

მიღებულია „კლინიკური პრაქტიკის ეროვნული
რეკომენდაციების (გაიდლაინები) და
დაავადებათა მართვის სახელმწიფო
სტანდარტების (პროტოკოლები) შემუშავების,
შეფასებისა და დანერგვის ეროვნული საბჭოს“
2013 წლის 25 ოქტომბრის N2 სხდომის
გადაწყვეტილების შესაბამისად

დამტკიცებულია საქართველოს შრომის,
ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის
მინისტრის 2013 წლის 30 ოქტომბრის
N 01-220 / ო ბრძანებით

საკუთრო კვეთა

პროტოკოლი

შინაარსი

1. პროტოკოლის დასახელება: საკეისრო კვეთა.....	3
2. პროტოკოლით მოცული კლინიკური მდგომარეობები და ჩარევები	3
3. პროტოკოლის შემუშავების მეთოდოლოგია	4
4. პროტოკოლის მიზანი.....	4
5. სამიზნე ჯგუფი.....	4
6. ვისთვის არის პროტოკოლი განკუთვნილი	5
7. სამედიცინო დაწესებულებაში პროტოკოლის გამოყენების პირობები	5
8. რეკომენდაციები.....	5
8.1. განმარტება.....	5
8.2. საკეისრო კვეთის ჩვენებები	5
8.3. საკეისრო კვეთის ჩატარების ვადა და წინასაოპერაციო მომზადება.....	7
8.4. ქირურგიული ტექნიკა	9
8.5. ოპერაციის შემდგომ პერიოდში დედისა და ახალშობილის მონიტორინგი და მოვლა.....	9
8.6. ქმედებები, რომლებიც ხელს უწყობენ საკეისრო კვეთის სიხშირის შემცირებას.	11
8.7. განსაკუთრებული გარემოებები	11
8.8. შეჯამება	12
9. მოსალოდნელი შედეგები.....	13
10. აუდიტის კრიტერიუმები	14
11. პროტოკოლის გადახედვის ვადები	14
12. პროტოკოლის დანერგვისთვის საჭირო რესურსი	15
13. რეკომენდაციები პროტოკოლის ადაპტირებისთვის ადგილობრივ დონეზე.....	16
14. ალტერნატიული პროტოკოლი.....	16
15. ავტორები	16
16. გამოყენებული ლიტერატურა.....	17

1. პროტოკოლის დასახელება: საკეისრო კვეთა

2. პროტოკოლით მოცული კლინიკური მდგომარეობები და ჩარევები

	დასახელება	კოდი
1	კლინიკური მდგომარეობის დასახელება	ICD10
	1. ერთნაყოფიანი მშობიარობა საკეისრო კვეთით • საკეისრო კვეთის ჩატარების არჩევა • სასწრაფო საკეისრო კვეთის ჩატარება • სხვა ერთნაყოფიანი მშობიარობა საკეისრო კვეთით • მშობიარობა საკეისრო კვეთით, დაუზუსტებელი	O82 082.0 082.1 082.8 082.9
	2. მრავალნაყოფიანი მშობიარობა, მთლიანად საკეისრო კვეთით	O84.2
2	ჩარევის დასახელება	NCSP
	საკეისრო კვეთა საშვილოსნოს ქვედა სეგმენტში	MCSA10
	საკეისრო კვეთა საშვილოსნოს ზედა სეგმენტში	MCSA00
	ეპიდურალური და სპინალური ანესთეზია	WAA3
	ზოგადი ანესთეზია	WAA4
	მუცლის ღრუს ულტრაბგერითი გამოკვლევა	JXDE3A
	ნაყოფის დეტალური ულტრაბგერითი გამოკვლევა ფერადი დოპლეროგრაფიის მეთოდის გამოყენებით	MADE2D
	ნაყოფის გარეგანი მობრუნება	MASB10
	ნაყოფის გარეგანი მობრუნების წარუმატებლობა	MASB20
	კარდიოტოკოგრაფია	MAFA30
	სასიცოცხლო ფუნქციების მონიტორინგი ანესთეზიის გარეშე	WAA000
	შარდის ბუშტის კათეტერიზაცია	KCXX20□

3	ლაბორატორიული მომსახურების დასახელება	კოდი მოქმედი კლასიფიკაციის მიხედვით
	სისხლის საერთო ანალიზი	BL.6
	რეზუს ფაქტორის განსაზღვრა	IM.10.1.2
	ABO სისტემის განსაზღვრა (A1, A2, A3, B) (სისხლის ჯგუფი)	IM.10.1.1
	კოაგულოგრამა	CG.7

3. პროტოკოლის შემუშავების მეთოდოლოგია

ა) საკეისრო კვეთის ეროვნული პროტოკოლი შემუშავებულია შემდეგი კლინიკური პრაქტიკის გაიდლაინების საფუძველზე:

RCOG national Clinical Guideline for Cesarean Section. April 2004

ACOG Clinical Guideline for c-section. July 2004

ACOG Cesarean Delivery on Maternal Request. November 2007

RANZCOG Categorisation of urgency for Caesarean section.

