

**КУБАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ  
УНИВЕРСИТЕТ**

**КАФЕДРА АКУШЕРСТВА, ГИНЕКОЛОГИИ И ПЕРИНАТОЛОГИИ**

# **КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЕ В СОВРЕМЕННОМ АКУШЕРСТВЕ**

**Доцент БОРОВИКОВ И.О.**

# АКУШЕРСКИЕ ОПЕРАЦИИ



## ПОДГОТАВЛИВАЮЩИЕ РОДОВЫЕ ПУТИ

- МЕТРЕЙРИЗ
- КОЛЬПЕЙРИЗ
- АМНИОТОМИЯ
- РАССЕЧЕНИЕ Ш\М
- ВАКУУМ-СТИМУЛЯЦИЯ
- РАССЕЧЕНИЕ ПРОМЕЖНОСТИ
- КОЖНО-ГОЛОВНЫЕ ЩИПЦЫ ПО УИЛТ-ИВАНОВУ

## ИСПРАВЛЯЮЩИЕ ПОЛОЖЕНИЕ ПЛОДА

- НАРУЖНЫЙ АКУШЕРСКИЙ ПОВОРОТ ПО АРХАНГЕЛЬСКОМУ
- КЛАССИЧЕСКИЙ АКУШЕРСКИЙ ПОВОРОТ
- ПОВОРОТ ПО БРЕКСТОН-ГИКСУ
- КОМПЛЕКС ГИМНАСТИЧЕСКИХ УПРАЖНЕНИЙ ПО ГРИЩЕНКО

## РОДОРАЗРЕШАЮЩИЕ

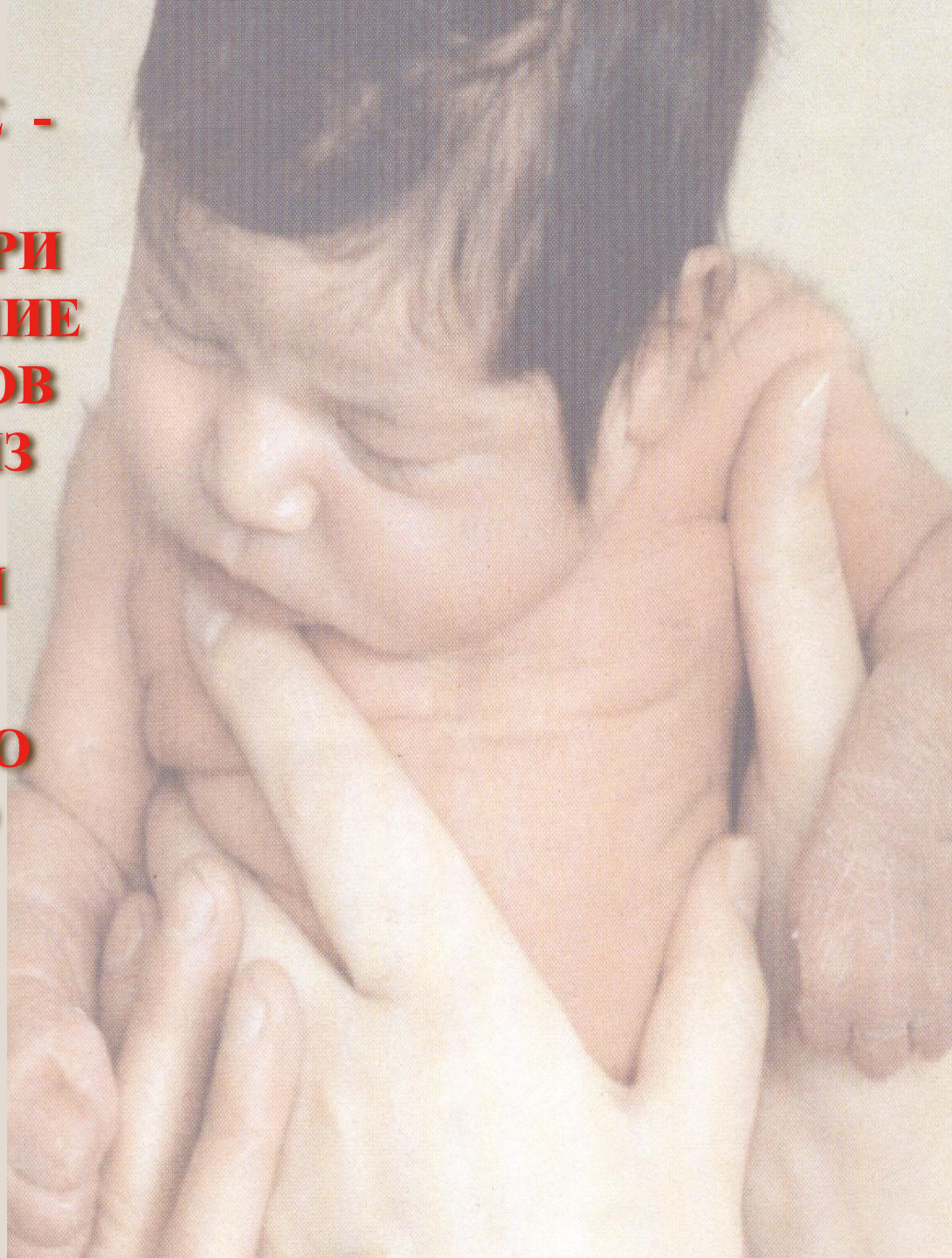
- БИНТ ВЕРБОВА
- КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЕ
- АКУШЕРСКИЕ ЩИПЦЫ
- ВАКУУМ-ЭКСТРАКЦИЯ ПЛОДА
- ИЗВЛЕЧЕНИЕ ПЛОДА ЗА ТАЗОВЫЙ КОНЕЦ

## ПЛОДОРАЗРУШАЮЩИЕ

- КРАНИОТОМИЯ
- ДЕКАПИТАЦИЯ
- ЭВИСЦЕРАЦИЯ
- ЭКЗЕНЬЕРАЦИЯ
- ЭВЕНТЕРАЦИЯ
- СПОНДИЛОТОМИЯ
- КЛЕЙДОТОМИЯ

**КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЕ -  
ОПЕРАТИВНОЕ  
ВМЕШАТЕЛЬСТВО ПРИ  
КОТОРОМ, ИЗВЛЕЧЕНИЕ  
ПЛОДА И ЭЛЕМЕНТОВ  
ПЛОДНОГО ЯЙЦА ИЗ  
ПОЛОСТИ МАТКИ  
ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ**

