

ვაგინალური/საშოსმხრივი მშობიარობა საკეისრო კვეთის შემდეგ

კლინიკური მდგომარეობის მართვის სახელმწიფო სტანდარტი
(პროტოკოლი)

პროტოკოლი შეიქმნა გაეროს მოსახლეობის ფონდის (UNFPA) მხარდაჭერით

1. სარჩევი

1. პროტოკოლის სათაური: ვაგინალური/საშოსმხრივი მშობიარობა საკეისრო კვეთის შემდეგ.....	4
2. პროტოკოლით მოცული კლინიკური მდგომარეობები და ჩარევები:.....	4
3. პროტოკოლის შემუშავების მეთოდოლოგია.....	4
4. პროტოკოლის მიზანი.....	5
5. სამიზნე ჯგუფი.....	5
6. ვისთვის არის პროტოკოლი განკუთვნილი.....	5
7. სამედიცინო დაწესებულებაში პროტოკოლის გამოყენების პირობები.....	5
8. რეკომენდაციები.....	5
9. წარდგინება და ეპიდემიოლოგია.....	6
10. ანტენატალური მოვლა.....	6
10.1. როგორ უნდა დაიგეგმოს ანტენატალური მეთვალყურეობა, ორსულებში რომელებსაც ანამნეზში აღენიშნებათ საკეისრო კვეთა?.....	6
10.2. ანტენატალური მეთვალყურეობის გეგმა.....	6
11. გეგმიური VBAC.....	6
11.1. რომელი კატეგორიის ორსულებისათვის არის ყველაზე მეტად მისაღები TOLAC?.....	6
11.2. რა არის TOLAC -ის წინააღმდეგ ჩვენება?.....	7
11.3. საშვილოსნოს რუპტურა ანამნეზში.....	7
11.4. საშვილოსნოს განაკვეთის ტიპები.....	7
11.5. ოპერაცია საშვილოსნოზე.....	7
11.6. პლაცენტის წინმდებარეობა.....	8
11.7. შეიძლება თუ არა შევთავაზოთ გეგმიური TOLAC იმ ქალებს, რომელთაც ანამნეზში აღენიშნებათ გადატანილი 2 ან მეტი საკეისრო კვეთა?.....	8
12. რომელი ფაქტორებია ასოცირებული საშვილოსნოს რუპტურასთან მაღალ რისკთან TOLAC /VBAC ის დროს?.....	8
13. ანტენატალური მეთვალყურეობა.....	9
13.1. რა არის ანტენატალური მეთვალყურეობის ძირითადი მიზანი?.....	9
13.2. რა რისკები და სარგებელი ახლავს VBAC-ს 39+0 გესტაციის ვადის შემდგომ ჩატარებულ ERCS-თან შედარებით.....	10
13.3. გეგმიური VBAC-ის დროს შესაძლო დედისმხრივი გართულებები:.....	10
14. დაგეგმილი TOLAC -ის მართვა მშობიარობის დროს.....	14
15. მშობიარობის აღძვრა და სტიმულაცია TOLAC - შემთხვევაში.....	15

16.	გეგმიური “ელექტიური” საკეისრო კვეთის დაგეგმვა	16
17.	დამატებითი მეთვალყურეობის საჭიროება.....	17
18.	41+ გესტაცია	17
18.1.	მრავალნაყოფიანი ორსულობა	17
18.2.	სავარაუდო მაკროსომია.....	17
18.3.	ნაყოფის ანტენატალური სიკვდილი	17
18.4.	დედის ასაკი 40 წელი ან მეტი.....	18
18.5.	ნაადრევი VBAC.....	18
19.	მოსალოდნელი შედეგები.....	18
20.	აუდიტის კრიტერიუმები	18
21.	პროტოკოლის გადახედვის ვადები	19
22.	პროტოკოლის დანერგვისთვის საჭირო რესურსი	19
23.	რეკომენდაციები პროტოკოლის ადაპტირებისათვის ადგილობრივ დონეზე.....	19
24.	პროტოკოლის ავტორები	19
25.	გამოყენებული ლიტერატურა	20
	დანართი I. ანამნეზში საკეისრო კვეთის მქონე ორსულებისთვის ანტენატალური მეთვალყურეობა.....	25
	დანართი II. ორსულის კლინიკური მართვა ერთი ან მეტი გადატანილი საკეისრო კვეთის შემთხვევაში	27
	დანართი III. კითხვარის (ჩექლისთის) მაგალითი.....	28

გამოყენებული შემოკლებები და განმარტებები:

ERCS Elective Repeat Caesarean Section - განმეორებითი საკეისრო კვეთა მოთხოვნით.

TOLAC Trial Of Labor After Caesarean - საშოსმხრივი მშობიარობის მცდელობა საკეისროს კვეთის შემდგომ.

VBAC Vaginal Birth After previous Caesarean delivery - საშოსმხრივი მშობიარობა საკეისროს კვეთის შემდგომ.

1. პროტოკოლის სათაური: ვაგინალური/საშოსმხრივი მშობიარობა საკეისრო კვეთის შემდეგ.

2. პროტოკოლით მოცული კლინიკური მდგომარეობები და ჩარევები:

დასახელება	კოდი
1. კლინიკური მდგომარეობის დასახელება	ICD 10
გადატანილი საკეისრო კვეთის შემდეგ წარმოებული საშოსმხრივი მშობიარობა	O75.7
დედის სამედიცინო პატონაჟი საშვილოსნოს პოსტოპერაციული ნაწიბურის დროს	O34.2
2. ჩარევის დასახელება	NCSP
პლაცენტის გამოძევა საშვილოსნოდან	MBSA20
პლაცენტის ხელით გამოტანა საშვილოსნოდან	MBSA30
სამეანო ლაცერაციების აღდგენა	MBSC
მშობიარობის შემდგომი სისხლდენის კონტროლი	MBSC90
სამეანო ჰისტერექტომია	MCSW00
სხვა სამეანო ლაპაროტომია	MCSW96
სხვა პროცედურები მეანობაში	MX
3. ლაბორატორიული მომსახურების დასახელება	
სისხლის საერთო ანალიზი	BL.6
კოაგულოგრამა	CG.7
რეზუს ფაქტორის განსაზღვრა	IM.10.1.2
ABO სისტემის განსაზღვრა	IM.10.1.1

3. პროტოკოლის შემუშავების მეთოდოლოგია

პროტოკოლი შემუშავებულია RCOG-ის გადატანილი საკეისრო კვეთის შემდგომ მშობიარობის მართვის გაიდლაინის საფუძველზე (Birth After Previous Cesarean Birth - Green-top Guideline No.45), რომელიც თავის მხრივ აგებულია თანამედროვე სტანდარტული მეთოდოლოგიით და მოიცავს ყველა თანამედროვე, მტკიცებულებებზე დაფუძნებულ ინფორმაციას კოხრეინის ცენტრალური რეგისტრიდან, რანდომიზირებული კონტროლირებადი კვლევების, სისტემური მიმოხილვების, რანდომიზირებული კვლევების მეტა ანალიზისა და კოჰორტული კვლევების შედეგებს.

4. პროტოკოლის მიზანი

პროტოკოლის მიზანია ანამნეზში საკეისრო კვეთის მქონე ორსულების ანტენატალური და ინტრანატალური პერიოდის მართვის თავისებურებებისა და TOLAC-ის, VBAC-ის ან ERCS-ის დაგეგმვისათვის გასათვალისწინებელი პირობების შესახებ უახლესი სამეცნიერო მტკიცებულებებზე დაფუძნებული ინფორმაციის მიწოდება ჯანდაცვის სპეციალისტებისთვის, ორსული ქალებისა და მათი ოჯახებისათვის.

5. სამიზნე ჯგუფი

პროტოკოლის რეკომენდაციები შეეხება ანამნეზში საკეისრო კვეთის მქონე ორსულებსა და მათი ოჯახის წევრებს.

6. ვისთვის არის პროტოკოლი განკუთვნილი

პროტოკოლი განკუთვნილია:

- ორსულობის, მშობიარობისა და მშობიარობის შემდგომი პერიოდის მართვის პროცესში ჩართული სამედიცინო პერსონალისათვის, კერძოდ: მეან-გინეკოლოგები, ანესთეზიოლოგ-რეანიმატოლოგები, ნეონატოლოგები, გადაუდებელი დახმარების სპეციალისტები, ბეზიაქალები;
- პოლიტიკის შემქმნელებისთვის, სადაზღვევო კომპანიის წარმომადგენლებისა და კლინიკის მენეჯერებისთვის;
- ორსული ქალებისა და მათი ოჯახებისთვის;
- სამედიცინო უნივერსიტეტის/სკოლის სტუდენტებისთვის, რეზიდენტებისა და უწყვეტი სამედიცინო განათლების კურსში მონაწილე პირებისთვის.

7. სამედიცინო დაწესებულებაში პროტოკოლის გამოყენების პირობები

პროტოკოლი გამოიყენება ამბულატორიულ და სტაციონარულ სამეანო-გინეკოლოგიური პროფილის დაწესებულებებში.

პროტოკოლის გამოყენება იწყება ანტენატალური მეთვალყურეობის დაწყებისთანავე და გრძელდება ინტრანატალურ და პოსტნატალურ პერიოდში.

8. რეკომენდაციები

საკეისრო კვეთის შემდეგ გეგმიური მშობიარობა (VBAC) უსაფრთხოა იმ ქალების უმრავლესობისთვის, რომელსაც აღენიშნებათ ანამნეზში საკეისრო კვეთა საშვილოსნოს ქვედა სეგმენტში. აღნიშნული მიდგომა უზრუნველყოფს სამედიცინო მომსახურეობის ხარჯთეფექტურობას, ამცირებს საკეისრო კვეთის ოპერაციის სიხშირეს და დედათა ავადობის რიცხვს, რომელიც დაკავშირებულია განმეორებით საკეისრო კვეთასთან.

9. წარდგინება და ეპიდემიოლოგია

მსოფლიოში დიდი ხანია მიმდინარეობს დებატები, რა არის საკეისრო კვეთის მისაღები მაჩვენებელი და როგორი უნდა იყოს დედათა და ახალშობილთა ავადობის ოპტიმალური მონაცემები.

