



New Day in Medicine
Новый День в Медицине

NDM



TIBBIYOTDA YANGI KUN

Ilmiy referativ, marifiy-ma'naviy jurnal



AVICENNA-MED.UZ



ISSN 2181-712X.
EISSN 2181-2187

7 (93) 2026

Сопредседатели редакционной коллегии:

**Ш. Ж. ТЕШАЕВ,
А. Ш. РЕВИШВИЛИ**

Ред. коллегия:
М.И. АБДУЛЛАЕВ
А.А. АБДУМАЖИДОВ
Р.Б. АБДУЛЛАЕВ
Л.М. АБДУЛЛАЕВА
А.Ш. АБДУМАЖИДОВ
М.А. АБДУЛЛАЕВА
Х.А. АБДУМАДЖИДОВ
Б.З. АБДУСАМАТОВ
У.О. АБИДОВ
М.М. АКБАРОВ
Х.А. АКИЛОВ
М.М. АЛИЕВ
С.Ж. АМИНОВ
Ш.Э. АМОНОВ
Ш.М. АХМЕДОВ
Ю.М. АХМЕДОВ
С.М. АХМЕДОВА
Т.А. АСКАРОВ
М.А. АРТИКОВА
Д.Т. АШУРОВА
Ж.Б. БЕКНАЗАРОВ (главный редактор)
Е.А. БЕРДИЕВ
Б.Т. БУЗРУКОВ
Р.К. ДАДАБАЕВА
М.Н. ДАМИНОВА
К.А. ДЕХКОНОВ
Э.С. ДЖУМАБАЕВ
А.А. ДЖАЛИЛОВ
Н.Н. ЗОЛотова
А.Ш. ИНОЯТОВ
С. ИНДАМИНОВ
А.И. ИСКАНДАРОВ
А.С. ИЛЪЯСОВ
Э.Э. КОБИЛОВ
А.М. МАННАНОВ
Д.М. МУСАЕВА
Т.С. МУСАЕВ
М.Р. МИРЗОЕВА
Ф.Г. НАЗИРОВ
Н.А. НУРАЛИЕВА
Ф.С. ОРИПОВ
Б.Т. РАХИМОВ
Х.А. РАСУЛОВ
Ш.И. РУЗИЕВ
С.А. РУЗИБОЕВ
С.А. ГАФФОРОВ
С.Т. ШАТМАНОВ (Кыргызстан)
Ж.Б. САТТАРОВ
Б.Б. САФОВЕВ (отв. редактор)
И.А. САТИВАЛДИЕВА
Ш.Т. САЛИМОВ
Д.И. ТУКСАНОВА
М.М. ТАДЖИЕВ
А.Ж. ХАМРАЕВ
Б.Б. ХАСАНОВ
Д.А. ХАСАНОВА
Б.З. ХАМДАМОВ
Э.Б. ХАККУЛОВ
Г.С. ХОДЖИЕВА
А.М. ШАМСИЕВ
А.К. ШАДМАНОВ
Н.Ж. ЭРМАТОВ
Б.Б. ЕРГАШЕВ
Н.Ш. ЕРГАШЕВ
И.Р. ЮЛДАШЕВ
Д.Х. ЮЛДАШЕВА
А.С. ЮСУПОВ
Ш.Ш. ЯРИКУЛОВ
М.Ш. ХАКИМОВ
Д.О. ИВАНОВ (Россия)
К.А. ЕГЕЗАРЯН (Россия)
DONG JINCHENG (Китай)
КУЗАКОВ В.Е. (Россия)
Я. МЕЙЕРНИК (Словакия)
В.А. МИТИШ (Россия)
В.И. ПРИМАКОВ (Беларусь)
О.В. ПЕШИКОВ (Россия)
А.А. ПОТАПОВ (Россия)
А.А. ТЕПЛОВ (Россия)
Т.Ш. ШАРМАНОВ (Казахстан)
А.А. ЩЕГОЛОВ (Россия)
С.Н. ГУСЕЙНОВА (Азербайджан)
Prof. Dr. KURBANHAN MUSLUMOV (Azerbaijan)
Prof. Dr. DENIZ UYAK (Germany)

ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН НОВЫЙ ДЕНЬ В МЕДИЦИНЕ NEW DAY IN MEDICINE

*Илмий-рефератив, маънавий-маърифий журнал
Научно-реферативный,
духовно-просветительский журнал*

УЧРЕДИТЕЛИ:

**БУХАРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ
ООО «ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН»**

Национальный медицинский
исследовательский центр хирургии имени
А.В. Вишневского является генеральным
научно-практическим
консультантом редакции

Журнал был включен в список журнальных
изданий, рецензируемых Высшей
Аттестационной Комиссией
Республики Узбекистан
(Протокол № 201/03 от 30.12.2013 г.)

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:

М.М. АБДУРАХМАНОВ (Бухара)
Г.Ж. ЖАРЫЛКАСЫНОВА (Бухара)
А.Ш. ИНОЯТОВ (Ташкент)
Г.А. ИХТИЁРОВА (Бухара)
Ш.И. КАРИМОВ (Ташкент)
У.К. КАЮМОВ (Тошкент)
Ш.И. НАВРУЗОВА (Бухара)
А.А. НОСИРОВ (Ташкент)
А.Р. ОБЛОКУЛОВ (Бухара)
Б.Т. ОДИЛОВА (Ташкент)
Ш.Т. УРАКОВ (Бухара)

7 (93)

2026

Июль

www.bsmi.uz
https://newdaymedicine.com
E: ndmuz@mail.ru
Тел: +99890 8061882

УДК 618.5-089.888.61

KESARCHA KESISHDAN SO'NG AYOLNING TIKLANISHINI ASOSIY STRATEGIYALARI (*Adabiyotlar sharhi*)

Atayeva Farzona Nuriddinovna e-mail: Atayevafarzona@mail.ru

Samarqand davlat tibbiyot universiteti O'zbekiston, Samarqand, st. Amir Temur 18,
Tel: +99818 66 2330841 E-mail: sammu@sammu.uz

✓ Rezyume

Kesarcha kesish akusherlik amaliyotida eng keng tarqalgan jarrohlik muolajalaridan biri bo'lib, uning chastotasi butun dunyoda o'sishda davom etmoqda. Mazkur sharh qorin bo'shlig'i orqali tug'ruqdan keyin ayollarning operatsiyadan so'nggi tiklanishiga oid zamonaviy strategiyalar tahliliga bag'ishlangan. Unda tezlashtirilgan tiklanish protokollari (ERAS), og'riqsizlantirish usullari, erta harakatga keltirish, ovqatlanish xususiyatlari, tromboembolik va infeksiyon asoratlarning oldini olish, shuningdek, psixologik jihatlar hamda ko'krak suti bilan boqish masalalari ko'rib chiqilgan. Reabilitatsiyaga multimodal yondashuvni joriy etish shifoxonada yotish muddatini qisqartirish, asorotlar sonini kamaytirish va tug'ruqdan chiqqan ayollarning umumiy tiklanish sifatini yaxshilash imkonini berishi ko'rsatib o'tilgan. Shuningdek, hali yechimini topmagan masalalar va kelgusidagi tadqiqotlarning istiqbolli yo'nalishlari belgilab berilgan.

