

ФГБОУ ВПО «Красноярский государственный медицинский университет
им. Проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого» Министерства здравоохранения

Российской Федерации

Кафедра акушерства и гинекологии ИПО

РЕФЕРАТ

Кесарево сечение.

Выполнила: ординатор 1-го года обучения

Кафедры Акушерства и гинекологии ИПО

Глухих Татьяна Александровна

КРАСНОЯРСК 2020

Оглавление

Актуальность	3
Причины возрастания частоты абдоминального родоразрешения.....	3
Показания к кесареву сечению	4
Условия и противопоказания	7
Методика выполнения операции.....	7
Осложнения	12
Контроль за маткой.....	13
Список использованной литературы.....	15

Актуальность

По различным данным, частота кесарева сечения в России в среднем составляет 11 %, а в крупных перинатальных центрах до 20—50 %. За рубежом этот показатель колеблется в пределах 18—21 %, достигая 30 %.

Частота абдоминального родоразрешения в различных учреждениях зависит от региона, контингента пациенток, оснащенности стационара, квалификации врачей, специализации стационара.

Причины возрастания частоты абдоминального родоразрешения

В настоящее время кесарево сечение является одной из наиболее часто выполняемых акушерских операций. Целый ряд причин обуславливает это.

1. Увеличение числа первородящих старше 30 лет в сочетании с отягощенным акушерско-гинекологическим анамнезом (аднексит, эндомиометрит, нейроэндокринные расстройства, бесплодие, реконструктивные операции на матке и придатках, миома матки, эндометриоз и т. д.). У этих женщин также отмечаются различные экстрагенитальные заболевания. Беременность у них часто протекает с осложнениями (ФПН, ЗВУР, аномалии расположения плаценты, гестоз и т. д.). Нередко имеет место осложненное течение родов.
2. Внедрение в практику новых методов исследования, позволяющих установить более точный диагноз.
3. Расширение показаний для кесарева сечения при тяжелом гестозе, недоношенной беременности, тазовом предлежании плода.
4. Расширение показаний для кесарева сечения, выполняемого в интересах плода.
5. Воздержание от наложения акушерских щипцов.
6. Возрастание количества беременных с рубцом на матке и после применения технологий вспомогательной репродукции.

Уменьшение частоты перинатальных потерь благодаря увеличению частоты кесарева сечения возможно только до определенного предела. Оптимальной частотой этой операции, которая позволяет снизить перинатальные потери, считается 10—15 %. Далее перинатальные потери не уменьшаются, по данным ВОЗ.

Существует также и другая сторона проблемы. Несмотря на улучшение перинатальных исходов при увеличении частоты кесарева сечения, риск для здоровья и жизни женщины по сравнению с родами через естественные родовые пути в несколько раз выше. Так, риск материнской смертности при родах через естественные родовые пути составляет 1:10 000, а при кесаревом сечении — 1:2500 и даже 1:1000. При этом наиболее частыми причинами смерти пациенток являются кровотечения, тромбоэмболия, эмболия околоплодными водами. Возрастание частоты кесарева сечения повлекло за собой увеличение количества послеродовых гнойно-воспалительных осложнений, наиболее распространенным среди которых является эндометрит — до 45 %.

Показания к кесареву сечению

Абсолютные показания включают группу состояний, при которых ведение родов через естественные родовые пути представляет опасность для жизни матери и ребенка. В этом случае абдоминальное родоразрешение выполняют в плановом порядке. К таким состояниям относят:

- сужение таза III—IV степени;
- аномальные формы таза с выраженным сужением;
- опухоли и рубцовые изменения шейки матки, влагалища и промежности, препятствующие рождению ребенка;
- устранение мочеполовых и киечно-половых свищей в анамнезе;
- выраженное варикозное расширение вен в области влагалища и вульвы;
- неправильное положение плода (поперечное и косое);

- полное предлежание плаценты.

