნოს კედლის დაზიანებით,
 - საშვილოსნოს პერფორაციით,
 - საშვილოსნოს პლასტიკური ოპერაციით,

Commented [T12]: КОД ПО МКБ-10
 O44 Предлежание плаценты.
 O44.0 Предлежание плаценты, уточнённое как без кровотечения. Низкое прикрепление плаценты, уточнённое как без кровотечения.
 O44.1 Предлежание плаценты с кровотечением.
 რუსული
 Вариант предлежания плаценты во время беременности определяют с помощью УЗИ. Согласно данным трансвагинальной эхографии, в настоящее время выделяют четыре степени предлежания плаценты:
 · I степень: плацента расположена в нижнем сегменте, край плаценты достигает внутреннего зева, но расположен на расстоянии не менее 3 см от него;
 · II степень: нижний край плаценты достигает внутреннего зева шейки матки, но не перекрывает его;
 · III степень: нижний край плаценты перекрывает внутренний зев, переходя на противоположную часть нижнего сегмента, при этом расположение плаценты на передней и задней стенке матки асимметрично;
 · IV степень: плацента симметрично расположена на передней и задней стенках матки, перекрывает внутренний зев своей центральной частью.
 uk
 I - encroaches the lower segment but does not reach the cervical os.
 II - reaches the internal cervical os but does not cover it. III - covers part of the cervical os. IV - completely covers the os, even when the cervix is dilated.

- ექტოპიური ორსულობის დროს საშვილოსნოს კუთხის ამოკვეთით,
 - გადატანილი საკეისრო კვეთით;
12. ანამნეზში ერთზე მეტი გადატანილი საკეისრო კვეთა;
 13. მძიმე პრეეკლამფსია და ეკლამფსია რომელიც არ იძლევა ვაგინალური მშობიარობის ჩატარების საშუალებას;
 14. ქსოვილების დაზიანების გაზრდილი რისკი, რომელიც გამოწვეულია შემდეგი გართულებებით:
 - საშვილოსნოს ყელის ინვაზიური კიბო,
 - რექტოვაგინალური ფისტულის ან სასქესო ორგანოების პროლაფსის გამო გადატანილი ოპერაცია;
 15. ხელოვნური განაყოფიერება ხანგრძლივი უნაყოფობითა და დამძიმებული სამენო-გინეკოლოგიური ანამნეზით;
 16. დედის ექსტრაგენიტალური დაავადებები, რომლებიც საფრთხეს უქმნიან დედის ჯანმრთელობას და დადასტურებულია შესაბამისი სპეციალისტის დასკვნით (მაგალითად: ექსტრაგენიტალური სიმსივნე, ცერებრული ჰემორაგიული ინსულტი ან ანევრიზმა, გულის ხელოვნური სარქველი, გადანერგილი თირკმელი).
 17. დედის უეცარი სიკვდილი ცოცხალი ნაყოფის არსებობის დროს;
 18. რამდენიმე რისკ-ფაქტორის არსებობა, რომელიც ცალკე არ წარმოადგენს საკეისრო კვეთის ჩვენებას, მაგრამ რამდენიმე მათგანის კომბინაცია რეალურ საფრთხეს უქმნის ნაყოფს ბუნებრივი გზით მშობიარობის შემთხვევაში.

3.4 მშობიარობის მეთოდის დაგეგმვა

გაურთულებელი ორსულობის დროს გეგმიური სკ-ის რისკები და სარგებელი შესწავლილ იქნა ბუნებრივი გზით მშობიარობასთან შედარებით.

11. ქალთან ერთად განიხილეთ სკ-ის რისკები და სარგებელი ფიზიოლოგიურ მშობიარობასთან შედარებით (5) (6), მათი მდგომარეობის, წუხილის, პრიორიტეტებისა და მომავალი ორსულობის გეგმების გათვალისწინების გზით (მრავლობითი სკ-ის დროს პლაცენტის პრობლემების ჩათვლით).
12. გეგმიური სკ-ის ჩვენებას არ წარმოადგენს მხოლოდ სხეულის მასის ინდექსი (BMI) >50, სხვა რისკ-ფაქტორების თანაარსებობის გარეშე.
13. სკ-ზე თანხმობა მოითხოვება მხოლოდ მას შემდეგ, რაც ორსულ ქალს მიეწოდება მტკიცებულებებზე დაფუძნებული ინფორმაცია და იმავდროულად, კლინიკური მდგომარეობის გათვალისწინებით, საჭიროა ქალის ღირსების, პირადულობის, შეხედულებებისა და კულტურული თავისებურებების პატივისცემა. (7) (8) [C].
14. ორსულ ქალს შეუძლია უარი განაცხადოს შეთავაზებულ მშობიარობის მეთოდზე (სკ) მაშინაც კი, როდესაც მკურნალობა ცალსახად სასარგებლოა დედისა და ბავშვის ჯანმრთელობისთვის. მკურნალობაზე უარის თქმა ქალის ერთ-ერთ არჩევანს უნდა წარმოადგენდეს. (9) [D].

- როდესაც სკ-ის გადაწყვეტილება მიღებულია, საჭიროა გაკეთდეს ჩანაწერი ყველა ფაქტორის შესახებ, რომელმაც გავლენა მოახდინა გადაწყვეტილებაზე და განისაზღვროს მათ შორის ყველაზე გავლენიანი ფაქტორი. [GPP].

3.5 მიღების ლიგირება საკეისრო კვეთის დროს

შეფასების შედეგად დადგინდა, რომ მიღების ლიგირება 200-დან 1 შემთხვევაში წარუმატებელია სიცოცხლის მანძილზე არსებული რისკის გამო. არცერთი კვლევა არ არის იდენტიფიცირებული, რომელიც აღწერს მიღების ლიგირების წარუმატებლობის სიხშირეს სკ-ის დროს. სხვა გაიდლაინების რეკომენდაციით, მიღების ლიგირების მოთხოვნა საჭიროა ორსულობამდე ან ორსულობის განმავლობაში და ის შეთანხმებული უნდა იყოს პროცედურამდე მინიმუმ 1 თვით ადრე. ეს რჩევა დამყარებულია ექსპერტების თვალსაზრისზე (10) [D].

4. გეგმიური საკეისრო კვეთა (სკ)

4.1 მენჯით წინმდებარეობა

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

4.2 მრავალნაყოფიანი ორსულობა

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

4.3 ვადამდელი (ნაადრევი) მშობიარობა

Commented [T13]: ზედმეტია

ვადამდელი მშობიარობა და სკ

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

4.4 გესტაციური ასაკისთვის მცირე ზომის

21. ნეონატალური ავადობა და სიკვდილიანობა მაღალია გესტაციური ასაკისთვის მცირე ზომის ახალშობილებში, თუმცა, გეგმიური სკ-ის ეფექტი გამოსავლების გაუმჯობესების თვალსაზრისით გაურკვეველი რჩება და ამიტომაც, დაუშვებელია სკ-ის რუტინულად შეთავაზება. (21) (22)[C].

4.5 პლაცენტის წინმდებარეობა

22. ქალებს, პლაცენტის წინმდებარეობით, საჭიროა შესთავაზოთ სკ იმ შემთხვევაში, როცა პლაცენტა ნაწილობრივ ან მთლიანად ფარავს საშვილოსნოს ყელის შიდა სანათურს (პლაცენტის წინმდებარეობა, მე-3 ან მე-4 ხარისხი). (23) (24)

4.6 პლაცენტის მჭიდროდ მიმაგრება

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

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

დიაგნოსტიკური კვლევების სიზუსტე

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

23. თუ ქალებში, გადატანილი სკ-ით, 32-34-ე კვირაზე დადასტურებულია პლაცენტის დაბალი მიმაგრება, მაშინ მათ პლაცენტის მჭიდროდ მიმაგრების დასადგენად, პირველადი დიაგნოსტიკური ტესტის სახით შესთავაზეთ ფერადი დოპლერი. [GPP].
24. თუ ულტრაბგერითი სკანირებით სავარაუდოა პლაცენტის მჭიდროდ მიმაგრება, მაშინ ქალთან ერთად განიხილეთ MRI კვლევის ჩატარების საკითხი (გაუმჯობესებული სიზუსტის გამო), რაც დაგეხმარებათ მჭიდროდ მიმაგრებული პლაცენტის დიაგნოსტიკებასა და ინვაზიის ხარისხის დადგენაში; ასევე, ორსულ ქალს საჭიროა აუხსნათ პროცედურის მიმდინარეობა და მიაწოდოთ ინფორმაცია, რომ არსებული გამოცდილებით, MRI უსაფრთხო კვლევას წარმოადგენს. თუმცა, მწირია მტკიცებულებები გრემლვადიანი რისკების შესახებ ბავშვის მიმართ. MRI კვლევა ჩაუტარეთ ქალს იმ შემთხვევაში თუ ის მისთვის მისაღებია.
25. პლაცენტის მჭიდროდ მიმაგრების დროს საკეისრო კვეთის ოპერაციის ჩატარებისას უზრუნველყავით:
 - გამოცდილი მეანის და ანესთეზიოლოგის დასწრება;
 - გამოცდილი პედიატრის დასწრება და მთავარი პემატოლოგის მზადყოფნა რჩევის მისაცემად;
 - კრიტიკული მოვლის საწოლის ხელმისაწვდომობა;
 - ჯვარედინად შეთავსებული სისხლისა და სისხლის პროდუქტების საკმარისი რაოდენობით ხელმისაწვდომობა. (26)
26. საკეისრო კვეთის დაგეგმვისას, პლაცენტის მჭიდროდ მიმაგრების სავარაუდო დიაგნოზის შემთხვევაში, მეანმა უნდა განსაზღვროს ჯანდაცვის სხვა რომელი პროფესიონალის დასწრება ან რჩევა გახდეს საჭირო. (27)
27. ყველა ჰოსპიტალს საჭიროა გააჩნდეს პლაცენტის მჭიდროდ მიმაგრების მართვის ადგილობრივი და დამტკიცებული პროტოკოლი, რომელიც უზრუნველყოფს მოვლის თითოეულ ელემენტს.

4.7 სკ-ის პროგნოზირება კლინიკურად ვიწრო მენჯის დროს

28. მშობიარობის პროგრესის შეფერხების (FTP) პროგნოზირების მიზნით პელვიმეტრია არ არის ინფორმატიული, ამიტომ მისი გამოყენება არ შეიძლება მშობიარობის მეთოდის შესახებ გადაწყვეტილების მიღების დროს. (28) (29) [A]
29. ფეხის ზომის, დედის სიმაღლის ან ნაყოფის ზომების შეფასების (ულტრაბგერითი ან კლინიკური გამოკვლევა) საშუალებით შეუძლებელია თავ-მენჯის დისპროპორციის ზუსტი პროგნოზირება, ამიტომაც დაუშვებელია მათი გამოყენება მშობიარობის პროგრესის შეფერხების პროგნოზირების მიზნით. (30) [B]

Commented [T14]:

4.8 დედის ინფექციების დედიდან ბავშვზე გადაცემა

აივ-ინფექცია

30. აივ ინფიცირებულ ქალებს შემდგომი დაგვარად დროულად მიაწოდეთ ინფორმაცია აივ მკურნალობისა და მშობიარობის სხვადასხვა მეთოდების რისკებისა და სარგებლის

შესახებ (როგორც მათთვის, ასევე ახალშობილისათვის), რათა მათ შესძლონ ინფორმირებული გადაწყვეტილების მიღება. (31) (32)

31. საკეისრო კვეთა (სკ) არ შესთავაზოთ აივ სტატუსის საფუძველზე, დედიდან ბავშვზე აივ ინფექციის გადაცემის პროფილაქტიკის მიზნით:

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

აგნობეთ ქალებს, რომ აღნიშნულ გარემოებებში აივ გადაცემის რისკი სკ-სა და ბუნებრივი გზით მშობიარობის დროს ერთნაირია. (34)

32. ქალებისთვის, რომლებიც იმყოფებიან ანტირეტროვირუსულ მკურნალობაზე (ART) 50-400 ასლი/მლ-ზე ვირუსული დატვირთვით, განიხილეთ მშობიარობის ფიზიოლოგიური მართვა ან საკეისრო კვეთა, რადგანაც არასაკმარისია მტკიცებულებები იმის შესახებ, რომ სკ თავიდან აგვაცილებს დედიდან ბავშვზე აივ გადაცემას.

33. სკ შესთავაზეთ აივ ინფიცირებულ ქალებს, რომლებიც არ იტარებენ ანტირეტროვირუსულ მკურნალობას ან იღებენ ნებისმიერ ანტირეტროვირუსულ თერაპიას და მათი ვირუსული დატვირთვა შეადგენს 400 ასლი/მლ-ს ან მეტს.

ჰეპატიტის ვირუსი (B, C)

34. B ჰეპატიტის დედიდან ბავშვზე გადაცემის შემცირება შესაძლებელია თუ ბავშვი მიიღებს იმუნოგლობულინს და ვაქცინას. ასეთ სიტუაციებში B ჰეპატიტის მქონე ორსულ ქალს არ უნდა შესთავაზოთ გეგმიური სკ, რადგანაც არასაკმარისია მტკიცებულებები იმის შესახებ, რომ ამ გზით შემცირდება B ჰეპატიტის ვირუსის დედიდან ბავშვზე გადაცემის ალბათობა. (35) [B]

35. ქალებს, რომლებიც ინფიცირებული არიან C ჰეპატიტით, არ უნდა შესთავაზოთ გეგმიური სკ, რადგანაც ის არ ამცირებს ვირუსის დედიდან ბავშვზე გადაცემას. (36) [C]

36. ორსულ ქალებს, რომლებიც ინფიცირებული არიან C ჰეპატიტითა და აივ-ით, უნდა შესთავაზოთ გეგმიური სკ, რადგანაც ის ამცირებს C ჰეპატიტისა და აივ-ის დედიდან ბავშვზე გადაცემის ალბათობას. (37) [C]

გენიტალური ჰერპესი

37. პირველადი, გენიტალური, მარტივი, ჰერპეს ვირუსული (HSV) ინფექციის მქონე ქალებს ორსულობის მესამე ტრიმესტრში საჭიროა შესთავაზოთ გეგმიური სკ, რადგანაც ის ამცირებს ნეონატალური HSV ინფექციის რისკს (38). [C]

38. მშობიარობის დროს ორსულ ქალებს, HSV რეციდივით, საჭიროა აგნობოთ, რომ გეგმიური სკ-ის ეფექტურობა გაურკვეველია ნეონატალური ინფიცირების რისკის შემცირების თვალსაზრისით. ამგვარად, კვლევების კონტექსტის მიღმა, მათთვის საკეისრო კვეთის რუტინულად შეთავაზება დაუშვებელია. (39) (40) [C].