Kalit so'zlar: kesarcha kesish, operatsiyadan keyingi tiklanish, ERAS protokoli, erta harakatga keltirish, operatsiyadan keyingi og'riqsizlantirish, laktatsiya, tromboprofilaktika, tug'ruqdan chiqqan ayollarni reabilitatsiya qilish, jarrohlik yarasi, psixoemotsional holat

ОСНОВНЫЕ СТРАТЕГИИ ВОССТАНОВЛЕНИЯ ЖЕНЩИНЫ ПОСЛЕ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

Атаева Фарзона Нуриддиновна e-mail: Atayevafarzona@mail.ru

Самаркандский государственный медицинский университет Узбекистан, г.Самарканд,
ул. Амира Темура 18, Тел: +99818 66 2330841 E-mail: sammu@sammu.uz

✓ Резюме

Кесарево сечение остаётся одной из наиболее распространённых хирургических операций в акушерской практике, а его частота продолжает расти во всём мире. Настоящий обзор посвящён анализу современных стратегий послеоперационного восстановления женщины после абдоминального родоразрешения. Рассмотрены протоколы ускоренного восстановления (ERAS), методы обезболивания, ранняя мобилизация, особенности питания, профилактика тромбоэмболических и инфекционных осложнений, а также психологические аспекты и грудное вскармливание. Показано, что внедрение мультимодального подхода к реабилитации позволяет сократить сроки госпитализации, снизить частоту осложнений и улучшить общее качество восстановления рожениц. Обозначены нерешённые вопросы и перспективные направления дальнейших исследований.

Ключевые слова: кесарево сечение, послеоперационное восстановление, ERAS-протокол, ранняя мобилизация, послеоперационное обезболивание, лактация, тромбопрофилактика, реабилитация рожениц, хирургическая рана, психоэмоциональное состояние

KEY STRATEGIES FOR POST-CESAREAN SECTION RECOVERY IN WOMEN (A literature review)

Ataeva Farzona Nuriddinovna e-mail: Atayevafarzona@mail.ru

Samarkand State Medical University Uzbekistan, Samarkand, st. Amir Temur 18,
Tel: +99818 66 2330841 E-mail: sammu@sammu.uz

✓ **Resume**

Cesarean section remains one of the most common surgical procedures in obstetric practice, and its frequency continues to rise worldwide. This review is dedicated to the analysis of modern strategies for postoperative recovery in women following abdominal delivery. It examines enhanced recovery after surgery (ERAS) protocols, pain management methods, early mobilization, nutritional considerations, prevention of thromboembolic and infectious complications, as well as psychological aspects and breastfeeding. It has been demonstrated that implementing a multimodal approach to rehabilitation can shorten hospital stays, reduce complication rates, and improve the overall quality of recovery for postpartum women. Unresolved issues and promising directions for future research are also outlined.

Keywords: cesarean section, postoperative recovery, ERAS protocol, early mobilization, postoperative pain management, lactation, thromboprophylaxis, postpartum rehabilitation, surgical wound, psycho-emotional state

Dolzarbligi

Kesarcha kesish (KK) dunyodagi eng ko'p bajariladigan yirik operatsiyalardan biri bo'lib, homila distressi, noto'g'ri kelishi, asoratli tug'ruq va antenatal qon ketish kabi holatlarda hayotiy muhimligicha qolgan. Shunga qaramasdan, ko'plab mamlakatlarda KK ko'rsatkichlari muttasil ravishda — yiliga o'rtacha 4 foizga o'sib borayapti hamda 2015-yilda tug'ruqlarning taxminan 21 foizi ($\approx 29,7$ mln) KK orqali amalga oshirilgan. Bunday tendensiya O'zbekiston Respublikasida ham kuzatiladi [1]. Bunday o'sishga ta'sir ko'rsatuvchi omillar qatoriga birinchi marta o'tkaziladigan KK sonini va, o'z navbatida, takroriy KK sonini oshiradigan tendensiyalar - ona yoshining ulg'ayishi, tug'ilish darajasining kamayishi, tug'ruqni olib borishdagi o'zgarishlar, intranatal monitoringning kengayishi, tibbiy-huquqiy bosimlar, onaning xohish-istaklari, dumba bilan kelishda vaginal tug'ruqqa bo'lgan ishonchning pasayishi va vaginal tug'ruq bo'yicha jarrohlik ko'nikmalarining kamayishi kiradi. Kesarcha kesish operatsiyasi hayotni saqlab qoladi, biroq onalar va yangi tug'ilgan chaqaloqlarning sezilarli darajadagi qisqa va uzoq muddatli kasallanishi bilan bog'liq [3]. Ushbu sharhda biz KKdan so'ng yaralar bitishidan tashqaridagi natijalarga urg'u bergan holda hamda jismoniy funktsiya, psixologik salomatlik, reproduktiv salomatlikni rejalashtirish va go'dakni erta parvarish qilishni o'z ichiga olgan kompleks tiklanish haqidagi zamonaviy ma'lumotlarni umumlashtirdik. Kesarcha kesishdan keyin tiklanishni tezlashtirishga qaratilgan perioperatsion strategiyalar (ERAS- Enhanced Recovery After Surgery — jarrohlik aralashuvidan keyin bemorlarning tezlashtirilgan tiklanishi bo'yicha xalqaro protokol bo'lib, u fast-track xirurgiyasi (tez yo'llar jarrohligi) yoki multimodal reabilitatsiya konsepsiyasi deb ham ataladi), ya'ni tug'ruqdan oldin o'qitish, yondosh kasalliklarni davolash, infeksiyalarning ilmiy asoslangan profilaktikasi, opioidlarni minimal darajada qo'llash bilan multimodal analgeziya, og'iz orqali erta ovqatlanish va faollashuv, venoz tromboemboliya profilaktikasi hamda shifoxonadan chiqishning funksional mezonlari — asoratlar sonini, opioidlarni iste'mol qilishni va shifoxonada yotish davomiyligini izchil ravishda kamaytiradi [4]. Garchi kesarcha kesish ko'pincha xavfsizroq yoki nazorat qilinadigan aralashuv sifatida qabul qilinsa-da, u onalar uchun ham, yangi tug'ilgan chaqaloqlar uchun ham sezilarli darajadagi qisqa va uzoq muddatli xavf-xatarlar bilan bog'liqdir [3]. Yaqin muddatli xavflar sirasiga ko'p qon yo'qotish, qon quyish zarurati, bachadon va qovuqning shikastlanishi, shuningdek, jarrohlik travmasi kabi operatsiya jarayonidagi asoratlar kiradi. Ayollarning uchdan bir qismidan ko'prog'ida kuzatiladigan operatsiyadan keyingi asoratlar ko'pincha shoshilinch kesarcha kesishdan keyin yuzaga keladi va infeksiya, shifoxonada uzoq vaqt qolish hamda kamdan kam hollarda onalar o'limini o'z ichiga oladi. Shoshilinch kesarcha kesishdan keyingi o'lim xavfi vaginal tug'ruqqa qaraganda taxminan to'rt baravar yuqoridir. Uzoq muddatli xavflarga kesarcha kesishdan so'ng bachadondan anomal qon ketish, chanoqda og'riq va bepustlik bilan kuzatiladigan chandiq sindromi; operatsiyadan keyingi bir yil davomida 10-15% ayollarga ta'sir etuvchi operatsiyadan keyingi surunkali og'riqlar; va har keyingi kesarcha kesish bilan kuchayib boruvchi hamda ichak tutilishi, subfertillik va murakkab takroriy operatsiyalarga sabab bo'luvchi bitishma kasalligi kiradi [7]. Operatsiyadan keyingi asosiy muammolar sirasiga o'tkir og'riq, jarrohlik aralashuvi sohasidagi asoratlar, qon ketishi va kamqonlik, shuningdek, tromboemboliya kiradi; uzoq muddatli oqibatlar operatsiyadan keyingi surunkali og'riq, kesarcha kesishdan keyingi chandiq nuqsonlari, bitishmalar va operatsiyadan keyingi churrani o'z ichiga oladi. Keyingi homiladorliklardagi xavflar ham sezilarli darajada yuqoridir. Oldin kesarcha kesishni boshdan kechirgan ayollar homila tushishi, fertillikning

