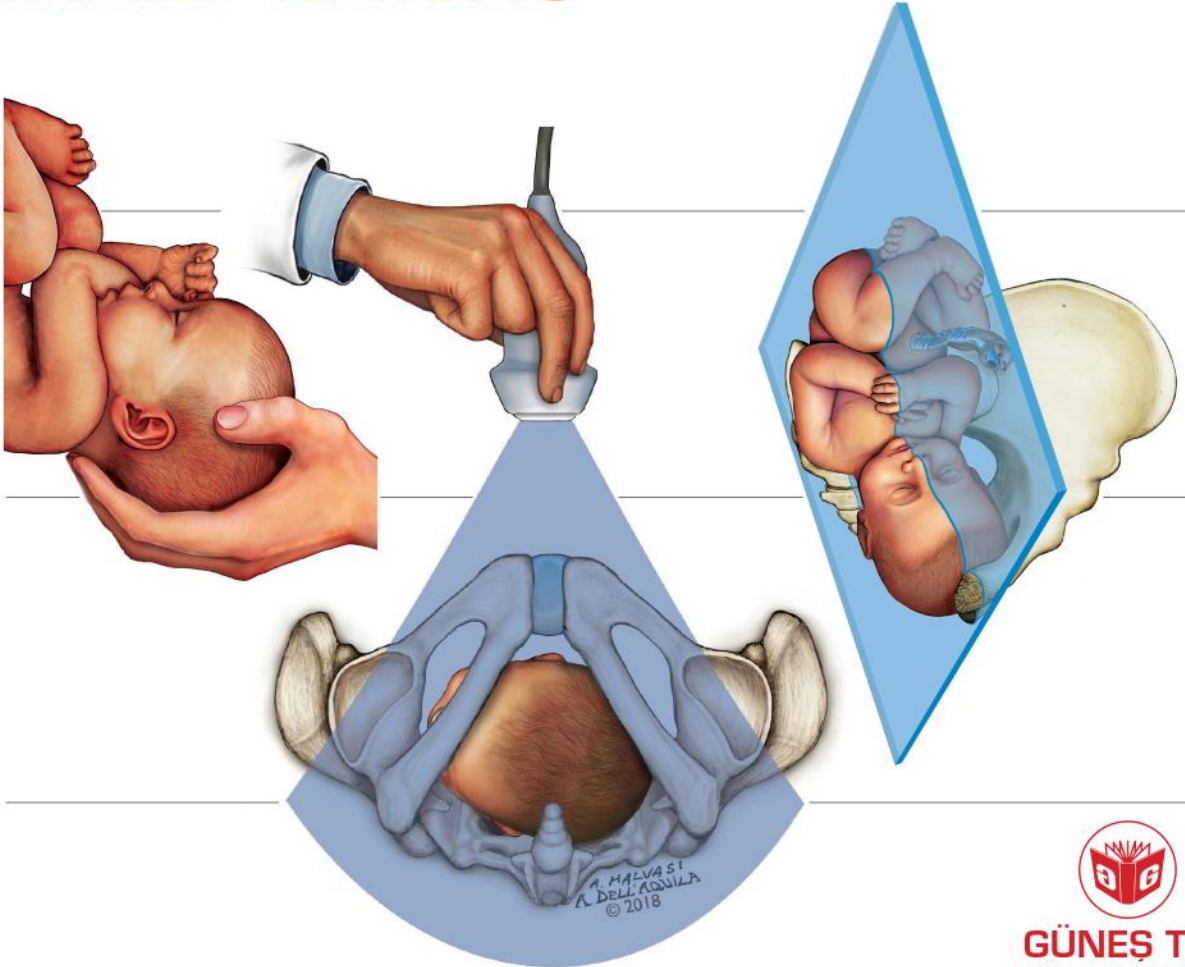


Gian Carlo Di Renzo
Vincenzo Berghella
Antonio Malvasi

Çeviri Editörü
Prof. Dr. Ali Ayhan

DOĞUM EYLEMİ VE DOĞUMDA İYİ HEKİMLİK UYGULAMALARI VE MALPRAKTİS



**DOĞUM EYLEMİ VE
DOĞUMDA İYİ HEKİMLİK
UYGULAMALARI VE
MALPRAKTİS**

Gian Carlo Di Renzo
Vincenzo Berghella
Antonio Malvasi

DOĞUM EYLEMİ VE DOĞUMDA İYİ HEKİMLİK UYGULAMALARI VE MALPRAKTİS

Çeviri Editörü

Prof. Dr. Ali Ayhan

Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi
Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı

Çeviri Editörü Yardımcıları

Öğr. Gör. Dr. Latife Atasoy Karakaş

Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi
Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı

Dr. Öğr. Üyesi Nihal Şahin Uysal

Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi
Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı



GÜNEŞ TIP KİTABEVLERİ

Doğum Eylemi ve Doğumda İyi Hekimlik Uygulamaları ve Malpraktis

Türkçe Telif Hakları 2021

Türkçe 1. Baskı

ISBN: 978-975-277-829-0

Orijinal Adı: Good Practice and Malpractice In Labor and Delivery

Yayınevi: Edra S.p.A

Yazarlar: Gian Carlo Di Renzo, Vincenzo Berghella, Antonio Malvasi

Çeviri Editörü: Prof. Dr. Ali Ayhan

Orijinal ISBN: 978-88-214-4789-1

Kitabın 5846 ve 2936 sayılı Fikir ve Sanat Eserleri Yasası Hükümleri gereğince (kitabın bir bölümünden alıntı yapılamaz, fotokopi yöntemiyle çoğaltılamaz, resim, şekil, şema, grafik v.b.'ler kopya edilemez) tüm hakları Güneş Tıp Kitabevleri Ltd. Şti'ne aittir.

Yayıncı ve Genel Yayın Yönetmeni: Murat Yılmaz

Genel Yayın Yönetmeni Yardımcısı: Polat Yılmaz

Yayın Danışmanı ve Tıbbi Koordinatör: Dr. Ufuk Akçıl

Yayına Hazırlama: Güneş Dizgi-Grafik Tasarım Birimi

Baskı: Ayrıntı Basım ve Yayın Matbaacılık Hiz. San. Tic. Ltd. Şti.

İvedik Organize Sanayi Bölgesi 28. Cad. 770 Sok. No: 105-A Ostim/ANKARA

Telefon: (0312) 394 55 90 - 91 - 92 • Faks: (0312) 394 55 94

Sertifika No: 13987

UYARI

Medikal bilgiler sürekli değişmekte ve yenilenmektedir. Standart güvenlik uygulamaları dikkate alınmalı, yeni araştırmalar ve klinik tecrübeler ışığında tedavilerde ve ilaç uygulamalarındaki değişikliklerin gerekli olabileceği bilinmelidir. Okuyuculara ilaçlar hakkında üretici firma tarafından sağlanan ilaca ait en son ürün bilgilerini, dozaj ve uygulama şekillerini ve kontrendikasyonları kontrol etmeleri tavsiye edilir. Her hasta için en iyi tedavi şeklini ve en doğru ilaçları ve dozlarını belirlemek uygulamayı yapan hekimin sorumluluğundadır. Yayıncı ve editörler bu yayından dolayı meydana gelebilecek hastaya ve ekipmanlara ait herhangi bir zarar veya hasardan sorumlu değildir.

GENEL DAĞITIM GÜNEŞ TIP KİTABEVLERİ

ANKARA

M. Rauf İnan Sokak No: 3

06410 Sıhhiye / Ankara

Tel: (0312) 431 14 85 • 435 11 91-92

Faks: (0312) 435 84 23

İSTANBUL

Gazeteciler Sitesi Sağlam Fikir Sokak

No: 7 / 2 Esentepe / İstanbul

Tel: (0212) 356 87 43

Faks: (0212) 356 87 44

KADIKÖY

Rasimpaşa Mah. İskele Sokak

No: 4 / A Kadıköy / İstanbul

Tel: (0216) 546 03 47

www.guneskitabevi.com

info@guneskitabevi.com



Dedicated to Mothers Around the World

*The ephemeral unconsciousness will give space
at a light dawn
that day after day will become
gentle accent, vital energy, inviolable rock.
The crowns of the stars will watch
over the charm of life
that from your womb will find its infinite path.*

Gian Carlo Di Renzo
(from "Mother you will be", GC Di Renzo, 2012)

*To my recently deceased father, with much gratitude
for inspiring my professional work,
which I have found to be so amazingly rewarding.*

Vincenzo Berghella

*Dedicated to Eleonora Sansavini, an extraordinary woman
who made every possible effort to improve the health
of women and children.*

Antonio Malvasi

Thanks to Antonio Dell'Aquila and Professor Antonio Malvasi, Authors of the many wonderful illustrations featured in this book. It has been a great adventure, which wouldn't have been possible without our partnership at the *Graphic Medical Academy*.

Önsöz

Medikolegal davaların başlıca konuları mesleki sorumluluk ve etik uygulamalardır. Obstetrik ve perinatal yönetimler ‘iyi uygulama ve kötü uygulama’ alanları içermektedir. Obstetri, kötü klinik uygulamalar ve getirdiği olumsuz sonuçlar açısından uzmanlık alanları arasında hala ilk sıradadır.

Yıllar içinde, sağlık çalışanlarının eğitim düzeyi ve hastaların artan sağlık durumu farkındalığı, doktor-hasta arası ilişkilerdeki değişiklikler, kanıta dayalı tıp olarak da bilinen tıbbi bilimsel ilerlemeler, iyi uygulama ve kötü uygulama kavramlarının genişletilmesine ve sistemleştirilmesine katkıda bulunmuştur.

Obstetrik uygulamaları da kapsayan sağlık hizmeti, bilinçli ve / veya bilinçsiz şekilde uygulanan ‘savunma tıbbi’ kavramıyla ciddi derecede ilişkilidir. Farklı bir açıdan değerlendirildiğinde, hasta için değil klinisyen için en iyi olanı aradığı için, savunma tıbbinin kötü uygulamayı temsil ettiği de söylenebilir. “İyi uygulama”yı neyin oluşturduğunu tanımlamak daha zordur. Hedefler oldukça açık olsa da, hastalıkta ve sağlıkta ‘iyi sonuçlar’ elde etmenin yolları sadece bilimsel değil, davranışsal, tutumsal, inançsal ve sosyoekonomik olarak da çeşitlidir. Dahası, obstetri uygulaması, sadece kadınla değil, iki (ve bazen daha fazla) birey ve bunların komplike etkileşimlerinin dinamikleriyle de uğraşması nedeniyle daha da zor hale gelmiştir.

Bu kitapta; doğum eylemi ve doğum çeşitli yönleri ile ele alınmakta, gebe kadına yardım eden doğum uzmanının ve ebelerin ideal davranışları kanıt, uluslararası kılavuz ve tavsiyelerin altı çizilerek değerlendirilmektedir. Genellikle geleneksel süreçlere, daha önce hiç onaylanmamış bilimsel varsayımlara, inançlara ve kişisel görüşlere dayanan, “kötü uygulamalar” olarak adlandırılan ve medikolegal süreçleri başlatan yönetimin olumsuz yönleri vurgulanmaktadır.

Bu kitap, obstetri ve doğum hakkında klasik bilgi sunmayı amaçlamamakta, bunun yerine, güncellenmiş ve uluslararası olarak onaylanmış kılavuzlara ve tavsiyelere dayanarak travay ve doğum sürecindeki kritik yönleri ele almaktadır.

Kitaptaki bölümler, travay, doğum ve postpartum dönemlerin çeşitli aşamalarını ele almakta ve mutlak olarak ne yapılması gerektiği, belirli durumlarda neler yapılabileceği ve malpraktis ile suçlanma riski olan durumlarda ne yapılmaması gerektiği konusunda pratik tavsiyeler sunmaktadır.

Kitabın yazarları, bu alanda uzun yıllara dayanan deneyimi olan uluslararası uzmanlar olup, spesifik konulara yeniden pragmatik ve pratik bakış açısından bakmışlardır.

Amaç, doğum asiste edilirken ne yapılacağı ve hepsinden önemlisi, ne yapılamayacağına dair, uyumlu grafik sunumların, konuyla ilgili onaylanmış kapsamlı, güncel bilgilerin olduğu, kolay erişilebilen referans ders kitabını temin etmektir.

Okuyucunun bu kitabı pratik, modern ve yararlı bulacağını umuyoruz.

Kitabın tamamlanmasında yayıncıların ve özellikle Arianna Ribichesu’nun büyük yardımlarının olduğunu bildirmek isteriz.

*Gian Carlo Di Renzo
Vincenzo Berghella
Antonio Malvasi*

Çeviri Editörü'nün Önsözü

Son yıllarda, hekimlerin ve diğer sağlık çalışanlarının eğitim düzeyi ve pratik deneyimlerinin artışına paralel olarak, hastaların sağlık sorunları durumunda verilen hizmet kalitesi ile ilgili farkındalıklarında önemli gelişmeler olmuştur. Bu gelişmeler kanıta dayalı ilimsel verilerin ışığı altında, iyi ve kötü klinik uygulama kavramlarının irdelenerek, doğru sistematik ve pratik bir protokolün oluşmasına ihtiyaç doğurmuştur.

Doğum hekimliğinde, yeterli - deneyim olmadan yapılan uygulamalar nedeniyle halen bazı mediko-legal sorunlar yaşandığı bir gerçektir.

Bu kitabın içeriği incelendi; kısa ve öz uygulamaya yönelik pratik bilgilerle karşılaşıldı. Ülke bazında genç meslektaşlarımıza yararlı olacağı kanaatine varılarak, ilgili yasal işlemler tamamlandı ve Türkçeye çevrilmesine karar verildi. Özellikle doğum eylemi, doğum olayı, postpartum olası komplikasyonlar, doğum anestezisi ve yeni doğan resusitasyonuna önem verilerek ele alınmıştır.

Tercüme ile ilgili olarak genç hekimlerle ve engin tecrübeleri olan konularında deneyimli hocalarla bir araya geldik. Bu arada iki genç arkadaşımız Latife Atasoy Karakaş ve Nihal Şahin Uysal'ı redaksiyon kurulu olarak seçtik. Bu kolektif çalışmamız sonucunda kitap son halini aldı.

Emeği geçen tüm meslektaşlarıma, özellikle redaksiyon kurulundaki arkadaşlarıma çok çok teşekkür ediyorum.

Sn. Murat Yılmaz, Polat Yılmaz ve Ufuk Akçıl başta olmak üzere tüm Güneş Kitabevi çalışanlarına teşekkürü bir borç bilirim.

Kitabın kadın hastalıkları ve doğum asistanları, uzmanları ve doğum ile ilgilenen sağlık profesyonellerinin ihtiyaçlarını karşılayacağı ümidiyle

Emek verenlerin geçmişleri ve COVID 19 nedeniyle kaybettiğimiz sağlık çalışanları anısına...

Saygılarımla

Prof. Dr. Ali Ayhan

Editörler

Gian Carlo Di Renzo, MD, PhD, FRCOG (hon), FACOG (hon), FICOG (hon)

Professor and Chairman Department of Obstetrics and Gynecology

Director, Centre for Perinatal and Reproductive Medicine

Santa Maria della Misericordia University Hospital

University of Perugia (Italy)

Professor, Department of Obstetrics and Gynecology

First I.M. Sechenov Moscow State Medical University, Moscow (Russia)

Past General Secretary FIGO

Vincenzo Berghella, MD

Director, Division of Maternal-Fetal Medicine

Professor, Department of Obstetrics and Gynecology

Sidney Kimmel Medical College

Thomas Jefferson University, Philadelphia (USA)

Antonio Malvasi, MD

Department of Obstetrics and Gynecology

Santa Maria Hospital, G.V.M. Care & Research, Bari (Italy)

Adjunct Professor at the Laboratory of Human Physiology, Phystech BioMed School,

Faculty of Biological & Medical Physics, Moscow Institute of Physics and Technology

(State University), Dolgoprudny, Moscow Region, Russia

Visiting Professor

Santa Maria della Misericordia University Hospital

University of Perugia (Italy)

Katkıda Bulunanlar

Petra Agoston, MD

Clinical Fellow in Obstetrics and Gynecology

St. George's University

Hospitals NHS Foundation Trust

London (UK)

Diogo Ayres-de-Campos

Professor and Chairman

Department of Obstetrics and Gynecology

Santa Maria Hospital, Lisbon, Portugal

Medical School, University of Lisbon (Portugal)

Antonino F. Barbera

Clinical Professor

Department of Obstetrics and Gynecology

University of Colorado School of Medicine

Aurora (USA)

Banner Fort Collins Medical Center

OB-GYN Medical Staff, Fort Collins (USA)

Renata Beck, MD

Department of Anesthesia

Santa Maria Hospital, G.V.M. Care & Research

Bari (Italy)

Susan Bewley, MA, MD, FRCOG

Emeritus Professor of Obstetrics and Women's Health, KCL

Department of Women and Children's Health

School of Life Course Sciences

St Thomas' Hospital, London (UK)

Cressida Bond

Specialty Registrar in Obstetrics and Gynecology

Gloucester Royal Hospital, Gloucester (UK)

Despina D. Briana

Associate Professor of Pediatrics-Neonatology

Medical School

National and Kapodistrian University of Athens (Greece)

Aaron Caughey, MD, PhD
 Professor and Chair
 Department of Obstetrics and Gynecology
 Oregon Health & Science University, Portland (USA)

Edwin Chandrachan, MBBS, MS
 DFFP, FSLCOG, FRCOG
 Labor Ward Lead Consultant
 St. George's University Hospitals NHS Foundation
 Trust, London (UK)
 Honorary Senior Lecturer
 St. George's University, London
 Visiting Professor, Tianjin Central Hospital
 of Gynaecology and Obstetrics, Tianjin Province
 China

Boonsri Chanrachakul, MD, PhD, MSc
 (Medical Genetics)
 Chairman, Division of Maternal Fetal Medicine
 Director, Center for Prevention of Preterm Birth
 Samitivej Sukhumvit Hospital
 Bangkok (Thailand)

Mariarosaria Di Tommaso, MD, PhD
 Associate Professor in Obstetrics and Gynecology
 Health Sciences Department. AOU Careggi Hospital
 University of Firenze (Italy)

Vincenza Dipace, MD
 Obstetrics and Gynecology Unit
 Mother-Infant Department
 University of Modena and Reggio Emilia
 Modena (Italy)

Timothy Draycott
 Consultant Obstetrician
 Southmead Hospital, Bristol (UK)

Jean Michel Dreyfus
 ASSPRO (Association de Prévention du Risque
 Opératoire)
 Hôpital NATECIA, Lyon (France)

Tao Duan
 Professor and Chairman
 Shanghai 1st Maternity and Infant Hospital
 of Tongji
 University Shanghai (China)

Fabio Facchinetti, MD
 Professor and Chairman
 Obstetrics and Gynecology Unit
 Mother-Infant Department
 University of Modena and Reggio Emilia
 Modena (Italy)

Dan Farine, MD, FRCSC, FACOG
 Professor of Maternal Fetal Medicine
 Division of Maternal Fetal Medicine,
 Department of Obstetrics and Gynecology
 Mount Sinai Hospital, University
 of Toronto (Canada)

Sandro Gerli, MD
 Professor and President of the Midwifery School
 Department of Obstetrics and Gynecology
 University of Perugia (Italy)

Irene Giardina, MD
 Director Maternal Fetal Medicine
 Department of Obstetrics and Gynecology
 Centre of Perinatal and Reproductive Medicine
 University of Perugia (Italy)

Rachel Greenwood
 Specialty Registrar in Obstetrics and Gynecology
 Southmead Hospital, Bristol (UK)

**Edith D Gurewitsch Allen, MD, MBA, MEd, FA-
 COG**
 Executive Vice Chair, Clinical Affairs
 Montefiore Medical Center
 Albert Einstein College of Medicine
 Department of Obstetrics, Gynecology
 and Women's Health
 Division of Maternal Fetal Medicine
 Bronx, NY (USA)

Sebastian R Hobson, MBBS, MPH, FRANZCOG, FACOG
 Division of Maternal Fetal Medicine
 Department of Obstetrics and Gynecology
 Mount Sinai Hospital, University
 of Toronto (Canada)
 Maternal Fetal Medicine Unit, Department
 of Obstetrics and Gynecology
 Monash Health, Monash University
 Melbourne (Australia)

Asma Khalil, MD, MRCOG
 Vascular Biology Research Centre
 Molecular and Clinical Sciences Research Institute
 St George's University of London
 Fetal Medicine Unit
 St George's University Hospitals NHS Foundation
 Trust
 London, UK

Tadashi Kimura, MD
 Professor and Chairman
 Department of Obstetrics and Gynecology
 Osaka University Graduate School of Medicine
 Osaka (Japan)

Kfier Kuba, MD, FACOG
 Montefiore Medical Center
 Albert Einstein College of Medicine
 Department of Obstetrics, Gynecology
 and Women's Health
 Division of Maternal Fetal Medicine
 Bronx, NY (USA)

Krzysztof Marek Kuczkowski, MD
 Professor of Anesthesia for Obstetrics and Maternal
 Fetal & Neonatal Medicine
 Founder and President, The Kuczkowski Founda-
 tion Global Initiative
 La Jolla, California (USA)
 Vice President, North Central and South America
 and the Caribbean Islands
 World Society of Intravenous Anaesthesia (SIVA)

Christoph Lees, MD, FRCOG
 Professor of Obstetrics
 Imperial College London
 Honorary Consultant in Obstetrics and Head
 of Fetal Medicine
 Imperial College Healthcare NHS Trust
 Visiting Professor, Department of Development
 and Regeneration, KU Leuven (Belgium)

Tak Yeung Leung
 Professor, Department of Obstetrics
 and Gynecology
 Prince of Wales Hospital, Shatin, Hong Kong
 The Chinese University of Hong Kong

Hua Liao
 West China Second University Hospital
 Sichuan University (China)

Brian Loco
 Department of Electronics
 and Telecommunications Engineering
 Polytechnic University of Bari (Italy)

Elena Rita Magro Malosso, MD
 Health Sciences Department, AOU Careggi Hospi-
 tal
 University of Firenze (Italy)

Ariadne Malamitsi-Puchner
 Emeritus Professor and Chairman of Pediatrics
 Neonatology
 Medical School
 National and Kapodistrian University
 of Athens (Greece)

Saverio Mascolo
 Professor of Automatic Control
 Head of the Electrical and Information
 Engineering Department
 Polytechnical University of Bari (Italy)

Sandra Morano, MD, PhD
 Obstetrician and Gynecologist
 Department of Neurology, Ophthalmology, Genet-
 ics and Maternal Infant Sciences
 University of Genoa (Italy)

Catherine Nelson-Piercy
 Professor of Obstetric Medicine
 Consultant Obstetric Physician
 Guy's & St Thomas' NHS Foundation Trust
 St Thomas' Hospital, London (UK)

José M Palacios-Jaraquemada, MD, PhD
 CEMIC University Hospital Obstetrics
 and Gynecology Department and School of Medi-
 cine University of Buenos Aires (Argentina)

Lucrezia Pignatti, MD
 Obstetrics and Gynecology Unit
 Mother-Infant Department
 University of Modena and Reggio Emilia
 Modena (Italy)

Johanna Quist-Nelson

Division of Maternal-Fetal Medicine
Department of Obstetrics and Gynecology
Sidney Kimmel Medical College
Thomas Jefferson University, Philadelphia (USA)

Catarina Reis-de-Carvalho

Department of Obstetrics and Gynecology,
Santa Maria Hospital, Lisbon, Portugal
Medical School, University of Lisbon (Portugal)

Sophie Renwick

Specialty Registrar in Obstetrics and Gynecology
Southmead Hospital, Bristol (UK)

Michael Robson, MBBS, MRCOG, FRCS (Eng), FRCPI

Consultant Obstetrician and Gynecologist
National Maternity Hospital, Dublin (Ireland)

Cristina Salerno, MD

Obstetrics and Gynecology Unit Mother-Infant
Department
University of Modena and Reggio Emilia
Modena (Italy)

James Sargent, MD, MAS

Department of Obstetrics and Gynecology
Oregon Health & Science University
Portland (USA)

Shiri Shinar, MD

Division of Maternal Fetal Medicine,
Department of Obstetrics and Gynecology
Mount Sinai Hospital
University of Toronto (Canada)

Andrea Tinelli

Department of Obstetrics and Gynecology
Vito Fazzi Hospital, Lecce (Italy)
Adjunct Professor at the Laboratory of Human
Physiology, Phystech BioMed School, Faculty
of Biological & Medical Physics, Moscow Institute
of Physics and Technology (State University)
Dolgoprudny, Moscow Region (Russia)

Takuji Tomimatsu, MD

Department of Obstetrics and Gynecology
Osaka University Graduate School of Medicine
Suita, Osaka (Japan)

Giuseppe Trojano

Department of Obstetrics and Gynecology
2 AUO, Policlinico University Hospital, Bari (Italy)

Valentina Tosto

Resident School in Obstetrics and Gynecology
Department of Obstetrics and Gynecology
Centre of Perinatal and Reproductive Medicine
University of Perugia (Italy)

Rosemary Townsend, MBChB, MRCOG

Clinical Research Fellow
Fetal Medicine Unit
St George's University Hospitals NHS
Foundation Trust
London (UK)

Sana Usman (Rahman) MBBS, BSc, DFSRH
Imperial College Obstetrics Clinical Research Fellow
Obstetrics and Gynecology Registrar
North West Thames London Deanery
London (UK)

Benjamin Viaris de Lesegno, MD MSc

Consultant in Obstetrics
Guy's & St Thomas' NHS Foundation Trust
St Thomas' Hospital, London (UK)

Antoine Watrelot

ASSPRO (Association de Prévention du Risque
Opératoire)
Hôpital NATECIA, Lyon (France)

Çeviriye Katkıda Bulunanlar

Dr. Elif Pınar Arık

Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ankara

Dr. Fatmanur Atılğan

Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi,
Kadın Hastalıkları ve Doğum Ana Bilim Dalı, Antalya

Dr. Asude Ayhan

Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi
Anesteziyoloji ve Reanimasyon Ana Bilim Dalı, Ankara

Dr. Aslı Azemi

Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi
Kadın Hastalıkları ve Doğum Ana Bilim Dalı, Ankara

Dr. Özge Çelik

Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ankara

Dr. Özgür Deren

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi
Kadın Hastalıkları ve Doğum Ana Bilim Dalı, Ankara

Dr. Simay Doğru

Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ankara

Dr. Ebru Duran

Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi
Kadın Hastalıkları ve Doğum Ana Bilim Dalı, Ankara

Dr. Sertaç Esin

Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi
Kadın Hastalıkları ve Doğum Ana Bilim Dalı, Ankara

Dr. Deniz Esinler

Özel Klinik
Kadın Hastalıkları ve Doğum Ana Bilim Dalı, Ankara

Dr. Ece Ermin

Şişli Hamidiye Etfal Eğitim Araştırma Hastanesi
Kadın Hastalıkları ve Doğum Ana Bilim Dalı, İstanbul

Dr. Duygu Tuğrul Ersak

Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi
Kadın Hastalıkları ve Doğum Ana Bilim Dalı, Ankara

Dr. Tahir Eryılmaz

Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi
Kadın Hastalıkları ve Doğum Ana Bilim Dalı, Ankara

Dr. Furkan Görücü

Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ankara

Dr. Ahmet Gül

Özel Klinik
Kadın Hastalıkları ve Doğum, İstanbul

Dr. Emre Günakan

Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi
Kadın Hastalıkları ve Doğum Ana Bilim Dalı, Ankara

Dr. Cihan İnan

Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi
Kadın Hastalıkları ve Doğum Ana Bilim Dalı, Edirne

Dr. Deniz Anuk İnce

Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Ankara

Dr. Latife Atasoy Karakaş

Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi
Kadın Hastalıkları ve Doğum Ana Bilim Dalı, Ankara

Dr. Deniz Karçaaltıncaba

Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi
Kadın Hastalıkları ve Doğum Ana Bilim Dalı, Ankara

Dr. Tuğçe Mert

Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ankara

Dr. Nick Bola Nkake

Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ankara

Dr. Aslı Noyan

Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ankara

Dr. Efe Polat Özkan

Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ankara

Dr. Elif Özülkü

Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ankara

Dr. Özgür Özyüncü

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi
Kadın Hastalıkları ve Doğum Ana Bilim Dalı, Ankara

Dr. Ceren Sözen

Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ankara

Dr. Dilek Şahin

Sağlık Bilimleri Üniversitesi
Ankara Şehir Hastanesi
Kadın Hastalıkları ve Doğum Ana Bilim Dalı, Ankara

Dr. Nur Sena Şen

Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ankara

Dr. Mehmet Zeki Taner

Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi

Kadın Hastalıkları ve Doğum Ana Bilim Dalı, Ankara

Dr. Mete Tanır

Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi

Kadın Hastalıkları ve Doğum Ana Bilim Dalı, Eskişehir

Dr. Aylin Tarcan

Özel Klinik

Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, Ankara

Dr. Ece Turan

Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ankara

Dr. Merve Turan

Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ankara

Dr. Nihal Şahin Uysal

Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi

Kadın Hastalıkları ve Doğum Ana Bilim Dalı, Ankara

Dr. Elif Naz Ünal

Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ankara

Dr. Zeynep Ünal

Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ankara

Dr. Filiz F. Yanık

Özel Klinik

Kadın Hastalıkları ve Doğum Ana Bilim Dalı, Ankara

Dr. Sena Yıldırım

Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ankara

Dr. Taylan Yılmaz

Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ankara

İçindekiler

Önsöz.....	vii
Çeviri Editörü'nün Önsözü	ix
Çeviriye Katkıda Bulunanlar.....	xv

Bölüm 1

DÜNDEN BUGÜNE İYİ UYGULAMA VE KÖTÜ UYGULAMA KAVRAMLARI	1
Çeviri: Dr. Elif Özülkü, Dr. Dilek Şahin	

Bölüm 2

NORMAL DOĞUM EYLEMİ VE DOĞUMDA TEMEL PRENSİPLER	5
Doğumun Biyolojisi	5
Doğum ve Doğum Eylemine Giriş.....	13
Normal ve Anormal Doğum Eylemini Belirleme	13
Eylem Takibinde Yardımcı Araçlar.....	17
Doğum Yönetimi.....	18
Doğumda Maternal Pozisyon	21
Obezite	21
Destek	23
Çeviri: Dr. Sena Yıldırım, Dr. Dilek Şahin	

Bölüm 3

NORMAL DOĞUM EYLEMİNİN EKONOMİK VE YASAL BOYUTLARI	27
Normal Doğum ve Doğum Eyleminin Ekonomik Etkileri.....	27
Normal Doğum ve Doğum Eyleminin Yasal Sonuçları...	30
Çeviri: Dr. Simay Doğru, Dr. Cihan İnan	

Bölüm 4

PARTOGRAM	37
Tanım	37
Tarihçe	37
Klinik Sınırlamalar	38
İlgili Klinik Parametreler	39
Objektif Servikal Değerlendirme Teknikleri	42
Hangi Partogram	43
Kullanılmalıdır?.....	50
Araştırma	50
Tavsiyeler	51
Çeviri: Dr. Elif Naz Ünal, Dr. Mehmet Zeki Taner	

