

Azərbaycan
Respublikası
Səhiyyə
Nazirliyi

QEYSƏRİYYƏ KƏSİYİ
ƏMƏLİYYATI ÜZRƏ
KLİNİK PROTOKOL



Bakı
2013

**Azərbaycan Respublikası Səhiyyə Nazirliyi
kollegiyasının 03 oktyabr 2013-cü il tarixli
30 sayılı qərarı ilə təsdiq edilmişdir**

**QEYSƏRİYYƏ KƏSİYİ ƏMƏLİYYATI ÜZRƏ
KLİNİK PROTOKOL**

Bakı - 2013

57.1
Q 40

Q 40 Qeysəriyyə kəsiyi əməliyyatı üzrə klinik protokol.
– 2013. – 24 səh.

Redaktor:

C.Məmmədov Səhiyyə Nazirliyi İctimai Səhiyyə və İslahatlar Mərkəzinin direktoru, t.f.d.

Tərtibçilər:

- F.Əliyeva Səhiyyə Nazirliyinin baş mama-ginekoloqu, Elmi-Tədqiqat Mamalıq və Ginekologiya İnstitutunun direktoru, dosent, t.f.d., RS/AP üzrə Milli Koordinator, tərtibçilər qrupunun rəhbəri
- F.Qurbanova Səhiyyə Nazirliyi İctimai Səhiyyə və İslahatlar Mərkəzinin Ambulator şöbəsinin mama-ginekoloqu, t.e.d.
- V.Qurbanova Abt Associates, Azərbaycanda Səhiyyənin Gücləndirilməsi layihəsi, Ana və uşaq sağlamlığı və Sübutlu təbabət üzrə mütəxəssis, t.f.d.
- M.Həsənova Elmi-Tədqiqat Mamalıq və Ginekologiya İnstitutunun böyük elmi işçisi, t.f.d.
- N.Axundova Elmi-Tədqiqat Mamalıq və Ginekologiya İnstitutunun baş həkimi, t.f.d.
- P.Əliyeva Ə.Əliyev adına Azərbaycan Dövlət Həkimləri Təkmilləşdirmə İnstitutunun Mamalıq-ginekologiya kafedrasının dosenti, t.f.d.
- S.Qazıyeva Səhiyyə Nazirliyi İctimai Səhiyyə və İslahatlar Mərkəzinin Tibbi keyfiyyət standartları şöbəsinin həkim-metodisti

Rəyçilər:

- H.Bağirova Azərbaycan Tibb Universitetinin II Mamalıq-ginekologiya kafedrasının müdiri, professor, t.e.d.
- E.Əliyeva Azərbaycan Tibb Universitetinin I Mamalıq-ginekologiya kafedrasının müdiri, professor, t.e.d.
- L.Rzaquliyeva Ə.Əliyev adına Azərbaycan Dövlət Həkimləri Təkmilləşdirmə İnstitutunun Mamalıq-ginekologiya kafedrasının müdiri, dosent, t.e.d.

Sübutların etibarlılıq dərəcəsi və elmi tədqiqatların tipləri

Sübutların etibarlılıq dərəcəsi	Sübutların mənbələri (elmi tədqiqatların tipləri)
Ia	Sübutlar meta-analiz, sistemativ icmal və ya randomizasiya olunmuş klinik tədqiqatlardan (RKT) alınmışdır
Ib	Sübutlar ən azı bir RKT-dən alınmışdır
IIa	Sübutlar ən azı bir yaxşı planlaşdırılmış, nəzarət edilən, randomizasiya olunmamış tədqiqatdan alınmışdır
IIb	Sübutlar ən azı bir yaxşı planlaşdırılmış kvazi-eksperimental tədqiqatdan alınmışdır
III	Sübutlar təsviri tədqiqatdan (məsələn, müqayisəli, korrelyasion tədqiqatlar, ayrı-ayrı halların öyrənilməsi) alınmışdır
IV	Sübutlar ekspertlərin rəyinə və ya klinik təcrübəyə əsaslanmışdır

Tövsiyələrin etibarlılıq səviyyəsi şkalası

Tövsiyələrin etibarlılıq səviyyəsi	Tövsiyələrin əsaslandığı sübutların etibarlılıq dərəcəsi
A	RKT-lərin yüksək keyfiyyətli meta-analizi, sistemativ icmalı və ya nəticələri uyğun populyasiyaya şamil edilə bilən, sistemativ səhv ehtimalı çox aşağı olan (++) irimiqyaslı RKT. Sübutların etibarlılıq dərəcəsi Ia.
B	Kohort və ya klinik hal - nəzarət tipli tədqiqatların yüksək keyfiyyətli (++) sistemativ icmalı, yaxud Sistemativ səhv riski çox aşağı olan (++) yüksək keyfiyyətli kohort və ya klinik hal - nəzarət tipli tədqiqat, yaxud Nəticələri uyğun populyasiyaya şamil edilə bilən, sistemativ səhv riski yüksək olmayan (+) RKT. Sübutların etibarlılıq dərəcəsi Ib və IIa.
C	Nəticələri uyğun populyasiyaya şamil edilə bilən, sistemativ səhv riski yüksək olmayan (+) kohort və ya klinik hal - nəzarət tipli və ya nəzarət edilən, randomizasiya olunmamış tədqiqat, yaxud Nəticələri uyğun populyasiyaya bilavasitə şamil edilə bilməyən, sistemativ səhv riski çox aşağı olan və ya yüksək olmayan (++) və ya (+) RKT. Sübutların etibarlılıq dərəcəsi IIb.
D	Klinik hallar seriyasının təsviri, yaxud Nəzarət edilməyən tədqiqat, yaxud Ekspertlərin rəyi. Yüksək səviyyəli sübutların mövcud olmamasının göstəricisidir. Sübutların etibarlılıq dərəcəsi III və IV.

