

# ÜMUMİ MÜDDƏALAR

Kesar kəsiyi (KK) əməliyyatı – uşaqlıq üzərində kəsiyin aparılması ilə doğuşun abdominal yolla başa çatdırılmasıdır.

Müasir dövrdə bütün ölkələrdə KK əməliyyatlarının sayının artması qeyd olunur. Müxtəlif ölkələrdə bu, diri doğuşların 5%-dən 50%-ə qədərini təşkil edir. KK əməliyyatlarının sayının artması hesabına perinatal itkilərin azalması yalnız müəyyən həddə qədər mümkündür.

Azərbaycanda son 5 il ərzində KK əməliyyatlarının aparılma tezliyi 2010-cu ildə 15,5%-dək artmış, 2011-ci ildə 19,3%-ə çatmışdır.

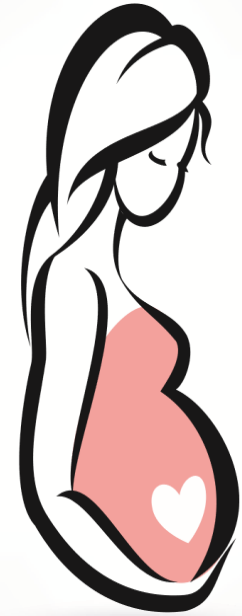
# KK ƏMƏLIYYATINA GÖSTƏRİŞLƏR

Hal-hazırda dünya təcrübəsində KK əməliyyatı üçün olan göstərişlər 5 əsas qrupa bölünür:

1. Anamnezdə kesar kəsiyi və ya uşaqlıq üzərində digər əməliyyatın olması (44,2%)
2. Doğuşa mane ola biləcək səbəblərin olması (distosiya) (14,9%)
3. Dölün çanaq gəlişi (11,6%)
4. Dölün disstressi (dölün disstressinə şübhə) (18,2%)
5. Digər (cift pozuntuları, çoxdöllü hamiləliklər, dölün xəstəlikləri) səbəblərin olması (11,1%)

# HAMİLƏLİK ZAMANI PLANLI KK ƏMƏLİYYATINA GÖSTƏRİŞLƏR

- 1-ci qrup – anamnezində uşaqılıq üzərində əməliyyatlar:
  - Uşaqılıq üzərində KK-dən sonra çapıq
  - Əvvəlki doğuş zamanı uşaqılığın cırılması
  - Uşaqılıqda böyük həcmli əməliyyatın aparılması
  - Uşaqılıqda rekonstruktiv əməliyyatların aparılması



- 2-ci qrup – doğuşa mane ola biləcək səbəblər (distosiya):
- Doğuş yollarının anomaliyaları və xəstəlikləri (arakəsmələr; uşaqlığın inkişaf qüsurları; uşaqlıq boynunun atreziyası və ya stenozu; rekonstruktiv əməliyyatlardan sonra uşaqlıq yolunun çapıqlı dəyişiklikləri; anamnezdə və hazırda sidik-cinsiyyət və ya rekto-cinsiyyət fistulları, uşaqlıq yolu və xarici cinsiyyət venalarının kəskin varikoz genəlməsi və s.)
- Doğuş zamanı dölün irəliləməsinə mane olan uşaqlıq boynunun və ya cisminin, sidik kisəsinin, çanağın, qadın cinsiyyət orqanlarının törəmələri, sidik kisəsinin daşları
- Dölün köndələn vəziyyəti
- Çanağın ölçüləri ilə dölün başının ölçüləri arasında uyğunsuzluq
- Şəkərli diabetli qadınlarda dölün çəkisinin 4500 q və artıq olması
- Əvvəlki doğuşda qasıq birləşməsinin aralanması
- Çanağın anadangəlmə və ya qazanılmış deformasiyaları



- 3-cü qrup – dölün çanaq gəlişləri:

- Başa çatmış hamiləlik zamanı (37-ci həftədən sonra) dölün çanaq gəlişləri
- Vaxtından əvvəl doğuşlarda dölün çanaq gəlişləri zamanı dölün çəkisinin 1500 q və

- 4-cü qrup – döl tərəfdən göstərişlə (dölün perinatal mühafizəsi):

- Dölün inkişafının ləngiməsi
- Rezus-izoimmunizasiya nəticəsində dölün ağır dərəcəli immunizasiyası
- Müxtəlif inkişaf qüsurları və döldə cərrahi korreksiyaya ehtiyac olması



○ 5-ci qrup – digər göstərişlər:

➤ **Mamalıq:**

- ✓ Tam və ya natamam cift gəlişi
- ✓ Çoxdöllü hamiləlik – 3 və daha artıq döllə
- ✓ Əkiz döllü hamiləlik zamanı 1-ci dölün çanaq gəlişində olması, əkizlərin birləşmiş olması
- ✓ Qadının yaşından asılı olmayaraq anamnezində perinatal ölüm və ya ağır dərəcəli perinatal xəstəliklərin olması

