

ФГБОУ ВО "КРАСНОЯРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ ИМ. ПРОФЕССОРА В.Ф. ВОЙНО-ЯСЕНЕЦКОГО"
МИНИСТЕРСТВА ЗДОВОООХРАНЕНИЯ РФ

Кафедра акушерства и гинекологии ИПО

Заведующий кафедрой:
ДМН, доцент,
Базина Марина Ивановна

Реферат на тему:
«Кесарево сечение в современном акушерстве»

Выполнила:
Ординатор 1 года обучения
кафедры акушерства и гинекологии ИПО,
Поздеева Кристина Вадимовна

Проверила:
КМН, доцент,
Шапошникова Екатерина Викторовна

Красноярск, 2019

Оглавление

1. Введение.....	3
2. Актуальность.....	4
3. Из истории кесарева сечения.....	4
4. Кесарево сечение: показания, хирургическая техника, методы обезболивания.....	5
5. Антибиотикопрофилактика при абдоминальном родоразрешении.....	13
6. Ведение родильниц после абдоминального родоразрешения.....	14
7. Техника кесарева сечения по Джоэл-Кохену, лапаротомия по Пфанненштилю.....	20
8. Преимущества и недостатки кесарева сечения.....	21
9. Заключение.....	22
10.Список использованной литературы.....	23

Введение

Современное акушерство отвечает сложившимся в обществе условиям: низкая рождаемость, малодетные семьи, экологическое неблагополучие не позволяют рассчитывать только на естественное, «природное» течение событий. Беременность нуждается в интенсивном наблюдении, подготовке к родам и нередко в оперативном родоразрешении. Если в XIX веке основным акушерским инструментом были акушерские щипцы, помогавшие спасти мать, то в XXI веке основным инструментом, позволяющим сохранить здоровье и матери, и ребенка, является операция кесарева сечения.

Достижения в области анестезиологии, антибактериальной терапии, неонатологии создали условия для безопасного оперативного родоразрешения. Это не означает, что следует отказываться от естественных родов и переходить на оперативное родоразрешение. Кесарево сечение должно быть обосновано медицинскими показаниями. Однако нельзя не учитывать и желание женщины. В то же время утверждать, что операция кесарева сечения является абсолютно безопасной, неверно. Наряду с умелым и опытным медицинским персоналом необходимо иметь твердые гарантии от опасности кровотечения, инфекции, эмболических осложнений. В то же время необходимо признать, что все перечисленные осложнения могут иметь место и при родах через естественные родовые пути.

Современные технологии позволяют сохранить жизнь глубоко недоношенным детям, ликвидировать проявления внутриутробной инфекции и аутоиммунной патологии. Основным методом быстрого и бережного окончания беременности является родоразрешение путем кесарева сечения. По поводу операции кесарева сечения длительное время ведутся споры. Некоторые увлеченные специалисты считают возможным все реальные и мнимые трудности родового акта преодолеть с помощью кесарева сечения. Другие убеждены в минимальных возможностях оперативного родоразрешения. За последние 15 лет кесарево сечение в целом по стране проводится в 14% по отношению ко всем родам. Еще 20 лет назад частота кесарева сечения не превышала 2%. Перинатальная смертность снизилась с 17-18% до 12-13%. Снизилась материнская смертность.

Актуальность

Операция кесарева сечения является одной из наиболее обсуждаемых проблем современного акушерства, так как в настоящее время как в России, так и за рубежом, является одной из наиболее распространенных родоразрешающих операций. В настоящее время в результате изменения мотивации социально-экономических условий и влияния целого ряда неблагоприятных факторов окружающей среды, резко возросло количество женщин с генитальной и экстрагенитальной патологией, возрастных первородящих, в связи, с чем отмечается стабильный рост числа оперативных родоразрешений.

Учитывая рекомендации ВОЗ, проведение кесарева сечения по медицинским показаниям, не должно превышать 15%. Однако, в последние годы в мире наблюдается интенсивный рост частоты абдоминального родоразрешения. Например, в Великобритании в течение 30 лет отмечается прирост кесарева сечения на 20%, в США за 15 лет - на 12%, а Австралии за 10 лет - на 10%. Частота кесарева сечения в различных провинциях Италии достигает от 45 до 60%, в Китае - около 46%, в Чили - до 40%. Похожие показатели зафиксированы практически на всех континентах, включая страны Африки.

Ежегодный прирост кесарева сечения в России, по официальным данным Министерства Здравоохранения, составляет 1%. За период с 2010 по 2016 гг. частота абдоминального родоразрешения возросла с 19,3% до 26,9%. При этом, наибольшая частота кесаревых сечений зарегистрирована в Южном, Уральском и Центральном Федеральных округах. Таким образом, частота кесарева сечения в Российской Федерации колеблется от 19 до 28%.

