

ҲОЗИРГИ ЗАМОН АКУШЕРЛИГИДА КЕСАР КЕСИШ ОПЕРАЦИЯСИНИНГ ТУТГАН ЎРНИ

Г.Ш. ЭЛТАЗАРОВА, Д.С. ОЧИЛОВА

Самаркандский Государственный медицинский институт, Республика Узбекистан, г. Самарканд

РОЛЬ ОПЕРАЦИИ КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЯ В СОВРЕМЕННОМ АКУШЕРСТВЕ

Г.Ш. ЭЛТАЗАРОВА, Д.С. ОЧИЛОВА

Самаркандский Государственный медицинский институт, Республика Узбекистан, г. Самарканд

ROLE OF CESAREAN SECTION IN MODERN OBSTETRICS

G.Sh. ELTAZAROVA, D.S. OCHILOVA

Samarkand State Medical Institute, Republic of Uzbekistan, Samarkand

Ҳозирги замон акушерлигида туғруқларни жаррохлик йўли орқали олиб бориш частотасининг ошиши катта муаммолардан бири ҳисобланади. Статистика маълумотларига кўра, ер куurrasининг турли минтақаларида жойлашган 30 тадан зиёд мамлакатларда кесар кесиш операциясининг ўртача кўрсаткичи 22% ни ташкил қилади. Канада, Швейцария, АҚШ, Лотин Америкаси, Хитой каби давлатларда кесар кесиш операцияси 30 % дан ошади [1, 7, 22]. АҚШ да ҳар тўрттадан битта, Англия ва Канадада бештадан битта, Лотин Америкасида учтадан битта чақалоқ кесар кесиш йўли билан туғилади. Россияда кесар кесиш частотаси охириги 10 йил маълумотларига кўра 2 баробар кўпайган [2, 13, 19]. Ўзбекистонда эса бу статистик кўрсаткич Ж.Е. Пахомова (2009 й) маълумотларига кўра, 12 - 14,8% ни ташкил қилади. Олимлар орасида тиббий ёрдам сифат кўрсаткичини кўрсатувчи - кесар кесиш операциянинг оптимал частотаси ҳозиргача номаълум. Шунинг учун оператив туғруқлар частотасининг ошиши чет эл давлатларида, ҳамда Ўзбекистонда актуал муаммолардан бири ҳисобланади [1, 19]. Кесар кесиш операциясининг частотаси фақат юқори хавф гуруҳига кирадиган ҳомиладорлар кузатиладиган перинатал марказ ёки илмий текшириш институтларида эмас, балки оддий шаҳар туғруқхоналарида ҳам ошмоқда. Бундай клиникаларда кесар кесиш операциясининг частотаси 20% дан кўпроқни ташкил қилади. Вазиятнинг бундай тус олиши оператив туғруқларга янги кўрсатмаларнинг пайдо бўлиши билан тушунтирилади. Кесар кесиш операциясининг кўпайишига яна социал ва иктисодий факторлар, тиббий хизматдаги негатив омилларнинг ошиши ҳам муҳим аҳамиятга эга. Натижада охириги йилларда кесар кесиш операциясига бўлган кўрсатмалар нафақат Ўзбекистонда, балки бутун дунё мамлакатларида ҳам кенгаймоқда [1, 22]. Абдоминал туғруқларнинг бундай масштабларда кўпайиб, перинатал йўқотишларга нисбатан таъсири

кўпгина илмий олимларнинг дискуссиясига сабаб бўлмоқда [9,13]. Кесар кесиш операцияси частотасининг ошиши замонавий акушерликда янги муаммони келтириб чиқаради. Н.М. Побединский, В.А. Ананьев (2005) маълумотларига кўра, кесар кесиш операциясини бошидан ўтказган аёлларнинг 8 – 16% ида ҳайз циклининг бузилиши (альгоменорея, гиперполименорея, дисменорея); 13- 17% ида турли локализацияга эга оғриқлар; 20% дан 30% аёлларда кичик чанок аъзоларининг яллиғланиш процесслари; 2 -7% аёлларда икесар кесишиламчи бепуштлик кузатилади. Аммо кўпгина натижалар шуни кўрсатадики, бачадонида чандиғи бор аёлларда ҳомиладорлик вақтида презеклампсия, плацента етишмовчилиги, плацента жойлашуви аномалиялари, ҳомиланинг нотўғри жойлашуви каби асоратлар кузатилган [3, 8, 18, 24]. Бачадонида чандиғи бор аёлларнинг ярмидан камроғида туғруқлар табиий туғруқ йўллари орқали олиб борилган. Уларда туғруқ вақтида туғруқ дискоординацияси ва қон кетиш миқдорининг ошганлиги кузатилган. Бачадонида чандиқнинг борлиги такрор кесар кесиш учун 25% да асосий ва ягона кўрсатма бўлиб келади [12, 16, 23]. Кесар кесиш операциясида ҳам бошқа абдоминал операциялар каби турли хил интра- ва постоперацион асоратлар, оналар ўлими хавфи, туғруқдан кейинги яллиғланиш процесслари миқдори ошади. Операция техникасининг ва оғриксизлантиришнинг мукаммаллашувига қарамай, кесар кесиш асоратларига қон кетиш, инфекция, қоғоноқ сувлари эмболияси, ўпка артериясининг тромбоземболиялари учрамоқда [14, 16, 18]. Қин орқали ўтказиладиган амалиётлардан кўрқиб эса, кўп ҳолларда травматизм жиҳатдан юқори бўлган Кристеллер амалиётини қўллашга сабаб бўлмоқда [13, 15, 17].

