

დავით დავარაშვილი, ვახტანგ ბარკალაია, სოფიო თამაზაშვილი, მაკა ციციშვილი,
თემურ იზორია, ინგა ობოლაძე, ანა დარგუაშვილი, სალომე გოგიაშვილი
ფრანგული ამბულატორიული საკეისრო კვეთა (FAUCS) - დედის და ნაყოფის
გამოსავალი: კლინიკის 5 წლის გამოცდილება

დავით დავარაშვილის კლინიკა (DDC), თბილისი, საქართველო

Doi: <https://doi.org/10.52340/jecm.2023.05.20>

DAVID DAVARASHVILI, VAKHTANG BARKALAI, SOPHIO TAMAZASHVILI,
MAKA TSITSISHVILI, TEMUR IZORIA, INGA OBOLADZE, ANA DARGUASHVILI,
SALOME GOGIASHVILI

THE FRENCH AMBULATORY CESARIAN SECTION (FAUCS) – MATERNAL AND NEONATAL
OUTCOMES: 5 YEARS CLINICAL EXPERIENCE

David Davarashvili Clinic (DDC), Tbilisi, Georgia

SUMMARY

Introduction. Caesarian Section is one of the most commonly performed operations worldwide. Extraperitoneal French Ambulatory Caesarian Section (FAUCS) has evolved in order to improve maternal well-being to return quickly to “normal” function. FAUCS includes a paramedian vertical opening of the aponeurosis, left (right) paravesical extraperitoneal approach of the uterus, a purse string suture of the uterine wall and glue skin closure. Modified FAUCS (mFAUCS) technique include the same approach but intraperitoneal low segment transverse uterine incision.

Materials and Methods. Since 03.2018 till 07.2023 in DDC was done 1245 FAUCS and 103 mFAUCS. The protocol for all patient’s Included decreased fluid load and avoidance of urinary catheter, spinal anesthesia with no use of morphine, active participation of the mother in “abdominal birth” by the use of a blowing mouth piece, immediate skin to skin contact and skin closure using intradermal suture and glue. Postoperative protocol included early eating and mobilization after 3–5-hour, paracetamol and/or anti-inflammatory nonsteroid agents. For comparing 250 classical c/s in low segment was analysis.

Results: From 1245 FAUCS was done the first time – 509 (40.88%), after standard C/S: second – 632 (50.76%), third - 71 (5.7%), fourth - 33 (2.65%). The repeated FAUCS was done in 29 (2.3%) cases. All mFAUCS was repeated. In 18 cases of repeated (3-th and 4 th) FAUCS temporally small incision of peritoneum for tube sterilization with subsequent closing of peritoneum was done. Age 20-52 y.o. BMI ≥ 30 – 39.9 kg/m² - 42 (3.37%), BMI ≥ 40 kg/m² - 11 (0.9%) cases.

Gestation age: 36 – 41 w. Vertex presentation - 1098 (88.2%), breech – 71 (5.7%), twins - 76 (6.1%). FAUCS was feasible in all cases; surgeons achieved a completely extraperitoneal approach in (85.6%) cases. This was depending scar tissue, elasticity of tissue after previous C/S, anatomical peculiarity, surgery experience. The main difficulty experienced was fetal extraction in vertex. Newborn weight 2000 – 5000 gr. 21 (1.9%) times in vertex used forceps. All Apgar on first min ≥ 8 . Average blood lost 440 \pm 90 ml. Average operation time - 40.3 \pm 11.5 min.

92% were able to get up and walk 3-5 h after the CS, 29 (2.4%) needs opiate one time, 66 (5.3%) needs no painkiller. After several hours patients were active, were able to take care of themselves and newborn, take a food, urinated. Patients were very satisfied and happy, especially that category which has previous conventional intraperitoneal C/S when comparing the postoperative period. 87% patients were ready for discharge on 2-3 days after operation. Complication – small injuring the urine bladder -2 (0.16 %), paravesical hematoma – 2 (0.16 %).