საქართველოში 2019 -2020 წწ. საკეისრო კვეთის მაჩვენებელი იყო 39.7%- 40.6% აქედან 45.5-47.9% შეადგენდა პირველ საკეისრო კვეთას. ამ მონაცემებიდან გამომდინარე ძალიან აქტუალური გახდა საკითხი გადატანილი საკეისრო კვეთის შემდგომ ორსულობისა და მშობიარობის მართვის შესახებ.

მიღწეულ იქნა შეთანხმება (National Institute for Health and Care Excellence [NICE], Royal College of Obstetricians and Gynaecologists [RCOG], American College of Obstetricians and Gynecologists [ACOG]/National Institutes of Health [NIH]) რომ გეგმიური VBAC უსაფრთხოა ორსულთა უმრავლესობისთვის, რომელსაც ანამნეზში აღენიშნებათ საკეისრო კვეთა საშვილოსნოს ქვედა სეგმენტში. ასეთი მიდგომა უზრუნველყოფს სამედიცინო მომსახურების ხარჯთ-ეფექტურობას, ამცირებს საკეისრო კვეთის სიხშირეს და ავადობას, რომელიც უკავშირდება განმეორებით საკეისრო კვეთას.

10. ანტენატალური მოვლა

10.1. როგორ უნდა დაიგეგმოს ანტენატალური მეთვალყურეობა, ორსულებში რომელსაც ანამნეზში აღენიშნებათ საკეისრო კვეთა?

რეკომენდებულია ანტენატალური მეთვალყურეობის პროვაიდერებისა და ორსულებისათვის, შემუშავდეს და პრაქტიკაში დაინერგოს უნიფიცირებული ანტენატალურ მეთვალყურეობის გზამკვლევი ან ე.წ. „ჩექლისტი“ რის მიხედვითაც შესაძლებელი იქნება დადგინდეს გადატანილი საკეისრო კვეთის შემდგომი ვაგინალური მშობიარობის (VBAC) უპირატესობა, და შემცირდეს რუტინულად დაგეგმილი განმეორებითი საკეისრო კვეთის ოპერაცია.

10.2. ანტენატალური მეთვალყურეობის გეგმა

ანტენატალური მეთვალყურეობის გეგმა, მოცემულია I და II დანართში და შედგენილია NICE ანტენატალური მეთვალყურეობის გაიდლაინის მიხედვით.

ავსტრიაში ჩატარებულმა კვლევამ უჩვენა, რომ ანტენატალური მეთვალყურეობისას, ორსულის მიერ ინფორმირებული გადაწყვეტილების მისაღებად კონსულტირებაში სპეციალურად მომზადებული სპეციალისტების ჩართვა, ზრდის გეგმიური VBAC-ის სიხშირეს.

11. გეგმიური VBAC

11.1. რომელი კატეგორიის ორსულებისათვის არის ყველაზე მეტად მისაღები TOLAC?

გეგმიური TOLAC მისაღებია და შეთავაზებულ უნდა იქნას ერთნაყოფიანი ორსულთა უმრავლესობისთვის, რომელთა გესტაციის ვადა $\geq 37^{+0}$ და ანამნეზში აღენიშნება საკეისრო კვეთა საშვილოსნოს ქვედა სეგმენტში, მიუხედავად იმისა ანამნეზში აქვს თუ არა ვაგინალური მშობიარობა.

მტკიცებულებებზე დაფუძნებული კვლევების სისტემური მიმოხილვების შედეგად დადასტურებული ფაქტია, რომ VBAC წარმოადგენს უსაფრთხო და ორსულთა აბსოლუტური უმრავლესობისათვის მისაღებ მშობიარობის მეთოდს, საშვილოსნოს ქვედა სეგმენტში ერთხელ გადატანილი საკეისრო კვეთის შემდეგ.

ამასთანავე მნიშვნელოვანია განისაზღვროს და შეფასდეს ხომ არ არსებობს VBAC-ის წინააღმდეგ ჩვენება, გადატანილი საკეისრო კვეთისა და მიმდინარე ორსულობის შესახებ არსებული მონაცემების მიხედვით.

11.2. რა არის TOLAC -ის წინააღმდეგ ჩვენება?

გეგმიური TOLAC წინააღმდეგ ნაჩვენებია იმ ქალებისათვის, ვისაც ანამნეზში აღენიშნება საშვილოსნოს რუპტურა ან გადატანილი კორპორალური (კლასიკური) საკეისრო კვეთა. ასევე, იმ ორსულებისათვის, რომლებსაც აქვთ ფიზიოლოგიური მშობიარობის აბსოლუტური წინააღმდეგ ჩვენება (მაგ. პლაცენტის სრული წინამდებარეობა).

ასევე, იმ ორსულთათვის, რომლებსაც აღენიშნებათ საშვილოსნოზე რთული ნაწიბური, (მაგ. გადატანილი მიომექტომიის შემდგომ). ასეთ შემთხვევებში გადაწყვეტილება უნდა იქნას გამოცდილი მეანის მიერ, რომელსაც ექნება წვდომა გადატანილი ოპერაციის ამსახველ სამედიცინო დოკუმენტაციაზე.

ქვემოთ ჩამოთვლილი რისკ ფაქტორების არსებობას შესაძლოა მოჰყვეს სერიოზული გართულებები TOLAC ის დროს.

11.3. საშვილოსნოს რუპტურა ანამნეზში

ლიმიტირებული დაკვირვებითი მონაცემების თანახმად, ქალებს, რომლებსაც ანამნეზში აქვთ საშვილოსნო რუპტურა, მშობიარობის დროს საშვილოსნოს განმეორებით რუპტურის რისკი იზრდება ($\geq 5\%$). შესაბამისად ანამნეზში საშვილოსნოს რუპტურა ითვლება VBAC-ის წინააღმდეგ ჩვენებად.

11.4. საშვილოსნოს განაკვეთის ტიპები

დღეისათვის მსოფლიოში არსებული მონაცემების მიხედვით, არ არსებობს საკმარისი რაოდენობის მტკიცებულება VBAC-ის უსაფრთხოებასთან დაკავშირებით საშვილოსნოზე T ან J ტიპის, ვერტიკალური განაკვეთის ან წინა საკეისრო კვეთის დროს საშვილოსნოს ჩვეულზე დიდი განაკვეთის შემთხვევაში მნიშვნელოვან გაფართოებასთან დაკავშირებით. ამიტომ VBAC-ი წინააღმდეგ ნაჩვენებია ასეთ პაციენტებში საშვილოსნოს რუპტურის მაღალი რისკის გამო.

11.5. ოპერაცია საშვილოსნოზე

თანამედროვე მონაცემებით, არ არსებობს სარწმუნო მტკიცებულება, თუ რამდენად უსაფრთხოა მშობიარობა იმ ორსულებისათვის, რომლებსაც ჩაუტარდათ საშვილოსნოზე ოპერაცია (ლაპარასკოპიული ან ლაპარატომიული მიომექტომია) საშვილოსნოს მოსალოდნელი რუპტურის თვალსაზრისით. გამომდინარე ზემოთ აღნიშნულიდან, ყოველი შემთხვევა გადატანილი მიომექტომიის შემდეგ (თუ ოპერაციისას საშვილოსნოს ღრუ არ გახსნილა) უნდა შეფასდეს ინდივიდუალურად, გამოცდილი მეანის ჩართულობით. მშობიარობა უნდა განვიხილოთ როგორც VBAC-ი.

11.6. პლაცენტის წინმდებარეობა

პლაცენტის სრული წინმდებარეობა (ზოგიერთ შემთხვევაში ნაწილობრივი პლაცენტის წინმდებარეობა) ფიზიოლოგიური მშობიარობის წინააღმდეგ ჩვენებაა, მათ შორის TOLAC-ის. სისტემური მიმოხილვის მიხედვით, ორსულებს 1 (1%), 2 (1.7%), 3 (2.8%) და მეტი საკეისრო კვეთით, ანამნეზში აღენიშნებოდათ პლაცენტის წინმდებარეობა. ორსულებს, რომელთაც აქვთ პლაცენტის წინმდებარეობა და ანამნეზში ერთხელ გადატანილი სკ, შემთხვევათა 11-14%-ში სახეზეა პლაცენტა აკრეტა, ხოლო 2-ჯერ გადატანილი სკ და პლაცენტის წინმდებარეობით - 23-40%. პლაცენტის წინმდებარეობით ორსულებს, რომელთაც გადატანილი აქვთ სკ 5-ჯერ ან მეტჯერ, პლაცენტა აკრეტა ვითარდება შემთხვევათა 67%-ში.

11.7. შეიძლება თუ არა შევთავაზოთ გეგმიური TOLAC იმ ქალებს, რომელთაც ანამნეზში აღენიშნებათ გადატანილი 2 ან მეტი საკეისრო კვეთა?

ქალებისათვის, რომელთაც ანამნეზში აღენიშნებათ 2 და მეტი საკეისრო კვეთა ქვედა სეგმენტში, ერთხელ გადატანილ სკ შედარებით, ვაგინალური მშობიარობა მცირედ მაგრამ მაინც მომატებულ რისკთანაა დაკავშირებული. ამიტომ ეს გადაწყვეტილება უნდა მიიღოს მხოლოდ ძალიან მაღალი კვალიფიკაციის მქონე ექსპერტ მენ-გინეკოლოგმა. გათვალისწინებულ უნდა იქნას საშვილოსნოს გახევის და დედის სიკვდილობის რისკი. მშობიარობა აუცილებლად უნდა იმართოს შესაბამისი დონის დაწესებულებაში, სადაც არსებობს სასწრაფო ოპერაციულ მკურნალობაზე გადასვლის შესაძლებლობა და ოპერაციის შემდგომ ასეთი პაციენტების მართვის გამოცდილების მქონე სამედიცინო პერსონალი.

NICHD კვლევის მიხედვით, პაციენტებს, რომელთაც ანამნეზში სკ გადატანილი ჰქონდა 2-ჯერ ან მეტჯერ, არ ყოფილა მნიშვნელოვანი განსხვავება საშვილოსნოს გახევის სიხშირის მხრივ (9/975, 92/10 000) ერთხელ გადატანილ სკ-თან შედარებით (115/16 915, 68/10 000). მსგავსი შედეგი მიღებული იყო სხვა კვლევებშიც.