Bölüm 5

EYLEM İNDÜKSİYONU KURALLARI.....	55
İndüksiyon Koşulları	55
İndüksiyon Endikasyonları ve Zamanlaması.....	55
İndüksiyon Sonucunu Tahmin	56
İndüksiyon Metotları	56
Amniyotomi.....	58
Aktif Faz Sonrası Oksitosin Kullanımı	60
İndüksiyon Sırasında Fetal İzlem.....	60
Ayaktan ve Yatan Hastalarda İndüksiyon	60
Sezaryen Doğum Öyküsü Varlığında İndüksiyon	61
Çeviri: Dr. Ceren Sözen, Dr. Mehmet Zeki Taner	

Bölüm 6

İNTRAPARTUM FETAL TAKİP KILAVUZLARI.....	63
Giriş.....	63
Fetal Oksijenlenmenin Fizyolojisi	63
Temel Kardiyotokografik Değerlendirilme.....	64
Monitorizasyon Sınıflandırması.....	69
Sonuç.....	72
Çeviri: Dr. Tuğçe Mert, Dr. Deniz Karçaaltıncaba	

Bölüm 7

YARDIMCI TEKNOLOJİLERİN KULLANIMI (ST ANALİZİ, PH VE LAKTAT)	75
Giriş.....	75
ST Analizi (STAN)	76
Bilimsel Temeller	76
Klinik Pratikte ST Analizi Kullanımı	78
Sonuçları Yorumlama	79
Bilimsel Kanıt.....	79
Fetal Skalp Kan Örneklemesi (pH ve Laktat)	80
Fetal Skalp pH Ölçümü	81
Fetal Skalp Laktat Ölçümü	82
Sonuçları Yorumlama	83

Bilimsel Kanıtlar.....	83
Sonuç.....	83

Çeviri: Dr. Latife Atasoy Karakaş, Dr. Özgür Deren

Bölüm 8

İNTRAPARTUM SONOGRAFİ CİHAZLARINDA GELİNEREN SON NOKTA	87
Giriş.....	87
Cihazlar.....	89
Tartışma	95
İntrapartum Ultrason (IU)'nun Sınırlılıkları	97
Gelecek Perspektifler.....	99

Çeviri: Dr. Latife Atasoy Karakaş, Dr. Özgür Deren

Bölüm 9

İNTRAPARTUM SONOGRAFİNİN ROLÜ	103
Giriş.....	103
Doğumun İlk Evresi.....	103
Sonuç.....	109

Çeviri: Dr. Latife Atasoy Karakaş, Dr. Özgür Deren

Bölüm 10

FETAL DİSTRES VE NEONATAL KOMPLİKASYONLAR	111
Giriş.....	111
Fetal Distres İle Neonatal Ensefelopati ve Serebral Palsi Arasındaki İlişki.....	111
Fetal Distresin Eşlik Ettiği Acil Doğum ve Perinatal Sonuçları	114
Fetal Distresin Spesifik Nedenlerinin İntrapartum Yönetimi.....	118
Sonuç.....	121

Çeviri: Dr. Ece Turan, Dr. Deniz Karçaaltıncaba

Bölüm 11

NORMAL DOĞUM EYLEMİ VE DOĞUMA YARDIM	125
Doğum Öncesi.....	125
Birinci Evre	127
Doğumun İkinci Evresi.....	130
Doğumun Üçüncü Evresi.....	137

Çeviri: Dr. Merve Turan, Dr. Tahir Eryılmaz,
Dr. Emre Günakan, Dr. Sertaç Esin

Bölüm 12

MAKAT GELİŞ.....	143
Giriş ve Tarihsel Gelişimi	143
Doğum Öncesi Yaklaşım	144
Vajinal Doğumun Yönetimi	149
Eğitim	154
Dokümantasyon	155

Çeviri: Dr. Zeynep Ünal, Dr. Mete Tanır

Bölüm 13

EPİZYOTOMİ VE PERİNE YARALANMALAR.....	157
Giriş.....	157
Anatomi	157
Perine Yırtıklarının Sınıflaması	159
Pelvik Taban Bozuklukları	160
Epizyotomi.....	161
Medyan ve Medyolateral Epizyotomilerin Karşılaştırılması.....	162
Epizyotomi Endikasyonları.....	163
Epizyotomi Komplikasyonları	163
Selektif ve Rutin Epizyotomilerin Karşılaştırılması.....	164
Sonuç.....	164

Çeviri: Dr. Elif Pınar Arık, Dr. Filiz F. Yanık

Bölüm 14

OMUZ DİSTOSİSİ VE BRAKİYAL PLEKSUS ZEDELLENMESİ	167
Giriş.....	167
İnsidans ve Sekeller	167
Risk Faktörleri ve Omuz Distosisinin Önlenmesi.....	168
Omuz Distosisinin Öngörüsü	169
Omuz Distosisinin Önlenmesi.....	170
Omuz Distosisi Tanısı	170
Omuz Distosisi Yönetimi	170
McRoberts Manevrası	171
Suprapubik Bası	171
İnternal Manevralar	172
Posterior Kolun Doğurtulması	173
İnternal Rotasyon Manevraları	173
Ek Manevralar	174
Doğum Sonrası.....	174

Omuz Distosisi İle İlişkili Maternal Morbidite	174
Omuz Distosisi İle İlişkili Neonatal Morbidite ve Mortalite	174
Omuz Distosisi Eğitimi	175
Anterior ve Posterior Kol	176
Sonuç	177
Çeviri: Dr. Nur Sena Şen, Dr. Filiz F. Yanık	

Bölüm 15

OKSİPUT POSTERİOR POZİSYONLARI, ASİNKLİTİZM VE DİĞER BAŞ MALPREZENTASYONLARI	179
Oksiput Posterior Pozisyon	179
Asinklitizm	193
Fetal Baş Malprezentasyonları	197
Sonuç	200
Çeviri: Dr. Emre Günakan, Dr. Sertaç Esin	

Bölüm 16

OPERATİF VAJİNAL DOĞUM	205
Giriş	205
Operatif Vajinal Doğum Endikasyonları	206
Sınıflama	207
OVD için Gereken Ön Koşullar	207
Vakum Yardımlı Doğum	208
Forseps İle Doğum	210
Enstrüman Seçimi: Vakum veya Forseps?	212
Enstrümantal Vajinal Doğumun Komplikasyonları	213
Postnatal Bakım	217
Yeterlilik ve Eğitim	217
Çeviri: Dr. Aslı Azemi, Dr. Ahmet Gül	

Bölüm 17

SEZARYEN	221
Giriş	221
Sezaryen Oranları	221
Güncel Sezaryen Oranları	222
Sezaryen Tartışmasında Önemli Noktalar	222
Sezaryen Oranlarının Denetimi	223
On Gruplu Sınıflandırma Sistemi	224
Sezaryen Endikasyonları	228
Sezaryen Endikasyonlarının Sınıflandırılması	229
Sezaryen Endikasyonlarının Analizi ve	

Yorumlanması	231
Sezaryen ile İlişkili Cerrahi Teknikler ve Prosedürler	232
Çeviri: Dr. Duygu Tuğrul Ersak, Dr. Ahmet Gül	

Bölüm 18

SEZARYEN SONRASI VAJİNAL DOĞUMA DOĞRU YAKLAŞIM	237
Giriş	237
SSVDD Uygulamasında Güncel Yaklaşımlar	237
VDD'ye karşı Tekrarlayan CS Sonuçları	238
Başarılı VDD'nin Prediktörleri	240
Uterin Rüptürün Prediktörleri	241
Dava Kaygılarının Etkisi	242
İyi Klinik Uygulama ve Malpraktis	242
Sonuç	243
Değerlendirme Soruları	244
Çeviri: Dr. Emre Günakan, Dr. Özge Çelik, Dr. Sertaç Esin	

Bölüm 19

UTERUS RÜPTÜRÜ	247
İnsidans ve Risk Faktörleri	248
Doğum Eylemi Öncesi - Eylem Sırasında İntakt (Skarsız) Uterusun Rüptürü	249
Skarsız Uterusta Oksitosin İle Eyleme Yardım ve Doğum İndüksiyonu	250
Konjenital Uterin Anomaliler	250
Sezaryen Sonrası Servikal Olgunlaşma ve Doğum İndüksiyonu Amacıyla Prostoglandin Kullanımı	255
Doğumlar Arası Süre	256
Histerotominin Tek Kat ya da İki Kat Kapatılması	257
Multipl Sezaryen Öyküsü	257
Anne Yaşı	258
Çoğul Gebelik	258
Fetal Makrozomi	259
40 Hafta Üzeri Gebelikler	259
Gebelik Sırasında Uterin Rüptürün Belirti Ve Semptomları	260
Tanı	261
Uterin Rüptürün Sonuçları	262
Uterin Rüptürün Fetal ve Yenidoğan Açısından Sonuçları	262
Maternal Sonuçlar	263
Uterin rüptür yönetimi	264
Çeviri: Dr. Furkan Görücü, Dr. Özgür Özyüncü	

Bölüm 20

POSTPARTUM KANAMA	269
Giriş	269
Genel Sorunlar	269
İnsidans	269
Normal Uterin Hemostaz	270
Önleme Stratejileri	270
Uterin Atoni	271
Plasenta Retansiyonu ve Pıhtılar	272
Genital Travma	272
Koagülasyon Bozuklukları	273
Uterus İnversiyonu	273
Transfüzyon Tedavisi	273
İntravenöz Sıvı Desteğiyle Resusitasyon	274
Yerleşmiş PPK Tablosu	274
Sonuç	281

Çeviren: Dr. Aslı Noyan, Dr. Nihal Şahin Uysal

Bölüm 21

ÇOĞUL GEBELİKTE EYLEM VE DOĞUM	287
Giriş.....	287
Doğum Zamanı	287
Doğum Şekli.....	288
Doğum yeri	292
Birinci Fetüsün Doğumundan Sonra.....	293
Doğumun Üçüncü Aşamasının Yönetimi.....	294
Özel Durumlar	294
Çoğul Gebeliklerin İntrapartum Yönetiminde	
İyi Uygulama ve Kötü Uygulama.....	297

Çeviri: Dr. Taylan Yılmaz, Dr. Özgür Özyüncü

Bölüm 22

KOMORBİD KADINLAR.....	301
Giriş.....	301
Gebeliğin Planlanması.....	301
Antenatal Bakım	301
Eylem ve Doğum Sürecinde ve Kritik Hastaların	
Yönetimi.....	302
Postnatal Bakım	307

Çeviri: Dr. Fatmanur Atılğan, Dr. Deniz Esinler

Bölüm 23

FETAL PATOLOJİLER	309
FETAL BÜYÜME KISITLILIĞI.....	309
Giriş.....	309
Fetal Büyüme Kısıtlılığının	
Dopler Bulguları.....	309
Fetal İyilik Halinin	
Değerlendirilmesi.....	310
Büyüme Kısıtlılığı Olan Fetüslerde Doğum	
Zamanı ve İntrapartum Yaklaşım	312
Büyüme Kısıtlılığı Olan	
Fetüslerde Antepartum Yönetim	313
Fetal Büyüme Kısıtlılığında	
Doğum Eylemi ve Doğum	314
Oligohidramniyoz İçin	
Amniyoinfüzyon	314
POLİHİDRAMNİYOZ.....	314

Çeviri: Dr. Ece Ermin, Dr. Deniz Esinler

Bölüm 24

PERİNATAL ENFEKSİYONLAR.....	319
Giriş.....	319
Önleme Stratejileri	319
TORCH Enfeksiyonları	320
İnsan İmmün Yetmezlik Virüsü (HIV).....	332
Grup B Streptokok (GBS)	334
Listeriozis.....	336
Parvovirus B-19	337
Papillomavirüs	339
Yenidoğan Enfeksiyonlarını Azaltmak için	
Doğum Eylemi Sırasındaki İyi Klinik Uygulamalar	339
Sonuç.....	341

Çeviri: Dr. Ece Ermin, Dr. Mete Tanır

Bölüm 25

POSTPARTUM BAKIM	345
Postpartum Kanamanın Önlenmesi İçin Uterotonik	
Ajanlar	345
Doğum Sonrası Ağrı Kontrolü.....	348
Anne-Bebek İlişkisi.....	350
Ani Beklenmeyen Postnatal	
Kollaps	354

Çeviri: Dr. Efe Polat Özkan, Dr. Nihal Şahin Uysal

Bölüm 26

DOĞUM ANALJEZİSİ.....	361
Giriş.....	361
Obstetrik Anestezi Kılavuzu:	
Doğum Eylemi ve Vajinal Doğum.....	361
Perianestezik Değerlendirme ve Hazırlık.....	361
Aspirasyonun Önlenmesi.....	363
Doğum Eylemi ve Vajinal	
Doğumda Anestezik Bakım.....	365
Plasenta Retansiyonunda Anestezi Yönetimi.....	367
Doğum Analjezisinde Teknik	
Konular.....	368
Modern Nöroaksiyel	
Doğum Eylemi Analjezisi.....	370
Özet: Doğum Analjezisinde	
“İdeal Yaklaşımı” Araştırmak ve “Bakım Standardını”	
Tanımlamak.....	372
Çeviri: Dr. Asude Ayhan	

Bölüm 27

DOĞUM EYLEMİ VE DOĞUMDA ANESTEZİ.....	379
Giriş.....	379
Obstetrik Anestezi Kılavuzları: Sezaryen ile Doğum.....	379
Postpartum Tüp Ligasyonu.....	382
Obstetrik ve Anestezik Acillerin Yönetimi.....	382
Obstetrik Anestezinin Gözden Geçirilmesi ile	
Çıkarılan Dersler Kötü Klinik Uygulama Davaları.....	384
Genel Anestezi Altında Sezaryen Doğum:	
Anestezi Ajanları İçin Mini Rehber.....	388
Hukuki Süreçten Potansiyel Kaçınma: Bilirkişi	
Sözleri.....	388
Çeviri: Dr. Asude Ayhan	

Bölüm 28

YENİDOĞAN BAKIMI VE RESÜSİTASYON.....	393
Giriş.....	393
Fetal Fizyoloji ve Ekstrauterin Hayata Geçiş	
(Tablo 28.1).....	393
Yenidoğan Bakımı ve Canlandırma.....	395
Sağlıklı Zamanında Doğan Bebeğin Bakımı.....	397

Yenidoğanın Stabilizasyonu Başlangıç Adımları.....	399
Ventilasyon ve Oksijenizasyon.....	401
Göğüs Kompresyonu.....	404
İlaçlar.....	405
Sonuç.....	407
Çeviri: Dr. Deniz Anuk İnce, Dr. Aylin Tarcan	

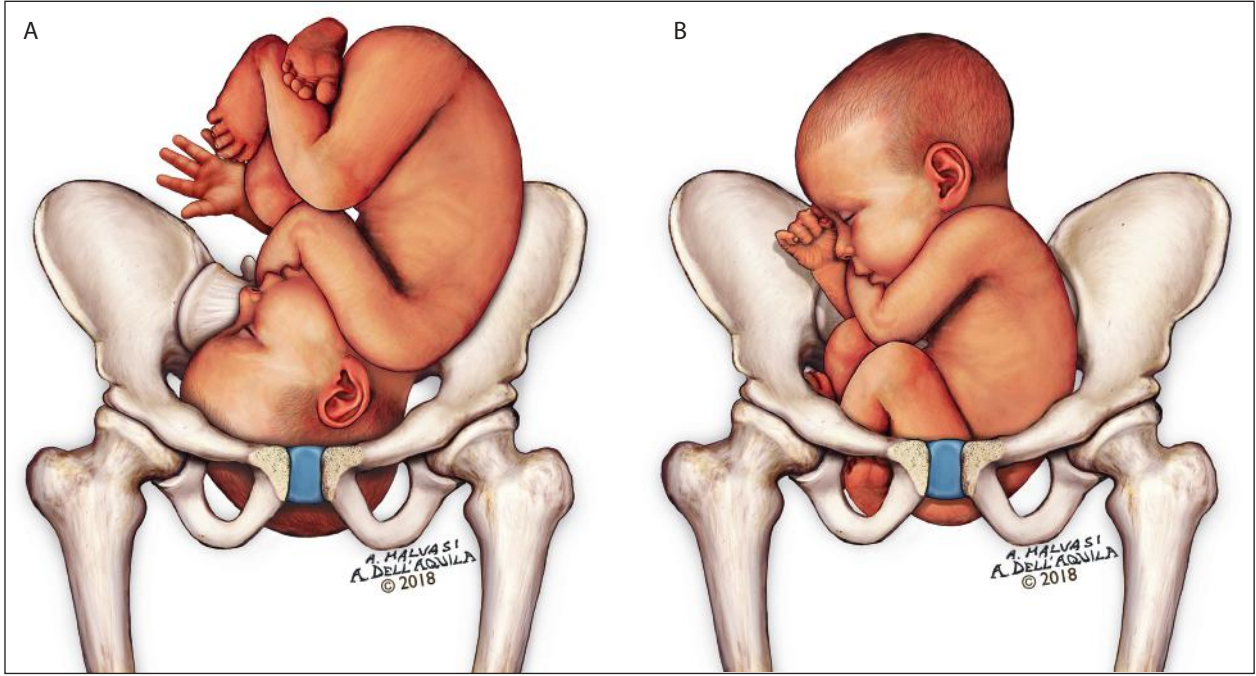
Bölüm 29

DOĞUM SALONUNDA HAKLAR VE İHLALLER.....	411
Giriş.....	411
Doğum Uzmanlığının Tarihçesi.....	411
Doğum Salonundaki	
Davranışlar.....	412
Gebelik ve Doğumu Diğer Tıp Alanlarından	
Farklılaştıran Kavramlar.....	413
Obstetrikte İstismar ve Şiddetin Kanıtları.....	414
Terminoloji ve Tanımlar.....	415
Uluslararası Tanınan, Doğumda Kadın Hakları.....	416
Eğitim.....	418
Şefkatli Bakım Becerilerinin	
Kazanılması.....	420
Çatışmalarda, Saygı Gösterme, Yönetme ve	
Yatıştırma Becerileri.....	420
İşbirliği ve Ortak Karar Verme Modeli.....	422
Ortak Karar Verme Süreci.....	423
Sonuç.....	424
Çeviri: Dr. Nick Bola Nkake, Dr. Filiz F. Yanık	

Bölüm 30

OBSTETRİDE HASTANIN UYGUN BİLGİLENDİRİLMESİYLE	
HUKUKİ ANLAŞMAZLIKLARDAN NASIL KORUNULUR?... ..	427
Gebelik Öncesi Bilgilendirme.....	428
Gebelik Sürecinde Bilgilendirme.....	428
Eylem ve Doğumda Bilgilendirme.....	429
Doğum Sonrası Bilgilendirme.....	431
Sonuç.....	432
Çeviri: Dr. Ebru Duran, Dr. Nihal Şahin Uysal	

İNDEKS	435
---------------------	-----



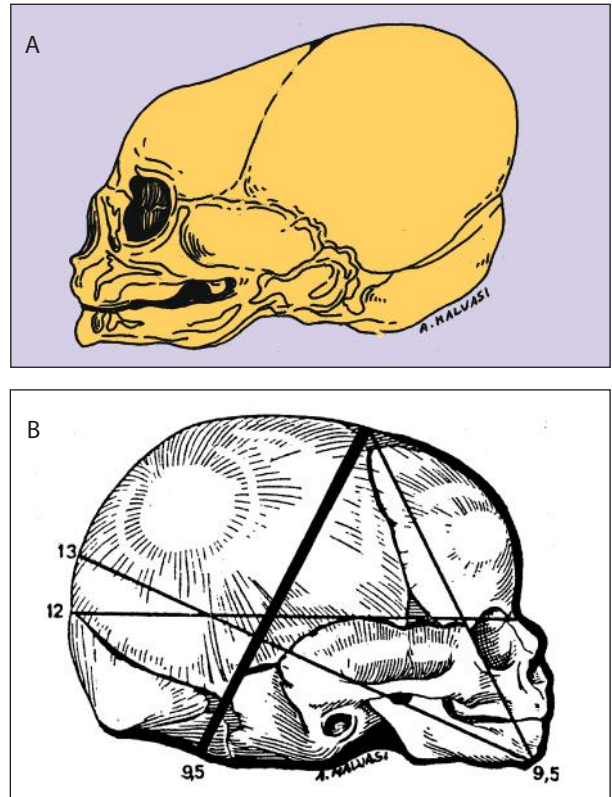
Şekil 2.2. Fetal baş: A) sefalik prezentasyon, B) makat prezentasyon.

sağlayan fleksiyonda, alın veya yüz prezentasyonunu sağlayan defleksiyonda olabilir. Fetal pozisyon oksiputun maternal pelvis'e göre pozisyonunu gösterir.

Verteks, defleksiyon, alın ve yüz prezentasyonun klinik önemini belirleyen pelvis'ten geçecek olan fetal baş çapıdır (Şekil 2.3)(7). Verteks prezentasyonda pelvis'ten geçecek olan en büyük çap suboksipitobregmatik çaptır (9.5 cm) ve normal doğumu kolaylaştırır. Defleksiyon veya askeri prezentasyonda oksipitofrontal çap (11 cm), alın prezentasyonunda vertikomental çap (13 cm) pelvis'ten geçer. Ancak yüz prezentasyonda ise submentobregmatik çapın (9.5 cm) pelvis'ten geçmesi gerekmektedir ve yüz prezentasyonuna sahip bazı fetüsler vajinal olarak güvenli bir şekilde doğarlar (8-10).

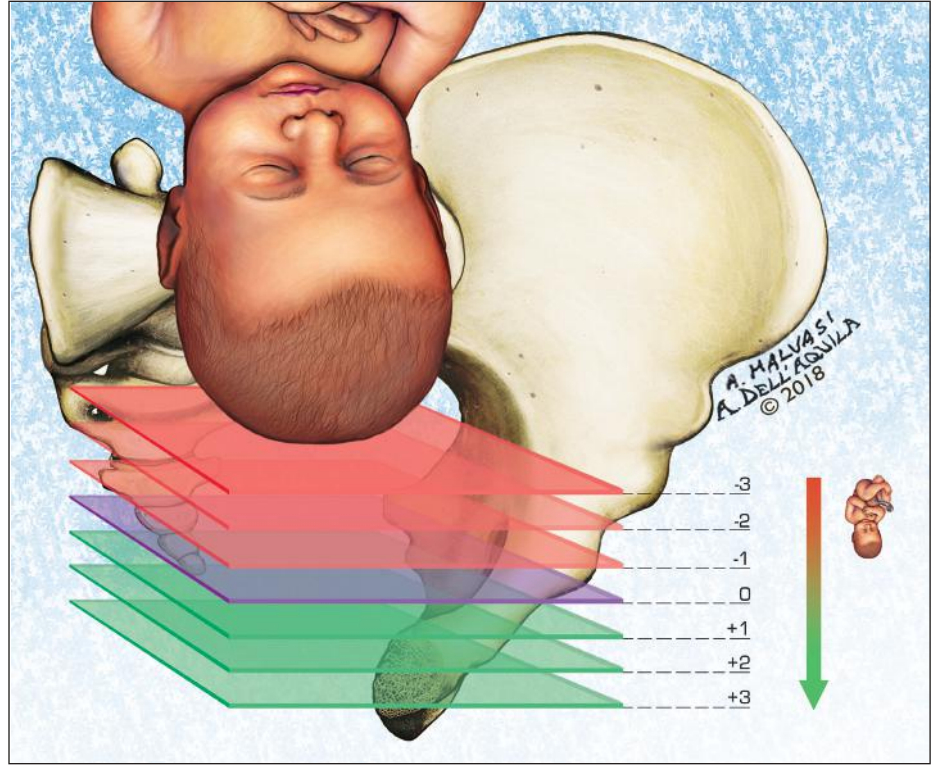
Maternal Pelvis

Kemik pelvis; sakrum, ilium, iskiyum, ve pubisten oluşur; ve kartilajöz sakroiliak eklemler ile simfizis



Şekil 2.3. A) Term bebekte fetal kafatası çapları. B) term doğumdaki fetal başta obstetrik çaplar: Submentobregmatik (yüz) 9.5 cm, Suboksipitobregmatik (verteks, fleksiyon) 9.5 cm, Vertikomental (alın) 13 cm, Oksipitofrontal (verteks, askeri) 11 cm.

Şekil 2.6. Fetal baş, girimin (-3) seviyesinde pelvise angaje değildir; angajman genelde prezente olan kısmın iskiyal çıkıntıya veya 0 seviyesine (mor çizgi) gelmesi ile onaylanır.



Ekstansiyon

Fetüs pelvik girime inip ilerlediğinde subpubik ark, oksiputun geçtiği bir dayanak noktası görevini görür. Oksiput subpubik arkın altından geçerken fetal baş ekstansiyona uğrar.

Eksternal Rotasyon / Restitüsyon

Eksternal rotasyon yani restitüsyon, başın perineden çıkışından sonra gerçekleşir ve fetal başın antero-posterior pozisyonundan transvers oksiput pozisyona dönmesidir. Baş döndükçe, doğru anatomik oryantasyonu korumak için fetal gövde de dönecektir. Bu hareket internal rotasyondaki gibi fetüs ve maternal pelvisin taban kaslarını etkileşimi sonucunda gerçekleşir. Restitüsyon, başın geçtiği gibi omuzların da pelvik tabandan antero-posterior çap ile geçmesine olanak sağlar.

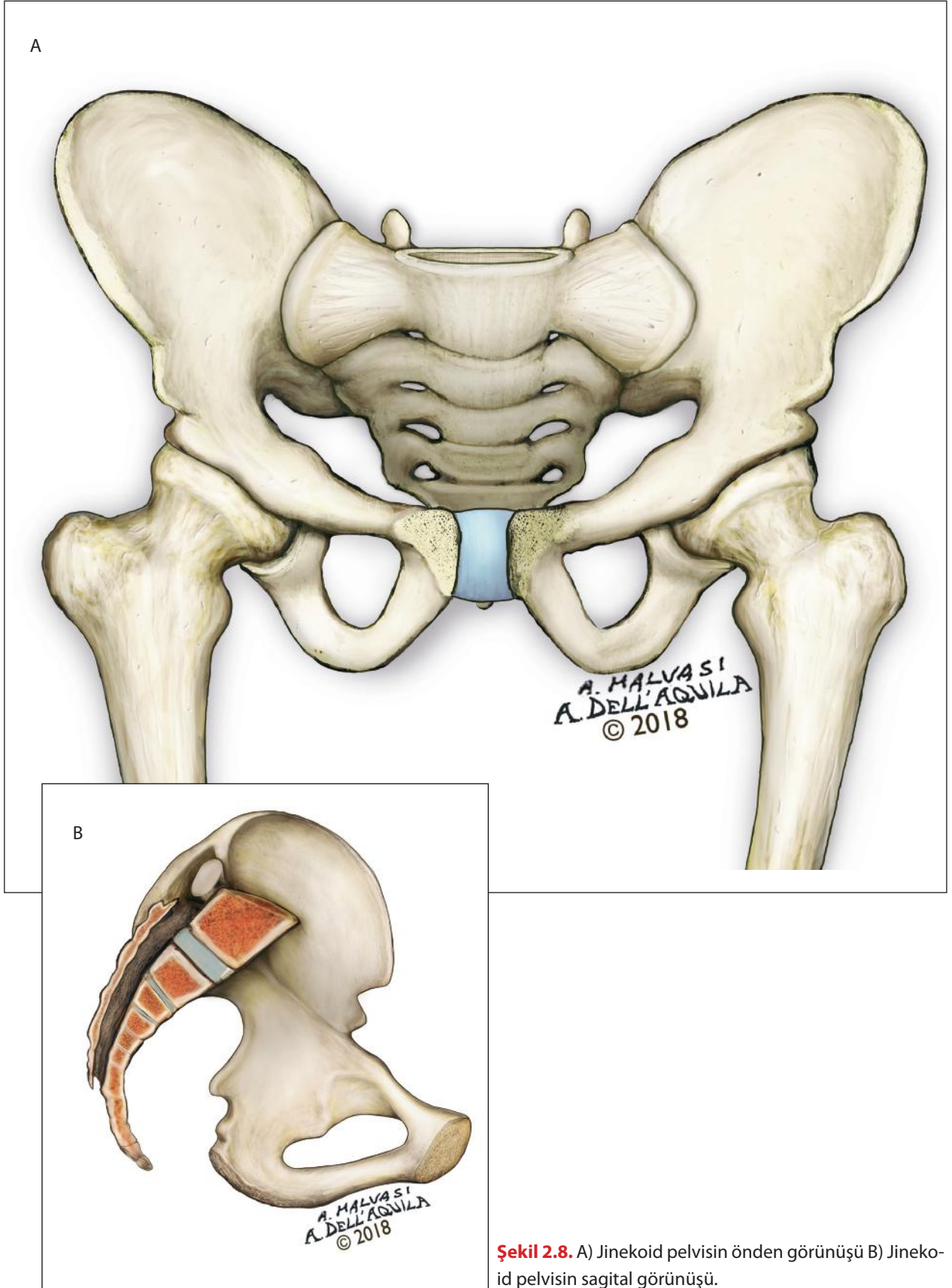
Ekspulsiyon

Ekspulsiyon, fetüsün geri kalanının çıkışıdır. Restitüsyon sonrasında omuzlar pelvik tabandan simfizis

pubis ve introitusa doğru oblik antero-posterior çap ile inerler. Yine fetal kas tonusu ve maternal pelvik taban kaslarının etkileşimi sonucunda anterior omuz genellikle simfizis pubis altından geçer ve fetal gövdenin geri kalan kısmı anterior omuzu takip eder. Başın doğumundan sonra gövdenin doğmaması, tamamlanmamış oblik rotasyondan kaynaklanabilir ve sonucunda omuz distosisi gelişir. Omuz distosisi bu metnin başka bir bölümünde anlatılmıştır.

Kardinal Hareketlerin Önemi

Kadın doğum uzmanının, doğumun kardinal hareketlerini anlaması çok önemlidir. Fetüs veya kemik pelvisteki anormallikler doğumun yönetimi ve sonuçları açısından zorluklar ortaya çıkarabilir. Doğum sonuçları bazen tahmin edilemeyebilir ve önlenemeyebilir. Örneğin, başın geri itilmesi ve sezaryenle doğum gerektiren anterior omuz distosislerinde Zavanelli manevrası için uygun teknik, kardinal hareketlerin tersine çevrilmesidir (18). Fetüsler aynı zamanda posterior omuz distosisine de uğrayabilirler. Fetal başın pelvise



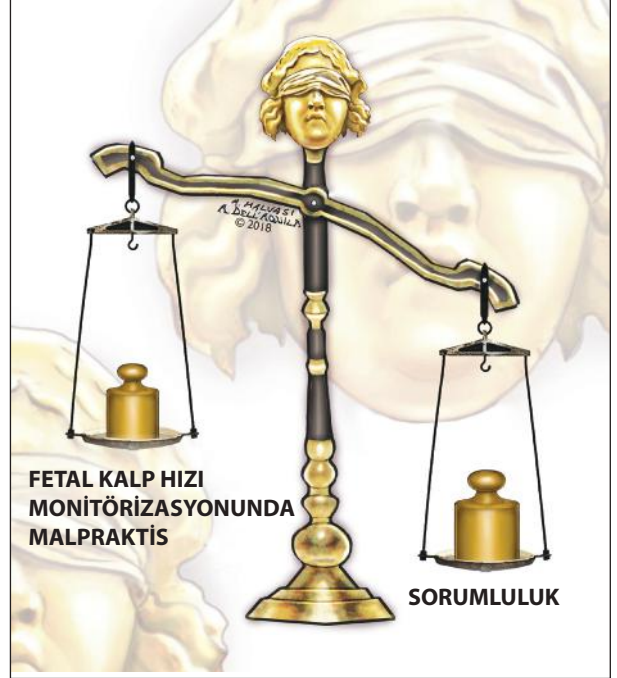
- İntrauterin basınç katateri yerinde ise, Montevideo Ünitesi 300 mmHg'den ve bazal dinlenme tonusu 25 mmHg'den daha az olmalıdır.