**ПОСЛЕ  
ПРЕДВАРИТЕЛЬНОГО  
ХИРУРГИЧЕСКОГО  
РАССЕЧЕНИЯ  
СТЕНКИ МАТКИ**



# КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЕ

**М А Л О Е**

**(ДО 22 НЕДЕЛЬ)**

**Б О Л Ь Ш О Е (ПОСЛЕ 22 НЕДЕЛЬ)**

**ВЛАГАЛИЩНОЕ**

**АБДОМИНАЛЬНОЕ**

**АБДОМИНАЛЬНОЕ**

- **КОРПОРАЛЬНОЕ**
- **В Н/С**
- **ЭКСТРАПЕРИТОНЕАЛЬНОЕ**
- **С ВРЕМЕННОЙ ИЗОЛЯЦИЕЙ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ**
- **ОПЕРАЦИЙ РЕЙНА-ПОРРО**

- **КОРПОРАЛЬНОЕ**
- **В Н/С**
- **ЭКСТРАПЕРИТОНЕАЛЬНОЕ**
- **С ВРЕМЕННОЙ ИЗОЛЯЦИЕЙ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ**
- **ОПЕРАЦИЙ РЕЙНА-ПОРРО**

# ЭТАПЫ РАЗВИТИЯ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ



**1 ЭТАП** - ДО 1876 ГОДА. ОПЕРАЦИЯ БЫЛА СМЕРТЕЛЬНО ОПАСНОЙ. МАТКА НЕ УШИВАЛАСЬ.

**2 ЭТАП** - С 1876 ГОДА ДО 1881 ГОДА. В 1876 ГОДУ РЕЙН В РОССИИ И ПОРРО ВО ФРАНЦИИ ПРЕДЛОЖИЛИ УДАЛЯТЬ МАТКУ ПОСЛЕ ЕЕ ОПОРОЖНЕНИЯ ОТ ПЛОДНОГО ЯЙЦА.

**3 ЭТАП** - С 1881 ГОДА. В ЭТОМ ГОДУ КЕНЕР ВПЕРВЫЕ НАЛОЖИЛ ТРЕХРЯДНЫЙ ШОВ НА СТЕНКУ МАТКИ, А ШМИДТ В РОССИИ ЗАЩИТИЛ ДИССЕРТАЦИЮ «КЛИНИЧЕСКИЕ И ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ МАТОЧНОГО ШВА»

Рис. 1. Варианты разрезов передней брюшной стенки при операции кесарева сечения (Буш Д.В., 1852)

# КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЕ КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ

---

Частота кесарева сечения (КС) 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.

# КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЕ КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ

## Причины выполнения КС:

- увеличение числа первородящих старше 30 лет, в сочетании с ОАГА (сальпингоофорит, эндомиометрит, нейроэндокринные расстройства, бесплодие, реконструктивные операции на матке и придатках, миома матки, эндометриоз и т.д.).
- экстрагенитальные заболевания. Беременность протекает с различными осложнениями (ФПН, ЗВУР, аномалии расположения плаценты, гестоз и т.п). Часто отмечается осложненное течение родов;
- внедрение в практику новых методов исследования, позволяющих поставить более точный диагноз;
- расширение показаний для КС при тяжелом гестозе, недоношенной беременности, тазовом предлежании плода;
- расширение показаний для КС выполняемого в интересах плода
- воздержание от наложения акушерских щипцов
- возрастание количества беременных с рубцом на матке и после ЭКО.

# КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЕ

## КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ

---

❖ Уменьшение частоты перинатальных потерь благодаря увеличению частоты КС возможно только до определенного предела.

❖ Оптимальной частотой КС, которая позволяет снизить перинатальные потери считается 10%-15%.

❖ Несмотря на улучшение перинатальных исходов при увеличении частоты КС, 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 1:10000, а при КС - 1:2500 и даже 1:1000. При этом наиболее частыми причинами гибели пациенток являются кровотечения, тромбоэмболия, эмболия ООВ.

❖ Возрастание частоты КС повлекло за собой увеличение количества послеродовых ГСЗ, и наиболее распространенным среди них является эндомиометрит - до 45%.



# ПОКАЗАНИЯ К КС

## АБСОЛЮТНЫЕ ПОКАЗАНИЯ

---

**АБСОЛЮТНЫЕ ПОКАЗАНИЯ** включают группу состояний, при которых ведение родов через естественные родовые пути представляет опасность для жизни матери и ребенка:

- 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 кишечно-половых свищей в анамнезе;
- Выраженное варикозное расширение вен в области влагалища и вульвы;
- Неправильное положение плода (поперечное и косое);
- Полное предлежание плаценты.

# ПОКАЗАНИЯ К КС

**ОТНОСИТЕЛЬНЫЕ ПОКАЗАНИЯ** – ситуации, когда не исключена возможность родов через естественные родовые пути, однако опасность развития осложнений у матери и плода превышает риск осложнений КС.

- Рубец на матке;
- Тазовое предлежание, особенно если имеет место разгибательное положение головы плода, ножное предлежание плода, задний вид тазового предлежания плода, масса плода более 3500 г., задержка развития плода;
- Предлежание петли пуповины;
- Выраженная фетоплацентарная недостаточность (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.п.);

# ПОКАЗАНИЯ К КС

## ОТНОСИТЕЛЬНЫЕ ПОКАЗАНИЯ

- **Миома матки больших размеров;**
- **Аномалии развития матки;**
- **Отсутствие биологической готовности организма к родам при доношенной беременности и при отсутствии эффекта от 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, фетоплацентарная недостаточность и т.п.);**

# ПОКАЗАНИЯ К КС

## ОТНОСИТЕЛЬНЫЕ ПОКАЗАНИЯ

---

- Неполное предлежание плаценты в сочетании с перечисленными сопутствующими осложнениями;
- При многоплодной беременности КС выполняют в случае чрезмерного перерастяжения матки (крупные плоды); неподготовленности родовых путей после 38 нед беременности; поперечного положения первого плода из двойни или обоих плодов; тазового предлежания первого плода у первородящих; сросшихся близнецов; тройни и большего количества плодов.

**Перечисленные ситуации являются в основном показаниями для планового оперативного родоразрешения**

## ПОКАЗАНИЯ К КС

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

- нарастание тяжести фетоплацентарной недостаточности (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.