Conclusion. The FAUCS (with modification) procedure may issue in a significant diminution of morbidity, demand less painkiller drugs, more comfortable for patients, safe and improved maternal recovery. The training period with an experienced surgeon recommended to avoid complication.

Keywords: caesarian section, FAUCS, maternal and neonatal outcome

საკეისრო კვეთის ოპერაცია ერთ-ერთი ყველაზე გავრცელებული ოპერაციაა მსოფლიოში. მსოფლიო ჯანდაცვის ორგანიზაციის მონაცემებით, გლობალურად საკეისრო კვეთის პროცენტმა

მიაღწია 21%-ს [1]. ამერიკის შეერთებულ შტატებში საკეისრო კვეთის პროცენტი აღწევს 32.1-ს 2021 წლის მონაცემებით [2]. საქართველოში ს/კ რიცხვი აღწევს საშუალოდ 40%-ს.

საკეისრო კვეთის პროცენტის მომატებამ გამოიწვია გართულებების რიცხვის მომატებაც. ოპერაციული ჩარევა დაკავშირებულია შემდგომი პოსტოპერაციული გართულებების მატებასთან და პოსტოპერაციულ ტკივილთან, გახანგრძლივებულ რეაბილიტაციასთან, შემდგომში ქრონიკული ტკივილის მატებასთან და დეპრესიასთან, რაც ახანგრძლივებს პაციენტის დაყოვნებას სტაციონარში და ზრდის ჰოსპიტალიზაციის ხარჯებს.

მოდიფიცირებული ექსტრაპერიტონეალური საკეისრო კვეთის მეთოდი აღწერილია 90-იანი წლების შუალედში Fauck et al. [4] მიერ და მიზნად ისახავს პაციენტის რეაბილიტაციის გაუმჯობესებას. ის ეფუძნება ბიოქირურგიულ კონცეფციას, პირველად აღწერილ Manhes et al. [3] მიერ, განსაზღვრავს მინიმალურ ჩარევას, რბილი ქსოვილების სეპარაციას მინიმალური ტრავმით, რაც შემდგომში სწრაფი შეხორცების და ქსოვილების რეგენერაციის აუცილებელი პირობაა. ეს მეთოდი მოიცავს აპონევროზის პარამედიალურ ვერტიკალურ კვეთას, მარცხენა პარავიკალურ ექსტრაპერიტონეალურ მიდგომას საშვილოსნოს ქვედა სეგმენტთან, საშვილოსნოს კედლის აღდგენას ქისის ნაკერით, კანზე წებოს გამოყენებას [5].

მასალა და შედეგები. რეტროსპექტული კვლევა გაკეთებულია ჩვენი კლინიკის მასალაზე და მოიცავს 03.2018 – 07.2023 პერიოდს. გამოცდილი ქირურგების მიერ გაკეთებულია 1245 ფრანგული ექსტრაპერიტონეალური საკეისრო კვეთა (I ჯგუფი) და შესადარებლად გაანალიზებულია 250 კლასიკური ს/კვეთა ქვედა სეგმენტში ფანენშტილის განაკვეთით (II ჯგუფი). ორსულობის ვადა მერყეობდა 36-41 კვ ფარგლებში. I ჯგუფში - 509 (40.88%) საკეისრო კვეთა იყო პირველადად ჩატარებული, 632 (50.76%) იყო ერთჯერ გადატანილი კლასიკური საკეისრო კვეთის შემდეგ, 2-ჯერ გადატანილი საკეისრო კვეთის შემდეგ - 71 (5.7%), 3-ჯერ გადატანილი ს/კ - 33 (2.65%), განმეორებითი FAUCS გაკეთდა 29 (2,3%) შემთხვევაში. მშობიარეთა საშუალო ასაკი 20-52 წელი, BMI 30 - 39.9 კგ/მ² - 42 (3,37%), BMI > 40 კგ/მ² - 11 (0.88%). ნაყოფის წინმდებარე ნაწილი თავი - 1098 (88.2%), მენჯი - 71 (5.7%), გარდიგარდმო მდებარეობა - 5 (0,4%), ტყუპი ნაყოფი 76 (6.1%). ნაყოფის წონა მერყეობდა 2000.0 – 5000.0 გრ ფარგლებში. მხოლოდ 21 (1.91%) შემთხვევაში საჭირო გახდა ნაყოფის თავის ამოყვანის გაძნელების გამო სამედიცინო მამის გამოყენება. ყველა შემთხვევაში პირველ წუთზე ახალშობილი აპგარის სკალით შეფასდა 8 და მეტი ქულით.