ქალებს, რომლებიც მომავალში გეგმავენ ორსულობას (მაგ. 3 ან მეტი), უნდა მივაწოდოთ ინფორმაცია, რომ ERCS ასოცირებულია შემდგომი ორსულობისას მოსალოდნელ ქირურგიულ რისკებთან (პლაცენტის წინმდებარეობა, პლაცენტა აკრეტა, ჰისტერექტომია). შესაბამისად, მეტი ყურადღება უნდა დაეთმოს VBAC-ს, როგორც ალტერნატიულ მეთოდს.

12. რომელი ფაქტორებია ასოცირებული საშვილოსნოს რუპტურასთან მაღალ რისკთან TOLAC /VBAC ის დროს?

TOLAC დროს ინდივიდუალურად უნდა იქნა შეფასებული და განხილული ყველა არსებული რისკ ფაქტორი კონკრეტული ორსულისათვის.

მშობიარობებს შორის ხანმოკლე ინტერვალი (12 თვეზე ნაკლები ბოლო მშობიარობიდან), ვადაგადაცილებული ორსულობა, დედის ასაკი ≥ 40 წელი, ჭარბი წონა, ბიშოპის შკალის დაბალი ქულა, მაკროსომია, ულტრასონოგრაფიულად საშვილოსნოს ქვედა სეგმენტში მიომეტრიუმის სისქის გათხელება - პოტენციურად ზრდიან მშობიარობისას საშვილოსნოს გახევის რისკს.

რეტროსპექტულ კვლევაში, რომელშიც 3 176 პაციენტი მონაწილეობდა, შეფასდა VBAC-ის უსაფრთხოება მშობიარობებს შორის ხანმოკლე ინტერვალის შემთხვევაში. ამ კვლევით შეგვიძლია დავასკვნათ, რომ მშობიარობებს შორის ხანმოკლე ინტერვალი (12 თვეზე

ნაკლები ბოლო მშობიარობიდან) არ წარმოადგენს საშვილოსნოს რუპტურის ან დედის სიკვდილის რისკის ფაქტორს, თუმცა მნიშვნელოვანი რისკ ფაქტორია ნაადრევი მშობიარობის შემთხვევაში.

აღნიშნული რისკის ფაქტორების არსებობა არ წარმოადგენს TOLAC-ის წინააღმდეგ ჩვენებას, თუმცა, მსგავსი საკითხები აუცილებლად გათვალისწინებული უნდა იყოს გადაწყვეტილების მიღებისას, განსაკუთრებით კი მაშინ, როდესაც კითხვის ნიშნის ქვეშ დგება მშობიარობის ინდუქცია.

მეტა ანალიზზე დაყრდნობით, ანტენატალური მეთვალყურეობისას ულტრაბგერით საშვილოსნოს ქვედა სეგმენტის სისქის შეფასება შესაძლებელია გამოყენებული იყოს საშვილოსნოს დეფექტის (არასრულდირებულოვანი ნაწიბური ან ნაწიბურის გახვევა) პროგნოზირების მიზნით. 2.1-4 მმ მიომეტრიუმის სისქე (მინიმალური სისქე, რომელიც ფარავს ამნიონურ ღრუს საშვილოსნოს ნაწიბურის ადგილას) პროგნოზულად არ წარმოადგენს საშვილოსნოს დეფექტის განვითარების რისკს VBAC-ის დროს, ხოლო მიომეტრიუმის სისქე 0.6 – 2.0მმ -საშვილოსნოს დეფექტის პროგნოზული მაჩვენებელია. თუმცა, არ არის განსაზღვრული საშვილოსნოს ქვედა სეგმენტის სისქის ზუსტი მონაცემი, რომელიც გამოყენებული იქნება კლინიკურ პრაქტიკაში.

13. ანტენატალური მეთვალყურეობა

13.1. რა არის ანტენატალური მეთვალყურეობის ძირითადი მიზანი?

საკეისრო კვეთა გადატანილ ქალებში ანტენატალური მეთვალყურეობის ამსახველ სამედიცინო დოკუმენტაციაში, სპეციალური ჩანაწერები, აუცილებლად უნდა იყოს გამოყოფილი შენიშვნების სახით.

მშობიარობის ტიპისა და დროის არჩევასა საბოლოო გადაწყვეტილება უნდა იქნას მიღებული ორსულისა და სამედიცინო გუნდის მიერ წინასწარ, მშობიარობის მოსალოდნელ ვადაზე ადრე.

როდესაც იგეგმება ERCS, სამედიცინო დოკუმენტაციაში სპეციალური შენიშვნის სახით აუცილებლად უნდა იყოს ჩაწერილი სამოქმედო გეგმა იმ შემთხვევისთვის თუ სამშობიარო მოქმედება დაიწყო სპონტანურად დაგეგმილი საკეისრო კვეთის ვადამდე.

ანტენატალური მეთვალყურეობისას TOLAC-ის „ჩექლისთის“ რუტინული გამოყენება უზრუნველყოფს პაციენტის ინფორმირებულობას და ხელს უწყობს ერთობლივად სწორი გადაწყვეტილების მიღებას.

ანტენატალური კონსულტაციებისას პაციენტები უნდა იქნან უზრუნველყოფილი საინფორმაციო ბუკლეტებით.

მშობიარობის მეთოდი პაციენტების მდგომარეობიდან გამომდინარე ინდივიდუალურად უნდა იყოს განსაზღვრული და განხილული. გათვალისწინებული უნდა იყოს VBAC-ის წარმატების ალბათობა და ქალის სამომავლო რეპროდუქციული გეგმები. ანტენატალური კონსულტირების პროცესი აუცილებლად უნდა იქნას დოკუმენტირებული სამედიცინო ჩანაწერებში. სტატისტიკურად დაგეგმილი ERCS შემთხვევათა 10% ში ორსულებს მშობიარობა ეწყებათ 39 კვ. ვადამდე. ექსპერტების აზრით, პერინატალური გამოსავალი უმჯობესდება, თუ ორსულთან ერთად სამოქმედო გეგმა წინასწარ იქნება განხილული და შესაბამისად ისტორიაში ასახული.

კლინიკურმა კვლევებმა აჩვენა, რომ გადაწყვეტილების მიღებაში მნიშვნელოვანია სპეციალურად პაციენტისთვის განკუთვნილი საინფორმაციო ლიტერატურა, და VBAC

კითხვარების გამოყენება. შედეგად მცირდება ორჭოფობა, მაღლდება ცოდნის დონე, უმჯობესდება კმაყოფილება და პაციენტს თვლის, რომ მან მიიღო ინფორმირებული არჩევანი.

რეკომენდებულია სრულად იყოს დოკუმენტირებული კონსულტაციის პროცესი (სტანდარტიზებული TOLAC კითხვარის „ჩექლისთის“ გამოყენება) და პაციენტს მიეცეს საინფორმაციო ბუკლეტი. რეკომენდებული კითხვარის (ჩექლისთის) მაგალითი მოყვანილი III დანართში.

13.2. რა რისკები და სარგებელი ახლავს VBAC-ს 39+0 გესტაციის ვადის შემდგომ ჩატარებულ ERCS-თან შედარებით

ორსულებს უნდა ავუხსნათ, რომ წარმატებულ VBAC ასოცირებულია მინიმალურ გართულებებთან. შესაბამისად მშობიარობის მეთოდის არჩევისას გასათვალისწინებელია VBAC წარმატებისა და წარუმატებლობის შანსები.

ქალები უნდა იქნან ინფორმირებულნი, რომ TOLAC-ის შემთხვევაში შესაძლებელია სასწრაფო საკეისრო კვეთაზე გადასვლა.

ქალი უნდა იქნას ინფორმირებული, რომ TOLAC-ის დროს საშვილოსნოს გახვევის რისკი არის დაახლოებით 0.5 % (1 შემთხვევა 200 ქალზე).

ქალს უნდა მიეწოდოს ინფორმაცია, რომ VBAC-ის დროს მშობიარობასთან დაკავშირებული სიკვდილიანობის მაჩვენებელი ძალიან დაბალია და არ აღემატება იმავე მაჩვენებელს პირველ მშობიარეებში.

ქალი უნდა გავაფრთხილოთ, რომ ERCS-ის დროს მცირედ იზრდება პლაცენტის წინმდებარეობის და/ან პლაცენტა აკრეტის განვითარების რისკი შემდგომ ორსულობაში. ასევე იზრდება მცირე მენჯის ღრუში შეხორცებების განვითარების რისკი, რაც ართულებს მომავალში ნებისმიერ აბდომინალურ ქირურგიულ ჩარევას.

ERCS-ის დროს პერინატალური სიკვდილის მაჩვენებელი დაბალია, თუმცა მცირედ გაზრდილია ახალშობილებში რესპირატორული ავადობის რისკი 39⁺⁰ კვირამდე ჩატარებული ERCS-ის დროს. ახალშობილთა რესპირატორული ავადობის რისკის შემცირება შესაძლებელია პრე-ოპერაციულად კორტიკოსტეროიდების გამოყენებით.

გეგმიური TOLAC ისა და ორს. 39კვ. შემდეგ ERCS-ის შემთხვევაში დედისა და ნაყოფის მხრივ მოსალოდნელი რისკები შეჯამებულია ცხრილი 1 -ში.

13.3. გეგმიური VBAC-ის დროს შესაძლო დედისმხრივი გართულებები:

საშვილოსნოს რუპტურა

NICHD-ის კვლევებმა აჩვენა, რომ VBAC-ს ERCS-თან შედარებით აქვს საშვილოსნოს რუპტურის განვითარების უფრო მაღალი რისკი (0,7%). აშშ-ს AHRQ (the US Agency for Healthcare Research and Quality) მეტა-ანალიზის და ბრიტანეთის, ავსტრალიისა და ირლანდიის კვლევების მიხედვით VBAC-ის დროს საშვილოსნოს რუპტურის განვითარების რისკი უდრის 0,5% , 0,2% , 0,33 % და 0,2% შესაბამისად. რისკი დამოკიდებულია იმაზე, იყო თუ არა საკეისრო კვეთის შემდგომ ვაგინალური მშობიარობა სპონტანური (0,15-0,4%), ინდუცირებული (0,54-1,4%) თუ აუგმენტირებული (0,9-1,91%). ბრიტანეთის კოჰორტული კვლევის მონაცემების მიხედვით დაფიქსირდა 2 შემთხვევაში ლეტალური გამოსავალი საშვილოსნოს რუპტურის გამო (ფატალობის მაჩვენებელი- 1,3% 95% CI- 0,2-4,5%). იხ.