# ПОКАЗАНИЯ К КС

---

- сочетание длительного патологического прелиминарного периода с незрелой шейкой матки.
- отсутствие эффекта от родовозбуждения или родостимуляции при фетоплацентарной недостаточности в течение 2-3 часов;
- дискоординация родовой деятельности при неэффективном её лечении, а также при наличии дополнительных осложнений беременности или возникновении 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.

# ПОКАЗАНИЯ К КС

Отдельно следует выделить показания к КС, 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.

## Родоразрешение путем КС в плановом порядке

---

- ЗВУР плода или появление признаков централизации кровообращения.
- Сочетание гипоксии плода с другой акушерской патологией (сочетанные показания - ОАГА, бесплодие, ЭКО, возраст первородящей старше 30 лет, перенашивание, крупный плод, гипоксия, ФПН и т.п).
- Прогрессирование ФПН при отсутствии эффекта от проводимой терапии.



## УСЛОВИЯ ДЛЯ КС

---

Условиями являются:

- отсутствие инфекционного процесса,
- жизнеспособный плод,
- соответствующая квалификация хирурга,
- согласие женщины на операцию.

# ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ

---

- гибель плода или его состояния несовместимые с внеутробным существованием,
- обострение или острое инфекционно-воспалительное заболевание.

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

# МЕТОДИКИ КС

## РАЗРЕЗ ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ

---

**В настоящее время методом выбора чревосечения при КС считают поперечный надлобковый разрез передней брюшной стенки по Пфанненштилю.**

Этот разрез обеспечивает достаточный оперативный доступ, составляя 13-14 см.

# МЕТОДИКИ КС

## РАЗРЕЗ ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ

---

**Нижнесрединный доступ** используют реже, в основном в экстренных ситуациях:

- кровотечение,
- эклампсия,
- разрыв матки,
- прогрессирующая гипоксия плода.

Это обуславливает быстрое вхождение в брюшную полость.

# МЕТОДИКИ КС

## РАЗРЕЗ ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ

---

Преимущества поперечного надлобкового разреза:

- 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.

# МЕТОДИКИ КС

## РАЗРЕЗ ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ

---

**В качестве одного из вариантов может быть использовано чревосечение в модификации Joel-Cohen.**

При этом производят поверхностный поперечный разрез кожи на 2.5 см ниже линии, соединяющей передневерхние ости подвздошных костей.

Скальпелем делают углубление в подкожно-жировой клетчатке по средней линии, одномоментно надсекая апоневроз, который затем рассекают ножницами в стороны.

Хирург и ассистент одновременно разводят подкожно-жировую клетчатку и прямые мышцы живота в стороны по линии разреза кожи.

Брюшину вскрывают тупым путем в поперечном направлении во избежание травмы мочевого пузыря.

# МЕТОДИКИ КС

## РАЗРЕЗ ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ

---

Отличия разреза по **Joel-Cohen** от общепринятого поперечного разреза:

- 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 **Joel-Cohen**.

Такая методика позволяет сочетать небольшой разрез на коже с положительными качествами разреза по **Joel-Cohen**.

# МЕТОДИКИ КС РАЗРЕЗ НА МАТКЕ

---

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

Преимущества такого разреза по сравнению с корпоральным следующие:

- Меньшая травматичность 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;
- Возможность выполнения герметичной перитонизации из-за легкого смещения пузырно-маточной складки;
- Ниже вероятность инфицирования брюшной полости;
- Более физиологичное заживление раны на матке, способствующее формированию более полноценного рубца;
- Меньшая возможность расположения плаценты в области рубца при последующей беременности.



# МЕТОДИКИ КС

## КОРПОРАЛЬНОЕ КС

---

В ряде случаев возникает необходимость выполнения корпорального кесарева сечения:

- 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 операции 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).