Рожениц с патологиями беременности и родов принимают в перинатальных центрах, где процент абдоминального родоразрешения достигает 40-50%. Тем не менее, кесарево сечение является операцией, а каждая операция имеет свой операционный риск. И серьезные послеоперационные осложнения могут коснуться каждого.

Из истории кесарева сечения

Кесарево сечение – акушерская операция, в ходе которой плод и послед извлекаются из матки через искусственно созданный разрез в ее стенке. Термин «кесарево сечение» (sectio caesarea) является сочетанием двух слов: secare -- резать и caceelere -- рассекать.

Извлечение ребенка из чрева умершей матери путем разреза брюшной стенки и матки производилось еще в глубокой древности. Однако прошли

столетия, прежде чем операция стала предметом научных исследований. В конце XVI века была опубликована монография Francois Rousset, в которой впервые подробно описывалась техника и показания к абдоминальному родоразрешению. До конца XIX столетия кесарево сечение производилось в единичных случаях и почти всегда заканчивалось смертью женщины, что в значительной степени было связано с ошибочной тактикой оставления незащитой раны матки. В 1876 г. Г.Е. Рейн и Е. Рогго предложили после извлечения ребенка удалять тело матки, что привело к существенному снижению материнской смертности. Дальнейшее улучшение результатов операции было связано с внедрением в практику трехэтажного маточного шва, впервые использованного F. Kehrer в 1881 г. для ушивания разреза матки. С этого времени начинается более частое применение кесарева сечения в акушерской практике. Снижение послеоперационной летальности привело к появлению повторных операций, а также к расширению показаний к абдоминальному родоразрешению. В то же время материнская и особенно перинатальная смертность оставалась высокой. Только с середины 50-х годов XX столетия благодаря широкому внедрению в практику антибактериальных препаратов, переливания крови, успехам анестезиологического обеспечения операций, исходы кесарева сечения для матери и плода значительно улучшились.

В современном акушерстве кесарево сечение – наиболее часто производимая родоразрешающая операция. Частота ее в последние годы составляет 10% от общего числа родов. Имеются сообщения о более высокой частоте кесарева сечения в отдельных стационарах, особенно за рубежом (до 20% и выше). На частоту этой операции влияют многие факторы: профиль и мощность родовспомогательного учреждения, характер акушерской и экстрагенитальной патологии у госпитализированных беременных и рожениц, квалификация врачей и др. Увеличение частоты операций кесарева сечения в последние годы связано с расширением показаний к оперативному родоразрешению в интересах плода, что имеет значение для снижения перинатальной заболеваемости и смертности.

Показания для проведения кесарева сечения

1. Предлежание плаценты (полное, неполное с кровотечением);
2. Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты;
3. Предыдущие операции на матке;
4. Неправильные положение и предлежание плода (поперечное, косое положения, тазовое предлежание плода с предполагаемой массой 3600г и более, а также тазовое предлежание в сочетании с другими относительными

показаниями к КС, лобное, лицевое, высокое прямое стояние стреловидного шва);

5. Многоплодная беременность (при любом неправильном положении одного из плодов, тазовое предлежание 1-го плода); фето-фетальный трансфузионный синдром;

6. Беременность сроком 41 нед и более при отсутствии эффекта от подготовки к родам;

7. Плодово-тазовые диспропорции (анатомически узкий таз II-III степени сужения, деформация костей таза, плодово-тазовые диспропорции при крупном плоде, клинический узкий таз);

8. Анатомические препятствия родам через естественные родовые пути;

9. Угрожающий или начавшийся разрыв матки;

10. Преэклампсия тяжелой степени, HELLP синдром или эклампсия при беременности и в родах (при отсутствии условий для родоразрешения per vias naturales);

11. Соматические заболевания, требующие исключения потуг (декомпенсация сердечно-сосудистых заболеваний, осложненная миопия, трансплантированная почка и др.);

12. Дистресс плода (острая гипоксия плода в родах, прогрессирование хронической гипоксии во время беременности при "незрелой" шейке матки, декомпенсированные формы плацентарной недостаточности);

13. Выпадения пуповины;

14. Некоторые формы материнской инфекции (при отсутствии лечения ВИЧ-инфекции во время беременности или при вирусной нагрузке более 1000 копий/мл);

15. Некоторые аномалии развития плода (гастрошизис, омфалоцеле, крестцово-копчиковая тератома больших размеров и др.) и нарушение коагуляции у плода.