Относительные показания — ситуации, когда не исключена возможность родов через естественные родовые пути, однако опасность развития осложнений у матери и плода превышает риск осложнений кесарева сечения:

- рубец на матке;
- тазовое предлежание, особенно если имеет место разгибательное положение головки плода, ножное предлежание плода, задний вид тазового предлежания плода, масса плода более 3500 г, задержка развития плода;
- предлежание петли пуповины;
- выраженная ФПН (субкомпенсированная или декомпенсированная форма);
- экстрагенитальные заболевания, при которых роды через естественные родовые пути опасны для здоровья женщины (миопия высокой степени, эпилепсия, посттравматическая энцефалопатия, пороки сердца и т. д.);
- миома матки больших размеров;
- аномалии развития матки;
- отсутствие биологической готовности организма к родам при доношенной беременности и неэффективность подготовки шейки матки к родам;
- перенашивание беременности в сочетании с «незрелой» шейкой матки;
- сочетанные показания (отягощенный акушерский анамнез, бесплодие, применение методов вспомогательной репродукции, возраст первородящей старше 30 лет, перенашивание, крупный плод, гипоксия, ФПН и т. д.);
- неполное предлежание плаценты в сочетании с перечисленными сопутствующими осложнениями;

- чрезмерное перерастяжение матки при многоплодной беременности (крупные плоды); неподготовленность родовых путей после 38 нед беременности; поперечное положение первого плода из двойни или обоих плодов; тазовое предлежание первого плода у первородящих; сросшиеся близнецы; тройня и большое количество плодов.

Перечисленные ситуации также являются показаниями для планового оперативного родоразрешения.

Возможно также развитие ситуаций, требующих абдоминального родоразрешения в экстренном порядке как во время беременности, так и в родах:

- нарастание тяжести ФПН (декомпенсированная форма) или гестоза, не поддающихся терапии, при отсутствии условий для быстрого родоразрешения через естественные родовые пути;
- приступ эклампсии;
- клинически узкий таз (несоответствие размеров предлежащей части плода и таза матери);
- «незрелая» шейка матки и отсутствие родовой деятельности при дородовом излитии околоплодных вод;
- сочетание длительного патологического прелиминарного периода с «незрелой» шейкой матки;
- отсутствие эффекта от родовозбуждения или родостимуляции при ФПН в течение 2—3 ч;
- дискоординация родовой деятельности при неэффективном ее лечении, а также наличие дополнительных осложнений беременности или возникновение их в родах;
- угроза разрыва матки;
- преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты при прогрессирующем и тяжелом течении и отсутствии условий для срочного родоразрешения через естественные родовые пути;
- предлежание плаценты и начавшееся кровотечение.

Отдельно следует выделить показания к кесаревому сечению, выполняемому в интересах плода:

- нарастающая гипоксия плода в сочетании с признаками централизации кровообращения и явлениями критического нарушения фетоплацентарного и плодового кровотока;
- прогрессирующее ухудшение состояния плода или острая гипоксия при отсутствии условий для быстрого родоразрешения через естественные родовые пути;
- ухудшение состояния плода на фоне введения утеротонических препаратов;
- выпадение петель пуповины и мелких частей плода;
- образование поперечного положения второго плода после рождения первого при многоплодной беременности;
- асинклитические вставления головки плода (выраженная степень переднего асинклитизма и задний асинклитизм);
- высокое прямое стояние головки плода;
- лобное предлежание плода.

Условия и противопоказания

Условиями для выполнения кесарева сечения являются отсутствие инфекционного процесса, жизнеспособный плод, соответствующая квалификация хирурга, согласие женщины на операцию.

Противопоказаниями для абдоминального родоразрешения служат смерть плода или его состояния, несовместимые с внеутробным существованием, обострение или острое инфекционно-воспалительное заболевание.

С другой стороны, если отказ от операции влечет за собой смерть женщины, кесарево сечение выполняют несмотря на состояние плода, проводя соответствующие профилактические мероприятия.

Методики выполнения кесарева сечения

Разрез передней брюшной стенки

В настоящее время методом выбора чревосечения при кесаревом сечении считают поперечный надлобковый разрез передней брюшной стенки по Пфанненштилю. Этот разрез обеспечивает достаточный оперативный доступ, составляя 13—14 см.

Нижнесрединный доступ используют реже, в основном в экстренных ситуациях при кровотечении, эклампсии, разрыве матки, прогрессирующей гипоксии плода. Это обуславливает необходимость быстрого вхождения в брюшную полость.