➤ **Ginekoloji:**

- ✓ Uzun müddətli sonsuzluq
- ✓ Köməkçi reproduktiv texnologiyaların istifadəsindən sonra baş vermiş hamiləliklər



## ➤ **Ekstragenital:**

- ✓ Təbii doğuş yolları ilə doğuşun aparılmasına əks-göstəriş olan ağır ekstragenital xəstəliklər
- ✓ İİV infeksiyası
  - qadında heç bir antiretrovirus terapiyasının aparılmadığı halda
  - İİV infeksiyası qadında antiretrovirus terapiyasının aparıldığı, lakin virusun konsentrasiyası 400 hüceyrə/ml və daha artıq olduğu halda
- ✓ Budun anadangəlmə çıxığı, çanaq-bud oynaqının ankilozu, bel sütununun deformasiyası
- ✓ Hepatit C virusu ilə yanaşı İİV-lə infeksiyalaşma
- ✓ Hamiləliyin 3-cü trimestrində cinsiyyət yollarının aktiv herpetik infeksiyasının olması



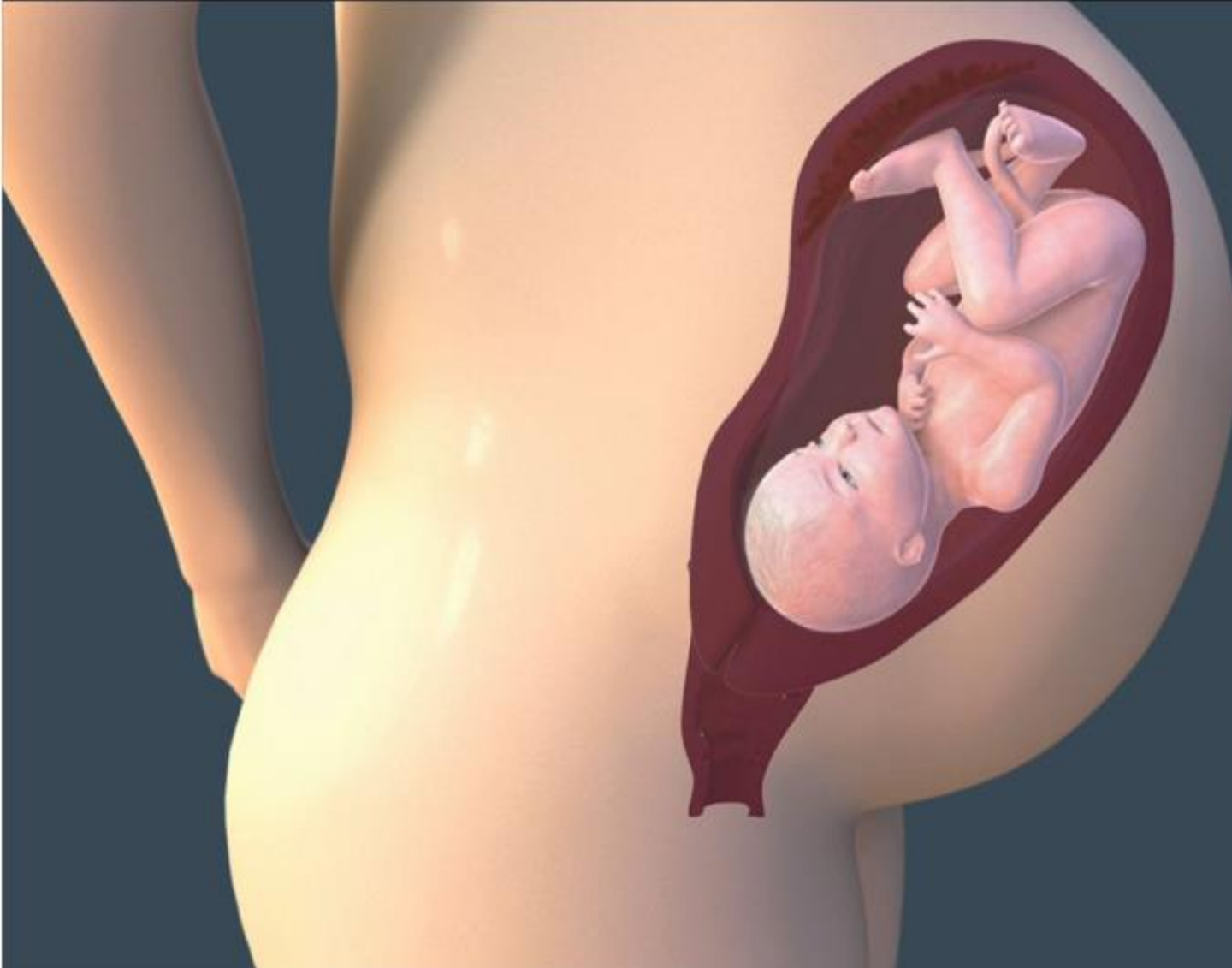
# HAMİLƏLİK VƏ DOĞUŞ VAXTI TƏCİLİ KK ƏMƏLİYYATINA GÖSTƏRİŞLƏR

- Hamiləlik və ya doğuş zamanı güclü qanaxma (qanaxma ilə nəticələnən ciftin tam və ya natamam gəlişləri, ciftin qopması və s.)
- Uşaqlığın cırılması və ya cırılma təhlükəsi
- Ağır preeklampsiya, eklampsiya
- HELLP sindromu
- Dölün kəskin hipoksiyası (disstresi)
- Göbək ciyəsi gəlişi (öndə gəlməsi)
- Göbək ciyəsi ilgəklərinin düşməsi
- Dölün diri və yaşamaq qabiliyyəti olduğu halda ananın ölümü və ya aqonal vəziyyəti
- Doğuş zamanı klinik dar çanaq
- Müalicə tədbirlərinə cavab verməyən doğuş fəaliyyətinin zəifliyi, doğuşun gedişində dinamikanın olmaması
- Doğuş induksiyaının effektsizliyi
- Dölün başının qeyri-düzgün duruşları: alın gəlişi, ön görkəmdə üz gəlişi, sagital tikişin yüksəkdə düz yerləşməsi, ön təpə gəlişi





**Ekstragenital patologiya zamanı KK əməliyyatının aparılmasına göstərişlərin olması haqqında qərar mütəxəssis tərəfindən yazılı formada təqdim olunmalıdır**



# KK ƏMƏLİYYATININ APARILMASI ÜÇÜN ZƏRURİ ŞƏRTLƏR

- Dölün canlı və yaşamaq qabiliyyətinə malik olması. Lakin ananın həyatı üçün təhlükəli hallarda KK əməliyyatı dölün ölü və yaşamaq qabiliyyətinə malik olmadığı halda da aparılır.