Срок беременности для проведения планового кесарева сечения

Риск респираторных нарушений выше у детей, рожденных путем кесарева сечения до родовой деятельности, однако он значительно снижается

после 39 недели. Таким образом, плановое кесарево сечение должно проводиться после 39 недели беременности.

Подготовка к операции кесарева сечения

Предоперационная подготовка включает в себя:

1. сбор анамнеза;
2. оценку состояния плода (положение, предлежание, сердцебиение, размеры) и матери (Ps, АД, ЧДД, сознание, состояние кожных покровов, пальпация матки, характер влагалищных выделений, влагалищное исследование);
3. анализ крови (гемоглобин, количество тромбоцитов, лейкоцитов), биохимический анализ крови и коагулограмма (по показаниям), группа крови, резус фактор, резус-антитела, тестирование на сифилис, ВИЧ, гепатит В и С;
4. консультацию анестезиолога;
5. консультирование смежных специалистов при необходимости;
6. использование мочевого катетера и удаление волос в области предлагаемого разреза кожи;
7. проверку в операционной положения плода, предлежания и позиции, наличия сердцебиения;
8. использования во всех случаях компрессионного трикотажа с целью профилактики венозных тромбоэмболических осложнений в раннем послеродовом периоде;
9. антибиотикопрофилактику;
10. начало инфузионной терапии кристаллоидных растворов;
11. антиретровирусную профилактику ВИЧ-положительных женщин, не получавших антиретровирусную терапию;
12. перед операцией кесарева сечения у каждой женщины необходимо взять информированное согласие на оперативное вмешательство, в котором следует указать обо всех возможных рисках и осложнениях, как со стороны матери, так и плода.

Хирургическая техника кесарева сечения

- Оптимальная температура воздуха в операционной +25градС.
- Положение женщины может быть на спине или с боковым наклоном.
- Использование кожного антисептика для обработки кожных покровов.
- Разрез кожи может быть вертикальный (по средней линии или парамедианной) или поперечный в нижней части живота (Pfannenstiel, Joel-Cohen, Пелоси, Maylard, Mouchel). Предпочтительней поперечный разрез в связи с меньшим болевым синдромом в послеоперационном периоде и лучшим косметическим эффектом. Из поперечных разрезов предпочтительней разрез по Joel-Cohen в связи с уменьшением длительности оперативного вмешательства и снижением частоты послеоперационной гипертермии.
- Хирургический инструмент для разреза кожи. Использование отдельного скальпеля для разреза кожи и более глубоких тканей при КС не требуется, т.к. не снижает частоту раневой инфекции.

Техника разреза на матке

Существуют следующие виды разреза на матке:

- поперечный разрез нижнего сегмента матки;
- низкий вертикальный (истмико-корпоральный);
- "классический" (корпоральный – по средней линии тела матки);
- "классический" дугообразный (по Дерфлеру);
- Т-образный или J-образный разрез;
- донный поперечный разрез по Фритчу.

NB! При последующей беременности и в родах пациентки с кесаревым сечением в анамнезе угрожаемы по разрыву матки. Наивысший риск разрыва матки после "классического" (корпорального) и Т-образного разрезов (4-9%); меньший – для вертикального (1%-7%) и поперечного (0,2%-1,5%) разрезов. Современные руководства рекомендуют повторное кесарево сечение для женщин с предшествующим классическим или Т-якорным разрезом на матке.

Методы проведения разреза на матке

- Разрез может быть сделан в центре нижнего сегмента матки с помощью скальпеля, а затем продлен в латеральных направлениях ножницами по Дерфлеру (В.И.Краснопольский) или пальцевым расширением без отсепаровки и смещения мочевого пузыря (по Л.А.Гусакову).
- Результат показывает, что нет статистически значимых различий по инфекционным осложнениям. При "тупом" разрезе отмечены меньшая кровопотеря и более низкая потребность в переливании крови. Следует помнить, что уровень поперечного разреза в нижнем сегменте матки при головном предлежании плода, по возможности, должен приходиться на область проекции наибольшего диаметра головки для более бережного выведения головки плода.

Рождение плода

При головном предлежании хирург проводит четыре пальца руки между передней стенкой матки и головкой плода, располагая их ниже ее уровня. Затем головку несколько отводят кверху и, сгибая пальцы, способствуют её прорезыванию в рану. В этот момент ассистент помогает рождению головки дозированным давлением на дно матки через переднюю брюшную стенку. После рождения головки ее осторожно захватывают обеими руками, располагая ладони бипариетально, и с помощью бережных тракций поочередно освобождают переднее и заднее плечико плода. После выведения плечевого пояса в подмышечные впадины вводят указательные пальцы и, осторожно обхватив туловище на уровне грудной клетки, способствуют рождению плода. При затрудненном рождении плода следует избегать раскачивающих движений, не применять чрезмерных усилий, а спокойно оценить ситуацию, определить причину затруднения, после ликвидации которой рождение пройдет без затруднений (недостаточная степень разреза апоневроза, прохождение плечиков плода перпендикулярно длине разреза и др.).