სისხლის საერთო დანაკარგი 440±90 მლ, ოპერაციის დრომ შეადგინა 40±11.5 წთ. ოპერაციათა საერთო რაოდენობიდან მხოლოდ 2 (0,16%) შემთხვევაში მოხდა შარდის ბუშტის მცირედი დაზიანება, 2 (0,16%) შემთხვევაში აღვილი ჰქონდა პარავიკალურ ჰემატომას (იხ. ცხრილი 1,2).

ცხრილი 1. პაციენტის ძირითადი სამედიცინო და დემოგრაფიული მახასიათებლები

მახასიათებლები	FAUCS (ფრანგული ს/კ) (n-1245)	კლასიკური ს/კ ქვ.სეგმ. (n-250)
დედის ასაკი	20-52 წ	25 – 50 წ
გესტაციური ასაკი მშობიარობისას	36 – 41 კვ	36 - 41 კვ
ნაყოფის რაოდენობა:		
ერთი	1169 (93.9%)	235 (94%)
ორი	76 (6.1%)	15 (6%)
ორსულის BMI:		
30-39.9 კგ/მ ²	42 (3.37%)	15 (6%)
> 40 კგ/მ ²	11 (0.9%)	6 (2.4%)
გადატანილი საკეისროს რაოდენობა:		
0	509 (40.88%)	138 (55.2%)
1	632 (50.76%)	89 (35.6%)
2	71 (5,7 %)	21 (8.4%)
3 და მეტი	33 (2.65%)	2 (0.8%)

საკეისრო კვეთის ჩვენება:		
გადატანილი ს/კ	655 (53.1%)	145 (58%)
დედის მოთხოვნა	132 (10.6%)	26 (10.4%)
მრავალნაყოფიანი ორსულობა	76 (6.10%)	17 (6.8%)
ნაყოფის არასწორი მდებარეობა:	71 (5.7%)	21 (8.4%)
მენჯი	51 (4.1%)	15 (6%)
ტერფები	15(1.2%)	3 (1,2%)
გარდიგარდმო	5 (0.4%)	3 (1.2%)
პლაცენტის დაბალი მიმაგრება /placenta previa/	4 (0.32%)	5 (2.0 %)
სხვა რამოდენიმე ჩვენება	307 (24.66%)	36 (14.4%)

ცხრილი 2. ქირურგიული და დედისმხრივი შედეგები

მახასიათებლები	FAUCS (ფრანგული ს/კ) (n-1245)	კლასიკური ს/კ ქვ.სეგ. (n-250)
ოპერაციის ხანგრძლივობა (წთ.)	40 +/- 11.5 წ	39 +/- 11 წ
კანის გაკვეთიდან ნაყოფის დაბადებამდე (წთ)	6.4 +/- 2.2 წ	5.2 +/- 1.9 წ
უცნობი ოპერაციისმხრივი გართულებები:		
PPH	2 (0.16%)	2 (0.8%)
შარდის ბუშტის დაზიანება	2 (0.16%)	1 (0.4%)
პარაფეზიკალური ჰემატომა	2 (0.16%)	-
სეპტიური გართულებები	-	1 (0.4%)
სისხლის გადასხმა	1 (0.08%)	2 (0.8%)