Преимуществом поперечного надлобкового разреза является то, что апоневроз и брюшину рассекают во взаимно перпендикулярных направлениях, после операции наблюдается менее выраженная реакция брюшины, больные раньше встают, рубец на передней брюшной стенке более прочный. Отмечено, что при нижнесрединном чревосечении расхождение послеоперационной раны наблюдается в 8 раз чаще, чем при поперечном.

В качестве одного из вариантов может быть использовано чревосечение в модификации Жоэля-Кохена. При этом производят поверхностный поперечный разрез кожи на 2,5 см ниже линии, соединяющей верхние передние подвздошные ости. Скальпелем делают углубление в подкожной жировой клетчатке по средней линии, одномоментно надсекая апоневроз, который затем рассекают ножницами в стороны. Хирург и ассистент одновременно разводят подкожную жировую клетчатку и прямые мышцы живота в стороны по линии разреза кожи. Брюшину вскрывают тупым путем указательными пальцами в поперечном направлении во избежание травмы мочевого пузыря.

Разрез по Жоэлю-Кохену отличается от общепринятого поперечного разреза тем, что его производят выше и по прямой линии (поверхностная надчревная и наружная половая артерии не попадают в зону разреза),

подкожную жировую клетчатку и мышцы разводят тупым путем, не требуется отслоения апоневроза от подлежащих мышц, брюшину вскрывают в поперечном направлении.

Однако можно выполнять поперечный надлобковый разрез в общепринятом месте (как по Пфанненштилю), а далее, сдвигаясь выше по направлению к пупку, вскрыть подлежащие ткани, как при разрезе по методике Жоэля-Кохена.

Разрез на матке

Методом выбора разреза на матке является поперечный разрез в нижнем маточном сегменте.

Преимущества такого разреза по сравнению с корпоральным заключаются в следующем:

1. Меньшее травмирование и кровоточивость раны, так как нижний сегмент является малососудистой зоной по сравнению с телом матки. Мышечные пучки идут параллельно линии разреза, что позволяет их раздвигать.
2. Возможность выполнения герметичной перитонизации из-за легкого смещения пузырно-маточной складки.
3. Ниже вероятность инфицирования брюшной полости.
4. Более физиологичное заживление раны на матке, способствующее формированию более полноценного рубца.
5. Меньшая возможность расположения плаценты в области рубца при последующей беременности.

Локализация разреза в нижнем маточном сегменте должна соответствовать уровню наибольшего диаметра головки плода. Следует помнить о физиологической ротации матки слева направо. Чаще разрез на матке делают, вскрывая скальпелем нижний сегмент на протяжении 1—2 см и разводя его края в стороны тупым путем. Выпуклость разреза должна быть обращена вниз, вследствие чего края раны в латеральных отделах идут параллельно сосудистым пучкам, что предупреждает их травмирование.

В случае рубцового изменения тканей нижнего сегмента матки вскрытие ее полости можно осуществлять острым путем с направлением разреза дугообразно вверх (по методу Дерфлера).

В результате многочисленных исследований установлено, что расширение разреза на матке может быть с одинаковым успехом выполнено как тупым, так и острым путем, в связи с тем что не выявлено различий в частоте осложнений, во времени выполнения разреза, кровопотери и т. д.

В ряде случаев возникает необходимость выполнения корпорального кесарева сечения. Это следующие ситуации:

- наличие рубца на матке после предыдущего корпорального кесарева сечения;
- наличие обширного спаечного процесса в области нижнего маточного сегмента;
- выраженное варикозное расширение сосудов в области нижнего маточного сегмента;
- врач не владеет техникой кесарева сечения в нижнем маточном сегменте;
- планируется последующее удаление матки;
- требуется быстрое родоразрешение в интересах матери и плода (тяжелое кровотечение, острая гипоксия плода, операция на мертвой или умирающей женщине).

Корпоральное кесарево сечение обладает одним, но весьма спорным преимуществом — быстротой выполнения. В остальном оно уступает кесареву сечению в нижнем маточном сегменте из-за более высокой частоты интраоперационных и послеоперационных осложнений, гинекологической заболеваемости, развития несостоятельного рубца на матке, спаечного процесса.