Использование щипцов или вакуум-экстрактора

При затруднении извлечения головки можно применить методику выведения по ложке акушерских щипцов. При высоко расположенной головке плода допустимо использовать щипцы или вакуум-экстрактор.

Использование утеротоников

Препаратом выбора для снижения кровопотери является окситоцин 10ЕД внутривенно медленно после извлечения плода и его аналоги (карбетоцин)

Методы выделения плаценты

После рождения плода и пересечения пуповины его передают акушерке или педиатру, а операция продолжается рождением последа. Для профилактики кровотечения начинают инфузию окситоцина 10ЕД в/в капельно на физиологическом растворе (500мл) (общая доза окситоцина может составлять 20ЕД на 1000мл) или вводят внутривенно медленно 100мкг карбетоцина. Предпочтительным является выделение плаценты тракциями за пуповину, так как этот вариант сопровождается меньшей величиной кровопотери, падения гематокрита в послеродовом периоде, снижением частоты эндометрита и койко/дня, по сравнению с отделением и выделением рукой.

Экстериоризация

- Матка может быть извлечена из брюшной полости или оставаться в полости во время зашивания. Сторонники зашивания матки в брюшной полости указывают на более высокую частоту тошноты и рвоты во время операции, болевой синдром при выведении матки, тогда как сторонники выведения - на уменьшение величины кровопотери и продолжительности операции. Выведение матки в рану является безопасной процедурой и зависит от предпочтений хирурга.
- Следует отметить, что матка должна быть выведена в рану в случаях необходимости полноценной визуализации ее задней поверхности (удаление узлов миомы, резекция миометрия при вращении плаценты и др.).

Техника восстановления матки

- Преимущества двухрядного шва на матке – улучшение гемостаза и заживление раны и снижение риска разрыва матки при последующей беременности.
- Применение однорядного шва связано с уменьшением времени операции, меньшим повреждением ткани и меньшим наличием инородного шовного материала в ране. Эти потенциальные преимущества могут приводить к снижению операционных и послеоперационных осложнений.

- Следует отдать предпочтение двухрядному шву на матке при сложностях кооптации краев раны, повышенной кровоточивости, высокой степени инфекционного риска и т.д.

Восстановление брюшины

(а) Не зашивание висцеральной и париетальной брюшины в сравнении с зашиванием висцеральной и париетальной брюшины

Основные преимущества: сокращение времени операции, снижение использования обезболивающих препаратов, ниже частота послеоперационной лихорадки, снижение послеоперационного пребывания в больнице.

(б) Не зашивание только висцеральной брюшины по сравнению с зашиванием и париетальной и висцеральной брюшины

Основные преимущества: сокращение времени операции, снижение послеоперационного дня в больнице и послеоперационной лихорадки.

(в) Не зашивание только париетальной брюшины по сравнению с зашиванием и париетальной и висцеральной брюшины

Нет никаких существенных различий в развитии эндометрита, лихорадки, раневой инфекции или пребывании в больнице. Перитонизацию раны на матке проводят за счет пузырно-маточной складки брюшины непрерывным швом, захватывая только серозный покров матки. После ревизии (осматривают все доступные для осмотра органы) и санации брюшной полости восстанавливают париетальную брюшину.

Восстановление прямых мышц живота

Прямые мышцы живота сшивают не стягивая, поскольку это может привести к болевому синдрому. Однако есть мнение экспертов, которое свидетельствует, что мышцы восстанавливают анатомическую локализацию естественным образом и их сшивание может вести к болевому синдрому и спаечному процессу.

Зашивание апоневроза

Апоневроз рекомендуется зашивать непрерывным швом (без Ревердена) медленно рассасывающимся шовным материалом. Для женщин с

повышенным риском расхождения краев раны был предложен непрерывный шов Smead-Jones.

Зашивание подкожной клетчатки

Зашивание подкожной клетчатки производят, если ее толщина 2см и более, менее 2см зашивание не требуется, из-за отсутствия снижения частоты раневой инфекции. Не требуется рутинное дренирование подкожной клетчатки у женщин с ожирением (индекс массы тела более 30кг/2м.к. увеличивает продолжительность операции и представляет дополнительные неудобства для пациентов и нет никаких преимуществ).

Зашивание кожи

При восстановлении целостности кожи используют отдельные швы, непрерывный подкожный удаляемый или съемный шов, наложение скобок, также применяют цианакрилатный клей. Скобки сокращают время затрат на шов, но косметический эффект у них хуже. Также хуже эффект при применении нерассасывающегося шовного материала (если он не удаляется).