ცხრილი 2

VBAC და გეგმიური საკეისრო კვეთა გესტაციის 39 კვირის შემდეგ რისკი და ნაკლოვანებები

	გეგმიური VBAC	გეგმიური საკეისრო კვეთა
დედისმხრივი	წარმატებულ VBAC-ის ალბათობა 72-75%-ია. წარმატების შემთხვევაში ჰოსპიტალიზაციის ნაკლები პერიოდი და სწრაფი გამოჯანმრთელება.	მშობიარობის თარიღის არჩევის შესაძლებლობა (თუმცა თარიღი შეიძლება შეიცვალოს ანტენატალურად განვითარებული დედის ან ნაყოფის გართულებების გამო).
	საშვილოსნოს რუპტურის რისკი - 0,5%, რომელიც ასოცირდება დედის და ნაყოფის ავადობა/სიკვდილიანობასთან.	<ul style="list-style-type: none"> • საშვილოსნოს რუპტურის რისკის თავიდან აცილების შესაძლებლობა (რისკი ძალიან დაბალია - 0.02%). • უფრო ხანგრძლივი გამოჯანმრთელების პერიოდი. • ამცირებს მენჯის ორგანოების პროლაფსის და შარდის შეუკავებლობის რისკს ვაგინალური მშობიარობასთან შედარებით. • ქირურგიული სტერილიზაციის შესაძლებლობა (პაციენტის თანხმობა მიღებული უნდა იყოს ოპერაციამდე მინიმუმ 2 კვირით ადრე).
	VBAC ზრდის მომავალში ვაგინალური მშობიარობის ალბათობას.	მომავალი ორსულობები დიდი ალბათობით მოითხოვს საკეისრო კვეთას, აგრეთვე გაზრდილია პლაცენტის წინმდებარეობის, ჩაზრდის, შეხორცებების განვითარების რისკი და მასთან დაკავშირებული გართულებების რიცხვი.
	ანალური სფინქტერის დაზიანების რისკი შეადგენს 5% და ნაყოფის წონა წარმოადგენს მთავარ რისკ ფაქტორს. იზრდება ინსტრუმენტული	

	მშობიარობის რისკიც 39%-მდე.	
	დედის სიკვდილიანობა გეგმიური VBAC-ის დროს 4/10.000-ზე (95% CI 1/100 000 to 16/100 000).	დედის სიკვდილიანობის რისკია 13/100.000-ზე. (95% CI 4/100 000 to 42/100 000).
ნაყოფისმხრივი	ტრანზიტორული რესპირატორული ავადობის რისკი - 2-3%	ტრანზიტორული რესპირატორული ავადობის რისკი 4-5% (6% - 38 კვირაზე 39 კვირის ნაცვლად ჩატარების შემთხვევაში). რისკი მცირდება ანტენატალური კორტიკოსტეროიდების მიღების ფონზე, თუმცა არსებობს შორეული გართულებების შესახებ მონაცემები.
	10/10.000-ზე (0.1%) ანტენატალური სიკვდილის ალბათობა 39 კვირის ზემოთ, სპონტანური მშობიარობის მოლოდინის შემთხვევაში (იგივეა რაც ნორმალური არა-ნამშობიარეები ქალის შემთხვევაში).	
	8/10.000-ზე (0,08%) ჰიპოქსიური იშემიური ენცეფალოპათიის რისკი.	<1/10.000 (<0,01%) მშობიარობასთან ასოცირებული პერინატალური სიკვდილობის ან ჰიპოქსიურ იშემიური ენცეფალოპათიის რისკი.
	4/10.000-ზე (0,04%) მშობიარობასთან დაკავშირებული პერინატალური სიკვდილიანობის რისკი (იგივეა რაც არა-ნამშობიარე ქალებში რისკი).	

ჰისტორექტომია და სხვა გართულებები:

ჰისტორექტომიის, თრომბოემბოლიური გართულების, ტრანსფუზიის საჭიროების და ენდომეტრიტის განვითარების მაჩვენებელი არ განსხვავდება VBAC-ის და ERCS-ის შორის (AHRQ-ს მიერ ჩატარებული მეტა-ანალიზის მიხედვით- მტკიცებულების დონე 2+).

თუმცა NICHD-მა გამოაქვეყნა შემდეგი შედეგები:

	VBAC	ERCS
საშვილოსნოს რუპტურა:	2.3%	0.1%
ჰისტერექტომია	0.5%	0.1%
ტრანსფუზიის საჭიროება	3.2%	1.2%
ენდომეტრიტი	7.7%	1.2%

მეტა-ანალიზის მონაცემებით - ჰისტერექტომიის საჭიროება დგება საშვილოსნოს რუპტურების 14-33%-ში. (მტკიცებულების დონე 2).

Maternal-Fetal Medicine Units Network მიერ გამოქვეყნებული მონაცემების მიხედვით დროული მშობიარობის VBAC-ის შემთხვევაში სისხლის გადასხმის საჭიროება შეადგენს 2%-ს ERCS-თან შედარებაში (1%), თუმცა ჰისტერექტომიების ალბათობა არ იზრდება. (მტკიცებულების დონე 3).

გეგმიური VBAC-ის პერინატალური გართულებები:

- ანტენატალური სიკვდილი - 10- 10.000-ზე (სკონტანური მშობიარობის მოლოდინის პერიოდში).
- პერინატალური სიკვდილი - 4-10.000-ზე (აქედან მესამედი საშვილოსნოს რუპტურის გამო).
- ნეონატალური ჰიპოქსიურ-იშემიური ენცეფალოპათია - 8-10.000ზე (აქედან 60% საშვილოსნოს რუპტურის გამო).

ERCS-ის დროს დედისმხრივი და ნაყოფისმხრივი გართულებები:

- დედის სიკვდილი - 13-10.000ზე (VBAC-ის შემთხვევაში 4-10.000ზე).
- ნეონატალური რესპირატორული ავადობა 4-5% (VBAC-ის შემთხვევაში 2-3%).
- რესპირატორული დისტრეს სინდრომი 0.5% (VBAC-ის შემთხვევაში 0.05%).
- შორეული გართულებები VBAC და ERCS -ის დროს: კოჰორტულმა კვლევებმა აჩვენა, რომ ERCS დაკავშირებულია პლაცენტის წინმდებარეობისა და ჩაზრდის განვითარების რისკთან შემდგომ ორსულებში.

როგორია VBAC-ის წარმატების ალბათობა?

პაციენტები ინფორმირებულნი უნდა იყვნენ, რომ გეგმიური VBAC-ის წარმატების ალბათობა 72-75%-ია.

რა ფაქტორები განაპირობებს VBAC-ის წარმატების ალბათობას?

- ანამნეზში ვაგინალური მშობიარობა, განსაკუთრებით VBAC, წარმატებული VBAC-ის ერთადერთი საუკეთესო პრედიქტორია 85-90%.
- ანამნეზში ვაგინალური მშობიარობა აგრეთვე ასოცირებულია საშვილოსნოს რუპტურის შემცირებულ რისკთან.
- ქალებში სადაც არაწარმატებული VBAC-ის ალბათობა მაღალია გაზრდილია საშვილოსნოს რუპტურის და პერინატალური სიკვდილობის რისკი. შესაძლებელია ტრანსვაგინალური და ტრანსაბდომინური ექსკოპიური კვლევებით ნაწიბურის სისქის შეფასება,თუმცა ექსკოპიურ კვლევებზე დაყრდნობა გადაწყვეტილების

მიღებისას არაა რეკომენდირებული. 2013 წლის მეტა-ანალიზის მონაცემებმა დაადგინა დამატებითი პროსპექტიული კვლევების საჭიროება (მტკიცებულების დონე 2).

- წარმატებული VBAC პროგნოზისთვის ზოგიერთი ავტორი იყენებს სპეციალურ ქულათა სისტემას, რომელიც 5 მახასიათებლისგან შედგება: ბიშოპის ქულა, ასაკი, წინა საკეისრო კვეთის ჩვენება, სხეულის მასის ინდექსი (BMI) და ანამნეზში ფიზიოლოგიური მშობიარობა. რაც მეტია VBAC ქულა, მით მეტია მშობიარობის წარმატებით დასრულების ალბათობა. თუ ქულა აღემატება 16-ს, წარმატებული მშობიარობის ალბათობა შეადგენს 85%-ს, ხოლო 10 ქულის შემთხვევაში 49%-ს.
- წარუმატებელი VBAC-ის ალბათობას ზრდის: სტიმულირებული მშობიარობა, BMI > 30, და ბოლოს ჩატარებული საკეისრო კვეთის ოპერაცია სამშობიარო მოქმედების დისტოციის გამო. თუ სამივე ზემოთ ჩამოთვლილი ფაქტორი არსებობს, VBAC წარმატების მაჩვენებელი მხოლოდ 40%-ია.
- წინა ფიზიოლოგიური მშობიარობა, უფრო კონკრეტულად კი წინა წარმატებული VBAC - საუკეთესო პროგნოზული ფაქტორია მომდევნო წარმატებული VBAC-ის და წარმატების შანსი ამ შემთხვევაში 85-90 %-ია.
- ორსულის სიმაღლე, ასაკი, BMI < 30 , გესტაციური ასაკი < 40 კვირა , ნაყოფის წონა < 4კგ , მშობიარობის სპონტანური დაწყება, ნაყოფის თავით წინმდებარეობა, ნაყოფის თავის ჩადგმა და მაღალი ბიშოპის ქულა - ეს ყველა ფაქტორი ასევე წარმატებულ VBAC-ის პრედიქტორია. თუ წინა საკეისრო კვეთა ნაყოფის არასწორი მდებარეობის გამო ჩატარდა, VBAC წარმატება 84%-ია, ხოლო თუ ჩვენება სამშობიარო მოქმედების დისტოცია ან ნაყოფის არაკეთილსაიმედო მდგომარეობა იყო, ალბათობა 64% და 73% ხდება.

14. დაგეგმილი TOLAC -ის მართვა მშობიარობის დროს

მშობიარობის მართვა TOLAC-ის შემთხვევაში?

