

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Красноярский государственный медицинский университет имени
профессора В.Ф.Войно-Ясенецкого»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра перинатологии, акушерства и гинекологии лечебного факультета

Вот /
Мед / Коновалов В.Н.

Заведующий кафедрой:
ДМН, Профессор Цхай В.Б.

РЕФЕРАТ

на тему: «Кесарево сечение в современном акушерстве»

Выполнила:

Ординатор 1-го обучения кафедры
перинатологии, акушерства и гинекологии

Скуратова Ю.Н.

Проверил:

Ассистент кафедры

Коновалов В.Н.

г.Красноярск, 2020

Оглавление

Введение.....	3
Показания к кесареву сечению.....	4
Противопоказания.....	8
Условия кесарева сечения	8
Классификация	9
Подготовка к операции	9
Методы обезболивания.....	10
Техника КС	11
Осложнения	14
Профилактика осложнений.....	14
Ведение в послеоперационном периоде.....	15
Заключение	16
Список использованной литературы	17

Введение

Кесарево сечение – родоразрешающая операция, при которой плод и послед извлекают через искусственно сделанный разрез на матке. Одна из самых распространённых операций в акушерской практике, относящаяся к неотложным пособиям, которые должен уметь выполнять не только каждый акушер-гинеколог, но и врач любой специальности, владеющий оперативной техникой.

По данным зарубежной статистики, в Европейском регионе кесарево сечение выполняют в среднем в 25% всех родов (2013г.). Частота этой операции в США (2014г.) составляет 30%, а в странах Южной Америки – 40% (2013г.). В частных госпиталях Бразилии частота кесарева сечения достигает 80%. Частота кесарева сечения в РФ составляет 27,9%(2014г.), по сравнению – в 2001г. – 15%, в 2017 г. составила 29,2%, в 2018 г.- 30,1%. Увеличение частоты кесарева сечения в России сочетается со снижением перинатальной смертности.

Высокий процент кесаревых сечений в современном акушерстве имеет объективные причины, заключающиеся в повышении количества первородящих старше 35 лет, беременных с многократными попытками ЭКО, кесаревым сечением в анамнезе, рубцовыми изменениями стенки матки после миомэктомии, произведенной лапароскопическим доступом, а также в связи с расширением показаний к кесареву сечению в интересах плода.

В современном акушерстве кесарево сечение имеет огромное значение, так как при осложненном течении беременности и родов оно позволяет сохранить здоровье и жизнь матери и ребенка. Кесарево сечение, как любое оперативное вмешательство, может иметь неблагоприятные последствия как в ближайшем послеоперационном периоде (кровотечение, инфицирование, ТЭЛА, ЭОВ, перитонит), так и в отдаленные периоды жизни женщины. Несмотря на использование шовного материала высокого качества, осложнения операции у матери продолжают регистрироваться. Кесарево сечение может оказывать влияние на дальнейшую детородную функцию женщин: возможно развитие бесплодия, привычного невынашивания беременности, нарушений менструального цикла, предлежания плаценты, истинного врастания плаценты при последующей беременности. Кесарево сечение не всегда может сохранить здоровье ребенка, особенно при глубоком невынашивании, перенашивании, инфекционном заболевании плода, выраженной гипоксии.

Показания к кесареву сечению

Абсолютные показания – это ситуации, при которых кесарево сечение производят в целях спасения жизни матери и/или плода, а также для предупреждения инвалидизации матери. Одним из абсолютных показаний достаточно для родоразрешения путем кесарева сечения.

Относительные показания – при которых кесарево сечение (по сравнению с вагинальными родами) улучшает исход беременности и родов для матери и плода. Кесарево сечение по относительным показаниям возможно лишь при их сочетании. Только лишь одно относительное показание позволяет вести роды консервативно или применять другие способы родоразрешения. Число относительных показаний, необходимых для кесарева сечения, врач определяет в каждом конкретном случае индивидуально.

При абсолютных показаниях до родов кесарево сечение должно быть выполнено в оптимальные сроки беременности. Во время родов операцию необходимо выполнять сразу же после установления диагноза, но обязательно при отсутствии противопоказаний.