RCOG Clinical Governance Advice No. 6 December 2008

National Collaborating Centre for Women's and Children's Health, NICE clinical guideline (2011) Cesarean section

ბ) პროტოკოლის ავტორთა ჯგუფს საფუძვლად აღებული გაიდლაინების რეკომენდაციებში ცვლილებები არ შეუტანია, გარდა რამდენიმე რეკომენდაციისა, რომელთა მოდიფიცირება განხორციელდა სამუშაო ჯგუფის გადაწყვეტილებით.

4. პროტოკოლის მიზანი

პროტოკოლის მიზანია საკეისრო კვეთის მართვის ხარისხის გაუმჯობესება და უახლესი, სამეცნიერო მტკიცებულებებზე დაფუძნებული ინფორმაციის მიწოდება როგორც ჯანდაცვის სპეციალისტებისათვის, ასევე თავად ორსული ქალებისათვის შემდეგ საკითხებზე:

- საკეისრო კვეთის ჩვენებები,
- საკეისრო კვეთის წარმოების ქირურგიული ტექნიკა და ანესთეზიოლოგიური ასპექტები,
- პერიოპერაციული მოვლა,
- საკეისრო კვეთის სიხშირის შემცირების ეფექტური სტრატეგიები.

5. სამიზნე ჯგუფი

პროტოკოლის რეკომენდაციები შეეხება რეპროდუქციული ასაკის ქალებს - ორსულებსა და მშობიარეებს, რომლებიც საჭიროებენ საკეისრო კვეთის წარმოებას.

6. ვისთვის არის პროტოკოლი განკუთვნილი

პროტოკოლი განკუთვნილია პირველადი ჯანდაცვის რგოლში და სამშობიარო კლინიკებში მომუშავე ჯანდაცვის სპეციალისტებისათვის, რომლებიც ჩართული არიან ორსულობის, მშობიარობისა და მშობიარობის შემდგომი პერიოდის მართვის პროცესში, კერძოდ, მეან-გინეკოლოგების, ანესთეზიოლოგ-რეანიმატოლოგების, ნეონატოლოგების, ოჯახის ექიმებისა და გადაუდებელი დახმარების ექიმებისთვის.

7. სამედიცინო დაწესებულებაში პროტოკოლის გამოყენების პირობები

პროტოკოლი გამოიყენება ანტენატალური მოვლის დაწესებულებებში, სამეანო -გინეკოლოგიურ განყოფილებებში/დეპარტამენტებში (მათ შორის სამშობიარო ბლოკში).

პროტოკოლის გამოყენება იწყება ორსულთა ანტენატალური მეთვალყურეობის პერიოდში, გრძელდება ორსულის სასწრაფო/გეგმიური ჰოსპიტალიზაციისა და მშობიარობის შემდგომი მეთვალყურეობის პერიოდში.

8. რეკომენდაციები

8.1. განმარტება

საკეისრო კვეთა არის ქირურგიული პროცედურა, რომლის დროსაც დედის მუცლის წინა კედლისა და საშვილოსნოს გაკვეთის საშუალებით ხდება საშვილოსნოდან ნაყოფის ამოყვანა¹

გადაუდებელი საკეისრო კვეთა: საკეისრო კვეთა, რომელიც იწარმოება მშობიარობის დაწყების შემდეგ.

გეგმიური საკეისრო კვეთა: საკეისრო კვეთა, რომელიც ტარდება მშობიარობის დაწყებამდე

საკეისრო კვეთის კლასიფიკაციას ხშირად ახდენენ გადაუდებლობის ხარისხის მიხედვით, კერძოდ:

- დედისა და ნაყოფის სიცოცხლის უშუალო საფრთხე; (კატეგორია 1)
- დედისა ან ნაყოფის არაკეთილსაიმედო მდგომარეობა, სიცოცხლის უშუალო გადაუდებელი საფრთხის გარეშე; (კატეგორია 2)
- არ აღინიშნება დედისა და ნაყოფის არაკეთილსაიმედო მდგომარეობა, მაგრამ საჭიროა ადრეული მშობიარობა; (კატეგორია 3)
- მშობიარობა ქალისა და პერსონალისათვის მოსახერხებელ / მისაღებ დროში დაგეგმვით. (კატეგორია 4)

8.2. 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 ექოსკოპიურად,
 - ტერფით ან მუხლით წინმდებარეობა,
 - ნაყოფის გარდიგარდმო მდებარეობა.
4. პათოლოგიური პლაცენტაცია:
 - პლაცენტის წინმდებარეობა (მე-3 ან მე-4 ხარისხი),
 - 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;
 - კოინფექცია 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. ჰიპლარის წინმდებარეობა ან მარყუჟის გამოვარდნა;
8. სამშობიარო გზების მექანიკური დაბრკოლება:
 - საშვილოსნოს დიდი ზომის მიომა,
 - დიდი ზომის წვეტიანი კონდილომა,
 - მენჯის მოტეხილობა ცდომით,

- ნაყოფის ანომალია, როგორიცაა, 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,
 - 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 უნაყოფოობითა 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.