- ორსულ ქალს უნდა აეხსნას, რომ TOLAC აუცილებელია ჩატარდეს შესაბამისად აღჭურვილ და შესაბამისი კადრებით დაკომპლექტებულ სამშობიარო დაწესებულებაში, სადაც მოხდება მუდმივი მონიტორინგი, საჭიროების შემთხვევაში ჩატარდება სასწრაფო საკეისრო კვეთის ოპერაცია და დედისა და ახალშობილის რეანიმაცია.
- მნიშვნელოვანია გამოცდილი მეანის ჩართულობა.
- ეპიდურული ანესთეზია არ არის უკუჩვენება TOLAC -ის დროს, თუმცა მომატებული ტკივილი და გაუტკივარების მოთხოვნა შესაძლოა მიუთითებდეს მოსალოდნელ რუპტურაზე.
- მიზანშეწონილია ნაყოფის მუდმივი ელექტრონული მონიტორინგი, რათა უმოკლეს დროში მოხდეს ნაყოფისმხრივი გართულების იდენტიფიცირება.
- მშობიარობის პროცესზე მუდმივი დაკვირვება აუცილებელია, რათა დროულად დიაგნოსტირდეს ნაყოფის ან დედის მდგომარეობის ცვლილება, სამშობიარო მოქმედების დისტოცია და საშვილოსნოს რუპტურა
- ყველა ორსულთან TOLAC -ის დროს რეკომენდირებულია:
 - ✓ მუდმივ მხარდაჭერა;
 - ✓ სისხლის საერთო ანალიზისა და ჯგუფი/რეზუსის განსაზღვრა;

- ✓ ვენის კათეტერიზაცია;
- ✓ ნაყოფის გულისცემის მუდმივი ელექტრონული მონიტორინგი;
- ✓ დედის სიმპტომო-კომპლექსზე მუდმივი დაკვირვება;
- ✓ რეგულარულად (არა < 4 სთ) საშვილოსნოს ყელის შემოწმება.

ქვემოთ ჩამოთვლილი მახასიათებლები მიუთითებს საშვილოსნოს რუპტურაზე:

- პათოლოგიური კარდიო-ტოკოგრაფიული მაჩვენებელი;
- მწვავე მუცლის ტკივილი, განსაკუთრებით შეკუმშვათა შორის;
- პოსტოპერაციული ნაწიბურის ადგილას მწვავე ტკივილი;
- საშოდან პათოლოგიური სისხლდენა;
- ჰემატურია;
- რეგულარული სამშობიარო მოქმედების შეწყვეტა
- დედის ტაქიკარდია, ჰიპოტენზია, გონების დაკარგვა ან შოკი;
- ნაყოფის წინმდებარე ნაწილის დაკარგვა/ ვერ დაფიქსირება;
- მუცლის კონტურის შეცვლა და ნაყოფის გულისცემის გაქრობა იმ ადგილიდან, საიდანაც აქამდე მოისმინებოდა.
- ✓ პათოლოგიური კარდიოტოკოგრამა ყველაზე მეტად მიუთითებს მოსალოდნელ რუპტურაზე და გვხვდება შემთხვევების 66-76%-ში.
- ✓ დიაგნოზი ისმევა სასწრაფო ან საკეისრო კვეთის ოპერაციის მსვლელობისას ან მშობიარობის შემდგომი ლაპაროტომიული ოპერაციის დროს. საშვილოსნოს რუპტურის 90%-ზე მეტი ხდება უშუალოდ მშობიარობის პროცესში (4-5სმ გახსნაზე), დაახლოებით 18%- მეორე პერიოდში.
- ✓ საშვილოსნოს რუპტურის რისკი არა-ნაწიბურიან საშვილოსნოზე უკიდურესად მცირეა - 2 /10 000 (0.02%)- ძირითადად მრავალ-ნამშობიარებ ქალებში, ხოლო VBAC-ის დროს- 20-50/10 000 (0.2-0.5%).
- ✓ მნიშვნელოვანია აღინიშნოს, რომ ნაწიბურის გახსნა შეიძლება ასიმპტომური იყოს ქალების 48%-ში და კლასიკური ტრიადა - ტკივილი, სისხლდენა, ნაყოფის გულისცემის ცვლილება - შესაძლებელია იყოს მხოლოდ შემთხვევათა 10%-ზე ნაკლებში.
- ✓ საშვილოსნოს გახევიდან 18 წუთში შესაძლებელია არაჰიპოქსიური ახალშობილის მიღება.

15. მშობიარობის აღძვრა და სტიმულაცია TOLAC - შემთხვევაში

- ორსულს უნდა მიეწოდოს ინფორმაცია, რომ მშობიარობის აღძვრა და სტიმულირება 2-3-ჯერ ზრდის საშვილოსნოს რუპტურის რისკს და 1.5-ჯერ საკეისრო კვეთის ოპერაციის ალბათობას სპონტანურ VBAC-თან შედარებით. ასევე, კვლევებმა აჩვენა, რომ ოქსიტოცინის მაღალი დოზით გამოყენება (20 მილი ერთეული/წუთში) VBAC-ის დროს, 4-ჯერ ან მეტჯერ ზრდის რუპტურის რისკს.

- მშობიარობის აღძვრა/სტიმულირება მექანიკური საშუალებებით (ამნიოტომია, ფოლის კათეტერი) რუპტურის უფრო დაბალ რისკთან არის ასოცირებული (87/10 000, 0.87%) ვიდრე სტიმულაცია პროსტაგლანდინებით (29/10 000, 0.29%). შესაბამისად, სიფრთხილით უნდა გადაწყდეს პროსტაგლანდინების დოზის განსაზღვრა ან განხილულ იქნეს ინდუქციის სხვა მეთოდები(მაგ.ინტრაცერვიკალური ფოლის კათეტერი).
- მიუხედავად იმისა რომ მშობიარობის აღძვრა/სტიმულაცია არაა წინააღმდეგ ნაჩვენები, გამოცდილი მეანის მიერ განხილული უნდა იქნას შემდეგი საკითხები: გადაწყვეტილება აღძვრა/სტიმულაციაზე, ინდუქციის მეთოდი, სტიმულაცია ოქსიტოცინით, ვაგინალური გასინჯვის სიხშირე და პროგრესის განსაზღვრა, რომლის მერეც შეწყდება მშობიარობის მცდელობა.

16. გეგმიური „ელექტიური“ საკეისრო კვეთის დაგეგმვა

- საკეისრო კვეთა ნაწარმოები იქნას ორსულობის 39 + კვირის ვადაზე.
- ოპერაციის დაწყებამდე რეკომენდებულია ანტიბიოტიკის პროფილაქტიკური დოზა.
- ყველა ქალს საკეისრო კვეთის შემთხვევაში უტარდება თრომბოემბოლის პროფილაქტიკა არსებული გაიდლაინის მიხედვით.
- რეკომენდებულია პლაცენტა პრევიის ადრეული დიაგნოსტირება და შესაბამისი მართვა იმ პაციენტებისთვის, რომელსაც ანამნეზში აღენიშნებათ საკეისრო კვეთის ოპერაცია.

ERCS-ის დაგეგმვასა და ჩატარებასთან დაკავშირებული რეკომენდებული პრაქტიკა მოცემულია NICE -ს გაიდლაინის “საკეისრო კვეთის” თავში. ERCS-ის ჩატარების სტანდარტული პერიოპერაციული ზომების გარდა, არსებობს შემდგომი კონკრეტული საკითხები, რომლებიც ითხოვს დამატებით განხილვას.

- ქალებს, რომლებიც განიხილავენ ERCS-ს, უნდა მივაწოდოთ ინფორმაცია, რომ მშობიარობის სავარაუდო თარიღი არის 39+0 კვირა-ზე, რაც იძლევა რესპირატორული ავადობის რისკის დაახლოებით 5%-ით შემცირებას (6% 1%-ის წინააღმდეგ). (განსაკუთრებით ახალშობილში გარდამავალი ტაქიპნოეს რისკის შემცირება).
- 39 კვირამდე ERCS-ის ჩატარების აუცილებლობის შემთხვევაში, გასათვალისწინებელია კორტიკოსტეროიდების გამოყენება RDS პროფილაქტიკის მიზნით.
- თუმცა, RCOG Green-top გაიდლაინის მიხედვით, არ არსებობს მტკიცებულება ანტენატალური კორტიკოსტეროიდების უსაფრთხოების შესახებ ორსულობის 36+0 კვირის შემდეგ დაბადებულ ბავშვებში; ზოგიერთი კვლევა გამოთქვამს ვარაუდს გრძელვადიანი გვერდითი ეფექტების არსებობის შესახებ იმ დედების ჩვილებში, რომლებმაც მიიღეს ანტენატალური კორტიკოსტეროიდები. დამატებითმა კვლევებმა აჩვენა რომ დროულ ვადაზე გაკეთებულ საკეისრო კვეთამდე სტეროიდების გრძელვადიანი სარგებელი არ ფიქსირდებოდა, მაგრამ აღმოჩნდა, რომ სკოლაში მათ დაბალი აკადემიური მოსწრება ჰქონდათ საკონტროლო ჯგუფთან შედარებით.
- კანზე განაკვეთის გაკეთებამდე პროფილაქტიკური ანტიბიოტიკი უფრო მეტად ამცირებს ინფექციის განვითარების რისკს, ვიდრე კანის გაკვეთის შემდეგ დაწყებული ანტიბიოტიკოთერაპია.
- თრომბოპროფილაქტიკა არსებული გაიდლაინის მიხედვით.

17. დამატებითი მეთვალყურეობის საჭიროება

- კლინიცისტებმა უნდა იცოდნენ, რომ არსებობს დამატებითი საშიშროება დაგეგმილი TOLAC-ის დროს: მაგ: მრავალნაყოფიანი ორსულობა, ნაყოფის მაკროსომია, ან დედის ასაკი 40 წელი ან მეტი. აქედან გამომდინარე, რეკომენდებულია ფრთხილი მიდგომა, თუ TOLAC განიხილება ასეთ ვითარებაში.
- ქალებს რომელთაც დაეწყოთ ნაადრევი მშობიარობა და გეგმავენ TOLAC აუხსენით რომ წარმატების შანსი იგივეა რაც დროულის შემთხვევაში და გაცილებით დაბალია საშვილოსნოს რუპრუტის რისკები.