ქალების 92% იწყებდა გააქტიურებას, სიარულს ოპერაციიდან 3-5 საათში. ნაოპერაციებ ქალების საერთო რაოდენობიდან მხოლოდ 29-ს (2,4%) გაუტკივარების მიზნით დასჭირდა ოპიატების გამოყენება, 66 (5,3%) შემთხვევაში პაციენტები არ საჭიროებდნენ გაუტკივარებას. რამოდენიმე საათში შესაძლებელი იყო კვება, დამოუკიდებლად შარდვა, ახალშობილის მოვლა. 87% მზად იყო დაბრუნებოდა ცხოვრების ჩვეულ რითმს 2-3 დღეში. უმეტესობამ ტკივილის ინტენსივობა შეაფასა „ტკივილის აღქმის შკალით“ 3-4 ქულით, მცირე რაოდენობამ - 7-8 ქულით (1-4 მსუბუქი ტკივილი, 5-7 ზომიერი ტკივილი, 8-10 ძლიერი ტკივილი): 3-4 ქულა 1037 (85%) vs ზომიერი ტკივილი 187 (15%).

ნეონატალური შედეგები

მახასიათებლები	FAUCS (ფრანგული ს/კ) (n-1245)	კლასიკული ს/კ (n-250)
დაბადების წონა	2000.0-5000.0	2350.0-4400.0
აპგარის შკალა 1 წთ		
>= 8	1276 (99.6%)	263(99.5%)
<= 7	2(0.15%)	2 (0.75%)

დედის გამოჯანმრთელება და შედეგები

მახასიათებლები	FAUCS (ფრანგული ს/კ) (n-1245)	კლასიკული ს/კ (n-250)	p-value
ინტერვალის აქტივაციამდე (სთ)	3.2 +/- 1.4 ს	5.5 +/- 1.3 ს	P<0.001
ტკივილგამაყუჩებლის მოთხოვნა პირველი 24 საათის შემდეგ			
0	126 (10.12%)	2 (0.8%)	P<0.001
ერთჯერ	560 (44.9%)	43 (17.2%)	P<0.001
ორჯერ	545 (43.8%)	57 (22.8%)	
სამჯერ	14 (1.12%)	110 (44.0%)	P<0.001

	4 და მეტჯერ	-	38 (15.2%)	
	მორფინის გამოყენება	29 (2.4%)	45 (18%)	P<0.001
ჩვეულ რიტმისადმი დაბრუნების დრო				
	2 დღე	560 (44.98%)	26 (10.4%)	P<0.001
	3 დღე	635 (51.00%)	36 (14.4%)	p<0.001
	4 დღე	50 (4.02 %)	121 (48.4%)	P<0.001
	>5 დღე	-	67 26.8%)	

უპირატესად ის მელოგინები, რომელთაც ჰქონდათ გადატანილი კლასიკური საკეისრო კვეთა ქვედა სეგმენტში და შემდგომ გაიკეთეს ფრანგული საკეისრო, რეალურად აღნიშნავდნენ ბევრად უფრო მსუბუქ და სწრაფ რეაბილიტაციას.