Протокол периоперационного обезболивания при кесаревом сечении

Анестезия/операция

А. Метод первого выбора:

○ Спинномозговая анестезия;

Б. При наличии противопоказаний к нейроаксиальной блокаде, отказе пациентки, а также при наличии показаний:

○ Общая анестезия;

○ В. Если проводилась эпидуральная анальгезия в родах и при отсутствии показаний к общей анестезии:

○ Эпидуральная анестезия;

Г. По усмотрению анестезиолога из нейроаксиальных методов обезболивания операции кесарева сечения может быть также использована **низкодозная комбинированная спинально-эпидуральная анестезия (КСЭА)**, особенно в случаях:

○ Прогнозируемых технических трудностей во время операции;

○ Расширение объема операции;

- Многоплодной беременности или при наличии сопутствующей патологии (преэклампсия, ожирение, заболевания сердечно-сосудистой системы и др.);

Д. За 30 минут до конца операции или предполагаемой регрессии блокады:

- **Парацетамол совместно с традиционными НПВС** (помнить о риске осложнений от традиционных НПВС при беременности и лактации).

При использовании общей или спинномозговой анестезии перед зашиванием целесообразно проведение инфильтрации краев раны раствором местного анестетика длительного действия (0,5% или 0,75% ропивакаин, 0,5% бупивакаин) с установкой многоперфорированного катетера для проведения инфузии растворов местного анестетика в послеоперационном периоде.

Антибиотикопрофилактика при абдоминальном родоразрешении

- Антибиотикопрофилактика проводится всем беременным при абдоминальном родоразрешении.
- Польза предоперационного введения антибиотика при операции кесарева сечения превышает связанные с ним риски.
- Исключение могут составить беременные низкого инфекционного риска (продолжительность дооперационной госпитализации до 14 дней, отсутствие клинических и лабораторных данных за воспалительный, инфекционный процесс и других отягощающих факторов).
- На проведение или отказ от антибиотикопрофилактики должно быть получено информированное согласие женщины.

Схема проведения антибиотикопрофилактики:

однократное, за 30 минут – 1 час до начала операции введение антибактериального препарата (сразу после установки внутривенного катетера при поступлении в операционную). Если по каким-либо причинам не выполнено – сразу после пережатия пуповины.

Препараты, применяемые для антибиотикопрофилактики при абдоминальном родоразрешении

- Недопустимо и неэффективно введение первой дозы антибиотика с "профилактической" целью после завершения операции КС.

- С точки зрения эффективности и безопасности наиболее приемлемыми для антибиотикопрофилактики препаратами являются **цефалоспорины I-II поколения (цефазолин, цефуроксим) и ингибиторозащищенные аминопенициллины (амоксциллин/клавуланат, амоксициллин/сульбактам, ампициллин/сульбактам).**
- Пациентам с аллергией на пенициллины или цефалоспорины в качестве альтернативной схемы допустимо предоперационное введение клиндамицина или эритромицина.
- Доза антибиотика для профилактики послеродовых гнойно-воспалительных осложнений соответствует обычной терапевтической дозе.

Ведение родильниц после абдоминального родоразрешения

Ранний перевод из отделения реанимации (или палаты пробуждения) в послеродовое отделение:

-через 6-8 часов после операции, выполненной в условиях нейроаксиальной (спинномозговой, эпидуральной, комбинированной спинально-эпидуральной) анестезии;

-через 8-12 часов после операции, выполненной в условиях общей анестезии;

-в ночные часы (с 23 до 8 часов)перевод осуществляется в плановом порядке с 8 утра

Исключение:

1. Преэклампсия.
2. Кровотечение до, во время операции или в раннем послеоперационном периоде.
3. Тяжелая соматическая патология, требующая мониторинга гемодинамики и функции жизненно важных органов, а также наблюдение врача реаниматолога.
4. Технические сложности во время операции, расширение объема операции (миомэктомия, гистерэктомия, спаечный процесс и т.д.)

Удаление мочевого катетера должно производиться после активизации пациентки и не ранее, чем через 4-6 часов после ведения последней дозы анестетика в эпидуральное пространство.

○ Ранняя активизация

Через 4-6 часов после окончания операции женщине помогают сначала сесть в постели, спустить ноги на пол и затем понемногу начать ходить. Это позволяет свести к минимуму риск развития спаечных осложнений в брюшной полости, застойных явлений в легких (особенно вероятны после общей анестезии), а также тромбоэмболических осложнений при длительной иммобилизации.