Классификация неотложности КС:

I категория - в экстренной форме - при угрозе жизни женщины или плода (должно проводится на столько быстро, насколько возможно, но не позднее 30 минут от постановки диагноза до оперативного родоразрешения при нахождении пациентки в стационаре);

II категория - в неотложной форме - без явных признаков угрозы жизни, при наличии осложнений у матери или плода, которые требуют неотложного родоразрешения;

III категория - в плановой форме - время родоразрешения определяется в соответствии с оптимальным временем родоразрешения для женщины и плода.

Показания к плановому КС во время беременности:

- при полном врастании плаценты (при неполном предлежании плаценты на расстоянии 2 см и менее от внутреннего зева родоразрешение чаще проводится путем КС, однако возможно родоразрешение через естественные родовые пути в зависимости от паритета, готовности родовых путей, наличия или отсутствия кровотечения, фазы родов).
- Предлежание сосудов плаценты
- Два и более КС; миомэктомия. (при наличии одного рубца на матке и категорического отказа пациентки от родоразрешения через естественные родовые пути возможно родоразрешение путем КС)
- Наличие препятствия со стороны родовых путей для рождения ребенка (анатомически узкий таз II и более степени сужения; деформация костей таза; миома матки больших размеров, особенно в области нижнего сегмента, препятствующая деторождению через естественные родовые пути);

- Рубцовые деформации шейки матки и влагалища после предшествующих операций, в том числе после разрыва промежности III, пластические операции на шейке матки, влагалище, ушивание мочеполовых и кишечно-половых свищей;
- Рак шейки матки, кроме преинвазивных и микроинвазивных форм рака шейки матки;
- Предполагаемые крупные размеры плода (более 4500г.);
- Тазовое предлежание, сочетающееся с массой плода (более 3600г и менее 2500г., разгибание головки III степени по данным УЗИ, смешанное ягодичное предлежание плода у первородящей (оперативное родоразрешение женщин с тазовым предлежанием плода носит рекомендательным характер и зависит от паритета женщины и акушерской ситуации);
- Устойчивое поперечное положение плода (возможно проведение наружного поворота плода в 37 недель беременности. Если попытка неудачная, возможно повторное проведение в 39 – 39+6 недель перед плановой операцией. Если удалось провести, то переходят к началу преиндукции или индукции родов);
- Гибель или инвалидизация ребенка в процессе предыдущих родов;
- Генитальный герпес (первичный эпизод или рецидив) в течении 6 недель до родоразрешения;
- При ВИЧ инфекции при вирусной нагрузке перед родами более 1000 копий/мл, неизвестной вирусной нагрузкой перед родами или неприменением противовирусной терапии во время беременности и/или непроведении антиретровирусной профилактики в родах (КС по достижении 38 недель беременности при отсутствии признаков родовой деятельности);
- Аномалии развития плода (гастрошизис, омфалоцеле, крестцово-копчиковая тератома больших размеров);
- Соматические заболевания, требующие исключения потуг (декомпенсация сердечно-сосудистых заболеваний, осложненная миопия, трансплантированная почка). В ряде случаев вопрос должен решаться на консилиуме с участием смежных специалистов.

Показание к экстренному кесареву сечению во время беременности:

- предлежание плаценты, кровотечение;
- вращение плаценты (начало родов, кровяные выделения);
- преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты;
- угрожающий, начавшийся, свершившийся разрыв матки по рубцу;
- острая гипоксия плода;
- преждевременное излитие околоплодных вод при доношенной беременности и наличии показаний к плановому КС;
- экстрагенитальные заболевания, приводящие к ухудшению состояния беременной;
- хориоамнионит и неготовность естественных родовых путей к родам;

- состояния агонии или внезапной смерти женщины при наличии живого плода.

Показания к экстренному кесареву сечению во время родов:

Во время родов показания к кесареву сечению такие же, что и во время беременности. Кроме того, может появиться необходимость кесарева сечения при следующих осложнениях родов:

- нарушения сократительной деятельности матки, не поддающиеся коррекции (слабость, дискоординация);
- преэклампсия тяжелой степени, HELLP синдром при беременности и в родах (при отсутствии условий для быстрого родоразрешения через естественные родовые пути);
- приступ эклампсии;
- клинически узкий таз;
- выпадение пульсирующей петли пуповины и /или мелких частей плода при головном предлежании;
- ножное предлежание.