Восстановление рассеченной стенки матки. Перитонизация

В клинической практике используют несколько вариантов зашивания разреза на матке. В частности, применяют отдельные двухрядные мышечно-

мышечные швы без прокола эндометрия.

При другом варианте двухрядного шва первый ряд представляет собой непрерывный слизисто-мышечный шов с захватом эндометрия и выколом посредине миометрия (В. И. Красно-польский, В. И. Кулаков), что позволяет обеспечить достаточную герметичность, гемостаз и хорошее заживление раны. Второй ряд швов рекомендуют накладывать в виде непрерывного или отдельных мышечно-мышечных швов с последующей перитонизацией. Установлено, что через 4—5 дней непрерывный кетгутовый шов покрывается тонким слоем фибрина, который препятствует его инфицированию. Применение такого шва наиболее эффективно с использованием современных синтетических шовных материалов.

Применяют также и однорядные узловые или непрерывные швы. В частности, накладывают один ряд из 6—8 мышечно-мышечных швов (с использованием синтетических шовных материалов) без захвата эндометрия, с интервалом между ними 1,5—2 см, с последующей перитонизацией.

Положительной стороной этой методики является то, что однорядные узловые мышечно-мышечные швы с использованием синтетических шовных материалов обеспечивают достаточное сопоставление краев раны без выраженной местной ишемии тканей и нормальную регенерацию миометрия.

При использовании традиционных двухрядных отдельных швов образующиеся ряды лигатур и стянутые частые швы приводят к нарушению кровоснабжения в области раны, а при сокращении матки — к большому скоплению лигатур на ограниченном участке. В результате этого развивается недостаточная васкуляризация, тканевая гипоксия и неполноценная регенерация тканей.

Создаются условия для активации инфекции, чрезмерного разрастания соединительной ткани и формирования неполноценного рубца.

Целесообразно также использование непрерывного однорядного шва через все слои с захлестом лигатур или обычного однорядного обвивного шва через все слои с захватом эндометрия.

Как правило, после ушивания матки производят перитонизацию пузырно-маточной складкой и дальнейшее послойное ушивание передней брюшной стенки.

Однако установлено, что возможно самостоятельное быстрое восстановление целостности париетальной брюшины и без ее ушивания. Через 48—72 ч рассеченные края брюшины подвергаются эпителизации спонтанно без наложения шовного материала. Полностью процесс заживления заканчивается к 5-м суткам. Согласно мнению исследователей, занимавшихся изучением этого вопроса, частота развития послеоперационных осложнений в тех наблюдениях, где перитонизация не проводилась, не выше, чем при наложении швов на брюшину.

Кесарево сечение в модификации Штарка

При выполнении кесарева сечения в этой модификации производят чревосечение по Жоэлю-Кохена. Затем рассекают пузырно-маточную складку. Рассечение нижнего сегмента производят в поперечном направлении. После извлечения плода и последа матку выводят в рану и ее стенку восстанавливают однорядным непрерывным швом с захлестом по Ревердену. Перитонизацию шва на матке не производят. Матку возвращают в рану. Брюшину и мышцы передней брюшной стенки не зашивают. На апоневроз накладывают непрерывный шов по Ревердену. Кожу зашивают отдельными швами по Данати (3—4 шва на разрез). При выполнении операции в данной модификации используют синтетические шовные материалы.

По мнению сторонников кесарева сечения в модификации Штарка, при выполнении такой операции:

- уменьшается травматизация тканей;
- продолжительность такой операции в среднем в 2 раза короче, чем по традиционной методике;
- снижается интраоперационная кровопотеря;

- укорачивается продолжительность операции и время до извлечения плода;
- послеоперационный период протекает более физиологично и короче;
- снижается частота послеоперационных гнойно-воспалительных осложнений;
- более благоприятно протекает ранний неонатальный период.

Для обезболивания может быть использована как эндотрахеальная, так и эпидуральная анестезия. При необходимости проводят обычную антибиотикопрофилактику. Пациенткам разрешают вставать через 6—8 ч.

Отсутствие перитонизации восстановленной стенки матки не приводит к увеличению частоты гематом под пузырно-маточной складкой.