pasayishi, kesarcha kesishdan so'ng chandiqa homiladorlik, yo'ldoshning oldinda kelishi, yo'ldoshning o'sib kirishi, bachadon yorilishi, muddatidan oldingi tug'ruq va o'lik bola tug'ilishi kabi yuqori xavflarga duch kelishadi. Masalan, yo'ldoshning oldinda kelishi bilan kechgan bitta kesarcha kesishdan keyin yo'ldoshning o'sib kirish xavfi 3% ni tashkil qilsa, to'rt va undan ortiq operatsiyadan keyin 60% dan oshadi. Ushbu asoratlar og'ir kasallanish, qon ketishi, gisterektomiya va hatto o'lim holatlari bilan bog'liq [8]. Umuman olganda, ushbu xavflar yaralarning bitishi doirasidan tashqariga chiqadigan hamda jismoniy, psixologik va reproduktiv salomatlik sohasidagi uzoq muddatli natijalarni qamrab oluvchi kompleks tiklanish, ya'ni reabilitatsiya strategiyalari zaruratini ta'kidlaydi. Kesarcha kesishdan keyingi tiklanish jarayoni ko'p qirrali bo'lib, faqatgina jarrohlik aralashuvi natijalariga e'tibor qaratish bilan uni to'liq ta'minlab bo'lmaydi. Bemorni samarali olib borishda funktsionallik, xavfsizlik va o'z vaqtida kuzatish birinchi o'ringa qo'yiladi. Kesarcha kesishdan so'ng go'dak parvarishi darhol "teriga-teri" kontaktini o'rnatish, ona va bolaning bir xonada birga bo'lishi, emizishni amaliy qo'llab-quvvatlash, dori-darmonlar bilan og'riqsizlantirish, bola bilan xavfsiz muomala qilish texnikasi, sariqlikni kuzatib borish hamda xavfsiz uyqu masalalari bo'yicha maslahat berish tufayli yanada yaxshilanadi. Tug'ruqdan keyingi kontrasepsiya va homiladorliklar orasidagi intervallarni rejalashtirish tiklanish jarayonining hamda kelgusi homiladorlik xavfsizligining ajralmas qismidir. Reabilitatsiyani perioperatsion va tug'ruqdan keyingi davrlar mobaynida muvofiqlashtirilgan, oilaga yo'naltirilgan jarayon sifatida taqdim etish davolash natijalarini va bemorlarning kesarcha kesishdan keyingi tajribasini yaxshilaydi.

Operatsiyadan keyin tezlashtirilgan tiklanish (ERAS) — 1990-yillarda kolorektal xirurgiyada ishlab chiqilgan va keyinchalik turli jarrohlik yo'nalishlariga tarqalgan perioperatsion parvarish modelidir [10]. Uning asosiy tamoyili — fiziologik funksiyalarni saqlab qolish, jarrohlik stressini kamaytirish va bemorlarni davolash natijalarini yaxshilash uchun standartlashtirilgan, fanlararo tuzilmada o'tkaziladigan kompleks, dalillarga asoslangan aralashuvlardan foydalanish hisoblanadi. Kesarcha kesishdan keyin tezlashtirilgan tiklanish (ERAC) — ona va yangi tug'ilgan chaqaloq salomatligiga qaratilgan o'ziga xos ikki tomonlama yo'nalishni hisobga oluvchi ERAC tamoyillarining akusherlikka moslashtirilgan shaklidir [11].

ERAC dasturlari parvarishning barcha — tug'ruqdan oldin, intraoperatsion va operatsiyadan keyingi bosqichlarini qamrab olgan holda tiklanishni optimallashtirishga, bir vaqtning o'zida onaning farovonligi va homila xavfsizligi o'rtasidagi muvozanatni ta'minlashga qaratilgan. ERAC shifoxonada qolish davomiyligini 12–24 soatga qisqartirishi, opioidlar iste'molini 40% gacha kamaytirishi hamda qayta shifoxonaga yotqizishlar sonini oshirmasdan operatsiyadan keyingi infeksiyalar chastotasini pasaytirishini ko'rsatuvchi dalillar mavjud [12].

Reabilitatsiyaga tayyorgarlik hali operatsiyadan oldin boshlanadi. Tug'ruqdan oldin tizimlashtirilgan maslahat berish onaning perioperatsion jarayonni tushunishini izchil ravishda yaxshilashini, xavotirni kamaytirishini va tiklanish protokollariga amal qilish darajasini oshirishini namoyish etadi. 3000 dan ortiq ayol ishtirok etgan 17 ta tadqiqotning tizimli sharhida maslahat berish standart davolashga qaraganda qanoat hosil qilish ko'rsatkichlarining 20–30 foizga yaxshilanishiga olib kelgan [15].