Fetal Kalp Hızı Monitörizasyonu

Fetal kalp atış hızı monitorizasyonu genellikle tıbbi davalarla ilişkilidir (Şekil 3.3). Obstetrik dava iddialarının çoğunluğu, kardiyotokografi (CTG) anormallikleri ve yorumlanması ile ilgilidir. Ek olarak, davaların artması elektronik fetal monitorizasyonun (EFM) yanlış uygulamalarının yanı sıra, (Şekil 3.4), bu teknolojinin kullanılmasının daha yüksek hasta beklentisi oluşturması sonucudur. İntrauterin fetal ölüme, neonatal ölüme ve serebral palsiye yol açabilecek nedenlerde tanımlanan iddialar şunlardır:

- EFM değerlendirmesinin yeterince yapılmaması
- Elektronik fetal monitorizasyonla sunulan bilgilerin okunmaması ve yorumlanmaması
- Anormal EFM'nin dikkate alınmaması
- Zamanında harekete geçilmemesi
- Bakım verenin iletişim hataları sonucu yanlış anlaşılması

Fetal distressin hemen tespit edilememesi, genellikle elektronik fetal monitorün sık sık kontrol edilmeme-



Şekil 3.4. Obstetrik davalarının çoğunluğu, kardiyotokografi (CTG) anormallikleri ve yorumlanması ile ilgilidir.

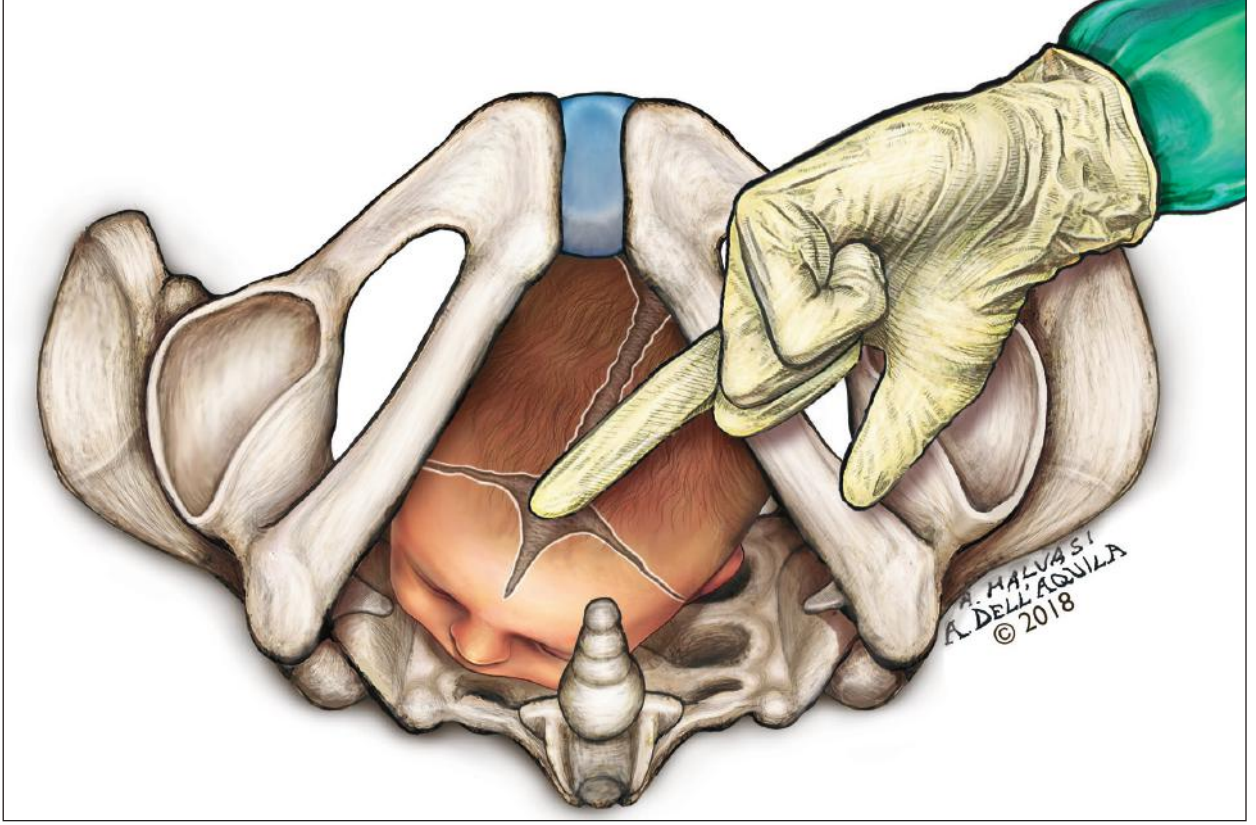


Şekil 3.3. Kardiyotokografik klinik uygulama öncesi fetal kalp hızı monitörü Pinar stetoskopu ile yapılır; bu teknik hala gelişmemiş ülkelerde kullanılmaktadır, ancak subjektif bir yöntemdir. Aralıklı oskültasyon durumunda bir Dopler cihazı kullanımı daha iyidir.

sinden kaynaklanmaktadır. Aynı zamanda ebelerin doktora fetal distress varlığını hemen bildirmemesi ciddi olumsuz sonuçlara neden olabilmektedir.

FHR traselerinin potansiyel olarak normal ve anormal varyasyonlarını belirlemedeki problemlerinden biri, FHR paternlerini tanımlayan standardize bir terminolojinin eksik olmasıdır. Traselerin okunmasındaki gözlemcilerarası değişkenlik nedeniyle, taraflar bir dava durumunda aynı traseyle ilgili farklı yargılar sunan uzmanları seçebilir. Bu nedenle, hem terminoloji hem de tanı açısından kardiyotokografi traseleri için, EFM yorumlama konusunda uzman olan ve medikolegal durumlara dahil olmayan sağlık hizmeti sağlayıcılarının bile aynı traseden farklı sonuçlara varabileceklerini göz önünde bulundurarak tek tip bir değerlendirmeyi aramak ve elde etmek esastır (30).

FHR paterni terminolojisinin standardizasyonu hepimizin aynı dilde konuşmasını sağlamalıdır. Ulusal Çocuk Sağlığı ve İnsan Gelişimi Enstitüsü, 1997'den bu yana standardize tanımlar geliştirmektedir. Normal bazal hız, normal Varyabilite, akselerasyon varlığı ve deselerasyon yokluğunun normal oksijenlenen bir fetus için iyi bir belirleyici olduğunu belirtirken, "tek-



Şekil 4.3. Dijital vajinal muayene kişiye bağımlıdır.

İlginç şekilde, yakın tarihli bir çalışma, dört üniversitenin obstetrik ünitesinde doğum takibi yapan 243 klinisyenin, doğumda fetal seviyenin dört farklı tanımını kullandığını bulmuştur (10). Bazı klinisyenler Amerikan Obstetri ve Jinekoloji Derneği (ACOG) tarafından önerilen $\pm 1-5$ cm sistemini kullanırken, diğerleri maternal pelvis ve yumuşak dokuları üç parçaya bölen ve $\pm 1-3$ ölçek ile seviyeyi tanımlayan eski sistemi kullanmışlardır. (Şekil 4.7). Klinisyenler, fetal başın pelvise girdiği an hakkında da aynı fikirde olmamış (seviye 0), bazıları prezente olan kısmın en alt kısmı iskiyadik çıkıntılara ulaştığında, diğerleri biparietal çap bu seviyeye ulaştığında pelvise girişin gerçekleştiğini kabul etmiştir. Ebeler meslektaşlarının alternatif tanımlarının farkında olmadıkları için bu anlaşmazlık daha da artmıştır. Deneyimli klinisyenlerin bile sentetik bir modelde fetal seviyeyi belirlemede sıklıkla başarısız oldukları (%36-80) gösterilmiştir (11).

Fetal Baş Pozisyonu

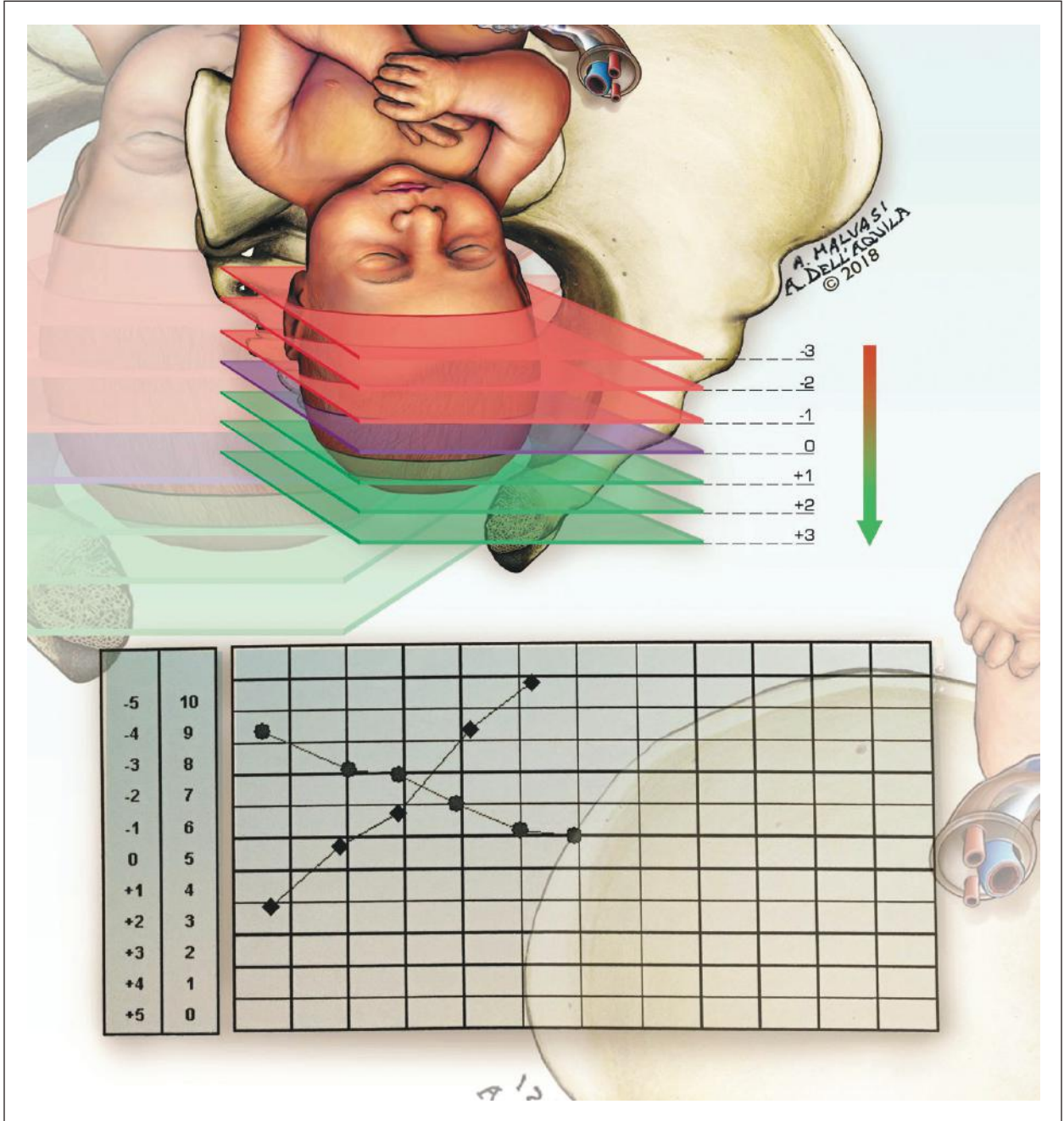
Az sayıda çalışma, doğumda fetal baş pozisyonunun değerlendirilmesinde dijital vajinal muayenenin doğruluğunu değerlendirmiştir. Bu konudaki bir çalış-

ma, klinisyenlerin doğum sırasında dijital muayene ile fetal baş pozisyonu değerlendirmelerini incelemiş ve daha sonra sonografi ile objektif olarak pozisyonu doğrulamıştır (12) (Şekil 4.8). Olguların sadece %40'ında klinik değerlendirme doğru çıkmıştır (± 45 derece olarak tanımlandı). Akmal ve arkadaşları obstetrik forseps uygulanmadan önce fetal baş pozisyonunu inceleyen benzer bir metot kullanmışlardır (13). Klinisyenlerin olguların %54'ünde oksiput-transvers pozisyon tanısını doğru koyduğunu ancak %25'inde bu klinik değerlendirmenin forsepsin yanlış uygulanmasına yol açacağını belirtmişlerdir (Şekil 4.9).

İlgili Klinik Parametreler

Muayene Zamanlaması

Multipar bir hastayı inceleyenler, kasılmalar sırasında serviksin genişlediğini ve fetal baş inişinin gerçekleştiğini, kasılma sonrası ise fetal başın bir miktar geri çekildiğini belirteceklerdir. Bu birbiri ilgili iki soruya yol açmaktadır.



Şekil 4.7. Doğumda fetal oksiput posterior pozisyon; bipariyetal çapı $\pm 1-3$ ölçeğinde 0 seviyesine (bi-iskiyadik düzlem) ayarlanır. Bu partogramdaki multipar gebenin fetüsü miadında spontan doğmuştur.

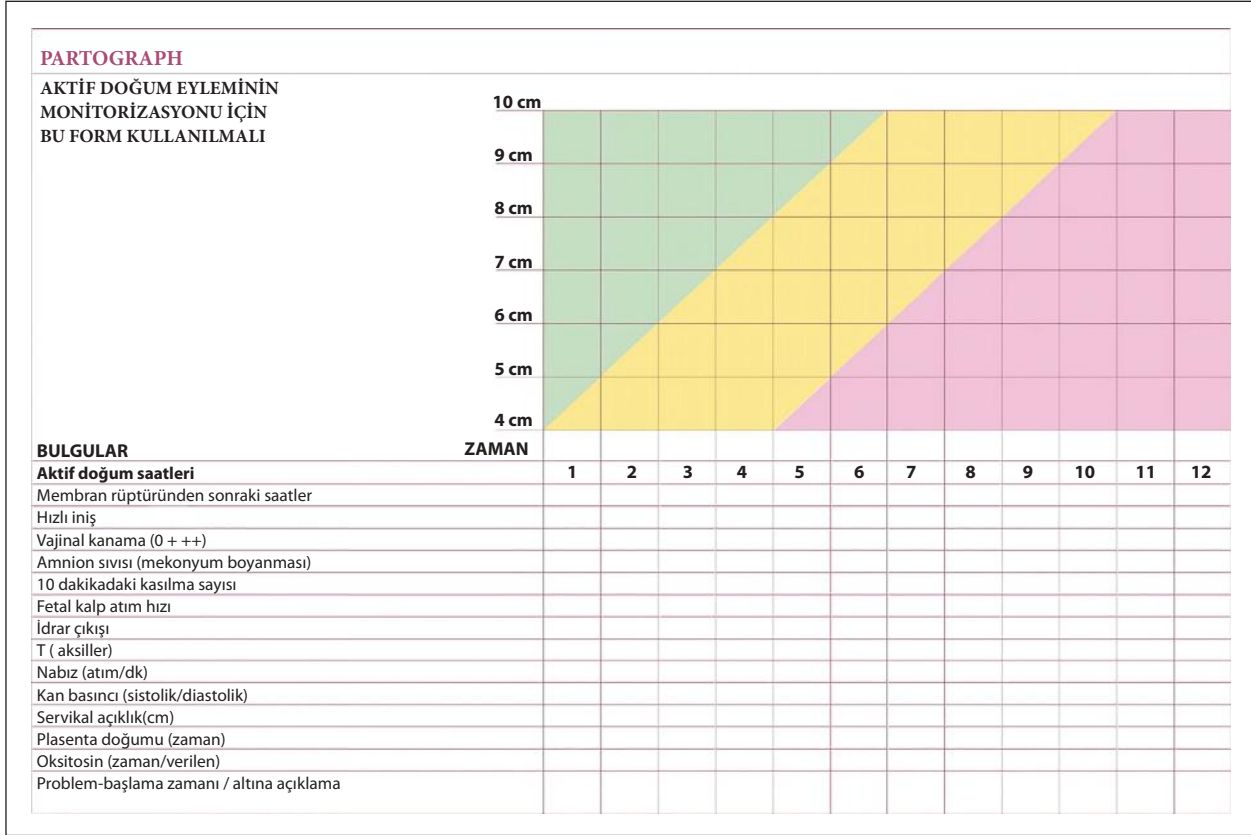
Partogram Konseptleri

Vajinal Muayene

Dijital vajinal muayene, doğum eyleminin ilerlemesini değerlendirmek ve doğum yönetimini belirlemek için mevcut yöntemimizin temelini oluşturmaktadır. Bu

muayenelerin her biri, partograma kaydedilir. Yukarıda belirtildiği gibi, dijital muayeneler genellikle 1-2 cm servikal açıklıkta yanlış ve duyarsızdır. Bu yanlışlık ve duyarsızlığın çeşitli sonuçları vardır:

1. Dijital muayeneler genellikle 1-4 saat aralıklarla yapılır, böylece değerlendirilen açıklık değişiklikleri muayenenin hata payını aşabilir.



Şekil 4.16. DSÖ Partogramı, 2006.

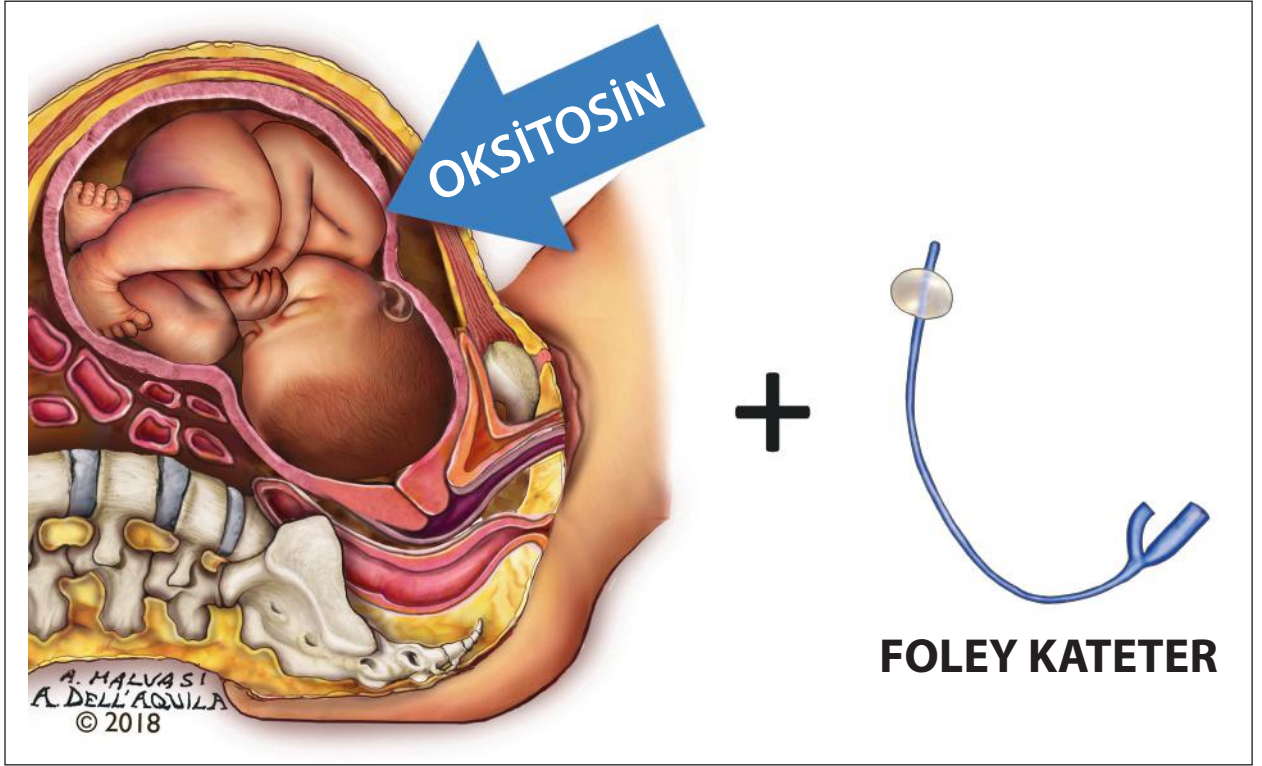
sonuçlarda herhangi bir klinik fayda bildirilmese de partogramın sağlık çalışanlarına eğitim olanağı, klinik denetim ve doğum ilerleyişine resimsel bir bakış sağlayan yararlı bir araç olduğu belirtilmiştir. Bu düşünceler, müdahalenin düşük kaynak gösterilmesine ek olarak, GDG'nin partogram kullanımı lehine güçlü bir öneride bulunmasına yol açmıştır.

- Partogram kullanımının potansiyel faydaları, doğum yönetimi için standart bir protokolün kullanılmadığı veya tutarsız bir şekilde kullanıldığı düşük kaynaklara sahip klinik ortamlarda daha belirgin olabilir. Bununla birlikte partogram kullanımının faydaları yalnızca standart bir doğum yönetimi protokolüne uygunluk durumunda en üst düzeye çıkarılabilir.
- Doğum eylemi sırasındaki ilerlemenin kadınlar arasındaki değişkenliğini göz önünde bulundurarak GDG, gereksiz müdahalelerin olasılığını azaltmaya vurgu yapmıştır ve bu nedenle daha erken aksiyon

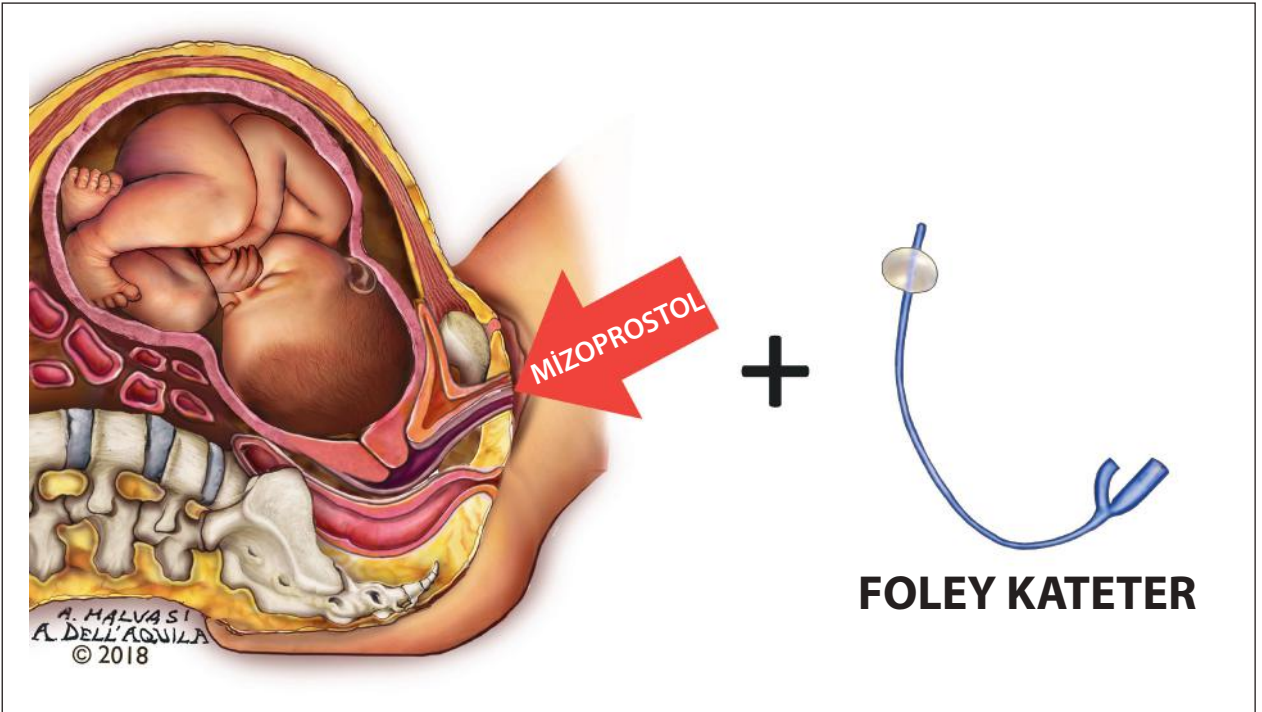
çizgilerini değil, 4 saat aksiyon çizgisi partogramını önermeyi seçmiştir.

FIGO (2017) 'nun son yayınladığı kılavuz yukarıda belirtilen sorunları kabul etmekte ve aşağıdaki önerilerde bulunmaktadır;

- Doğum eylemi için yatırılmış her kadında doğumun ilerleyişinin izlenmesi için partogram kullanılmalı ve bu uygulama her yerde bakım standardı haline getirilmelidir.
- Partogramın kullanımına uygun eğitim, denetim ve inceleme eşlik etmelidir.
- Tıp, hemşirelik ve ebelik okulları partogramın ilkelerini ve kullanımını öğretmek ve ders programına dahil etmek için teşvik edilmelidir.
- Sonuçların en iyi duruma getirilmesi için partogram, doğum yönetimi için standart protokollerle birlikte kullanılmalıdır.
- Partogramın temel işlevi yönetim kararlarının ve/veya diğer merkezlere sevk gerektirebilecek uzun süreli doğumun erken uyarısını verebilmektir.



Şekil 5.3. 12 saatten sonra balonun çıkarılması ve indüksiyona oksitosin ile devam edilmesi.

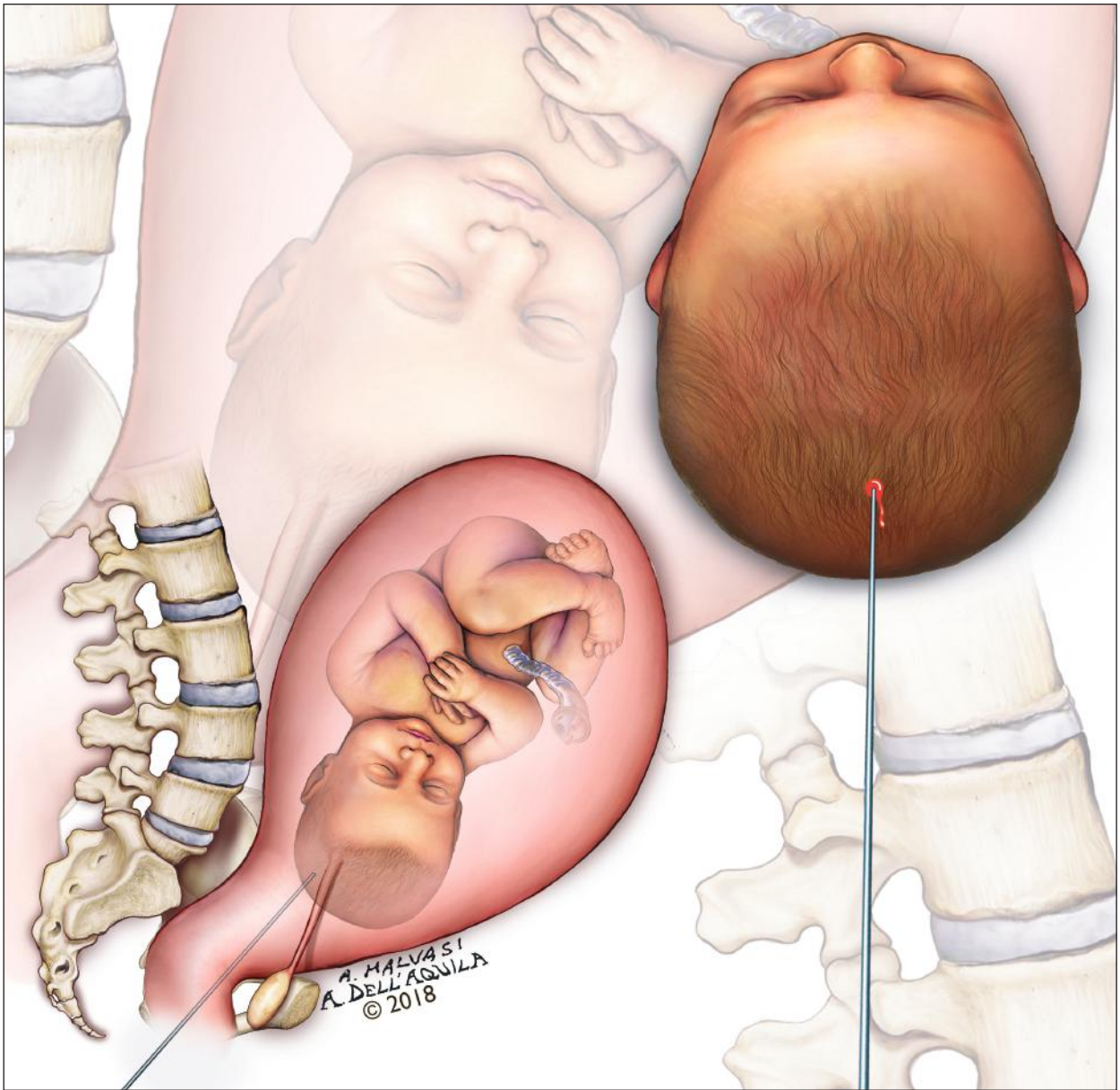


Şekil 5.4. Kontraendike değilse, indüksiyonun başlangıcında balon yerleştirilmesiyle birlikte misoprostol verilmelidir.