Кесар кесиш операциясига бўлган ҳаражатларни табиий туғруқ йўллари орқали олиб бориладиган туғруқлар билан солиштирганда: АҚШ ларида кесар кесиш 1% га

кўпайганда бир йил ичида акушерлик ёрдам кўрсатиш 63 млн. долларга, асоратлар пайдо бўлганда эса 2-3 мартага ошар экан. Анамнезида кесар кесишни ўтказган аёлларда такрорий кесар кесишдаги кўшимча харажатлар 0,5 млрд. долларни ташкил қилар экан.

“Мать и дитя” номли IX Бутунроссия илмий форуми (Москва, 2-5 октябр, 2008 й) маълумотларига кўра, кесар кесишнинг оптимал частотаси деб, интра ва постоперацион асоратлар, оналар ўлими, операциядан кейинги йирингли яллиғланиш касалликлари камайганда айтилади. Агар жарроҳликдан кейинги септик асоратларга анестезия ва тромбоземболик асоратлар кўшилса, ҳар 100 та ўлган аёлнинг 15-17 таси кесар кесиш ҳиссасига тўғри келади.

Шундай қилиб, ҳозирги акушерликда кесар кесиш операция катта моҳиятга эга ва у бошқа акушерлик операциялари ичидан кўпроқ қўлланилиши, она ва бола учун кўпинча яхши яқун топиши билан ажралиб туради. Аммо бу жарроҳлик амалиётининг кўпгина қирралари ўрганилган бўлсада, ҳозирги вақтда “операция қилинган бачадон касаллиги” муаммоси вужудга келмоқда. Бу янада ушбу муаммони ўрганиб, изчил текширишлар олиб боришни талаб қилади.

Адабиётлар:

1. Ан А.В., Пахомова Ж.Е., Материнская летальность после кесарева сечения. Проблемы репродукции №3, 2010; стр.83-86.
2. Баев О.Р., Шмаков Р.Г., Приходько А.М. Современная техника операции кесарева сечения в доказательной медицине. // Акуш. и гинекология, 2013, №2, с.129-135
3. Буянова С.Н., Щукина Н.А., Чечнева М.А. и др. Современные методы диагностики несостоятельности швов на матке или рубца на матке после кесарева сечения. Российский вестник акушера-гинеколога. 2013; 1:73-77
4. Габидуллина Р.И., Шамсутдинова Л.Г. К вопросу о применении простагландина Е2 у беременных с рубцом на матке после кесарева сечения.//Российский вестник акушера-гинеколога, 2013, №2, с. 48-52
5. Кан Н.Е., Тютюнник В.Л., Кесова М.И., Балущкина А.А. Выбор способа родоразрешения после операции кесарева сечения // Акуш. и гинекология, 2014, №6, с.20-26.
6. Крамарский В.А., Дудакова В.Н., Сверкунова Н.Л. Кесарево сечение при несформированном нижнем сегменте матки// Акуш. и гинекология, 2010, №4, с.36-39.
7. Краснопольский В.И., Логутова Л.С. Реальные пути снижения частоты кесарева сечения в условиях современного взгляда на перинатальную смертность // Акуш. и гинекология, 2008, №3, с.15-20.
8. Краснопольский В.И. и др. Место абдоминального и влагалищного оперативного родоразрешения в современном акушерстве. Реальность и перспективы. // Акуш. и гинекология, 2012, №1, с.4-8.
9. Краснопольский В.И., Логутова Л.С., Буянова С.Н. Несостоятельный рубец на матке после кесарева сечения: причины формирования и лечебная тактика. // Акуш. и гинекология, 2013, №12, с.28-33.
10. Савельева Г.М. Кесарево сечение и его роль в современном акушерстве// Акуш.и гинекология, 2008, №3, с.10-15
11. Савельева Г.М., Трофимова О.А. Роль кесарева сечения в снижении перинатальной смертности и заболеваемости доношенных детей// Акуш.и гинекология, 2008, №4, с.20-23
12. Савельева Г.М., Бреусенко Л.Е., Курцер М.А., Караганова Е.Я., Третьякова М.В. Ведение физиологических и осложненных родов. Акуш. и гинекология, 2011, №3, с.4-10
13. American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG Practice Bulletin N 115: Vaginal birth after previous cesarean delivery. Obstet.Gynecol. 2010; 116 [2Pt 1]: 450-463
14. Hill J.B., Ammons A., Chauhan S.P. Vaginal birth after cesarean delivery: comparison of ACOG practice bulletin with other national guidelines. Clin. Obstet.Gynecol.2012; 55[4]:969-977
15. Madi J.M., Deon J., Rombaldi R.L., de Araujo B.F., Rombaldi M.C., dos Santos M.B. Impact of vaginal delivery after a previous cesarean section on perinatal outcomes. Rev.Bras.Cinecol. Obstet.2013; 35 [11]: 516-522.
16. Metz T.D., Stoddard G.J., Henry E., Jackson M., Holmgren C., Esplin S. Simple, validated vaginal birth after cesarean delivery prediction model for use at the time of admission. Obstet.Gynecol. 2013; 122[3]: 571-578.
17. National Institute of Health Consensus Development Conference Panel Consensus Development Conference statement: vaginal birth after cesarean: new insights March 8-10, 2010. Obstet. Gynecol. 2010; 115[6]: 1279-1295.
18. National Institute for Health and Clinical Excellence. Caesarean section. NICE clinical guideline; 2011. p. 57.
19. Smaill F.M., Gyte G.M. Antibiotic prophylaxis versus no prophylaxis for preventing infection after cesarean section // Cochrane Database Syst. rev. – 2010. – [1]: CD007482
- Spong C.Y., Landon M.B., Gilbert S., Rouse D.J., Varner M.W. et al. Risk of uterine rupture and adverse perinatal outcome at term after caeseran delivery. Obstet. Gynecol. 2007; 110[4]: 801-817.