Amerika Qo'shma Shtatlarida o'tkazilgan randomizirlangan tadqiqot operatsiyadan oldingi standartlashtirilgan tarzda o'qitilgan ayollar 22 foizga ko'proq operatsiyadan keyingi dastlabki olti soat ichida yura boshlaganligini; erta mobilizatsiya shifoxonada qolish muddatining qisqarishi va tromboemboliya xavfining pasayishi bilan bog'liq bo'lganligini ko'rsatgan [12]. Emizish haqidagi ma'lumotlar kiritilganda, tug'ruqdan oldingi maslahat berish oziqlantirish natijalarini ham yaxshilaydi. Bir prospektiv kogortali tadqiqot tizimli yo'riqnoma olgan ayollar o'rtasida faqat ona suti bilan oziqlantirish ko'rsatkichi odatdagi tavsiyalarga qaraganda olti haftadan keyin 12 foizga oshganligini ko'rsatdi [13]. Yondosh kasalliklarni davolash operatsiyadan oldingi yana bir ustuvorlik hisoblanadi. Kamqonlikni, ayniqsa, temir preparatlari yordamida korreksiya qilish perioperatsion davrda qon quyishga bo'lgan ehtiyojni 30–40 foizga kamaytiradi va tug'ruqdan keyingi tiklanishga hissa qo'shadi [14]. Diabet va gipertoniyaning adekvat nazorat qilish yara asoratlari va infeksiyalar chastotasini pasaytiradi. Infeksiyalarning oldini olish terini to'g'ri tayyorlashga ham bog'liq: xlorgeksidin va spirt bilan antiseptika qilish jarrohlik aralashuvi sohasidagi infeksiyalar chastotasini povidon-yodga qaraganda taxminan 40 foizga kamaytiradi [15]. Kesarcha kesishni boshdan kechirgan ayollarda tug'ruq jarayonida qo'shimcha vaginal tayyorlash endometrit xavfini kamaytiradi.

Oziqlanish bo'yicha choralar ham o'zgardi. Endilikda ayollarga anesteziyadan ikki soat oldin shaffof suyuqliklar ichishga ruxsat beriladi, diabeti bo'lmagan ayollarga esa insulininga rezistentlikni pasaytirish

va operatsiyadan keyingi tiklanishni yaxshilash uchun uglevodlarga boy ichimliklar berilishi mumkin [16].

ERAC doirasidagi intraoperatsion parvarish infeksiyalarni nazorat qilish, gemodinamik barqarorlik, normotermiya va samarali analgeziyaga qaratilgan. Antibiotiklarni profilaktik maqsadlarda qo'llash markaziy elementga aylangan. Tana vazniga qarab dozasi to'g'rilangan va teri kesilishidan oldin 60 daqiqa ichida yuborilgan sefazolin jarrohlik aralashuvi sohasidagi infeksiyalar chastotasini ikki baravarga, tug'ruq paytidagi kesarcha kesishda vena ichiga azitromitsinning yuborilishi esa endometritni qariyb 50% ga kamaytiradi [17]. Gemodinamik barqarorlik kristalloidli konagruzka bilan birga vazopressorlar, ko'pincha fenilefrinning profilaktik infuziyasi orqali ta'minlanadi, qaysikim og'ir gipotenziya chastotasini qariyb 40% dan 10% dan kamroq ko'rsatkichgacha pasaytiradi [18]. Isitilgan vena ichiga yuboriladigan suyuqliklar va majburiy havo haydovchi isitgich ko'rpalar yordamida faol isitish perioperatsion gipotermiyani oldini oladi. Onaning normotermiyasi yara infeksiyalari chastotasining pasayishi va yangi tug'ilgan chaqaloqlarda termoregulyatsiyaning yaxshilanishi bilan bog'liq [19].

Ayollarning aksariyati kesarcha kesishdan keyingi dastlabki 24–48 soat ichida o'rtacha yoki kuchli og'riqni his etishadi. Kuchli o'tkir og'riq nafaqat noqulaylik tug'diradi, balki operatsiyadan keyingi surunkali og'riqning darakhchisi ham hisoblanadi. Deyarli 12 000 ayol ishtirok etgan prospektiv ko'p markazli tadqiqotda, 10–15% ayollar shifoxonadan chiqish vaqtida og'riq ularning kundalik faoliyatiga sezilarli ta'sir ko'rsatganini ma'lum qilgan, dastlabki bosqichlarda opioidlarga bo'lgan yuqori ehtiyoj esa faollashuvning kechikishi va shifoxonada qolish muddatining uzayishi bilan bog'liq bo'lgan [18]. Multimodal analgeziya qo'llaniladigan ERAC protokollari neyroaksial morfinning past dozalari bilan birga parasetamol va NYaQV (nosteroid yallig'lanishga qarshi vositalar) ning rejali qo'llanilishi og'riqsizlantirish samarasiga zarar yetkazmagan holda, opioidlarni iste'mol qilishni 40% gacha kamaytiradi va shifoxonada yotish muddatini qisqartiradi. Neyroaksial morfinni qo'llash imkoni bo'lmagan holatlarda, TAR yoki QL kabi regional blokadalar samarali muqobil hisoblanadi [20].

Venoz tromboemboliya. Kesarcha kesish tug'ruqdan keyingi venoz tromboemboliya (VTE) xavfini vaginal tug'ruqqa qaraganda taxminan to'rt baravarga oshiradi. Absolyut xavf past, ammo semizlik, uzoq muddatli immobilizatsiya, qon quyish yoki trombofiliya kabi qo'shimcha omillar mavjud bo'lganida keskin ortadi. Amerika akusherlar va ginekologlar kollegiyasi (ACOG) hamda Qirollik akusherlar va ginekologlar kollegiyasi (RCOG) tavsiyalariga ko'ra, to'liq faollashuvga qadar barcha ayollarga pnevmatik kompression qurilmalar yordamida mexanik profilaktika o'tkazish tavsiya etiladi, past molekulyar og'irlikdagi geparin esa o'rta yoki yuqori xavf guruhidagi ayollarga ko'rsatilgan [21].