İxtisarlarnın siyahısı:

AATE	ağciyər arteriyasının tromboemboliyası
APTV	aktivləşmiş parsial tromboplastin vaxtı
ART	antiretrovirus terapiyası
AT	arterial təzyiq
DQVƏC	döl qişalarının vaxtından əvvəl cırılması
DVT	dərin venaların trombozu
EKQ	elektrokardioqrafiya
HELLP	sindrom – H - (<i>hemolysis</i>) hemoliz, EL - (<i>elevated liver enzymes</i>) qaraciyər fermentlərinin aktivliyinin artması, LP - (<i>low platelet count</i>) trombositopeniya
XBT-10	Xəstəliklərin Beynəlxalq Təsnifatı (10-cu baxış)
İİV	insanın immunçatışmazlığı virusu
KTQ	kardiotokoqrafiya
QK	qeysəriyyə kəsiyi
USM	ultrasəs müayinəsi
ÜST	Ümumdünya Səhiyyə Təşkilatı
v/d	venadaxili

Protokol doğuşayardım müəssisələrinin mama-ginekoloq, anestezioloq-reanimatoloq, terapevt və həkim-laborantları üçün nəzərdə tutulub.

Protokol qeysəriyyə kəsiyi əməliyyatına göstərişləri, onun vaginal doğuşa nisbətən riskləri və üstünlükləri, cərrahi və anestezioloji aspektləri barədə tam məlumatla tibb işçilərinin təmin edilməsi üzrə sübutlu təbabətə əsaslanan metodik tövsiyələrin verilməsi məqsədini daşıyır.

ÜMÜMİ MÜDDƏALAR

Qeysəriyyə kəsiyi (QK) əməliyyatı – uşaqlıq üzərində kəsiyin aparılması ilə doğuşun abdominal yolla başa çatdırılmasıdır.

Müasir dövrdə bütün ölkələrdə QK əməliyyatlarının sayının artması qeyd olunur. Müxtəlif ölkələrdə bu, diri doğuşların 5%-dən 50%-ə qədərini təşkil edir. QK əməliyyatlarının sayının artması hesabına perinatal itkilərin azalması yalnız müəyyən həddə qədər mümkündür. ÜST-nin 2009-cu ilin tövsiyələrinə əsasən QK əməliyyatı doğuşların ümumi sayının 15%-dən yuxarı olduqda perinatal itkilərin azalmasına təsir göstərmir.

Azərbaycanda son 5 il ərzində QK əməliyyatlarının aparılma tezliyi 2006-cı ildə 7,45%-dən 2010-cu ildə 15,5%-dək artmış və 2011-ci ildə 19,3%-ə çatmışdır.¹ Analoji artım, mütləq göstəricilərin fərqlənməsinə baxmayaraq, bütün inkişaf etmiş ölkələrdə də müşahidə olunur.

XBT-10 ÜZRƏ TƏSNİFAT

- 082** Qeysəriyyə kəsiyi əməliyyatı vasitəsilə təkdöllü doğuş
- 082.0** Elektiv qeysəriyyə kəsiyi əməliyyatı ilə doğuş
ƏGO təkrar qeysəriyyə kəsiyi əməliyyatı
- 082.1** Təcili qeysəriyyə əməliyyatının aparılması
- 082.2** Qeysəriyyə histerektomiya əməliyyatı ilə doğuş
- 082.8** Digər təkdöllü doğuş
- 082.9** Qeysəriyyə kəsiyi əməliyyatı ilə doğuş, dəqiqləşdirilməmiş

¹ www.stat.gov.az

QK əməliyyatına göstərişlər

Hal-hazırda dünya təcrübəsində QK əməliyyatı üçün olan göstərişlər beş əsas qrupa bölünür:

1. Anamnezdə qeysəriyyə kəsiyi və ya uşaqlıq üzərində digər əməliyyatın olması (44,2%)
2. Doğuşa mane ola biləcək səbəblərin olması (distosiya) (14,9%)
3. Dölün çanaq gəlişi (11,6%)
4. Dölün disstressi (dölün disstressinə şübhə) (18,2%)
5. Digər (cift pozuntuları, çoxdöllü hamiləliklər, dölün xəstəlikləri) səbəblərin olması (11,1%)

Hamiləlik zamanı planlı QK əməliyyatına göstərişlər

1-ci qrup – anamnezində uşaqlıq üzərində əməliyyatlar:

- ▶ Uşaqlıq üzərində QK-dən sonra çapıq
- ▶ Əvvəlki doğuş zamanı uşaqlığın cırılması
- ▶ Uşaqlıqda böyük həcmli əməliyyatın aparılması
- ▶ Uşaqlıqda rekonstruktiv əməliyyatların aparılması

2-ci qrup – doğuşa mane ola biləcək səbəblər (distosiya):

- ▶ Doğuş yollarının anomaliyaları və xəstəlikləri (arəsmələr; uşaqlığın inkişaf qüsurları; uşaqlıq boynunun atreziyası və ya stenozu; rekonstruktiv əməliyyatlardan sonra uşaqlıq yolunun çapıqlı dəyişiklikləri, anamnezdə və hazırda sidik-cinsiyyət və ya rekto-cinsiyyət fistulları, uşaqlıq yolu və xarici cinsiyyət venalarının kəskin varikoz genəlməsi və s.)
- ▶ Doğuş zamanı dölün irəliləməsinə mane olan uşaqlıq boynunun və ya cisminin, sidik kisəsinin, çanağın, qadın cinsiyyət orqanlarının törəmələri, sidik kisəsinin daşları
- ▶ Dölün köndələn vəziyyəti
- ▶ Çanağın ölçüləri ilə dölün başının ölçüləri arasında uyğunsuzluq
- ▶ Şəkərli diabetli qadınlarda dölün çəkisinin 4500 q və artıq olması (**D**)
- ▶ Əvvəlki doğuşda qasıq birləşməsinin aralanması
- ▶ Çanağın anadangəlmə və ya qazanılmış deformasiyaları

3-cü qrup – dölün çanaq gəlişləri:

- ▶ Başa çatmış hamiləlik zamanı (37-ci həftədən sonra) dölün çanaq gəlişləri (**A**)

- ▶ Vaxtından əvvəl doğuşlarda dölün çanaq gəlişləri zamanı dölün çəkisinin 1500 q və artıq olması

4-cü qrup – döl tərəfdən göstərişlər (dölün perinatal mühafizəsi):

- ▶ Dölün inkişafının ləngiməsi
- ▶ Rezus-izoimmunizasiya nəticəsində dölün ağır dərəcəli immunizasiyası
- ▶ Müxtəlif inkişaf qüsurları və döldə cərrahi korreksiyaya ehtiyac olması

5-ci qrup – digər göstərişlər:

- ▶ Mamalıq:
 - ✓ Tam və ya natamam çift gəlişi (D)
 - ✓ Çoxdöllü hamiləlik – 3 və daha artıq döllə
 - ✓ Əkiz döllü hamiləlik zamanı 1-ci dölün çanaq gəlişində olması, əkizlərin birləşmiş olması (C)
 - ✓ Qadının yaşından asılı olmayaraq anamnezində perinatal ölüm və ya ağır dərəcəli perinatal xəstəliklərin olması
- ▶ Ginekoloji:
 - ✓ Uzun müddətli sonsuzluq
 - ✓ Köməkçi reproduktiv texnologiyaların istifadəsindən sonra baş vermiş hamiləliklər
- ▶ Ekstragenital:
 - ✓ Təbii doğuş yolları ilə doğuşun aparılmasına əks-göstəriş olan ağır ekstragenital xəstəliklər
 - ✓ İİV infeksiyası
 - qadında heç bir antiretrovirus terapiyasının aparılmadığı halda (A)
 - İİV infeksiyası qadında antiretrovirus terapiyasının aparıldığı, lakin virusun konsentrasiyası 400 hüceyrə/ml və daha artıq olduğu halda
 - ✓ Budun anadangəlmə çıxığı, çanaq-bud oynaqının ankilozu, bel sütununun deformasiyası
 - ✓ Hepatit C virusu ilə yanaşı İİV-lə infeksiyalaşma (C)
 - ✓ Hamiləliyin 3-cü trimestrində cinsiyyət yollarının aktiv herpetik infeksiyasının olması (C)

Hamiləlik və doğuş vaxtı təcili QK əməliyyatına göstərişlər

- ▶ Hamiləlik və ya doğuş zamanı güclü qanaxma (qanaxma ilə nəticələnən ciftin tam və ya natamam gəlişləri, ciftin qopması və s.)
- ▶ Uşaqlığın cırılması və ya cırılma təhlükəsi
- ▶ Ağır preeklampsiya, eklampsiya
- ▶ HELLP sindromu
- ▶ Dölün kəskin hipoksiyası (disstresi)
- ▶ Göbək ciyəsi gəlişi (öndə gəlməsi)
- ▶ Göbək ciyəsi ilgəklərinin düşməsi
- ▶ Dölün diri və yaşamaq qabiliyyəti olduğu halda ananın ölümü və ya aqonal vəziyyəti
- ▶ Doğuş zamanı klinik dar çanaq
- ▶ Müalicə tədbirlərinə cavab verməyən doğuş fəaliyyətinin zəifliyi, doğuşun gedişində dinamikanın olmaması
- ▶ Doğuş induksiyasının effektivsizliyi
- ▶ Dölün başının qeyri-düzgün duruşları: alın gəlişi, ön görkəmdə üz gəlişi, sagittal tikişin yüksəkdə düz yerləşməsi, ön-təpə gəlişi

Ekstragenital patologiya zamanı QK əməliyyatının aparılmasına göstərişlərin olması haqqında qərar mütəxəssis tərəfindən yazılı formada təqdim olunmalıdır.

QK əməliyyatının aparılmasının təcillik təsnifatı

Səhiyyə işçilərinin əlaqəli işinin dəqiq və düzgün təşkili məqsədlə müasir dövrdə QK əməliyyatının aparılmasının standartlaşdırılmış təcillik təsnifatı qəbul olunmuşdur. Ana və uşaq sağlamlığı üçün təhlükədən asılı olaraq QK əməliyyatının aparılması qərarı ilə onun icrası arasındakı müddət təcillik kateqoriyasından asılı olaraq müəyyənləşdirilmişdir.

Kateqoriya 1. Təxirəsalınmaz əməliyyatlar: QK qərarı qəbul olunduqdan sonra əməliyyat mümkün qədər tez, ən qısa müddət ərzində icra olunmalıdır (30 dəqiqədən çox olmamaq şərti ilə) – ana və dölün həyatı üçün bilavasitə təhlükə var, məsələn, uşaqlıq yolundan qanaxma, uşaqlığın cırılması, dölün kəskin hipoksiyası, göbək ciyəsinin düşməsi və digər fəsadlar.

Kateqoriya 2. Təcili əməliyyatlar: QK qərarı qəbul olunduqdan sonra əməliyyat mümkün qədər tez icra olunmalıdır (75 dəqiqədən

çox olmamaq şərti ilə) – bilavasitə həyati təhlükə olmadığı halda ana və ya uşağın vəziyyətinin getdikcə pisləşməsinin qarşısının alınması məqsədilə doğuş təcili başa çatdırılmalıdır, məsələn, doğuş fəaliyyətinin zəifliyi, distosiya və digər fəsadlar.

Kateqoriya 3. Planlaşdırılmış QK əməliyyatının müəyyən səbəblərdən erkən icra olunmasına ehtiyac yaranır, məsələn, DQVƏC ilə fəsadlaşan çanaq gəlişi və digər fəsadlar.

Kateqoriya 4. Planlı QK əməliyyatının vaxtı qadının və personalın razılaşması əsasında təyin edilir (C).

Doğuşun tez başa çatdırılması qərara alındıqda qadının və doğulan uşağın vəziyyətinin nəzərə alınması ilə yanaşı bəzi hallarda sürətlə gedən doğuşun fəsadlarını da nəzərdə tutmaq lazımdır.

Abdominal doğuşa əks-göstərişlər (hamilənin həyatı üçün təhlükə törədən vəziyyətlər istisna olmaqla!):

- ▶ Dölün bətdaxili ölümü
- ▶ Dölün ürək fəaliyyətinin nəzərə çarpan dərəcədə pozulması
- ▶ Dölün eybəcərliyi və ya dərin yetişməzliyi

Əgər əməliyyatdan imtina qadının ölümü ilə nəticələnə bilərsə, QK əməliyyatı dölün vəziyyətindən asılı olmayaraq icra edilir.

QK əməliyyatının aparılma ehtimalını azaldan amillər/hallar

- ▶ Partnyor doğuşlar (yəni, doğan qadının öz seçimi ilə yaxınlarından birinin iştirakı ilə aparılan doğuş) (A)
- ▶ Hamiləlik ağırlaşmaları olmadıqda hamiləliyin **41 həftəsindən sonra** doğuşun induksiyası (A)
- ▶ 4 saatdan bir partoqramın izlənilməsi (A)
- ▶ QK əməliyyatının aparılması qərarının həkimlərin konsiliumunda razılaşdırılması (C)

Diqqət!