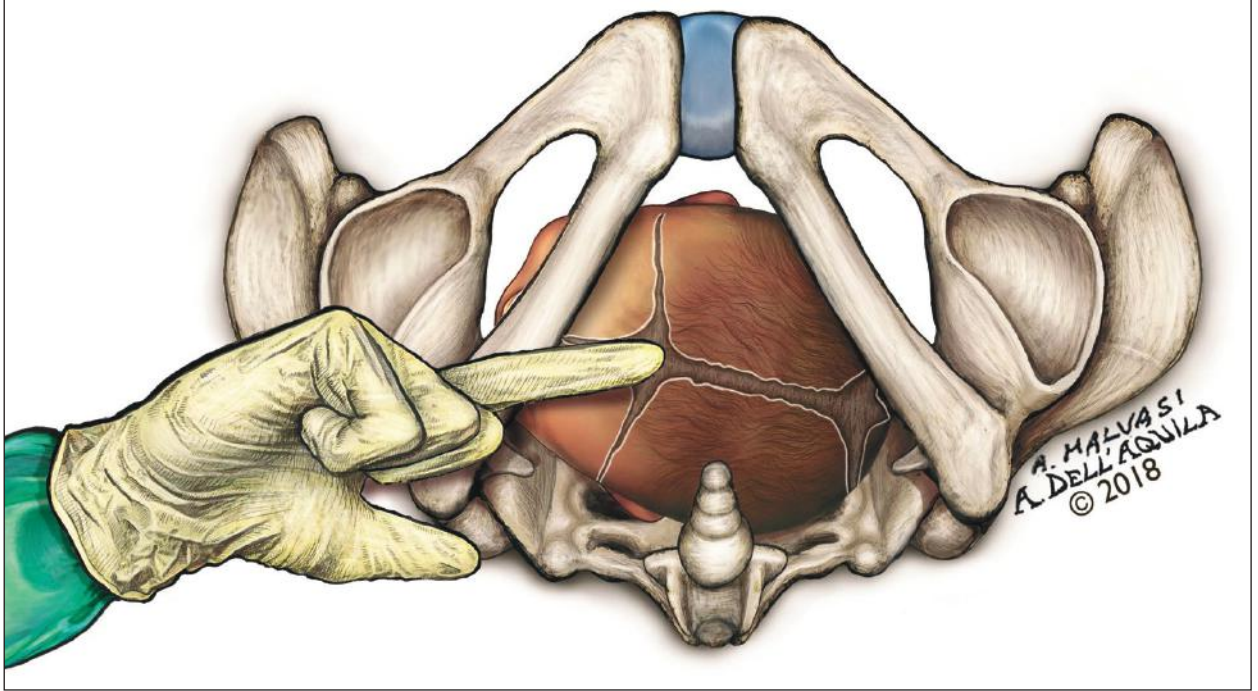
ğinde STAN teknolojisinin perinatal sonuçları belirgin olarak iyileştirdiğini göstermiştir (10-12). Mevcut sistematik derlemelere ve altı randomize kontrollü çalışmanın meta analizine göre, ST analizinin; fetal skalp derisi kan örnekleme, operatif vajinal doğum ve neonatal metabolik asidoz oranlarında önemli bir azalma sağladığı gösterilmiştir (13). Bununla birlikte, STAN kullanımından önce alınan fetal fizyoloji eğitimi, klinik uygulamadaki başarının anahtarı gibi görünmektedir.

Fetal Skalp Kan Örnekleme (pH ve Laktat)

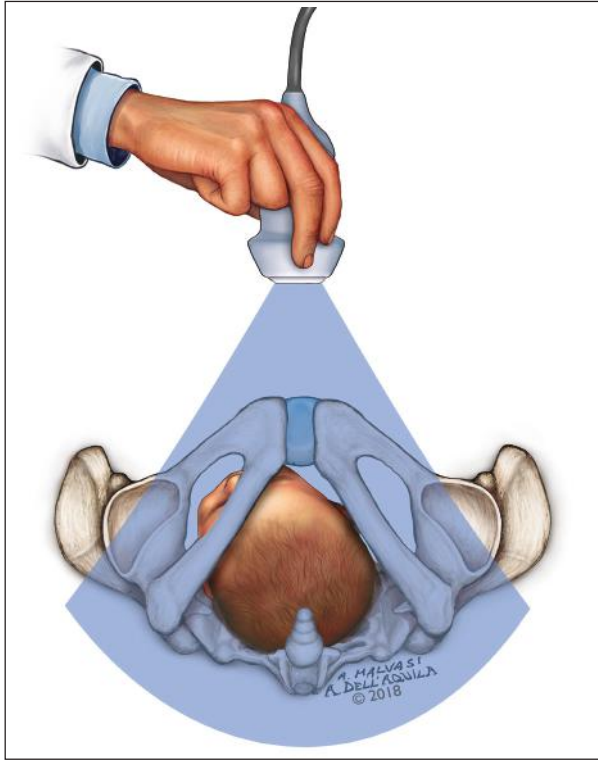
Fetal skalp kan örnekleme (FBS) 1960'ların başında nükleuslu kırmızı kan hücrelerini tanımlamak ve böylece mevcut rhesus izoimmunizasyonunu teşhis edebilmek amacıyla kullanılmaya başlanmıştır (Şekil 7.9). Daha sonra fetal skalp derisinden elde edilen bu kılcal kan numunesi fetüsün merkezi organ oksijenizasyonunu yansıtacağı düşünülerek fetal pH'nın değeren-



Şekil 7.9. FBS 1960'ların başında nükleuslu kırmızı kan hücrelerini tanımlamak ve böylece mevcut rhesus izoimmunizasyonunu teşhis etmek için kullanılmaya başlandı.



Şekil 8.1. Doğumun ikinci evresinde fetüsün ön fontanelinin dijital muayenesi. Obstetrik muayeneler, özellikle sol oksiput transvers gibi fetal kafa malpozisyonlarında yanlış olabilir.



Şekil 8.2. Doğumun ikinci evresinde Transabdominal İntrapartum Ultrasonografi: fetal kafayı tespit etmek için prob maternal karına transvers olarak yerleştirilmiştir (Bu vakada, sol oksiput posterior pozisyonda). Transabdominal ultrasonografi, doğum eyleminin ikinci aşamasında fetal kafa pozisyonunu değerlendirmenin en iyi yoludur.

doğum sırasında fetal kafanın maruz kaldığı basıncın en önemli anatomik göstergeleridir. Ancak doğumun ilk evresinde servikal açıklığın az olması, dijital muayenede sütürlerin ve fontanellerin palpe edilme olasılığını azaltır. Doğumun ikinci evresinde, özellikle distosi varlığında, kaput suksadenum fontanel sütürleri ile cerahın parmakları arasında bariyer oluşturur. Sonuç olarak bu faktör angajman, iç rotasyon, malpozisyon veya malrotasyon durumlarında fetal kafa pozisyonunun yanlış tanı almasına neden olur. Translabial ultrason doğumda fetal kafanın malpozisyon ve malrotasyonlarını teşhis etmede daha sık kullanılmaktadır (Şekil 8.3).

Fetal Kafanın Konumu (FHS)

2005 'te Dupuis ve arkadaşları FHS'yi belirlemek için vajinal muayenenin güvenilirliğini doğum simülatörü mankeni kullanarak sırasıyla 32 uzman ve 25 asistan doktor ile değerlendirmiş, hata oranlarını % 50 ila % 88 arasında ve % 36 ila % 80 arasında saptamıştır (15).

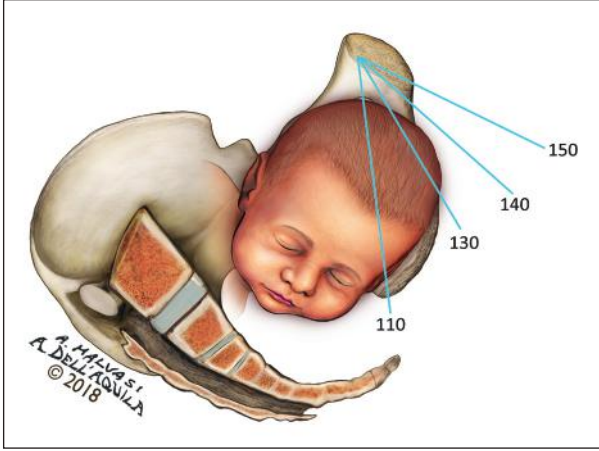
Kafa-perine mesafesi (HPD)

2006'da Eggebø ve arkadaşları fetal kafanın angajmanını değerlendirirken HPD ölçümünü tanımlamıştır (16). HPD, fetal kafatasının en dış kemiği ile perineal deri yüzeyi arasındaki en kısa mesafenin transvers olarak ölçülmesi ile hesaplanmıştır.

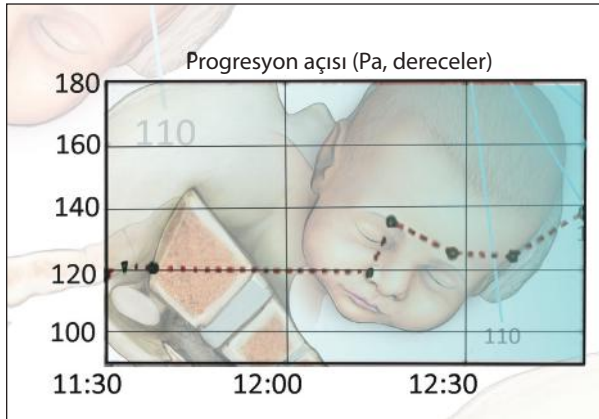
bini sağlamaktadır. Üretilen ekografik görüntüler Fetal kafa konumunu (FHS), İlerleme Açısını (PA) ve Dönme açısını (RA) göstermektedir. SensUS, 3D rekonstrüksiyon ve grafiklerle doğum kanalındaki fetal ilerlemeyi güvenli ve güvenilir bir şekilde değerlendirmektedir (Şekil 8.7-8.10).

Klinik Doğrulama

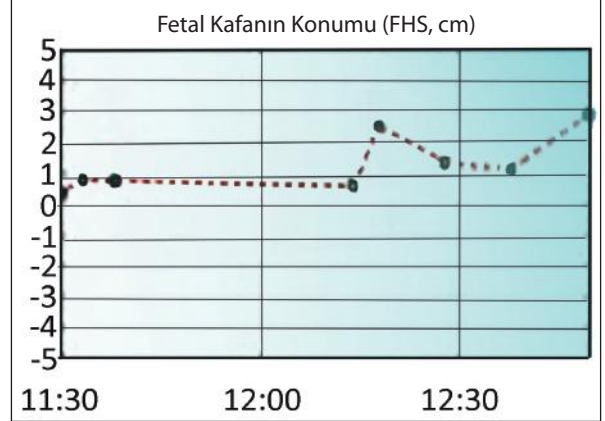
SensUS'un doğruluğu klinik çalışmalar ile değerlendirilmiş ve onaylanmıştır. Tamamen invaziv olmadığı için hastalar özellikle rutin manuel muayenelerde SensUS'u iyi tolere etmiştir (31-36). Ancak birçok parametreyi hesaplamasına rağmen SonoVCad Labor'a benzer şekilde operatör bağımlıdır.



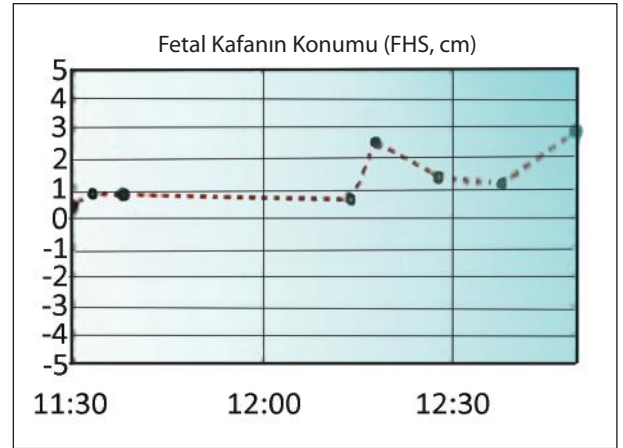
Şekil 8.7. Fetal kafa ilerlemesi ultrason cihazı tarafından tespit edilebilen bir parametredir.



Şekil 8.8. Manuel ultrasonografik görüntülemenin ardından ultrason cihazı verileri detaylandırır ve ilerleme-rotasyon açılarını değerlendirir ancak bu teknik operatöre bağlıdır.



Şekil 8.9. Fetal kafanın önde gelen kısmının maternal iskiyadik çıkıntılar (örneğin -5 cm, 0, +5 cm) seviyesinde veya bu seviyenin altında olmasına göre santimetre cinsinden tanımlanan fetal kafa konumunun, zaman fonksiyon çizelgesi.



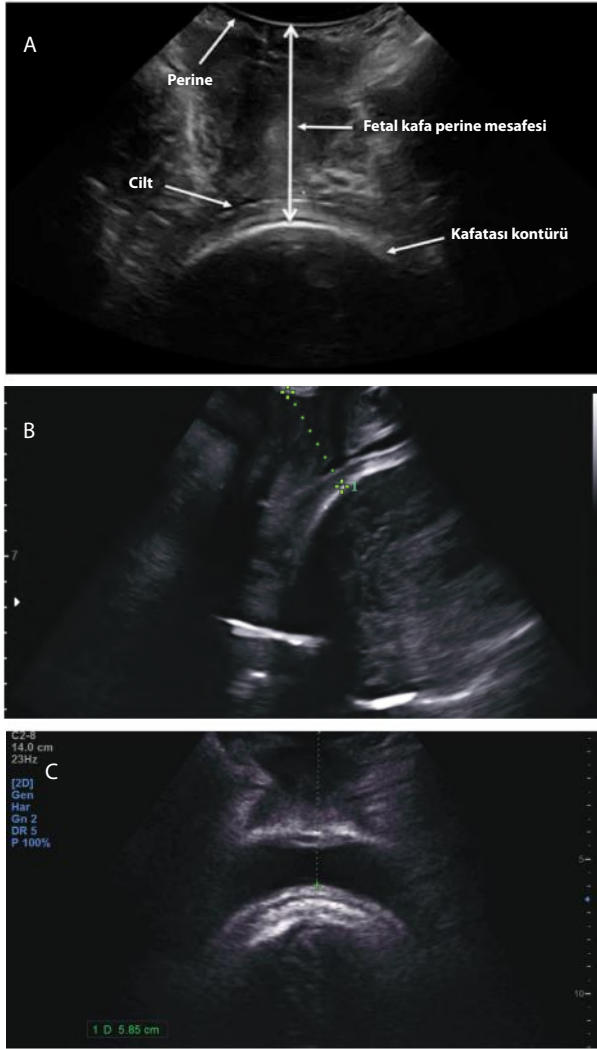
Şekil 8.10. Pelvik çıkımın ön-arka çapına göre (örneğin, 0, 120°, 150°) > veya < 45° olarak tanımlanan kafa rotasyon açısının zaman fonksiyon çizelgesi.

PHANTOM IUSim™

IUSim™ intrapartum sonografik simulatördür.

- Düzenlenebilir: Kişiselleştirilmiş vaka raporları oluşturma (casebook).
- Parametreler: Eylemin ilerleyişi, kafa-perine mesafesi ve progresyon açısı ölçümü
- Paylaşım: Yönetici arayüzünü interneti olan herhangi bir cihazda görüntüleme

Bu anahtar noktalar kullanılan ultrason görüntüleri ile operatif vajinal doğum gerekliliğinin belirlenebildiğini ve hatta IUSim™'in normal ve anormal doğum eylemini tanıyabildiğini göstermiştir. Ultrason, güvenli operatif doğumu başarmak için önemli bir araçtır.

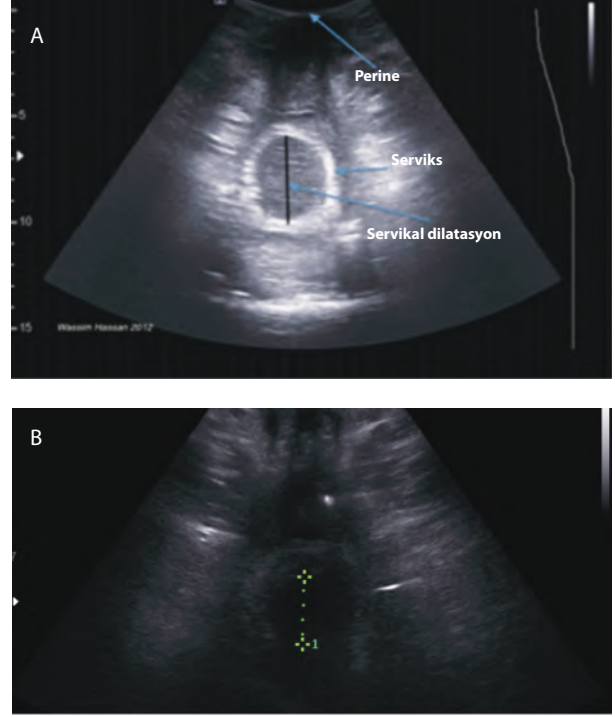


Şekil 9.1. A) Kafa perine mesafesinin (HPD) doğru görüntüsü. Ultrason görüntüsünde transvers planda fetal kafatasının dış kemik sınırı ile perine cilt yüzeyi arasındaki en kısa mesafenin kafa perine mesafesi (60 mm) olarak ölçümü göstermektedir (20). B) Kafa perine mesafesinin doğru olmayan ölçümü. Bu ultrason görüntüsü transversden çok sagittal planda alınmıştır; çizgi ölçüm planına dik değildir. C) Kafa perine mesafesinin doğru olmayan ölçümü. Dolu maternal mesane, kafa perine mesafesini daha uzun göstermektedir.

Serviks

Hassan ve arkadaşları transperineal ultrason ile transvers kesitte görüntüledikleri serviks halkasının iç arka ve iç ön kısımlarına yerleştirdikleri belirteçleri kullanarak servikal açıklık ölçüm yöntemlerini tarif etmişlerdir (Antero-posterior plan) (21) (Şekil 9.2).

Yuce ve arkadaşları, VM ve servikal açıklığın transperineal ultrasonografik ölçümleri arasında anlamlı bir ilişki bulmuşlar; sınıflar arası korelasyon katsayısını



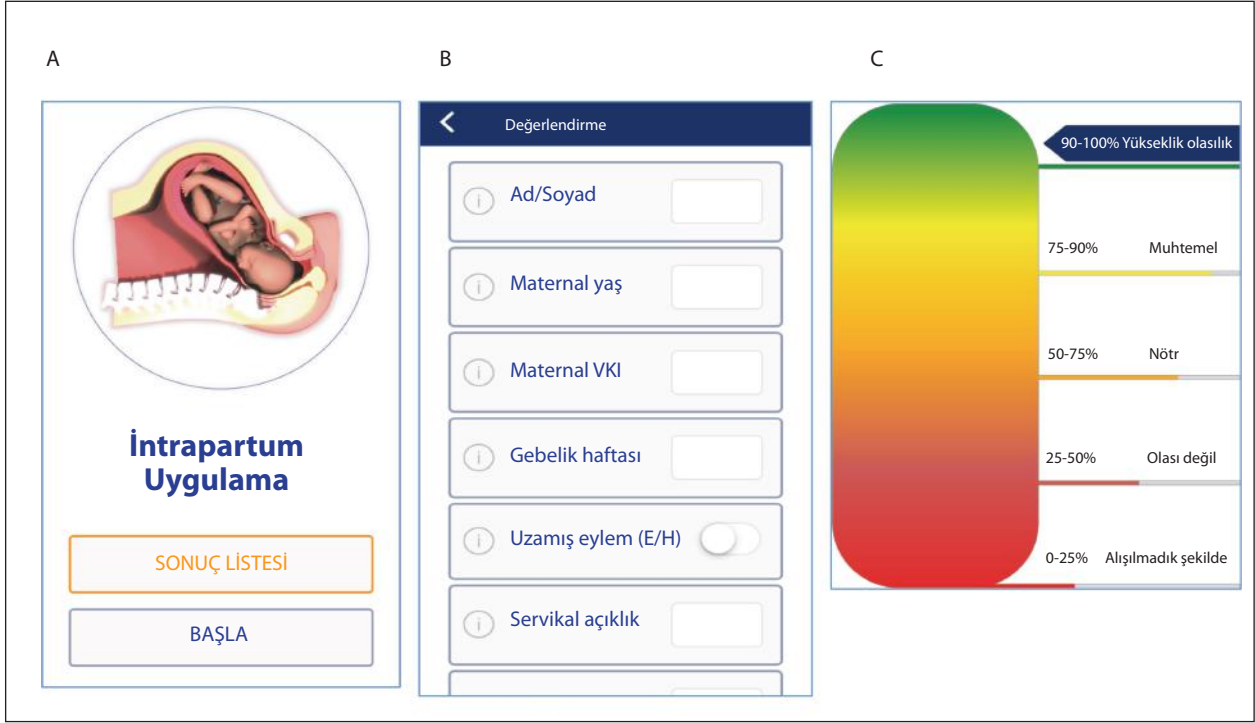
Şekil 9.2. A) Serviksin doğru görüntüsü. İki boyutlu (2D) transdüserin transperineal transvers uygulaması serviksin antero-posterior planda ölçülmesini sağlar (21). B) Serviksin doğru olmayan ölçümü. Kaliper serviksin ön dudağının üzerine doğru yerleştirilmemiş, arka dudak üzerine doğru yerine yerleştirilmiş ancak yine de açıkça görülüyor.

(ICC), tekli ölçümler için 0.82 (% 95 CI 0.73-0.88) olarak saptamışlardır (22).

79 gözlemin Bland-Altman analizi, ultrasonun, servikal açıklığı dijital muayeneye kıyasla ortalama 10 mm daha az ölçtüğünü ortaya koymuştur. Bu fark, VM sırasında serviksin yanlışlıkla esnetilmesinden kaynaklanıyor olabilir. Çalışma, transperineal ultrason doğumun ilerleyen safhalarında daha az güvenilir olduğu için VM'nin daha faydalı olacağını kabul etmiş, ancak bu ifadeyi destekleyecek herhangi bir veri sunmamıştır (22).

Benediktsdottir ve arkadaşları, servikal açıklığın ≥ 8 cm olduğu vakaların çoğunda (% 65) serviksin değerlendirilemediğini tespit etmişlerdir (23). Ancak bu çalışmada serviks ölçümünün ultrason görüntülemesinin AP düzleminde değil, transvers düzlemde yapıldığını söylemek önemlidir.

Ayrıca Yuce ve arkadaşları ultrason ölçümünde, 0.83'e benzer bir ICC ile (% 95 CI 0.72-0.90) servikal açıklığın dijital değerlendirmeden ortalama 1 cm daha az olduğunu göstermişlerdir (22).



Şekil 9.5. İntrapartum uygulama. A) İntrapartum uygulama ekranı. B) Maternal ve ultrason parametreleri. C) Vajinal doğum olasılığını gösteren sonuçlar.

Belkide intrapartum ultrason en çok, dijital vajinal muayeneye ilave olarak rotasyonel ve non-rotasyonel enstrümental doğumdan önce doğumun ikinci evresindeki duraklamada kullanışlı olacaktır.

Öngörü Aracı

514 kadının dahil olduğu geniş randomize kontrollü bir çalışmada asiste vajinal doğumda doğumun ikinci evresinde kullanıldığında ultrason ile fetal pozisyon tespitinin doğruluğunun artmasına karşılık, obstetrik veya neonatal morbiditede farklılık saptanmamıştır (38). Ancak çalışma, yenidoğan sonuçlarını değerlendirmek için yeteri kadar güçlü değildi. Benzer şekilde, hem ultrason ile fetal pozisyonun değerlendirildiği hem de beraberinde vajinal muayene yapılan kadınlar ile yalnızca vajinal muayene yapılan kadınların randomize edildiği kontrollü bir çalışmada 1900 kadın değerlendirilmiştir (39). Ultrasonun eklenmesinin doğum yönetimini iyileştirmediği ve maternal-neonatal

morbiditeyi azaltmadan operatif doğum oranlarında artış ile ilişkili olduğu bulunmuştur (40). Bu, sözde 'ölçüm etkisi'nden kaynaklanıyor olabilir.

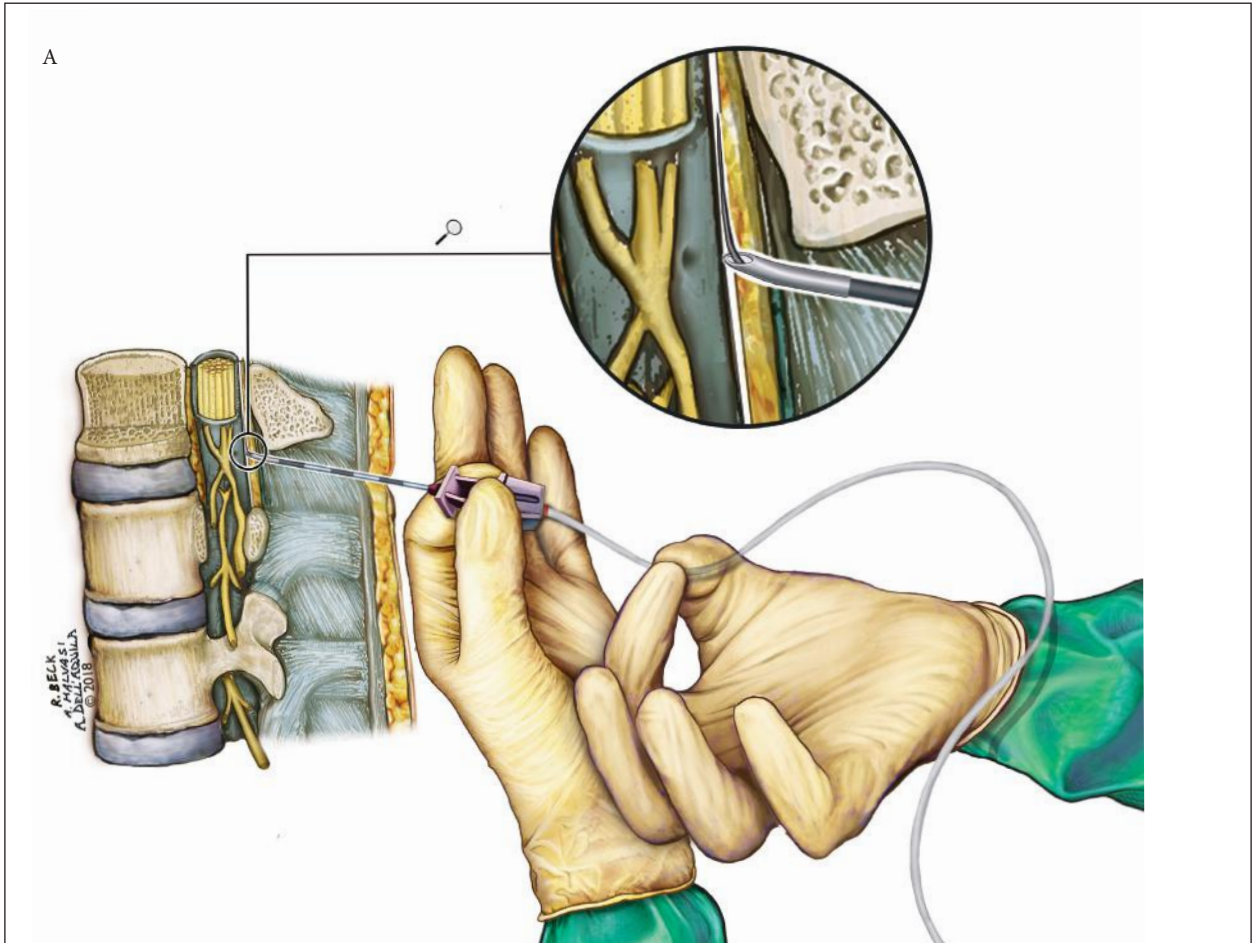
Kahrs ve arkadaşları yakınlarda yürüttükleri çok merkezli çalışmada, fetal pozisyon ve konumu ultrason ile değerlendirmenin vakum ekstraksiyon zamanını, doğum şeklini ve uzamış ikinci evredeki nulliparlar da fetal sonuçları öngörebildiğini saptamışlardır. Kafa perine mesafesi $\leq 35\text{mm}$ olan 7/181 (%3.9) kadın sezaryen sekiyo ile doğururken, 9/41 (%22.0) kadında kafa perine mesafesi $> 35\text{mm}$ olarak ölçülmüştür ($p < 0.01$) (Şekil 9.6).

Kafa perine mesafesi $> 35\text{mm}$ olan 8/40 (%20) kadınla karşılaştırıldığında, $\leq 35\text{mm}$ ölçülen kafa perine mesafesi varlığında 2/11 (%1.4) kadında umbilikal kord arteriyel pH < 7.10 gözlenmiştir. Bu, danışmanlık için önemli bir nokta olup gelecekteki randomize kontrollü çalışmalarda daha fazla araştırılması gerekmektedir (41).

ma geçerler ve vajinal prostaglandin çıkarıldıktan sonra uterin taşisistolun ve fetal distresin düzelmesi daha uzun bir zaman alır. Bu nedenle önemli olan uterin taşisistolun erken tanınması ve fetal distres oluşmadan önce ilaçların proaktif olarak sonlandırılmasıdır. Hipertonik uterusu hızla geri döndürmek için akut tokolitik tedavi de düşünülebilir (69). Örneğin Şekil 10.4'te gösterilen durumda bradikardi başlangıcından 2 dakika sonra oksitosin kesilmiş ve 3 dakika sonra heksoprenalin başlanmıştır. Fetal kalp atım hızı 6 dakika sonrasında normal başlangıç seviyesine dönmüştür. Uterin hiperstimülasyon saptanan 29 kadının dahil edildiği randomize kontrollü bir çalışmada bir grupta oksitosin kesilmiş diğer grupta ise oksitosin devam ederken ve subkutanöz terbutabin uygulanmıştır (70).

Ortalama taşisistol çözünme süresi oksitosin kesilen gruba kıyasla (34.6 ± 26.9 dakika) terbutalin verilen grupta (9.4 ± 4.4 dakika), anlamlı olarak daha kısa bulunmuştur. Ancak bu az vaka sayılı çalışmada APGAR skorları veya sezaryen oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark gösterilememiştir.

Öte yandan uterin taşisistolda tokolitik tedavinin yararı kanıtlanmamıştır. Çoğunlukla yüksek gelirli ülkelerde gerçekleştirilen sekiz randomize kontrollü çalışmanın dahil edildiği 734 kadından oluşan ve yakın zamanda yayınlanmış bir metaanalizde tokolitiklerin uterin taşisistol ve doğum sırasında şüpheli fetal distrese olan etkilerini belirlemek için yeterli kanıt bulunmadığı gösterilmiştir. Yazarlar olumsuz sonuçları heterojeniteye ve çalışmaların yetersiz örneklem boyutuna bağlamışlar, sonucun düşük gelirli ülkelere genellenmesini de sorgulamışlardır (67).



Şekil 10.5. A) Touhy iğnesi ile epidural boşluğa epidural katater takılması.

Perineal Tıraş

Rutinde kadında doğum öncesi veya doğum sırasında perineal tıraş için bir öneri yoktur (21). Potansiyel komplikasyonlar (kızarıklık, çoklu yüzeysel çizikler, vulvanın yanması ve kaşınması, ve kılların uzadıktan sonra yarattığı rahatsızlık) tıraşın rutin klinik uygulamanın bir parçası olmaması gerektiğini düşündürmektedir.

Birinci Evre

Klorheksidin

Maternal ve yenidoğan enfeksiyonlarını önlemek için doğum sırasında lavaj veya intravajinal klorheksidin kullanımını destekleyen hiçbir kanıt yoktur. Ayrıca postpartum endometrit insidansı üzerine istatistiksel olarak anlamlı etkisi yoktur (22) (Şekil 11.2).