Противопоказаниями к ранней активизации являются: температура тела выше 38°C; тромбоз вен нижних конечностей; кровотечение; выраженный болевой синдром у женщин (ВАШ >50мм).

Визуально-аналоговая шкала интенсивности боли длиной 10см: 0-1см – боль отсутствует; 1-3см – боль можно игнорировать; 3-5см – мешает деятельности; 5-7см – мешает концентрироваться; 7-9см – мешает основным потребностям; 9-10см – необходим постельный режим

○ Адекватное послеоперационное обезболивание

А. Всем пациенткам (при отсутствии противопоказаний) назначаются: в конце операции или в начале раннего послеоперационного периода в/в инфузия парацетамола (перфалгана) или традиционные НПВС как альтернатива для снижения потребления опиоидов.

Б. Продолжение эпидуральной анальгезии местными анестетиками.

В. При выраженном болевом синдроме (ВАШ >50мм) добавить сильные опиоиды (в/в).

Г. При средней интенсивности боли (ВАШ = 30-50мм) -слабые опиоиды.

○ Энтеральное питание

1. Родильницам, перенесшим операцию кесарева сечения в условиях нейроаксиальной анестезии, разрешается прием жидкости сразу же после окончания операции. Начиная с первого часа после операции, они могут получать пищу, соответствующую общему столу, за исключением хлеба, овощей и фруктов.
2. Родильницам, перенесшим операцию кесарева сечения в условиях общей анестезии, разрешается прием жидкости через 2 часа после окончания операции. Этой категории родильниц

энтеральное питание может быть назначено через 4-6 часов после операции - бульон; через 24 часа – общий стол.

Профилактика послеоперационных осложнений

Основными осложнениями в послеоперационном периоде являются:

- кровотечение,
- гнойно-воспалительные осложнения,
- тромбоэмболические осложнения.

Профилактика тромбоэмболических осложнений

- Все женщины должны пройти документальную оценку факторов риска венозной тромбоэмболии (ВТЭ):
 1. на ранних сроках беременности или до беременности;
 2. при госпитализации по любой причине;
 3. повторно непосредственно перед и после операции.
- НМГ являются препаратами выбора для послеоперационной тромбопрофилактики. НМГ являются безопасными при грудном вскармливании.
- Во всех случаях (при отсутствии противопоказаний) должны использоваться эластическая или пневмокомпрессия нижних конечностей.

Адекватное обследование и наблюдение после операции

Осмотр включает в себя:

- мониторный контроль в течение 2-х часов (ЭКГ, неинвазивное измерение АД, пульсоксиметрия);
- оценка степени боли по шкале ВАШ;
- определение АД, пульса, оценка состояния кожных покровов;
- оценка перистальтики кишечника;
- наружный осмотр для определения размера матки, консистенции, болезненности;

- оценка количества и характера лохий, соответствующие сроку инволюции матки;
- определения состояния молочных желез (отсутствие трещин на сосках с признаками нагноения и лактостаза);
- оценка состояния послеоперационного шва (признаков воспаления, отека, инфильтрации, расхождения);
- пальпация вен нижних конечностей.

Частота врачебного осмотра:

- сразу после операции кесарева сечения,
- каждые 20-30 минут после операции в течение 2-х часов,
- каждые 2-3 часа через 2 часа после операции до 6 часов,
- после перевода в послеродовое отделение,
- один раз в день в послеродовом отделении,
- при любых жалобах пациентки, гипертермии, обильных кровянистых выделениях и т.д.

NB! Температура тела до 38°C и лейкоцитоз в течение 24 часов после родоразрешения (в том числе после кесарева сечения) допустимы. Чаще всего причиной является дегидратация, поэтому тактика ведения: обильное питье, инфузионная терапия (по показаниям). Назначение противовоспалительной терапии не показано. Кроме этого, уровень СОЭ обладает низкой прогностической ценностью для подтверждения наличия инфекции.

При субфебрильной температуре в послеродовом периоде (до 37,5°C в течение более 24 часов со 2-х суток послеродового периода при отсутствии клинических признаков эндометрита):

- контроль температуры тела через 3 часа с записью в истории родов;
- бак-посев из цервикального канала;
- провести дифференциальную диагностику с другими возможными причинами повышения температуры тела.

Клинико-лабораторные исследования после операции

- клинический анализ крови на 3-е сутки;
- гемостазиограмма на 3-е сутки (только в группе среднего и высокого риска по тромбоэмболическим осложнениям);
- ультразвуковое исследование на 3-4-е сутки после операции (является эффективным, безопасным и неинвазивным методом оценки состояния матки в послеродовом периоде, однако следует тщательно учитывать клинические и лабораторные показатели);
- консультация смежных специалистов: терапевтов, хирургов, неврологов и т.д. только при возникновении показаний;
- влагалищное исследование проводится по показаниям;
- при возникновении осложнений план обследования может меняться.