- ▶ Pelviometriya doğuş üsulunun seçilməsində proqnostik əhəmiyyət kəsb etmir (A)
- ▶ Hamilə qadının və dölün kütlələri (USM-ə əsasən) qadının çanağı ilə dölün ölçüləri arasında uyğunsuzluğu dəqiqliklə təyin etmir və doğuşun qeyri-qənaətbəxş gedişatını proqnozlaşdırmır (B)
- ▶ Dölün rutin kardiomonitorinqi QK əməliyyatının aparılma ehtimalını artırır. Əgər QK əməliyyatı dölün ürək döyünməsi anormal olduğuna görə aparılırsa və o zaman dölün asidozuna

şübhə yaranırsa, onda təsdiqedicə üsul kimi dölün qanının analiz edilməsi məsləhət görülür (texniki imkan olarsa və əks-göstəriş yoxdursa) (B)

- ▶ QK əməliyyatından sonra vaginal doğuşların aparılması məsələsi həkimlərin konsiliumunda müzakirə olunmalıdır və dölün fasiləsiz elektron monitorinqi üçün texniki şərait olan müəssisədə (II və ya III səviyyəli doğuşyardım müəssisəsi) aparıla bilər

QK əməliyyatının aparılma ehtimalına təsir göstərməyən amillər

- ▶ Doğuş zamanı gəzinti
- ▶ Doğuşun ikinci dövründə vertikal vəziyyət
- ▶ Suda doğuş
- ▶ Doğuş zamanı epidural ağrısızlaşdırma

QK əməliyyatının aparılması üçün zəruri şərtlər

- ▶ Dölün canlı və yaşamaq qabiliyyətinə malik olması. Lakin ananın həyatı üçün təhlükəli hallarda QK əməliyyatı dölün ölü və yaşamaq qabiliyyətinə malik olmadığı halda da aparılır
- ▶ Planlı QK əməliyyatı üçün hestasiya müddətinin 39 həftədən, əkilər olduğu halda isə 38 həftədən az olmaması (yenidəğulmuşlarda respirator pozulmalar riskini azaltmaq məqsədi ilə) (B)
- ▶ Cərrahi texnika bacarığına malik mama-ginekoloq, anestezioloq-reanimatoloq, həkim-neonatoloqdan ibarət ixtisaslaşmış mütəxəssislər briqadasının olması
- ▶ Əməliyyatın aparılması üçün şəraitin olması: əməliyyat otağı, anesteziya və intensiv terapiya şöbəsi, əməliyyat tibb bacısı
- ▶ Qadının QK əməliyyatına, həmçinin anesteziya üsulunun seçiminə razılığı (əgər həyatı təhlükə yaradan təcili hallar yoxdursa)
- ▶ Məsləhətin verilməsi*: hamilə qadınlara sübutlu təbabətə əsaslanan məlumatlar verilməlidir ki, onlar doğuşla bağlı əsaslı qərar qəbul edə bilsinlər (C)

Qadının həyatı üçün təhlükəli hallarda təcili QK əməliyyatının aparılması ilə bağlı onun razılığı tələb olunmur. Bu hallarda qərar həkimlərin konsiliumu əsasında qəbul edilir.

* QK əməliyyatı haqqında verilən məlumat QK əməliyyatına göstərişləri, əməliyyatın gedişatı, üstünlükləri və riskləri, fəsadları, gələcək hamiləlik və doğuşların gedişinə təsirini əhatə etməlidir.

QK əməliyyatından əvvəl hamilənin vəziyyətinin qiymətləndirilməsi

Ətraflı anamnezin toplanması:

- ▶ Keçirilmiş somatik, mama-ginekoloji, cərrahi, həyati anamnez
- ▶ Dərman asılılığı, allergiya, qan köçürülməsi, medikamentoz müalicələr və anestetiklərə qarşı reaksiya barədə məlumatlar
- ▶ Hazırkı doğuşun gedişində mamalıq vəziyyətinin qiymətləndirilməsi: doğuşun davamiyyəti, döl qışalarının cırılması, doğuş fəaliyyəti

Klinik müayinələr:

- ▶ QK zamanı obyektiv müayinənin aparılması vacib və təxirəsalınmaz tibbi, mamalıq və anestezioloji məlumatların alınmasına yönəldilməlidir
- ▶ Ekstragenital xəstəliklər zamanı mütəxəssislərin yazılı məsləhəti
- ▶ Anestezioloqun müayinəsi
- ▶ Bütün doğan qadınlarda əməliyyatdan əvvəl daxili müayinə aparılmalıdır və doğuşun vaginal yolla başa çatmasına səbəb olan güclü doğuş fəaliyyətinin olub-olmamasına əmin olmaq lazımdır (mərkəzi çift gəlişi istisna olmaqla).

Əlavə müayinələrə laborator və funksional metodlar daxildir (*Cədvəl 1*)

Cədvəl 1. Əsas diaqnostik tədbirlər

Planlı QK üçün	Təcili QK üçün
1. Qanın ümumi analizi (hemoqlobin (C), hematokrit, trombositlər)	1. Qanın ümumi analizi (hemoqlobin (C), hematokrit, trombositlər)
2. Sidiyin ümumi analizi	
3. Ananın qan qrupu və Rh-faktoru	2. Ananın qan qrupu və Rh-faktoru
4. Qanın biokimyəvi analizi (şəkərin təyini)	
5. Koaquloqram: Li-Uayt üsulu ilə laxtalanma müddəti, fibrinogen, protrombin indeksi, APTV)	3. Koaquloqram: Li-Uayt üsulu ilə laxtalanma müddəti (aparılması üçün şərait olarsa)
6. EKQ	
7. Dölün auskultasiyası, KTQ müayinəsi	4. Dölün auskultasiyası. KTQ müayinəsi (ana tərəfdən həyati göstəriş olmadıqda)
8. USM	
9. Qanda İİV, hepatit B və C, RW müayinəsi	

Əməliyyata hazırlıq

Qida qəbulu:

QK əməliyyatının təcili aparılması qərara alındıqda və planlaşdırılmış QK əməliyyatından əvvəl peroral qida qəbulundan imtina olunmalıdır