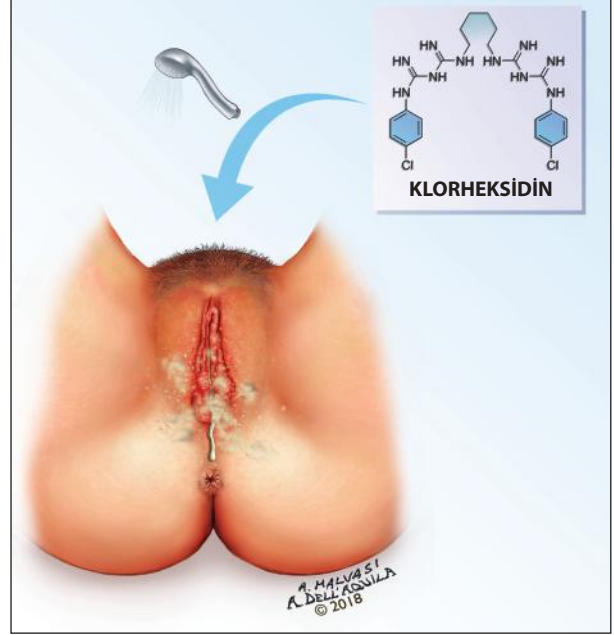
GBS Profilaksisi

Amerika Birleşik Devletleri ve bazı Avrupa ülkelerinde prenatal maternal grup B streptokok taraması, 35-37. haftalarda rektovajinal örnek alınarak GBS kolonizasyonu saptanan kadınlara intrapartum uygulanan antibiyotik (ampisilin birinci basamak) tedavisi şeklinde yapılır (23). Mevcut gebeliklerinde GBS bakteriürisi olan veya GBS sepsisli bir bebek öyküsü olan kadınlar, intrapartum antibiyotik profilaksisine adaydır ve bunlar taranmadan tedavi verilen iki grup hastadır. Ayrıca GBS maternal durumu ne olursa olsun koryoamniyotik için intrapartum tedavi önerilmektedir.

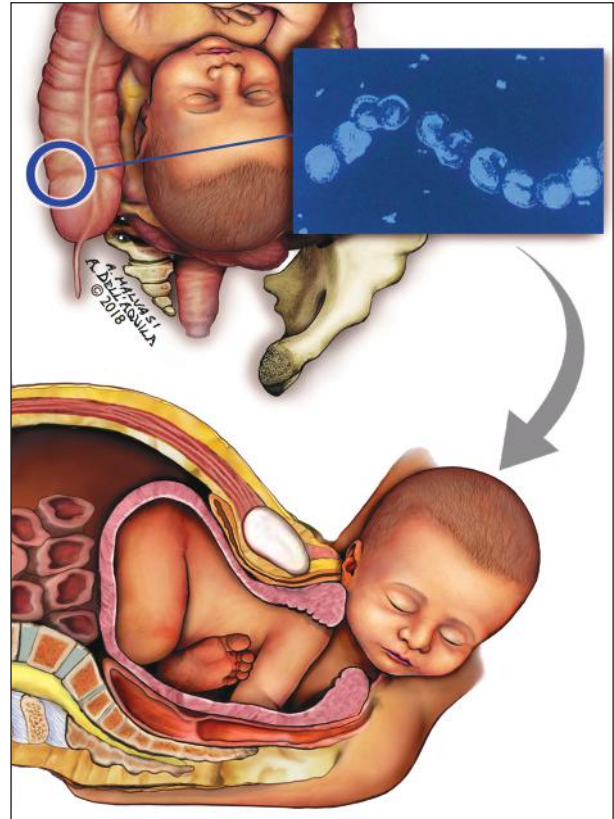
Diğer Avrupa ülkeleri ise fark edilmiş risk faktörleri olan tüm kadınlara intrapartum antibiyotik tedavisi verilmesini içeren bir risk temelli strateji kullanmaktadır: GBS sepsisinden etkilenmiş bebek öyküsü, mevcut gebelikte GBS bakteriürisi, preterm doğum <37 hafta, doğum öncesi membran rüptürü ≥ 18 saat, ateş ≥38. Son olarak, evrensel tarama erken GBS sepsisinin önlenmesinde %50'den daha fazla etkilidir (23) (Şekil 11.3).

Doğumda Nutrisyon

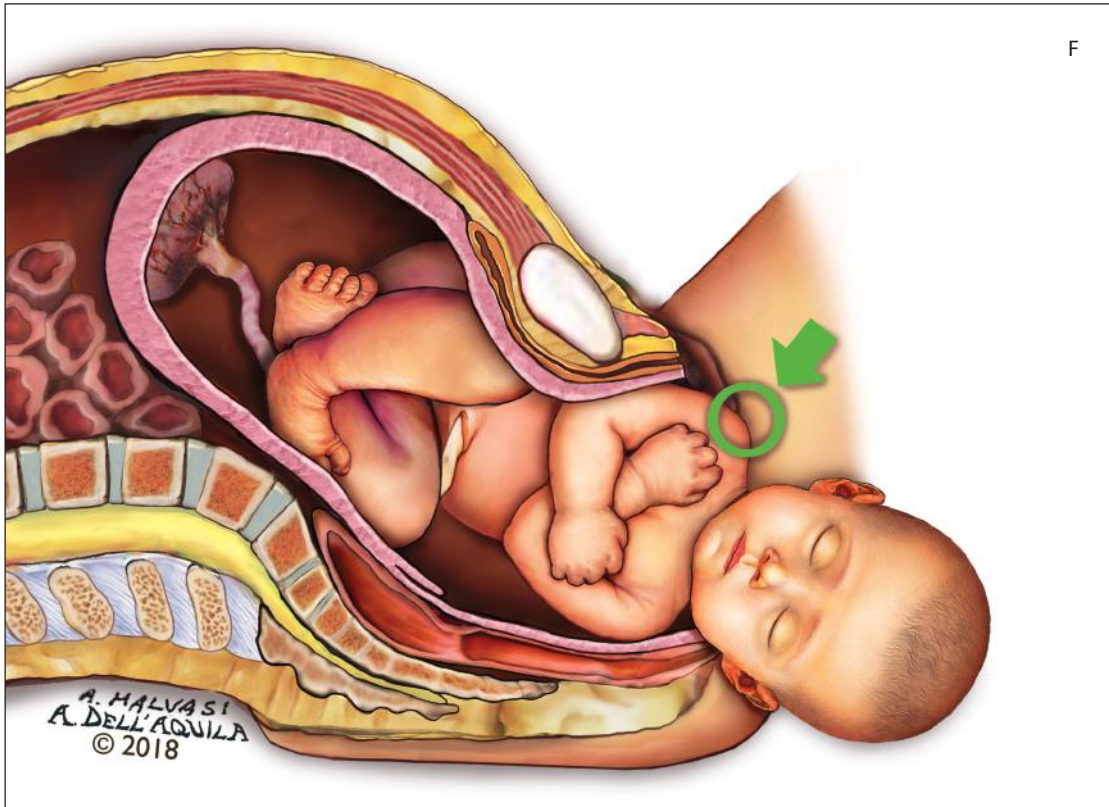
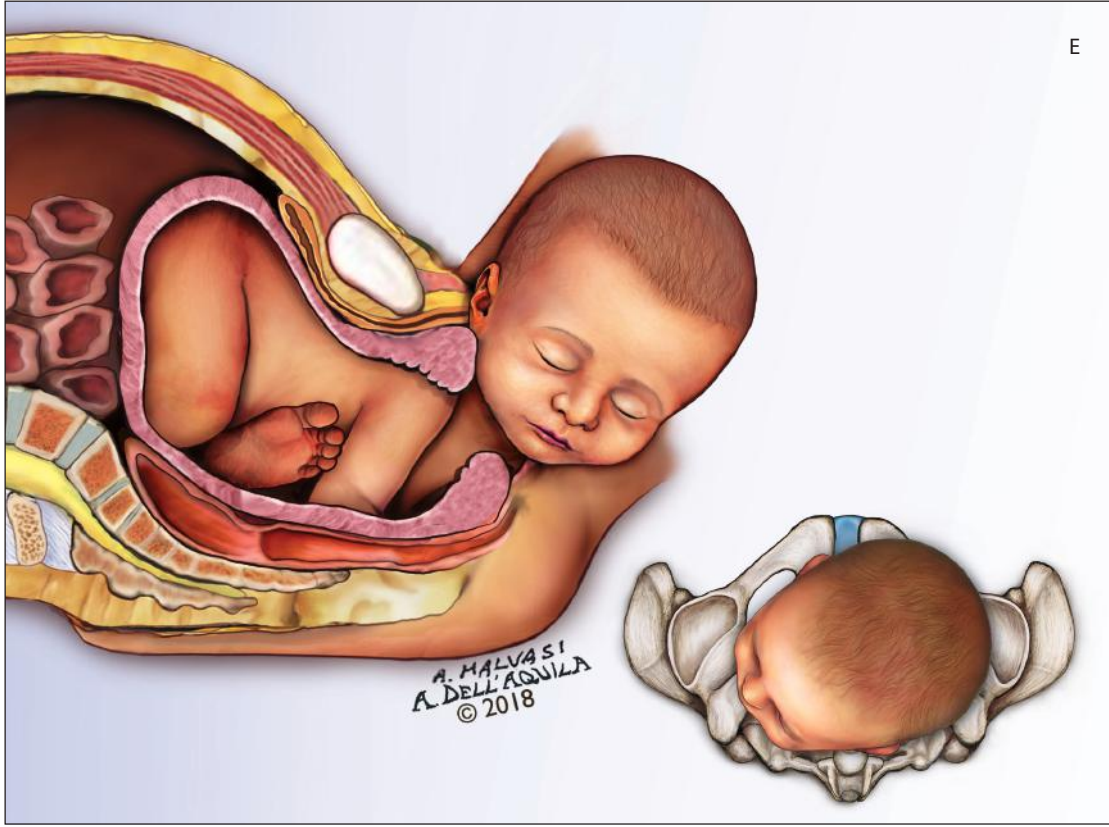
Düşük riskli kadınlarda doğumda beslenme ve sıvı uygulamalarının kısıtlanması için çok az gerekçe vardır. Sıvı ve besin kısıtlaması yapılanlar ile doğum sürecinde nutrisyon verilen kadınlar karşılaştırıldığında; 10 randomize kontrollü çalışmanın meta-analizinde düşük riskli tekil gebeliklerde doğum sırasında serbestçe beslenen kadınların doğum sürelerinin daha kısa ol-



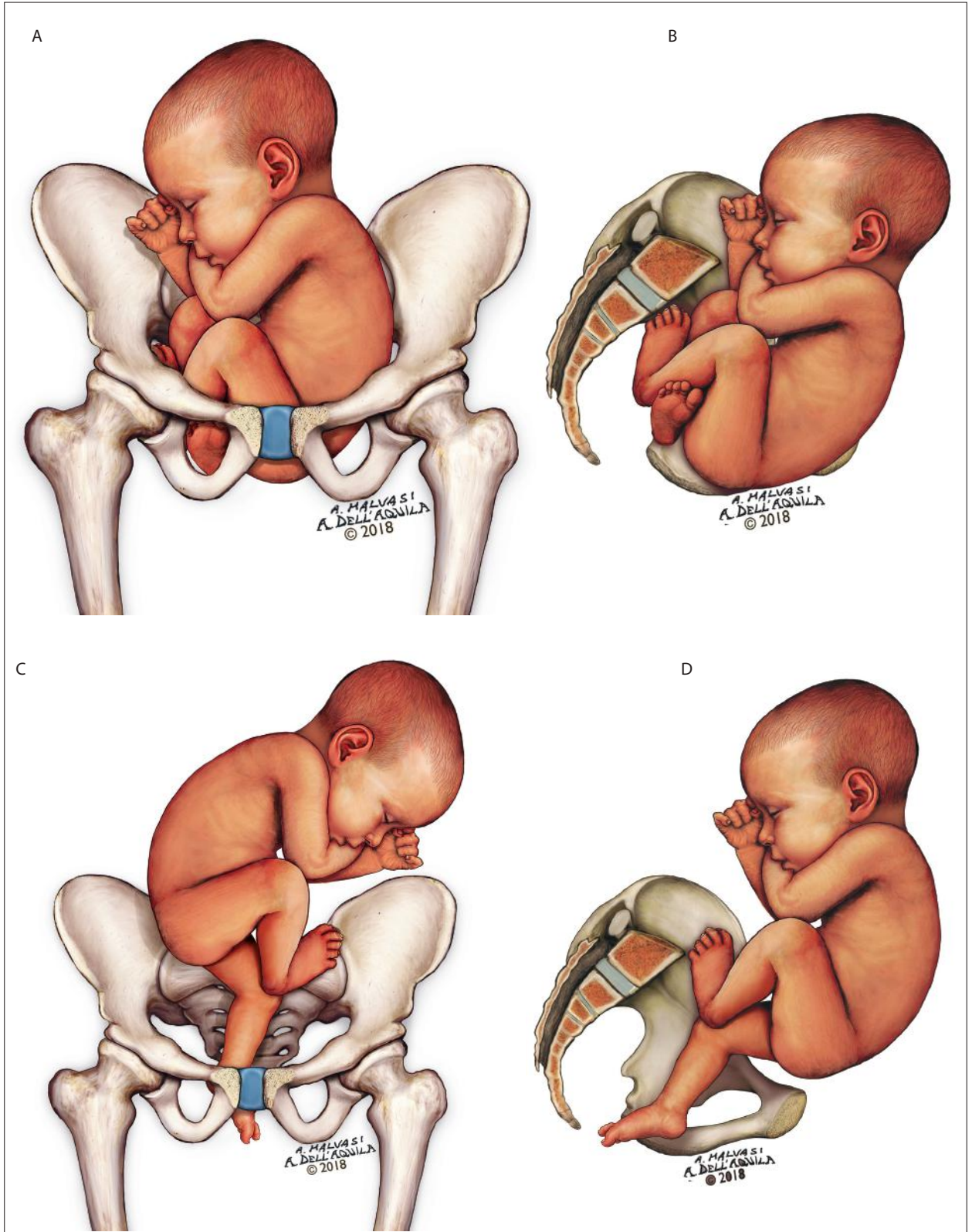
Şekil 11.2 Maternal ve yenidoğan enfeksiyonlarını önlemek için doğum sırasında lavaj veya vajene sürerek vajinal klorheksidin kullanımını destekleyen hiçbir kanıt yoktur.



Şekil 11.3 GBS profilaksi: Evrensel tarama erken GBS sepsisinin önlenmesinde %50'den fazla etkilidir.



Şekil 11.6. Kardinal Hareketler: E) Resüsitasyon F) Anterior omuz çıkışı.



Şekil 12.3. Makat geliş tipleri: A) Anne pelvisine önden bakış, sırtın solda bacakların fleksiyonda olduğu makat geliş. B) Anne pelvisine sagittal bakış, sırtın sağda bacakların fleksiyonda olduğu makat geliş. C) Yüzen (floating) makat geliş önden bakış. D) Yüzen makat geliş sagittal bakış.

Kadın doğum uzmanlarının, makat gelişlerin tüm gebeliklerin %3-4'ünde meydana geldiğini ve %8 ila %35'inin doğuma kadar tespit edilmediğini akıllarında bulundurmaları gerekmektedir (31,32).

Vajinal makat doğum yönetimi beceri isteyen bir durumdur. Hekimlerin eğitilmeleri, geliştirilmeleri ve kendilerine güvenlerini, becerilerini geliştirebilmeleri adına desteklenmeleri gereklidir. Bu nedenle, periyodik eğitim -pratik eğitim oturumları, videolar ve klinik simülasyon senaryoları gibi- tüm ekip üyeleri için gereklidir (33,34).

Dokümantasyon

Doğum öncesi yönetim (ESV girişi, MRI pelvis çalışması, vajinal doğumun planlanmasında kriterlerin değerlendirilmesi, danışmanlık), fayda zarar dengesi- nin tamamen gözden geçirilmesi, aydınlatılmış onam (sözlü ve yazılı), tüm intrapartum olaylar, yapılan müdahaleler (gerçekleştirilen manevraların ayrıntılı notları, zamanları, APGAR skorları, kord kanı analizi, yenidoğan resüsitasyon işlemleri, anne ve yenidoğana ait problemler) açıkça ve baştan sona belgelenmelidir.

İYİ KLİNİK UYGULAMALAR

- Özenli antenatal bakım yapılmalıdır
- (verteks dışı gelişin erken teşhisi, gebe batin palpasyonu, ultrason doğrulaması, makat geliş tipi)
- Eksternal Sefalik Versiyon (ESV)
- Anneye ve fetüse ait özel kriterler karşılanıyorsa, 36-37. haftada önerilir (makat gelişini değiştirmek için girişimler)
- Makat gelişte vajinal doğum denemesi için katı seçim kriterleri
- (Tıbbi ve obstetrik öykü, tahmini fetal ağırlık, annede pelvimetri, parite...vb)
- fayda-zarar dengesi
- açık ve yeterli danışmanlık
- Doğum yönetimi
- yeterli sağlık hizmeti kuruluşu
- doğumu gerçekleştirebilecek iyi yetiştirilmiş ve deneyimli kadın

- doğum uzmanı
- doğum öncesi boş mesane
- devamlı fetal kalp monitörizasyonu
- doğum süreci için en iyi anne pozisyonları (dört ayak, dik pozisyon, diz dirsek pozisyonu)
- acil sezaryen hizmetlerine ulaşılabilirlik
- Multidisipliner bir ekibin bulunması (anestezi uzmanı, yenidoğan resüsitasyonu)
- Teknik ipuçları
- doğumun ikinci fazında etkin ıkınma
- bebeği makattan çekme (umbilikus çıkışına kadar spontan iniş)
- ön sakrum pozisyonuna doğru rotasyon arzu edilir
- kalçanın önü ve anüs dayandığı zaman epizyotomi düşünülmeli
- eğer ayaklar spontan olarak doğmuyorsa Pinard manevrası
- fetal başı fleksiyonda tut
- Doğumda fark edilen makat pozisyon

- karar verebilmek için dar bir zaman dilimi
- tanı konmamış kontrendikasyonlar?
- fayda zarar dengesi
- kişisel şartlar doğrultusunda doğumun şekli
- İkiz doğumlar ve preterm makat doğumlar
- özel anne ve yenidoğan koşulları
- özel durumlara göre ve bireyselleştirilmiş doğum şekli
- Eğitim
- akılda bulunsun: beklenen ve beklenmeyen vajinal makat doğumlar obstetrik için kaçınılmaz bir durumdur
- makat doğumlar için yeterli beceri ve güveni kazan
- süregelen eğitim, simülasyon programları, pratik çalışmalar, videolar
- ● Dokümantasyon
- aydınlatılmış onam
- tüm olayların ve işlemlerin detaylı ve eksiksiz belgelenmesi

KÖTÜ KLİNİK UYGULAMALAR

- Vajinal makat doğuma karşı tıbbi ve kültürel inanış direnci
- kötü yenidoğan sonuçları ile ilgili korku
- mediko-legal sonuçların korkusu
- sezaryen doğumun vajinal doğumdan daha güvenli olduğu inancı
- Pratik uygulama kılavuzlarına, protokollere ulaşamıyor ya da üzerlerinde uzlaşmamış
- Doğumun yönetimi

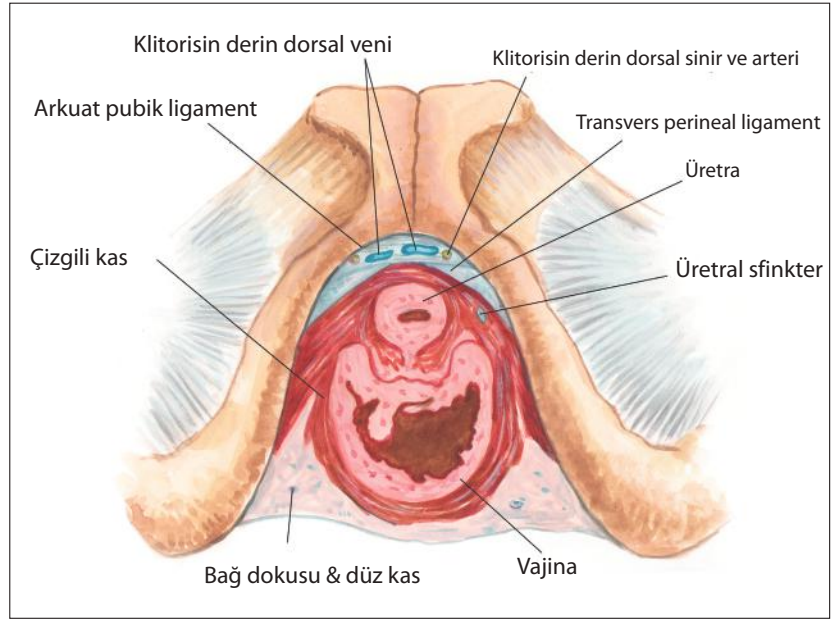
- yetersiz sağlık hizmeti kuruluşu
- devamlı fetal kalp monitörizasyonu yapılamaması
- sezaryen imkanına ihtiyaç duyulduğunda ulaşamaması
- multidisipliner bir ekibin bulunmaması
- yeterli eğitimi almamış sağlık profesyonelleri
- Teknik
- Yetersiz anne desteği
- annede pozisyon vermenin sınırlı olması
- makattan çekmek

- kadının karnına bastırmak
- fetal başın ekstansiyonu
- Eğitim
- beceri eksikliği, kadın doğum uzmanının minimal deneyim ve güveni
- periyodik eğitime, süregelen programlara ve simülasyonlara erişim olmaması
- Dokümantasyon
- kısmi veya tamamlanmamış dokümantasyon ciddi bir kötü klinik uygulamadır.
- aydınlatılmış onamın alınmaması

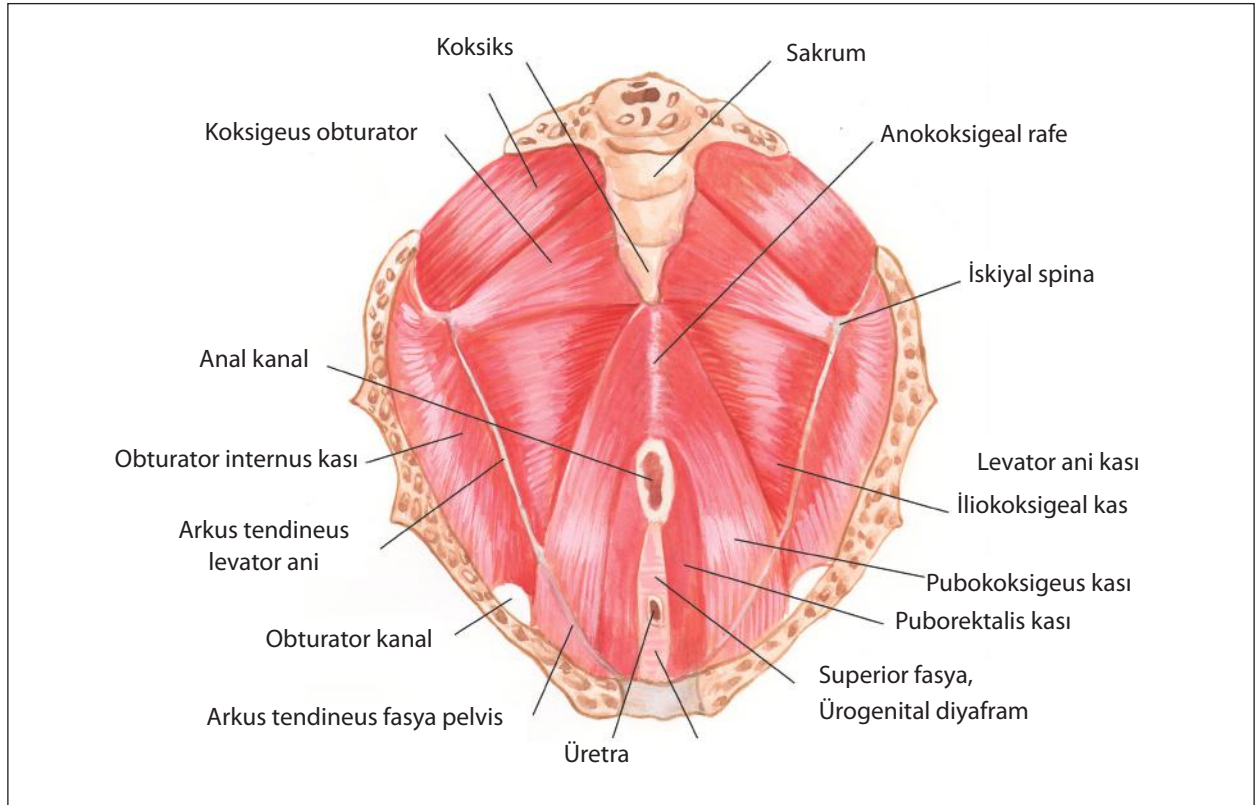
Pelvik tabanı ise, esas olarak, pelvise bağlanan levator ani kası oluşturur (Şekil 13.5). Bu alan pelvik pleksus sinirleri tarafından inerve edilir.

Perine Yırtıklarının Sınıflaması

Perine travması, vajinal doğum yapan kadınların yaklaşık %85'inde yaşanan bir olaydır. Perine yırtıkları vajinal doğum sırasında spontan veya epizyotomiye bağlı oluşabilir. Bu yaralanmalar, anteriorda üretra, klitoris ve vajina ön duvarını, ya da posteriorda vajina arka duvarı ve kasını, anal sfinkter ve rektumu ilgilendirecek şekilde olabilir.



Şekil 13.4. Derin perineal alandaki yapılar.



Şekil 13.5. Pelvik taban kası.

Epizyotomi Gerekliliğinin Değerlendirilmesi

Bir sistematik derleme, ‘omuz distosisinin önlenmesinde ya da yönetiminde epizyotomi uygulanmasını destekleyen kanıtların olmadığı’ sonucunu ortaya koymuştur (41). Fakat pelvisin derinliklerine erişimin zor olduğu durumlarda, internal vajinal manevraları kolaylaştırmak için epizyotomi gerekli olabilir.



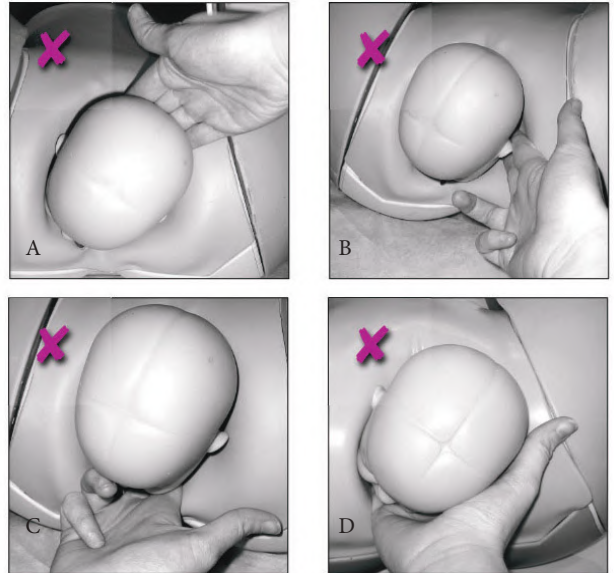
Şekil 14.2. Suprapubik bası uygulaması.

İnternal Manevralar (Şekil 14.3)

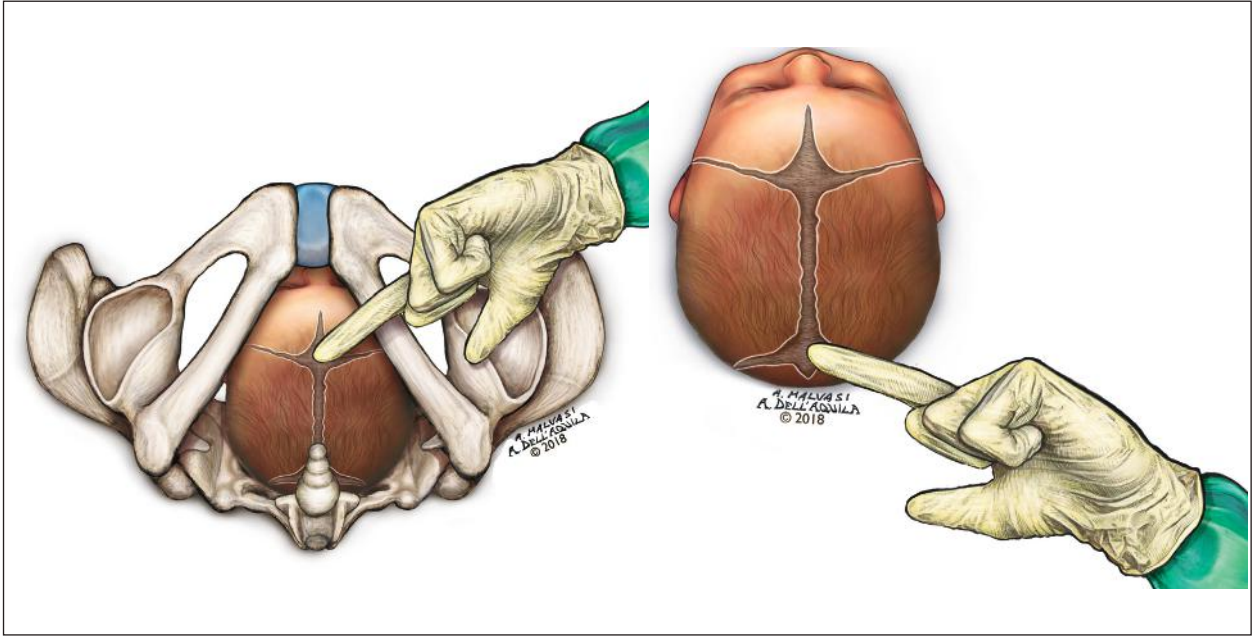
Uygulanabilecek 2 tip internal manevra vardır – arka kolun doğurtulması ya da internal rotasyon. Birinin diğerine üstünlüğü kanıtlanmış değildir (20). Tüm internal manevralar aynı hareketle başlar: pelvise erişim. Sakral konkavitenin yarattığı alandan dolayı pelvise en rahat erişim posteriordan sağlanır.

Elin tamamı posteriordan sakrumun konkavitesine yöneltilerek vajina içerisinde ilerletilir ve fetal kollar göğsün önünde fleksiyon pozisyonunda ise öncelikli olarak arka kolun doğurtulması denir.