ოპერაციის მეთოდი-მიმდინარეობა: ოპერაცია ტარდება სპინალური ანესთეზიის ქვეშ, შარდის ბუშტის კათეტერიზაციას არ საჭიროებს. კანზე კეთდება პფანენმტილის განაკვეთი, იკვეთება კანქვეშა ცხიმი. აპონევროზის შუახაზიდან ორივე მხარეს კეთდება 2-2 სმ-იანი განაკვეთი, რომელიც ვერტიკალურად იჭრება ზევით 8 სმ და ქვემოთ 6 სმ ბოქვენისკენ. მარცხენა სწორი კუნთი გადაიწევა მარცხნივ, რათა ინახოს შარდის ბუშტის წინა კედელი. შარდის ბუშტის ამრევება ხდება ქვემოთ და მარჯვნივ თითების ფრთხილი მოძრაობით, საორიენტაციო ხაზი არის ურაქუსი. ამრევება ხდება მანამდე, ვიდრე არ მივწვდებით საშვილოსნოს ქვედა სეგმენტს პერიტონეუმის გახსნის გარეშე, მისი საზღვრები კარგად ვიზუალიზდება. საშვილოსნოს წინა კედელი იხსნება მახვილი წესით, ჭრილობის გაფართოება ხდება ვერტიკალური მიმართულებით, რის შემდეგაც ხდება ნაყოფის ამოყვანა. ამ დროს კანზე ჰორიზონტალურმა და აპონევროზზე ვერტიკალურმა განაკვეთმა შესაძლოა შეზღუდოს მიდგომა ნაყოფის წინამდებარე ნაწილთან და გაძნელებს ნაყოფის ამოყვანა, თუმცა ეს არ წარმოადგენს სირთულეს გამოცდილი ქირურგისთვის. ერთ-ერთ მნიშვნელოვან ფაქტორს წარმოადგენს საშვილოსნოს ფუძეზე სწორი მიმართულებით ზეწოლა, რომელიც სრულდება ასისტენტის მიერ ქირურგის მითითებით. სასურველია და შესაძლებელია დედის ჩართულობა ნაყოფის დაბადების პროცესში. დედა ღრმად სუნთქავს სპეციალურ ხელსაწყოს მეშვეობით, რა დროსაც იჭიმება დიაფრაგმა, ძლიერდება ზეწოლა საშვილოსნოს მიდამოში და ამგვარად, ხდება ჭინთვების იმიტაცია, რაც საშუალებას აძლევს დედას დაეხმაროს ნაყოფს დაბადებაში. საჭიროების შემთხვევაში ბავშვის ამოყვანა შესაძლოა მაშების ან შპადელის (ლანჩის) დახმარებით.

ნაყოფის ამოყვანის შემდეგ უტეროტონიკების გამოყენება რეკომენდებულია ჭიპლარის გადაჭრისთანავე. საშვილოსნო იკვრება ქისისებური ნაკერით, ჰემოსტაზის მიღწევის შემდეგ შარდის ბუშტი უბრუნდება თავის ადგილს, იკვრება აპონევროზი ვერტიკალური მიმართულებით და ბოლოს კანი, სამედიცინო წებოთი (Dermabond).

პოსტოპერაციულად 2 საათიანი კონტროლი აუცილებელია, მსგავსად კლასიკური საკეისროსი. პოსტოპერაციული გაუტკივარება მოიცავს, როგორც წესი, 1 გრ პარაცეტამოლი ი/ვენურად და შემდეგ 6 სთ-ში ერთხელ per os. აუცილებლობის შემთხვევაში შესაძლებელია დამატოს შედარებით ძლიერი პრეპარატები - არასტეროიდები. ოპოიდების გამოყენება ძირითადად არ ხდება საჭირო, თუ სწორედ იქნა დაცული გაუტკივარების და ოპერაციის მეთოდიკა. პაციენტი ინფორმირებულია შესაძლო მსუბუქ ტკივილზე პოზიციის შეცვლისას, რომელიც ფეხზე დგომისას მსუბუქდება. პოსტოპერაციული პროტოკოლი მოიცავს ქალის ადრეულ გააქტიურებას, ინტენსიური თერაპიის პალატის დატოვებისთანავე, 3-5 საათში პაციენტებს დისკომფორტის გარეშე შეუძლიათ გადაადგილება, შარდვა, საკუთარ თავზე და ახალშობილზე ზრუნვა, შხაპის და საკვების მიღება.