Осложнения, возникающие в ходе кесарева сечения

Ранение соседних органов — чаще всего происходит из-за рубцово-спаечного процесса. Наиболее частым является ранение мочевого пузыря.

Трудности при выведении головки плода в основном возникают при недостаточно длинном и слишком высоко произведенном разрезе на матке. Это может привести к травме шейно-грудного отдела позвоночника плода.

Кровотечение — бывает из сосудов передней брюшной стенки вследствие ранения поверхностных надчревных и наружных половых артерии, располагающихся в латеральных отделах нижней части передней брюшной стенки в толще подкожной жировой клетчатки.

Кровотечение может быть также обусловлено ранением сосудистого пучка маточной артерии при извлечении плода, при наличии рубца на матке, изменении топографии матки и сосудов (разрез ротированной матки производят не в центре, а ближе к левому ребру). Аналогичным образом ранение сосудистого пучка может возникнуть в результате чрезмерного продления разреза. Мерами профилактики являются выполнение разреза строго по центру с учетом ротации матки, при Рубцовых изменениях

возможно вскрытие матки острым путем.

При повреждении сосудистого пучка необходима перевязка внутренних подвздошных артерий.

Предлежание плаценты к линии разреза. При рассечении плаценты возникает опасность кровопотери со стороны плода и развитие у него острой гипоксии. Также может быть эмболия околоплодными водами.

Ранение предлежащей части плода (1,04 %) — в основном возникает вследствие истончения нижнего сегмента матки, при предлежании плаценты, при отсутствии околоплодных вод, нарушении техники вскрытия матки.

Затруднения при выведении головки плода (2,98 %) чаще всего наблюдаются при наличии крупного плода, при поперечном или косом положении плода и попытке извлечения его за головку, при выраженном спаечном процессе, при недостаточном разрезе передней брюшной стенки.

Эмболия околоплодными водами. Представляет серьезную опасность для жизни, так как является одной из причин шока и выраженных нарушений гемостаза.

Факторы риска: длительный гипертонус матки на фоне неадекватной стимуляции родовой деятельности, отслойка плаценты, многоплодная беременность, разрыв матки, зияние сосудов плацентарной площадки.

Контроль за маткой после кесарева сечения

В послеоперационном периоде необходим динамический контроль за инволюцией матки и заживлением. Кроме того, обязательным является применение утеротонических средств и спазмолитиков для обеспечения лучшего оттока лохий. В первые 2 ч рекомендуется внутривенное введение утеротонических средств.

После кесарева сечения инволюция матки по сравнению с родами через естественные родовые пути определенным образом изменяется. Это проявляется замедленным сокращением поперечных и продольных размеров,

утолщением передней стенки, отставанием увеличения толщины ее задней стенки. Отсутствует расширение полости матки в нижней трети, свойственное нормальному течению процесса инволюции матки после обычных родов. После кесарева сечения, наоборот, происходит сужение просвета полости матки на уровне шва вследствие отека тканей и вворачивания в просвет полости матки сопоставленных краев раны при наложении двухрядных швов. Это обуславливает нарушение оттока лохий и создание условий для развития эндометрита.

Динамический контроль за состоянием матки позволяет обеспечить УЗИ и гистероскопия. При УЗИ послеоперационной матки оценивают длину, ширину и переднезадний размер тела матки, изучают эхоструктуру содержимого полости матки и определяют ее размеры. Целесообразным является обязательный 100 % УЗИ-контроль на 4—5-е сутки, а также по необходимости.

Список литературы

1. Очерки по производственной и клинической трансфузиологии / Под общ. ред. А.И. Воробьева. — М.: Ньюдиамед, 2015. — 632 с.
2. АКУШЕРСТВО. П/р Г.М.Савельевой. М., 2015, стр. 587-588.
3. Бакшеев Н.С. Маточные кровотечения. Киев. Здоровье. 1966, 1970, 2017 гг.
4. Гентер Г.Г. Учебник акушерства. Наркомздрав, 2017, стр. 633-638.
5. Статья опубликована по адресу: www.medlinks.ru/article.php
6. B-Lynch C., Keith L.G., Lalonde A.B., Karoshi M. A textbook of postpartum hemorrhage. — Duncow: Sapiens Publishing, 2019. — P. 468.