Kesarcha kesishdan keyingi tiklanish operatsiya xonasidan tashqarida ham davom etadi va ERAC tamoyillariga rioya qilinganida eng yuqori samaradorlikni ko'rsatadi. Operatsiyadan keyingi dastlabki soatlarda erta ovqatlanish hozirgi vaqtda xavfsiz deb tan olingan bo'lib, u bir vaqtning o'zida noqulaylik va insulinrezistentlikni kamaytirgan holda ichak funksiyasining tiklanishini tezlashtiradi. Harakatlanishni osonlashtirish uchun siydik kateterlarini 6–12 soat ichida olib tashlash lozim; qaysikim siydik tutilishini sinchiklab nazorat qilish sharti bilan siydik ajratish yo'llarining infeksiyalari chastotasini 30% gacha kamaytirishi ko'rsatilgan [22]. Barcha ushbu maqsadlarning zamirida samarali analgeziya yotadi. ERAC opioidlarni iste'mol qilishni kamaytirishga imkon beruvchi parasetamol va NYaQVni, agar mavjud bo'lsa, neyroaksial morfin bilan to'ldirilgan rejali qo'llashga asoslanadigan multimodal yondashuvga urg'u beradi. Neyroaksial opioidlar qo'llanilmaydigan holatlarda qorinning ko'ndalang mushagi yoki belning kvadrat mushagi blokadasi kabi regional blokadalar samarali muqobil hisoblanadi. Opioidlar faqat kuchli og'riqlardagina, minimal samarali dozada va maksimal darajada qisqa muddatga tayinlanadi — bunday yondashuv onada sedatsiyani kamaytiradi, emizishni qo'llab-quvvatlaydi hamda ertaroq o'rindan turish va o'z-o'ziga xizmat ko'rsatishga yordam beradi [26].

Kesarcha kesish VTE xavfini vaginal tug'ruqqa qaraganda to'rt baravarga oshirishi sababli, ERAC protokollari bemor mustaqil harakatlana oladigan darajaga yetgunga qadar pnevmatik kompressor qurilmalaridan muntazam foydalanishni o'z ichiga oladi, farmakologik profilaktika esa faqat semizlik, qon quyish yoki trombofiliya kabi qo'shimcha xavf omillari bo'lgan ayollardagina qo'llaniladi [27].

Yara parvarishi ham standartlashtirilgan: bog'lamlar 24 soatdan keyin olinadi, chok sohasi esa toza va quruq holda saqlanadi. Semizligi bo'lgan ayollarda yaralarni manfiy bosim bilan profilaktik davolash jarrohlik aralashuvi sohasidagi infeksiyalar chastotasini kamaytirishini namoyish etdi va ushbu usul tanlov asosida ko'rib chiqilishi mumkin [32].

ERAC doirasida shifoxonadan chiqishni rejalashtirish vaqtga emas, balki bemorning funksional holatiga asoslanadi. Ayollar mustaqil harakatlana olganda, og'iz orqali ovqatlanganda, kateter olib tashlanganidan keyin mustaqil peshobga chiqa olganda va og'riq og'iz orqali qabul qilinadigan dorilar bilan yo'qolganda, yangi tug'ilgan chaqaloqlar esa samarali oziqlanganda shifoxonadan chiqishga tayyor deb hisoblanadi. Aksariyat rejali operatsiyalarda bemorlarni 36–48 soat ichida shifoxonadan javob berishga imkon beradi. Ko'plab tadqiqotlar bunday vaqtli chiqish qayta shifoxonaga yotqizishlar sonini oshirmasligini, aksincha, onaning qoniqish hissini oshirishini tasdiqlaydi [25].

Og'riq. Kesarcha kesishdan keyin og'riq deyarli barcha ayollarda uchraydi, biroq uning intensivligi va oqibatlarini turlichadir. Yirik kogortali tadqiqotlar 70–80% ayollar dastlabki 48 soat ichida o'rtacha yoki kuchli og'riqni his etishini, 15% gacha bo'lgan ayollar esa harakatlanishga va yangi tug'ilgan chaqaloqni parvarish qilishga xalaqit beradigan og'riqlar haqida xabar berishini ko'rsatadi [18]. Agar operatsiyadan keyingi dastlabki davrda og'riq yetarlicha nazorat qilinmasa, uning saqlanib qolishi va uch-olti oydan so'ng operatsiyadan keyingi surunkali og'riqqa aylanib ketishi ehtimoli ancha yuqori bo'ladi [8; 18; 20]. Shunday qilib, tiklanish jarayoni nafaqat kuchli og'riqni oldini olishga, balki erta faollashuvni qo'llab-quvvatlashga, oshqozon-ichak trakti funksiyasini hamda yangi tug'ilgan chaqaloqni parvarish qilish qobiliyatini tiklashga ham bog'liqdir. Zamonaviy tavsiyalar og'riqsizlantirishga bosqichma-bosqich multimodal yondashuvni buyuradi; qaysikim opioid bo'lmagan preparatlardan boshlanadi va opioidlar faqat zarurat tug'ilgandagina qo'shiladi [20]. Asetaminofen (parasetamol) va boshqa NYaQV ushbu strategiyaning asosini tashkil etadi. Har ikkala preparat ham operatsiyadan keyin darhol boshlanib, "zaruratga qarab" emas, balki jadval bo'yicha, rejali ravishda tayinlanishi lozim. Odatdagi sxemalar har olti-sakkiz soatda 1000 mg asetaminofen va har olti soatda 400–600 mg ibuprofen qabul qilishni o'z ichiga oladi. Jadval bo'yicha qabul qilish yanada barqaror analgeziyani ta'minlaydi va kuchliroq og'riqsizlantirishni talab etuvchi kuchli og'riqlar yuzaga kelish ehtimolini kamaytiradi. Og'riqsizlantirish samarasiz bo'lib qolgan holatlarda, qisqa muddatli va past samaradorlikka ega bo'lgan opioidlar qo'shilishi mumkin. Ulardan kuchli og'riqlardagina foydalangan ma'qul va ular minimal samarali muddatga tayinlanishi lozim. Aksariyat hollarda atigi bir necha kunlik opioid terapiyasi talab etiladi va shifoxonadan chiqishdagi retseptlar ushbu cheklangan ehtiyojni aks ettirishi kerak. Dozani asta-sekin kamaytirish, xavfsiz saqlash va utilizatsiya qilish bo'yicha aniq ko'rsatmalar berish opioidlarni uzoq muddat qo'llash xavfini kamaytiradi [8]. Og'riqsizlantirish rejalarini ishlab chiqishda emizishni va onadagi yondosh kasalliklarni ham hisobga olish zarur. Asetaminofen va ibuprofen laktatsiya davrida xavfsiz hisoblanadi va birinchi qator afzal preparatlar sanaladi. Agar opioidlar qo'llaniladigan bo'lsa, emizish uchun xavfsizroq profilga ega bo'lganlarini (masalan, neyroaksial morfinni) tanlash va ayollarni yuzaga kelishi mumkin bo'lgan neonatal sedatsiya haqida ogohlantirish lozim [27]. Kodein va tramadoldan onadagi o'zgaruvchan metabolizm hamda neonatal toksiklik kelib chiqish xavfi sababli voz kechish kerak. Ta'kidlash joizki, so'nggi ma'lumotlar NYaQV homiladorlikdagi gipertonik buzilishlari bo'lgan ayollar uchun ham xavfsiz ekanligi haqida dalolat beradi, qaysikim ilgari mavjud bo'lgan xavotirlarni inkor etadi [8].