4.9 სკ დედის მოთხოვნით

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

5. სკ-ის პროცედურული ასპექტები

5.1 გეგმიური სკ-ის დრო

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

44. საკეისრო კვეთით დაბადებულ ახალშობილებში რესპირატორული დაავადების რისკი მომატებულია, თუმცა, ეს რისკი მნიშვნელოვნად კლებულობს 39 კვირის შემდეგ. აქედან გამომდინარე, გეგმიური სკ არ უნდა ჩატარდეს რუტინულად 39 კვირამდე. [B]

5.2 გადაუდებლობის კლასიფიკაცია

ტრადიციულად, საკეისრო კვეთა იყოფა „გეგმიურ“ და „გადაუდებელ“ პროცედურებად. გადაუდებელი კატეგორია არის ფართო, რადგანაც ის შეიძლება მოიცავდეს ქალის ან ბავშვის სიცოცხლის გადასარჩენად წუთებში ჩატარებულ პროცედურებს, ასევე შემთხვევებს, როდესაც

¹მეან-გინეკოლოგების საერთაშორისო ფედერაციის, ეთიკური ასპექტების და ადამიანის რეპროდუქციული კომიტეტის მიერ გამოცემული განაცხადის თანახმად, სამედიცინო ჩვენების გარეშე საკეისრო კვეთის ჩატარების შესახებ, საკეისრო კვეთა წარმოადგენს ქირურგიულ პროცედურას, რომელიც დაკავშირებულია დედისა და ახალშობილის პოტენციურ რისკებთან, იმავდროულად მას ესაჭიროება მეტი რესურსის ალოკაცია ვიდრე ვაგინალურ მშობიარობას. ეს უკანასკნელი კი თავის მხრივ გაცილებით უსაფრთხოა დედისა და ახალშობილისათვის, როგორც მოკლევადიან ისე გრძელვადიან პერსპექტივაში. მიუხედავად იმისა, რომ გეგმიური საკეისრო კვეთის რისკებზე მტკიცებულებები ნაკლებად არსებობს,

ქალისა და ნაყოფის მდგომარეობა ნორმალურია, მაგრამ საჭიროა ადრეული მშობიარობა. სკ-ის გადაუდებლობის ხარისხის ნათელი კლასიფიკაციით შესაძლებელია ჯანდაცვის პროფესიონალებს შორის კომუნიკაციის პროცესის გაუმჯობესება და გაუგებრობათა შემცირება. NCEPOD² კლასიფიკაციის სისტემა იძლევა საკეისრო კვეთის ოთხ კლასად კატეგორიზაციის რეკომენდაციას. (59) აღნიშნული კატეგორიზაცია ასევე გვაწვდის ახალშობილის გამოსავლის პროგნოზსაც. (60)

45. საჭიროა გადაუდებელი საკეისრო კვეთის დოკუმენტირება შემდეგი სტანდარტული სქემის მიხედვით, რომელიც ხელს შეუწყობს ჯანდაცვის პროფესიონალებს შორის გადაუდებელი სკ-ის შესახებ ინფორმაციის ეფექტურ კომუნიკაციას, კერძოდ:

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

5.3 გადაწყვეტილება მშობიარობის ინტერვალზე გადაუდებელი სკ-ის დროს

შესავალი

გადაწყვეტილება მშობიარობის ინტერვალზე გადაუდებელი სკ-ის დროს (I და II კატეგორიები) კვლავ საკამათო საკითხს წარმოადგენს. ეს განსაკუთრებით ეხება 30 წუთიან ინტერვალს, რომელიც თავდაპირველ გაიდლაინში მიჩნეული იყო აუდიტის სტანდარტად და არა პრაქტიკულ რეკომენდაციად. მიუხედავად ამისა, კლინიკურ პრაქტიკაში აღნიშნული ინტერვალი იქცა კრიტიკული ზღვრად. საკამათო ასევე კლინიკურ პრაქტიკაში ინტერვალის მცირე განსხვავება I და II კატეგორიებს შორის. „RCOG³ კარგი პრაქტიკის გაიდლაინი #11, “საკეისრო კვეთის გადაუდებლობის კლასიფიკაცია - მუდმივი რისკი (2010)“ გვაწვდის რჩევას და მკაცრ რეკომენდაციას, რომ გადაუდებელ სიტუაციაში საჭიროა “მუდმივი რისკის“ ამოცნობა. შესაბამისად, აღნიშნულ სფეროში საჭირო გახდა NICE-ის რეკომენდაციების გადახედვა/განახლება.

საკითხის მიმოხილვა

გადაუდებელი საკეისრო კვეთის დროს მშობიარობის ინტერვალის (DDI)⁴ დასადგენად განხილულ იქნა სხვადასხვა კვლევათა შედეგები (61) (62) (63) (64), რომლის საფუძველზეც შემუშავდა შესაბამისი რეკომენდაციები:

ავტორთა განმარტებით საკეისრო კვეთის ოპერაციის ჩატარება არასამედიცინო ჩვენებით, არ არის ეტიკურად გამართლებული და დასაბუთებული.“

² "National Confidential Inquiry into Patient Outcome and Death" - "პატენტის გამოსავლების და სიკვდილობის ეროვნული კონფიდენციალური გამოძიება“.

³RCOG (Royal Collage of Obstetric and Gynecology) - მეან-გინეკოლოგთა სამეფო კოლეჯი.

⁴ DDI (Delivery Decision Interval- გადაწყვეტილება მშობიარობის ინტერვალზე).

46. I და II კატეგორიის სკ ჩაატარეთ (იხ. რეკომენდაცია 45) გადაწყვეტილების მიღებიდან შეძლებისდაგვარად სწრაფად, ეს განსაკუთრებით შეეხება I კატეგორიის სკ-ს.
47. II კატეგორიის სკ უმეტესწილად ჩაატარეთ გადაწყვეტილების მიღებიდან 75 წუთში.
48. გაითვალისწინეთ ქალისა და ნაყოფის მდგომარეობა დაჩქარებული მშობიარობის შესახებ გადაწყვეტილების მიღებისას. გახსოვდეთ, რომ სწრაფი მშობიარობა გარკვეულ გარემოებებში შესაძლებელია საზიანო აღმოჩნდეს.
49. სამშობიარო ბლოკის მუშაობის შესაფასებლად გამოიყენეთ გადაწყვეტილების მიღებიდან მშობიარობამდე ინტერვალის შემდეგი მაჩვენებლები:
 - 30 წუთი I კატეგორიის სკ-თვის (დედისა და ნაყოფის სიცოცხლის უშუალო საფრთხე);
 - 30 წუთი და 75 წუთი II კატეგორიის სკ-თვის (დედისა ან ნაყოფის არაკეთილსაიმედო მდგომარეობა, სიცოცხლის უშუალო გადაუდებელი საფრთხის გარეშე).

რატომ არის ეს მნიშვნელოვანი?

სასწრაფო გადაუდებელი სკ არის ფსიქოლოგიურად ტრავმული მოვლენა ქალებისა და მათი პარტნიორებისთვის, ასევე კლინიკური პერსონალისთვისაც. პერსონალისა და რესურსების მობილიზება შეიძლება საჭირო გახდეს კლინიკური ზრუნვის სხვა სფეროებიდან, რომელიც უნდა განხორციელდეს შეძლებისდაგვარად ნაყოფიერად და ეფექტურად, შფოთვის მინიმუმამდე დაყვანით და დედისა და ბავშვის უსაფრთხოების უზრუნველყოფით.

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

5.4 სკ-თვის მზადება და წინასაოპერაციო გამოკვლევები

50. ანემიის იდენტიფიცირების მიზნით ორსულ ქალებს საჭიროა შესთავაზოთ **ჰემოგლობინის** განსაზღვრა სკ-ის ჩატარებამდე. თუმცა, 1000 მლ-ზე მეტი სისხლის დაკარგვა სკ-ის შემდეგ ხშირი არ არის. მას ადგილი აქვს სკ-ის მხოლოდ 4 - 8 %-ში, რომელიც პოტენციურად სერიოზულ გართულებას წარმოადგენს. [C].
51. ორსულ ქალს, რომელსაც უკეთდება სკ მშობიარობის დროს სისხლდენის, პლაცენტის აცლის, საშვილოსნოს რუპტურის ან პლაცენტის წინმდებარეობის გამო, სკ უნდა ჩატარდეს სამეანო განყოფილებაში, სადაც სისხლის გადასხმის შესაძლებლობა არსებობს. [C].
52. ჯანმრთელ ორსულ ქალებს, გაურთულებელი ორსულობით, სკ-მდე რუტინულად არ უნდა შესთავაზოთ შემდეგი გამოკვლევები:
 - შრატის დაჯგუფება და შენახვა;
 - სისხლის ჯვარედინი შეთავსება;
 - შედედების სკრინინგი;

Commented [T15]: და ჰემატოკრიტის

- ულტრაბგერითი გამოკვლევა პლაცენტის ლოკალიზაციის განსაზღვრის მიზნით წინასაოპერაციო პერიოდში, რადგანაც არ აუმჯობესებს სკ-ის ავადობის ისეთ გამოსავლებს, როგორცაა: 1000 მლ-ზე მეტი სისხლის დაკარგვა, ნაყოფის დაზიანება, ჭიპლარის დაზიანება ან სხვა მიმდებარე სტრუქტურების დაზიანება). [C].

53. ქალები, რეგიონული ანესთეზიით ჩატარებული სკ-ით, საჭიროებენ შარდის ბუშტის კათეტერის ჩადგმას შარდის ბუშტის გადავსების პრევენციისათვის, რადგანაც ანესთეტიკებით ბლოკირება ხელს უშლის შარდის ბუშტის ნორმალურ ფუნქციონირებას. [GPP].

5.5 ანესთეზია სკ-ის დროს

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

- სკ-ის დროს ორსულ ქალებს საჭიროა მიაწოდოთ ინფორმაცია სკ-ის შემდგომი ანალგეზიის შესახებ იმისათვის, რომ შესაძლებელი გახდეს ანალგეზიის იმ ტიპის შეთავაზება, რომელიც საუკეთესოდ დააკმაყოფილებს მათ საჭიროებებს. [GPP].
- ქალებს, რომლებსაც უტარდებათ სკ, საჭიროა შესთავაზოთ რეგიონული ანესთეზია, რადგანაც ზოგად ანესთეზიასთან შედარებით უფრო უსაფრთხოა და ნაკლებად იწვევს დედისა და ბავშვის ავადობას. აღნიშნული მოიცავს პლაცენტის წინმდებარეობის დიაგნოზის მქონე ქალებსაც. [A].
- საკეისრო კვეთის დროს რეგიონული ანესთეზია ტარდება საოპერაციოში, რადგანაც ამ შემთხვევაში პაციენტის შფოთვა არ ძლიერდება. [B].
- ქალებს, რომლებსაც სკ უტარდებათ რეგიონული ანესთეზიით, ჰიპოტენზიის რისკის შემცირების მიზნით საჭიროა შესთავაზოთ ეფედრინი ან ფენილეფრინი ინტრავენურად და წინასწარი მოცულობითი დატვირთვა კრისტალოიდებით ან კოლოიდებით. [A].
- ყოველ სამშობიარო ბლოკს უნდა გააჩნდეს წარუმატებელი ინტუბაციის მართვის უნარი სამეანო ანესთეზიის დროს. [D].
- ასპირაციული პნევმონიის რისკის შემცირების მიზნით ქალებს უნდა შესთავაზოთ ანტაციდები და მედიკამენტები (მაგ. H₂ რეცეპტორის ანტაგონისტები ან პროტონული ტუმბოს ინჰიბიტორები) იმისათვის, რომ საკეისრო კვეთამდე შემცირდეს კუჭის მოცულობა და მჟავიანობა. [B].
- ქალებს, რომლებსაც უტარდებათ სკ, შესთავაზეთ ლებინების საწინააღმდეგო პრეპარატები (ფარმაკოლოგიური ან აკუპურესურა). [A].
- გადაუდებელი სკ-ის დროს ზოგადი ანესთეზია უნდა მოიცავდეს პრეოქსიგენაციას, ბეჭდისებრ ხრტილზე ზეწოლას და სწრაფ თანმიმდევრულ სტიმულაციას ასპირაციის რისკის შესამცირებლად. [GPP].
- ჰიპოტენზიის მართვის მიზნით სკ-ის დროს საჭიროა ინტრავენური ეფედრინის ან ფენილეფრინის გამოყენება. [A].
- საკეისრო კვეთისთვის განკუთვნილ საოპერაციო მაგიდას უნდა გააჩნდეს ლატერალური 15°-იანი დახრილობა, რადგანაც ეს ამცირებს დედის ჰიპოტენზიას. [A].

5.6 სკ-ის ქირურგიული ტექნიკა

აივ დადებითი ქალების საკეისრო კვეთის დროს საოპერაციო დარბაზში დედიდან სამედიცინო პერსონალზე ინფექციის გადაცემის პრევენციული და ბარიერული ტექნიკის ეფექტურობის დადგენის მიზნით ჩატარებულია კვლევები, რომელშიც შესწავლილია სხვადასხვა ტექნიკების, (70) საოპერაციო მასალებისა და ორმაგი ხელთათმანების გამოყენების გავლენა ინფექციის პრევენციაზე (71) (72) და ინფიცირების შემდგომი პროფილაქტიკა (73). აღნიშნული კვლევებით მიღებული მტკიცებულებების საფუძველზე შემუშავდა შესაბამისი რეკომენდაციები:

64. როდესაც სამედიცინო პერსონალი ატარებს აივ დადებითი ქალების საკეისრო კვეთას ან ასისტირებას უწევს ოპერაციის დროს, საჭიროა ორმაგი ხელთათმანების გამოყენება. ამ გზით მცირდება ჯანდაცვის პროფესიონალებზე აივ ინფექციის გადაცემის რისკი ოპერაციის მსვლელობის დროს. [A].
65. სკ-ის დროს საჭიროა უსაფრთხო ქირურგიულ პრაქტიკის შესახებ ზოგადი რეკომენდაციების დაცვა იმ მიზნით, რომ შემცირდეს აივ ინფექციის პერსონალზე გადაცემის რისკი. [C].