- Planlı KK əməliyyatı üçün hestasiya müddətinin 39 həftədən, əkizlər olduğu halda isə 38 həftədən az olmaması (yenidöğulmuşlarda respirator pozulmalar riskini azaltmaq məqsədi ilə)
- Cərrahi texnika bacarığına malik mama-ginekoloq, anestezioloq-reanimatoloq, həkim-neonatoloqdan ibarət ixtisaslaşmış mütəxəssislər briqadasının olması
- Əməliyyatın aparılması üçün şəraitin olması: əməliyyat otağı, anesteziya və intensiv terapiya şöbəsi, əməliyyat tibb bacısı
- Qadının KK əməliyyatına, həmçinin anesteziya üsulunun seçiminə razılığı (əgər həyatı təhlükə yaradan təcili hallar yoxdursa)
- Məsləhətin verilməsi: hamilə qadınlara sübutlu təbabətə əsaslanan məlumatlar verilməlidir ki, onlar doğuşla bağlı əsaslı qərar qəbul edə bilsinlər



**Qadının həyatı üçün təhlükəli hallarda təcili KK əməliyyatının aparılması ilə bağlı onun razılığı tələb olunmur. Bu hallarda qərar həkimlərin konsiliumu əsasında qəbul edilir.**



# KK ƏMƏLİYYATINDAN ƏVVƏL HAMİLƏNİN VƏZİYYƏTİNİN QİYMƏTLƏNDİRİLMƏSİ

## Ətraflı anamnezin toplanması:

- Keçirilmiş somatik, mama-ginekoloji, cərrahi, həyati anamnez
- Dərman asılılığı, allergiya, qan köçürülməsi, medikamentoz müalicələr və anestetiklərə qarşı reaksiya barədə məlumatlar
- Hazırkı doğuşun gedişində mamalıq vəziyyətinin qiymətləndirilməsi: doğuşun davamiyyəti, döl qişalarının cırılması, doğuş fəaliyyəti

## Kliniki müayinələr:

- KK zamanı obyektiv müayinənin aparılması vacib və təxirəsalınmaz tibbi, mamalıq və anestezioloji məlumatların alınmasına yönəldilməlidir.
- Ekstragenital xəstəliklər zamanı mütəxəssislərin yazılı məsləhəti
- Anestezioloqun müayinəsi
- Bütün doğan qadınlarda əməliyyatdan əvvəl daxili müayinə aparılmalıdır və doğuşun vaginal yolla başa çatmasına səbəb olan güclü doğuş fəaliyyətinin olub-olmamasına əmin olmaq lazımdır (mərkəzi çift gəlişi istisna olmaqla).