Samarali erta reabilitatsiya og'riqni tizimli ravishda monitoring qilishni talab etadi. Kompleks baholash ayolning mustaqil harakatlanishi, go'dakni parvarish qilishi va ovqatni og'iz orqali iste'mol qilish qobiliyatini o'z ichiga olishi lozim. Ushbu faoliyat turlarini cheklab qo'yadigan og'riq tiklanish jarayonining yetarlicha bo'lmaganidan dalolat beradi va u og'riqsizlantirish sxemasini qayta ko'rib chiqish uchun asos bo'lishi kerak. Bir-ikki haftadan keyin shaxsan yoki telefon orqali o'tkaziladigan keyingi kuzatuv og'riqsizlantirishni qayta baholash, asoratlarni aniqlash hamda saqlanib qolayotgan og'riqlarni bartaraf etish imkonini beradi [26]. Ushbu choralarning integratsiyasi tufayli aksariyat ayollar kesarcha kesishdan keyingi bir necha kun ichida og'riqni yaxshi nazorat qilishga va funksional tiklanishga erishishadi. Opioid bo'lmagan preparatlarni rejali qo'llashga, opioidlardan oqilona foydalanishga va tizimli kuzatuvga urg'u berish nafaqat shifoxonada qolish muddatini qisqartiradi, balki operatsiyadan keyingi surunkali og'riq xavfini ham kamaytiradi; qaysikim og'riqni boshqarish ikkinchi darajali omil emas, balki tiklanishning markaziy elementi ekanligini ta'kidlaydi.

Operatsiya yarasi tomonidan asoratlar. Yara bilan bog'liq asoratlar yana bir keng tarqalgan muammodir. Jarrohlik aralashuvi sohasidagi infeksiyalar 2–7% ayollarda kuzatiladi va ularning uchrash darajasi semizlik, diabet, qog'onoq pardasining uzoq muddat yorilishi yoki shoshilinch muolajalar mavjud bo'lganida sezilarli darajada oshadi [32; 35]. Garchi ko'plab infeksiyalar yuzaki tabiatga ega bo'lsa-da, tug'ruqdan keyingi davrda qayta shifoxonaga yotqizish holatlarining deyarli uchdan bir qismi aynan ularning hissasiga to'g'ri keladi [35]. Hatto yara chetlarining arziyas darajada ochilib ketishi ham

sogʻayish davrini uzaytiradi, chetlarning chuqurroq ajralishlari yoki abscess hosil boʻlishi esa takroriy operatsiyani talab etadi va sezilarli darajadagi kasallanishlar bilan bogʻliq boʻladi.

Muvaffaqiyatli rehabilitatsiya uchun erta tashxisot va tizimli davolash oʻta muhimdir. Ayollar operatsiyadan keyingi dastlabki kunlarda qizarish, ajralmalar ajralishi yoki yara chetlarining ochilishi belgilari mavjudligini aniqlash uchun muntazam ravishda koʻrikdan oʻtkazilishi lozim [35]. Shifoxonadan chiqarilgandan soʻng ularga chok sohasini kuzatib borish hamda shish, isitma yoki yiringli ajralmalar paydo boʻlganda tibbiy yordam uchun murojaat qilishlari boʻyicha aniq koʻrsatmalar berilishi kerak. Yuzaki infeksiyalar odatda yarani mahalliy parvarish qilish va ogʻiz orqali qabul qilinadigan antibiotiklar yordamida bartaraf etiladi, bitish esa odatda bir-ikki hafta ichida roʻy beradi. Agar ogʻriq toʻliq qoldirilsa, ushbu ayollar erta harakatlana boshlashlari va yangi tugʻilgan chaqaloq parvarishini davom ettirishlari mumkin. Yaraning chuqur infeksiyasi yoki yara chetlarining ajralishi kabi jiddiyroq asoratlarga sogʻayishni sezilarli darajada sekinlashtiradi. Bunday hollarda jarrohlik drenaji, yaralarni manfiy bosim bilan davolash yoki hattoki takroriy operatsiya talab qilinishi mumkin, qaysikim shifoxonada qolishni uzaytiradi va onaning bolani parvarish qilish imkoniyatiga xalaqit beradi [32]. Biroq yaralarni davolashning tizimlashtirilgan dasturlari, jumladan, erta ambulator kuzatuv, standartlashtirilgan bogʻlov protokollari va uyda hamshiralik parvarishi xizmatlaridan foydalanish sogʻayish davrini qisqartirishi hamda qayta shifoxonaga yotqizishlar sonini kamaytirishi mumkin [32].

Glikemik nazoratni saqlab turish, semizlik va diabet kuzatilgan ayollarda homiladorlikdan oldin vazn tashlashni qoʻllab-quvvatlash, shuningdek, perioperatsion profilaktikani taʼminlash kabi profilaktik strategiyalar erta rehabilitatsiyaning muhim boʻlimlari hisoblanadi [13; 22; 35]. Rehabilitatsiya nuqtai nazaridan, asosiy eʼtibor asoratlarga yuzaga kelganda funksional buzilishlarni minimallashtirishga qaratiladi. Aniq rehabilitatsiya, muloqot, davolashni tezda boshlash va yaralarni parvarish qilish boʻyicha mavjud ambulator xizmatlar ushbu asoratlarga qaramasdan, aksariyat ayollarga normal faoliyatga va bola parvarishiga qaytish imkonini beradi [5; 35].