5.6.1 მუცლის კედლის განაკვეთი

საკეისრო კვეთის დროს ვერტიკალური განაკვეთი ჩანაცვლებულია განივი განაკვეთით (74). მეტაანალიზის საფუძველზე, განაკვეთის ტექნიკის მიხედვით შეფასდა პოსტოპერაციული ტკივილი, ჭრილობის ინფექციის მაჩვენებლები, ჭრილობის შეხორცების ხარისხი და გართულებები (75). ასევე ერთმანეთს შედარდა აბდომინალური განაკვეთის სხვადასხვა ტექნიკები (ფანენშტილი, მილარდი და ჯოელ-კოენი) (76). ფანენშტილის და ჯოელ-კოენის ტექნიკით შესრულებული განაკვეთის შეფასების შედეგად დადგინდა, რომ ჯოელ-კოენის განაკვეთის შემთხვევაში საკეისრო კვეთის ოპერაციის ხანგრძლივობა ნაკლებია და შემცირებულია პოსტოპერაციული ჭრილობის გართულებები. (77) (78) (EI=1-)

66. სკ საჭიროა ჩატარდეს განივი აბდომინალური განაკვეთით, რადგანაც ამ დროს შუახაზზე განაკვეთთან შედარებით ნაკლებია პოსტოპერაციული ტკივილი, ხოლო კოსმეტიკური ეფექტი გაუმჯობესებულია. [B]
67. განივი განაკვეთის არჩევანს წარმოადგენს ჯოელ-კოენის განაკვეთი (კანის სწორი გაკვეთა, ბოქვენის სიმფიზიდან 3 სმ-ით ზემოთ, მომდევნო ქსოვილოვანი შრეების გათიშვა ზღაგვად და თუ საჭიროა გაფართოება მაკრატლებით და არა დანით), რომელიც დაკავშირებულია ხანმოკლე ოპერაციასთან და შემცირებულ პოსტოპერაციულ ცხელებასთან. [A].

5.6.2 ინსტრუმენტების გამოყენება კანის განაკვეთზე

სკ-ის დროს კანის გასაკვეთად კონკრეტული ინსტრუმენტების გამოყენება არ შესწავლილა არცერთ კვლევაში. თუმცა, ჩატარებულია კვლევები, რომელშიც შედარებულია ოპერაციის გამოსავლები ერთი და ორი სკალპელის (კანისთვის და ღრმა ქსოვილებისთვის) ან ელექტროკოაგულაციის გამოყენებით. აღნიშნულ კვლევებში არ გამოვლინდა რაიმე განსხვავება ჭრილობის ინფექციების (79)(EI=1-) სნ სხვა გამოსავლების მხრივ. ერთადერთ განსხვავებას წარმოადგენს გაკვეთისას ელქტროდანის გამოყენების უპირატესობა სისხლის დანაკარგის თვალსაზრისით. (80) (81)(EI=1-).

Commented [T16]: აქ მტკიცებულება ?

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

5.6.3 საშილოსნოს განაკვეთის გაფართოება

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

5.6.4 ნაყოფის ლაცერაცია

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

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

5.6.5 მაშების გამოყენება

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

5.6.6 ჭიპლარის გადაჭერა

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

5.6.7 უტეროტონული საშუალებების გამოყენება

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

72. სკ-ის დროს საშილოსნოს შეკუმშვების სტიმულაციისა და სისხლის დაკარგვის შემცირების მიზნით საჭიროა ოქსიტოცინის 5 ერთეულის ნელი ინტრავენური ინექცია. [C].

5.6.8 პლაცენტის მოცილების მეთოდი

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

5.6.9 საშვილოსნოს ექსტერიორიზაცია (ჭრილობის გარეთ გამოტანა)

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

5.6.10 საშვილოსნოს ერთშრიანი ნაკერით დახურვა ორშრიანთან შედარებით

სკ-ის დროს საშვილოსნოს ერთშრიანი ნაკერით დახურვა შემოთავაზებული იყო ოპერაციის ხანგრძლივობის შესამცირებლად შემდგომი ავადობის გაზრდის გარეშე. მიმდინარე პრაქტიკის თანახმად, დიდ ბრიტანეთში ქირურგების 96% იყენებს ორშრიან დახურვას და მათი მხოლოდ 3% მიმართავს ერთშრიან დახურვას. (103) (104) (105) [EL=3].

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

5.6.11 პერიტონეუმის დახურვა

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

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

5.6.12 მუცლის კედლის დახურვა

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

5.6.13 კანქვეშა ქსოვილის დახურვა

78. დაუშვებელია კანქვეშა ქსოვილის რუტინული დახურვა, რადგანაც ეს არ ამცირებს ჭრილობის ინფექციის სიხშირეს, გარდა ქალებისა, რომელთა კანქვეშა ცხიმიც 2 სმ-ზე მეტია. (112) (113) [A].

5.6.14 ჭრილობის ზედაპირული დრენაჟების გამოყენება

79. სკ-ის დროს დაუშვებელია ჭრილობის ზედაპირული დრენაჟის გამოყენება, რადგანაც ამ გზით არ მცირდება ჭრილობის ინფექციის ან ჰემატომის სიხშირე. (114) (115) (116) [A].

5.6.15 კანის დახურვა

80. სკ-ის დროს სხვადასხვა საკერი მასალის ან კანის დახურვის მეთოდების გავლენა არასარწმუნოა. (117) (118) [C].

5.6.16 ჭიპის არტერიის pH-ის გაზომვა

81. ნაყოფის არაკეთილსაიმედო მდგომარეობაზე (ნაყოფის დისტრესი) ეჭვის შემთხვევაში, ყველა სკ-ის შემდეგ უნდა ჩატარდეს ჭიპის არტერიის pH-ის გაზომვა (თუ ეს გამოვლენა ტექნიკურად ხელმისაწვდომია). ეს უკანასკნელი აუმჯობესებს ნაყოფის კეთილდღეობასა და ჩვილზე უწყვეტი ზრუნვის პროცესს. (119) [B]

5.6.17 ანტიბიოტიკების გამოყენება

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

82. სკ-ის დროს ქალს პროფილაქტიკური მიზნით შესთავაზეთ ანტიბიოტიკების ერთჯერადი დოზა ი/ვ-ად (მაგალითად, პირველი თაობის ცეფალოსპორინები, ფართო სპექტრის პენიცილინები) კანის გაკვეთამდე 0-60 წთ-ით ადრე და მიაწოდეთ ინფორმაცია, რომ დედის ინფექციის რისკი ამ გზით უფრო მეტად მცირდება, ვიდრე კანის გაკვეთის შემდეგ ანტიბიოტიკების პროფილაქტიკური გამოყენებისას. ასევე აცნობეთ ქალებს, რომ ანტიბიოტიკების უარყოფითი გავლენა ახალშობილებზე არ არის გამოვლენილი (124) (125) (126).
83. სკ-ის დროს პოსტოპერაციული ინფექციების რისკის შესამცირებლად ქალებს შესთავაზეთ ანტიბიოტიკოპროფილაქტიკა. შეარჩიეთ ანტიბიოტიკები, რომლებიც ეფექტურია ენდომეტრიტის, საშარდე გზებისა და ჭრილობის ინფექციების წინააღმდეგ, ვინაიდან ისინი სკ-ის ოპერაციის შემდეგ ქალების $\approx 8\%$ -ში აღინიშნება [A].
84. არ გამოიყენოთ კო-ამოქსიკლავი ანტიბიოტიკების კანის გაკვეთამდე დანიშნვის დროს.⁵ [GPP].

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

Commented [T17]: არა ყვევას - ადრე არის აღწერილი

5.6.18 საკეისრო კვეთის დროს თრომბოპროფილაქტიკა

85. სკ-ის დროს ქალებს საჭიროა შესთავაზოთ თრომბოპროფილაქტიკა, რადგანაც ისინი ვენური თრომბოემბოლიის გაზრდილი რისკის ქვეშ იმყოფებიან. პროფილაქტიკის მეთოდის შერჩევას (მაგ. სპეციალური ელასტიური წინდა-კოლგოტი, ჰიდრატაცია, ადრეული მობილიზაცია, თრომბოპროფილაქტიკის დაწყება ოპერაციიდან 6-12 საათის შემდეგ დაბალმოლეკულური ან არაფრაქციონირებული ჰეპარინით) საჭიროა თრომბოემბოლური დაავადების რისკის გათვალისწინება და მოქმედი გაიდლაინების დაცვა. (127) (128) [D].

Commented [T18]: ალბათ უნდა გაკეთდეს ჩამონათვალი როდესაც ინეკვიური პროფილაქტიკა უნდა აუცილებლად ჩატარდეს

5.6.19 დედის კმაყოფილება საკეისრო კვეთის დროს

86. მშობიარობის დროს საჭიროა ქალების პრივილეგიების გათვალისწინება შესაძლებლობის ფარგლებში, როგორცაა, საოპერაციოში მუსიკის მოსმენა, ტიხარის დადაბლება ბავშვის დაბადების დასაწყისად ან სიჩუმის დაცვა იმისათვის, რომ ბავშვმა პირველად დედის ხმა გაიგონოს. (132) (129) (130) [GPP].

6. სკ-ით დაბადებულ ბავშვზე ზრუნვა

6.1 პედიატრის დასწრება სკ-ზე

Commented [T19]: ნეონატოლოგის

87. საკეისრო კვეთის ოპერაციას, რომელიც ტარდება ზოგადი ანესთეზიის ქვეშ ან სადაც სარწმუნოა ნაყოფის მძიმე (არაკეთილსაიმედო) მდგომარეობა, საჭიროა ესწრებოდეს შესაბამისად ტრენირებული და ახალშობილთა რეანიმაციაში კვალიფიცირებული პრაქტიკოსი. (131) (132) [C].

6.2 თერმული ზრუნვა სკ-ით დაბადებულ ჩვილებზე

88. სკ-ით დაბადებულ ბავშვებში ჰიპოთერმიის უფრო მაღალი ალბათობა არსებობს, შესაბამისად, ახალშობილის თერმული მოვლა საჭიროა წარმართოს თერმული ზრუნვის შესაბამისი პრაქტიკის მიხედვით. (133) (134) [GPP].

6.3 დედასთან კონტაქტი (კანით კანთან)

89. საჭიროა ქალსა და ახალშობილს შორის ადრეული, კანით კანთან კონტაქტის წახალისება და გამარტივება, რადგანაც ის აუმჯობესებს ახალშობილის დედისეულ აღქმას, დედობრივ უნარებს, დედობრივი ქცევის ჩამოყალიბებასა და ძუძუთი კვების შედეგებს, იმავდროულად, ამცირებს ჩვილის ტირილს. (135) (136) [A].

Commented [T20]: ან მამის

6.4 ძუძუთი კვება

90. ქალებს, გადატანილი სკ-ით, ესაჭიროებათ დამატებითი მხარდაჭერა იმისათვის, რომ ახალშობილის დაბადების შემდეგ შეძლებისდაგვარად მალე დაიწყონ ახალშობილის ძუძუთი კვება. აღნიშნული გამომდინარეობს იქიდან, რომ ქალები სკ-ის შემდეგ

ნაკლებად იწყებენ ძუძუთი კვებას დაბადებიდან პირველ რამდენიმე საათში. თუმცა, ძუძუთი კვების დაწყების შემდეგ ეს პროცესი ისევე გრძელდება, როგორც ფიზიოლოგიურად ნამშობიარებ ქალებში. (137) (138) [A].

7. ქალზე ზრუნვა სკ-ის შემდეგ

7.1 რუტინული მონიტორინგი სკ-ის შემდეგ

91. სკ-ის შემდეგ ქალზე მზრუნველმა ჯანდაცვის პროფესიონალმა უნდა იცოდეს, რომ მართალია ქალს ფიზიოლოგიური მშობიარობის შემდეგ იშვიათად ესაჭიროება ინტენსიური მკურნალობა, თუმცა, აღნიშნული გართულება უფრო ხშირად თავს იჩენს გადატანილი სკ-ის შემდეგ (დახლოებით 1000-დან 9). [B]
92. სკ-ის შემდეგ ქალის უწყვეტი მონიტორინგი, ერთი-ერთზე პრინციპით საჭიროა განახორციელოს ტრენირებულმა პერსონალმა, ვიდრე არ აღდგება სუნთქვის კონტროლი, დამყარდება კარდიორესპირატორული სტაბილურობა და ქალს დაუბრუნდება კომუნიკაციის უნარი. (139) [D].
93. ნარკოზიდან გამოსვლის შემდეგ საჭიროა მონაცემებზე დაკვირვება 2 საათის განმავლობაში, ყოველ ნახევარ საათში ერთჯერ (სუნთქვის სიხშირე, სისხლის წნევა, ტკივილი და სედაცია), ხოლო შემდგომში კი საათში ერთჯერ იმისათვის, რომ მონაცემები იყოს სტაბილური ან დამაკმაყოფილებელი. თუ მონაცემები არ არის სტაბილური, რეკომენდებულია უფრო ხშირი დაკვირვება და სამედიცინო შემოწმება. (140) [GPP].
94. ოპიატების ინტრათეკალურად (სპინალურად) გამოყენების დროს ქალებში საჭიროა მინიმუმ საათობრივი დაკვირვება სუნთქვის სიხშირეზე, სედაციასა და ტკივილის მაჩვენებელზე 12 საათის განმავლობაში დიამორფინისა და 24 საათის განმავლობაში მორფინის შემთხვევაში. (141) [GPP].
95. ოპიატების ეპიდურულად გამოყენების დროს ან პაციენტის მიერ კონტროლირებადი ანალგეზიის შემთხვევაში (ოპიატებით), ქალები საჭიროებენ რუტინულ დაკვირვებას რესპირატორულ ფუნქციებზე, სედაციასა და ტკივილის მაჩვენებელზე მკურნალობის განმავლობაში და გაუტკივარების შეწყვეტის შემდეგ მინიმუმ 2 საათის მანძილზე. (142) (143) [GPP].

7.2 ტკივილის მართვა სკ-ის შემდეგ

არასტეროიდული ანთების საწინააღმდეგო ანალგეზია

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

რეგიონული ანესთეზიის შემდგომი გართულებები

96. ქალებს დიამორფინი (0.3 -0.4 მგ ინტრათეკალურად/სპინალურად) უნდა შესთავაზოთ ინტრა- და პოსტოპერაციული ანალგეზიის მიზნით, რადგან მცირდება დამატებითი ანალგეზიის საჭიროებას სკ-ის შემდეგ. ეპიდურულად დიამორფინი (2.5-5 მგ) წარმოადგენს შესაფერისს ალტერნატივას. (144) [A].
97. სკ-ის შემდეგ საჭიროა შესთავაზოთ პაციენტის მიერ კონტროლირებადი ანალგეზია ოპიოიდური ანალგეტიკების გამოყენებით, რადგან მნიშვნელოვნად ამსუბუქებს ტკივილს. (145) [GPP].
98. სკ-ის შემდეგ საჭიროა არასტეროიდული ანთების საწინააღმდეგო პრეპარატების შეთავაზება სხვა ანალგეტიკებთან ერთად დამატებით, როცა არ არსებობს უკუჩვენება, რადგანაც ეს ამცირებს ოპიატების საჭიროებას. (146) [A].