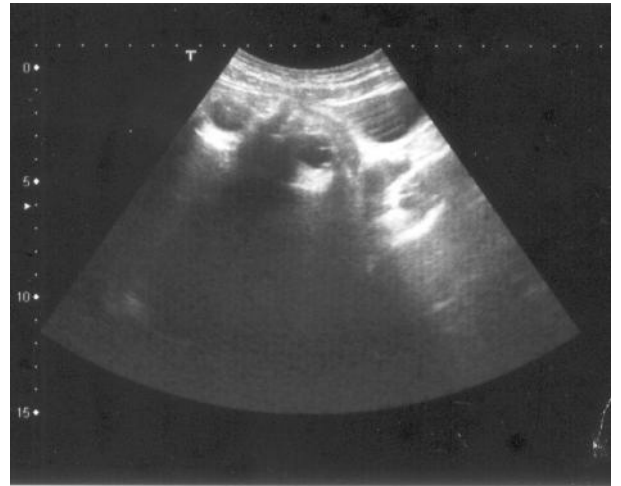
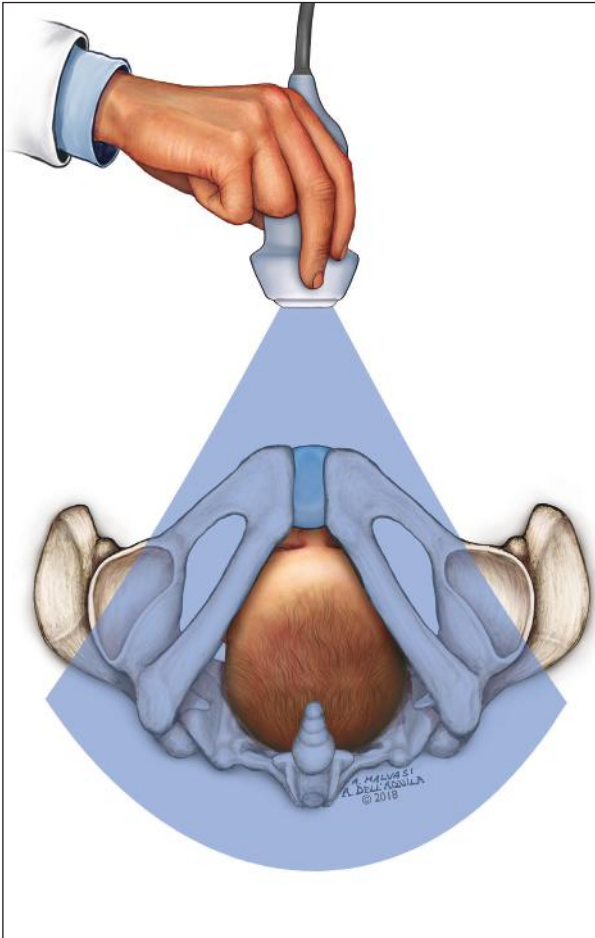
Eğer arka fetal kol fetal sırta doğru ekstansiyonda ise internal rotasyon daha iyi bir seçenek olacaktır. 2015 yılında yayınlanan bir makalede (18), omuz distosilerinde internal manevraların 1996-1999 yıllarında %14,5 oranında, 2009-2012 yıllarında ise %47,8 oranında uygulandığı bildirilmiş, dolayısıyla bu manevraların kullanımında artış olduğuna dikkat çekilmiştir. Aynı zaman sürecinde OD vakalarında kalıcı brakiyal pleksus zedelenmeleri 6/324’ten 0/562’ye gerilemiştir.



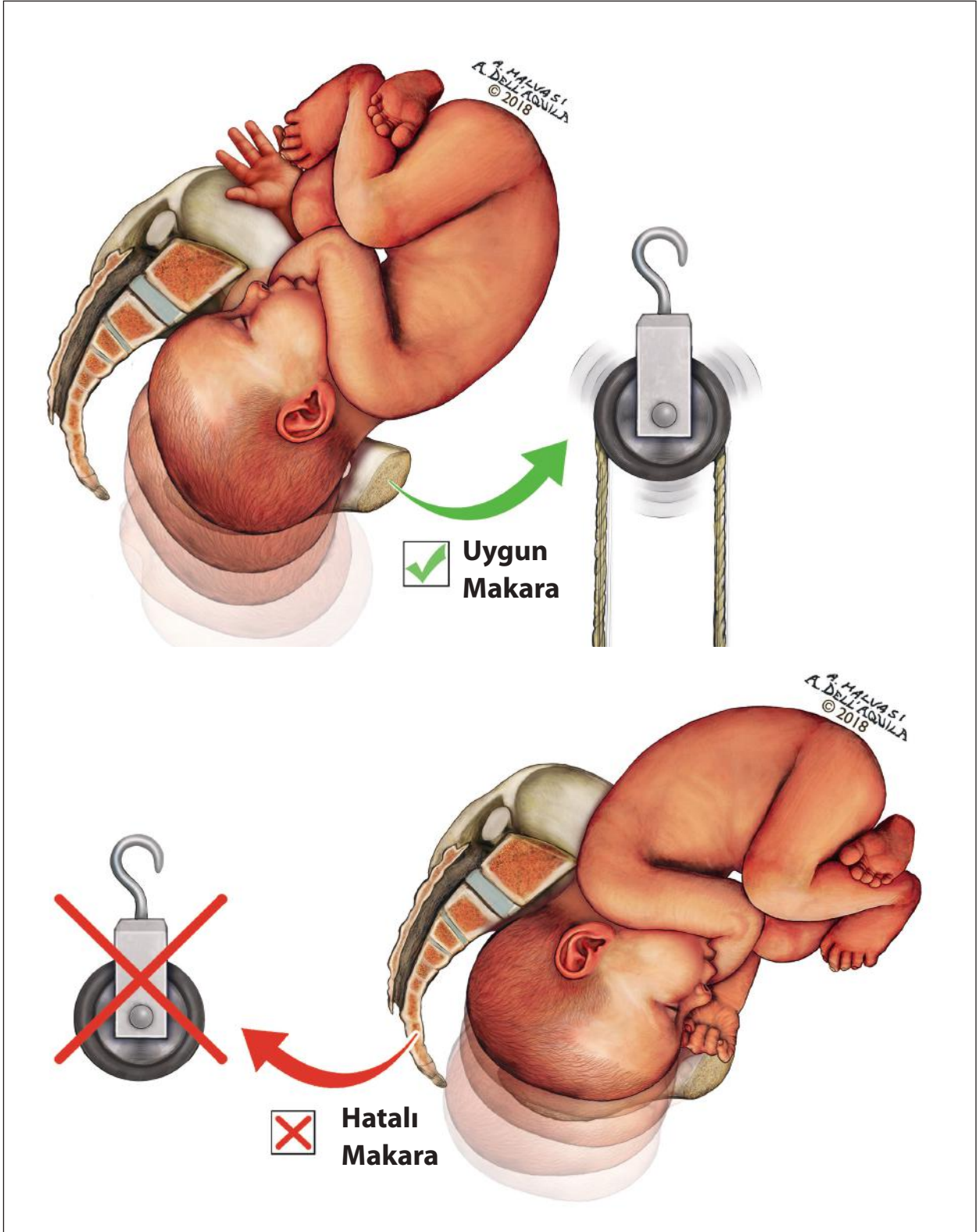
Şekil 14.3. Vajinaya erişim için yanlış uygulamalar A ve B) Anteriordan erişim sağlama girişimi C) Rutin vajinal muayene yapar gibi iki parmağın vajinaya ilerletilmesi D) Baş parmağın vajinanın dışında bırakılması.



Şekil 15.6. Anterior (sol) ve posterior (sağ) fontanellerin tespiti ile doğum sırasında OP pozisyonundaki fetal başa dijital vajinal muayene ile tanı konulması.



Şekil 15.7. OP pozisyonunun transvers kesitte transabdominal intrapartum sonografi görüntüsü (solda); doğumda fetal başın sağ OP pozisyonunda olduğu transvers transabdominal intrapartum sonografi görüntüsü: Fotoğraf orbitaları, lensleri ve yukarıyı işaret eden nazal köprüyü göstermektedir (üstte).



Şekil 15.20. OP pozisyonda doğum mekanizması OA (oksiput anterior pozisyon)'ye göre farklıdır. Gerçekte OAP'de fetal baş pubik kemiğin etrafından bir makara mekanizması oluşturur (üstte), ancak OPP'de fetal baş sakral kemiğe yerleşmiştir ve makara mekanizması gelişmez buna bağlı olarak fetal baş iniş süresi uzar (altta). Bu nedenle doğum analjezisinin OPP pozisyonunda fetal baş inişini yavaşlattığı veya durduğunu tanımlamak zordur.

Her zaman enstrümantal doğum başarısızlığı ile ilişkili klinik durumları düşünün:

- Maternal VKİ>30 Kg/m² olması
- Tahmini fetal ağırlığın 4000 g üzeri olması
- Fetal başın oksiput posteriorda olması
- Fetal başın abdomenin 1/5'inin üzerinde hissedilmesi

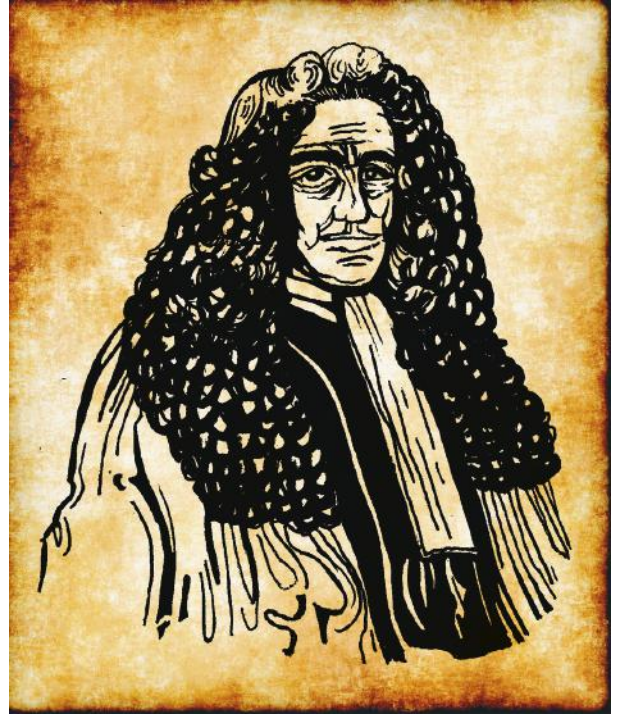
Vakum Yardımlı Doğum

Vakum ekstraksiyonu ilk defa 1705 yılında İngiliz cerrah, doktor Ceyms Yong tarafından, obstetrik forsepsin icadından yıllar önce tasvir edilmiştir. 1950 yılına kadar yaygın kullanılsa da, İsveçli obstetrisyen doktor Tag Malmström tarafından bir çok çalışmada kullanılarak popüler hale getirilmiştir.

1970 yılına kadar (Şekil 16.2), bir çok kuzey Avrupa ülkesinde enstrümantal vajinal doğumlarda vakum ekstraksiyonu forsepsin yerini tutmuştur. Aslında, Birleşik Devletlerin ve Birleşik Krallık'ın da dahil olduğu, İngilizce konuşan ülkelerde, forseps popüler kalmıştır. Sonuç olarak, şu an çoğu ülkede vakum yardımcı doğumların sayısı forseps kullanılan doğumların sayısını geçmektedir.

Vakum ekstraksiyonunun kullanımı için maternal serviks tam açık olmalı ve fetal baş doğum kanalına iyice angaje olmalıdır. Aynı zamanda, fetal başın pozisyonu bilinmelidir (manuel muayene, intrapartum ultrason). Operatif vajinal doğumdan önce mesane boş olmalıdır.

Uzmanlar preterm bebeklerde doğum hasarı yüksek olabileceğinden, 34. gebelik haftasından önce vakum kullanılmasından kaçınmayı önermektedir. Bu öneriye rağmen, İsveç'te 40764 preterm doğum kaydı değerlendirildiğinde, 34. gebelik haftasının altında olan preterm doğumların %3.3'ünde vakum ekstraksiyonu kullanılmıştır (19). İntrakraniyal hemoraji 34. gebelik haftasından önce daha yaygındır. Bu veriler retrospektif toplandığından ve endikasyonları tam olarak bilinmediğinden, 34. gebelik haftasının altında olan gebelerde vakum ekstraksiyonundan kaçınılması tedbirli yaklaşımdır. Neonatal skalp hasarının daha az ve uygulamasının daha kolay olmasından kaynaklı, yumuşak çanlar metal çan vakum ekstraktörlerine göre daha çok tercih edilir. Ancak yumuşak çanlar da daha sık ayrılabilir. Vakum ekstraktörleri içinde en son model rijid plastik çanlı Kiwi®, vakum yardımcı fetal doğum aletidir. Kiwi



Şekil 16.2 Vakum ekstraksiyonu ilk defa İngiliz cerrahı Dr. Ceyms Yung tarafından 1705 yılında tasvir edilmiştir (üstte). Vakum-ekstraktör 1970 yılında Tag Malmström tarafından oluşturulmuştur (altta).

ayrı bir vakum cihazına ihtiyaç duymadan entegre bir ünite olarak tasarlanmıştır: vakum gücü traksiyon koluna entegre olan küçük bir el pompası ile sağlanır. Tek kullanımlık Kiwi OmniCup® (İtalyan Aldo Vacca tarafından tasarlanmıştır) (Şekil 16.3) en yaygın orijinal çan modeli olup oksiput anterior, lateral veya poste-

Anahtar Noktalar

- Operatif vajinal doğum sadece uygun endikasyon olduğunda uygulanmalıdır. Hiçbir endikasyon mutlak değildir ve sezaryen opsiyonu her zaman mevcut olmalıdır.
- Operatif vajinal doğum girişiminde bulunulmadan önce kriterlerin seri olarak yerine getirilmesi gerekmektedir.
- Uygun alet seçimi hem klinik duruma, hem de operatörün spesifik cihazla ilgili konfor ve deneyimine bağlıdır.
- Başarılı OVD, hasta seçimi ve çeşitli teknik hususlar gibi bir sıra faktörlerle ilişkilidir.
- Enstrümantal doğumların maternal ve neonatal morbiditeyi arttırdığı kanıtı mevcuttur. Maternal hasar riski forseps doğumlarda vakum yardımcı doğumlara göre daha fazladır.
- Vakum yardımcı vajinal doğumlar önemli derecede fetal morbiditeye neden olabilir. Pediatristler her operatif vajinal doğum denemesinden önce haberdar edilmelidir.
- Kanıta-dayalı kılavuzların, doğum takip sürecinde bazen yetersiz veya rastgele uygulandığı düşünülmektedir.



Şekil 16.11. Başarılı operatif vajinal doğum (OVD) eğitim, tecrübe ve farklı durumlarda kullanılan optimal cihaz seçimine bağlıdır (bu şekilde bazı OVD vakalarında kullanılabilen rijid çanlı geleneksel vakum-ekstraktörü gösterilmektedir).

- OVD tekniklerine olan aşinalık ve tecrübe bir çok ülkede azalmaktadır: obstetri asistanlığı eğitim programları geliştirilmelidir.
- Anne ve yenidoğan için daha güvenli cihazlar önermek ve obstetrik ameliyat sonuçlarını iyileştirmek için araştırmalar devam etmektedir (örn. BD Odon Device™).

İYİ KLİNİK UYGULAMALAR

- OVD için uygun endikasyon olmasıdır.
- Klinik durumun dikkatlice değerlendirilmesi (ön koşulların, potansiyel kontrendikasyonların ve yarar-zarar dengesinin tam değerlendirilmesi) gerekir.
- OVD için gereken faktörlerin potansiyel başarısızlıkları akılda tutulmalıdır.

- Hasta ile açık iletişim, sözel onam alınması ve olayların dikkatlice kaydedilmesi gerekir.
- Enstrüman seçimi (vakum ekstraktör, forseps veya spatulalar), klinik durum ve obstetrik tecrübe/tercihe göre yapılmalıdır.
- Doğumu kimin yönettiğinden bağımsız, yüksek kaliteli eğitim kritiktir: enstrüman kullanımı ve potansiyel komplikasyonların yö-

netimi için bilgi, tecrübe ve beceri önemlidir.

- Yenidoğan resusitasyonu becerileri olan personele önceden haber verilmeli ve gerekirse beklemede olmalıdır.
- Postnatal dönemdeki bakım kısa ve uzun dönem riskleri azaltmak için kritiktir.

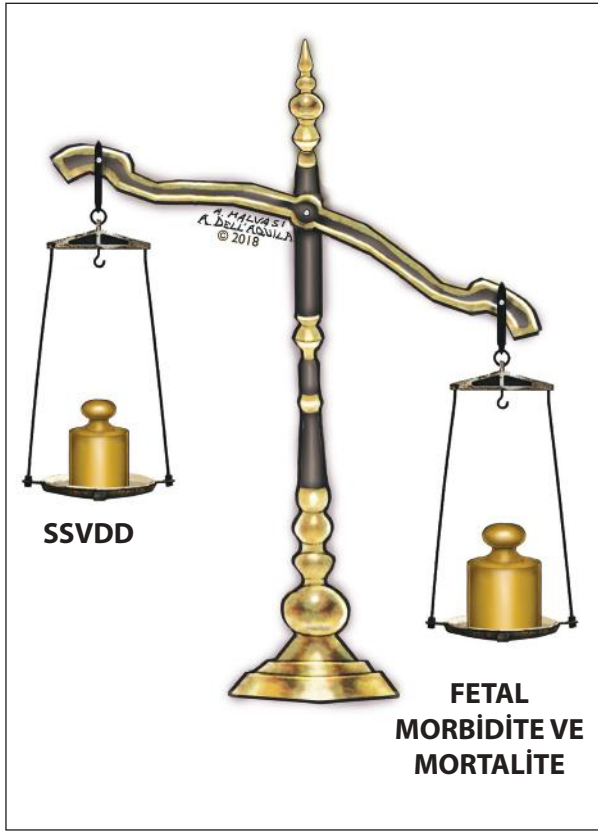
KÖTÜ KLİNİK UYGULAMALAR

- Doğum evrelerinin yanlış yönetimi (maternal ve fetal status izleminin bozulması)
- Fetal distres, tanı ve tedavisinde gecikme
- Pelvik anatomi ve fetal baş pozisyonu ile ilgili bilgilerin eksikliği

- Maternal ve/veya fetal endikasyon olmadığında yapılan OVD (uygulayıcının rahatlığı, çağrı programı)
- Yanlış teşhis konulmuş rölatif ve mutlak OVD kontrendikasyonları
- Takip edilecek beklenmedik durum planının/protokolünün olmaması
- Beceri eksikliği (forseps veya vakumun düzgün uygulanmaması)
- OVD uygulaması için eğitim ek-

sikliği ve tutarsız pratiklerin/deneyimin olması

- Ekip arasında iletişim bozukluğunun olması
- OVD'den önce aydınlatılmış onam alınmaması
- Aydınlatılmış onam, uygun endikasyon, OVD öncesi fetal pozisyon, uygulanan teknik, deneme sayısı ve neonatal sonuçlar ile ilgili kayıtlarda eksiklik



Şekil 18.3. Tekrarlayan CS ile karşılaştırıldığında VDD'nin perinatal mortalite oranı anlamlı şekilde fazladır.

Sonraki Gebeliklerin Riski

SSVDD karar-sürecinin en önemli parçalarından biri hastanın gelecekteki çocuk doğurma isteği ve kararının gelecek gebelikleri üzerindeki etkisidir.

Her eklenen sezaryenle birlikte plasenta akreata, planlanmamış histerektomi, 4 ünitenin üzerinde kan transfüzyonu, sistostomi, plasenta previa, operasyon süresi, hastanede kalış süresi, postpartum endometrit, ve postoperatif ventilasyon ihtiyacı ($p<0.001$) oranlarında progresif bir artış olur (6). Önceki CS sayısı ile birlikte invaziv plasentasyon riski artar (önceki CS öyküsü yokluğunda %0.24'ten 5 ve daha fazla CS'de %6.7'ye kadar) (6) ve masif maternal hemoraji, dissemine intravasküler koagülasyon, renal yetmezlik, beklenmeyen cerrahi, operasyon odasına postoperatif dönüş, preterm doğum ve maternal ölüm ile ilişkilidir (6,28). Daha önce CS öyküsü olan kadınlarda plasenta

previa insidansı da artmaktadır (OR 1.48-3.95) (19) ve artmış antepartum, intrapartum ve postpartum maternal hemoraji, histerektomi ve preterm doğum riski ile ilişkilidir (29).

Başarılı VDD'nin Prediktörleri

Bir takım faktörler (Tablo 18.2) (19) başarılı bir SSVDD ile ilişkilidir ve başarı ihtimalini 3 ile 7 kat arasında artıran önceki vajinal doğum öyküsü SSVDD'de en etkili faktördür (19). Benzer olarak önceki SSVDD öyküsü başarılı VDD ihtimalini %88-93'e kadar yükseltmektedir (30-31). Başarılı bir SSVDD'nin prediksyonunda 6 farklı model kabul görmüştür (32-37).

Buna ek olarak Grobman ve arkadaşları tarafından öne sürülen model daha sonra kadının başarılı SSVDD olasılığını tahmin etmek üzere çevrimiçi bir hesap makinesi tasarımı kullanılmıştır (<https://mfmu.bsc.gwu.edu/PublicBSC/MFMU/VGBirthCalc/vagbirth.html>) (34).

Daha önce iki CS öyküsü olan kadınlar için bir sistematik derleme %72'lik bir toplu SSVDD oranı, VDD'de %1.1'e karşı tekrarlayan CS'de %0.11 uterin rüptür ($p<0.001$) (Şekil 18.4), VDD'de %0.40'a karşı tekrarlayan CS'de %0.63 histerektomi ($p=0.14$) riskleri tanımlamıştır. Sepsis, Hipoksik İskemik Ensefelopati,

Tablo 18.2. Seçilmiş faktörler ve bunların başarılı bir vajinal doğum üzerine etkileri.

BAŞARILI BİR EYLEM DENEMESİ İLE İLİŞKİLİ FAKTÖRLER	
Faktör	Etki
Hispanik Etnisite	↓
Afrikanlı-Amerikan Irk	↓
Kırsal veya Özel Hastane	↓
İnfanat ağırlığı >4kg	↓
Maternal Yaş >40yaş	↓
Doğum distosisi için daha önce sezaryen	↓
İlk prenatal başvurudaki VKİ	↓
Doğumda VKİ>30	↓
Multifetal gebelik	↓
Önceki Vajinal Doğum	↑
Spontan doğum eylemi ve MR	↑
Maternal Boy	↑
Önceki iki sezaryen öyküsü	Değişiklik yok

VKİ: Vücut Kitle İndeksi MR: Membran Rüptürü



Şekil 19.3. Uterin rüptür, uterus duvar bütünlüğünün ve üzerindeki visseral peritonun (seroza) tam kat olarak ayrılmasıyla meydana gelir.



Şekil 19.4. Uterin dehiscens. Fetüs, plasenta ve umbilikal kord kavite içerisinde ve visseral periton intakt olarak devamlılığını korumakta (ok).

İnsidans ve Risk Faktörleri

Gelişmiş ülkelerde geçirilmiş sezaryen seksiyo öyküsü olan hastalarda uterin rüptür prevalansı %1'dir. Vakaların büyük bir bölümü gebelik sırasında değil de doğum eylemi sırasında meydana gelir. Geniş popülasyon tabanlı bir çalışmada sezaryen seksiyo öyküsü olmayan hastalarda rüptür riskinin 1/10.000'in altında olduğu bildirilmiştir. Diğer taraftan tüm hastalar dahil edildiğinde ise genel risk 1/1000'in altındadır. Bununla beraber gelişmekte olan ülkelerde rüptür oranı daha yüksektir. Genel olarak çoğu oran %0,1 ile %1 arasında değişmektedir.

Konjenital uterin anomaliler, multiparite, myomektomi, geçirilmiş sezaryen sayısı, uterin insizyon tipi, fetal makrozomi, doğum indüksiyonu, uterin enstrümantasyon ve travma rüptür için bilinen risk faktörlerini oluşturmaktadır. Bununla beraber başarılı vajinal doğum öyküsünün ve iki doğum arası sürenin uzun tutulmasının rüptür riskine karşı göreceli bir koruma sağladığı düşünülmektedir. Sezaryen sonrası vajinal doğum (SSVD) denemesinin başarısını tahmin etmek için kullanılan çeşitli modalitelerin aksine, bireysel rüptür riskini belirlemek için mevcut bir modalite bulunmamaktadır.

Uterin rüptür riskini değerlendirmek için kullanılan majör hasta karakteristikleri aşağıdaki listede gösterilmiştir (Tablo 19.1). Uterus intakt olabilir veya skar

Tablo 19.1. SSVD Başarısı ile İlişkili Faktörler.

BAŞARI OLASILIĞINI ARTTIRANLAR

- Vajinal doğum öyküsü
- Doğumun spontan başlaması

BAŞARILI DOĞUM OLASILIĞINI AZALTANLAR

- Gestasyonel yaşı 40 hafta üzerinde olması
- İleri anne yaşı
- Makrozomi
- Maternal obezite
- Beyaz olmayan etnik köken
- Preeklampsi
- Rekürren sezaryen endikasyonu
- 2 doğum arası sürenin kısa olması

Adapted with permission from American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG practice bulletin no. 115. Vaginal birth after previous cesarean delivery. Obstet Gynecol. 2010; 116(2): 452.

Normal Uterin Hemostaz

Hemostaz, normal plasenta ayrılmasından sonra başlıca plasental-miyometriyal damarları tıkayan kuvvetli uterin kasılmalar ile gerçekleşmektedir. Plasenta uterus duvarından ayrıldığı zaman geride normalde plasentaya dakikada 500 mL kan taşıyan yaklaşık 300 cm²lik, 100 parçalanmış damar bırakmaktadır. Bu büyüklükte bir travma hem bu damarların fiziki kompresyonunu (miyometriyal kasılma ile) hem de hemostaz ile tıkanmasını gerektirmektedir (8).

Tablo 20.1. Primer ve Sekonder PPK Etiyolojisi.

Primer PPK	Sekonder PPK
Uterin Atoni	Plasenta Ekleri Retansiyonu
İnvaziv Plasenta	Uterin Psödoanevrizma
Uterin Rüptür	Enfeksiyon
Plasenta Retansiyonu	Koagülasyon Bozuklukları
Laserasyonlar	
Uterin İnversiyon	
Pıhtılaşma Bozuklukları	
Amniyotik Sıvı Embolisi	

Practice Bulletin No.183 Post Partum Hemorrhage (7)*dan modifiye edilmiştir.

Plasental bölgedeki kan kaybının azaltılmasından başlangıçta uterus kasılması sorumlu olsa da, hızlıca meydana gelen pıhtı oluşumu ve fibrin depozisyonu da doğumdan sonraki günlerde hemostazı ve involüsyonu sağlamada başlıca role sahiptir (9). Plasentanın doğumu 1) plasenta ayrılma belirtilerinin müdahale edilmeden yaklaşık 10-20 dakika beklendiği bekleme yönetimi ve 2) fetüs doğumundan sonra oksitosinin kullanıldığı aktif yönetim olmak üzere iki farklı şekilde gerçekleştirilebilir. Aktif yönetim PPK ihtimalini %50-70 oranında azaltmaktadır. Birçok kontrollü çalışma bu yöntemin etkinliğini kanıtlamıştır ve aktif yönetim artık standart bakım haline gelmiştir.

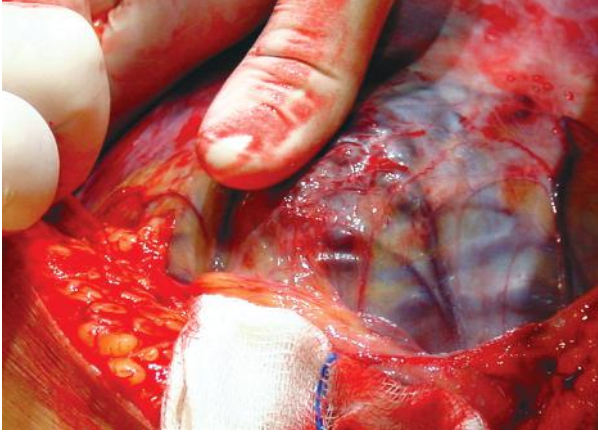
Önleme Stratejileri

PPK kaynaklı anne ölümlerini azaltmak için en etkili stratejinin, doğum sırasında kanamaya yönelik önleyici yönetimin tüm kadınlar için sağlanması olduğu yaygın olarak kabul görmektedir (10). Doğumdan önce her gebe PPK gelişme riski açısından değerlendirilmeli ve riskin azaltılması sağlanmalıdır. Bu kapsamda aneminin tanınması ve tedavi edilmesi ve PPK gelişen bir hastanın kontrolü için yeterli kaynak ve sağlık personelinin bulunduğunu garanti altına alan bir doğum planının hazırlanması yer almaktadır. PPK risk

Tablo 20.2. PPK Risk Değerlendirme Aracı Practice Bulletin No.183 Post Partum Hemorrhage (11)*dan modifiye edilmiştir.

DÜŞÜK RİSK	ORTA RİSK	YÜKSEK RİSK
Tekil gebelik	Sezaryen öyküsü	Plasenta previa
4'ten az doğum	Uterin cerrahi	Anormal invaziv plasenta
Skarsız uterus	Çoğul gebelik	%30'un altında hematokrit
PPK öyküsünün olmaması	Büyük uterin myomlar	Koagülasyon bozukluğu
	Fetal membranların enfeksiyonu	Geçirilmiş PPK
	Magnezyum sülfat kullanımı	Bozulmuş vital bulgular, kan basıncı, azalmış idrar çıkışı
	Uzamış oksitosin kullanımı	

Practice Bulletin No.183 Post Partum Hemorrhage (11)*dan modifiye edilmiştir.



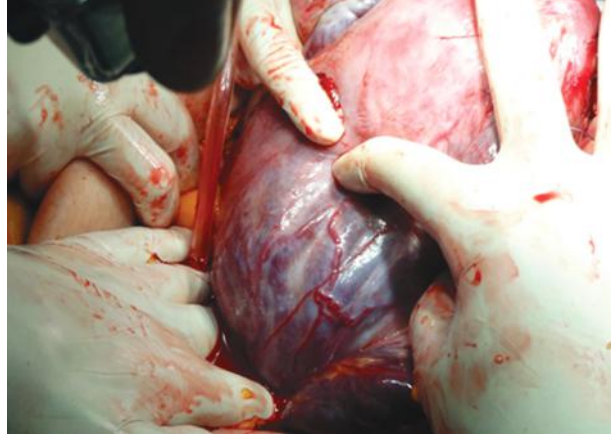
Şekil 20.5. Ön uterin duvarda belirgin invazyon görülmektedir. Çıkıntılı yüzeyde yeni oluşmuş kalın damarlar dikkat çekmektedir. Alt uterin segmentin normal anatomisi mesane invazyonundan dolayı tamamen bozulmuş durumda görülmektedir.



Şekil 20.7. Omentum majusun kan damarları ile AİP'nin ortak paylaştığı damarlar görülmektedir. Transvers kolon ya da mide hasarı ve ek kanamayı önlemek için etkin bir devaskülarizasyon yapmak gereklidir.



Şekil 20.6. Mesane invazyonuyla birlikte AİP: mesane ve plasenta arasında yaygın kalın damarsal bağlantılar görülmektedir.