Venoz tromboemboliya. Tromboembolik kasalliklar operatsiyadan keyingi boshqa asoratlarga qaraganda kamroq uchraydi, ammo eng jiddiylaridan biri boʻlib hisoblanadi. Kesarcha kesishdan keyin VTE xavfi vaginal tugʻruqqa qaraganda taxminan toʻrt baravar yuqori boʻlib, har 1000 ta tugʻruqqa bittadan ikkitagacha holat chastotasiga toʻgʻri keladi [8; 9; 28]. Oʻpka emboliyasi daromadi yuqori boʻlgan mamlakatlarda onalar oʻlimining asosiy sabablaridan biri boʻlib qolgan va kesarcha kesish ushbu yukka sezilarli darajada hissa qoʻshadi. Immobilizatsiya, qon quyish va irsiy trombofiliya xavfni yanada oshiradi [9; 28]. Rehabilitatsiya muvaffaqiyati erta profilaktika va oʻz vaqtida aniqlashga bogʻliq. Profilaktikaning poydevori erta faollashuv hisoblanadi, qaysikim VTE chastotasining pasayishi va normal funksiyalarga tezroq qaytish bilan uzviy bogʻliqdir [1; 13; 22; 26]. Semizlik, preeklampsiya yoki ilgari oʻtkazilgan tromboz kabi qoʻshimcha xavf omillariga ega ayollarda pnevmatik kompressor qurilmalari yordamida mexanik profilaktikani operatsiya jarayonida boshlash va mustaqil harakatlanish qobiliyati tiklangunga qadar davom ettirish lozim [8; 9; 26; 28]. Past molekulyar ogʻirlikdagi geparin bilan farmakologik profilaktika oʻrta yoki yuqori xavf guruhidagi ayollarga tavsiya etiladi va davolash odatda xavf profiliga qarab 7–10 kun yoki undan koʻproq davom etadi [9; 26; 28]. Profilaktikaga qaramasdan, VTE rivojlangan ayollar uchun oʻz vaqtida antikoagulyant terapiya oʻtkazish zarur, biroq faollik ragʻbatlantirilsa, rehabilitatsiya ham xuddi shunday muhim ahamiyat kasb etadi. Ogohlantiruvchi simptomlar — toʻsatdan hansirash, koʻkrak qafasidagi ogʻriq yoki oyoqlar shishishi haqida aniq maslahat berish ayollarga shoshilinch yordamga murojaat qilish imkonini beradi va davolanishdagi kechikishlarni kamaytiradi [28].

Qon ketishi va kamqonlik. Qon ketishi va kamqonlik ham tiklanish jarayoniga sezilarli taʼsir koʻrsatadi. Kesarcha kesishdagi oʻrtacha qon yoʻqotish 800–1000 ml ni tashkil etadi va 5–10% ayollar bir litrdan koʻproq qon yoʻqotishadi [13; 22]. Tugʻruqdan keyingi kamqonlik kesarcha kesishdan soʻng har uchta ayoldan birida qayd etiladi. Fiziologik taʼsirlardan tashqari, kamqonlik charchoq, diqqatni jamlashning buzilishi va tugʻruqdan keyingi depressiyaning yuqori koʻrsatkichlari bilan chambarchas bogʻliq boʻlib, u funksional tiklanishni sekinlashtiradi va onaning hayot sifatini pasaytiradi. Davolash ham profilaktikaga, ham faol rehabilitatsiyaga qaratilgan. Qon ketishini erta aniqlash, uterotoniklardan tizimli foydalanish va qon ketishini boshqarish strategiyalari qon yoʻqotish ogʻirligini kamaytiradi. Kamqonlik rivojlanganidan keyin davolash uning ogʻirlik darajasi va klinik simptomlariga bogʻliqdir. Yengil holatlarda temir preparatlarini peroral qabul qilish standartga aylangan, biroq temirni vena ichiga yuborish oʻrta va ogʻir darajadagi kamqonlikda tezroq korreksiyani hamda energiya va funksiyalarning ertaroq tiklanishini taʼminlaydi.

Qon quyish gemodinamik barqarorlik kuzatilmagan yoki gemoglobin darajasi o'ta past bo'lgan ayollarga ko'rsatilgan; ammo qon quyishning o'zi ham ma'lum xavflarga ega va shifoxonadan chiqishni kechiktirishi mumkin. Ayollarga kamqonlikning energiya darajasi va kayfiyatga ta'siri haqida maslahat berish ularning holatini me'yorga kelishiga yordam berishi va davolanish rejimiga rioya qilishga imkon berishi muhimdir. O'z vaqtida qilingan korreksiya nafaqat jismoniy chidamlilikni tiklaydi, balki psixologik tiklanishga hamda yangi tug'ilgan chaqaloq parvarishida ishtirok etish qobiliyatiga ham yordam beradi.

Xulosa

Kesarcha kesish operatsiyasi paytidagi, shuningdek, operatsiyadan keyingi yaqin va uzoq muddatli davrlardagi asoratlar to'g'risidagi jahon adabiyoti ma'lumotlari ularni nafaqat o'z vaqtida tashxislash va adekvat davolash choralari ko'rish zarurligini, balki onaning tezroq tiklanishiga qaratilgan, uning nafaqat umumiy ahvolini yaxshilashga, balki onaning yangi tug'ilgan chaqaloqni parvarish qilish qobiliyatini oshirishga ham yordam beradigan kompleks ta'sirni erta boshlash zarurligini ko'rsatadi.

ADABIYOTLAR RO'YXATI:

1. Бугаевский КА, Бугаевская НА. Особенности проведения восстановительного лечения после перенесённого кесарева сечения. В: Сборник научных трудов Всероссийской научно-практической конференции «Современные технологии физического воспитания и спорта в практике деятельности физкультурно-спортивных организаций» и Всероссийского конкурса научных работ в области физической культуры, спорта и безопасности жизнедеятельности. 2017. С.183–190.
2. Венцовский БМ, Запорожан ВН, Сенчук АЯ. Кесарево сечение: оптимизация и стандартизация. Киев: Здоров'я; 2020. 256 с.
3. Илёсхонова ШФ. Влияние кесарева сечения на здоровье женщины: положительные и отрицательные стороны с учетом статистики. Экономика и социум. 2024;(11-1):1262–1265.
4. Комментарий к рекомендациям Общества акушерской анестезиологии и перинатологии (SOAP) для быстрого восстановления после кесарева сечения (ERAC). Вестник акушерской анестезиологии. 2019;(6):20.
5. Курбаниязова ВЕ. Интенсивное восстановление женщин репродуктивного возраста, перенесших операцию кесарева сечения. Экономика и социум. 2026;(1-1):834–840.
6. Сарбасова АЕ, Синчихин СП, Мамиев ОБ, Джуманова ЗД, Карнаух ММ. Кесарево сечение в современном акушерстве: эпидемиология, значение для предупреждения акушерской и перинатальной патологии, осложнения. Астраханский медицинский журнал. 2016;11(2):57–64.
7. Свяшко ТИ. Профилактика несостоятельности рубца на матке после кесарева сечения: автореф. дис. ... канд. мед. наук. Донецк; 2020.
8. ACOG Committee Opinion No. 736: Optimizing Postpartum Care. Obstet Gynecol. 2018;131(5):e140–e150. doi:10.1097/AOG.0000000000002633
9. American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG Practice Bulletin No. 196: Thromboembolism in Pregnancy. Obstet Gynecol. 2018;132(1):e1–e17. doi:10.1097/AOG.0000000000002706
10. Babazhanova SD, Oblayorova MI. Caesarean section trends in Uzbekistan. Journal of Reproductive Health and Uro-Nephrology Research. 2026;7(1).
11. Brennan L, Bujold E, Maheux-Lacroix S, Sanders AP, Bedaiwy MA, Murji A. Clinical Consensus No. 463: Diagnosis and Management of Cesarean Scar Niche. J Obstet Gynaecol Can. 2025;47(11):103143.
12. Boerma T, Ronsmans C, Melesse DY, Barros AJD, Barros FC, Juan L, et al. Global epidemiology of use of and disparities in caesarean sections. Lancet. 2018;392(10155):1341–1348. doi:10.1016/S0140-6736(18)31928-7
13. Bollag L, Lim G, Sultan P, Habib AS, Landau R, Zakowski M, et al. Society for Obstetric Anesthesia and Perinatology: Consensus Statement and Recommendations for Enhanced Recovery After Cesarean. Anesth Analg. 2021;132(5):1362–1377. doi:10.1213/ANE.0000000000005257
14. Combs CA, Robinson T, Mekis C, Cooper M, Adie E, Ladwig-Scott E, et al. Enhanced recovery after cesarean: Impact on postoperative opioid use and length of stay. Am J Obstet Gynecol. 2021;224(2):237–239.
15. Corso E, Hind D, Beever D, Fuller G, Wilson MJ, Wrench IJ, et al. Enhanced recovery after elective caesarean: A rapid review of clinical protocols, and an umbrella review of systematic reviews. BMC Pregnancy Childbirth. 2017;17:91. doi:10.1186/s12884-017-1265-0