7.3 საკვებისა და სითხის მიღება სკ-ის შემდეგ

99. ქალებს, სკ-ის შემდგომი გართულებების გარეშე, საკვებისა და სითხის მიღება შეუძლიათ თუ გრძნობენ შიმშილს ან წყურვილს. (147) [A].

Commented [T21]: რეგულალუ ანესტესიის შემდეგ

7.4 შარდის ბუშტიდან კათეტერის ამოღება სკ-ის შემდეგ

100. შარდის ბუშტის კათეტერის ამოღება შესაძლებელია ეპიდურული ანესთეზიის ბოლო დოზიდან 12 საათის შემდეგ და თუ პაციენტი მოძრაობის შესაძლებლობის მქონეა. (148) [D].

7.5 სუნთქვითი ფიზიოთერაპია სკ-ის შემდეგ

101. სკ-ის შემდეგ რუტინული სუნთქვითი ფიზიოთერაპიის შეთავაზება არ არის საჭირო ქალებისათვის, რომლებსაც ზოგადი ანესთეზია ჩაუტარდათ, რადგანაც არ აუზღობებს ისეთ რესპირატორულ შედეგებს, როგორცაა, ხველა, ნახველი, სხეულის ტემპერატურა, გულმკერდის პალპატორული და აუსკულტაციური ცვლილებები. (149) [A].

7.6 ქალების სკ-ის შემდგომი ინფორმირება

ქალებს, რომლებსაც ჩაუტარდათ სკ, საჭიროა მიეცეთ შესაძლებლობა, რომ ჯანდაცვის პროვაიდერებთან ერთად განიხილონ სკ-ის მიზეზები და მისი შესაძლო გავლენა მომავალ ორსულობებზე. (150) (151)

7.7 სტაციონარში დაყოვნების ხანგრძლივობა და რეკოსპიტალიზაცია

102. სკ-ის შემდეგ სტაციონარში დაყოვნების ხანგრძლივობა, სავარაუდოდ, უფრო მაღალია (საშუალოდ 3-4 დღე) ვაგინალურ მშობიარობასთან შედარებით (საშუალოდ 1-2 დღე). მიუხედავად ამისა, დაწესებულებაში დაყოვნება უნდა გადაწყდეს შესაბამისი ეროვნული პროტოკოლის შესაბამისად, დედისა და ბავშვის ჯანმრთელობის გათვალისწინებით. (152) (153) [A].

8. სკ-ის შემდგომი რეაბილიტაცია

103. ქალები, რომლებსაც ჩაუტარდათ სკ, ზოგადი პოსტნატალური მოვლის გარდა საჭიროა უზრუნველყოფილი იყვნენ შემდეგით:
- სკ-ის შემდგომ გამოჯანმრთელებასთან დაკავშირებული სპეციფიკური მოვლა;
 - ორსულობისა ან მშობიარობის სხვა გართულებების მართვასთან დაკავშირებული ზრუნვა. [GPP].
104. სკ-ის გადატანის შემდეგ ქალები რეგულარულად უნდა იღებდნენ პოსტოპერაციული ტკივილის შესაბამის გაუტკივარებას.
105. სკ-ის ჭრილობის მოვლა საჭიროა მოიცავდეს:
- ნახვევის მოხსნას სკ-დან 24 საათის შემდეგ;
 - ტემპერატურის მონიტორინგს;
 - ჭრილობის შეფასებას ინფექციის ნიშნებზე (როგორცაა, მზარდი ტკივილი, სიწითლე ან გამონადენი), კიდეების დაცილების ან ღიაობის განსაზღვრას;
 - ქალის რჩევას ატაროს თავისუფალი, კომფორტული ტანსაცმელი და ბამბის საცვლები;
 - ჭრილობის ყოველდღიურ, ფრთხილ გასუფთავებას და გაშრობას;
 - საჭიროების შემთხვევაში, ნაკერების ან კლიპების ამოღების დაგეგმვას. [D].
106. საშარდე ორგანოების პათოლოგიური სიმპტომების არსებობისას ქალებში, რომლებსაც გადატანილი აქვთ საკეისრო კვეთა, ჯანდაცვის პროფესიონალებმა უნდა განიხილონ ერთ-ერთი შესაძლო დიაგნოზი:
- საშარდე გზების ინფექცია;
 - სტრესული შეუკავებლობა (გვხვდება დაახლოებით ქალების 4%-ში სკ-ის შემდეგ);
 - საშარდე გზების დაზიანება (გვხვდება დაახლოებით 1/1000 სკ-ზე). [D].
107. ჯანდაცვის პროფესიონალებმა საჭიროა გაითვალისწინონ, რომ საშოდან არარეგულარული სისხლდენა ქალებში გადატანილი სკ-ით, შესაძლოა გამოწვეული იყოს ენდომეტრიტით და არა ჩარჩენილი ნაწილებით. [D].
108. ქალები, რომლებსაც ჩაუტარდათ სკ, თრომბოემბოლური დაავადების გაზრდილი რისკის ქვეშ იმყოფებიან (როგორც ღრმა ვენების თრომბოზი, ასევე ფილტვის ემბოლია), ამიტომაც ჯანდაცვის პროფესიონალებმა განსაკუთრებული ყურადღება უნდა მიაქციონ ქალებს, რომლებსაც აღენიშნებათ ხველა, ქოშინი ან ქვედა კიდურის სიმპტომები (მაგალითად, მტკივნეული შემუპებული წვივი). [D].
109. ქალებს, გადატანილი საკეისრო კვეთით, სრულად გამოჯანმრთელების შემდეგ შეუძლიათ დაუბრუნდნენ ცხოვრების ჩვეულ რიტმს და საქმიანობას, როგორცაა: მანქანის მართვა, მძიმე ნივთების ტარება, ვარჯიში და სქესობრივი ურთიერთობები. [GPP].
110. ქალებს, გადატანილი სკ-ით, ჯანდაცვის პროფესიონალებმა საჭიროა აცნობონ, რომ სკ-ის შემდეგ ისინი არ იმყოფებიან ძუძუთი კვების გართულების, დეპრესიის,

პოსტტრავმული სტრესის სიმპტომების, დისპარუნის და ფეკალური შეუკავებლობის გაზრდილი რისკის ქვეშ. [D].

9. ორსულობა და მშობიარობა სკ-ის შემდეგ

განმეორებითი მშობიარობის ვაგინალურად წარმართვა შესაძლებელია ერთჯერ გადატანილი სკ-ის შემთხვევაშიც, თუკი არ არსებობს საკეისრო კვეთის სხვა ჩვენება. ქვემოთ მოცემულ ვებ-გვერდზე წარმოდგენილია ვაგინალური მშობიარობის მცდელობის შეფასების (ქალებში გადატანილი საკეისრო კვეთით) მეთოდი (TOLAC), რომელიც პროფესიონალებს ეხმარება (ფორმალური შეფასების საშუალებით) ბუნებრივი გზით მშობიარობის ალბათობისა და რისკების წარმატებით შეფასებაში.⁶

111. მშობიარობის მეთოდის დაგეგმვის დროს ქალებში, გადატანილი საკეისრო კვეთით, საჭიროა გათვალისწინებული იქნას:

- დედის უპირატესობები და პრიორიტეტები;
- განმეორებითი საკეისრო კვეთის რისკები და სარგებელი;
- გეგმიური ვაგინალური მშობიარობის რისკები და სარგებელი;
- საშვილოსნოს რუპტურის რისკი;
- პერინატალური სიკვდილიანობის და ავადობის რისკი. (154).

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

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

113. ქალებს გადატანილი სკ-ით საჭიროა შესთავაზოთ:

- ნაყოფის ელექტრონული მონიტორინგი მშობიარობის დროს;
- მშობიარობის პროცესში განხორციელებული ზრუნვა ბლოკში, სადაც საჭიროების შემთხვევაში დაუყოვნებლივ ხელმისაწვდომია სკ და ადგილზე სისხლის გადასხმის მომსახურება. (157).

114. მშობიარობის აღძვრა შეიძლება შესთავაზოთ ქალებს, გადატანილი სკ-ით, მაგრამ ქალებმაც და ჯანდაცვის პროფესიონალებმაც საჭიროა იცოდნენ, რომ საშვილოსნოს რუპტურის ალბათობა გაზრდილია, კერძოდ:

- 80/10000, როდესაც მშობიარობა აღძვრება არაპროსტაგლანდინური აგენტებით;
- 240/10000, როდესაც მშობიარობა აღძვრება პროსტაგლანდინებით. [GPP].

⁶ <http://www.bsc.gwu.edu/mfmu/vagbirth.html>

Commented [T22]: რით აღძვრა - ამაზე მოსალაპარაკებელია

115. მშობიარობის აღმზრდისას ქალები, გადატანილი სკ-ით, საჭიროებენ აქტიურ მონიტორინგს. ასევე მათთვის ხელმისაწვდომი უნდა იყოს ნაყოფის ელექტრონული მონიტორინგი და გადაუდებელი სკ, რადგანაც საშვილოსნოს რუპტურის გაზრდილი რისკის ქვეშ იმყოფებიან. [GPP].
116. საჭიროა განმეორებით მშობიარე ქალების ინფორმირება, რომლებსაც ანამნეზში აღენიშნებათ, როგორც ვაგინალური მშობიარობა, ასევე საკეისრო კვეთის ოპერაცია, რომ მათში ბუნებრივი გზით მშობიარობის ალბათობა უფრო მაღალია, ვიდრე არანამშობიარე ქალებში, გადატანილი სკ-ით. [B]
117. ქალებს, რომლებსაც გადატანილი აქვთ 4-მდე ან 4 საკეისრო კვეთის ოპერაცია, მიაწოდეთ ინფორმაცია, რომ ცხელების, შარდის ბუშტის და ქირურგიული დაზიანების რისკები მშობიარობის მეთოდების მიხედვით არ განსხვავდება. გამონაკლისია საშვილოსნოს რუპტურის რისკი, რომელიც უფრო მაღალია გეგმიური ვაგინალური მშობიარობის დროს, თუმცა ის ძალზედ იშვიათად გვხვდება.
118. სკ-ის შემდეგ, სტაციონარში ყოფნის პერიოდში, ქალებს მიეცეთ შესაძლებლობა, რომ მედპერსონალთან ერთად განიხილონ გადატანილი სკ-ის მიზეზები. ასევე მიაწოდეთ მათ ვერბალური და ბეჭდური ინფორმაცია მომავალი ორსულობის დროს მშობიარობის მეთოდების არჩევის შესახებ.

10. შესაფასებელი (აუდიტის) სტანდარტები

გადაწყვეტილების მიღება
<p>არსებობს თუ არა სამედიცინო ისტორიაში ჩანაწერები, რომელიც ადასტურებს რომ განხორციელდა მშობიარესთან კომუნიკაცია, საკეისრო კვეთისა და ბუნებრივი გზებით მშობიარობის სარგებელსა და რისკებზე?</p> <p>როცა ქალი ითხოვს საკეისრო კვეთას, არის თუ არა დოკუმენტირებული მოთხოვნის სპეციფიურ მიზეზები?</p>
პროცედურის ჩატარება
<p>საკეისრო კვეთა თუ ტარდება რეგიონული ანესთეზიით?</p> <p>ქალს პროფილაქტიკის მიზნით თუ გაუკეთდა ანტიბიოტიკები?</p> <p>ქალმა პროფილაქტიკის მიზნით თუ მიიღო ანტიბიოტიკები მუცლის კანის გაკვეთამდე?</p> <p>ინიშნება თუ არა ანტაციდები რეგიონული ან ზოგადი ანესთეზიის დროს?</p> <p>რეგიონული ან ზოგადი ანესთეზიის წინ თუ ინიშნება H2 რეცეპტორების ანტაგონისტები ან პროტონული ტუმბოს ინჰიბიტორები?</p> <p>გეგმიური საკეისრო კვეთის შემთხვევაში ოპერაცია თუ ჩატარდა 39 კვირის ორსულობის ვადის შემდეგ?</p>
საკეისრო კვეთის სიხშირის შემცირება

Commented [T23]: ეს ამოსაღებია

გაურთულებელი, ერთნაყოფიანი, მენჯით წინმდებარეობის დროს, ნაყოფის თავზე გარეგანი მოზრუნება 36 კვირის ვადაზე თუ იყო შეთავაზებული და დოკუმენტირებული?

ქალის უწყვეტი ზედამხედველობა და მხარდაჭერა თუ განხორციელდა მშობიარობის განმავლობაში?

გაურთულებელი ორსულობის დროს, 41 კვირის ვადაზე მშობიარობის აღძვრა თუ იყო შეთავაზებული და დოკუმენტირებული?

პარტოგრამა თუ იყო გამოყენებული ერთნაყოფიანი, თავით წინმდებარეობით, დროული, ფიზიოლოგიური მშობიარობის დროს?

საკეისრო კვეთის გადაწყვეტილების მიღების პროცესში მონაწილეობდა თუ არა გამოცდილი მენი (გადაწყვეტილების მიმღები) და თუ არსებობს სამედიცინო ისტორიაში შესაბამისი ჩანაწერი?

Commented [T24]: როგორ ამოწმებთ? აქ ერთად ერთი არსი ratio woman/nurse

Commented [T25]: გადატანილი საკერსო კვეთის შემდეგ ბუნებრივი გზით ნამშობიარები ქლების რაოდენობა

დანართი N1 - კლინიკური ალგორითმი

1. საკეისრო კვეთის (სკ) დაგეგმვა

გადაწყვეტილების მიღება სკ-ის შესახებ

- შესთავაზეთ ორსულ ქალს მტკიცებულებებზე დაფუძნებული ინფორმაცია სკ-ის ჩვენებების, პროცედურების, დაკავშირებული რისკებისა და სარგებლის შესახებ, ასევე გადატანილი საკეისრო კვეთის გავლენაზე მომავალ ორსულობებსა და მშობიარობებზე. გაითვალისწინეთ ქალის მდგომარეობა, წუხილები და პრიორიტეტები (იხ. რეკომენდაციები 1, 2, და 4).
- კომუნიკაცია და ინფორმაციის მიწოდება საჭიროა განხორციელდეს ქალისთვის მისაღები ფორმით. ასევე გათვალისწინებული უნდა იქნას ეთნიკური უმცირესობებისა და იმ ქალთა საჭიროებები, რომლებისთვისაც ქართული ენა არ არის მშობლიური ენა ან მათ არ შეუძლიათ ქართულად კითხვა; ამასთანავე, საჭიროა შეზღუდული შესაძლებლობებისა და დაბალი ათვისების უნარის მქონე ქალების საჭიროებების გათვალისწინება (იხ. რეკომენდაცია 3).
- სკ-ზე თანხმობა მოითხოვება მას შემდეგ, რაც ორსულ ქალს მიეწოდება მტკიცებულებებზე დამყარებული სრულყოფილი ინფორმაცია (იხ. რეკომენდაცია 6).
- ორსულ ქალს უფლება აქვს უარი განაცხადოს საკეისრო კვეთის ოპერაციაზე იმ შემთხვევაშიც კი, როცა შეთავაზებული მეთოდი სარგებლობას მოუტანდა მას ან ბავშვის ჯანმრთელობას (იხ. რეკომენდაცია 7).
- აივ ინფიცირებულ ქალს მიაწოდეთ ინფორმაცია აივ მკურნალობის რისკებისა და სარგებლის, მკურნალობისა და მშობიარობის სხვადასხვა მეთოდების შესახებ (იხ. რეკომენდაცია 23).
- როდესაც სკ-ის ჩატარების გადაწყვეტილება მიღებულია, აღრიცხეთ ყველა ფაქტორი, რომელმაც გავლენა იქონია გადაწყვეტილებაზე და გამოყავით მათ შორის ყველაზე მნიშვნელოვანი (იხ. რეკომენდაცია 8).