Критерии нормального ультразвукового исследования после операции кесарево сечение

- исследование должно производиться на 3-4-е сутки при умеренно наполненном мочевом пузыре,
- при измерении ширины полости матки максимально допустимое расширение в верхней и средней трети составляет 1,5см, в нижней трети -1,8см.,
- при любой ширине в полости матки не должны визуализироваться остатки плацентарной ткани, которая определяется как образование повышенной эхогенности округлой формы губчатой структуры с наличием зон васкуляризации,
- остатки отторгающейся децидуальной ткани могут визуализироваться в норме, интерпретация результатов зависит от количества фрагментов ткани,
- наличие газа (гиперэхогенных включений) в полости матки допустимо, однако интерпретация результатов зависит от клинико-лабораторных данных.

При оценке области шва на матке и передней брюшной стенке:

- не должны визуализироваться инфильтраты;
- при наличии патологических образований необходимо четко описывать размер и локализацию, при больших размерах (более 5см)

интерпретация результатов зависит от клинико-лабораторных данных и данных динамического УЗИ;

- при наличии гиперэхогенных образований в области шва необходимо уточнять у хирургов наличие гемостатических губок.

При оценке области параметрия необходимо оценивать наличие или отсутствие объемных образований (в т.ч. и забрюшинной локализации) и гематом.

Также оценивается количество свободной жидкости в малом тазу и в брюшной полости.

Грудное вскармливание

Интраоперационное раннее прикладывание к груди матери возможно при регионарных методах обезболивания операции, отсутствии осложнений у матери и удовлетворительном состоянии новорожденного, сразу после его высушивания и пеленания. Необходимо обеспечить ранний контакт кожа-к-коже (мать-новорожденный), а также совместное пребывание матери и ребенка.

Ранняя выписка предпочтительна, однако следует соблюдать следующие критерии:

- отсутствие гипертермии (выше 37.2°C) и неосложненное течение послеоперационного периода (4-5 сутки);
- размер матки, соответствующий нормальным срокам инволюции по данным гинекологического осмотра и отсутствие патологических изменений при УЗИ;
- отсутствие трещин на сосках с признаками нагноения и лактостаза;
- область швов без признаков воспаления, выписка возможна в нерассасывающемся шовным материалом с последующим удалением шовной нити по месту жительства;
- повышенное количество лейкоцитов в крови обладает низкой прогностической ценностью для подтверждения наличия инфекции.

Консультирование

При выписке всем женщинам проводится консультирование по послеродовому периоду, контрацепции и планированию последующей беременности, а также выдается "паспорт операции кесарева сечения».

Техника кесарева сечения с лапаротомией по Джоэл-Кохену (Joel-Cohen)

При лапаротомии по Джоэлу-Кохену поверхностный поперечный прямолинейный разрез кожи живота осуществляют на 2,5-3см ниже линии, соединяющей передневерхние ости подвздошных костей. По средней линии скальпелем разрез углубляют до обнажения апоневроза, который надсекают по бокам от белой линии. Затем апоневроз рассекают в стороны под подкожно-жировой клетчаткой слегка раскрытыми концами прямых ножниц. Прямые мышцы живота освобождают тупым путем, открывая доступ к париетальной брюшине. Мышцы и подкожно-жировую клетчатку одновременно разводят путем билатеральной тракции. Брюшину вскрывают тупым путем, растягивая пальцами в поперечном направлении. Миометрий разрезают поперек средней линии, без вскрытия плодного пузыря, затем вскрывают и раздвигают латерально при помощи пальцев.

Основные преимущества кесарева сечения по Джоэл-Кохену по сравнению с кесаревым сечением по Пфанненштилю: уменьшение кровопотери, длительности оперативного вмешательства, снижение частоты послеоперационной, длительности послеоперационной боли, потребности в обезболивающих препаратах.

Техника кесарева сечения с лапаротомией по Пфанненштилю

Производится разрез брюшной стенки по Пфанненштилю. Кожа и влагалище прямой мышцы живота рассекаются поперечным разрезом. Влагалище прямой мышцы рассекается свободно от основных прямых мышц живота. Вскрытие брюшины производится продольным разрезом. Матка рассекается поперечным разрезом в нижнем сегменте. Разрез на матке зашивают двумя слоями непрерывного шва. Оба перитонеальных слоя зашивают непрерывными швами. Апоневроз зашивают непрерывным или узловыми швами. На кожу накладывают узловойили непрерывный внутрикожный шов.