Prosedurlar:

- ▶ Əgər qasıqüstü nahiyədə tüklərin təmizlənməsinə ehtiyac olarsa, bu, əməliyyatdan əvvəl edilməlidir (infeksiya riskini azaltmaq üçün tüklər kəsilməlidir)
- ▶ Tromboemboliyanın profilaktikası məqsədilə əməliyyatdan əvvəl aşağı ətrafların adekvat elastik kompressiyası aparılmalıdır (ayaqların elastik bintlə sıx bağlanması, elastik corablardan istifadə)
- ▶ Sidik kisəsinin kateterizasiyası

Anesteziya

- ▶ Hamilə qadınlar QK əməliyyatından əvvəl analgeziyanın müxtəlif növləri barədə məlumat almalı və anesteziya metodunun seçimində iştirak etməlidirlər
- ▶ QK əməliyyatında regional anesteziya ən yaxşı seçim metodudur (spinal və ya epidural), çünki ümumi anesteziyaya nisbətən təhlükəsizdir, daha az ana və neonatal xəstəliklərə səbəb olur. Bura cift gəlişi (*placenta previa*) diaqnozu qoyulmuş hamilələr də aiddir (A)
- ▶ Spinal anesteziya daha məsləhətlidir, belə ki, onun icrası texniki cəhətdən sadədir və tez başa gəlir, ağrısızlaşma erkən baş verir, toksiki reaksiyalar az, ağrısızlaşma təzahürü isə yüksəkdir. Spinal anesteziya arterial hipotoniya, güclü ürəkbulanma və qusma ilə müşayiət oluna bilər
- ▶ QK əməliyyatında spinal anesteziya vaxtı arterial hipotoniyanın profilaktikası üsulları:
 - ✓ Əvvəldən kristalloid və ya kolloid məhlullarının yeridilməsi. Normal AT-yə malik qadınlarda anesteziyadan əvvəl v/d yeridilən mayenin həcmi bolyus təşkil etməlidir, 1000 ml izotonik məhlul 125 ml/saat (A)
 - ✓ Efedrin və ya fenilefrinin v/d infuziyası (A)
 - ✓ Aşağı ətrafların kompressiyası

- ✓ QK əməliyyatı üçün cərrahi masa 15 dərəcə yan tərəfə meyilli olmalıdır (**A**)
- ▶ Aspirasiya pnevmoniyası riskini azaltmaq üçün əməliyyatdan əvvəl qadına antasidlər və mədə şirəsinin turşululuğunu və həcmi azaldan dərmanlar (H_2 blokatorlar kimi) verilməlidir (**B**)
- ▶ Ürəkbulanma və qusmanı azaltmaq üçün QK əməliyyatından əvvəl qadınlara farmakoloji vasitələr (antimimetiklər) təyin edilməlidir (**A**)
- ▶ Qadınlarda həyəcan və qorxu hissi olduqda psixoloji ağırlaşmaların riskini azaltmaq üçün QK əməliyyatı zamanı musiqidən istifadə oluna bilər.

Ümumi anesteziyaya göstərişlər

- ▶ Ananın ağır və ya son dərəcə ağır vəziyyəti
- ▶ Təcili əməliyyat tələb olunursa (eklampsiya, ağır uşaqlıq qanaxmaları və s.)
- ▶ Regional anesteziyaya əks-göstərişlər olduğu halda:
 - ✓ Güman olunan punksiya yerində infeksiya, zədə və ya şiş olarsa
 - ✓ Kəllədaxili həcmli proseslər, mərkəzi sinir sisteminin xəstəlikləri zamanı
 - ✓ Qanaxma və hipotenziya zamanı
 - ✓ 50000/mkl-dən aşağı trombositopeniya və/və ya trombositopatiyalar olarsa
 - ✓ Qanın laxtalanma sisteminin anadangəlmə və qazanılmış pozulmaları zamanı
- ▶ Xəstə tərəfindən regional anesteziyadan imtina

Qeysəriyyə kəsiyinin cərrahi texnikası

Laparotomiya 3 üsulla aparıla bilər:

- ▶ Aşağı orta laparotomiya
- ▶ Pfannenştil üsulu ilə köndələn laparotomiya
- ▶ Djoel-Kohen üsulu ilə köndələn laparotomiya

Orta laparotomiya ilə müqayisədə köndələn laparotomiya əməliyyatı sonrakı ağrıları azaldır və daha yaxşı kosmetik effektdə malikdir (**B**).

Köndələn laparotomiyalardan daha çox Djoel-Kohel üsulu istifadə olunur (simfiz bitişməsindən 3 sm yuxarıda köndələn kəsik aparılır və növbəti qatlar küt üsulla açılır, ehtiyac olsa qayçı vasitəsilə, skalpelsiz). Bu cür kəsik aparılarkən cərrahi əməliyyatın vaxtı qısaldır və əməliyyatdan sonrakı hipertermiya azalır (A).

Pfannenştil üsulu ilə laparotomiya daha çox miqdarda qan itkisi ilə müşayiət olunur və nəticədə aponevroz altı hematomaların əmələ gəlməsi ilə ağırlaşa bilər (aponevrozu kəsərkən *a.hipogastrica* zədələnməsi istisna olunmur). Digər etaplar oxşardır.

Histerotomiya (uşaqlıq divarının kəsilməsi) 2 üsulla aparıla bilər:

- ▶ orta kəsiklə (Sanger üsulu ilə korporal kəsik)
- ▶ köndələn kəsiklə

Köndələn kəsiyin üstünlükləri:

- ▶ toxumaların az travma alması və qan itirməsi
- ▶ yaranın daha yaxşı sağalması
- ▶ infeksiyalaşmanın daha az ehtimalı
- ▶ təkrar hamiləlik və doğuş zamanı uşaqlığın cırılma hallarının azalması
- ▶ ciftin uşaqlıqdakı çapığa daha az hallarda bitişməsi

Korporal QK-yə göstərişlər çox məhduddur. Korporal QK-yə müəyyən olunmuş göstərişlər:

- ▶ hamilənin ölü və ya aqonal vəziyyətdə olması
- ▶ uşaqlığın aşağı seqmentində əməliyyat aparmağın mümkünsüzlüyü (bitişmələr, şişəbənzər törəmələr)
- ▶ uşaqlığın xərçəng xəstəliyində planlı histerektomiya
- ▶ diri dölün unudulmuş köndələn vəziyyəti
- ▶ cift gəlişi, uşaqlığın ön divarına keçməsi ilə
- ▶ döl tərəfindən patologiya olduğu hallar (bitişmiş əkizlər, hidrosefaliya, böyük ölçülü oma-büzdüm teratoması)
- ▶ formalaşmamış aşağı seqment (vaxtından əvvəl doğuşlarda və ya vaxtından əvvəl doğulan dölün sağrı gəlişində)

Uşaqlığın aşağı seqmentində QK

Qarın boşluğunun ən optimal kəsiyi Djoel-Kohen üsulu sayılır.