გეგმიური სკ რუტინულად არ შესთავაზოთ ქალებს შემდეგი გართულებებით

- გაურთულებელი, დროული ორსულობა ტყუპებით და პირველი ნაყოფის თავით წინმდებარეობით (იხ. რეკომენდაცია 11).
- ვადამდელი მშობიარობა (იხ. რეკომენდაცია 13).
- გესტაციური ასაკისთვის მცირე ზომის ნაყოფი (იხ. რეკომენდაცია 14).
- აივ ინფიცირებულ ქალებს, რომლებიც იტარებენ HAART (მაღალი აქტივობის ანტი-რეტროვირუსული თერაპია) მკურნალობას ან მათი ვირუსული დატვირთვა შეადგენს 400 ასლი/მლ-ზე ნაკლებს, ასევე აივ ინფიცირებულ ქალებს, რომლებიც იტარებენ ნებისმიერ ანტირეტროვირუსულ მკურნალობას ან ვირუსული დატვირთვა 50 ასლი/მლ-ზე ნაკლებია (იხ. რეკომენდაცია 24).
- როცა BMI >50 (სხვა რისკ-ფაქტორების გარეშე) (იხ. რეკომენდაცია 5).
- ქალებს, ჰეპატიტი B ვირუსით (იხ. რეკომენდაცია 27).
- ქალებს, ჰეპატიტი C ვირუსით (იხ. რეკომენდაცია 28).

- ქალებს, მორეციდივე გენიტალური ჰერპესით (იხ. რეკომენდაცია 38).

შესთავაზეთ გეგმიური სკ ქალებს შემდეგი გართულებებით

- ერთნაყოფიანი, მენჯით წინმდებარეობით, დროულ ორსულს, რომლისთვისაც ნაყოფის თავზე გარეგანი მობრუნება უკუნაჩვენებია ან წარუმატებელი აღმოჩნდა (იხ. რეკომენდაცია 10).
- ტყუპებით ორსულობის დროს, როდესაც პირველი ნაყოფი არ არის თავით წინმდებარეობით (იხ. რეკომენდაცია 12).
- როცა პლაცენტა ნაწილობრივ ან მთლიანდ ფარავს ყელის შიდა სანათურს (იხ. რეკომენდაცია 15).
- აივ ინფიცირებულ ქალებს, რომლებიც არ ღებულობენ არავითარ ანტირეტროვირუსულ მკურნალობას ან როცა აივ და ვირუსული დატვირთვა ტოლია ან მეტია 400 ასლ/მლ-ზე, მიუხედავად ანტივირუსული მკურნალობისა (იხ. რეკომენდაცია 26).
- ქალებს, აივ ინფექციითა და ჰეპატიტი C ვირუსით (იხ. რეკომენდაცია 29).
- ქალებს, პირველადი გენიტალური მარტივი ჰერპესის ვირუსული ინფექციით (HSV) ორსულობის მესამე ტრიმესტრში (იხ. რეკომენდაცია 30).

აივ-შიდსი

ქალებში, რომლებსაც ანტირეტროვირუსული თერაპია (ART) უტარდებათ დოზით 50-400 ასლი/მლ-ზე, დასაშვებია, როგორც ბუნებრივი მშობიარობის, ასევე საკეისრო კვეთის დაგეგმვა (იხ. რეკომენდაცია 25).

მშობიარობის პროგრესის შეფერხების პროგნოზირება

- არ გამოიყენოთ პელვიომეტრია მშობიარობის მეთოდის გადაწყვეტილების მიღების პროცესში (იხ. რეკომენდაცია 21).
- არ გამოიყენოთ ფეხის ზომა, დედის სიმაღლე ან ნაყოფის ზომების შეფასება, მშობიარობის პროგრესის შეფერხების პროგნოზირების მიზნით (იხ. რეკომენდაცია 22).

გეგმიური სკ-ის სარგებელი ვაგინალური მშობიარობის არ არის განსხვავება: სარგებელი

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

მჭიდროდ მიმაგრებული პლაცენტის დიაგნოსტიკა

- პლაცენტის დაბალი მიმაგრების დიაგნოზის დადასტურების შემდეგ, 32-34 კვირის ორსულობის ვადაზე, ქალებში, რომლებსაც გადატანილი აქვთ სკ, გამოიყენეთ ფერადი დოპლერის ულტრაბგერითი გამოკვლევა პლაცენტის მჭიდროდ მიმაგრების დიაგნოსტიკის მიზნით (იხ. რეკომენდაცია 16).
- თუ ულტრაბგერითი სკანირებით სავარაუდოა პლაცენტის მჭიდროდ მიმაგრება:
 - ✓ ულტრაბგერით გამოკვლევასთან ერთად განიხილეთ გაუმჯობესებული სიზუსტის MRI-ის გამოყენება, რომელიც დაგეხმარებათ მჭიდროდ მიმაგრებული პლაცენტის დიაგნოსტიკაში და ინვაზიის ხარისხის დადგენაში;
 - ✓ აუხსენით ორსულ ქალს პროცედურის მსვლელობა და საჭიროება;
 - ✓ მიაწოდეთ ინფორმაცია ქალს, რომ თქვენი გამოცდილების მიხედვით MRI უსაფრთხოა, თუმცა, მწირია მტკიცებულებები გრძელვადიან რისკებზე ბავშვის მიმართ;
 - ✓ შესთავაზეთ MRI თუ ის ქალისთვის მისაღებია (იხ. რეკომენდაცია 17).
- დამსწრე მენთან ერთად განიხილეთ მშობიარობისთვის ხელმისაწვდომი ჩარევების არსებობა, სისხლის შეთავსებისა და გეგმიური სკ-ის ჩათვლით (იხ. რეკომენდაცია 18).
- დარწმუნდით რომ:
 - ✓ გამოცდილი მენი და ანესთეზიოლოგი ადგილზე არიან;
 - ✓ ადგილზეა კვალიფიციური პედიატრი;
 - ✓ მთავარი ჰემატოლოგი საქმის კურსშია, რომ მისი რჩევა შეიმღებება საჭირო გახდეს;
 - ✓ გადაუდებელი დახმარების საწოლი ხელმისაწვდომია;
 - ✓ მზადყოფნაშია და ხელმისაწვდომია შესაბამისი სისხლი და სისხლის პროდუქტები (იხ. რეკომენდაცია 18).
- როდესაც საკეისრო კვეთა უტარდება ქალს, პლაცენტის საეჭვო მჭიდროდ მიმაგრებით, წინასწარ განსაზღვრეთ სხვა ჯანდაცვის პროფესიონალებისა და კონსულტანტების საჭიროების ან დასწრების საკითხი (იხ. რეკომენდაცია 19).

გეგმიური სკ-ის ჩატარების დრო

რუტინულად არ ჩატაროთ გეგმიური სკ 39 კვირამდე (იხ. რეკომენდაცია 45).

დედის მოთხოვნა

- გამოიკვლიეთ, განიხილეთ და აღრიცხეთ მოთხოვნის სპეციფიკური მიზეზები (იხ. რეკომენდაცია 32).
- თუ ქალი მოითხოვს სკ-ს, როდესაც არ არსებობს სხვა ჩვენება, განიხილეთ მთლიანობაში სკ-ისა და ვაგინალური მშობიარობის სარგებელი და რისკები, ასევე გააკეთეთ ჩანაწერი, რომ განხილვას ჰქონდა ადგილი. განხილვისას ჩართეთ სამეანო გუნდის სხვა წევრები იმისათვის, რომ დარწმუნდეთ ქალის სრულყოფილ ინფორმირებაში (იხ. რეკომენდაცია 33).
- ქალს, რომელიც მოითხოვს სკ-ს მშობიარობის შიშის გამო, შესთავაზეთ შესაბამისი რჩევები და ეფექტური გაუტკივარება (იხ. რეკომენდაცია 34).
- თუ ქალისთვის განხილვისა და მხარდაჭერის შეთავაზების შემდეგ ვაგინალური მშობიარობა კვლავ მიუღებელი რჩება, შესთავაზეთ მას გეგმიური სკ (იხ. რეკომენდაცია 35).

ორსულობა და მშობიარობა სკ-ის შემდეგ

- გადატანილი საკეისრო კვეთის შემდეგ მშობიარობის მეთოდის შერჩევისას საჭიროა დედის პრიორიტეტების, განმეორებითი სკ-ის სარგებლისა და რისკების, სკ-ის შემდგომი გეგმიური ვაგინალური მშობიარობის სარგებლისა და რისკების, გადაუდებელი სკ-ის რისკების გათვალისწინება (იხ. რეკომენდაცია 112).
- გადატანილი სკ-ის შემდეგ ვაგინალური მშობიარობის დაგეგმვისას ქალს შესთავაზეთ ნაყოფის ელექტრონული მონიტორინგი, მშობიარობის დროისა და მშობიარობის ადგილის შერჩევა, სადაც ხელმისაწვდომია გადაუდებელი სკ-ის ჩატარება და სისხლის გადასხმის მომსახურება (იხ. რეკომენდაცია 114).
- მშობიარობის სტიმულირებისას, ქალები ადრე გადატანილი სკ-ით, საჭიროა იმყოფებოდნენ უწყვეტი მონიტორინგის ქვეშ. ასევე ხელმისაწვდომი უნდა იყოს ნაყოფის ელექტრონული მონიტორინგი და საჭიროების შემთხვევაში გადაუდებელი სკ-ის ჩატარება, რადგანაც ისინი საშვილოსნოს რუპტურის გაზრდილი რისკის ქვეშ იმყოფებიან (იხ. რეკომენდაცია 116).
- საჭიროა ქალების ინფორმირება, 4 და მეტი მშობიარობითა და გადატანილი სკ-ით, რომ ცხელების, შარდის ბუშტის და ქირურგიული დაზიანების რისკები არ განსხვავდება მშობიარობის მეთოდების მიხედვით. თუმცა, საშვილოსნოს რუპტურის რისკი უფრო მაღალია ვაგინალური მშობიარობის დროს. აღნიშნული შემთხვევები ძალიან იშვიათია (იხ. რეკომენდაცია 118).
- მიაწოდეთ ქალებს ინფორმაცია, რომ ბუნებრივი გზით მშობიარობისა და გადატანილი სკ-ის შემდეგ, ვაგინალური მშობიარობის ალბათობა უფრო მაღალია, ვიდრე არანამშობიარებ ქალებში გადატანილი სკ-ით (იხ. რეკომენდაცია 117).

სკ-ის ალბათობაზე გავლენას არ ახდენს

- სიარული მშობიარობისას;
- ზურგზე წოლის პოზიციის თავიდან აცილება მშობიარობის მე-2 ეტაპზე;
- წყალში მშობიარობა;
- ეპიდურული ანალგეზია მშობიარობისას;
- მშობიარობის დროს ჟოლოს ფოთლების გამოყენება;
- მშობიარობის აქტიური მართვა ან ადრეული ამნიოტომია, მშობიარობის მიმდინარეობის სტიმულირების მიზნით (იხ. რეკომენდაციები 42 და 44).

ჩარევები, რომელსაც შეუძლია სკ-ის სიხშირის შემცირება

- ჩართეთ გამოცდილი მენები სკ-ის გადაწყვეტილების მიღების პროცესში (იხ. რეკომენდაცია 40).
- შესთავაზეთ ნაყოფის თავზე გარეგანი მოზრუნება ქალებს, გაურთულებელი, ერთნაყოფიანი, მენჯით წინმდებარეობით ორსულობის 36-ე კვირაზე. (გამონაკლისია ქალები მშობიარობის პროცესში, ქალები საშვილოსნოს ნაწიბურით ან პათოლოგიით, ნაყოფის არაკეთილსამედო მდგომარეობა, დარღვეული სანაყოფო გარსები, საშოდან სისხლდენა და სხვა სამედიცინო მდგომარეობები). (იხ. რეკომენდაცია 9).
- 41 კვირის და მეტი ორსულობის ვადაზე შესთავაზეთ მშობიარობის აღძვრა (იხ. რეკომენდაცია 38).
- მშობიარობის დროს პათოლოგიური კარდიოტოკოგრაფიისას, საკეისრო კვეთამდე უზრუნველვყავით ნაყოფის სისხლის ნიმუშების აღება თუ ეს ტექნიკურად შესაძლებელია და არ არსებობს უკუჩვენებები (იხ. რეკომენდაცია 41).
- გამოიყენეთ პარტოგრამა 4-სათიანი აქტივობის ხაზით ქალებში, გაურთულებელი, ერთნაყოფიანი, დროული ორსულობით სპონტანური მშობიარობის დროს (იხ. რეკომენდაცია 39).

2. გადაწყვეტილება მშობიარობის ინტერვალზე

გადაუდებლობის კლასიფიკაცია

გადაუდებელი სკ-ის დოკუმენტირება მოახდინეთ შემდეგი სტანდარტული სქემის გამოყენებით:

- დედისა და ნაყოფის სიცოცხლის უშუალო საფრთხე (I კატეგორია);
- დედისა ან ნაყოფის არაკეთილსაიმედო მდგომარეობა, სიცოცხლის უშუალო გადაუდებელი საფრთხის გარეშე (II კატეგორია);
- არ აღინიშნება დედისა და ნაყოფის არაკეთილსაიმედო მდგომარეობა, მაგრამ საჭიროა ადრეული მშობიარობა (III კატეგორია);
- მშობიარობა ქალისა და პერსონალისათვის მოსახერხებელ/მისაღებ დროში დაგეგმვით (IV კატეგორია). (იხ. რეკომენდაცია 45).