Плановое родоразрешение путем КС рекомендовано проводить в 39-40 недель беременности. Риск респираторных дыхательных нарушений выше у детей, рожденных путем КС до начала родовой деятельности, однако он значительно снижается после 39 недель беременности. При сочетании некоторых показаний сроки родоразрешения могут быть изменены согласно клинической ситуации.

Следовательно, для общей наглядности:

Абсолютные показания	
<i>Со стороны матери</i>	<i>Со стороны плода</i>
- Анатомический узкий таз 2и> ст.сужения, редковстречающиеся формы узкого таза; - полное ПП; - неполное ПП с выраженным кровотечение при отсут.условий для немедленного родоразрешения; - ПОНРП при отсут.условий для немедленного родоразрешения; - угрож. и начинающийся разрыв матки; - 2 и > рубца на матке; - несостоятельный рубец на матке; - расположение плаценты в области рубца после КС; - опухоли органов малого таза, препятствующие рождению плода; - состояние после операций по поводу мочеполовых и кишечно-половых свищей; - рубцовые сужения влагалища и ш/матки; - рубец на промежности после разрыва III степени; - выраженное варикозное расширение вен шейки матки, влагалища и вульвы; - экстрагенитальный рак и рак шейки матки.	- острая гипоксия плода при отсутствии условий для немедленного родоразрешения; - поперечное положение плода после излития околоплодных вод; - разгибательные вставления головки - лобное, передний вид лицевого, переднеголовное, высокое прямое стояние стреловидного шва; - состояние агонии или смерть матери при живом плоде;
Относительные показания	
<i>Со стороны матери</i>	<i>Со стороны плода</i>
- клинически узкий таз I степени; - аномалии родовой деятельности, не поддающиеся консервативной терапии; - тяжелая ПЭ; - экстрагенитальные заболевания (миопия высокой степени; заболевания головного мозга, тяжелые заболевания ССС, почек, эндокринной системы); - пороки развития матки и влагалища; - переломы костей таза и поясничного отдела позвоночника в анамнезе; - рубец на матке после КС в нижнем маточном сегменте; - рубец на матке после пластических операций до или во время беременности (миомэктомия, удаление перегородки матки, удаление рудиментарного рога и тд).	- хрон.плацентарная недостаточность; - тазовом предлежание при массе тела более 3500 г и разогнутом положении головки; - многоплодная беременность при тазовом предлежании первого плода; - выпадение пуповины; - длительное бесплодие в анамнезе, индуцированная беременность; - переносенная беременность; - крупный или гигантский плод; - анатомически суженный таз I или II степени сужения при массе плода более 3500 г.

Противопоказания

- аномалии, не совместимые с жизнью (за исключением тех аномалий, которые могут привести к клинически узкому тазу, и ситуаций, при которых родоразрешение через естественные родовые пути представляет более высокий риск, чем путем КС);
- внутриутробная смерть плода (за исключением ситуаций, при которых родоразрешение через естественные родовые пути представляет более высокий риск, чем путем КС);
- при сроке беременности < 24 недель при наличии показаний со стороны плода (за исключением ситуаций, при которых родоразрешение через естественные родовые пути представляет более высокий риск, чем путем КС). Требуется письменное согласие пациентки в связи с неблагоприятным прогнозом для жизни и здоровья новорожденного.

Условия кесарева сечения

Хирургические условия: наличие большой операционной с инструментарием и подготовленным персоналом. В крайних случаях при абсолютных показаниях и невозможности транспортировать больную в специально оборудованное учреждение можно организовать операционную на месте.

Акушерские условия:

- отсутствие симптомов эндометрита в родах (повышение температуры тела, учащение пульса, выделения с запахом);
- живой и жизнеспособный плод. В случае опасности, угрожающей жизни женщины (кровотечение при ПП, ПОНРП, разрыв матки, запущенное поперечное положение плода и пр.), кесарево сечение проводят и при мертвом и нежизнеспособном плоде.