# МЕТОДИКИ КС

## КОРПОРАЛЬНОЕ КС

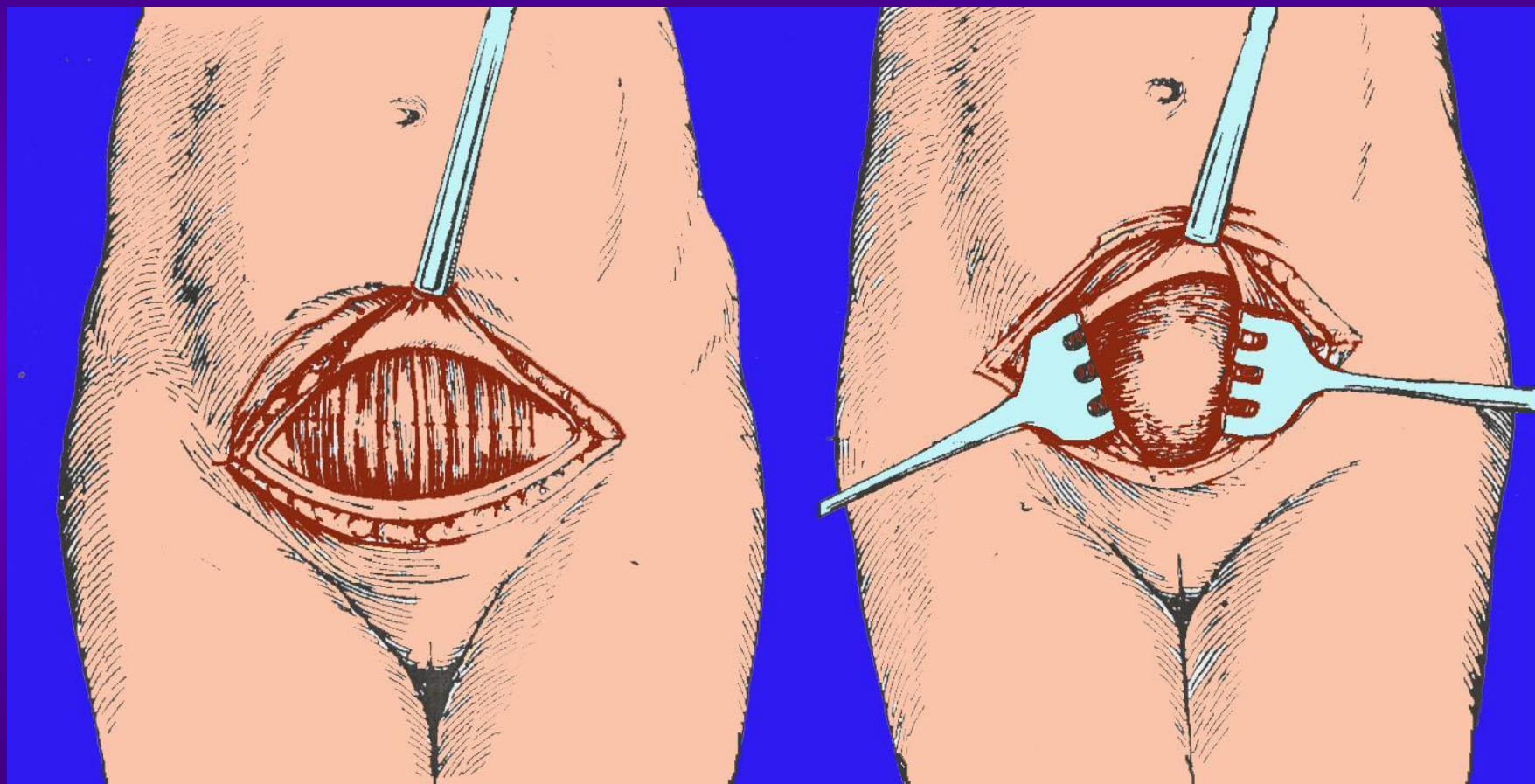
---

**Корпоральное кесарево сечение обладает одним, но весьма спорным преимуществом – быстротой выполнения.**

В остальном оно уступает КС в нижнем маточном сегменте из-за:

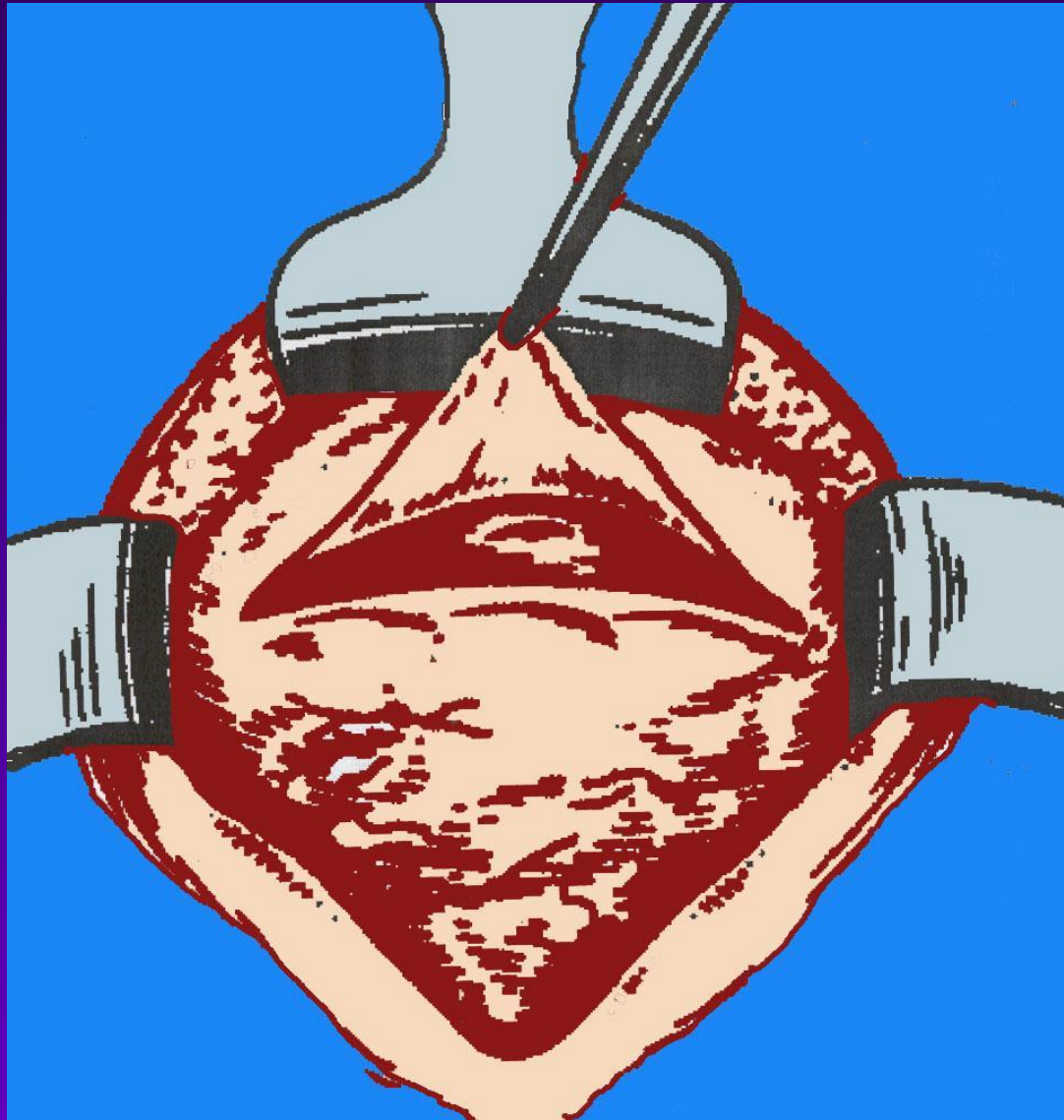
- более высокой частоты интраоперационных и послеоперационных осложнений,
- гинекологической заболеваемости,
- развития несостоятельного рубца на матке,
- спаечного процесса.

# КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЕ



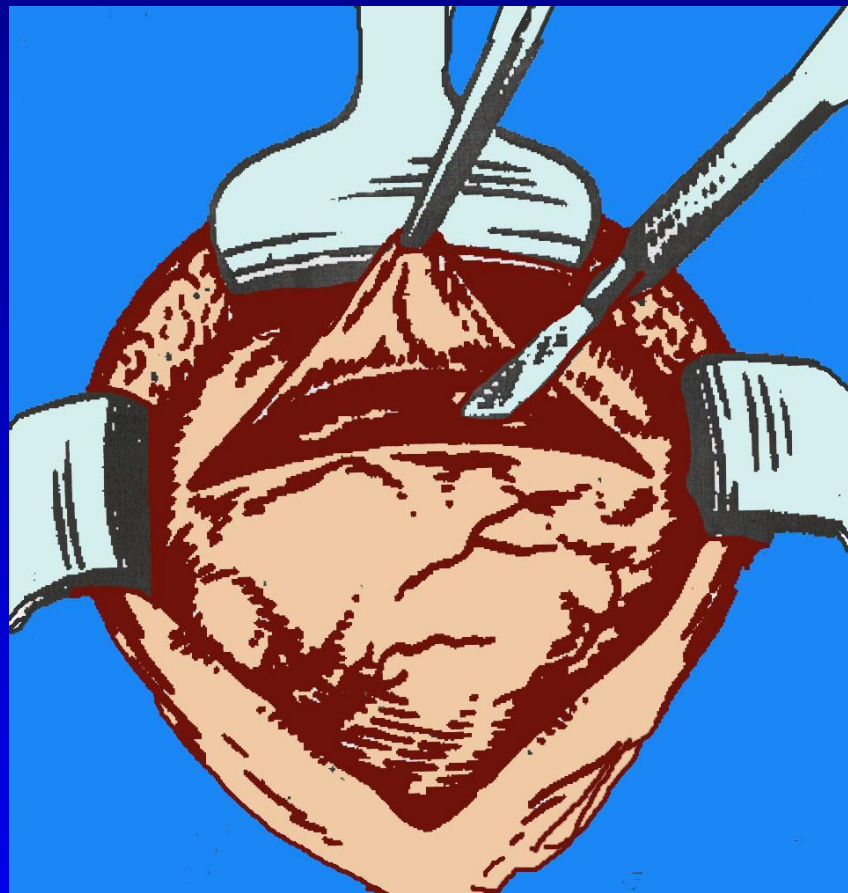
ЛАПАРОТОМИЯ

# КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЕ



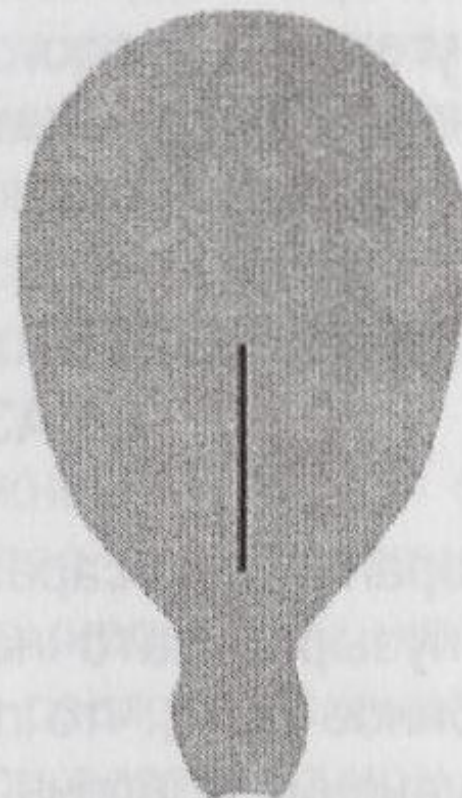
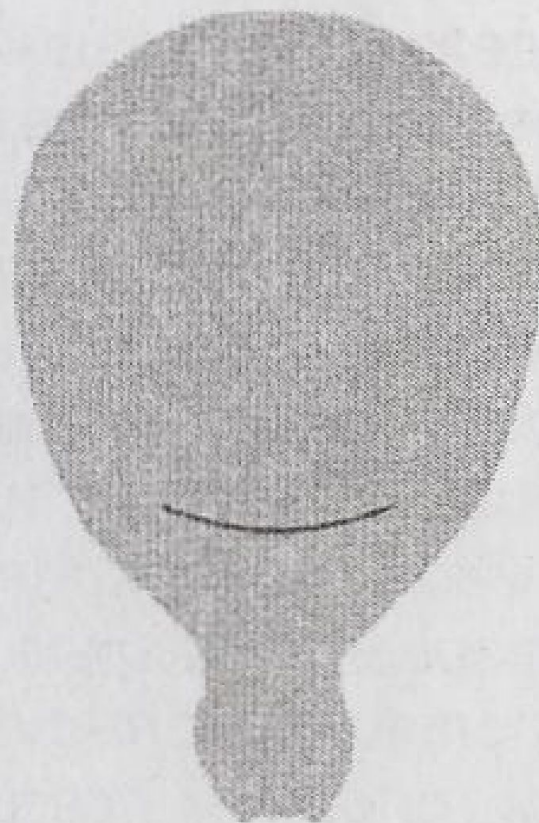
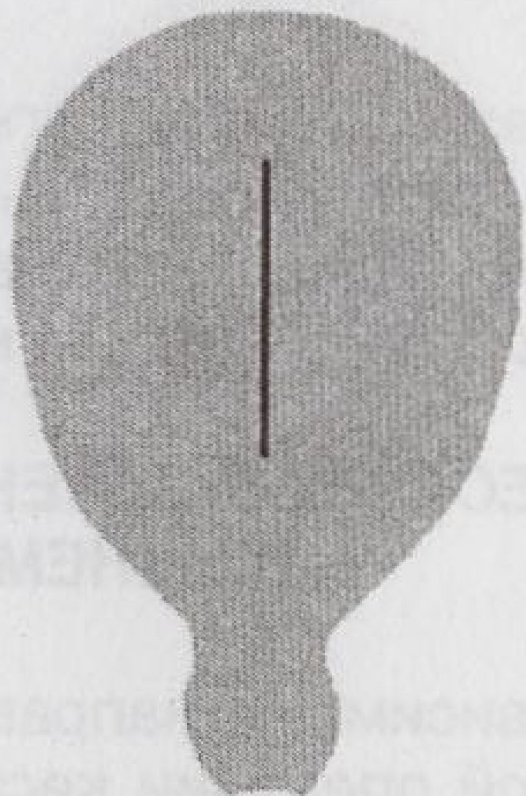
ВСКРЫТИЕ PЛICA VESICOUTERINA

# КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЕ



**ВСКРЫТИЕ НИЖНЕГО СЕГМЕНТА**

# ВАРИАНТЫ РАЗРЕЗОВ МАТКИ

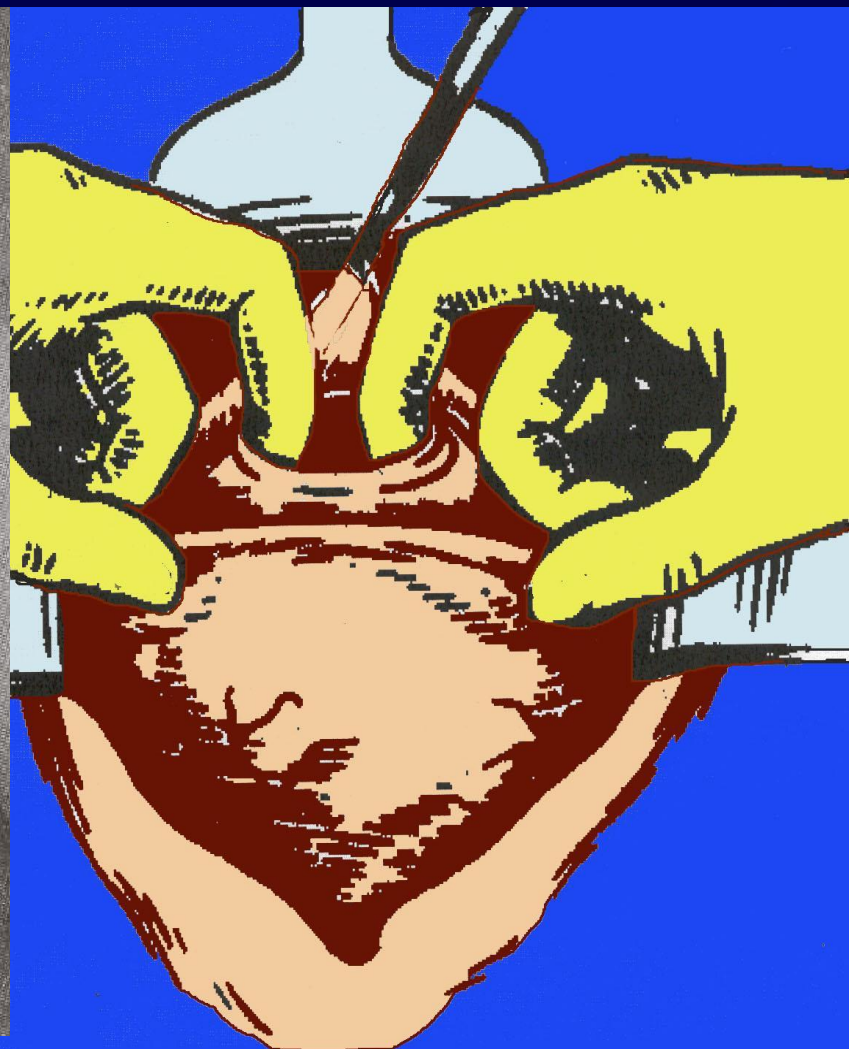


# КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЕ



**РАЗРЕЗ И ВСКРЫТИЕ НИЖНЕГО СЕГМЕНТА МАТКИ**

# КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЕ



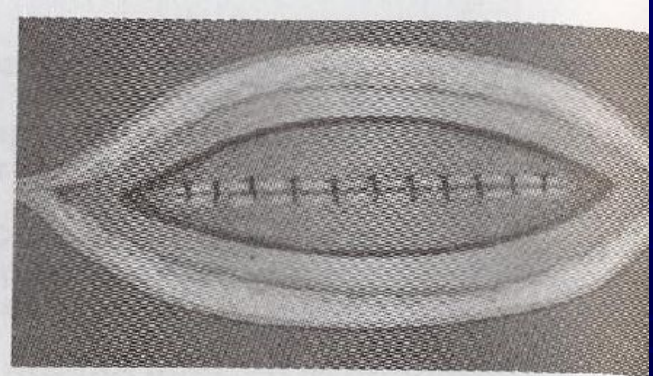
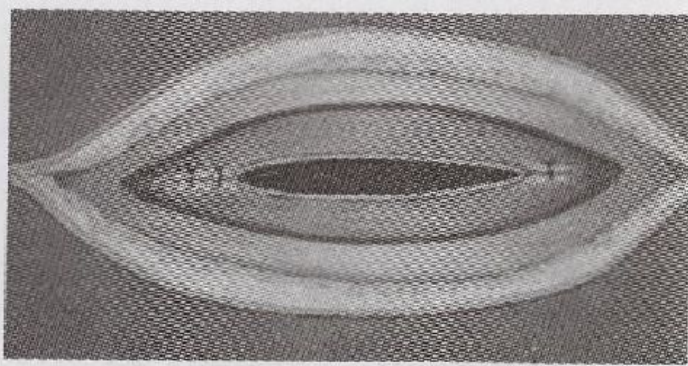
РАЗВЕДЕНИЕ РАНЫ НА МАТКЕ



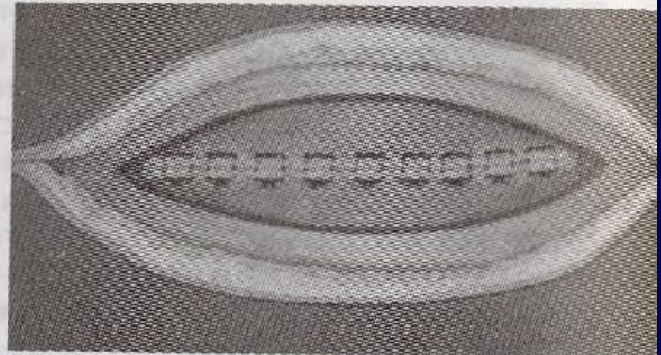
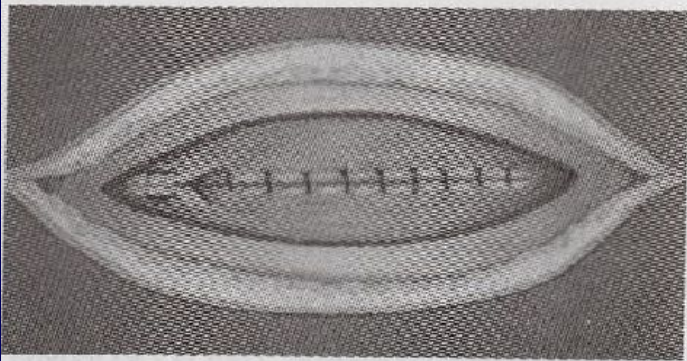
# КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЕ



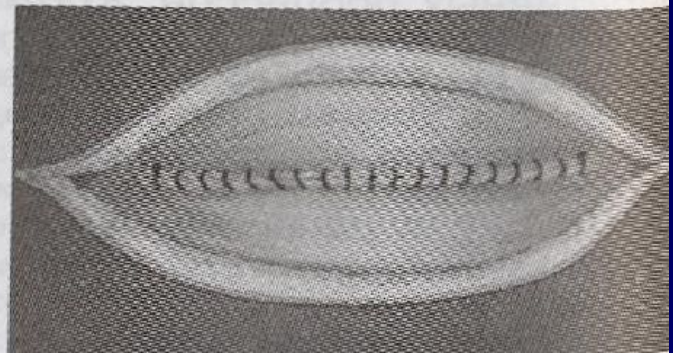
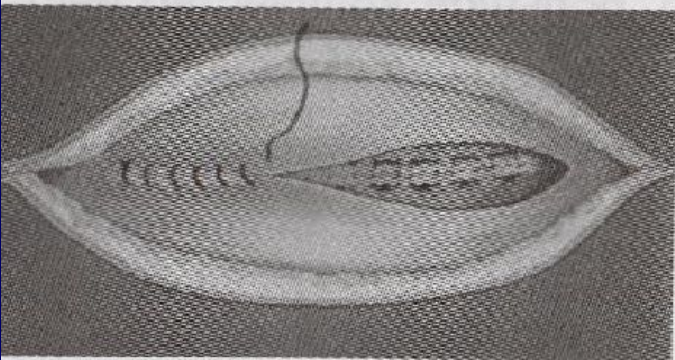
**ВЫВЕДЕНИЕ ГОЛОВКИ ПЛОДА**



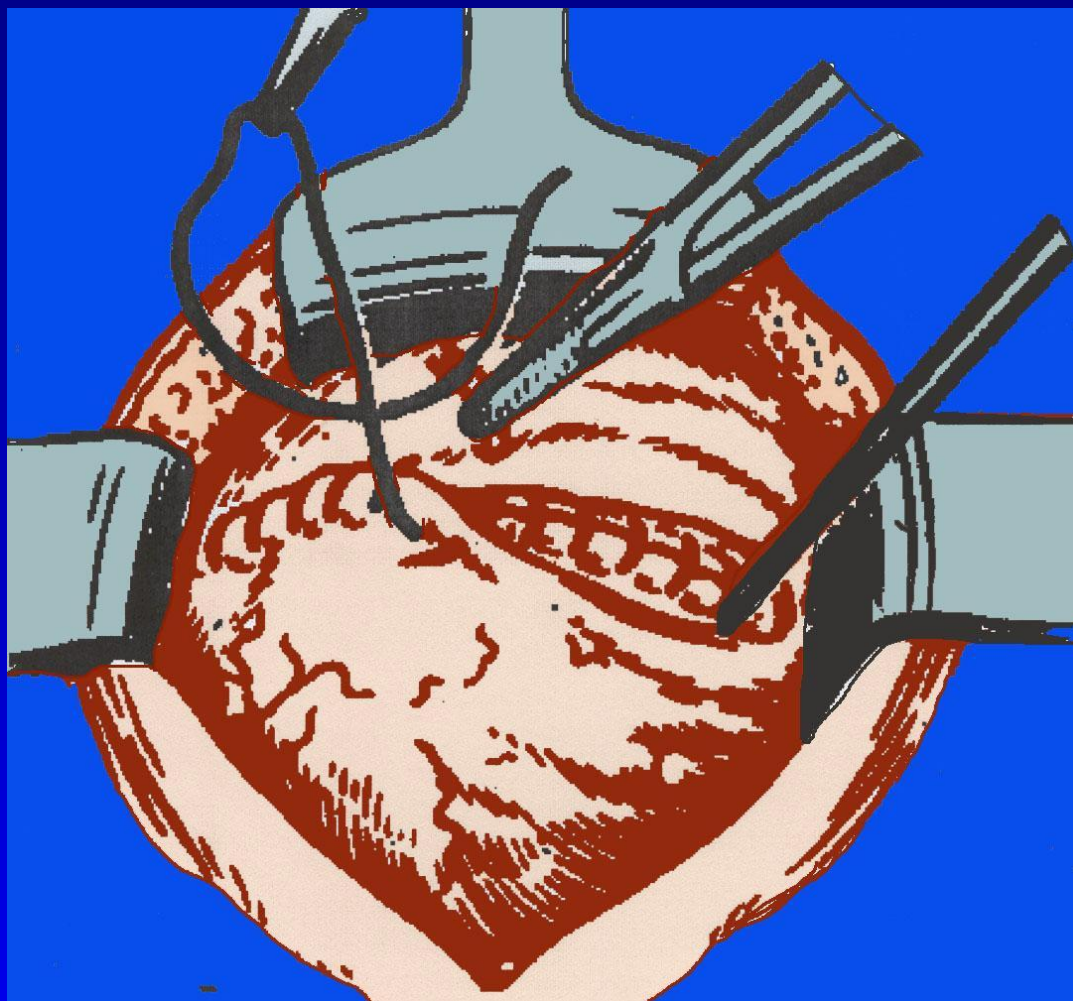
a)



б)