გადაწყვეტილება მშობიარობის ინტერვალზე (DDI) გადაუდებელი სკ-ის დროს

- ჩაატარეთ I და II კატეგორიის სკ შემდგომი დაგვარად სწრაფად (იხ. რეკომენდაცია 47).
- ჩაატარეთ II კატეგორიის სკ გადაწყვეტილების მიღებიდან 75 წთ-ის ფარგლებში (იხ. რეკომენდაცია 48).
- გაითვალისწინეთ ქალისა და ნაყოფის მდგომარეობა, როდესაც მშობიარობის გადაწყვეტილებას სწრაფად იღებთ (იხ. რეკომენდაცია 49).

3. საკეისრო კვეთის პროცედურული ასპექტები

წინასაოპერაციო კვლევები და მომზადება

- ორსულ ქალს, რომელსაც სკ უტარდება მშობიარობის დროს სისხლდენის, პლაცენტის აცლის, საშვილოსნოს რუპტურის ან პლაცენტის წინმდებარეობის გამო, სკ უნდა ჩატარდეს სამენო განყოფილებაში, სადაც ხელმისაწვდომია სისხლის გადასხმის სერვისები (იხ. რეკომენდაცია 52).
- ჯანმრთელ ქალებს, გაურთულებელი ორსულობით, არ შესთავაზოთ რუტინულად შემდეგი გამოკვლევები:
 - ✓ შრატის შეგროვება და შენახვა;
 - ✓ სისხლის ჯვარედინი შეთავსება;
 - ✓ შედეგების შეფასება;
 - ✓ ულტრაბგერითი გამოკვლევა პლაცენტის ლოკალიზაციის დასადგენად (იხ. რეკომენდაცია 53).
- შესთავაზეთ ჰემოგლობინის განსაზღვრა ანემიის მქონე ქალების იდენტიფიცირების მიზნით (იხ. რეკომენდაცია 51).

- შესთავაზეთ თრომბოემბოლიის პროფილაქტიკა (პროფილაქტიკის არჩევანი დამყარებული უნდა იყოს თრომბოემბოლიური დაავადების რისკზე) (იხ. რეკომენდაცია 86).
- სკ-ის დროს ქალებს პროფილაქტიკური მიზნით შესთავაზეთ ანტიბიოტიკები კანის გაკვეთამდე. არ გამოიყენოთ კო-ამოქსიკლავი (იხ. რეკომენდაციები 83, 84 და 85).
- თუ სკ ტარდება რეგიონული ანესთეზიით, გამოიყენეთ შარდის ბუშტის კათეტერი (იხ. რეკომენდაცია 54).

ანესთეზია სკ-ის დროს

- შესთავაზეთ რეგიონული ანესთეზია (იხ. რეკომენდაცია 56).
- სკ-ის დროს ქალებს რეგიონული ანესთეზია საჭიროა ჩაუტარდეთ საოპერაციოში (იხ. რეკომენდაცია 57).
- რეგიონული ანესთეზიის დროს ქალებს სკ-ით შესთავაზეთ ინტრავენურად ეფედრინი ან ფენილეფრინი და მოცულობითი წინასწარი დატვირთვა კრისტალოიდებით ან კოლოიდებით (იხ. რეკომენდაცია 58).
- შესთავაზეთ ანტაციდები და მედიკამენტები (როგორცაა, H₂ რეცეპტორების ანტაგონისტები ან პროტონული ტუმბოს ინჰიბიტორები) კუჭის მოცულობისა და მჟავიანობის შესამცირებლად (იხ. რეკომენდაცია 60).
- შესთავაზეთ ღებინების საწინააღმდეგო მედიკამენტები (იხ. რეკომენდაცია 61).
- ზოგადი ანესთეზია არაგემიური სკ-ის დროს საჭიროა მოიცავდეს წინასწარ ოქსიგენაციას, ბეჭდისებრ ხრტილზე ზეწოლას და სწრაფ, თანმიმდევრულ სტიმულაციას (იხ. რეკომენდაცია 62).
- ყოველი სამშობიარო ბლოკი საჭიროა ფლობდეს პრაქტიკას და მას გააჩნდეს შესაბამისი უნარ-ჩვევები, რომ სამეანო ანესთეზიის დროს შეძლოს წარუმატებელი ინტუბაციის მართვა (იხ. რეკომენდაცია 59).
- განიხილეთ სკ-ის შემდგომი გაუტკივარების ვარიანტები (იხ. რეკომენდაცია 55).
- სკ-ის დროს ჰიპოტენზიის სამართავად გამოიყენეთ ინტრავენური ეფედრინი ან ფენილეფრინი (იხ. რეკომენდაცია 63).
- საოპერაციო მაგიდას სკ-თვის საჭიროა გააჩნდეს ლატერალური 15°-იანი აწევის მოწყობილობა (იხ. რეკომენდაცია 64).

სკ-ის ქირურგიული ტექნიკა

- ჩაიცვით ორმაგი ხელთათმანები აივ დადებითი ქალების საკეისრო კვეთის დროს (იხ. რეკომენდაცია 65).
- გამოიყენეთ განივი ქვედა აბდომინალური განაკვეთი (ჯოელ-კონის განაკვეთი) (იხ. რეკომენდაციები 67 და 68).
- როდესაც არის კარგად ფორმირებული საშვილოსნოს ქვედა სეგმენტი, გამოიყენეთ საშვილოსნოს განაკვეთის ბლაგვი წესით გაფართოება (იხ. რეკომენდაცია 70).
- გამოიყენეთ ოქსიტოცინი 5 ერთული ნელი ინტრავენური ინექციის სახით (იხ. რეკომენდაცია 73).
- მოაცილეთ პლაცენტა კონტროლის ქვეშ ჰიპლარის ტრაქციით (იხ. რეკომენდაცია 74).
- მოახდინეთ საშვილოსნოს ინტრაპერიტონული ადდგენა სკ-ის დროს (იხ. რეკომენდაცია 75).
- გაკერეთ საშვილოსნოს განაკვეთი ორ შრედ (იხ. რეკომენდაცია 76).
- თუ გამოყენებულია შუახაზოვანი აბდომინალური განაკვეთი, დახურვისას გამოიყენეთ ნელა გაწოვადი უწყვეტი ნაკერი (იხ. რეკომენდაცია 78).
- ნაყოფის არაკეთილსაიმედო მდგომარეობის დროს სკ-ის შემდეგ გაზომეთ ჰიპის არტერიის pH (იხ. რეკომენდაცია 82).
- დააკმაყოფილეთ ქალის მოთხოვნები მშობიარობის დროს (როგორცაა, საოპერაციოში მუსიკის მოსმენა), როდესაც შესაძლებელია (იხ. რეკომენდაცია 87).
- გამოიყენეთ მამები მხოლოდ იმ შემთხვევაში, როცა გამწვანებულია ბავშვის თავის დაბადება (იხ. რეკომენდაცია 72).
- არ მოახდინოთ საშვილოსნოს ჭრილობიდან ამოტანა (ექსტერიორიზაცია) (იხ. რეკომენდაცია 75).
- არ მოაცილოთ პლაცენტა მანუალურად (იხ. რეკომენდაცია 74).
- არ გამოიყენოთ სხვადასხვა ქირურგიული დანები კანისა და უფრო ღრმა ქსოვილების გასაკვეთად (იხ. რეკომენდაცია 81).
- რუტინულად არ დახუროთ კანქვეშა ქსოვილოვანი შრე თუ ქალს არა აქვს 2 სმ-ზე მეტი კანქვეშა ცხიმი (იხ. რეკომენდაცია 79).
- არ გამოიყენოთ ჭრილობის ზედაპირული დრენაჟები (იხ. რეკომენდაცია 80).

4. საკეისრო კვეთის შემდგომი რეაბილიტაცია

პოსტოპერაციული მონიტორინგი

- სკ-ის შემდეგ კვალიფიციურმა მედპერსონალმა საჭიროა აწარმოოს მეთვალყურეობა ერთ-ერთზე, ვიდრე არ აღდგება სასუნთქ გზებზე კონტროლი, კარდიორესპირატორული სტაბილურობა და ქალი შემღებს კომუნიკაციას (იხ. რეკომენდაცია 93).
- ანესთეზიიდან გამოსვლის შემდეგ გააგრძელეთ დაკვირვება (სუნთქვის სიხშირე, გულსცემის სიხშირე, სისხლის წნევა, ტკივილი და სედაცია) ყოველ ნახევარ საათში, 2 საათის განმავლობაში და შემდეგ ყოველ 1 საათში. თუ დაკვირვების შედეგები არ არის სტაბილური, გაზარდეთ დაკვირვების სიხშირე (იხ. რეკომენდაცია 94).
- ქალეზში, რომლებსაც მიეცათ ოპიატები ინტარაქეალურად, დააკვირდით სუნთქვის სიხშირეს, სედაციას და ტკივილის ქულებს საათობრივად, 12 საათის განმავლობაში დიამორფინის და 24 საათის განმავლობაში მორფინის შემთხვევაში (იხ. რეკომენდაცია 95).
- ქალეზში, რომლებსაც მიეცათ ოპიატები ეპიდურულად ან პაციენტის მიერ კონტროლირებადი ოპიატებით ანალგეზიის შემთხვევაში, დააკვირდით სუნთქვის სიხშირეს, სედაციას და ტკივილის ქულებს მკურნალობის მანძილზე და მკურნალობის შეწყვეტიდან მინიმუმ 2 საათის განმავლობაში (იხ. რეკომენდაცია 96).

სკ-ით დაბადებულ ბავშვზე ზრუნვა

- ახალშობილთა რენიმიციაში დახელოვნებული პრაქტიკოსი უნდა ესწრებოდეს სკ-ს, რომელიც ტარდება ზოგადი ანესთეზიის ქვეშ ან სადაც არსებობს ნაყოფის მძიმე მდგომარეობის მტკიცებულებები (იხ. რეკომენდაცია 88).
- თერმული მოვლა საჭიროა შეესაბამებოდეს ახალშობილებზე თერმული ზრუნვის კარგ პრაქტიკას (იხ. რეკომენდაცია 89).
- წახალისეთ და გააიოლეთ ადრეული, კანით კანთან კონტაქტი ქალსა და ახალშობილს შორის (იხ. რეკომენდაცია 90).
- შესთავაზეთ დამატებითი მხარდაჭერა ქალს იმისათვის, რომ დაეხმაროთ დაიწყოს ძუძუთი კვება შემღებისდაგვარად ადრე ბავშვის დაბადების შემდეგ. (იხ. რეკომენდაცია 91).

ქალის მოვლა სკ-ის შემდეგ

- ქალეზს საჭიროა შესთავაზოთ დიამორფინი (0.3 -0.4 მგ ინტრატექალურად/სპინალურად) ინტრა- და პოსტოპერაციული ანალგეზიისთვის, რადგან ეს სკ-ის შემდეგ ამცირებს დამატებითი ანალგეზიის საჭიროებას. ეპიდურულად დიამორფინი (2.5-5 მგ) არის შესაფერისი ალტერნატივა (იხ. რეკომენდაცია 97).
- პაციენტის მიერ კონტროლირებადი ანალგეზია ოპიოიდური ანალგეტიკების გამოყენებით საჭიროა შესთავაზოთ სკ-ის შემდეგ, რადგანაც ამსუბუქებს ტკივილს. (იხ. რეკომენდაცია 98).

- თუ არ არის უკუჩვენება, არასტეროიდული ანთების საწინააღმდეგო პრეპარატები უნდა შესთავაზოთ სკ-ის შემდეგ სხვა ანალგეტიკებთან ერთად დამატებით, რადგანაც ამცირებს ოპიატების საჭიროებას (იხ. რეკომენდაცია 99).
- ქალებს, სკ-ის შემდგომი გართულებების გარეშე, შეუძლიათ საკვებისა და სითხის მიღება თუ გრძობენ შიმშილს ან წყურვილს (იხ. რეკომენდაცია 100).
- რეგიონული ანესთეზიის შემდეგ შარდის ბუშტის კათეტერის ამოღება საჭიროა განხორციელდეს, როცა ქალი გახდება მობილური და არა უადრეს 12 საათისა ბოლო ეპიდურული დამატებითი დოზიდან (იხ. რეკომენდაცია 101).
- ზოგადი ანესთეზიით ჩატარებული სკ-ის შემდეგ საჭირო არ არის ქალებისთვის რუტინული სუნთქვითი ფიზიოთერაპიის შეთავაზება, რადგანც ეს არ აუმჯობესებს რესპირატორულ შედეგებს, როგორცაა, ხველა, ნახველი, სხეულის ტემპერატურა, გულმკერდის პალპატორული და აუსკულტაციური ცვლილებები (იხ. რეკომენდაცია 102).
- სტაციონარში დაყოვნების ხანგრძლივობა, სავარაუდოდ, უფრო მაღალია სკ-ის შემდეგ (საშუალოდ 3-4 დღე) ვაგინალურ მშობიარობასთან შედარებით (საშუალოდ 1-2 დღე). თუმცა, ქალებს, რომელთა პოსტოპერაციული გამოჯანმრთელება სწრაფად და გართულებების გარეშე მიმდინარეობს და არ აღენიშნებათ ცხელება, საჭიროა შესთავაზოთ ბინაზე ადრე გაწერა (24 საათის შემდეგ) და სახლში კონტროლი, რადგან აღნიშნული არ არის დაკავშირებული ჩვილის ზრდასთან ან დედის რეკოსპიტალიზაციასთან (იხ. რეკომენდაცია 103).
- ვიდრე ქალები, გადატანილი საკეისრო კვეთით, იმყოფებიან სტაციონარში, მიეცით მათ შესაძლებლობა, რომ მედპერსონალთან ერთად განიხილონ საკეისრო კვეთის საჭიროების მიზეზები და ასევე მიაწოდეთ ინფორმაცია მომავალი ორსულობისა და მშობიარობის შესახებ, როგორც ბეჭდვითი მასალების სახით, ასევე ვერბალურად (იხ. რეკომენდაცია 119).