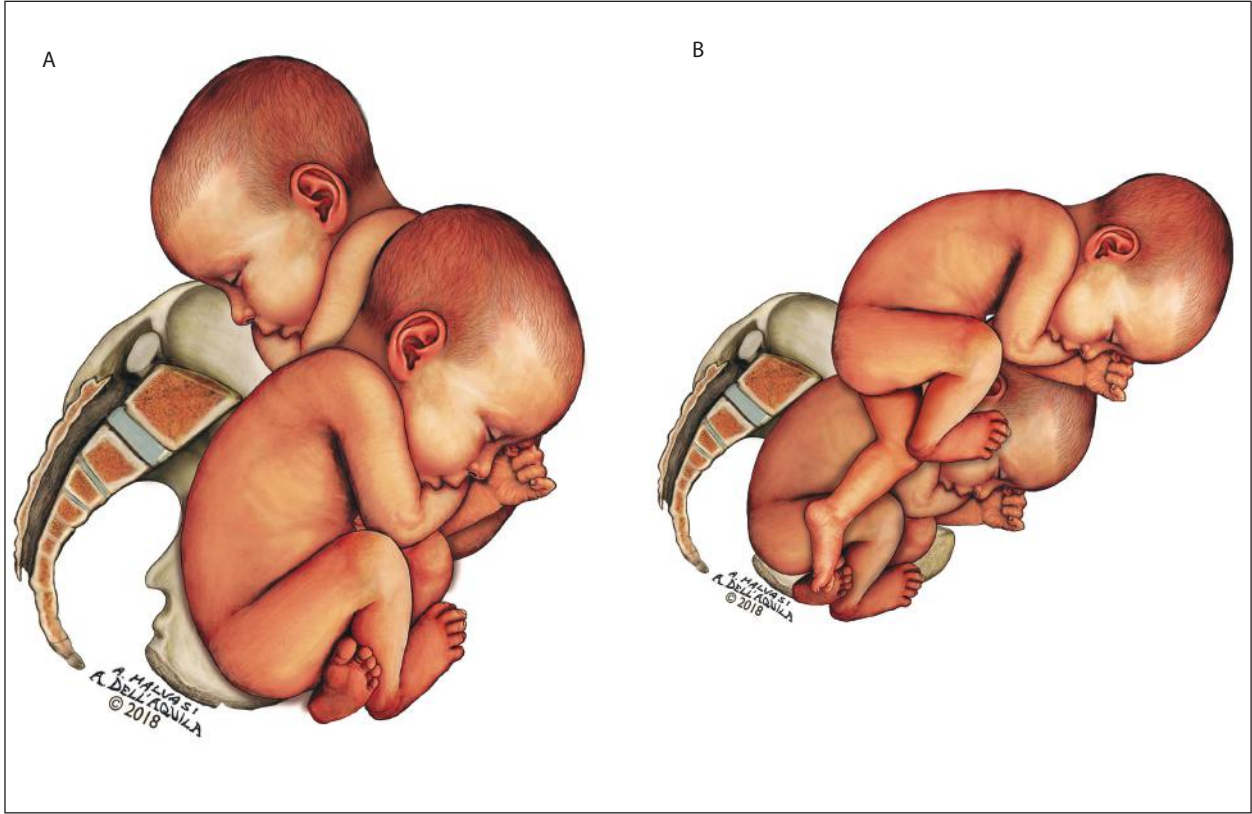
Şekil 20.8. Mesane diseksiyonundan sonra sol parametrijal bir invazyon bulunmuş. Operasyon öncesi MRI'nın gereksiz olduğu düşünülmüştür. Ameliyatta plasantanın ayrılmasından sonra lateral AİP (parametrijal invazyon) tanısı konulmuştur.

Parametrijal invazyon tanısı, ameliyathanede round ligamentte dijital diseksiyon yapılırken ya da laparotomi sonrasında konulabilir. Bu hastalarda histerektomi, kontrol altına alınamayan kanama açısından yüksek risk oluşturmaktadır; bu yüzden, ameliyat sırasında tanı konulduğunda gerekli tüm kaynaklar hazır olana kadar cerrahi durdurulmalıdır (68). Yaygın ve lateral invazyon yavaş bir diseksiyon gerektirir ve masif kanamayı önlemek için çevre yapıların detaylı tanımlanmasını gerektirir. Yaygın bir durum olmasa da, AİP tanısı ve parametrijal invazyonu olan bir hasta akut,

künt bir ağrı hisseder ve hipotansif olursa bu durumda sıklıkla tanı uterin rüptürdür (69). Rezeksiyon ya da onarımdan sonra infrarenal aorta kompresyonu uygulanır ve definitif tedavi seçenekleri dikkatlice tekrardan değerlendirilir. Histerektomi sadece tam bir vasküler analizin mükemmel şekilde yapılabildiği durumlarda uygulanmalıdır (Şekil 20.11).

5. Senaryo: Makroskopik Hematüri

Makroskopik hematüri nadir görülen ama normalde ciddi morbiditeye yol açan bir durumdur. Daha önce



Şekil 21.3. Non-verteks prezente ikiz (makat gelişleri; makat geliş tipleri: A) bacak fleksiyonda B) ayak gelişi).

Monokoryonik Diamniyotik (MKDA) İkizler

MKDA gebeliklerde, plasentanın paylaşılması ve fetoplasental dolaşımların birbirine bağlı olması ikizden ikize transfüzyon sendromu (İİTS), selektif fetal büyüme kısıtlılığı (sFGR) ve ikiz anemi polisitemi sekansı (TAPS) gibi birçok antenatal komplikasyona neden olabilmektedir. Bu gibi vakalarda genellikle antenatal olarak tanı konulur, yönetilir ve sezaryen doğum endikedir. (Şekil 21.4).

MKDA gebelik saptanabilir bir komplikasyon gelişmeden terme kadar gelebildiyse, bazı uzmanlar, dikoryonik ikizlerde olduğu gibi birinci ikiz prezentasyonuna göre vajinal doğum planlamaktadır. MKDA ikizlerde, ilk ikiz sefalik geliş olsa bile sezaryen doğum önerisinin gerekçesi; intrapartum akut ikizden ikize transfüzyon sendromu riskiyle ilişkilidir. Bu durumun, monokoryonik ikizlerin vajinal doğumunda, uterin kontraksiyonlar nedeniyle gerçekleşen akut transfüzyona ya da fetal pozisyonda olan ani değişikliklere bağlı olduğu düşünülür.



Şekil 21.4 22 haftalık monokoryonik diamniyotik ikizlerin transabdominal ultrason görüntülemesi.

Prezente olan ikiz genellikle donör olandır ve hayatı tehdit edici anemi ile birlikte ciddi sekeller ile doğar. Akut İİTS, MKDA gebeliklerinin %2.5'inde ve vajinal yol ile doğan ikizlerin de %4.2 'inde meydana gelir.

Büyüme Diskordansı

İkizlerin tahmini fetal kilolarında >20 'nin üzerinde bir fark olması klinik açıdan anlamlı olup hem planlanmış vajinal doğum hem de sezaryende artmış neonatal mortalite ve morbidite ile ilişkilidir. (Şekil 21.7). Kayda değer farklılığı olan ikizlerin büyük kısmı, en az birinde olmak üzere fetal büyüme kısıtlılığından etkilenmiştir ve şüpheli fetal kötü durum nedeniyle doğum erken gerçekleşebilir ve/veya eylem ve doğum sırasında hipoksi yaşamaya daha yatkındır. Anlamlı diskordans, ikiz gebeliklerde başarısız vajinal doğum girişiminin belirteci olarak düşünülür.

İkinci ikiz diğerinden daha büyük ise kombine doğum (ikinci ikiz için sezaryen) riskinde artış beklenir, ancak başarılı vajinal doğum hala mümkündür (33).

İleri Derecede Prematürite

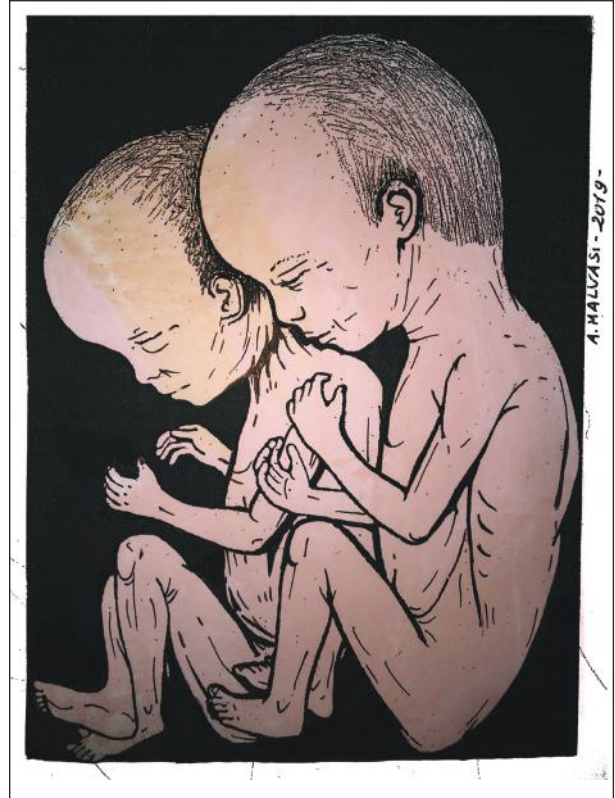
İkiz gebeliklerin %50'sinden ve üçüz gebeliklerin %75'inden fazlasında prematür doğum gözlenir ve kadın doğum uzmanı kendini, çoğul gebeliği bulunan kadının erken preterm haftasında doğum eylemini gerçekleştirirken bulacaktır. İkiz Doğum çalışması, 32 haftadan önce prezente olan ikizleri dahil etmemiştir ve bu grupta klinik karar verebilmek için randomize kontrollü çalışma bulunmamaktadır. Bu durumda elektif sezaryen seçeneği uygun olmaz ve karar intrapartum sezaryen ya da vajinal doğuma devam etme arasında verilir.

Preterm haftada gerçekleştirilen sezaryenlerde maternal risklerin daha fazla olduğu bilinmektedir ve özellikle takip eden gebeliklerde uterin rüptür riski, geç gebelik döneminde yapılan sezaryenlere göre kayda değer derecede fazladır.

Planlanmış vajinal doğum başarısı, preterm ikizlerde geç gebeliklere göre daha fazladır, bu sayede, acil sezaryen doğum ile ilişkili maternal morbidite de azaltılmış olur (34). Daha düşük maternal morbidite beklentisi için ileri derecede preterm fetüslerde ekspektan yaklaşım ve vajinal doğum denemesi iyi bir seçenek olduğundan, sezaryen önerisinde bulunmak için bunun bebeğe yarar sağlayacak olması gerekmektedir. Ancak, bu alanda yapılan çalışmaların kalitesi ve sayısı azdır. Preterm ikizlerin perinatal sonuçlarının belirlenmesinde en önemli belirteç doğum esnasındaki gebelik haftasıdır, doğum şekli değildir (35)(Şekil 21.8). Bu nedenle, biz verteks/verteks prezentasyon gösteren ikizlerde spontan preterm eylem gerçekleşecek ise, başka sezaryen endikasyonu yoksa vajinal doğum öneriyoruz.

İkiz gebeliklerde spontan preterm doğum eylemi ile başvuran ikizlerin sadece %22'si sefalik/sefalik prezentasyon gösterir, yani, vakaların büyük bir kısmında en az bir ikiz non-verteks olacaktır ve ek fetal durumlar gelişecektir. İleri derecede preterm (23-28 hafta) makat prezentasyonda tekil gebeliklerde, sezaryen uygulanması, intraventriküler hemoraji ve neonatal ölüm riskinde belirgin düşüş ile ilişkilidir (36).

İkizlerde birinci veya ikinci fetüsün non-verteks prezentasyonda olduğu tahmini yapılabilirse sezaryen uygulaması tercih edilebilir. Verteks/non-verteks vajinal doğum üzerine yapılan bireysel gözlemsel çalışmalarda, sezaryenin azalmış nörolojik morbidite ve art-

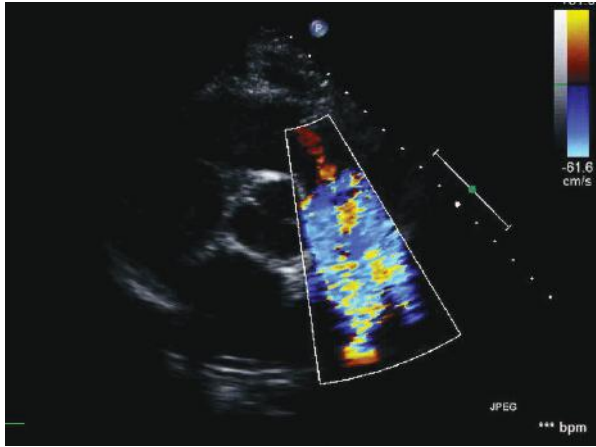


Şekil 21.7. İkizlerin tahmini fetal kilolarında >20 'nin üzerinde bir fark olması klinik açıdan anlamlı olup hem planlanmış vajinal doğum hem de sezaryende artmış neonatal mortalite ve morbidite ile ilişkilidir.

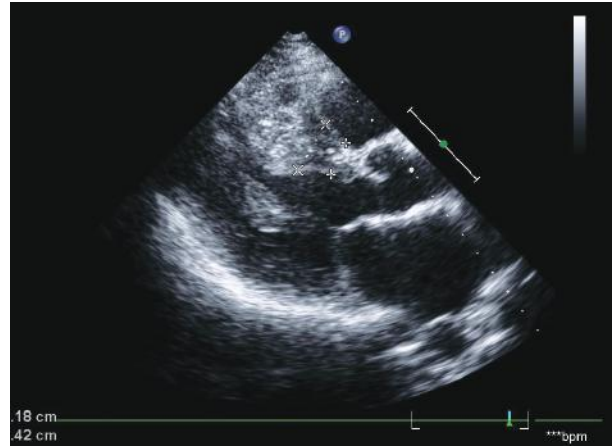
Kapak Hastalıkları

Kapak hastalıklarının gebelik üzerindeki etkileri lezyonun yerine ve şiddetine bağlıdır. Özellikle şiddetli aort veya mitral darlığı olan valvüler patolojili hastalarda cerrahi veya perkütan düzeltici işlemlerin ge-

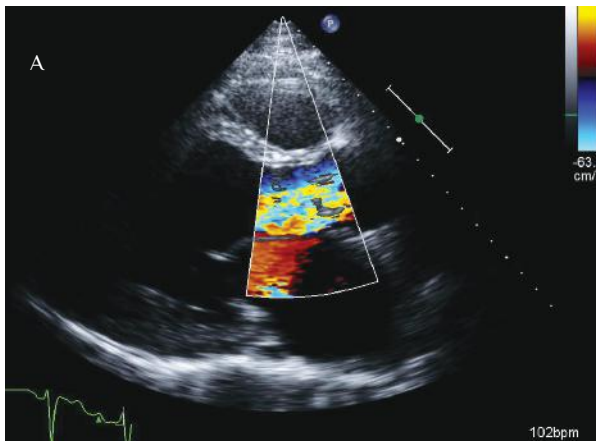
belik planlanmadan önce yapılması önemlidir (Şekil 22.4). Vajinal doğum çoğu durumda mümkündür. Elektif sezaryen uygulaması yalnızca vajinal doğumun maternal riskleri artırdığı çok ağır vakalarda düşünülmalıdır. Örneğin, semptomatik hastalarda veya



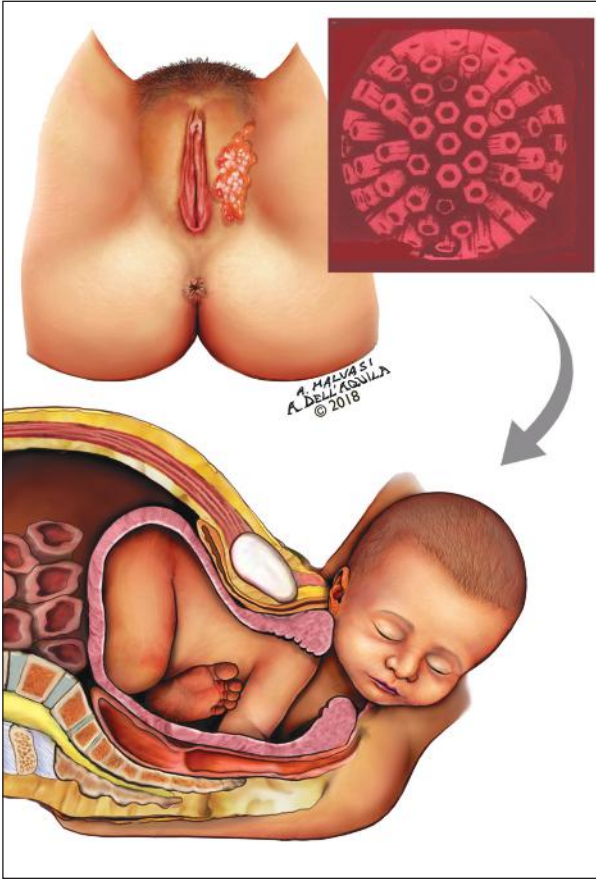
Şekil 22.2. Persistan geniş patent duktus arteriozusu (PDA), orta dereceli pulmoner arter dilatasyonu ve ciddi pulmoner arter hipertansiyonu olan asemptomatik genç kadının renkli dopler ekokardiyografi görüntüsü. Renk sinyali soldan sağa şantın varlığını gösteriyor. Asemptomatik PDA'lar genellikle küçük olduğundan bu anatomik bölgeye özellikle dikkat edilmezse kolaylıkla kaçırılabilir.



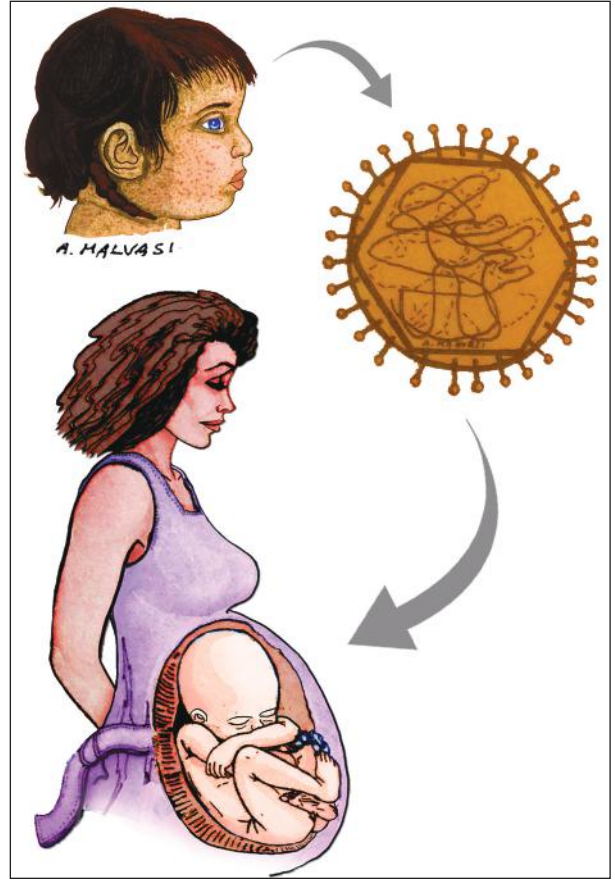
Şekil 22.3. Dispnesi olan 26 yaşındaki kadının parasternal uzun aks görüntüsü. Sol ventrikülün orta bölümünde belirgin, ciddi sol ventriküler hipertrofiyle beraber asimmetrik septal hipertrofi ile karakterize bir hipertrofik kardiyomyopati görüntüsünü göstermektedir.



Şekil 22.4. A) Romatizmal aort kapak regürjitasyonunun parasternal uzun aks görüntüsü. Regürjitant jet aortadan sol ventriküle uzanan sarı-kırmızı mozaik diyastolik jet. Aortik regürjitasyonunun çapı >6mm ve jet sol ventrikül çıkışının >%60'dan fazla yer tutuyor, bu ciddi bir regürjitasyona işaret ediyor. B) Aynı hastada çocukluk çağında geçirilmiş romatizmal ateşe bağlı kapakta kalınlaşma tespit edildi. Sol ventrikül kronik volüm yüküne maruz kaldığından sol ventrikül diyastol sonu çapı ciddi artmış.



Şekil 24.9. Güncel uluslararası kılavuzlar; doğum zamanında anne genital HSV lezyonları olması halinde sezaryen doğumu ve bilinen genital herpesi olan kadınlarda vajinal doğum sırasında genital kanaldan HSV ekilmesini azaltmak amacıyla antiviral baskılayıcı tedavi uygulanmasını önermektedir. Sağ üstte HSV-2 virüsünün elektron mikroskopik görüntüsü.



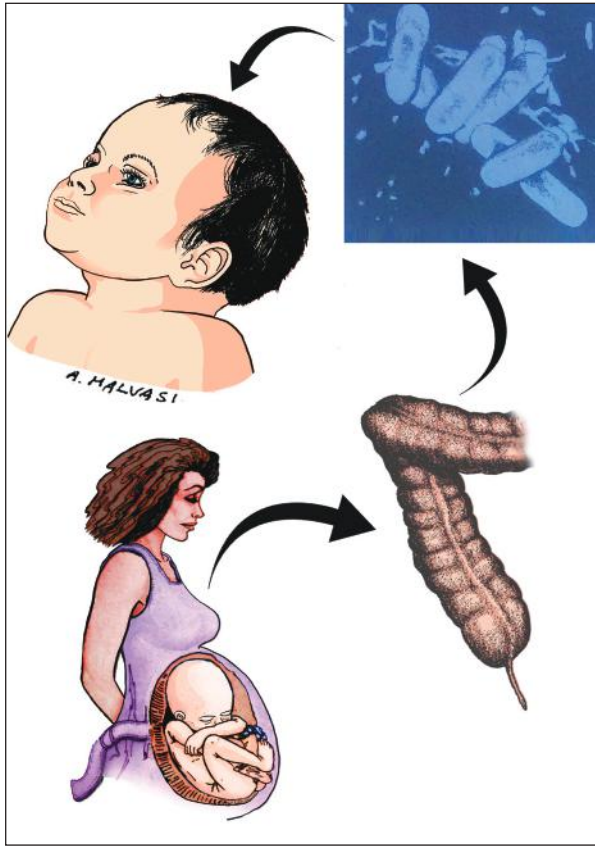
Şekil 24.10. Varisella Zoster Virüsü (VZV), [Yapısı sağ üstte], gebe kadınlarda diğer erişkinlere göre daha ciddi olabilir. Varisella pnömonisi riski daha yüksektir. Bu durum genelde döküntünün başlamasıyla bir hafta içinde gelişir.

kadar kısa bir sürede de gelişebilmektedir. Bu durum transplasental enfeksiyonu düşündürür.

Gebelikte varisella klinik tanısı vezikül veya lezyon tabanı sürüntüsünden PCR ya da monoklonal antikor ile Direkt Floresan Testi gibi hızlı testler ile doğrulanabilir. Virüsün hızlı inaktivasyonundan dolayı viral kültür zordur.

Akut ve iyileşme döneminde örneklerde serokonversiyon veya serum varisella IgG antikorunun belirgin artışı herhangi bir standart serolojik analiz ile tanıyı retrospektif olarak doğrulayabilir. Akut enfeksiyonun rutin tespitinde IgM testleri güvenilir değildir. Pozitif sonuç, yeni veya mevcut enfeksiyonun göstergesi olabilir. Gebelik sırasında varisella enfeksiyonu gelişirse

ciddi ve riskli sonuçları nedeniyle döküntüden sonraki ilk 24 saat içinde oral asiklovir tedavisi başlanmalıdır. VZV enfeksiyonundan korunma doğurganlık çağında ve bulaş riski altındaki kadınların aşılmasını içermektedir. Aşılama konjenital ve yenidoğan varisella enfeksiyonlarını azaltabilir ve gebelikten önce uygulanmalıdır. Bununla birlikte, gebe kadınlar varisella ve/veya zoster enfeksiyonlu insanlarla temastan kaçınmalıdır. Anne VZV ile yakın temasta bulunmuş ve hastalık öyküsü yoksa, VZV için IgG antikor testi yapılmalıdır. Serolojik yönden negatif ise, Zoster immünoglobulini (ZIG) tercihen temas sonrası ilk 48 saat içinde önerilmelidir (maksimum 96 saat).



Şekil 24.15. Listeria daha çok yiyeceklerle bulaşır ve sporadik olgular şeklinde görülür. Kontamine yiyecek ile ilişkili olarak epidemiler de görülebilir.

tedir (68). Transplasental geçiş gebeliğin herhangi bir zamanında gelişebilir. Enfeksiyonu olan anneden bebeğe geçiş ile konjenital enfeksiyon riski %10 ile %35 arasındadır ve gebeliğin ilk ve ikinci üç aylarında en fazladır (68-70). Akut parvovirüs B19 enfeksiyonu tanısı anti-parvovirüs B19 IgM antikorunun tespiti ile konulur. Anti-parvovirüs B19 IgG antikor geçirilmiş enfeksiyonu gösterir.

Fetal enfeksiyon tanısında şunlar kullanılabilir: fetal kord kanında anti-parvovirüs B19 IgM antikorunun tespiti veya anne kanında, amniyotik sıvıda veya kord kanında PCR ile virüsün tespiti. Bununla beraber, parvovirüs B19 enfeksiyonunun özgün bir tedavisi yoktur. Bazı uzmanlar akut anne enfeksiyonundan sonra hidrops fetalisin erken belirtilerini tespit etmek adına annede ultrason takibi önermektedirler. Enfeksiyonu önlemek adına gebe özellikle küçük çocuklar ile uğraşırken, doğru hijyen ve el yıkama alışkanlığı edinmelidir. Aslında parvovirüs B19 salgınları sıktır ve çocuklar çoğunlukla asemptomatik enfeksiyon geçirmektedir. Olası negatif fetal sonuçlardan dolayı antikor-negatif bir gebe potansiyel vektörler ile temas etmeme adına çocuk gruplarından uzak durmalıdır. Bununla birlikte, annede Parvovirüs test uygulaması tüm gebe kadınlarda rutin olarak uygulanmamaktadır.

Tablo 24.7. Gebelikte Listeria M. Korunmasında Temel Öneriler.

Gebe ve bağıışıklık sistemi baskılı hastalar gibi yüksek risk altındaki hastalar için, öneriler aşağıda sıralanmıştır

- Sosisli, hazır et veya şarküteri etlerini dumanı tütünceye kadar ısıtılmadan yenilmemelidir.
- Sosislerin paketindeki suyun diğer yiyeceklerle, kaplara ve tezgaha bulaşmasından kaçınılmalı ve sosisli, hazır et veya şarküteri etlerine temas edildikten sonra eller yıkanmalıdır.
- Feta, Brie, Camembert gibi krem peynir çeşitleri, Rokfor, Meksika peyniri olan Queso Blanco, Queso Fresco, Panela gibi peynirler üzerlerinde pastörize süttten yapıldıklarını belirten etiket olmadığı sürece yenilmemelidir.
- Buzdolabında soğutulan Pâté yenilmemeli, konserve ya da uzun raf ömrüne sahip Pâté'ler tercih edilmelidir.
- Toprak kap gibi bir pişirilmiş kapta tutulmuyorlar ise buzdolabında soğutulan tütsülenmiş deniz ürünlerinden kaçınılmalıdır. Somon, alabalık, akbalık, morina, tuna, uskumru gibi buzdolabında soğutulan deniz ürünleri genellikle "nova", "lox", "jerky", "kurutulmuş" ya da "tütsülenmiş" şeklinde etiketlenirler. Balıklar marketlerin soğutulmuş et reyonunda bulunur ya da manavların et reyonunda satılırlar. Konserve ya da uzun raf ömrüne sahip tütsülenmiş deniz ürünleri tercih edilmelidir.

Perineal Ağrı

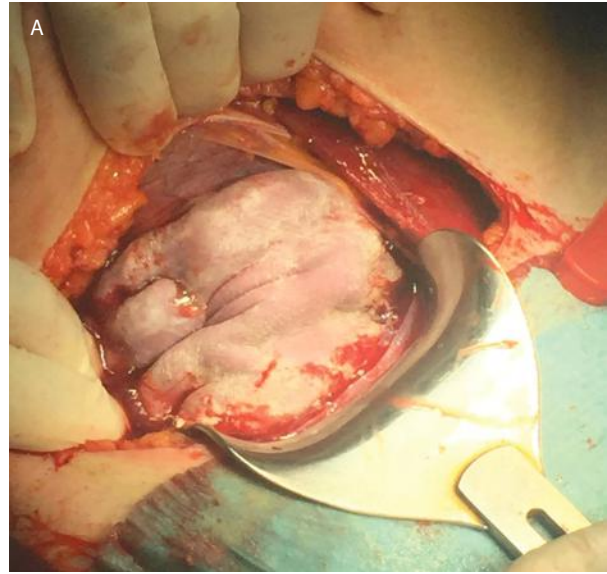
Perine, kadınlarda anüs ve vajina arasında elmas şeklindeki alandır. Bu bölgede ağrı doğum sonrasında sıktır. Doğum yapan kadınların yaklaşık %70'i perine ağrısı çeker.

Doğumda perine yırtılırsa veya epizyotomi gerekirse perinedeki ağrı akut olarak ortaya çıkar (20). Farmakolojik ve farmakolojik olmayan ağrı kontrol yöntemleri doğum sonrası perineal ağrı için güncel olarak kullanımdadır, bunlar soğuk uygulama, topikal anestetikler, analjezikler ve NSAID lerdir. NSAID'in tek dozu, 4-6 saate kadar perine ağrısının giderilmesinde yardımcı olabilir. Parasetamol benzer şekilde yardımcı olabilir ancak NSAIDler perineal ağrının hafifletmesinde parasetamolden daha etkilidirler. Ciddi bir yan etki bildirilmemiştir.

Araştırmalar, doğumda perineal travma geçirmiş olan emziren kadınlarda tek bir NSAID dozunun uygulamadan 4 veya 6 saat sonrasına kadar, parasetamole, placeboya veya tedavi almayanlara kıyasla daha güçlü ağrı kesici etkisinin olduğunu ve bu kadınların daha az ek ağrı kesiciye ihtiyaç duyduğunu göstermiştir. Bazı araştırmalarda baş dönmesi, baş ağrısı, güçsüzlük, bulantı ve mide rahatsızlığı gibi istenmeyen etkiler bildirilmiştir. Bebeklerde ise istenmeyen etkiler rapor edilmemiştir. Farklı NSAIDler ve aynı NSAID'in farklı dozları arasındaki karşılaştırmalarda, etkinlik açısından bariz bir fark gösterilmemiştir. Aspirin, dünyadaki en etkili ve esnek kullanımı olan ilaç olarak bilinir, istenmeyen etkilerden kaçınmak için düşük dozda önerilir, ancak aynı zamanda anne sütüne geçtiği bilinir. Bu yüzden diğer analjezik ilaçlar (parasetamol gibi) kullanılmaktadır. Aspirin epizyotomi sonrası perineal ağrısı olan emzirmeyen annelerde düşünülebilir. Emzirmeyen kadınlarda epizyotomi sonrası perine ağrısı için tek bir doz aspirin yardımcı olabilir (21). NSAID'ler postpartum perine ağrısı olan kadınlar için etkili analjeziklerdir ve her hangi bir NSAID'in diğerine karşı üstün etkinlikte olduğu gösterilmemiştir (22). Ek olarak, soğutma tedavisi perine ağrısının kontrolünde önemli bir rol oynar: spontan vajinal doğum sonrası perine bölgesine bir kez 10 dakikalık buz uygulaması perineal ağrıyı etkili bir şekilde hafifletir.