16. Dahlquist K, Stuart A, Källén K. Planned cesarean section versus planned vaginal delivery among women without formal medical indication for planned cesarean section. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2022;101(9):1026–1032.
17. U.S. Food and Drug Administration. Drug Safety Communication: FDA restricts use of prescription codeine pain and cough medicines and tramadol pain medicines in children. 2017. Available from: <https://www.fda.gov/drugs/drug-safety-and-availability/fda-drug-safety-communication-fda-restricts-use-prescription-codeine-pain-and-cough-medicines-and>
18. Emrich NLA, Tascón Padrón L, Komann M, Arnold C, Dreiling J, Meißner W, et al. Risk Factors for Severe Pain and Impairment of Daily Life Activities after Cesarean Section. *J Clin Med.* 2023;12(22):6999. doi:10.3390/jcm12226999
19. Jauniaux E, Ayres-de-Campos D, Langhoff-Roos J, Fox KA, Collins S. FIGO classification for the clinical diagnosis of placenta accreta spectrum disorders. *Int J Gynecol Obstet.* 2019;146(1):20–24. doi:10.1002/ijgo.12761
20. Langenaeken AL, Lavand'homme P. Chronic pain after cesarean delivery: What do we know today? *Int J Obstet Anesth.* 2025;62:104331.
21. Ljungqvist O, Scott M, Fearon KC. Enhanced Recovery After Surgery: A Review. *JAMA Surg.* 2017;152(3):292–298. doi:10.1001/jamasurg.2016.4952
22. Macones GA, Caughey AB, Wood SL, Wrench IJ, Huang J, Norman M, et al. Guidelines for postoperative care in cesarean delivery: Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) Society recommendations (Part 3). *Am J Obstet Gynecol.* 2019;221(3):247.e1–247.e9. doi:10.1016/j.ajog.2019.04.012
23. Mascarello KC, Horta BL, Silveira MF. Maternal complications and cesarean section without indication: Systematic review and meta-analysis. *Rev Saude Publica.* 2017;51:105. doi:10.11606/S1518-8787.2017051000389
24. Muñoz-Saá LE, Sendra R, Carriles I, Sousa M, Turiel M, Ruiz-Zambrana Á, et al. Maternal and Fetal Outcomes after Multiple Cesarean Deliveries. *J Clin Med.* 2024;13(15):4425. doi:10.3390/jcm13154425
25. Nafea NHE, Lotfy HA, Soliman AT, Amin SM. Transversus abdominis plane block versus intravenous patient controlled analgesia for postoperative pain relief in cesarean section. *Evid Based Womens Health J.* 2025;15:1–7.
26. Pharmacologic Stepwise Multimodal Approach for Postpartum Pain Management: ACOG Clinical Consensus No. 1. *Obstet Gynecol.* 2021;138(3):507–517. doi:10.1097/AOG.0000000000004539
27. Reece-Stremtan S, Campos M, Kokajko L. ABM Clinical Protocol #15: Analgesia and Anesthesia for the Breastfeeding Mother, Revised 2017. *Breastfeed Med.* 2017;12(9):500–506. doi:10.1089/bfm.2017.29054.srt
28. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Reducing the Risk of Venous Thromboembolism during Pregnancy and the Puerperium. Green-top Guideline No. 37a. London: RCOG; 2015.
29. Saansong AOA, Adoma PO, Nkrumah J, Gbagbo FY. Experience and perceived impact of anxiety and depression on quality of life following emergency caesarean section among women in Ghana. *BMJ Open.* 2024;14:e086069. doi:10.1136/bmjopen-2024-086069
30. Spencer JP, Thomas S, Trondsen Pawlowski RH. Medication Safety in Breastfeeding. *Am Fam Physician.* 2022;106(6):638–644.
31. Tita ATN, Szychowski JM, Boggess K, Saade G, Longo S, Clark E, et al. Adjunctive Azithromycin Prophylaxis for Cesarean Delivery. *N Engl J Med.* 2016;375(13):1231–1241. doi:10.1056/NEJMoa1602044
32. Tuuli MG, Liu J, Tita ATN, et al. Effect of Prophylactic Negative Pressure Wound Therapy vs Standard Wound Dressing on Surgical-Site Infection in Obese Women After Cesarean Delivery. *JAMA.* 2020;324(12):1180–1189. doi:10.1001/jama.2020.13361
33. Vervoort AJ, Uittenbogaard LB, Hehenkamp WJK, Brölmann HAM, Mol BWJ, Huirne JAF. Why do niches develop in Caesarean uterine scars? *Hum Reprod.* 2015;30(12):2695–2702. doi:10.1093/humrep/dev240
34. Wilson RD, Caughey AB, Wood SL, Macones GA, Wrench IJ, Huang J, et al. Guidelines for Antenatal and Preoperative Care in Cesarean Delivery: Enhanced Recovery After Surgery Society Recommendations (Part 1). *Am J Obstet Gynecol.* 2018;219(6):523.e1–523.e15. doi:10.1016/j.ajog.2018.09.015
35. Suarez-Easton S, Zafran N, Garmi G, Salim R. Postcesarean wound infection: Prevalence, impact, prevention, and management challenges. *Int J Womens Health.* 2017;9:81–88. doi:10.2147/IJWH.S98876

Қабул қилинган сана 20.06.2026