მსჯელობა: ექსტრაპერიტონეალური საკეისრო კვეთის ფრანგული მეთოდი ხასიათდება ნაკლები ინვაზიურობით. შემცირებულია პოსტოპერაციული გართულებების განვითარების რისკი, რადგან ექსტრაპერიტონეალური ს/კ დროს სისხლი და ამნიონური სითხე არ ხვდება ინტრაპერიტონეალურ სივრცეში, არ გვაქვს შეხება მუცლის ღრუს ორგანოებთან, რაც მინიმუმამდე ამცირებს გაუვალობის რისკს და შეხორცებით პროცესს. აღსანიშნავია ამ მეთოდის უპირატესობა განმეორებითი საკეისრო კვეთის, გადატანილი ოპერაციული ჩარევების დროს, სხვა მიზეზით (მიომექტომია, პერიტონიტი და სხვ.), როდესაც ქირურგს არ უწევს მუცლის ღრუს გახსნა, სადაც

შესაძლოა არსებობდეს მკვეთრი შეხორცებითი პროცესი წინა ოპერაციის ჩარევის გამო. აღსანიშნავია, რომ 103 (8,3%) -ში ძლიერი შეხორცებების გამო, მაინც მოხდა პერიტონეუმის ფურცლის მთლიანობის დარღვევა. ამ შემთხვევაში ოპერაცია გრძელდება ჩვეულებრივად (ინტრაპერიტონეალურად საშვილოსნოს ამოღების გარეშე მუცლის ღრუდან, ქისისებური ნაკერის გამოყენებით საშვილოსნოზე, პერიტონეუმის ფურცლის გაკერის შემდეგ) აპონევროზი იკერება როგორც ჩვეულებრივ FAUCS-ის დროს. ეს მოდიფიკაცია ცნობილია, როგორც მოდიფიცირებული mFAUCS. ამ შემთხვევაშიც, პაციენტი ქმედითუნარიანია მოკლე დროში, რაც უფრო შესაძლოა დაკავშირებული იყოს აპონევროზის ვერტიკალურ კვეთასთან [6].

აღსანიშნავია FAUCS-ის გამოყენება ჭარბი წონის ორსულებთან BMI>32კგ/მ2. ტექნიკურად შედარებით უფრო ძნელი გასაკეთებელია ჭარბი ცხიმოვანი ქსოვილის გამო. სამაგიეროდ პოსტოპერაციულ პერიოდში გაცილებით უფრო ნაკლებია ტკივილი, სწრაფი და მსუბუქი რეაბილიტაცია გააჩნიათ კონტროლთან შედარებით, რაც ჩვენს მასალაზე 11 შემთხვევაში ჰქონდა ადგილი.

განმეორებითი FAUCS-ის დროს, 29 (2.3%) ოპერაცია ჩატარდა ტექნიკური სიძნელების გარეშე. 3 შემთხვევაში შეხორცებების გამო მიდგომა საშვილოსნოს ქვედა სეგმენტთან განხორციელდა მარჯვენა პარავეზიკალურ სივრცედან იგივე პრინციპით.

როგორც იყო აღნიშნული, ჩვენს მასალაზე მხოლოდ 21 (1.9%) შემთხვევაში იყო გამოყენებული მამები, რაც ამ ოპერაციის დროს ლიტერატურის მონაცემებით არის მანდატორული და აღწევს 50-65%-ს, სპეციალური მამების (spatula) გამოყენებით [7]. სწორი მიდგომით და ოპერაციული არეს გაფართოვებით ზემოაღნიშნული ჩარევა აცილებადია უმრავლეს შემთხვევაში.

პოსტოპერაციულ პერიოდში ძლიერი ტკივილის არსებობა შესაძლოა იყოს დაკავშირებული გადავსებული შარდის ბუშტის არსებობასთან ან პარავეზიკალურ ჰემატომასთან (ორი შემთხვევა), რაც ექოსკოპიის საშუალებით დიაგნოსტირდება და გვარდება შემდგომი ჩარევით, შარდის გამოშვებით და ჰემატომის ევაკუაციით.

კლასიკურ ს/კ - თან შედარებამ გვიჩვენა, რომ ძირითადი მაჩვენებლები მნიშვნელოვნად არ განსხვავდება. ძირითადად მკვეთრი უპირატესობა იყო გამოხატული FAUCS-ის დროს ტკივილის ინტენსიობის, რეაბილიტაციის სისწრაფის, ხანმოკლე პოსტოპერაციული პერიოდის პარამეტრებში.