Sezaryen Sonrası Ağrı İçin Analjezi

Sezaryen, abdomen ve uterusu yapılan insizyonla bebeğin doğurtulduğu yaygın uygulanan bir cerrahi işlemdir. Maternal veya fetal nedenlerle vajinal yolla doğum kontrendike ise veya anne tarafından açıkça istenmiş ise yapılır. Sezaryen, vajinal doğumdan daha fazla doğum sonrası ağrıya yol açmaktadır (Şekil 25.2) (24). Postpartum ağrı doğum sonrası dönemde yeni-doğanla etkileşimde bazı sorunlara yol açabilir, aynı



Şekil 25.2. A) Distosik oksiput posterior pozisyon ve asinklitizmi olan hastanın sezaryeni sırasındaki transvers uterin insizyon B) Sezaryen sonrası ağrı kontrolünde opioid analjezik kullanımı.

SUPC oluşmasında en önemli risk faktörlerini oluşturur (Şekil 25.8) (54).

Hipotermi, SUPC gibi yaşamı tehdit edici olay geçirmiş yenidoğanlarda sonuçları iyileştirebilmek için bir tedavi yöntemidir. Ancak nispeten yeni olan bu tedaviye tüm hastanelerde ulaşılamamaktadır (55).

Birçok yazar, yenidoğanın ilk saatlerinde ve yaşamının ilk günlerinde güvenli izlem sürdürmenin öneminin altını çizmiştir.

Hayatlarının ilk 2 saatinden itibaren ve annelerinin doğum sonrası hastane yatışı boyunca, bütün sağlıklı term infantlara ciltten cilde temas uygulanmasını cesaretlendirmek için, hızlı ve kolay bir yenidoğan değerlendirme yöntemi olan “RAPP”, doğum eylemi ve doğumu güçlendirmek, anne bakım hemşirelerinin yenidoğanın fizyolojik durumlarını doğru olarak değerlendirmesi için geliştirilmiştir.

“RAPP” değerlendirme aracı (respiratuar aktivite, perfüzyon ve pozisyon), bebeğin fizyolojik durumunu ve pozisyonunu değerlendirmek için önerilmiştir. SUPC riskini azaltmada bebeğin pozisyonu önemli bir faktördür (56).

SUPC nadir bir olay olmasına rağmen, bebeklerin hayatın ilk saatinde ve yaşamın ilk günlerinde yeterli izlemi her sene yüzlerce yenidoğanı kurtarmamızı olası hale getirir (Tablo 25.3).



Şekil 25.8 Yanlış pozisyon: yatak paylaşımı ve ciltten cilde temas sırasında annenin memesi üzerinde bebeğin yüzükoyun pozisyonu SUPC oluşmasında en önemli risk faktörleri.

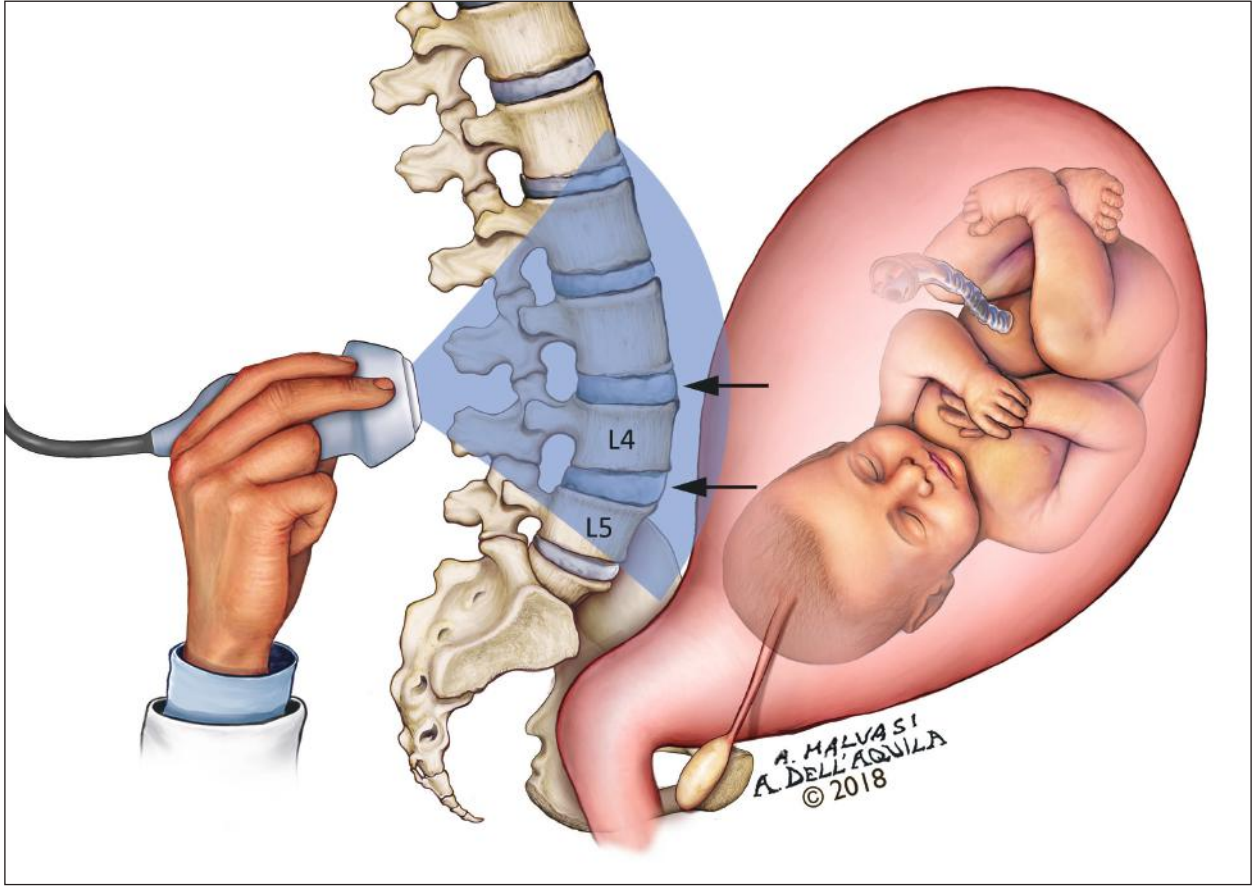
Tablo 25.3. Ani Beklenmeyen Postnatal Kollapsı Önlemek İçin Tavsiye.

HAYATIN İLK 2 SAATİ İÇİN TAVSİYE

- Anneleri yalnız bırakmayın. (Özellikle primigravidleri)
- Ciltten cilde temasta bebek uygun pozisyonda mı diye kontrol edilmeli: yenidoğanın ağız ve burnu görünür durumda olmalı; baş bir tarafa dönük olmalıdır.
- Anne uykuluyken ciltten cilde temas ve yatak paylaşımından kaçınılmalıdır.
- İlk emzirme deneyimi gözlemci eşliğinde olmalıdır.

HAYATIN 2 SAATİNDEN SONRASI İÇİN TAVSİYE

- Yenidoğanın yan ve yüzükoyun pozisyonda yatmasından kaçınılmalıdır.
- Anne ve yenidoğanın pozisyonunu kontrol edilmeli ve gerekliyse düzeltilmelidir.



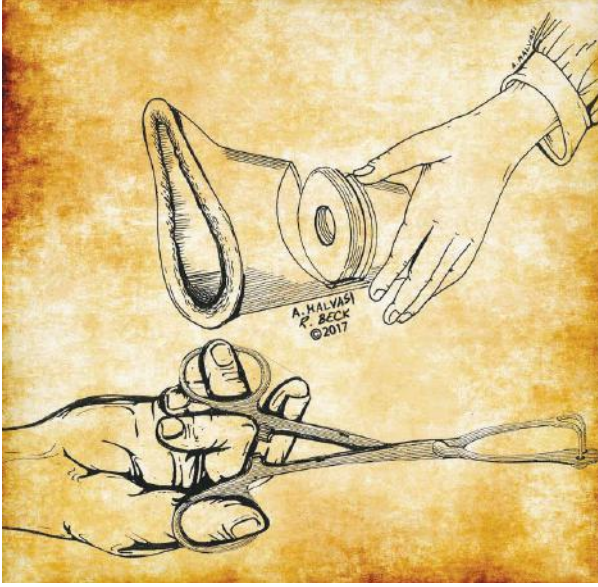
Şekil 26.7. Ultrason kılavuzluğunda vertebra seviyesi muayenesi.

Tablo 26.1. Yazarların pratiğindeki iğneler, şırıngalar ve kateterler.

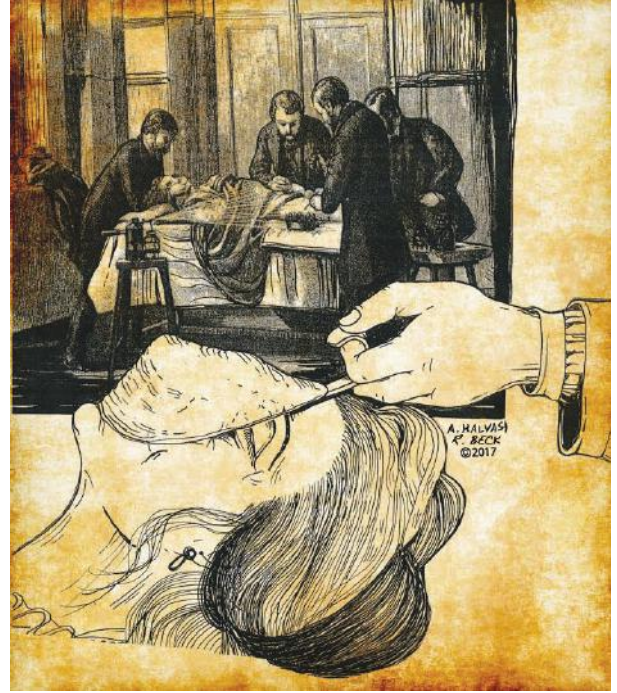
Spinal iğneler	Epidural iğneler	KSE iğneler	Epidural katater
Pencan	Tuohy	Espocan set	Çok delikli
Sprotte	Tuohy-Schliff		Tek delikli

Tablo 26.2. Yazarların dural ponksiyon sonrası baş ağrısı [DPBA]'nı önleme stratejileri.

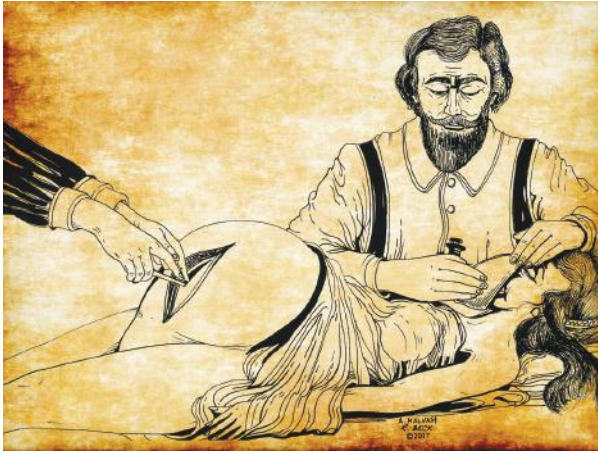
1. Epidural iğneden, cam enjektör ile, BOS'un subaraknoid boşluğa geri verilmesi
2. Epidural kateterin dural delikten subaraknoid boşluğa geçirilmesi
3. Subaraknoid kateter içerisinden subaraknoid boşluğa 5 ml koruyucu serbest salin enjeksiyonu
4. Subaraknoid kateter içerisinden bolus ve ardından sürekli intratekal doğum analjezisi uygulanması
5. Subaraknoid kateterin 24-48 saat yerinde bırakılması



Şekil 27.2. Hava yolu obstrüksiyonu geçmişte önemli bir sorun olmuştur ve bu sorun hala devam etmektedir. Sezaryen sırasında uygulanan tarihsel yüz maskesi ve hava yolu obstrüksiyonunu önlemek için kullanılan dil forsepsi.



Şekil 27.4. Geçmişte kloroform maskelerinin kullanımı, solunum yollarını regürjitasyondan korumamıştır. Nicai-se'nin maskesi ve kloroform kullanımı ile 19. yüzyılda sezaryen.



Şekil 27.3. Geçmişte, anestezi uzmanları/uygulayıcıları bulunmadığı için cerrahlar hastalara anestezi vermek zorunda kalmıştır. Crawford Williamson Long (1 Kasım 1815 - 16 Haziran 1878) Amerikalı cerrah, eczacı, kadın doğum uzmanı ve anestezi uzmanı.

Bu rehberin amacı: 1) obstetrik hastalar için anestezi bakım kalitesini artırmak, 2) obstetrik hastaların güvenliğini artırmak, 3) anestezi ile ilişkili komplikasyonların insidansını ve ciddiyetini azaltmak ve 4) genel hasta memnuniyetini arttırmaktır (6). Doğum eylemi ve vajinal doğum için anestezi uygulamaları ile ilgili Obstetrik Anestezi Uygulama Kılavuzu

bölüm 26 da tartışıldı. Doğum eylemi ve doğum için anestezi uygulamaları ile ilgili Uygulama Kılavuzları bölümünde tartışılan tüm öneriler sezaryen ile doğumdaki anestezi için de uygulanabilir ve sonuç olarak bu bölümde tekrarlanmayacaktır. Sezaryenle doğum için anestezi şunları içermektedir: 1) ekipman, olanaklar ve destek personeli, 2) genel, spinal, epidural veya kombine spinal epidural (KSE) anestezi, 3) IV sıvı önyükleme (preloading) veya işlem sırasında sıvı yükleme (coloadng), 4) efedrin veya fenilefrin ve 5) nöroaksiyel anestezi sonrası postoperatif analjezi için nöroaksiyel opioidler.

Ekipman, Olanaklar ve Destek Personeli

Literatür Derlemesi: Literatür, travay ve doğumhane- de ana ameliyat odasındakine benzer ekipman, olanak ve destek personeli sağlanmasının yararını değerlendirmek için yetersizdir.

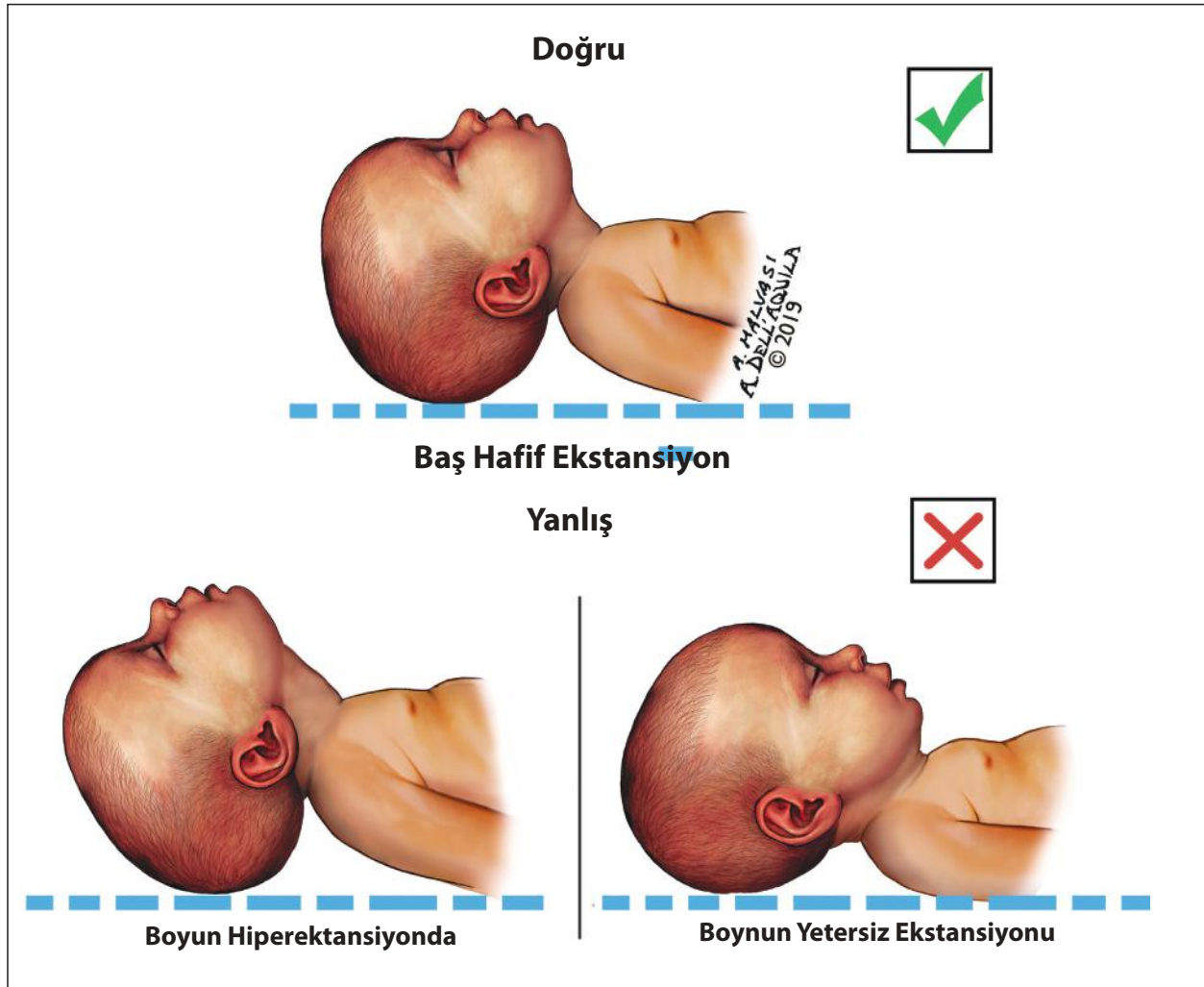
Fiziksel Uyarı

Yenidoğan canlandırma rehberlerine göre, bebeklere pozitif basınçlı ventilasyon (PBV) veya sürekli pozitif hava yolu basıncı (CPAP) uygulamaya başlamadan önce kurutulmalı, ısıtılmalı ve uyarı verilmelidir (28,29,37). Bebeğin kurutulması genellikle bebeğin solunumunu başlatmak için yeterli uyarıyı sağlar. Uyarı, doğum odasında yenidoğan stabilizasyonu sırasında en yaygın müdahale olmasına rağmen, etkinliği nadir olarak tarif edilmektedir. “Yenidoğanın uyarılması” terimi yetersiz bir şekilde tanımlanmıştır ve sıklıkla belirsiz kullanılır.

Yenidoğan canlandırması konusundaki Avrupa rehberleri, genellikle etkili solunumu başlatan sadece ku-

rutmayı uyarı olarak önermekte ve daha kuvvetli uyarı yöntemlerinden kaçınılması gerektiğini belirtmektedir (37), buna karşılık Kuzey Amerika rehberleri kurutma ve uyarıyı önermekte ancak anlamını özelleştirmemektedir (29).

Yakın zamandaki bir çalışmada taktıl uyarının zamanlaması, sıklığı, farklı yöntemler ve etkileri tanımlanmış ve çoğu bebeğin doğumdan sonra ilk dakikada bilinçli uyarı aldığı belirtilmiştir. Ayrıca daha az matür bebekler, daha matür bebeklere göre daha az uyarılmakta ve çoğu küçük preterm bebeğe herhangi bir uyarı yapılmamaktadır. Yazarlar yanıtı ortaya çıkarmada gövde sıvazlanmasının en etkili olabileceğini öne sürmektedir (46).



Şekil 28.2. Yenidoğan bebeğin doğru/yanlış pozisyonu.

Tablo 29.2. Saygılı Bakım ile ilgili DSÖ Bildirisi.**DÜNYA SAĞLIK ÖRGÜTÜ BİLDİRİSİ**

“Her kadın, gebelik ve doğum sırasında saygın ve saygılı bakım hakkı da dahil olmak üzere, en yüksek sağlık standartlarına erişim hakkına sahiptir” (16).

“Tüm dünyada pek çok kadın, doğum yaptırılan sağlık kuruluşlarında saygısız ve kötü muamele ile karşılaşmaktadır. Bu tür muameleler, sadece kadınların saygılı bakım haklarını ihlal etmekle kalmayıp, yaşam, sağlık, beden bütünlüğü ve ayrımcılığa maruz kalmama haklarını da tehdit etmektedir. Bu bildiri, bu önemli halk sağlığı ve insan hakları konusunda, daha fazla eylem, diyalog, araştırma ve savunuculuk çağrısında bulunmaktadır” (16).

“Tüm kadınlar için düzenlenen ve tüm kadınlara, saygınlık, mahremiyet ve gizliliği koruyacak, zarar verici veya kötü muameleye maruz kalmamayı garanti edecek, bilgilendirerek seçenek sunacak ve travay ve doğum sürecinde kesintisiz destek verecek şekilde sağlanan bakımı ifade eden, saygılı annelik bakımı önerilmektedir” (22).



Şekil 29.2. Ebesi ve arkadaşı, bir annenin emzirmesini desteklerken (Genoa Birth Centre ve Sandra Morano'ya teşekkürlerimizle, 2005).

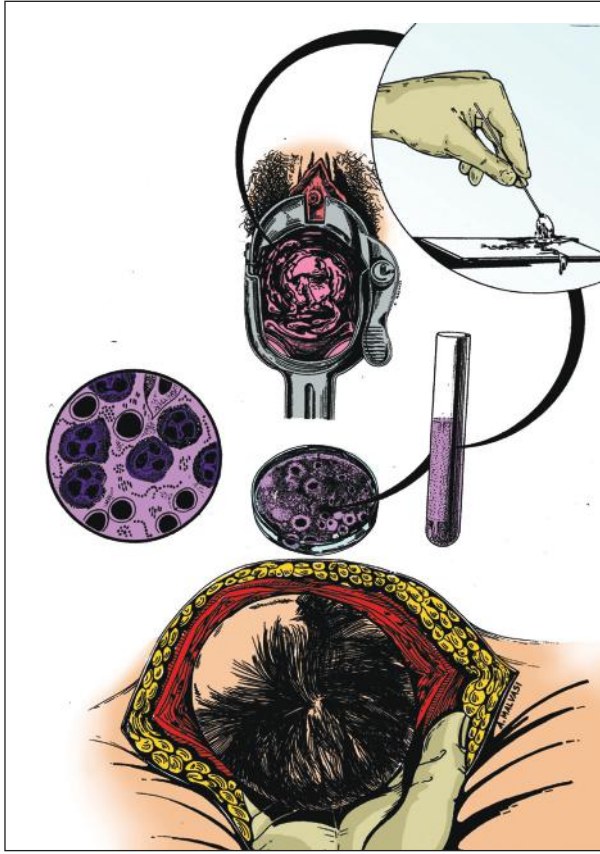
Diğer anne ve çocuk sağlığı kuruluşları da benimstedikleri ilkeleri açıklamışlardır.

DSÖ, UNFPA (United Nations Population Fund), UNICEF (United Nations Children's Fund), Uluslararası Ebeler Konfederasyonu (International Confederation of Midwives, ICM), Uluslararası Hemşireler Kon-

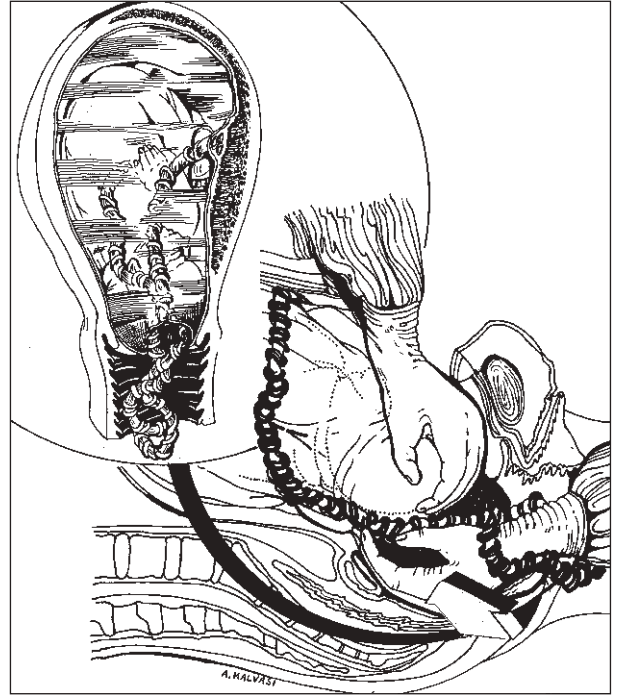
seyi (International Council of Nurses, ICN), Uluslararası Jinekoloji ve Obstetri Federasyonu (International Federation of Gynecology and Obstetrics, FIGO) ve IPA (International Pediatric Association) tarafından oluşturulan Anne ve Bebek Dostu Doğum Hizmetleri Girişimi'nin (Mother and Baby Friendly Birthing Facilities Initiative) bildirisi şu şekilde olmuştur (24):

- Her kadın, geçmişi, sağlığı veya sosyal statüsünden bağımsız olarak (genç, yaşlı, bekar, fakir, eğitimsiz, HIV pozitif veya azınlığa ait kadınları kapsar, ancak bunlarla sınırlı değildir), hizmet sunan ekipten onurlu ve saygılı muamele görme hakkına sahiptir.
- Kaliteli bakıma erişimi olan ve olmayan kadınların anne ve yenidoğan mortalite oranları arasındaki uçurum kabul edilemez.
- Her kadın, komplikasyonların varlığında dahi, olumlu bir doğum deneyimi ve doğum sürecinde saygın ve şefkatli bakım hakkına sahiptir.
- Her kadın ve her yenidoğan, kanıta dayalı olmayan gereksiz müdahale, uygulama ve prosedürlerden ve kendi kültürüne, bedensel bütünlüğüne ve onuruna saygılı olmayan uygulamalardan korunmalıdır.
- Olumlu bir doğum ortamı, kadının sağlıklı doğum yapabilmesini ve yenidoğan bebeğine bakabilmesini önemli ölçüde etkiler.

2007 yılında Venezuela, “Obstetrik şiddet”i yasal olarak tanımlayan ve buna ilişkin yasa çıkaran dünyadaki ilk ülke olmuştur: “Kadın Hakları ve Şiddetten Uzak Yaşam Yasası – Organic Law on The Rights of Women to a Life Free of Violence” kapsamında “Obstetrik Şid-



Şekil 30.4. Grup B Streptokok taraması ve profilaktik tedavisi, fetal ve neonatal sorunlardan kaçınmak ve doğum sorunlarını öngörmek için yapılanların bir parçasıdır.



Şekil 30.5. Kord prolapsusunda acil sezaryen doğum uygulanması. Acil bir durumda zaman ayırıp sorunun ve uygun tedavinin ne olduğu hakkında hastayı bilgilendirmek çok önemlidir. Eğer vakit ayrılabilirse ebeveynlerin her ikisi de bilgilendirilmelidir.

Ortaya çıkabilecek bazı özel durumlar şunlardır;

- **Postpartum kanama:** Zaman, olası komplikasyonların önlenmesi ve tedavi başarısı için en önemli noktadır.

Bu durumda kısa süre içinde her şey, tedavi için uygulanan manevralar ve ilaçların ne zaman ne şekilde yapıldığı, kontrol edilmelidir(30). Hayati tehdit oluşturabilen bu durumda hasta ve yakınları bilgilendirilmelidir.

- **Omuz distosisi:** Bu konudan da bahsedilmelidir. Bu durumu engellemek çok zordur ve doğum uzmanı, diyabet taraması yapılması veya makrozomi gibi bir durumda sezaryen önerisinde bulunması gibi her şeyi usulüne uygun yaptıysa yükümlülüğü sorulanmamalıdır. Omuz distosisinin yenidoğan için

brakial pleksus yaralanması gibi sonuçları olabilir, bu yüzden ebeveynler hemen bilgilendirilip uzman çağrılmalıdır (31, 32) (Şekil 30.6).

- **Sezaryen reddi:** Acil bir durumda, sezaryen reddi çok nadir görülür. Bu durumda 3 çekişmeli parametre söz konusudur; hasta hakları, fetüsün yasal statüsü ve doktorun yükümlülükleri (33) (Şekil 30.7).

Hayati bir tehlike söz konusu ise, hastanın kararının nasıl yönlendirilmesi gerektiği çok önemlidir. Hastanın olağan dışı bir korku içinde olması veya medikal ekiple arasındaki bir zıtlık çok nadir olan bu sezaryen reddinin sebebi olabilir. Medikal ekibin hassas ve duyarlı yaklaşımı çoğu kez bu durumu çözebilir (34). Fakat, sezaryen reddi bazen de medikal

DOĞUM EYLEMİ VE DOĞUMDA İYİ HEKİMLİK UYGULAMALARI VE MALPRAKTİS

Evrensel bir olay için uluslararası bir bakış açısı

Bir insanın doğumu, dünyanın herhangi bir yerindeki en yaygın olaydır. Bununla birlikte, böyle bir doğal olayın nasıl dava kaynağı olduğu şaşırtıcıdır.

Doğum teması tam anlamıyla evrensel olduğu için, *"Doğum eylemi ve doğumda iyi hekimlik uygulamaları ve malpraktis"*, alanında uluslararası kabul görmüş ve refere uzman olan isimlerin yazdıkları ve vakalarıyla katkı da bulundukları Uluslararası Kılavuzları içerir.

"Doğum eylemi ve doğumda iyi hekimlik uygulamaları ve malpraktis", herhangi bir yasal tartışmayı önlemek için her bir anın - hazırlanma döneminden postpartum döneme kadar- yönetimine ilişkin pratik, açık anlaşılır ve yararlı endikasyonlar sunmayı amaçlayan mutlak bir editoryal yenilik.

Okuyucu aşağıdakilerin nasıl yapılacağı konusunda tam ve kapsamlı bir bakış açısına sahip olacaktır:

- obstetrik alanda mesleki sorumluluk ile başa çıkmak
- yasal olmayan uygulamaları hemen farketmek
- mediko-legal uyuşmazlıklardan mümkün olduğunca kaçınmak
- başka birisinin ortaya çıkardığı işin olası sonuçları hakkında bilinçli bir şekilde hızlı kararlar almak

ARADIĞINIZ TÜM TIP KİTAPLARI BU ADRESTE



www.guneskitabevi.com

GENEL DAĞITIM

GÜNEŞ TIP KİTABEVLERİ

ANKARA

M. Rauf İnan Sokak No: 3
06410 Sıhhiye / Ankara
Tel: (0312) 431 14 85 • 435 11 91-92
Faks: (0312) 435 84 23

İSTANBUL

Gazeteciler Sitesi Sağlam Fikir Sokak
No: 7 / 2 Esentepe / İstanbul
Tel: (0212) 356 87 43
Faks: (0212) 356 87 44

KADIKÖY

Rasimpaşa Mah. Iskele Sokak
No: 4 / A Kadıköy / İstanbul
Tel&Faks: (0216) 546 03 47



Türkiye'nin her yerinden...
0505 734 13 13



ISBN 978-975-277-829-0



9 789752 778290