# ƏSAS DİAQNOSTİK TƏDBİRLƏR

<b>Planlı QK üçün</b>	<b>Təcili QK üçün</b>
<ol style="list-style-type: none"><li>1. Qanın ümumi analizi (hemoqlobin (C), hematokrit, trombositlər)</li><li>2. Sidiyin ümumi analizi</li><li>3. Ananın qan qrupu və Rh-faktoru</li><li>4. Qanın biokimyəvi analizi (şəkərin təyini)</li><li>5. Koaquloqram: Li-Uayt üsulu ilə laxtalanma müddəti, fibrinogen, protrombin indeksi, APTV)</li><li>6. EKQ</li><li>7. Dölün auskultasiyası, KTQ müayinəsi</li><li>8. USM</li><li>9. Qanda İİV, hepatit B və C, RW müayinəsi</li></ol>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Qanın ümumi analizi (hemoqlobin (C), hematokrit, trombositlər)</li><li>2. Ananın qan qrupu və Rh-faktoru</li><li>3. Koaquloqram: Li-Uayt üsulu ilə laxtalanma müddəti (aparılması üçün şərait olarsa)</li><li>4. Dölün auskultasiyası. KTQ müayinəsi (ana tərəfdən həyati göstəriş olmadıqda)</li></ol>

# ƏMƏLİYYATA HAZIRLIQ

## ○ Qida qəbulu:

KK əməliyyatının təcili aparılması qərara alındıqda və planlaşdırılmış KK əməliyyatından əvvəl peroral qida qəbulundan imtina olunmalıdır

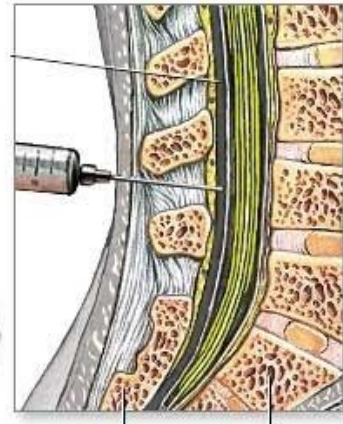
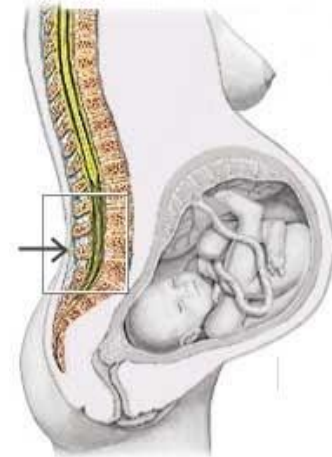
## ○ Prosedurlar:

- Əgər qasıqüstü nahiyədə tüklərin təmizlənməsinə ehtiyac olarsa, bu, əməliyyatdan əvvəl edilməlidir (infeksiya riskini azaltmaq üçün tüklər kəsilməlidir).
- Tromboemboliyanın profilaktikası məqsədilə əməliyyatdan əvvəl aşağı ətrafların adekvat elastik kompressiyası aparılmalıdır (ayaqların elastik bintlə sıx bağlanması, elastik corablardan istifadə)
- Sidik kisəsinin kateterizasiyası



# ANESTEZİYA

- Hamilə qadınlar KK əməliyyatından əvvəl analgeziyanın müxtəlif növləri barədə məlumat almalı və anesteziya metodunun seçimində iştirak etməlidirlər.
- KK əməliyyatında regional anesteziya ən yaxşı seçim metodudur (spinal və ya epidural), çünki ümumi anesteziyaya nisbətən təhlükəsizdir, daha az ana və neonatal xəstəliklərə səbəb olur. Bura cift gəlişi (plasenta previa) diaqnozu qoyulmuş hamilələr də aiddir.
- Spinal anesteziya daha məsləhətlidir, belə ki, onun icrası texniki cəhətdən sadədir və tez başa gəlir, ağrısızlaşma erkən baş verir, toksiki reaksiyalar az, ağrısızlaşma təzahi isə yüksəkdir. Spinal anesteziya arterial hipotoniya, güclü ürəkbulanma və qusma ilə müşayiət oluna bilər.



# ÜMUMİ ANESTEZİYAYA GÖSTƏRİŞLƏR

- Ananın ağır və ya son dərəcə ağır vəziyyəti
- Təcili əməliyyat tələb olunursa (eklampsiya, ağır uşaqlıq qanaxmaları və s.)
- Regional anesteziyaya əks-göstərişlər olduğu halda:
- ✓ Güman olunan punksiya yerində infeksiya, zədə və ya şiş olarsa
- ✓ Kəllədaxili həcmli proseslər, mərkəzi sinir sisteminin xəstəlikləri zamanı
- ✓ Qanaxma və hipotenziya zamanı
- ✓ 50000/mkl-dən aşağı trombositopeniya və ya trombositopatiyalar olarsa
- ✓ Qanın laxtalanma sisteminin anadangəlmə və qazanılmış pozulmaları zamanı
- Xəstə tərəfindən regional anesteziyadan imtina





# KESAR KƏSİYİNİN CƏRRAH TEXNİKASI



Laparotomiya 3 üsulla aparıla bilər:

- Aşağı orta laparotomiya
- Pfannenstil üsulu ilə köndələn laparotomiya
- Djoel-Kohen üsulu ilə köndələn laparotomiya



Orta laparotomiya ilə müqayisədə köndələn laparotomiya əməliyyatı sonrakı ağrıları azaldır və daha yaxşı kosmetik effektə malikdir.