FAUCS-ის დროს შესაძლებელია ბინაზე განერა 48 სთ-ში, მეთვალყურეობის ქვეშ. მელოგინებს არ აქვთ დიზურიული მოვლენები, დისკომფორტი და შესაძლო ინფიცირება, ვინაიდან არ საჭიროებენ შარდის ბუშტის კათეტერიზაციას. აღრეული აქტივაცია წარმოადგენს თრომბოემბოლიის პრევენციას, უზრუნველყოფს დედასა და ახალშობილს შორის ადრეულ კონტაქტს. ამავე დროს, ოპერაციის დროს, ჭინთვების იმიტაციით, დედა აქტიურად იღებს მონაწილეობას ახალშობილის დაბადებაში, რაც ერთის მხრივ ხელს უწყობს ახალშობილის დაბადებას და თავისთავად იძლევა სტიმულს და თვითკმაყოფილებას, რომ მან მიიღო მონაწილეობა შვილის დაბადებაში. სურვილისამებრ, ასეპტიკისა და ანტიასეპტიკის პირობების დაცვით, შესაძლებელია დედამ მიიღოს მონაწილეობა ახალშობილის ამოყვანაშიც.

ქირურგიულ სტერილიზაციის მოთხოვნის შემთხვევაში, საშვილოსნოს გაკერვისა და ჰემოსტაზის კონტროლის შემდეგ, პერიტონეუმზე კეთდება დროებითი 2 სმ-ის განაკვეთი, რომლიდანაც ხდება სათითაოდ ფალოპის მილის გამოტანა, გადაჭრა და გადაკვანძვა, ან ბიპოლარით კოაგულაცია, რასაც ჩვენს კლინიკაში 18 შემთხვევაში ჰქონდა ადგილი. შემდგომ პერიტონეუმის მთლიანობის აღდგენა ხორციელდება რამდენიმე ნაკერით. ამ შემთხვევაში, ფაქტიურად არ ხდება სანაყოფე სითხის და სისხლის მოხვედრა პერიტონეუმის ღრუში. სრულფასოვნად ექსტრაპერიტონეალურად საკეისრო კვეთის ჩატარება დამოკიდებულია ქსოვილების ელასტიურობაზე, გადატანილი საკეისროს შემდგომ შეხორცებებზე, ქალის ანატომიურ თავისებურებებზე, ქირურგის კვალიფიკაციაზე და გამოცდილებაზე. აღსანიშნავია, რომ კლასიკურ საკეისრო კვეთასთან შედარებით, FAUCS ტექნიკურად მეტად რთულად შესასრულებელი ოპერაციაა, რაც მოითხოვს ქირურგის მაღალ კვალიფიკაციას, გამოცდილებას და ტრენინგს.

ამგვარად, ფრანგული საკეისრო (FAUCS) არის ოპერაცია, რომელიც მოითხოვს მინიმალურ ჩარევას, რბილი ქსოვილების სეპარაციას მინიმალური ტრავმით, რაც შემდგომში სწრაფი შეხორცებების და ქსოვილების რეგენერაციის გარანტია. ის მაქსიმალურად მორგებულია

და დამზოგველია დედის ორგანიზმისთვის. ექიმი, რომელიც გეგმავს დაეუფლოს ფრანგული მეთოდით საკეისრო კვეთას, სასურველია დახელოვნდეს გამოცდილ ქირურგთან, რომელიც ფლობს მეთოდს, რათა ოპერაცია ჩატარდეს სრულფასოვნად და თავიდან იყოს აცილებული მოსალოდნელი გართულებები.