Согласие пациентки на операцию. Необходимо подписать информированное согласие.

Классификация

Хирургический доступ для производства кесарева сечения, как правило, бывает лапаротомический (абдоминальный, брюшностеночный, возможен забрюшинный) и влагалищный. Для извлечения жизнеспособного плода проводится только лапаротомия, а нежизнеспособного (от 17 до 22 недель гестации) - осуществляется как брюшностеночный разрез, так и влагалищный. Влагалищное кесарево сечение в связи с техническими сложностями и частыми осложнениями в настоящее время практически не используют. Вне зависимости от доступа кесарево сечение, проведенное в сроке от 17 до 22 нед. называют малым. Малое кесарево сечение выполняют с целью раннего прерывания беременности по медицинским показаниям и, как правило, при этом используют абдоминальный доступ.

В зависимости от локализации разреза на матке в настоящее время различают:

- корпоральное (классическое) кесарево сечение - разрез по средней линии в теле матки;
- истмико-корпоральное - разрез по средней линии матки частично в нижнем сегменте, частично в теле матки;
- донное кесарево сечение - разрез по средней линии в дне матки с переходом с передней стенки на заднюю;
- в нижнем сегменте поперечным разрезом со вскрытием пузырно-маточной складки;
- в нижнем сегменте матки поперечным разрезом без вскрытия пузырно-маточной складки.

Наиболее рациональным методом кесарева сечения во всем мире считают операцию в нижнем сегменте матки поперечным разрезом. Однако возможно (крайне редко) производить и продольный разрез на матке по средней линии.

Подготовка к операции

1. Сбор жалоб и анамнеза;
2. Оценка состояния матери (ЧСС, АД, ЧДД, сознание, состояние кожных покровов, размеры таза, состояние матки: ВДМ, тонус, болезненность, наличие и характер влагалищных выделений, влагалищное исследование). Данное обследование нужно проводить при поступлении, а также перед родоразрешением для уточнения акушерской ситуации и решения вопроса о методе родоразрешения;
3. Аускультация, положение, предлежание плода;
4. Общий (клинический) анализ крови перед операцией и не позднее 72 часов после КС;
5. Определение группы крови и резус-фактор;
6. Исследование уровня антител классов М, G к ВИЧ, гепатит В и С, если исследование не было проведено ранее в 3-м триместре беременности;

7. УЗИ плода перед плановой операцией КС;
8. Консультация врача-анестезиолога-реаниматолога;
9. При наличии соматических заболеваний рекомендованы консультации других специалистов и проведение дополнительного обследования перед операцией;
10. Перед родоразрешением путем КС рекомендовано использование мочевого катетера и удаление волос в области предполагаемого разреза кожи (процедуру желательно проводить в день операции. Возможно использование крема для депиляции или бритвы волос)
11. В операционной проверка положения плода, предлежания, наличие сердцебиения плода.
12. Компрессионные трикотажные чулки с целью профилактики венозных тромбоэмболических осложнений в дородовом и раннем послеродовом периоде;
13. Установка внутривенного катетера для проведения внутривенных инфузий с целью своевременной коррекции возможных осложнений;
14. Перед родоразрешением путем КС рекомендована антиретровирусная профилактика ВИЧ инфицированным женщинам, не получавшим антиретровирусную терапию.

При кесаревом сечении следует думать о мерах предосторожности операционной бригады (заражение сифилисом, ВИЧ-инфекцией, гепатитом В и С, вирусной инфекцией). В целях профилактики перечисленных выше заболеваний рекомендуется надевать защитную пластиковую маску и/или очки, двойные перчатки из-за опасности прокола их иглой во время операции.

Методы обезболивания

В современном акушерстве методом выбора служит регионарная анестезия. При необходимости экстренного родоразрешения используют спинальную либо комбинированную (спинально-эпидуральную) анестезию. При плановой операции целесообразно применять эпидуральную или комбинированную анестезию.

Если невозможно осуществить регионарную анестезию, то для обезболивания применяют общую комбинированную анестезию (эндотрахеальный наркоз).