Köndələn laparotomiyalardan daha çox Djoel-Kohel üsulu istifadə olunur (simfiz bitişməsindən 3 sm yuxarıda köndələn kəsik aparılır və növbəti qatlar küt üsulla açılır, ehtiyac olsa qayçı vasitəsilə, skalpelsiz). Bu cür kəsik aparılarkən cərrahi əməliyyatın vaxtı qısalır və əməliyyatdan sonrakı hipertermiya azalır.

Pfannenstil üsulu ilə laparotomiya daha çox miqdarda qan itkisi ilə müşayiət olunur və nəticədə aponevrozaltı hematomaların əmələ gəlməsi ilə ağırlaşa bilər (aponevrozu kəsərkən *a.hipogastrica* zədələnməsi istisna olunmur).



# HİSTEROTOMİYA

## (UŞAQLIQ DİVARININ KƏSİLMƏSİ)

2 üsulla aparıla bilər:

- Orta kəsiklə (Sanger üsulu ilə korporal kəsik)
- Köndələn kəsiklə

### **Köndələn kəsiyin üstünlükləri:**

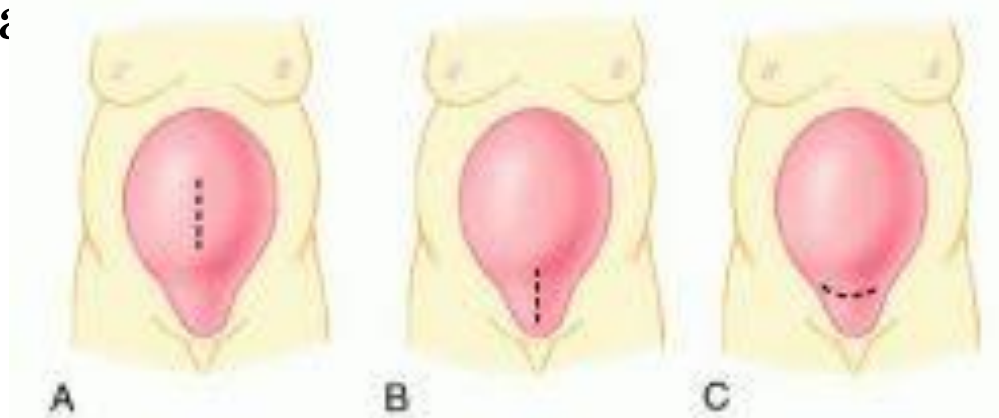
- ✓ Toxumaların az travma alması və qan itirməsi
- ✓ Yaranın daha yaxşı sağalması
- ✓ Infeksiyalaşmanın daha az ehtimalı
- ✓ Təkrar hamiləlik və doğuş zamanı uşaqlığın cırılma hallarının azalması
- ✓ Ciftin uşaqlıqdakı çapığa daha az hallarda bitməsi



# Korporal KK-yə göstərişlər çox məhduddur.

## Korporal KK-yə müəyyən olunmuş göstərişlər:

- ✓ Hamilənin ölü və ya aqonal vəziyyətdə olması
- ✓ Uşaqlığın aşağı seqmentində əməliyyat aparmağın mümkünsüzlüyü (bitişmələr, şişəbənzər törəmələr)
- ✓ Uşaqlığın xərçəng xəstəliyində planlı histerektomiya
- ✓ Diri dölün unudulmuş köndələn vəziyyəti
- ✓ Cift gəlişi, uşaqlığın ön divarına keçməsi ilə
- ✓ Döl tərəfindən patologiya olduğu hallar (bitişmiş əkizlər, hidrosefaliya, böyük ölçülü oma-büzdüm teratoması)
- ✓ Formalaşmamış aşağı seqment (vaxtından əvvəl doğuşlarda; gəlişində)



lün sağrı



# UŞAQLIĞIN AŞAĞI SEQMENTİNDƏ KK

Qarın boşluğunun ən optimal kəsiyi Djoel-Kohen üsulu sayılır.