18. 41+ გესტაცია

- NICE-ის მშობიარობის ინდუქციის გაიდლაინის მიხედვით მშობიარობის ინდუქცია რეკომენდებულია 41+0 კვირიდან - ვინაიდან მცირდება პერინატალურ სიკვდილიანობა საკეისრო კვეთის გაზრდის გარეშე. თუმცა, არ არსებობს საკმარისი მონაცემები არის თუ არა ასეთი მიდგომა თანაბრად მართებული ქალებისთვის, რომელთაც ანამნეზში აქვთ საკეისრო კვეთის ოპერაცია.
- 39 + კვირის შემდგომ მკვდრადშობადობის რისკი 1,5-2 ჯერ უფრო მაღალია იმ ქალებში ვისაც ანამნეზში აქვთ საკეისრო კვეთის ოპერაცია. ასევე ასეთ პაციენტებში სამშობიარო მოქმედების აღძვრა უფრო ხშირად ასოცირდება საკეისრო კვეთის მაღალ მაჩვენებელთან და საშვილოსნოს რუპტურასთან.
- თუ პაციენტი გესტაციის 41 + კვირაზე ირჩევს საკეისრო კვეთის შემდგომ მშობიარობის მცდელობას სასურველია მისი გასინჯვა მოხდეს უფროსი მეანის მიერ. კონსულტაციის დროს სასურველია შეფასდეს VBAC წარმატების ხარისხი და პაციენტს მიეწოდოს სრული ინფორმაცია მოსალოდნელ გართულებებზე. გათვალისწინებული იქნას შემდგომი რეპროდუქციული გეგმები. შესაძლოა მოხდეს გეგმიური საკეისრო კვეთის დაგეგმვა, თუმცა მოგვიანებით კვლავ შეფასდეს პაციენტის მდგომარეობა და გადაწყდეს მშობიარობა.

18.1. მრავალნაყოფიანი ორსულობა

კვლევები ადასტურებს, რომ საკეისროს შემდგომი მშობიარობის წარმატება მსგავსია ერთ-ნაყოფიანი და მრავალ-ნაყოფიანი ორსულობის შემთხვევაში (45-84%).

18.2. სავარაუდო მაკროსომია

ახალშობილის სავარაუდო წონა 4 კგ და მეტი VBAC შემთხვევაში უკავშირდება საშვილოსნოს რუპტურის მომატებულ რისკს, წარუმატებელ მშობიარობას, მხრების დისტოციას და მესამე ან მეოთხე ხარისხის შორისის დაზიანებას.

18.3. ნაყოფის ანტენატალური სიკვდილი

ანტენატალური სიკვდილის შემთხვევაში TOLAC სრულდება მაღალი წარმატებით (87% და მეტი). თუმცა ვინაიდან შესაძლოა საჭირო იყო ინდუქცია ან/და აუგმენტაცია, ერთ-ერთი კვლევის მიხედვით მოწოდებულია საშვილოსნოს რუპტურის ალაბათობა-2,4%.

18.4. დედის ასაკი 40 წელი ან მეტი

დედის ასაკი- 40 წელი ან მეტი- არის მკვდრადშობადობის და წარუმატებელი VBAC-ის დამოუკიდებელი რისკ-ფაქტორი. არსებობს მონაცემები, რომ 40 წელს გადაცილებული ქალების მშობიარობა რეკომენდირებულია 39-40 კვირაზე, რათა შემცირდეს პერინატალური ავადობისა და მეტწილად მკვდრადშობადობის რისკი. 40 წლის ასაკს გადაცილებულ ქალებში დიდი სიფრთხილით უნდა დაინიშნოს TOLAC-ის დრო. არ არსებობს საკმარისი მტკიცებულებები მშობიარობის ოპტიმალურ დროის განსაზღვრისთვის ამ პაციენტებში.

18.5. ნაადრევი VBAC

VBAC-ის წარმატების ხარისხი ნაადრევი და დროული მშობიარობის შემთხვევაში იყო ერთნაირი (72.8% VS 73.3%). თუმცა, საშვილოსნოს რუპტურის (34 – 10 000-ში / 74- 10 000-ში) ან შორისის დაზიანების (26 – 10 000-ში / 67- 10 000-ში) ხარისხი უფრო დაბალი იყო ნაადრევი მშობიარობის დროს. პერინატალური გამოსავალი არ განსხვავდება ნაადრევი VBAC-ის ან ნაადრევი ERCS-ის შემთხვევაში.

19. მოსალოდნელი შედეგები

ანამნეზში საკეისრო კვეთის მქონე ორსულებისათვის ვაგინალური მშობიარობის შეთავაზების გზით, სამედიცინო სერვისის გაუმჯობესება და მრავალჯერადი საკეისრო კვეთით გამოწვეული ახლო და გრძელვადიანი გართულებების თავიდან აცილება, საკეისრო კვეთის მაჩვენებლის და მასთან დაკავშირებული პერინატალური ავადობის და სიკვდილიანობის შემცირება.

20. აუდიტის კრიტერიუმები

- რამდენ დაწესებულებას (%) აქვს აღნიშნული პროტოკოლი?
- დაწესებულების რამდენმა ექიმმა (%) გაიარა სწავლება მოცემული პროტოკოლის პრაქტიკაში დანერგვის თვალსაზრისით?
- დოკუმენტირებული მონაცემები VBAC-ის რისკებსა და სარგებელზე, ERCS თან შედარებით. წარმატებული TOLAC კითხვარის/ ჩექლისთვის გამოყენება.
- წარმატებული ან წარუმატებელი შემთხვევებს პროცენტული მონაცემები. მათ შორის რამდენი იყოს სპონტანური და დაგეგმილი TOLAC-ით. (აქვე სასურველია მითითებული იყოს ინდუქციის მეთოდი).
- დედისმხრივი (საშვილოსნოს გახევა, ჰისტერექტომია, ლეტალობა) და ნაყოფისმხრივი მძიმე გართულებების (მკვდრადშობადობა, ჰიპოქსიურ-იშემიური ენცეფალოპათია, ინტრანატალური ან ნეონატალური ლეტალობა) სრული ანგარიში VBAC და საკეისრო კვეთის შემთხვევაში.
- პლაცენტის ანომალიების (Placenta accreta, praevia.) დროს, ანტენატალური სკრინინგის ეფექტურობა. მათ შორის ის შემთხვევები, როდესაც ანტენატალურად არ იყო დიაგნოზი დასმული.
- ნაყოფის მუდმივი ელექტრონული მონიტორინგის გამოყენება TOLAC მშობიარობის დროს. (100%)
- უფროსი მეანის ჩართულობის შესახებ დოკუმენტაცია ინდუქციის და აუგმენტაციის დროს. (100%)

21. პროტოკოლის გადახედვის ვადები

სასურველია პროტოკოლი გადაიხედოს და შეივსოს გამოყენებული წყაროების განახლების შემთხვევაში, ახალი მტკიცებულებების გათვალისწინებით.

22. პროტოკოლის დანერგვისთვის საჭირო რესურსი

პროტოკოლის დანერგვისთვის საჭირო ადამიანური და მატერიალურ-ტექნიკური რესურსი იხილეთ **ცხრილი I**.

ასევე, შესაძლებელია გარკვეული ადამიანური და მატერიალურ-ტექნიკური რესურსი შემუშავებულ იქნას ინდივიდუალურად დაწესებულების მიერ.

23. რეკომენდაციები პროტოკოლის ადაპტირებისათვის ადგილობრივ დონეზე

პროტოკოლის პრაქტიკაში დასაწერად მნიშვნელოვანია შემდეგი ღონისძიებების განხორციელება:

- 1) პროტოკოლის ელექტრონული ვერსიის განთავსება საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს ვებ-გვერდზე (www.moh.gov.ge).
- 2) პროტოკოლის საფუძველზე უწყვეტი სამედიცინო განათლების პროგრამის შემუშავება და ჯანდაცვის პერსონალისთვის ტრენინგების ორგანიზება.
- 3) პროტოკოლის პრაქტიკაში დანერგვის შეფასება კლინიკური აუდიტის საშუალებით.

24. პროტოკოლის ავტორები

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

ნიკოლოზ კინტრია – მედიცინის მეცნიერებათა დოქტორი, თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტის პროფესორი, საქართველო მეან-გინეკოლოგთა და პერინატოლოგთა ასოციაციის პრეზიდენტი; საქართველოს მედიცინის მეცნიერებათა აკადემიის აკადემიკოსი.

პლატონ მაჭავარიანი – წმ. იოაკიმესა და ანას სახ. სამშობიარო სახლის ოპერაციული გინეკოლოგიის განყოფილების გამგე; საქართველოს მეან-გინეკოლოგთა და პერინატოლოგთა ასოციაციის ვიცეპრეზიდენტი;

თინათინ გაგუა – მედიცინის დოქტორი, დ. ტვილდიანის სახელობის სამედიცინო უნივერსიტეტის ასისტენტ-პროფესორი.