Техника КС

Для производства кесарева сечения могут быть использованы четыре способа вскрытия передней брюшной стенки:

- нижнесрединный разрез;
- нижнесрединный разрез с обходом пупка;
- разрез по Пфанненштилю;
- разрез по Жоэль-Коену.

Виды разрезов при кесаревом сечении



К выбору способа лапаротомии при кесаревом сечении следует подходить строго индивидуально и руководствоваться величиной доступа к матке, экстренностью операции, состоянием брюшной стенки (наличие или отсутствие рубца на передней брюшной стенке в нижних отделах живота), профессиональными навыками. В процессе выполнения кесарева сечения целесообразно использовать синтетические рассасывающиеся нити (викрил, дексон).

Корпоральное кесарево сечение целесообразно проводить только по строгим показаниям:

- вращение предлежащей плаценты;
- выраженный спаечный процесс и отсутствие доступа к нижнему сегменту матки;
- выраженное варикозное расширение вен в области нижнего сегмента матки;
- необходимость последующего удаления матки;
- недоношенный плод и неразвернутый нижний сегмент матки;
- сросшаяся двойня;
- запущенное поперечное положение плода;
- наличие живого плода у умирающей женщины;
- отсутствие у врача навыка кесарева сечения в нижнем сегменте матки.

Корпоральное кесарево сечение, как правило, сочетается со вскрытием передней брюшной стенки нижнесрединным разрезом.

Тело матки следует рассекать строго по средней линии, для чего матку необходимо повернуть несколько вокруг оси, так, чтобы линия разреза была на одинаковом расстоянии от обеих круглых связок.

Истмико-корпоральное кесарево сечение

Предварительно вскрывают пузырно-маточную складку в поперечном направлении, и мочевого пузырь тупо сдвигают вниз. Матку по средней линии вскрывают как в нижнем сегменте (1 см отступя от мочевого пузыря), так и в теле матки. Общая длина разреза 10-12 см.

Кесарево сечение в нижнем сегменте матки поперечным разрезом со вскрытием пузырно-маточной складки

При этом способе переднюю брюшную стенку чаще вскрывают поперечным надлобковым разрезом по Пфанненштилю.

- Поперечный разрез дугообразной формы проводят по надлобковой складке длиной 15-16 см.;
- Рассекают кожу и пжк;
- Обнаженный апоневроз рассекают дугообразным разрезом на 3-4 см выше разреза кожи. Отслаивают от прямых и косых мышц живота вниз до лобка и вверх до пупочного кольца;
- Прямые мышцы живота разъединяют пальцами в продольном направлении.
- Брюшину вскрывают скальпелем продольно на протяжении 1-2 см, а затем ножницами разрезают вверх до уровня пупка и вниз 1-2 см от мочевого пузыря;
- Обнаженную матку ножницами посередине вскрывают пузырно-маточную складку на 2-3 см выше ее прикрепления к пузырю, которую рассекают в поперечном направлении, на 1 см не доходя до обеих круглых связок матки;
- Тупым и острым путем отсепаровывают мочевого пузырь, смещают вниз и удерживают зеркалом;
- На уровне большого сегмента головки осторожно проводят поперечный разрез нижнего сегмента матки длиной 2 см, который затем расширяют указательными пальцами обеих рук до 10-12 см.;
- В полость матки вводят руку, захватывают головку плода, осторожно сгибают ее затылком кпереди и извлекают;
- Ассистент слегка надавливают на дно матки, извлечение предлежащей части, а затем и всего плода;
- Зашивание разреза на матке;
- Ревизия брюшной полости;
- Зашивание брюшины непрерывным швом сверху вниз;
- Наложение швов на прямые мышцы живота;
- Отдельные швы или непрерывный шов по Ревердену на апоневроз;
- На коже отдельные швы. либо внутренний косметический шов.

Кесарево сечение в нижнем сегменте матки поперечным разрезом без вскрытия пузырно-маточной складки (по методу Штарка)

При этом варианте кесарева сечения брюшную стенку рассекают по методу Жоэль-Коена (прямолинейный поперечный разрез кожи на 2-3 см ниже линии, соединяющей передневерхние ости подвздошных костей).