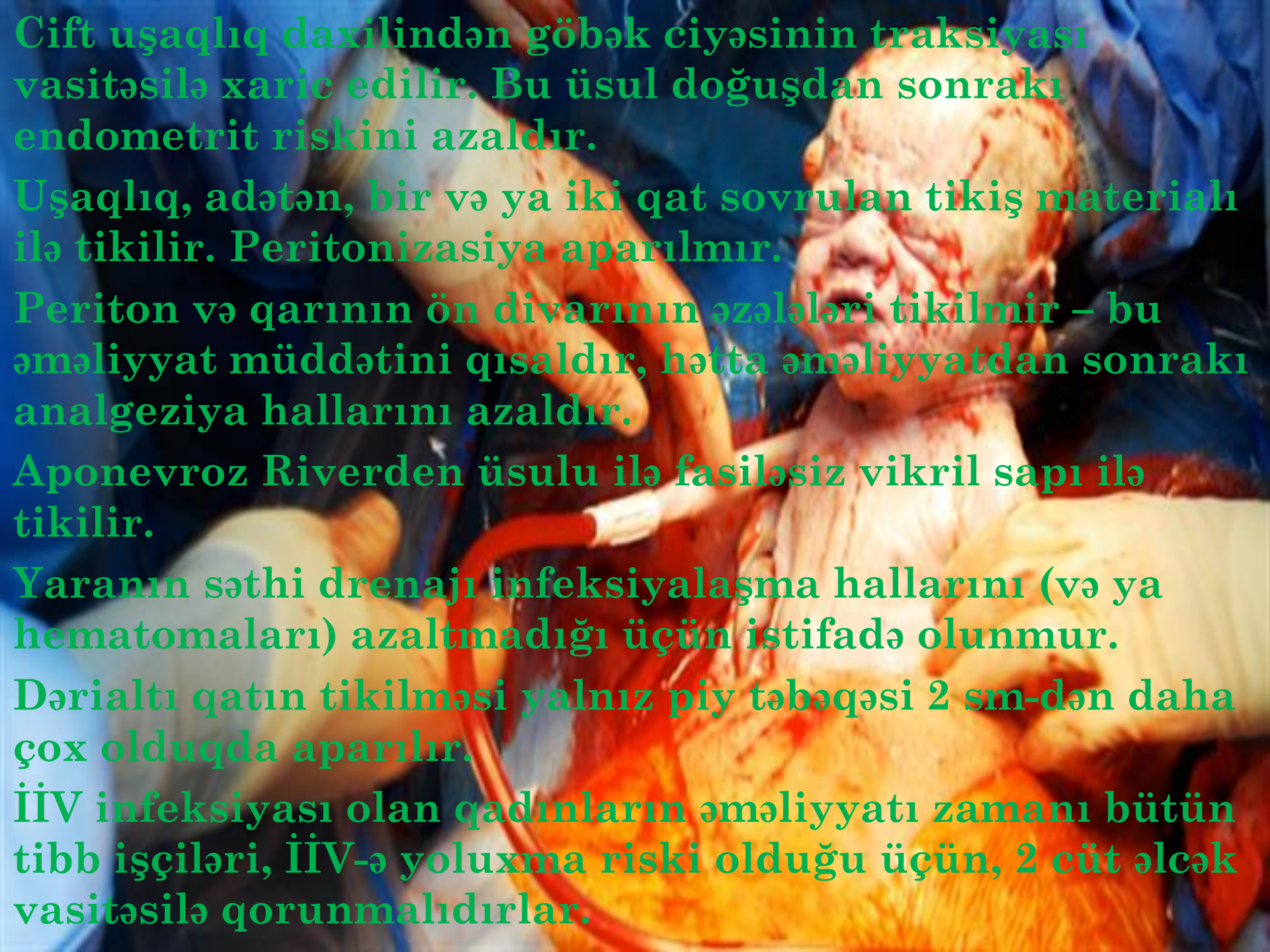
Dəri kəsildikdən sonra skalpel ilə yaranın ortasında dərialtı piy təbəqəsində kiçik kəsik aparılır, həmin kəsik bilavasitə aponevroza da keçir.

Dərialtı təbəqə cərrah və assistent tərəfindən küt üsul ilə ehtiyatla aralanır (bilateral traksiya), sonra qayçı vasitəsilə aponevroz köndələn istiqamətdə kəsilir. Periton küt üsul ilə (şəhadət barmağı vasitəsilə) köndələn istiqamətdə açılır.

Uşaqıq divarında skalpel vasitəsilə kiçik bir kəsik aparılır. Aşağı seqmentin formalaşması kifayətdirsə, kəsiyin küt üsulla genişləndirilməsi zamanı və əməliyyatdan sonrakı qan itkisini, hemotransfuziya ehtimalını azaltdığı üçün iti üsuldən daha məqsədəuyğundur.

Döl kisəsi deyildir və adi üsulla dölün başı və bədəni xaric olunur (çox ehtiyatla, baş sıxılmadan). Doğulmuş uşaq ana ilə bir səviyyədə yerləşdirilir və göbək ciyəsi sıxıcıya alınb kəsilir.

Uşaqıq qanaxmasının profilaktikası məqsədilə vena daxilinə yavaş-yavaş 5 vahid oksitosin yeridilir.



Cift uşaqlıq daxilindən göbək ciyəsinin traksiyası vasitəsilə xaric edilir. Bu üsul doğuşdan sonrakı endometrit riskini azaldır.