25. გამოყენებული ლიტერატურა

1. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Birth After Previous Caesarean Birth. Green-top Guideline No.45. London: RCOG; 2007.
2. Health and Social Care Information Centre. NHS Maternity Statistics - England, April 2012 to March 2013: Provider level analysis. [Leeds]: HSCIC; 2013.
3. Welsh Government. Maternity Statistics, Wales: Method of Delivery, 2004-2014.
4. Department of Health, Social Services & Public Safety. Northern Ireland Hospital Statistics: Inpatient and Day Case Activity Statistics 2012/13. Belfast: DHSSPS; 2013.
5. National Institute for Health and Clinical Excellence. Caesarean section. NICE clinical guideline 132. Manchester: NICE; 2011.
6. American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG Practice bulletin no. 115: Vaginal birth after previous cesarean delivery. *Obstet Gynecol* 2010;116:450–63.
7. Cunningham FG, Bangdiwala SI, Brown SS, Dean TM, Frederiksen M, Rowland Hogue CJ, et al. NIH consensus development conference draft statement on vaginal birth after cesarean: new insights. *NIH Consens State Sci Statements* 2010;27(3).
8. Guise JM, Eden K, Emeis C, Denman MA, Marshall N, Fu R, et al. Vaginal Birth After Cesarean: New Insights. Evidence Reports/Technology Assessments, No. 191. Rockville, Maryland, USA: Agency for Healthcare Research and Quality; 2010.
9. Fawsitt CG, Bourke J, Greene RA, Everard CM, Murphy A, Lutomski JE. At what price? A cost-effectiveness analysis comparing trial of labour after previous caesarean versus elective repeat caesarean delivery. *PLoS One* 2013;8:e58577.
10. Eshkoli T, Weintraub AY, Sergienko R, Sheiner E. Placenta accreta: risk factors, perinatal outcomes, and consequences for subsequent births. *Am J Obstet Gynecol* 2013;208:219.e1–7.
11. Cook JR, Jarvis S, Knight M, Dhanjal MK. Multiple repeat caesarean section in the UK: incidence and consequences to mother and child. A national, prospective, cohort study. *BJOG* 2013;120:85–91.
12. Fitzpatrick KE, Sellers S, Spark P, Kurinczuk JJ, Brocklehurst P, Knight M. Incidence and risk factors for placenta accreta/increta/percreta in the UK: a national case-control study. *PLoS One* 2012;7:e52893.
13. Marshall NE, Fu R, Guise JM. Impact of multiple cesarean deliveries on maternal morbidity: a systematic review. *Am J Obstet Gynecol* 2011;205:262.e1–8.
14. Silver RM, Landon MB, Rouse DJ, Leveno KJ, Spong CY, Thom EA, et al.; National Institute of Child Health and Human Development Maternal–Fetal Medicine Units Network. Maternal morbidity associated with multiple repeat cesarean deliveries. *Obstet Gynecol* 2006;107:1226–32.
15. Dodd JM, Crowther CA, Huertas E, Guise JM, Horey D. Planned elective repeat caesarean section versus planned vaginal birth for women with a previous caesarean birth. *Cochrane Database Syst Rev* 2004;(4):CD004224.
16. Dodd JM, Crowther CA. Elective repeat caesarean section versus induction of labour for women with a previous caesarean birth. *Cochrane Database Syst Rev* 2012;(5):CD004906.
17. Landon MB, Hauth JC, Leveno KJ, Spong CY, Leindecker S, Varner MW, et al.; National Institute of Child Health and Human Development Maternal–Fetal Medicine Units Network. Maternal and perinatal outcomes associated with a trial of labor after prior cesarean delivery. *N Engl J Med*. 2004;351:2581–9.
18. Crowther CA, Dodd JM, Hiller JE, Haslam RR, Robinson JS; Birth After Caesarean Study Group. Planned vaginal birth or elective repeat caesarean: patient preference restricted cohort with nested randomised trial. *PLoS Med* 2012;9:e1001192.
19. Fitzpatrick KE, Kurinczuk JJ, Alfirevic Z, Spark P, Brocklehurst P, Knight M. Uterine rupture by intended mode of delivery in the UK: a national case-control study. *PLoS Med* 2012;9:e1001184.

20. Stock SJ, Ferguson E, Duffy A, Ford I, Chalmers J, Norman JE. Outcomes of induction of labour in women with previous caesarean delivery: a retrospective cohort study using a population database. *PLoS One* 2013;8:e60404.
21. Dekker GA, Chan A, Luke CG, Priest K, Riley M, Halliday J, et al. Risk of uterine rupture in Australian women attempting vaginal birth after one prior caesarean section: a retrospective population-based cohort study. *BJOG* 2010;117:1358–65.
22. Zwart JJ, Richters JM, Ory F, de Vries JI, Bloemenkamp KW, van Roosmalen J. Uterine rupture in The Netherlands: a nationwide population-based cohort study. *BJOG* 2009;116:1069–78; discussion 1078–80.
23. National Institute for Health and Care Excellence. Antenatal care. NICE clinical guideline 62. [Manchester]:NICE; 2008.
24. National Institute for Health and Care Excellence. Planning the mode of birth. NICE Pathway. Manchester: NICE: 2011 [<http://pathways.nice.org.uk/pathways/caesarean-section/planning-the-mode-of-birth>]. Accessed 2014 Jul 25.
25. Schoorel EN, Vankan E, Scheepers HC, Augustijn BC, Dirksen CD, de Koning M, et al. Involving women in personalised decision-making on mode of delivery after caesarean section: the development and pilot testing of a patient decision aid. *BJOG* 2014;121:202–9.
26. Gardner K, Henry A, Thou S, Davis G, Miller T. Improving VBAC rates: the combined impact of two management strategies. *Aust N Z J Obstet Gynaecol* 2014;54:327–32.
27. Al Qahtani NH, Al Hajeri F. Pregnancy outcome and fertility after complete uterine rupture: a report of 20 pregnancies and a review of literature. *Arch Gynecol Obstet* 2011;284:1123–6.
28. Chibber R, El-Saleh E, Al Fadhli R, Al Jassar W, Al Harmi J. Uterine rupture and subsequent pregnancy outcome – how safe is it? A 25-year study. *J Matern Fetal Neonatal Med* 2010;23:421.
29. Reyes-Ceja L, Cabrera R, Insfran E, Herrera-Lasso F. Pregnancy following previous uterine rupture. Study of 19 patients. *Obstet Gynecol* 1969;34:387–9.
30. Naef RW 3rd, Ray MA, Chauhan SP, Roach H, Blake PG, Martin JN Jr. Trial of labor after cesarean delivery with a lower-segment, vertical uterine incision: is it safe? *Am J Obstet Gynecol* 1995;172:1666–73; discussion 1673–4.
31. Shipp TD, Zelop CM, Repke JT, Cohen A, Caughey AB, Lieberman E. Intrapartum uterine rupture and dehiscence in patients with prior lower uterine segment vertical and transverse incisions. *Obstet Gynecol* 1999;94:735–40.
32. Greene RA, Fitzpatrick C, Turner MJ. What are the maternal implications of a classical caesarean section? *J Obstet Gynaecol* 1998;18:345–7.

ცხრილი 1: ადამიანური და მატერიალურ-ტექნიკური რესურსი

რესურსი	ფუნქციები/მნიშვნელობა	შენიშვნა
ადამიანური რესურსი	რა მიზნით ხდება ამა თუ იმ რესურსის გამოყენება	რამდენად სავალდებულოა ამ რესურსის არსებობა
მეან-გინეკოლოგი, ანესთეზიოლოგ-რეანიმატოლოგი გადაუდებელი დახმარების ექიმი	კლინიკური შეფასება, დიაგნოზის დადასტურება, პრევენციული ღონისძიებების შერჩევა, მედიკამენტური და ქირურგიული მკურნალობის თაობაზე გადაწყვეტილება, მიმდინარე მეთვალყურეობა	სავალდებულო
ბებია ქალი	რისკის პროფილის შეფასება, პროტოკოლის ინიცირება, რისკ-ფაქტორების, არამედიკამენტური მკურნალობის, პრევენციისა და მედიკამენტების გვერდითი ეფექტების თაობაზე პაციენტის კონსულტირება	სავალდებულო
რეგისტრატორი	ლაბორანტისა და სხვა მედ. პერსონალის გამოძახება. შემთხვევის მართვის საფეხურების დაწვრილებით დოკუმენტირება	სავალდებულო
მენეჯერი/ადმინისტრატორი	პროტოკოლის დანერგვის ხელშეწყობა; დანერგვაზე მეთვალყურეობა; აუდიტის ჩატარება და შედეგების ანალიზი	სავალდებულო
მატერიალურ-ტექნიკური რესურსი		
რისკის შეფასების სქემა	რისკის პროფილის შეფასება	სავალდებულო
ლაბორატორია: სისხლის ანალიზის, რეზუს ფაქტორის, სისხლის ჯგუფის, კოაგულოგრამის, ლი-უაიტით სისხლის შედედების დროის განსაზღვრა	რისკის პროფილის შეფასება	სავალდებულო

<p>სადიაგნოსტიკო აღჭურვილობა: ულტრაბგერა საანესთეზიო მოწყობილობა სრულად აღჭურვილი საოპერაციო</p>	<p>დიაგნოზის დადასტურება რისკის შეფასება მიმართვის თაობაზე გადაწყვეტილების მიღება ოპერაციული ჩარევა</p>	<p>სავალდებულო</p>
<p>პაციენტის საგანმანათლებლო მასალები</p>	<p>პაციენტის ინფორმირება</p>	<p>სავალდებულო</p>

გართულება	სიხშირე VBAC-ის შემთხვევაში	სიხშირე ERCS - ის შემთხვევაში
<ul style="list-style-type: none"> • საშვილოსნოს რუპტურა • სისხლის გადასხმა • ენდომეტრიტი • შემდგომი ორსულობისას სერიოზული გართულებები • დედათა სიკვდილიანობა 	<ul style="list-style-type: none"> • 5 ყოველ 1000/0.5% • 2 ყოველ 100/2% • საგრძნობი სტატისტიკური განსხვავება არ ფიქსირდება • არ აღინიშნება VBAC შემთხვევაში • 4 ყოველ 100 000/0.004% 	<ul style="list-style-type: none"> • < 2 ყოველ 10000/< 0.02% • 1 ყოველ 100/ 1% • საგრძნობი სტატისტიკური განსხვავება არ ფიქსირდება • პლაცენტის ჩაზრდა/ პლაცენტა პრევია • 13 ყოველ 100 000/0.013%
ახალშობილი/ნაყოფი		
<ul style="list-style-type: none"> • გარდამავალი რესპირატორული ავადობა • ნაყოფის ანტენატალური სიკვდილი 39 კვირის შემდგომ • ჰიპოქსიურ იშემიური ენცეფალოპათია 	<ul style="list-style-type: none"> • 2–3 ყოველ 100/2–3% • 10 ყოველ 100,00/0.1% • 8 ყოველ 100,00/0.08% 	<ul style="list-style-type: none"> • 4–6 100/4–6%–ზე (რისკი მცირდება კორტიკოსტეროიდებით პროფილაქტიკისას, მაგრამ დადგენას საჭიროებს პოტენციური გრძელვადიანი გვერდითი ეფექტები) არ მიესადაგება • < 1 ყოველ 10000/< 0.01%

დანართი I. ანამნეზში საკეისრო კვეთის მქონე ორსულებისთვის ანტენატალური მეთვალყურეობა