По сравнению с разрезом по Пфанненштилю данный метод обладает преимуществами: скорость выполнения, снижения травматичности и величины кровопотери.

Разрез на матке проводят над пузырно-маточной складкой длиной до 12 см. Перитонизацию и зашивание брюшины и мышц не проводят. На апоневроз накладывают 3-4 отдельных шва, на разрез кожи - отдельные швы, подкожный косметический шов.

Повторное кесарево сечение

Проводят по старому рубцу на матке с иссечением его. Исключением служит врастание плаценты, при котором методом выбора является донное кесарево сечение.

Донное кесарево сечение

Основное показание - врастание предлежащей или расположенной на передней стенке матки в области рубца плаценты, при выраженном спаечном процессе в малом тазу, множественной миоме матки при наличии доступа только к дну матки.

Для донного кесарева сечения необходимо выполнить нижнесрединную лапаротомию с обходом пупка слева. По передней стенке матки максимально близко к дну (выше края плаценты) проводят продольный разрез длиной 2 см. Хирург увеличивает разрез до 10 см., рассекая прямыми ножницами стенку дна матки в направлении спереди назад.

Пузырно-маточную складку вскрывают, осуществляя постепенно тщательный гемостаз, коагулируя или перевязывая сосуды, богатая сеть которых локализована на передней стенке матки при врастании плаценты.

В нижнем сегменте матки по верхнему краю измененного миометрия скальпелем проводят поперечный разрез длиной 2 см на края разреза накладывают зажимы Микулича. Иссекают участок нижнего сегмента матки с измененным миометрием в пределах здоровых тканей, последовательно накладывают зажимы Микулича на края раны. Удаляют послед и проводят ручное исследование матки. Отдельными швами прошивают сосуды в области плацентарной площадки. Аналогичными швами обшивают область внутреннего зева.

Сразу после операции, на операционном столе следует провести влагалищное исследование, удалить сгустки крови из влагалища и по возможности из нижних отделов матки, провести туалет влагалища, что способствует более гладкому течению послеродового периода.

Зашивание операционной раны матки после кесарева сечения

Правильное сопоставление краев раны - одно из условий профилактики инфекционных осложнений, прочности рубца, предотвращающего разрыв матки при последующих беременностях и родах.

Используют двухрядные или однорядный мышечные швы.

Первый ряд - отдельные мышечно-мышечные швы, второй - непрерывный шов на собственную фасцию матки. Эти швы используют для зашивания разреза в нижнем сегменте матки.

Для зашивания раны после корпорального, истмико-корпорального или донного кесарева сечения целесообразно использовать: первый ряд - это слизисто-мышечный шов, второй ряд - серозно-мышечные швы.

Для создания оптимальных условий формирования шва, а в дальнейшем рубца, на матке применяют викрил и другие рассасывающиеся нити.

Осложнения

Осложнения возможны на всех этапах операции. Из наиболее частых осложнений при поперечном рассечении кожи, пжк и апоневроза по Пфанненштилю - кровотечение из сосудов передней брюшной стенки, которое в послеоперационном периоде может приводить к образованию надaponевротической гематомы.

Осложнение во время кесарева сечения - ранение соседних органов: мочевого пузыря, кишечника.

Кровотечение - при рассечении матки в случае продления разреза в латеральную сторону и ранения сосудистого пучка, гипо- или атония матки, нарушение свертывающей системы крови.

Рубец на матке после КС может осложнить течение следующих беременностей и родов, прежде всего - это несостоятельность рубца.

Эмболия околоплодными водами, ТЭЛА.

Развитие гнойно-септических осложнений: эндометрит, тромбофлебит, нагноение раны, перитонит.

Профилактика осложнений

- Перед родоразрешением путем КС рекомендовано антибиотикопрофилактика: ЦС I-II поколения (цефазолин, цефутоксим) и ингибиторозащищенные аминопенициллины (амоксиклав/клавуланат). Информированное согласие пациентки. Однократно за 30-60 минут до начала операции.
- Санация влагалища пациенткам с разрывом плодных оболочек для снижения риска гнойно-воспалительных осложнений.