Преимущества и недостатки кесарева сечения

Преимущества:

- Относительно безопасные роды у женщин с клинически узким тазом
- В случаях, когда естественные роды угрожают здоровью/жизни матери или ребёнка, вред от кесарева сечения намного меньше, чем от (возможных) осложнений
- Влагалище не растягивается, отсутствуют швы на промежности (от эпизиотомии), поэтому не возникает проблем с половой жизнью
- Избегание геморроя и опущения органов малого таза
- Не происходит деформация головки ребёнка при прохождении через родовые пути

Недостатки:

- Возможность попадания инфекции в брюшную полость
- Долгое восстановление после операции и наркоза
- Затруднено начало лактации - в отдельных случаях
- Рубец на матке после кесарева сечения служит причиной необходимости длительного перерыва между случившимися и следующими родами (если таковые планируются), так как при схватках на следующих родах сокращения мышечного слоя матки настолько сильны, что рубец в некоторых случаях, по статистике 1-2 процента, не выдерживает и разрывается. Эту проблему можно решить, если врач сразу после кесарева сечения начнет необходимую терапию по скорому заживлению места разреза матки, то есть заботиться о следующей беременности нужно уже в первые часы после состоявшихся родов.

Заключение

С каждым годом прогрессивно увеличивается абсолютное число родильниц, родоразрешенных с помощью кесарева сечения. В связи с этим возникла новая акушерская проблема – ведение беременности и родов у женщин с рубцом на матке, которые составляют группу риска по возникновению разрыва матки. Главной причиной разрыва матки после кесарева сечения является несостоятельность рубца. С помощью гистологических и клинических методов определены факторы, отрицательно влияющие на формирование полноценного рубца. К ним относятся послеоперационная инфекция, предлежание плаценты, плохая техника ушивания, небольшой (менее 1 года) или, наоборот, длительный (более 4 лет) промежуток времени после кесарева сечения, прорастание трофобласта в область рубца. Длительный промежуток между беременностями приводит к прогрессирующему склерозу в области рубца, его демускуляризации, обуславливая все большую его неполноценность. Во время повторного родоразрешения операцией кесарева сечения встает вопрос о стерилизации для профилактики разрыва матки при последующих беременностях, опасность которого после неоднократного кесарева сечения резко возрастает.

Состояние новорожденного после кесарева сечения определяется не столько самим оперативным вмешательством и анестезиологическим пособием, сколько той патологией беременности и родов, которая явилась показанием для абдоминального родоразрешения, степенью доношенности и зрелости плода. В случаях сочетания серьезных осложнений беременности и родов с осложнениями, возникающими при операции (трудное или травматичное извлечение плода) или анестезиологическом пособии (гипоксия, гиперкапния, использование высоких концентраций наркотических средств), и недостаточной эффективностью реанимационных мероприятий возрастает число детей с постнатальной асфиксией и другими заболеваниями периода новорожденности, которые в дальнейшем могут явиться причиной нарушений психомоторного развития детей. Затрудненное извлечение ребенка является достаточно сильным раздражителем и может стать причиной таких аспирационных осложнений, как асфиксия, ателектаз легких, бронхопневмония, а также внутричерепные кровоизлияния. Естественно, что травматические повреждения ребенка являются недопустимыми техническими погрешностями операции кесарева сечения.

Таким образом, перинатальная заболеваемость и смертность новорожденных, извлеченных при кесаревом сечении, только в редких случаях имеет непосредственную связь с перенесенной операцией, основной же причиной является тяжелая акушерская и экстрагенитальная патология. Кесарево сечение имеет несомненные преимущества, с точки зрения исхода для плода, перед такими способами родоразрешения, как вакуум-экстракция плода, акушерские щипцы, извлечение плода за тазовый конец.

Список использованной литературы

1. Кесарево сечение. Показания, методы обезболивания, хирургическая техника, антибиотикопрофилактика, ведение послеоперационного периода: клинические рекомендации (протокол) (утверждены Министерством здравоохранения Российской Федерации, 06.05.2014)
2. Стрижаков А.Н., Маркин С.А. - Руководство по практическому акушерству - М. 1999
3. Логутова Л.С. Оптимизация кесарева сечения. Медицинские и социальные аспекты: Автореф. дисс. д-ра мед. наук. М., 1996. 48 с.
4. Мирон И.М. Прогнозирование, раннее выявление, лечение и комплексная профилактика гнойно-воспалительных заболеваний после родов и кесарева сечения: Автореф. дисс. д-ра мед. наук. М., 2001. 49 с.
6. Сенчакова Т.Н. Отсроченные осложнения кесарева сечения (клиника, диагностика, тактика ведения и профилактика): Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. М., 2000. 24 с.