გესტაციური ვადა	რეკომენდაცია
12+0 კვირა	პაციენტისათვის წერილობითი ინფორმაციის მიწოდება მშობიარობის ვარიანტებზე (TOLAC/ VBAC და ERCS).
18–21+0 კვირა	ულტრასონოგრაფიული კვლევა ნაყოფის ანომალიისა და პლაცენტის ლოკალიზაციის დასადგენად. განმეორებითი ულტრაბგერა 32-34 კვირაზე თუ სახეზეა პლაცენტის დაბალი მიმაგრება.
21-28 კვირა	ანტენატალური კონსულტაცია ქალებისთვის, რომელთაც აქვთ გაურთულებელი ერთნაყოფიანი ორსულობა და ანამნეზში ერთი საშვილოსნოს ქვედა სეგმენტის საკეისრო კვეთა. VBAC/TOLAC-ისა და ERCS-ის რისკებისა და სარგებელის დოკუმენტირებული განხილვა .
32-34 კვირა	<p>ორსულებს, რომელსაც აღენიშნებათ გადატანილი საკეისრო კვეთა და პლაცენტის დაბალი მიმაგრება 32-34 კვირის ვადაზე განმეორებითი სამეანო ულტრაბგერა, რათა დროულად დადგინდეს პლაცენტა აკრეტას დიაგნოზი და შემუშავდეს შესაბამისი სამოქმედო გეგმა.</p> <p>პლაცენტის ნორმალური მდებარეობის მქონე ქალებისთვის. დაადგინეთ ქალის სურვილი TOLAC-თან ან ERCS-თან დაკავშირებით და უზრუნველყავით TOLAC-ის პირობების არსებობა (თავით წინმდებარეობა, სხვა სამეანო გართულებების არ არსებობა).</p>
36 კვირა	<p>განმეორებითი შეფასება მშობიარობის მეთოდის დადგენა იმ ქალებისთვის ვისაც არ აქვთ გადაწყვეტილი მშობიარობის მეთოდი. იმ ორსულებს , რომლებმაც აირჩიეს ERCS, ან აღენიშნებათ სამეანო გართულებები (მაგ. მრავალ-ნაყოფიანი ორსულობა, მაკროსომია წინა მშობიარობისას [ახალშობილის წონა 4 კგ ან მეტი], გესტაციურ ვადასთან მცირე ზომის ნაყოფი</p> <p>ა/ან ნაყოფის ზრდაში შეფერხება პრეეკლამფსია) - მშობიარობის მეთოდის დაზუსტება და თარიღის შერჩევა.</p> <p>იმ ორსულებისთვის, ვინც აირჩია TOLAC, არჩევანის დადასტურება და რისკების აღქმის შემოწმება (ქალს ესმის ყველა რისკი/სარგებელი) კიდევ ერთხელ TOLAC-ის წინააღმდეგ ჩვენებების არარსებობის დადასტურება (კვებით წინმდებარეობა, ნაყოფის წონა, სხვა სამეანო გართულებების არ არსებობა)</p>

<p>39 კვირის შემდეგ</p>	<p>ERCS-ის შესრულება - იმ პაციენტებში ვინც არჩევანი მშობიარობის ამ მეთოდზე შეაჩერა ან აღენიშნებოდათ სამედიცინო საჭიროება.</p> <p>თუ ERCS საჭიროა 39+0 კვირამდე სამეანო ან სამედიცინო ჩვენებების გამო, მაშინ განიხილეთ დედასთან ერთად პროფილაქტიკური ანტენატალური კორტიკოსტეროიდები ახალშობილთა რესპირატორული ავადობის რისკის შესამცირებლად (ახალშობილის გარდამავალი ტაქიპნოე, რესპირატორული დისტრეს სინდრომი) გრძელვადიანი უსაფრთხოების საკითხიდან გამომდინარე.</p>
<p>41+0 კვირა</p>	<p>საჭიროა ექსპერტ მეან-გინეკოლოგის მიერ შეფასება თუ ორსულმა აირჩია TOLAC, მაგრამ არ დაეწყო სპონტანური მშობიარობა. საჭიროა რისკებისა და სარგებელის განხილვის დოკუმენტირება. შემდგომი სამოქმედო გეგმა მოიცავს: სანაყოფე გარსების აშრევებას, პროსტაგლანდინით, ამნიოტომიით ან ფოლის კათეტერით მშობიარობის ინდუქციას, ERCS ან მოცდით ტაქტიკას.</p>

დანართი II. ორსულის კლინიკური მართვა ერთი ან მეტი გადატანილი საკეისრო კვეთის შემთხვევაში

ორსული ქალების კლინიკური მართვა ერთი ან მეტი გადატანილი საკეისრო კვეთის შემთხვევაში

ნებისმიერი უკუჩვენება VBAC-ზე

- პლაცენტის ლოკალიზაცია - გამორიცხეთ პრევენია ± აკრეტა.
- შეფასეთ წინა ორსულობისა და ოპერაციის ჩანაწერები (ანტენატალური ისტორია, ოპერაციის პროტოკოლი).
- სამედიცინო ან სამეანო მდგომარეობები, რომლებიც გამორიცხავს VBAC-ს.

ანტენატალური კონსულტაცია და გადაწყვეტილების მიღების გუნდური პროცესი

- გააცანით დაგეგმილი TOLAC-ის რისკები და სარგებელი ERCS-თან შედარებით, VBAC წარმატების ინდივიდუალური ალბათობის ჩათვლით.
- მაგალითად, წინა ვაგინალური მშობიარობის მქონე ქალებს უნდა აცნობოთ, რომ წინა ვაგინალური მშობიარობა, განსაკუთრებით წინა VBAC, არის VBAC-ის ერთადერთი საუკეთესო პროგნოზი და დაკავშირებულია TOLAC-ის წარმატების მაჩვენებელთან 85-90%.
- დედის მაღალი სიმაღლე, დედის ასაკი 40 წელზე ნაკლები, BMI 30-ზე ნაკლები, ორსულობა 40 კვირაზე ნაკლები და ახალშობილის წონა 4 კგ-ზე ნაკლები (ან მსგავსი/დაბალი წონა საკეისრო კვეთით) ასოცირდება VBAC-ის გაზრდილი ალბათობასთან.
- გარდა ამისა, მშობიარობის სპონტანური დაწყება, კეფით წინმდებარეობა, ნაყოფის თავი 0 ან +1 დგომა და ჰოსპიტალიზაციისას ბიშოპის მაღალი ქულა ზრდის VBAC-ის ალბათობას.
- VBAC მეტად სავარაუდოა ქალებში, რომლებსაც წინა საკეისრო კვეთა ჩაუტარდათ ნაყოფის არასწორი მდებარეობის გამო (84%).
- განიხილეთ დედის არჩევანის გავლენა სამომავლო რეპროდუქციულ მიზნებზე.

TOLAC ის შემთხვევაში ინტრანატალური მართვა

- სამშობიარო გარემო, მონიტორინგი, ანალგეზია.
- სამშობიარო მოქმედების დისტოციისა და რუპტურის დიაგნოსტიკა.
- ინდუქცია/აუგმენტაციისას სიფრთხილით მიდგომა.

ERCS- ის დროს ინტრანატალური მართვა

- საკეისრო კვეთის წარმოება 39+0 კვირიდან.
- ინტრაოპერაციული და პოსტოპერაციული მართვა.

განსაკუთრებული სამეანო შემთხვევების მართვა

- TOLAC მაღალი რისკის სამეანო მდგომარეობების არსებობისას დამატებითი მეთვალყურეობა.

დანართი III. კითხვარის (ჩექლისთვის) მაგალითი

ფიზიოლოგიური მშობიარობის უკუჩვენებები საკეისრო კვეთის ოპერაციის შემდგომ განიხილეთ და მონიშნეთ შესაბამისი გრაფა			
საშვილოსნოს გახევა ანამნეზში, კლასიკური საკეისრო კვეთის ოპერაცია ანამნეზში, ფიზიოლოგიური მშობიარობის სხვა უკუჩვენებები (მაგ: პლაცენტის წინამდებარეობა); კომპლექსური საკეისრო ოპერაციის ნაწიბურის (მაგ: ინვერტირებული T ან J), ან ანამნეზში არსებული რამდენიმე საკეისრო კვეთის შემთხვევაში საჭიროა ექსპერტის კონსულტაცია.			
VBAC-ის შესაძლებლობა		VBAC-ის ალბათობა	
ერთი საკეისრო კვეთა, არცერთი ფიზიოლოგიური მშობიარობა		72-75%*	
ერთი საკეისრო კვეთა, მინიმუმ ერთი ფიზიოლოგიური მშობიარობა		85-90%*	
სამშობიარო მოქმედებების ინდუქცია, არცერთი ფიზიოლოგიური მშობიარობა, BMI>30, დისტოციით ნაჩვენები საკეისრო კვეთა ანამნეზში		ყველა ფაქტორის არსებობის შემთხვევაში 40%	
დედის რისკი განმეორებითი საკეისრო კვეთისა და ფიზიოლოგიური მშობიარობის შემთხვევაში			
რისკი	დაგეგმილი VBAC	საკეისრო კვეთა	
საშვილოსნოს გახევა	0.5%	< 0.02%	
<i>*საშვილოსნოს გახევის შემთხვევაში, ჰისტერექტომიის რისკი 14-33%, პერინატალური სიკვდილის ალბათობა 6,2%</i>			
მძიმე გართულებები მომდევნო ორსულობისას	არ იმატებს ფიზიოლოგიური მშობიარობის (VBAC) შემთხვევაში	პლაცენტა წინამდებარეობის და არასწორი მიმარების გაზრდილი რისკი	
დედის სიკვდილიანობა	0.004%	0.013%	
ნაყოფის რისკი განმეორებითი საკეისრო კვეთისა და ფიზიოლოგიური მშობიარობის შემთხვევაში			
რისკი	დაგეგმილი VBAC	საკეისრო კვეთა	
მკვდრადშობადობა 39 კვირის შემდგომ	0.1%	არ ფიქსირდება 39 კვირის გესტაციაზე ჩატარებული საკეისრო კვეთის ოპერაციის შემთხვევაში	

ჰიპოქსიურ- იშემიური ენცეფალოპათია	0.08%	< 0.01%	
პერინატალური სიკვდილიანობა	0.13%	0.05%	
ანტენატალური მეთვალყურეობის რეკომენდაციები			
რეკომენდირებულია ნაყოფის სასიცოცხლო პარამეტრების ელექტრონული მონიტორინგი			
პირადი ბეზიაქალის მომსახურეობა			
მშობიარობა შესაბამის დაწესებულებაში			
<i>მშობიარობის შერჩეული მეთოდი:</i> VBAC ელექტიური საკეისრო კვეთა (მონიშნეთ შესაბამისი გრაფა)			