Dəri kəsildikdən sonra skalpel ilə yaranın ortasında dərialtı piy təbəqəsində kiçik kəsik aparılır, həmin kəsik bilavasitə aponevroza da keçir.

Dərialtı təbəqə cərrah və assistent tərəfindən küt üsul ilə ehtiyatla aralanır (bilateral traksiya), sonra qayçı vasitəsilə aponevroz köndələn istiqamətdə kəsilir. Periton küt üsul ilə (şəhadət barmağı vasitəsilə) köndələn istiqamətdə açılır.

Uşaqlıq divarında skalpel vasitəsilə kiçik bir kəsik aparılır. Aşağı seqmentin formalaşması kifayətdirsə, kəsiyin küt üsulla genişləndirilməsi əməliyyat zamanı və əməliyyatdan sonrakı qan itkisini, hemotransfuziya (qanköçürmə) ehtimalını azaltdığı üçün iti üsuldən daha məqsədəuyğundur (A).

Döl kisəsi dəşilir və adi üsulla dölün başı və bədəni xaric olunur (çox ehtiyatla, baş sıxılmadan). Doğulmuş uşaq ana ilə bir səviyyədə yerləşdirilir və göbək ciyəsi sıxıcıya alınıb kəsilir. Uşaqlıq qanaxmasının profilaktikası məqsədilə v/d yavaş-yavaş 5 vahid oksitosin yeridilir (C).

Cift uşaqlıq daxilindən göbək ciyəsinin traksiyası vasitəsilə xaric edilir. Bu üsul doğuşdan sonrakı endometrit riskini azaldır (A).

Uşaqlıq, adətən, bir və ya iki qat sovrulan tikiş materialı ilə tikilir (B). Peritonizasiya aparılmır (A).

Periton və qarının ön divarının əzələləri tikilmir – bu əməliyyat müddətini qısaltır, hətta əməliyyatdan sonrakı analgeziya hallarını azaldır (A).

Aponevroz Riverden üsulu ilə fasiləsiz vikril sapı ilə tikilir.

Yaranın səthi drenajı infeksiyalaşma hallarını (və ya hematomaları) azaltmadığı üçün istifadə olunmur (A).

Dərialtı qatın tikilməsi yalnız piy təbəqəsi 2 sm-dən daha çox olduqda aparılır (A).

İİV infeksiyası olan qadınların əməliyyatı zamanı bütün tibb işçiləri, İİV-ə yoluxma riski olduğu üçün, 2 cüt əlcək vasitəsilə qorunmalıdırlar (A).

Tromboprofilaktika

QK əməliyyatı keçirən qadınlarda təbii doğuşla müqayisədə venoz trombozun yaranma riski yüksək olduğu üçün tromboprofilaktikanın aparılması vacib sayılır.

Tromboprofilaktika üsulunun seçimi (elastik corablar, erkən aktivləşmə, dehidratasiyanın profilaktikası, aşağımolekulyar heparinin təyini) hər bir qadında tromboemboliya riski qiymətləndirildikdən sonra müvafiq qaydada fərdi aparılmalıdır (**D**). Bütün profilaktika üsulları mövcud protokola əsaslanmalıdır.

Antibiotik ilə profilaktika

QK əməliyyatından sonra antibiotiklərin profilaktik istifadəsi əməliyyatdan sonrakı hipertermiya, yara infeksiyası, sidik yollarının infeksiyası və ağır infeksiya fəsadlaşmalarının (sepsis) yaranma hallarını azaldır.

Antibiotik ilə profilaktika 1 dəfə aparılır (bir doza I nəsil sefalosporin və ya ampisilin dəri kəsiyindən əvvəl v/d yeridilir) (**A**).

QK əməliyyatından sonra qulluq

QK ilə doğulan yenidoğulmuşlara qulluq:

- ▶ QK aparılarkən, əgər dölün vəziyyətində təsdiq olunmuş təhlükə varsa və əməliyyat ümumi anesteziya ilə aparılırsa, əməliyyat otağında mütləq yenidoğulmuşların reanimasiyası üzrə yüksək peşəkarlığa malik həkim iştirak etməlidir (**C**)
- ▶ Yenidoğulmuşun və zahının dəri-dəriyə kontaktı erkən aparılmalıdır
- ▶ QK əməliyyatından sonra yenidoğulmuşun ən qısa zamanda (ilk saatlarda) ananın döşünə verilməsi təmin edilməlidir (**A**). QK əməliyyatı keçirən qadınlara yenidoğulmuşların ana südü ilə tezliklə qidalanmalarına aid əlavə dəstək və yardım göstərilməlidir (**A**)

QK əməliyyatından sonra zahı qadına qulluq:

- ▶ QK əməliyyatı keçirən hər qadın tənəffüs, ürək sistemi və kontakta girmək qabiliyyəti tam bərpa olunanadək, individual qaydada yüksək peşəkarlığa malik olan tibbi personalın nəzarətində saxlanılmalıdır (**D**)