8.3. საკეისრო კვეთის ჩატარების ვადა და წინასაოპერაციო მომზადება

- გეგმიური საკეისრო კვეთა უნდა ჩატარდეს ≥ 39 კვირის ვადაზე, ხოლო ტყუპით ორსულობის დროს ≥ 38 კვირაზე. უმჯობესია ოპერაცია გაკეთდეს დაწყებული სამშობიარო მოქმედების დროს.ⁱⁱ
- გადაუდებელი საკეისრო კვეთის დაწყება რეკომენდებულია გადაწყვეტილების მიღებიდან არაუგვიანეს 30 წუთისა.ⁱⁱⁱ

- აუცილებელია ოპერაციამდე პაციენტისგან წერილობითი ინფორმირებული თანხმობის მიღება.^{iv}
- საკეისრო კვეთამდე უნდა ჩატარდეს შემდეგი ლაბორატორიული გამოკვლევები: სისხლში ჰემოგლობინის, სისხლის ჯგუფისა და რეზუსის განსაზღვრა.^v როცა სკ ტარდება სისხლდენის, პლაცენტის აცლის, საშვილოსნოს რუპტურის ან პლაცენტის წინმდებარეობის გამო, დამატებით უნდა ჩატარდეს შრატის შეგროვება სისხლის ჯვარედინი შეთავსებისათვის და კოაგულოგრამა;
- ნაწარმოები უნდა იქნას შარდის ბუშტის კათეტერიზაცია.^{vi}
- საოპერაციო არის გაპარსვა რეკომენდებული არ არის.
- უპირატესობა ენიჭება რეგიონალურ ანესთეზიას.^{vii}
- საჭიროების შემთხვევაში გამოიყენეთ ღებინების საწინააღმდეგო და ანტაციდური საშუალებები.
- ანტიბიოტიკების პროფილაქტიკური მიზნით დანიშვნის დროს უპირატესობა ენიჭება ანტიბიოტიკების ერთჯერად დოზას ი/ვ-ად (მაგალითად, პირველი თაობის ცეფალოსპორინები, ფართო სპექტრის პენიცილინები).
- არ გამოიყენოთ კო-ამოქსიკლავი ანტიბიოტიკების კანის გაკვეთამდე დანიშვნის დროს.
- ვენური თრომბოემბოლიზის მაღალი რისკის შემთხვევაში საჭიროა თრომბოპროფილაქტიკის დაწყება ოპერაციიდან 6-12 საათის შემდეგ დაბალმოლეკულური ან არაფრაქციონირებული ჰეპარინით, იმ შემთხვევაში თუ არ არსებობს სისხლდენის რისკი.
- საკეისრო კვეთის დროს აუცილებელია შესაბამისი ზომის ელასტიური წინდა-კოლოტის გამოყენება.

შენიშვნა: საკეისრო კვეთა დედის მოთხოვნით

- დედის მოთხოვნა არ წარმოადგენს დამოუკიდებელ ჩვენებას საკეისრო კვეთისათვის. ასეთ შემთხვევაში ექიმი ვალდებულია დაწვრილებით განიხილოს ორსულთან და მის ახლობლებთან ერთად ბუნებრივი გზით მშობიარობის უპირატესობები და საკეისრო კვეთის მოსალოდნელი გართულებები.
- აუხსენით პაციენტს, რომ ყოველი მომდევნო საკეისრო კვეთის შემდეგ იზრდება პლაცენტის წინმდებარეობის, პლაცენტის ჩაზრდის (ჰემმარიტი მიხორცების) და საკეისრო კვეთის დროს ჰისტერექტომიის საჭიროების რისკი.
- ექიმს უფლება აქვს უარი განაცხადოს ქალის მოთხოვნით საკეისრო კვეთის ოპერაციის ჩატარებაზე. თუმცა, მშობიარობის გზის არჩევა კვლავ რჩება დედის უფლებად.
- საკეისრო კვეთის მოთხოვნის შემთხვევაში პაციენტთან კიდევ ერთხელ დაწვრილებით განიხილეთ ამ მოთხოვნის მიზეზები.
- თუ პაციენტს აქვს მშობიარობის შიში, შესთავაზეთ ეფექტური გაუტკივარება.

8.4. ქირურგიული ტექნიკა ^{viiiix}

- ოპერაციისას უმჯობესია საოპერაციო მაგიდა იყოს 15°-ით ლატერალურად მარცხნივ დახრილი.
- საპერაციო სათვალისა და ორმაგი ხელთათმანების ხმარება ამცირებს სამედიცინო პერსონალზე აივ ინფექციის გადაცემის რისკს.
- საკეისრო კვეთისას უპირატესობა ენიჭება ჯოელ-კოენის განაკვეთს. (A) თუმცა, შესაძლებელია ფანენშტილის განაკვეთის გამოყენებაც. (სამუშაო ჯგუფის გადაწყვეტილება).
- შარდის ბუშტის ჩათიშვა რუტინულად არ არის რეკომენდებული. გამონაკლისს წარმოადგენს ნაყოფის თავის ღრმა მდებარეობა მენჯის ღრუში ან საკეისრო კვეთის შემდეგ შარდის ბუშტი მიხორცება საშვილოსნოს ქვედა სეგმენტის ზევით.
- კარგად ფორმირებული საშვილოსნოს ქვედა სეგმენტის შემთხვევაში საშვილოსნოს განაკვეთის ბლაგვი გაფართოება ამცირებს სისხლის დანაკარგს, მშობიარობის შემდგომი სისხლდენის სიხშირესა და გადასხმის საჭიროებას. (A)
- შემთხვევათა 2% ში, საშვილოსნოზე განაკვეთის გატარებისას შესაძლოა დაზიანდეს ნაყოფის კანი.
- ჭიპლარის გადაკვეთისთანავე უნდა მოხდეს 5 ერთ. ოქსიტოცინის ნელი ი/ვ ინექცია.
- პლაცენტის მოცილება რეკომენდებულია ჭიპლარის კონტროლირებადი ტრაქციით. (A)
- საშვილოსნოს აღდგენა რეკომენდებულია ჩატარდეს საშვილოსნოს ჭრილობიდან გარეთ გამოტანის (ექსტერიორიზაციის) გარეშე. (A)
- საშვილოსნო უნდა გაიკეროს ორშრიანი გამწოვადი ნაკერით. (B)
- ვისცერული და პარიეტული პერიტონეუმის, ასევე მუცლის სწორი კუნთების გაკერვა არ არის მიზანშეწონილი, რადგანაც ამ ორგანოების გაკერვა აძლიერებს პოსტოპერაციულ ტკივილს. (A)
- კანქვეშა ქსოვილი არ იკერება, გარდა იმ შემთხვევებისა, როცა კანქვეშა ცხიმის სისქე 2 სმ-ზე მეტია. (A)
- ჭრილობის ზედაპირული დრენაჟების გამოყენება არ არის საჭირო. (A)
- კანის გაკერვის რომელიმე მეთოდს უპირატესობა არ ენიჭება.