სკ-ის შემდგომი გამოჯანმრთელება

- ზოგადი პოსტნატალური მოვლის გარდა, ქალები, რომლებსაც ჩაუტარდათ სკ, საჭიროა უზრუნველყოფილი იყვნენ სკ-ის შემდგომ გამოჯანმრთელებასთან დაკავშირებული სპეციფიკური მოვლითა და ორსულობისა ან მშობიარობის სხვა გართულებების მართვასთან დაკავშირებული ზრუნვით (იხ. რეკომენდაცია 104);
- ქალები, გადატანილი საკეისრო კვეთით, რეგულარულად უნდა იღებდნენ პოსტოპერაციული ტკივილის შესაბამის გაუტკივარებას (იხ. რეკომენდაცია 105);
- სკ-ის ჭრილობის მოვლა საჭიროა მოიცავდეს:
 - ✓ ნახვევის მოხსნას სკ-დან 24 საათის შემდეგ;
 - ✓ ცხელების სპეციფიკურ მონიტორინგს;
 - ✓ ჭრილობის შეფასებას ინფექციის ნიშნებზე (როგორცაა, მზარდი ტკივილი, სიწითლე ან გამონადენი), კიდეების დაცილებასა ან ღიაობაზე;
 - ✓ ქალის რჩევას ატაროს თავისუფალი, კომფორტული ტანსაცმელი და ბამბის საცვლები;
 - ✓ ჭრილობის ყოველდღიურ, ფრთხილ გასუფთავებასა და გაშრობას;
 - ✓ ნაკერების ან კლიპების ამოღების დაგეგმვას საჭიროების შემთხვევაში (იხ. რეკომენდაცია 106).
- ქალებს, გადატანილი საკეისრო კვეთით, სრულად გამოჯანმრთელების შემდეგ შეუძლიათ დაუბრუნდნენ ცხოვრების ჩვეულ რიტმს და საქმიანობას, რომელსაც მიეკუთვნება მანქანის მართვა, მძიმე ნივთების ტარება, ვარჯიში და სქესობრივი ურთიერთობა (იხ. რეკომენდაცია 110).
- ქალებს, გადატანილი საკეისრო კვეთით, პასუხიმგებელმა ჯანდაცვის პროფესიონალებმა საჭიროა აცნობონ, რომ სკ-ის შემდეგ ისინი არ იმყოფებიან ძუძუთი კვების სირთულეების, დეპრესიის, პოსტტრავმული სტრესის, დისპარეუნის და ფეკალური შეუკავებლობის გაზრდილი რისკის ქვეშ (იხ. რეკომენდაცია 111).

გაითვალისწინეთ სკ-ის სავარაუდო გართულებები

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

გამოყენებული ლიტერატურა

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

22. Levy BT, Dawson JD, Toth PP, Bowdler N. Predictors of neonatal resuscitation, low Apgar scores, and umbilical artery pH among growth-restricted neonates. *Obstet Gynecol* 1998; 91:909–16.
23. Thomas J, Paranjothy S, Royal College of Obstetricians and Gynaecologists Clinical Effectiveness Support Unit. The National Sentinel Caesarean Section Audit Report. London: RCOG Press; 2001;
24. Lewsi G, Drife J, editors. Why Mothers Die 1997_1999. The Fifth Report of the Confidential Enquiries into Maternal Deaths in the United Kingdom. London: RCOG Press; 2001.
25. Cantwell, R. et al. 2011 Saving Mothers' Lives: Reviewing maternal deaths to make motherhood safer 2006–2008. The eighth report of the confidential enquiries into maternal deaths in the United Kingdom. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*; 118:1-203
26. Warshak, C.R., Ramos, G.A., Eskander, R., Benirschke, K., Saenz, C.C., Kelly, T.F., Moore, T.R., Resnik, R. 2010. Effect of predelivery diagnosis in 99 consecutive cases of placenta accreta. *Obstetrics and Gynecology*; 1:65-69;
27. Wong, H.S., Hutton, J., Zuccollo, J., Tait, J., Pringle, K.C. 2008. The maternal outcome in placenta accreta: The significance of antenatal diagnosis and non-separation of placenta at delivery. *New Zealand Medical Journal*; 127:30-3828.
28. Pattinson RE. Pelvimetry for fetal cephalic presentations at term. *Cochrane Database Syst Rev* 2001;(3).
29. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Pelvimetry. Guideline No. 14. London: RCOG; 2001.;
30. Gorman RE, Noble A, Andrews CM. The relationship between shoe size and mode of delivery. *Midwifery Today* 1997;70–1.
31. Boer, K., England, K., Godfried, M.H., Thorne, C. 2010. Mode of delivery in HIV-infected pregnant women and prevention of mother-to-child transmission: changing practices in Western Europe. *HIV Medicine*; 11(6):368-78
32. Warszawski, J., Tubiana, R., Le Chenadec, J., Blanche, S., Teglas, J.P., Dollfus, C., Faye, A., Burgard, M., Rouzioux, C., Mandelbrot, L., ANRS French Perinatal Cohort. 2008. Mother-to-child HIV transmission despite antiretroviral therapy in the ANRS French Perinatal Cohort. *AIDS*; 2:289-299
33. Islam, S., Oon, V., Thomas, P. 2010. Outcome of pregnancy in HIV-positive women planned for vaginal delivery under effective antiretroviral therapy. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*; 1:38-40;
34. Gibb DM, Goodall RL, Dunn DT, Healy M, Neave P, Cafferkey M, et al. Mother-to-child Transmission of hepatitis C virus: Evidence for preventable peripartum transmission. *Lancet* 2000;356:904–7.;
35. Beasley RP, Trepo C, Stevens CE, Szmuness W. The e antigen and vertical transmission of hepatitis B surface antigen. *Am J Epidemiol* 1977;105:94–8.
36. Lee SD, Tsai YT, Wu TC, Lo KJ, Wu JC, Yang ZL. Role of caesarean section in prevention of mother-infant transmission of hepatitis B virus. *Lancet* 1998;833–4;
37. European Paediatric Hepatitis C Virus Network. Effects of mode of delivery and infant feeding on the risk of mother-to-child transmission of hepatitis C virus. *BJOG* 2001; 108:371–7.
38. Brown ZA, Benedetti J, Ashley R, Burchett S, Selke S, Berry S, et al. Neonatal herpes simplex virus infection in relation to asymptomatic maternal infection at the time of labor. *N Engl J Med* 1991;324:1247–52.
39. Randolph AG, Hartshorn RM, Washington AE. Acyclovir prophylaxis in late pregnancy to prevent neonatal herpes: a cost-effectiveness analysis. *Obstet Gynecol* 1996;88:603–10.
40. Derso A, Boxall EH, Tarlow MJ, Flewett TH. Transmission of HBsAg from mother to infant in four ethnic groups. *BMJ* 1978;1(6118):949–52;

41. Johanson RB, El Timini S, Rigby C, Young P, Jones P. Caesarean section by choice could fulfil the inverse care law. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2001;97:20–2;
42. Gamble JA, Creedy DK. Women's request for a cesarean section: a critique of the literature. *Birth* 2000;27:256–63.
43. Melender HL. Experiences of fears associated with pregnancy and childbirth: a study of 329 pregnant women. *Birth* 2002;29:101–11.
44. Bewley S, Cockburn J. II. The unfacts of „request“ caesarean section. *BJOG* 2002; 109:597–605.;
45. Hodnett ED, Lowe NK, Hannah ME, Willan AR, Stevens B, Weston JA, et al. Effectiveness of nurses as providers of birth labor support in North American hospitals. *JAMA* 2002;288:1373–81.
46. Hodnett ED, Gates S, Hofmeyr GJ, Sakala C. Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database Syst Rev* 2003;(3).
47. Hilder L, Costeloe K, Thilaganathan B. Prolonged pregnancy: evaluating gestation-specific risks of fetal and infant mortality. *Br J Obstet Gynaecol* 1998; 105:169–73.
48. Lavender T, Alfirevic Z, Walkinshaw S. Partogram action line study: a randomised trial. *Br J Obstet Gynaecol* 1998;105:976–80.
49. Pattinson RC, Howarth GR, Mdluli W, Macdonald AP, Makin JD, Funk M. Aggressive expectant management of labour: a randomised clinical trial. *BJOG* 2003;110:457–61
50. Thacker SB, Stroup DF. Continuous electronic heart rate monitoring for fetal assessment during labor. *Cochrane Database Syst Rev* 2000;(1)
51. Vintzileos AM, Antsaklis A, Varvarigos I, Papas C, Sofatzis I, Montgomery JTA randomized trial of intrapartum electronic fetal heart rate monitoring versus intermittent auscultation *Obstet Gynecol* 1993;81:899–907.
52. Simpson M. Raspberry leaf in pregnancy: its safety and efficacy in labor. *J Midwifery Women's Health* 2001;46:51–9.
53. Chin RK. Ginseng and common pregnancy disorders. *Asia_Oceania J Obstet Gynaecol* 1991;17:379–80;
54. Pinn G, Pallett L. Herbal medicine in pregnancy. *Complement Ther Nurs Midwifery* 2002;8:77–80.
55. Pinn G. Herbs used in obstetrics and gynaecology. *Aust Fam Physician* 2001;30:351–4.;58.Johanson RB, Menon BKV. Vacuum extraction versus forceps for assisted vaginal delivery. *Cochrane Database Syst Rev* 2003;(1).;
56. Royal College of Gynaecologists and Obstetricians. Instrumental vaginal delivery. Guideline No. 26. London: RCOG; 2000.
57. Madar J, Richmond S, Hey E. Surfactant deficient respiratory distress after elective delivery at „term“. *Acta Paediatr* 1999;88:1244–8.
58. Morrison JJ, Rennie JM, Milton PJ. Neonatal respiratory morbidity and mode of delivery at term: influence of timing of elective caesarean section. *Br J Obstet Gynaecol* 1995; 102:101–6.
59. Thomas J, Paranjothy S, Royal College of Obstetricians and Gynaecologists Clinical Effectiveness Support Unit. The National Sentinel Caesarean Section Audit Report. London: RCOG Press; 2001.
60. Holcroft, C.J., Graham, E.M., Aina-Mumuney, A., Rai, K.K., Henderson, J.L., Penning, D.H. 2005. Cord gas analysis, decision-to-delivery interval, and the 30-minute rule for emergency cesareans. *Journal of Perinatology*; 4:229-235
61. Chauleur, C., Collet, F., Furtos, C., Nourissat, A., Seffert, P., Chauvin, F. 2009. Identification of factors influencing the decision-to-delivery interval in emergency caesarean sections. *Gynecologic and Obstetric Investigation*; 4:248-254

62. Kolas, T., Hofoss, D., Oian, P. 2006. Predictions for the decision-to-delivery interval for emergency cesarean sections in Norway. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*; 5:561-566
63. Leung, T.Y., Chung, P.W., Rogers, M.S., Sahota, D.S., Lao, T.T., Hung Chung, T.K. 2009. Urgent cesarean delivery for fetal bradycardia. *Obstetrics and Gynecology*; 5:1023-1028
64. Holcroft, C.J., Graham, E.M., Aina-Mumuney, A., Rai, K.K., Henderson, J.L., Penning, D.H. 2005. Cord gas analysis, decision-to-delivery interval, and the 30-minute rule for emergency cesareans. *Journal of Perinatology*; 4:229-235
65. Shibli KU, Russell IF. A survey of anaesthetic techniques used for caesarean section in the UK in 1997. *Int J Obstet Anesth* 2000;9:160-7.;
66. Lertakyamane J, Chinachoti T, Tritrakarn T, Muangkasem J, Somboonnanonda A, Kolatat T. Comparison of general and regional anesthesia for cesarean section: Success rate, blood loss and satisfaction from a randomized trial. *J Med Assoc Thailand* 1999;82:672-9.;
67. Kolatat T, Lertakyamane J, Tritrakarn T, Somboonnanonda A, Chinachot T, Muangkasem J. Effects of general and regional anesthesia on the neonate (A prospective, randomized trial). *J Med Assoc Thailand* 1999;82:40-5.;
68. Dewan DM, Floyd HM, Thistlewood JM, Bogard TD, Spielman FJ. Sodium citrate pretreatment in elective cesarean section patients. *Anesth Analg* 1985;64:34-7.
69. Ewart MC, Yau G, Gin T, Kotur CF, Oh TE. A comparison of the effects of omeprazole and ranitidine on gastric secretion in women undergoing elective cesarean section. *Anaesthesia* 1990;45:527-30.
70. Tully L, Gates S, Brocklehurst P, McKenzie_McHarg K, Ayers S. Surgical techniques used during caesarean section operations: results of a national survey of practice in the UK. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2002;102:120-6.;
71. Eggleston MK Jr, Wax JR, Philput C, Eggleston MH, Weiss MI. Use of surgical pass trays to reduce intraoperative glove perforations. *J Matern Fetal Med* 1997; 6:245-7.
72. Tanner J, Parkinson H. Double gloving to reduce surgical cross_infection. *Cochrane Database Syst Rev* 2003;(1).
73. Royle JP. AIDS and the vascular surgeon. *J Cardiovasc Surg (Torino)* 1992;33:139-42.
74. Tully L, Gates S, Brocklehurst P, McKenzie_McHarg K, Ayers S. Surgical techniques used during caesarean section operations: results of a national survey of practice in the UK. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2002;102:120-6.
75. Burger JWA, van der Meulen RM, Jeekel J. Abdominal incisions: Techniques and postoperative complications. *Scand J Surg* 2002; 91:315-21.
76. Rock J, Jones III HW. *TeLinde's Operative Gynecology*. Philadelphia, PA: Lippincott, Williams and Wilkins; 2003.
77. Mathai M, Ambersheth S, George A. Comparison of two transverse abdominal incisions for cesarean delivery. *Int J Gynaecol Obstet* 2002;78:47-9.;
78. Stark M, Finkel AR. Comparison between the Joel-Cohen and Pfannenstiel incisions in cesarean section. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 1994;53:121-2
79. Hasselgren PO, Hagberg E, Malmer H, Saljo A, Seeman T. One instead of two knives for Surgical incision. Does it increase the risk of postoperative wound infection? *Arch Surg* 1984;119:917-20.
80. Johnson CD, Serpell JW. Wound infection after abdominal incision with scalpel or diathermy. *Br J Surg* 1990;77:626-7.
81. Pearlman NW, Stiegmann GV, Vance V, Norton LW, Bell RC, Staerkel R, et al. A prospective study of incisional time, blood loss, pain, and healing with carbon dioxide laser, scalpel, and electrosurgery. *Arch Surg* 1991;126:1018-20;