- ▶ Opioid qrupuna aid olan vasitələrin intratekal istifadəsi zamanı hər saatda tənəffüsün intensivliyi, sedativ effekt və ağrı əmsalının monitorinqi aparılmalıdır (ən azı 12 saat ərzində – diamorfin üçün və 24 saat ərzində – morfin üçün)
- ▶ QK əməliyyatı zamanı və əməliyyatdan sonrakı dövrdə ağrıkəsici kimi diamorfinin (0,3-0,4 mq intratekal) istifadəsi əlavə analgeziyaya ehtiyacı azaldır. Müvafiq alternativ üsul – diamorfinin (2,5-5,0 mq) epidural istifadəsidir (**A**)
- ▶ Əks-göstəriş olmadığı hallarda əməliyyatdan sonrakı dövrdə analgeziya məqsədi ilə qeyri-steroid iltihab əleyhinə preparatlar istifadə olunur. Bu preparatlar opioidlərin istifadəsinə ehtiyacı azaldır (**A**)
- ▶ Epidural anesteziyadan sonra fəsadlaşmayan əməliyyatlarda sidik kateterinin xaric olması 12 saatdan tez aparılmamalıdır (**D**)
- ▶ QK əməliyyatından sonra zahı qadın, vaginal doğuşla müqayisədə, stasionarda daha uzun müddət qalır (orta hesabla 4-5 gün)
- ▶ QK əməliyyatından sonra yaraya qulluq:
 - ✓ Sarğının 24 saatdan sonra xaric edilməsi
 - ✓ Hərərətə nəzarət olunması
 - ✓ Yaranın infeksiyalaşma əlamətlərinin (ağrı, qızartı, ifrazat) qiymətləndirilməsi, yaranın kənarlarının açılması
 - ✓ Pambıq parçadan tikilmiş, rahat geyimin istifadəsi
 - ✓ Yaranın gündəlik yüngül qurudulması
 - ✓ Əgər ehtiyac varsa, tikişlərin və ya sıxıcıların açılması (**D**)

QK əməliyyatının mümkün fəsadları

Əməliyyat zamanı baş verən ağırlaşmalar:

- ▶ Qanaxma
 - ✓ Uşaqlığın atoniyası
 - ✓ Cift gəlişi (ciftin bitişməsi)
- ▶ Cırılma
 - ✓ Uşaqlığın cırılması (*ruptura*)
 - ✓ Uşaqlıq yolunun, tağların cırılması
- ▶ Anestezioloji fəsadlar
- ▶ Qonşu orqanların zədələnməsi
 - ✓ Sidik-ifrazat sistemi orqanları (**D**)
 - ✓ Həzm sistemi orqanları
- ▶ Stress nəticəsində sidiyin saxlanılmaması

Əməliyyatdan sonra baş verən erkən ağırlaşmalar

- ▶ Qanaxma
 - ✓ Uşaqlığın atoniyası
 - ✓ Uşaqlıqdakı tikişlərin yararsızlığı
- ▶ Yoxuxucu ağırlaşmalar
 - ✓ Endomiometrit
 - ✓ Peritonit
 - ✓ Sepsis
 - ✓ Əməliyyatdan sonra yaraların infeksiyalaşması
 - ✓ Sidikxarı yolların infeksiyası
- ▶ Qonşu orqanlarda baş verən ağırlaşmalar
 - ✓ Bağırsağ keçməməzliyi
 - ✓ Bağırsağın obstruksiyası
 - ✓ Sidik-cinsiyyət və digər fistulalar
- ▶ Tromboemboliya
 - ✓ Ağciyər arteriyasının, dərin venaların trombozu

Əməliyyatdan sonra baş verən gecikmiş ağırlaşmalar

- ✓ Keloidin yaranması
- ✓ Bitişmə prosesinin pozulması
- ✓ Sidik-cinsiyyət və digər fistulalar
- ✓ Reproduktiv funksiyanın pozulması (sonsuzluq, növbəti hamiləliyin ağırlaşması)

Qeysəriyyə kəsiyi əməliyyatı zamanı histerektomiyaya göstərişlər

- ▶ Düyünlərin yerləşməsi, ölçüləri və fəsadlaşmalara görə cərrahi müalicə tələb edən uşaqlıq miomasının olması
- ▶ Uşaqlıq cırığının bərpasının mümkün olmaması
- ▶ Uşaqlıq-cift apopleksiyası (Küvelər uşaqlığı)
- ▶ Ciftin tam və ya hissəvi bitişməsi
- ▶ Uşaqlığın atoniyası (uşaqlıq damarlarının ikitərəfli bağlanması və qanaxmanın dayandırılması mümkün olmadığı hallarda)

Qeysəriyyə kəsiyi əməliyyatının aparılması ALQORİTMİ

Qeysəriyyə kəsiyi əməliyyatının aparılmasına görə qəbul edilən razılıq	
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Hamilə qadına QK əməliyyatı haqqında məlumat aydın formada təqdim olunmalıdır ✓ Hamilə qadına QK haqqında elmi cəhətdən əsaslandırılmış məlumat çatdırıldıqdan sonra ondan əməliyyata razılıq almaq olar ✓ Hamilə qadının təklif olunan QK əməliyyatından imtina etmək hüququ vardır, hətta bu onun və uşağının sağlamlığı naminə aparılırsa (imtina hamilənin və yaxın qohumlarının imzaları ilə təsdiqlənməlidir) 	
<p style="text-align: center;">Planlı QK əməliyyatı üçün hamiləliyin müddəti</p> <p>Respirator ağırlaşma riskini azaltmaq məqsədilə QK əməliyyatı hamiləliyin 39 həftəsindən sonra (əkizlərdə – 38 həftədə) aparılmalıdır</p> <p style="text-align: center;">Təcili QK əməliyyatı</p> <p>Təcili QK əməliyyatı üçün göstəriş olduğu zaman əməliyyatın aparılması qərarı verildikdən icrasına qədər olan vaxt təcillik kateqoriyalarına görə müəyyən edilməlidir</p>	<p style="text-align: center;">Təcili QK əməliyyatı üçün göstərişlərin 4 təcillik kateqoriyasına uyğun sənədləşdirilməsi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Qadının və ya dölün həyatı üçün bilavasitə təhlükə var 2. Ana və döl üçün bilavasitə həyatı təhlükə olmadığı halda ana və ya uşağın vəziyyətinin getdikcə pisləşməsinin qarşısı alınmalıdır 3. Planlaşdırılmış QK əməliyyatının müəyyən səbəblərdən erkən icra olunmasına ehtiyac yaranır 4. Planlı QK əməliyyatının vaxtı qadının və personalın razılaşması əsasında təyin edilir
Əməliyyatdan sonrakı monitoring	
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Tənəffüsə, kardiorespirator stabilliyə və huşa nəzarət ✓ Əgər vəziyyət stabildirsə, palatada əvvəl hər yarım saatdan bir olmaqla 2 saat ərzində, sonra hər saat nəzarət (tənəffüsün tezliyində, ürək ritminə, arterial təzyiqlə, ağrılara) ✓ Opioidlərin qəbulu zamanı – hər saat tənəffüs tezliyinə, preparatların sedativ təsirinə və ağrıya nəzarət ✓ Epidural anesteziya opioidlərlə aparıldıqda və analgeziya pasiyentə nəzarət etməklə opiatlarla aparıldıqda, QK əməliyyatı zamanı hər saat nəzarət aparmaq, dərman vasitələrinin qəbulu dayandırdıqdan sonra – 2 saat müddətində davam etdirmək 	
QK əməliyyatından sonra zahılara və yenidoğulmuşlara qulluq	
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Zahi qadına mümkün qədər tez döşlə əmizdirməyə kömək məqsədi ilə əlavə yardımın göstərilməsini təmin etmək ✓ Əlavə ağrısızlaşdırmaya tələbatı azaltmaq məqsədi ilə diamorfinin spinal (0,3-0,4 mq) və ya epidural (2,5-5 mq) yeridilməsini təklif etmək ✓ Opioid analgetiklərə tələbatı azaltmaq məqsədi ilə qeyri-steroid analgetikləri təklif etmək ✓ Zahının vəziyyəti qənaətbəxşdirsə və ya ağırlaşma yoxdursa, aclıq və susuzluq tələbatlarına uyğun olaraq qida və maye qəbuluna icazə vermək ✓ Zahi aktivdirsə, regional anesteziyadan sonra sidik kateterini xaric etmək (12 saatdan sonra) ✓ 24 saatdan sonra sargını dəyişdirmək, yaranın təmiz və quru saxlanmasını təmin etmək ✓ Xəstəxanadan evə yazılmazdan əvvəl zahi ilə QK əməliyyatının səbəbləri və nəticələrini müzakirə etmək ✓ Zahının vəziyyəti qənaətbəxşdirsə və ağırlaşma qeyd olunmursa, ona xəstəxanadan evə erkən yazılmasını təklif etmək 	