8.5. ოპერაციის შემდგომ პერიოდში დედისა და ახალშობილის მონიტორინგი და მოვლა

დედის მოვლა

- ოპერაციის შემდგომ ადრეულ პერიოდში, საჭიროა დაწესდეს პაციენტზე ინდივიდუალური მეტვალეურობა 2 საათის განმავლობაში. ყოველ 15 წუთში შეფასდეს სუნთქვისა და გულისცემის სიხშირე, არტერიული წნევა, ტკივილი, საშვილოსნო, სისხლის დანაკარგი და შარდის გამოყოფა. თუ პაციენტის მდგომარეობა დამაკმაყოფილებელია, შესაძლებელია მისი გადაყვანა მელოგინეთა განყოფილებაში.

- მელოგინეთა განყოფილებაში უნდა გაგრძელდეს ადექვატური ანალგეზია. ოპიოიდური ტკივილგამაყუჩებლების ნაცვლად უმჯობესია პაციენტს შევთავაზოთ არასტეროიდული ანთების საწინააღმდეგო საშუალებები.
- რეგიონული ანესთეზიის შემთხვევაში შარდის ბუშტის კათეტერი უნდა ამოიღოს 12 საათის შემდეგ.^x
- როცა პაციენტის მდგომარეობა დამაკმაყოფილებელია, კვება და სითხეების მიღება შესაძლებელია სურვილისამებრ.^{xi}
- ოპერაციის შემდგომ პერიოდში საჭიროა პაციენტის ადრეული გააქტიურება.
- ნახვევის მოხსნა საჭიროა 24 საათის შემდეგ. ჭრილობა უნდა იყოს მშრალი და სუფთა. დამუშავდეს საჭიროების მიხედვით.
- როცა პაციენტს არ აღენიშნება გართულებები, გაწერეთ ბინაზე ოპერაციიდან მეოთხე-მეხუთე დღეს
- გაწერის წინ აუცილებელია პაციენტის ინფორმირება შესაძლო გართულებების შესახებ.

ახალშობილის მოვლა და ძუძუთი კვება

- საკეისრო კვეთისას საჭიროა ოპერაციას ესწრებოდეს ნეონატოლოგი.
- აუცილებელია სითბური ჯაჭვის დაცვა და კანით კანთან კონტაქტის წახალისება. როცა დედა ვერ ახერხებს კანით კანთან კონტაქტს, უზრუნველყავით ის ახალშობილის მამასთან.^{xii}
- უზრუნველყავით ადრეული ძუძუთი კვება.
- საკეისრო კვეთა არ წარმოადგენს ბუნებრივი (ძუძუთი) კვების უკუჩვენებას. ამიტომ, ექიმი ვალდებულია აუხსნას მშობელს, რომ საკეისრო კვეთა მინიმალურ გავლენას ახდენს ლაქტაციის პროცესზე და საკეისრო კვეთის შემდეგ დედას შეუძლია ბავშვის ძუძუთი კვების დაწყება მომჯობინებისთანავე. (იხ. გაიდლაინი "ძუძუთი კვების მართვა სამშობიარო სახლში ადრეულ ნეონატალურ პერიოდში").
- გასათვალისწინებელია, რომ ანესთეზიის შემდეგ პერიოდში დანიშნული ტკივილგამაყუჩებელი მედიკამენტები ახალშობილზე მავნე ზეგავლენას არ ახდენენ. აუცილებელია მკურნალობის რეჟიმის (მედიკამენტების) შეთანხმება მკურნალ ექიმთან. მნიშვნელოვანია, რომ საკეისრო კვეთის შემდგომ პერიოდში ტკივილის მართვა ხელს უწყობს ლაქტაციის პროცესს (ტკივილი ხელს უშლის ოქსიტოცინის გამოთავისუფლებას, რაც ზრუდავს რძის წარმოქმნას ორგანიზმში).
- აუცილებელია ძუძუთი კვების ტექნიკის დაცვა, რომელიც უზრუნველყოფს ლაქტაციის ნორმალურ მიმდინარეობას და ზრდის მის ხანგრძლივობას. კვების ეფექტურობა განისაზღვრება სწორი მოჭიდებითა და კვების პოზიციით, ამიტომ ძუძუთი კვების დროს რეკომენდებულია დედის სწორი, კომფორტული პოზიციის დაკავება. (იხ. გაიდლაინი "2 წლამდე ასაკის ბავშვის კვება")