Uşaqlıq, adətən, bir və ya iki qat sovrulan tikiş materialı ilə tikilir. Peritonizasiya aparılmır.

Periton və qarının ön divarının əzələləri tikilmir – bu əməliyyat müddətini qısaltdır, hətta əməliyyatdan sonrakı analgeziya hallarını azaldır.

Aponevroz Riverden üsulu ilə fasiləsiz vikril sapı ilə tikilir.

Yaranın səthi drenajı infeksiyalaşma hallarını (və ya hematomaları) azaltmadığı üçün istifadə olunmur.

Dərialtı qatın tikilməsi yalnız piy təbəqəsi 2 sm-dən daha çox olduqda aparılır.

İİV infeksiyası olan qadınların əməliyyatı zamanı bütün tibb işçiləri, İİV-ə yoluxma riski olduğu üçün, 2 cüt əlcək vasitəsilə qorunmalıdırlar.

# ANTİBİOTİK İLƏ PROFİLAKTİKA

KK əməliyyatından sonra antibiotiklərin profilaktik istifadəsi əməliyyatdan sonrakı hipertermiya, yara infeksiyası, sidik yollarının infeksiyası və ağır infeksiya fəsadlaşmalarının (sepsis) yaranma hallarını azaldır.

Antibiotik ilə profilaktika 1 dəfə aparılır (bir doza I nəsil sefalosporin və ya ampisillin dəri kəsiyindən əvvəl v/d yeridilir).



# KK ƏMƏLİYYATINDAN SONRA QULLUQ

- **KK ilə doğulan yenidoğulmuşa qulluq:**
  - KK aparılarkən, əgər dölün vəziyyətində təsdiq olunmuş təhlükə varsa və əməliyyat ümumi anesteziya ilə aparılırsa, əməliyyat otağında mütləq yenidoğulmuşların reanimasiyası üzrə yüksək peşəkarlığa malik həkim iştirak etməlidir.
  - Yenidoğulmuş və zahının dəri-dəriyə kontaktı erkən aparılmalıdır.
  - KK əməliyyatından sonra yenidoğulmuşun ən qısa zamanda (ilk saatlarda) ananın döşünə verilməsi təmin edilməlidir. KK əməliyyatı keçirən qadınlara yenidoğulmuşların ana südü ilə tezliklə qidalanmalarına aid əlavə dəstək və yardım göstərilməlidir.

## ○ **KK əməliyyatından sonra zahı qadına qulluq:**

- KK əliyyatı keçirən hər qadın tənəffüs, ürək sistemi və kontakta girmək qabiliyyəti tam bərpa olunanaədək, individual qaydada yüksək peşəkarlığa malik olan tibbi personalın nəzarətində saxlanılmalıdır
- Opioid qrupuna aid olan vasitələrin intrarektal istifadəsi zamanı hər saatda tənəffüsün intensivliyi, sedativ effekt və ağrı əmsalının monitorinqi aparılmalıdır (ən azı 12 saat ərzində - diamorfin üçün və 24 saat ərzində - morfin üçün)
- KK əməliyyatı zamanı və əməliyyatdan sonrakı dövrdə ağrıkəsici kimi diamorfinin (0,3-0,4 mq intrarektal) istifadəsi əlavə analgeziyaya ehtiyacı azaldır. Müvafiq alternativ üsul – diamorfinin (2,5-5,0 mq ) epidural istifadəsidir
- Əks-göstəriş olmadığı hallarda əməliyyatdan sonrakı dövrdə analgeziya məqsədi ilə qeyri-steroid iltihab əleyhinə preparatlar istifadə olunur. Bu preparatlar opioidlərin istifadəsinə ehtiyacı azaldır.
- Epidural anesteziyadan sonra fəsadlaşmayan əməliyyatlarda sidik kateterinin xaric olması 12 saatdan tez aparılmamalıdır.
- KK əməliyyatından sonra zahı qadın, vaginal doğusla müqavisədə,



- KK əməliyyatından sonra yaraya qulluq:
- ✓ Sarğının 24 saatdan sonra xaric edilməsi
- ✓ Hərərətə nəzarət olunması
- ✓ Yaranın infeksiyalaşma əlamətlərinin (ağrı, qızartı, ifrazat ) qiymətləndirilməsi, yaranın kənarlarının açılması
- ✓ Pambıq parçadan tikilmiş, rahat geyimin istifadəsi
- ✓ Yaranın gündəlik yüngül qurudulması
- ✓ Əgər ehtiyac varsa, tikişlərin və ya sıxıcıların açılması