გამოყენებული ლიტერატურა:

1. World Health Organization (16 June 2021) Caesarean Section Rates Continue to Rise, Amid Growing Inequalities in Access. Available at: <https://www.who.int/news/item/16-06-2021-caesarean-section-rates-continue-to-rise-amid-growing-inequalities-in-access> (Accessed: 29 April 2023)
2. Osterman MJK, Hamilton BE, Martin JA, Driscoll AK, Valenzuela CP. Births: Final Data for 2021. Natl Vital Stat Rep. 2023; 72(1):1-53.
3. Manhes H, Leseq G. Biosurgery. First draft of a definition for a new philosophy in surgery. Rev Fr Mecanigue. 1998; 1:53-54
4. Fauck D, Ami O, et al. Comparative Study – Extraperitoneal Cesarean Section versus vaginal delivery. Int J Gynaecol Obstet Suppl. 2000.
5. Ami O., FauckM et al. The French Ambulatory Cesarean Section: Technique and Interest. Int J Gynaecol Clin Pract, 2017; 4: 131
6. Shlomi Sagi et al. A randomized double blind controlled trial – Modified French Ambulatory Cesarean Section vs. standard cesarean section, N 903, Suppl.to Jan 2020. AJOG, s561
7. Dimassi K., Ami O. et al. French ambulatory cesarean: mother and newborn safety. Int J Gynaecol Obstet. 2020;148(2):198-204. doi:10.1002/ijgo.13013

დავით დავარაშვილი, ვახტანგ ბარკალაია, სოფიო თამაზაშვილი, მაკა ციციშვილი, თემურ იზორია, ინგა ობოლაძე, ანა დარგუაშვილი, სალომე გოგიაშვილი
ფრანგული ამბულატორიული საკეისრო კვეთა (FAUCS) - დედის და ნაყოფის გამოსავალი:
კლინიკის 5 წლის გამოცდილება
 დავით დავარაშვილის კლინიკა (DDC), თბილისი, საქართველო

რეზიუმე

რეტროსპექტიული კვლევა ჩატარდა ჩვენი კლინიკის მასალაზე და მოიცავს 03.2018 – 07.2023 პერიოდს. გამოცდილი ქირურგების მიერ გაკეთებულია 1245 ფრანგული ექსტრაპერიტონიალური საკეისრო კვეთა (I ჯგუფი) და შესაძარებლად გაანალიზირებულია 250 კლასიკური ს/კვეთა ქვედა სეგმენტში ფანენშტილის განაკვეთიდ (II ჯგუფი). ორსულობის ვადა მერყეობდა 36-41 კვ ფარგლებში. I ჯგუფში - 509 (40.88%) საკეისრო კვეთა იყო პირველადად ჩატარებული, 632 (50.76%) - ერთჯერ გადატანილი კლასიკური საკეისრო კვეთის შემდეგ, 2-ჯერ გადატანილი საკეისრო კვეთის შემდეგ 71 (5.7%), 3-ჯერ გადატანილი ს/კ - 33 (2.65%), განმეორებითი FAUCS გაკეთდა 29 (2,3%) შემთხვევაში.

კლასიკურ ს/კ - თან შედარებამ გვიჩვენა, რომ ძირითადი მაჩვენებლები მნიშვნელოვნად არ განსხვავდება. ძირითადად მკვეთრი უპირატესობა იყო გამოხატული FAUCS-ის დროს ტკივილის ინტენსიობის, რეაბილიტაციის სისწრაფის, ხანმოკლე პოსტოპერაციული პერიოდის პარამეტრებში.

ამგვარად, ფრანგული საკეისრო (FAUCS) არის ოპერაცია, რომელიც მოითხოვს მინიმალურ ჩარევას, რბილი ქსოვილების სეპარაციას მინიმალური ტრავმით, რაც შემდგომში სწრაფი შეხორცების და ქსოვილების რეგენერაციის გარანტია. ის მაქსიმალურად მორგებულია და დამზოგველია დედის ორგანიზმისთვის. ექიმი, რომელიც გეგმავს დაეუფლოს ფრანგული მეთოდით საკეისრო კვეთას, სასურველია დახელოვნდეს გამოცდილ ქირურგთან, რომელიც ფლობს მეთოდს, რათა ოპერაცია ჩატარდეს სრულფასოვნად და თავიდან იყოს აცილებული მოსალოდნელი გართულებები.