8.6. ქმედებები, რომლებიც ხელს უწყობენ საკეისრო კვეთის სიხშირის შემცირებას

- სრული და ამომწურავი ინფორმაციის მიწოდება მშობიარე ქალისთვის გასაგებ და მისაღებ ენაზე, როცა მას აწუხებს მშობიარობის შიში, ვინაიდან ამ გზით მცირდება საკეისრო კვეთის სიხშირე. (A)
- მშობელთა სკოლების დანერგვა სამედიცინო დაწესებულებებში, სადაც ხორციელდება ორსულთა ანტენატალური მეთვალყურეობა. (სამუშაო ჯგუფის გადაწყვეტილება)
- მენჯით წინმდებარეობისას ნაყოფის თავზე გარეგანი მობრუნება. (A)
- მშობიარობის აღძვრის შეთავაზება ორსულობის > 41 კვირაზე. (A)
- გადატანილი საკეისრო კვეთის შემთხვევაში ორსულთა წახალისება და მხარდაჭერა ბუნებრივი გზით მშობიარობის სასარგებლოდ. (სამუშაო ჯგუფის გადაწყვეტილება)
- პარტოგრამების გამოყენება სამედიცინო დაწესებულებებში.

8.7. განსაკუთრებული გარემოებები

მენჯით წინმდებარეობა

- ულტრაბგერითი გამკვლევით დაადასტურეთ მენჯით წინმდებარეობის ტიპი, ნაყოფის წონა და თავის გაშლის ხარისხი. როცა ულტრაბგერითი გამოკვლევის ჩატარების შესაძლებლობა არ არსებობს, ნაჩვენებია საკეისრო კვეთის ოპერაცია.
- გაითვალისწინეთ, რომ გაურთულებელი, დროული, ერთნაყოფიანი ორსულობის დროს მენჯით წინმდებარეობისას უნდა განხორციელდეს ნაყოფის თავზე გარეგანი მობრუნების მცდელობა. გამონაკლისია ქალები მშობიარობის პროცესში, ქალები საშვილოსნოს ნაწიბურით ან პათოლოგიით, ნაყოფის არაკეთილსაიმედო მდგომარეობა, დარღვეული გარსები, საშოდან სისხლდენა და სხვა სამედიცინო მდგომარეობები. [A-2004]. ნაყოფის მენჯით წინმდებარეობის დროს საკეისრო კვეთა ნაჩვენებია, ყველა იმ შემთხვევაში როცა სახეზეა:
 - ✓ ჭიპლარის წინმდებარეობა;
 - ✓ გადატანილი საკეისრო კვეთა;
 - ✓ ნაყოფის საშვილოსნოსშიდა ზრდის შეფერხების სინდრომი;
 - ✓ ტერფებით ან მუხლით წინმდებარეობა;
 - ✓ ნაყოფის მასა <2500-3600გრ>;
 - ✓ ორსულობა ≤ 34 კვირა გადაყვანილ უნდა იქნას „in-utero“ მესამე დონის დაწესებულებაში (ყველაზე მაღალი დონის კლინიკაში), სადაც საკეისრო კვეთის წარმოება დამოკიდებული იქნება ნეონატალური სამსახურის შესაძლებლობებზე.

გადატანილი საკეისრო კვეთის შემდგომი მშობიარობა

- საკეისრო კვეთის გადატანის შემდეგ პაციენტთა 60-80 %-ში შესაძლებელია ბუნებრივი მშობიარობა. საკეისრო კვეთის შემდეგ ბუნებრივი გზით მშობიარობის ალბათობა მატულობს თუ:
 - ✓ პაციენტს ანამნეზში აღენიშნება ბუნებრივი გზით მშობიარობა;
 - ✓ სამშობიარო მოქმედება სპონტანურად აღიძრა.
- კორპორალური საკეისრო კვეთის შემდეგ უნდა გაკეთდეს საკეისრო კვეთა.
- საშვილოსნოს ქვედა სეგმენტში საკეისრო კვეთის გადატანის შემდეგ ბუნებრივი გზით მშობიარობის კრიტერიუმებს წარმოადგენს:
 - ✓ ბუნებრივი გზით მშობიარობის უკუჩვენების არ არსებობა;
 - ✓ ერთჯერ გადატანილი საკეისრო კვეთა, საშვილოსნოს ქვედა სეგმენტში განივი განაკვეთით.
 - ✓ ვადამიტანილი ორსულობა (≤ 40 კვირა)
 - ✓ მშობიარეს ასაკი < 38 წელი
 - ✓ ორსულობათა შორის ინტერვალი ≥ 6 თვე.
 - ✓ პრეეკლამფსიის არ არსებობა.
 - ✓ სხეულის მასის ინდექსი < 40 .
 - ✓ გადაუდებელი საკეისრო კვეთის საჭიროების შემთხვევაში ანესთეზიისა და სათანადო სამედიცინო პერსონალის არსებობა.
 - ✓ ნორმალური ზომის მენჯი.
 - ✓ გამოცდილი მეანის არსებობა, რომელსაც შეუძლია გადაწყვეტილების მიღება და გადაუდებელი საკეისრო კვეთის ჩატარება.