Sezaryen ameliyatı



# KK ƏMƏLİYYATINDAN SONRA MÜMKÜN FƏSADLAR

## Əməliyyat zamanı baş verən ağırlaşmalar:

- ▶ Qanaxma
  - ✓ Uşaqlığın atoniyası
  - ✓ Cift gəlişi (ciftin bitişməsi)
- ▶ Cırılma
  - ✓ Uşaqlığın cırılması (*ruptura*)
  - ✓ Uşaqlıq yolunun, tağların cırılması
- ▶ Anestezioloji fəsadlar
- ▶ Qonşu orqanların zədələnməsi
  - ✓ Sidik-ifrazat sistemi orqanları (**D**)
  - ✓ Həzm sistemi orqanları
- ▶ Stress nəticəsində sidiyin saxlanılmaması

## **Əməliyyatdan sonra baş verən erkən ağırlaşmalar**

- ▶ Qanaxma
  - ✓ Uşaqlığın atoniyası
  - ✓ Uşaqlıqdakı tikişlərin yararsızlığı
- ▶ Yoluxucu ağırlaşmalar
  - ✓ Endomiometrit
  - ✓ Peritonit
  - ✓ Sepsis
  - ✓ Əməliyyatdan sonra yaraların infeksiyalaşması
  - ✓ Sidikxarı yolların infeksiyası
- ▶ Qonşu orqanlarda baş verən ağırlaşmalar
  - ✓ Bağırsağ keçməməzliyi
  - ✓ Bağırsağın obstruksiyası
  - ✓ Sidik-cinsiyyət və digər fistulalar
- ▶ Tromboemboliya
  - ✓ Ağciyər arteriyasının, dərin venaların trombozu

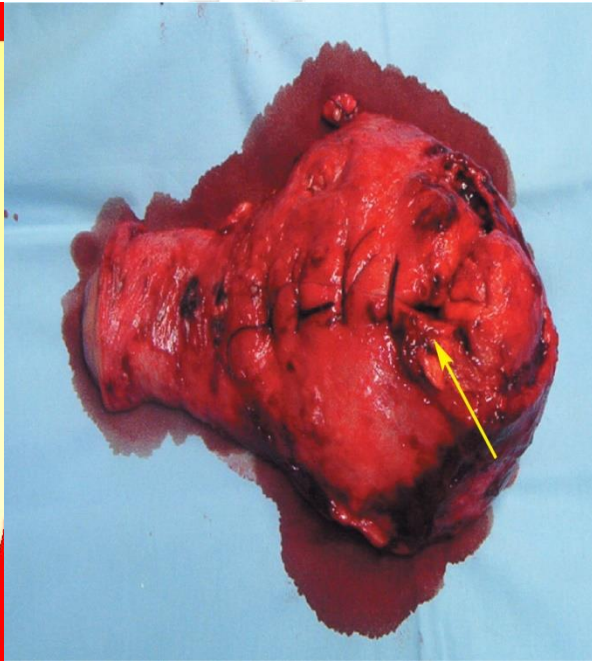
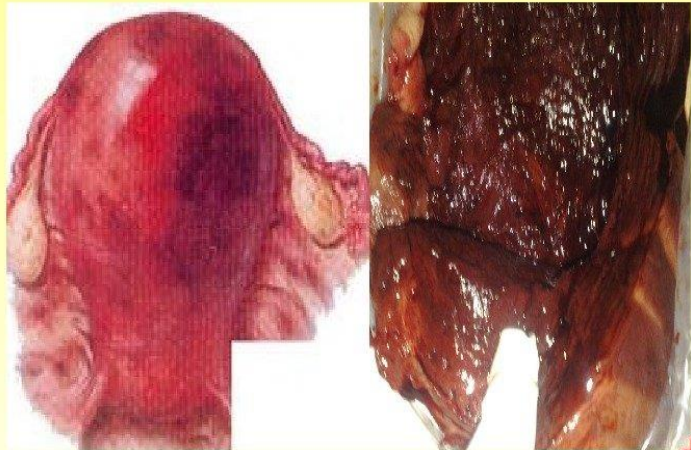
## **Əməliyyatdan sonra baş verən gecikmiş ağırlaşmalar**

- ✓ Keloidin yaranması
- ✓ Bitişmə prosesinin pozulması
- ✓ Sidik-cinsiyyət və digər fistulalar
- ✓ Reproduktiv funksiyanın pozulması (sonsuzluq, növbəti hamiləliyin ağırlaşması)

## Qeysəriyyə kəsiyi əməliyyatı zamanı histerektomiyaya göstərişlər

- ▶ Düyünlərin yerləşməsi, ölçüləri və fəsadlaşmalara görə cərrahi müalicə tələb edən uşaqlıq miomasının olması
- ▶ Uşaqlıq cırığının bərpasının mümkün olmaması
- ▶ Uşaqlıq-cift apopleksiyası (Küvelər uşaqlığı)
- ▶ Ciftin tam və ya hissəvi bitişməsi
- ▶ Uşaqlığın atoniyası (uşaqlıq damarlarının ikitərəfli bağlanması və qanaxmanın dayandırılması mümkün olmadığı hallarda

Кувелер жатыры





**DİQQƏTİNİZƏ GÖRƏ TƏŞƏKKÜRLƏR!**