Ведение в послеоперационном периоде

Если операцию выполняют с использованием регионарной анестезии, то ребенка на 5-10 минут прикладывают к груди матери сразу после первичной обработки.

В раннем послеоперационном периоде показано внутривенное введение 1 мл (5 ED) окситоцина, особенно женщинам группы высокого риска развития кровотечения.

Применяют утеротонические, по показаниям - обезболивающие, антибиотики и антикоагулянты (последние не ранее 8-12 часа после операции).

Следует тщательно следить за функцией мочевого пузыря и кишечника.

Если нет противопоказаний со стороны матери и ребенка, то кормление грудью можно разрешить на 1-е сутки после операции.

Туалет послеоперационной раны проводят ежедневно. асептическую повязку используют в течение 1-2 суток после операции. В целях контроля сократительной способности матки в послеоперационном периоде на 4-е сутки показано ультразвуковое исследование.

Использование внутрикожных швов позволяет выписать роженицу на 3-4 сутки послеоперационного периода.

Заключение

Любое оперативное вмешательство является своеобразным стрессом, который определяется состоянием женщины до операции, её характером (продолжительность, травматичность), степенью обезболивания. На состояние женщины в послеоперационном периоде особое влияние оказывает результат родоразрешения и состояния новорожденного. РОждение здорового ребёнка в результате операции способствует благоприятному течению послеоперационного периода. При неудачном исходе родов для плода женщина переживает тяжёлую психическую травму, что сказывается на течении послеоперационного периода. В этом случае должны проводиться специальные беседы и родильницы должны быть изолированы от матерей с детьми. Важную роль с исходе оперативного вмешательства играет ведение послеоперационного периода, т.е. время от окончания операции до выздоровления женщины.

Список использованной литературы

1. Акушерство: национальное руководство/под ред. Г.М. Савельевой, Г.Т. Сухих, В.Н. Серова, В.Е. Радзинского. - 2-е изд., перераб. и доп. - М.:ГЭОТАР-Медиа, 2019.
2. Акушерство: учебник/под ред. В.Е. Радзинского, А.М.Фукса. - М.:ГЭОТАР-Медиа,2016.
3. Кесарево сечение. Показания, методы обезболивания, хирургическая техника, антибиотикопрофилактика, ведение послеоперационного периода: клинические рекомендации (протокол) (утверждены Министерством здравоохранения Российской Федерации, 06.05.2014)
4. Доброхотовой Ю. Э., Клинические лекции по акушерству / под ред. Ю. Э. Доброхотовой, О. В. Макарова - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2017.
5. Радзинский В.Е., Акушерство. Руководство к практическим занятиям: учебное пособие / под ред. В. Е. Радзинского. - 5-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015.

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
"Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-
Ясенецкого" Министерства здравоохранения Российской Федерации

РЕЦЕНЗИЯ НА РЕФЕРАТ

Кафедра Перинатологии, акушерства и гинекологии лечебного факультета
(наименование кафедры)

Рецензия Коновалова Вячеслава Николаевича , ассистента кафедры
(ФИО, ученая степень, должность рецензента)

на реферат ординатора 1-ого года обучения

по специальности «Акушерство и гинекология»

Скуратовой Юлии Николаевны
(ФИО ординатора)

Тема реферата «Кесарево сечение в современном акушерстве»

Основные оценочные критерии

№	Оценочный критерий	положительный/отрицательный
1.	Структурированность	+
2.	Актуальность	+
3.	Соответствие текста реферата его теме	+
4.	Владение терминологией	+
5.	Полнота и глубина раскрытия основных понятий темы	+
6.	Логичность доказательной базы	+
7.	Умение аргументировать основные положения и выводы	+
8.	Источники литературы (не старше 5 лет)	+
9.	Наличие общего вывода по теме	+
10.	Итоговая оценка (оценка по пятибалльной шкале)	5 (отлично)

Дата: «10» 05 2020 год

Подпись рецензента


(подпись)


(ФИО рецензента)

Подпись ординатора


(подпись)


(ФИО ординатора)