8.8. შეჯამება

1. საკეისრო კვეთის მაჩვენებელი კვლავ რჩება კატასტროფულად მაღალი, იმის გამო რომ საკეისრო კვეთა ხშირ შემთხვევაში ტარდება ყოველგვარი ჩვენების გარეშე, რაც თავის მხრივ იწვევს დედისა და ახალშობილის პერინატალური გართულებების ზრდას.
2. გეგმიური საკეისრო კვეთა უნდა გაკეთდეს, სამეანო თვალსაზრისით დასაბუთებული ჩვენებით.
3. მნიშვნელოვანია გეგმიური საკეისრო კვეთა გაკეთდეს ორსულობის ≥ 39 კვირის ვადაზე (იდეალურია სამშობიარო მოქმედების აღძვრის შემდეგ), ხოლო ტყუპით ორსულობის დროს ≥ 38 კვირაზე, რათა თავიდან ავიცილოთ დედისა და ახალშობილის მხრივ მთელი რიგი გართულებები. **B**
4. დედის მოთხოვნა არ წარმოადგენს საკეისრო კვეთის ჩვენებას და ასეთ შემთხვევაში ექიმი ვალდებულია დაწვრილებით განიხილოს ორსულთან და მის ახლობლებთან ერთად

ბუნებრივი გზით მშობიარობის უპირატესობები და საკეისრო კვეთის მოსალოდნელი გართულებები. ექიმს უფლება აქვს უარი განაცხადოს ქალის მოთხოვნით საკეისრო კვეთის ოპერაციის ჩატარებაზე. (თუმცა, მშობიარობის გზის არჩევა კვლავ რჩება დედის უფლებად.)

სამუშაო ჯგუფის გადაწყვეტილება^{xiii}

5. ორსულობის 36 კვირის ვადაზე, ერთნაყოფიანი, მენჯით წინმდებარეობის დროს ორსულ ქალს უნდა შევთავაზოთ ნაყოფის თავზე გარეგანი მობრუნება.
6. თუ დროული ორსულობისას ნაყოფის თავზე გარეგანი მობრუნების მცდელობა დამთავრდა უშედეგოდ, გადადით საკეისრო კვეთაზე. **A**
7. გადაუდებელი საკეისრო კვეთის დაწყება რეკომენდებულია გადაწყვეტილების მიღებიდან არაუგვიანეს 30 წუთისა.^{xiv}
8. საკეისრო კვეთის ჩატარებისათვის აუცილებელია პაციენტის ინფორმირებული წერილობითი თანხმობა.
9. საკეისრო კვეთისას უპირატესობა ენიჭება რეგიონულ ანესთეზიას.
10. ოპერაციის შემდეგ საჭიროა გაგრძელდეს ადექვატური ანალგეზია, ოპიოიდური ტკივილგამაყუჩებლების ნაცვლად უმჯობესია გამოიყენოთ არასტეროიდული ანთების საწინააღმდეგო საშუალებები. **A**
11. საკეისრო კვეთის შემდგომი გართულებების თავიდან აცილების მიზნით საჭიროა ანტიბიოტიკოპროფილაქტიკა ჩატარდეს კანის გაკვეთამდე 0-60 წთ-ით ადრე ანტიბიოტიკების ერთჯერადი დოზის გამოყენებით ი/ვ-ად (მაგალითად, პირველი თაობის ცეფალოსპორინები, პენიცილინები). **A**
12. საკეისრო კვეთის ოპერაციული ტექნიკა საჭიროა განხორციელდეს პროტოკოლში მოცემული რეკომენდაციების გათვალისწინებით.
13. საკეისრო კვეთის დროს ახალშობილისათვის ძალზედ მნიშვნელოვანია სითბური ჯაჭვის დაცვა და ადრეული კანით კანთან კონტაქტის წახალისება. თუკი ოპერაციის მსვლელობისას, გარკვეული მიზეზების გამო, კანით კანთან კონტაქტი ვერ მოხერხდა, სასურველია ის განხორციელდეს ახალშობილის მამასთან. **A**
14. უზრუნველყავით ადრეული ძუძუთი კვება ძუძუთი კვების ტექნიკის დაცვით.
15. თრომბოემბოემბოლიის პრევენციის მიზნით პოსტოპერაციულ პერიოდში რეკომენდებულია ადრეული აქტივაცია და ელასტიური წინდის გამოყენება.
16. ვენური თრომბოემბოემბოლიის მაღალი რისკის შემთხვევაში საჭიროა თრომბოპროფილაქტიკის დაწყება ოპერაციიდან 6-12 საათის შემდეგ დაბალმოლეკულური ან არაფრაქციონირებული ჰეპარინით.

9. მოსალოდნელი შედეგები

პროტოკოლის რეკომენდაციების პრაქტიკაში დანერგვა ხელს შეუწყობს დედისა და ნაყოფის გამოსავლების გაუმჯობესებას, დედათა და ახალშობილთა ავადობისა და სიკვდილობის შემცირებას, ორსულობის შემდგომი გართულებების პრევენციასა და საკეისრო კვეთის მაჩვენებლის შემცირებას,

რომლის შედეგადაც შესაძლებელი გახდება საკეისრო კვეთათა ჯანმო-ს მიერ რეკომენდებულ 10-15%-იან ზღვართან მიახლოება.