82. Magann EF, Chauhan SP, Bufkin L, Field K, Roberts WE, Martin JN Jr. Intra-operative haemorrhage by blunt versus sharp expansion of the uterine incision at caesarean delivery: a randomised clinical trial. *BJOG* 2002;109:448–52;
83. Tully L, Gates S, Brocklehurst P, McKenzie_McHarg K, Ayers S. Surgical techniques used during caesarean section operations: results of a national survey of practice in the UK. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2002;102:120–6.
84. Rodriguez AI, Porter KB, O'Brien WF. Blunt versus sharp expansion of the uterine incision in low-segment transverse cesarean section. *Am J Obstet Gynecol* 1994;171:1022–5.
85. Haas DM, Ayres AW. Laceration injury at cesarean section. *J Matern Fetal Neonatal Med* 2002;11:196–8.
86. James F. Smith, MD, Cesar Hernandez, MD, and Joseph R. Wax, MD. Fetal Laceration Injury at Cesarean Delivery. *Obstet Gynecol* 1997; 90: 344–6.
87. Warenski JC. A technique to facilitate delivery of the highfloating head at cesarean section. *Am J Obstet Gynecol* 1981;139:625–7.
88. Bofill JA, Lenki SG, Barhan S, Ezenagu LC. Instrumental delivery of the fetal head at the time of elective repeat cesarean: a randomized pilot study. *Am J Perinatol* 2000;17:265–9.
89. Mercer JS. Current best evidence: a review of the literature on umbilical cord clamping. *J Midwifery Womens Health* 2001;46:402–14.
90. A study of the relationship between the delivery to cord clamping interval and the time of cord separation. Oxford Midwives Research Group. *Midwifery* 1991;7:167–76.
91. Rabe H, Wacker A, Hulskamp G, Hornig_Franz I, Schulze_Everding A, Harms E, et al. A randomised controlled trial of delayed cord clamping in very low birth weight preterm infants. *Eur J Pediatr* 2000;159:775–7.
92. Dennehy KC, Rosaeg OP, Cicutti NJ, Krepski. Oxytocin injection after caesarean delivery: intravenous or intramyometrial? *Can J Anaesth* 1998;45:635–9.
93. Munn MB, Owen JV. Comparison of two oxytocin regimens to prevent uterine atony at cesarean delivery: a randomized controlled trial. *Obstet Gynecol* 2001;98:386–90.
94. Lokugamage AU, Paine M. Active management of the third stage at caesarean section: a Randomised controlled trial of misoprostol versus syntocinon. *Aust N Z J Obstet Gynaecol* 2001;41:411–14;
95. Gulmezoglu AM, Villar J, Ngoc NT, Piaggio G, Carroli G, Adetoro L, et al. WHO multicentre randomised trial of misoprostol in the management of the third stage of labour. *Lancet* 2001;358:689
96. Chou MM, MacKenzie IZ. A prospective, double-blind, randomized comparison of prophylactic intramyometrial 15methyl prostaglandin F₂, 125 micrograms, and intravenous oxytocin, 20 units, for the control of blood loss at elective cesarean section. *Am J Obstet Gynecol* 1994;171:1356–60.
97. Magann EF, Washburne JF, Harris RL, Bass JD, Duff WP, Morrison JC. Infectious morbidity, operative blood loss, and length of the operative procedure after cesarean delivery by method of placental removal and site of uterine repair. *J Am Coll Surg* 1995; 181:517–20.
98. McCurdy CM, Jr, Magann EF, McCurdy CJ, Saltzman AK. The effect of placental management at cesarean delivery on operative blood loss. *Am J Obstet Gynecol* 1992;167:1363–7.
99. Notelovitz M. Transplacental haemorrhage following Caesarean section. *S Af J Obstet Gynaecol* 1972;10:28–9.
100. Wilkinson C, Enkin, MW. Uterine exteriorization versus intraperitoneal repair at caesarean section. *Cochrane Database Syst Rev* 2003;(1).

101. Edi_Osagie EC, Hopkins RE, Ogbo V, Lockhat_Clegg F, Ayeko M, Akpala WO, et al. Uterine exteriorisation at caesarean section: influence on maternal morbidity. *Br J Obstet Gynaecol* 1998;105:1070-8.;
102. Wahab MA, Karantzis P, Eccersley PS, Russell IF, Thompson JW, Lindow SW. A randomised, controlled study of uterine exteriorisation and repair at caesarean section. *Br J Obstet Gynaecol* 1999;106:913-16;
103. Enkin MW, Wilkinson, C. Single versus two layer suturing for closing the uterine incision at Caesarean section. *Cochrane Database Syst Rev* 2001;(3).
104. Hauth JC, Owen J, Davis RO. Transverse uterine incision closure: one versus two layers. *Am J Obstet Gynecol* 1992;167:1108-11;
105. Chapman SJ, Owen J. One- versus two-layer closure of a low transverse cesarean: The next pregnancy. *Obstet Gynecol* 1997;89:16-18.
106. Tully L, Gates S, Brocklehurst P, McKenzie_McHarg K, Ayers S. Surgical techniques used during caesarean section operations: results of a national survey of practice in the UK. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2002;102:120-6.
107. Wilkinson CS Enkin MW. Peritoneal non_closure at casarean section. *Cochrane Database Syst Rev* 2001(3).
108. Hojberg KE, Aagaard J, Laursen H, Diab L, Secher NJ. Closure versus non_closure of peritoneum at cesarean section_evaluation of pain. A randomized study. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1998;77:741-5.
109. van „t RM, Steyerberg EW, Nellensteyn J, Bonjer HJ, Jeekel J. Meta analysis of techniques for closure of midline abdominal incisions. *Br J Surg* 2002;89:1350-6.
110. Weiland DE, Bay RC, Del Sordi S. Choosing the best abdominal closure by meta-analysis. *Am J Surg* 1998;176:666-70.
111. Tully L, Gates S, Brocklehurst P, McKenzie_McHarg K, Ayers S. Surgical techniques used during caesarean section operations: results of a national survey of practice in the UK. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2002; 102:120-6.
112. Chelmos D, Huang E, Strohbehn K. Closure of the subcutaneous dead space and wound disruption after Cesarean delivery. *J Matern Fetal Neonatal Med* 2002;11:403-8.
113. Allaire AD, Fisch J, McMahan MJ. Subcutaneous drain vs. suture in obese women undergoing cesarean delivery. A prospective, randomized trial. *J Reprod Med* 2000; 45:327-31.
114. Saunders NJ, Barclay C. Closed suction wound drainage and lower_segment caesarean section. *Br J Obstet Gynaecol* 1988;95:1060-2.
115. Maharaj D, Bagratee JS, Moodley J. Drainage at caesarean section-a randomised prospective study. *S Afr J Surg* 2000;38:9-12.
116. Ochsenein-Imhof N, Huch A, Huch R, Zimmermann R. No benefit from post-caesarean wound drainage: a prospective randomised controlled trial. *Swiss Med Wkly* 2001; 131:246-50.
117. Alderdice F, McKenna D, Dornan J. Techniques and materials for skin closure in caesarean section. *Cochrane Database Syst Rev* 2003;(1).;
118. Lindholt JS, Moller_Christensen T, Steele RE. The cosmetic outcome of the scar formation after caesarean section: percutaneous or intracutaneous suture? *Acta Obstet Gynecol Scand* 1994; 73:832-5.
119. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists Clinical Effectiveness Support Unit. The Use of Electronic Fetal Monitoring: The Use and Interpretation of Cardiotocography in Intrapartum Fetal Monitoring. Evidence_based Clinical Guideline No. 8. London: RCOG Press; 2001.
120. Henderson E, Love EJ. Incidence of hospital acquired infections associated with caesarean section. *J Hosp Infect* 1995;29:245-55.

121. Hebert PR, Reed G, Entman SS, Mitchel EF, Jr, Berg C, Griffin MR. Serious maternal morbidity after childbirth: prolonged hospital stays and readmissions. *Obstet Gynecol* 1999;94:942-7.
122. Smail F, Hofmeyr GJ. Antibiotic prophylaxis for cesarean section. *Cochrane Database Syst Rev* 2001;(3).
123. Hopkins L, Smail F. Antibiotic prophylaxis regimens and drugs for caesarean section. *Cochrane Database Syst Rev* 2001;(3).
124. Thigpen, B.D., Hood, W.A., Chauhan, S., Bufkin, L., Bofill, J., Magann, E., Morrison, J.C. 2005. Timing of prophylactic antibiotic administration in the uninfected laboring gravida: a randomized clinical trial. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*; 6:1864-1868
125. Nokiani, F.A., Akbari, H., Rezaei, M. 2009. Timing of prophylactic antibiotic administration in term cesarean section: A randomized clinical trial. *Iranian Journal of Clinical Infectious Diseases*; 2:71-76
126. Nygaard, I. 2006. Urinary incontinence: is cesarean delivery protective?. *Seminars in Perinatology*; 5:267-271
127. Yildirim, G., Gungorduk, K., Guven, H.Z., Aslan, H., Celikkol, O., Sudolmus, S., Ceylan, Y. 2009. When should we perform prophylactic antibiotics in elective cesarean cases? *Archives of Gynecology and Obstetrics*; 1:13-18;
128. Simpson EL, Lawrenson RA, Nightingale AL, Farmer RD. Venous thromboembolism in pregnancy and the puerperium: incidence and additional risk factors from a London perinatal database. *BJOG* 2001;108:56-60.;
129. Gates, S, Brocklehurst, P, and Davis, L. J. Prophylaxis for venous thromboembolic disease in pregnancy and the early postnatal period. *Cochrane Database Syst Rev* 2003;(2).
130. Sidorenko VN. Clinical application of Medical Resonance Therapy Music in high-risk pregnancies. *Integr Physiol Behav Sci* 2000;35:199-207.
131. Browning CA. Using music during childbirth. *Birth* 2000;27:272-6.;
132. Kroll L, Twohey L, Daubeney PE, Lynch D, Ducker DA. Risk factors at delivery and the need for skilled resuscitation. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 1994;55:175-7.
133. Eidelman AI, Schimmel MS, Bromiker R, Hammerman C. Pediatric coverage of the delivery room: an analysis of manpower utilization. *Journal of Perinatology* 1998;18:131-4.
134. Christensson K, Siles C, Cabrera T, Belaustequi A, De la Fuente P, Lagercrantz H, et al. Lower body temperatures in infants delivered by caesarean section than in vaginally delivered infants. *Acta Paediatr* 1993;82:128-31.
135. Larue F, Benhamou D, Jullien P, Labaille T, Champagne C. Temperature monitoring during epidural anesthesia for cesarean delivery. *Regional Anesthesia* 1991;16:322-4.
136. Anderson, G. C, Moore, E, Hepworth, J, and Bergman, N. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. *Cochrane Database Syst Rev* 2003;(2).
137. McClellan MS, Cabianca WA. Effects of early mother-infant contact following cesarean birth. *Obstet Gynecol* 1980;56:52-5.
138. Hannah ME, Hannah WJ, Hodnett ED, Chalmers B, Kung R, Willan A, et al. Outcomes at 3 months after planned cesarean vs planned vaginal delivery for breech presentation at term: The international randomized Term Breech Trial. *JAMA* 2002; 287:1822-31.
139. Tamminen T, Verronen P, Saarikoski S, Goransson A, Tuomiranta H. The influence of perinatal factors on breast feeding. *Acta Paediatr Scand* 1983;72:9-12.
140. Department of Health, Welsh Office, Scottish Office Department of Health, Department of Health and Social Services NI. Report on Confidential Enquiries into Maternal Deaths in the United Kingdom 1991-1993. London: HMSO; 1996.
141. Association of Anaesthetists of Great Britain and Ireland. Immediate postanaesthetic recovery. London: Association of Anaesthetists of Great Britain and Ireland; 2002.

141. Association of Anaesthetists of Great Britain and Ireland. Recommendations for standards of monitoring during anaesthesia and recovery. London: Association of Anaesthetists of Great Britain and Ireland; 2000.
142. Van de Velde M. What is the best way to provide postoperative pain therapy after caesarean section? *Curr Opin Anaesthesiol* 2000;13:267–70.
143. Ngan Kee WD, Khaw KS, Wong EL. Randomised double-blind comparison of morphine vs. a morphine-alfentanil combination for patient-controlled analgesia. *Anaesthesia* 1999; 54:629–33.
144. Bush DJ, Lyons G, Macdonald R. Diclofenac for analgesia after caesarean section. *Anaesthesia* 1992;47:1075–7.
145. Dennis AR, Leeson-Payne CG, Hobbs GJ. Analgesia after caesarean section. The use of rectal diclofenac as an adjunct to spinal morphine. *Anaesthesia* 1995;50:297–9.
146. Lim NL, Lo WK, Chong JL, Pan AX. Single dose diclofenac suppository reduces post-Cesarean PCEA requirements. *Can J Anesth* 2001;48:383–6.
147. Mangesi L, Hofmeyr GJ. Early compared with delayed oral fluids and food after caesarean section. *Cochrane Database Syst Rev* 2003;(2).
148. Groutz A, Gordon D, Wolman I, Jaffa A, Kupferminc MJ, Lessing JB. Persistent postpartum urinary retention in contemporary obstetric practice. Definition, prevalence and clinical implications. *J Reprod Med* 2001;46:44–8.
149. Kaplan B, Rabinerson D, Neri A. The effect of respiratory physiotherapy on the pulmonary function of women following caesarean section under general anesthesia. *Int J Obstet Gynaecol Obstet* 1994;47:177–8.
150. Small R, Lumley J, Donohue L, Potter A, Waldenstrom U. Randomised controlled trial of midwife led debriefing to reduce maternal depression after operative childbirth. *BMJ* 2000;321:1043–7.
151. Lavender T, Walkinshaw SA. Can midwives reduce postpartum psychological morbidity? A randomized trial. *Birth* 1998;25:215–19.
152. Thompson JF, Roberts CL, Currie M, Ellwood DA. Prevalence and persistence of health problems after childbirth: associations with parity and method of birth. *Birth* 2002; 29:83–94.
153. Department of Health, National Statistics. NHS Maternity Statistics England: 1998–99 to 2000–01. *Statistical Bulletin* 2000/11. London: The Stationery Office; 2002. [www.publications.doh.gov.uk/public/sb0211.htm]
154. Guise, J.M., Eden, K., Emeis, C., Jonas, D.E., Morgan, L.C., Reuland, D., Gilchrist, M., Finkelstein, Wiswanathan, M., Lohr, K.N., LydaMcDonald, B. 2010. Vaginal birth after caesarean: new insights. *Evidence Report/Technology Assessment*; 191:1–397
155. Tahseen, S., Griffiths, M. 2010. Vaginal birth after two caesarean sections (VBAC-2)- a systematic review with meta-analysis of success rate and adverse outcomes of VBAC_2 versus VBAC-1 and repeat (third) caesarean section. *BLOG: An International Journal of Obstetrics and Gynecology*; 1;5:29;
156. Cahill, A.G., Tuuli, M., Odibo, A.O., Stamilio, D.M., Macones, G.A. 2010. Vaginal birth after caesarean for women with three or more prior caesareans: assessing safety and success. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*; 4:422–427
157. Law, L.W., Pang, M.W., Chung, T.K., Lao, T.T., Lee, D.T., Leung, T.Y., Sahota, D.S., Lau, T.K. 2010. Randomised trial of assigned mode of delivery after a previous caesarean section -- impact on maternal psychological dynamics. *Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine*; 10:1106–1113