Ədəbiyyat

1. Azərbaycan Respublikasının Səhiyyə Nazirliyi. Doğum evlərində (şöbələrində) doğuşyardım işinin təşkili üzrə metodik təlimat. – Bakı, 2013.
2. Məmmədov C., Alməmmədova E., Məmmədova L., Hüseynova G., Məmməd-zadə G., Vəliyeva S., Kuliyyəva D., İsmayılova Ş. İV-in anadan uşağa ötürülməsinin profilaktikası üzrə klinik protokol. – Bakı, 2010. - 40 səh.
3. Məmmədov C., Əliyeva F., Abışov N., Əliyeva E., Həsənova M., Qurbanova V., Vəzirova R., Şəmsəddinskaya N., Quliyyəva G., Orucova L. Hamiləlik dövründə trombofilik ağırlaşmalar üzrə klinik protokol. – Bakı, 2013. - 28 səh.
4. Məmmədov C., Əliyeva F., Axundova N., Əliyeva E., Məmmədova L., Bədəlova A., Qəhrəmanova F., Babayeva A., Hüseynova G. Normal doğuş üzrə klinik protokol. – Bakı, 2012. - 24 səh.
5. Birth After Previous Caesarean Birth, Green-top Guideline No.45 [Electronic resource]: Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG), - February 2007 Available at <http://www.rcog.org.uk/files/rcog-corp/GTG4511022011.pdf> (06.09.2013).
6. Caesarean Section, Clinical Guideline [Electronic resource]: National Collaborating Centre for Women's and Children's Health (NICE), - November 2011. Update of NICE clinical guideline 13 (published April 2004) - Available at: <http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/13620/57162/57162.pdf> (06.09.2013).
7. Caesarean Section, Clinical Guideline [Electronic resource]: National Collaborating Centre for Women's and Children's Health (NICE). - April, 2004. - Available at: <http://www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/CG013fullguideline.pdf> (06.09.2013).
8. Classification of Urgency of Caesarean Section - a continuum of risk, Good Practice No.11 [Electronic resource]: RCOG&The Royal College of Anaesthetists. - April, 2010.

9. David K. James, Philip J. Steer, Carl P. Weiner and Bernard Gonik. High Risk Pregnancy, 4th Edition [Electronic resource]: Management Options/ Expert Consult Reference. 1504 p. Publisher: Elsevier .- 2012. - Available at: <http://www.us.elsevierhealth.com/Medicine/OB-GYN/book/9781416059080/High-Risk-Pregnancy> (06.09.2013).
10. G. Justus Hofmeyr, James P. Neilson, Zarko Alfirevic [Electronic resource]: Pregnancy and Childbirth: A Cochrane Pocketbook. ISBN: 978-0-470-51845-8.-446 p.- March 2008. - Available at: <http://eu.wiley.com/WileyCDA/WileyTitle/productCd-0470518456.html> (06.09.2013).
11. Hypertension in pregnancy [Electronic resource]: NICE clinical guideline 107. – 2010. - Available at <http://guidance.nice.org.uk/CG107> (06.09.2013).
12. Induction of labour [Electronic resource]: NICE clinical guideline 70. - 2008. - Available at: <http://guidance.nice.org.uk/CG70> (06.09.2013).
13. Intrapartum care [Electronic resource]: NICE clinical guideline 55.-2007. - Available at: <http://www.nice.org.uk/CG55> (06.09.2013).
14. Monitoring emergency obstetric care/a handbook [Electronic resource]: World Health Organization, UNFPA, UNICEF and AMDD / ISBN 978 92 4 154773 4. - 2009.164 p. - Available at: http://www.unfpa.org/webdav/site/global/shared/documents/publications/2009/obstetric_monitoring.pdf (06.09.2013).
15. Multiple pregnancy [Electronic resource]: NICE clinical guideline 129. - 2011. - Available at: <http://www.nice.org.uk/CG129> (06.09.2013).
16. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG) Shoulder Distocia Green_topGidline № 42 second edition (March 2012 [Electronic resource]: - Available at: http://www.rcog.org.uk/files/rcogcorp/GTG42_25//2013.pdf (06.09.2013).
17. Venous thromboembolism - reducing the risk. [Electronic resource] NICE clinical guideline 92.- 2010. Available at: <http://guidance.nice.org.uk/CG92> (06.09.2013).