10. აუდიტის კრიტერიუმები

რამდენ დაწესებულებას (%) აქვს აღნიშნული პროტოკოლი?

საავადმყოფოს რამდენმა ექიმმა (%) გაიარა სწავლება მოცემული პროტოკოლის პრაქტიკაში დანერგვის თვალსაზრისით?

რამდენ ორსულს (%) ჩატარდა საკეისრო კვეთა მოთხოვნის საფუძველზე მოთხოვნის მიზეზების შესახებ დოკუმენტირებული დისკუსიის შემდეგ?

რამდენი საკეისრო კვეთის (%) დროს ჩატარდა ადექვატური ანტიბიოტიკოპროფილაქტიკა კანის გაკვეთამდე 0-60 წთით ადრე?

რამდენი საკეისრო კვეთის (%) დროს ჩატარდა ადექვატური თრომბოპროფილაქტიკა?

რამდენი საკეისრო კვეთა (%) ჩატარდა რეგიონალური გაუტკივარებით?

რამდენი გეგმიური საკეისრო კვეთა (%) ჩატარდა ორსულობის > 39 კვირის ვადაზე?

რამდენ შემთხვევაში ჩატარდა გადაუდებელი საკეისრო კვეთა?

ნაყოფის მენჯით წინმდებარეობის დროს რამდენ შემთხვევაში (%) განხორციელდა ნაყოფის თავზე გარეგანი მობრუნების მცდელობა?

რამდენ შემთხვევაში (%) ჩატარდა ვაგინალური მშობიარობა გადატანილი საკეისრო კვეთის შემდეგ?

11. პროტოკოლის გადახედვის ვადები

პროტოკოლის გადახედვა და განახლება სასურველია განხორციელდეს 2 წლის ვადაში.

12. პროტოკოლის დანერგვისთვის საჭირო რესურსი

საკუთარი კვების მართვის ხარისხის გაუმჯობესებისთვის აუცილებელი ადამიანური და მატერიალურ-ტექნიკური რესურსი მოცემულია დანართი 1-ის სახით:

დანართი 1:

რესურსი	ფუნქციები/მნიშვნელობა	შენიშვნა
ადამიანური რესურსი	რა მიზნით ხდება ამათუ იმ რესურსის გამოყენება	რამდენად სავალდებულოა ამ რესურსის არსებობა
მეან-გინეკოლოგი, ანესთეზიოლოგ-რეანიმატოლოგი, ნეონატოლოგი, ოჯახის ექიმი, გადაუდებელი დახმარების ექიმი	კლინიკური შეფასება, დიაგნოზის დადასტურება, პრევენციული ღონისძიებების შერჩევა, მედიკამენტური მკურნალობის თაობაზე გადაწყვეტილება, მიმდინარე მეთვალყურეობა - კომპეტენციების გათვალისწინებით	
ექთანი	რისკის პროფილის შეფასება რისკ-ფაქტორების, არამედიკამენტური მკურნალობის, პრევენციისა და მედიკამენტების გვერდითი ეფექტების თაობაზე პაციენტის კონსულტირება.	
რეგისტრატორი	მიმდინარე მეთვალყურეობისთვის პაციენტების გამოძახების უზრუნველყოფა.	
მენეჯერი/ადმინისტრატორი	პროტოკოლის დანერგვის ხელშეწყობა; დანერგვაზე მეთვალყურეობა; აუდიტის ჩატარება და შედეგების ანალიზი.	
მატერიალურ-ტექნიკური რესურსი		
რისკის შეფასების სქემა	რისკის პროფილის შეფასება	სავალდებულო
ლაბორატორია: სისხლის საერთო ანალიზი, რეზუს ფაქტორისა და სისხლის ჯგუფის განსაზღვრა, კოაგულოგრამა.	დიაგნოზის დადასტურების მიზნით, რისკის შეფასებისა და გადაწყვეტილების მისაღებად.	სავალდებულო ან სასურველი
სადიაგნოსტიკო აღჭურვილობა: ულტრაბგერა, ეკგ, ფერადი დოპლერი, კარდიოტოკოგრაფი, საანესთეზიო მოწყობილობა	დიაგნოზის დადასტურება, რისკის შეფასება, გადაწყვეტილება ჩარევაზე. ოპერაციული ჩრევა, პოსტოპერაციული მდგომარეობის მართვა	სავალდებულო ან სასურველი
პაციენტის საგანმანათლებლო მასალები.	პაციენტის ინფორმირება (ინფორმირებული თანხმობა)	სასურველი

13. რეკომენდაციები პროტოკოლის ადაპტირებისთვის ადგილობრივ დონეზე

პროტოკოლით მოცული კლინიკური რეკომენდაციების პრაქტიკაში ადაპტაციისათვის აუცილებელია სამედიცინო პერსონალს ჩაუტარდეს სპეციალური სწავლება საკუთარ კვეტის რისკებისა და გართულებების, საშოსმხრივი მშობიარობის უპირატესობებისა და ჩვენებების, საკუთარ კვეტის ჩატარების ტექნიკის სფეროში არსებული სიახლეების, რაციონალური ანტიბიოტიკოთერაპიის პრინციპების და საკუთარ კვეტის შემდეგ პოსტპერაციულ პერიოდში ქალებსა და ახალშობილებზე ზრუნვის შესახებ.

ზემოაღნიშნული სწავლება საჭიროა ჩატარდეს პერიოდულად, ხოლო პერიოდულობის სიხშირე უნდა განისაზღვროს მოთხოვნის მიხედვით.

14. ალტერნატიული პროტოკოლი

ალტერნატიული პროტოკოლი არ არსებობს.

15. ავტორები

წინამდებარე პროტოკოლი მომზადდა პროექტის „პერინატალური სისტემის გაუმჯობესება საქართველოში“ ფარგლებში, UNICEF-სა და USAID-ის მიერ დაფინანსებული და JSI-ის მიერ განხორციელებული პროგრამა „შენარჩუნების“, ასევე “Sheba”-ს პროექტის მხარდაჭერით საქართველოს წამყვანი მეან-გინეკოლოგების მიერ:

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

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

ნინო მაჭავარიანი - მედიცინის მეცნიერებათა დოქტორი, საქართველოს მეან-გინეკოლოგთა და პერინატოლოგთა ასოციაციის წევრი;

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

წევრი; მეან-გინეკოლოგთა ასოციაციის წევრი; მედიკოსთა ასოციაციის წევრი; ნეონატოლოგთა ასოციაციის წევრი;

დავით დავარაშვილი – აკადემიური დოქტორი მედიცინაში; მეან-გინეკოლოგიური კლინიკა „ბიბიდა“-ს სამეანო-გინეკოლოგიური დეპარტამენტის ხელმძღვანელი; საქართველოს მეან-გინეკოლოგთა ასოციაციის საბჭოს წევრი; პერინატოლოგთა და მეან-გინეკოლოგთა ასოციაციის საბჭოს წევრი;

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

კოტე ბოჭორიშვილი – აკადემიური დოქტორი მედიცინაში; შპს ჯეოჰოსპიტალს, ზესტაფონის სამედიცინო ცენტრის სამეანო და გინეკოლოგიური მიმართულების ხელმძღვანელი; მეან-გინეკოლოგთა და პერინატოლოგთა ასოციაციის წევრი;

ზაზა ბოხუა - თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტის პროფესორი, საქართველოს მეან-გინეკოლოგთა ასოციაციის გენერალური მდივანი;

მამუკა ნემსაძე – აკად. ო. ღუდუშაურის სახ. ეროვნული სამედიცინო ცენტრის პერინატალური დეპარტამენტის სამეანო განყოფილების უფროსი; საქართველოს მეან-გინეკოლოგთა ასოციაციის საბჭოს წევრი;

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

ფატი ცაავა - მედიცინის მეცნიერებათა დოქტორი, თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტის ასისტენტ პროფესორი, საქართველოს მეან-გინეკოლოგთა და პერინატოლოგთა ასოციაციის წევრი;

თამარ გოგია - მედიცინის მეცნიერებათა დოქტორი, საქართველოს მეან-გინეკოლოგთა და პერინატოლოგთა ასოციაციის წევრი.

16. გამოყენებული ლიტერატურა

-
- ⁱ Webster's new world. Medical dictionary. Third edition.
- ⁱⁱ 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.
- ⁱⁱⁱ MacKenzie IZ, Cooke I. Prospective 12 month study of 30 minute decision to delivery intervals for “emergency” caesarean section. *BMJ* 2001;322:1334–5.17
- ^{iv} American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG Committee Opinion. Surgery and patient choice: the ethics of decision making. *Obstet Gynecol* 2003; 102:1101–6.
- ^v National Institute for Clinical Excellence. *Preoperative tests. The use of routine preoperative tests for elective surgery: evidence, methods and guidance*. London: NICE; 2003
- ^{vi} Kerr-Wilson RH MS. Bladder drainage for caesarean section under epidural analgesia. *Br J Obstet Gynaecol* 1986;93:28–30.
- ^{vii} Kavak ZN, Basgul A, Ceyhan N. Short-term outcome of newborn infants: spinal versus general anesthesia for elective cesarean section: A prospective randomized study. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2001;100:50–4.
- ^{viii} Grundsell HS, Rizk DE, Kumar RM. Randomized study of non-closure of peritoneum in lower segment cesarean section. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1998;77:110–15.
- ^{ix} National Perinatal Epidemiology Unit. CAESAREan Section Surgical Techniques. [www.npeu.ox.ac.uk/Caesar]. Accessed 25 March 2004
- ^x Dunn TS, Forshner D, Stamm C. Foley catheterization in the postoperative patient. *Obstet Gynecol* 2000;95:S30.
- ^{xi} Mangesi L, Hofmeyr GJ. Early compared with delayed oral fluids and food after caesarean section. *Cochrane Database Syst Rev* 2003;(2).
- ^{xii} Christensson K. Fathers can effectively achieve heat conservation in healthy newborn infants. *Acta Paediatr* 1996;85:1354–60.
- ^{xiii} NICE clinical guideline April 2004. Cesarean section p8
- ^{xiv} MacKenzie IZ, Cooke I. Prospective 12 month study of 30 minute decision to delivery intervals for “emergency” caesarean section. *BMJ* 2001;322:1334–5.17