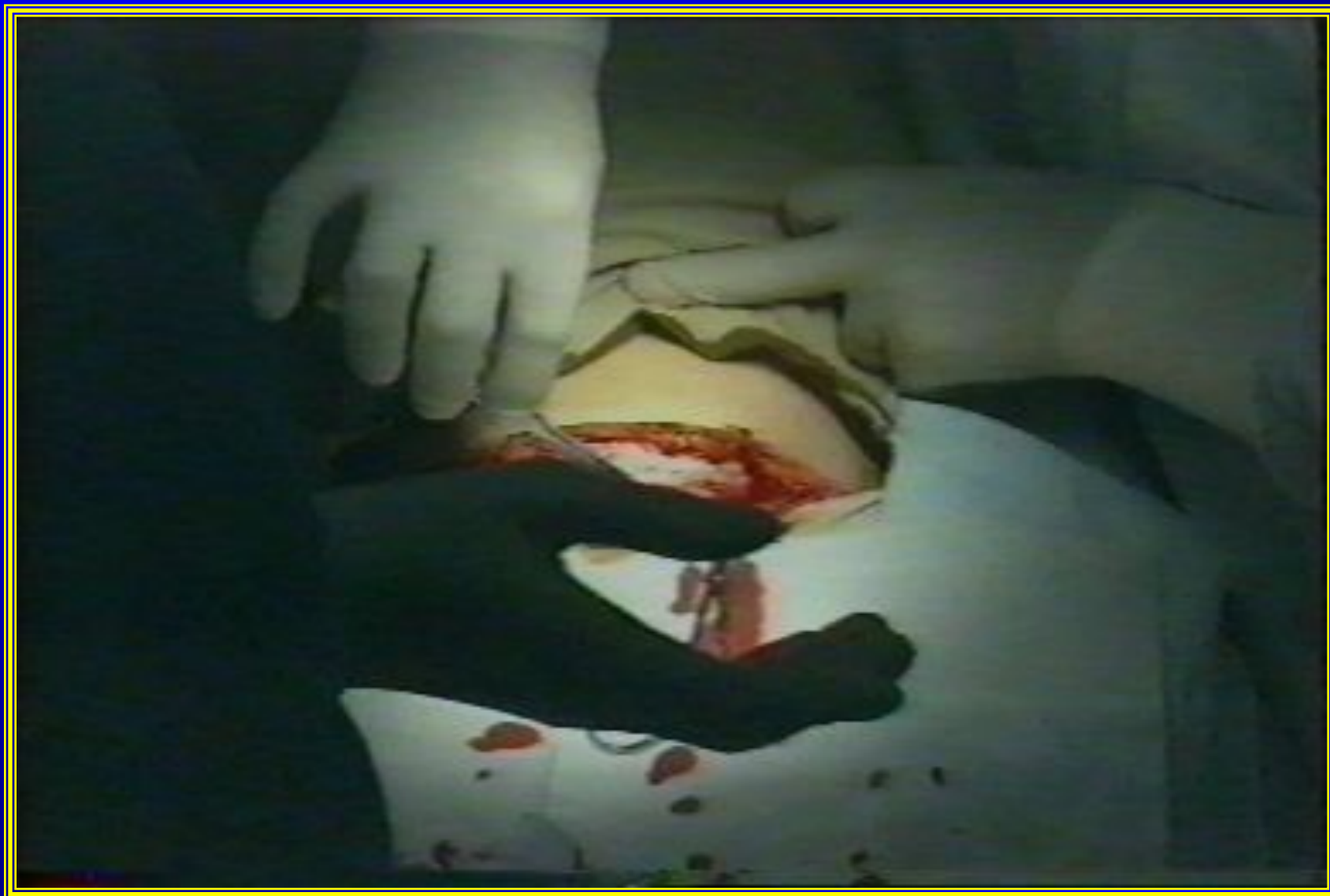


# КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЕ



ПЕРИТОНИЗАЦІЯ

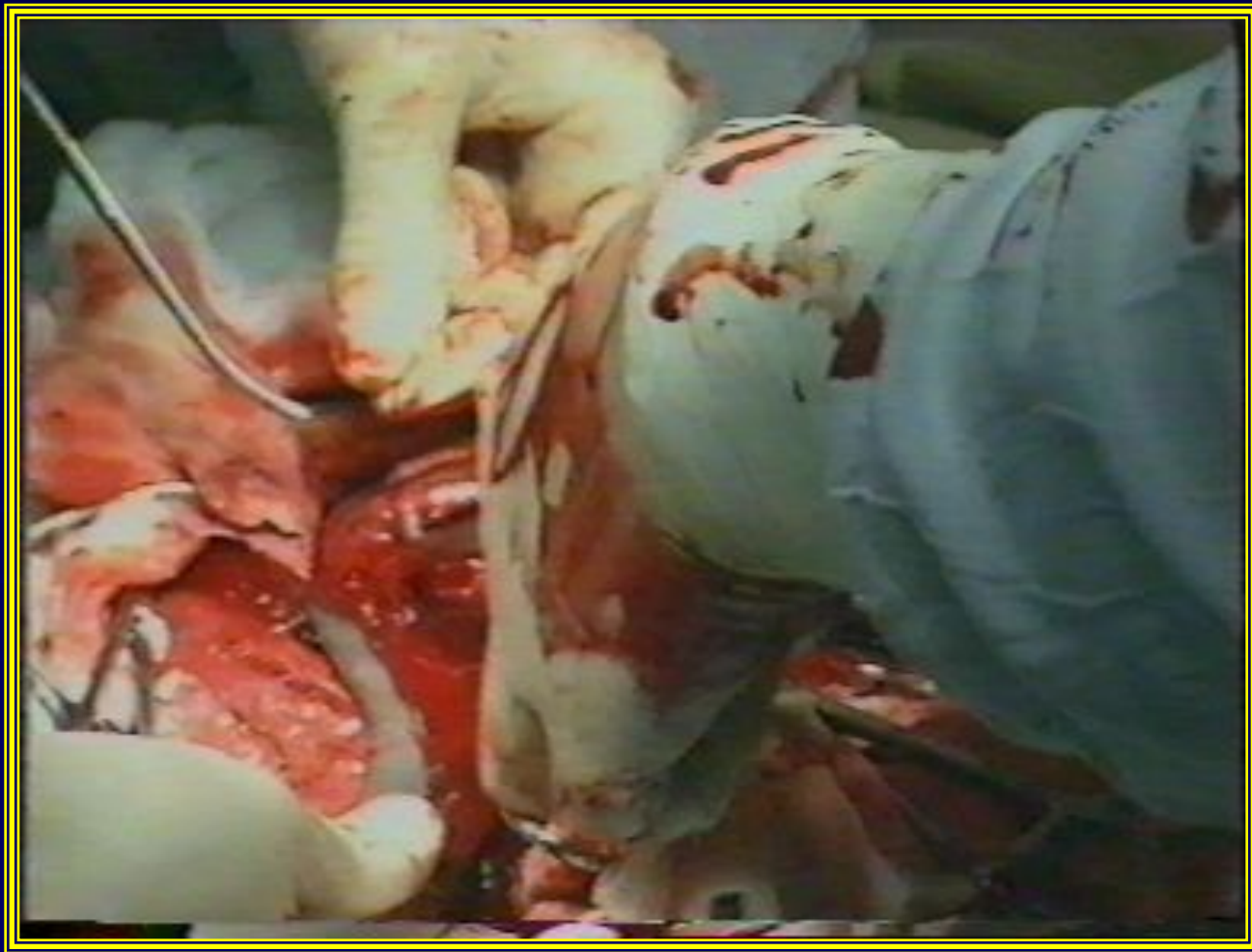
# Вскрытие стенки матки



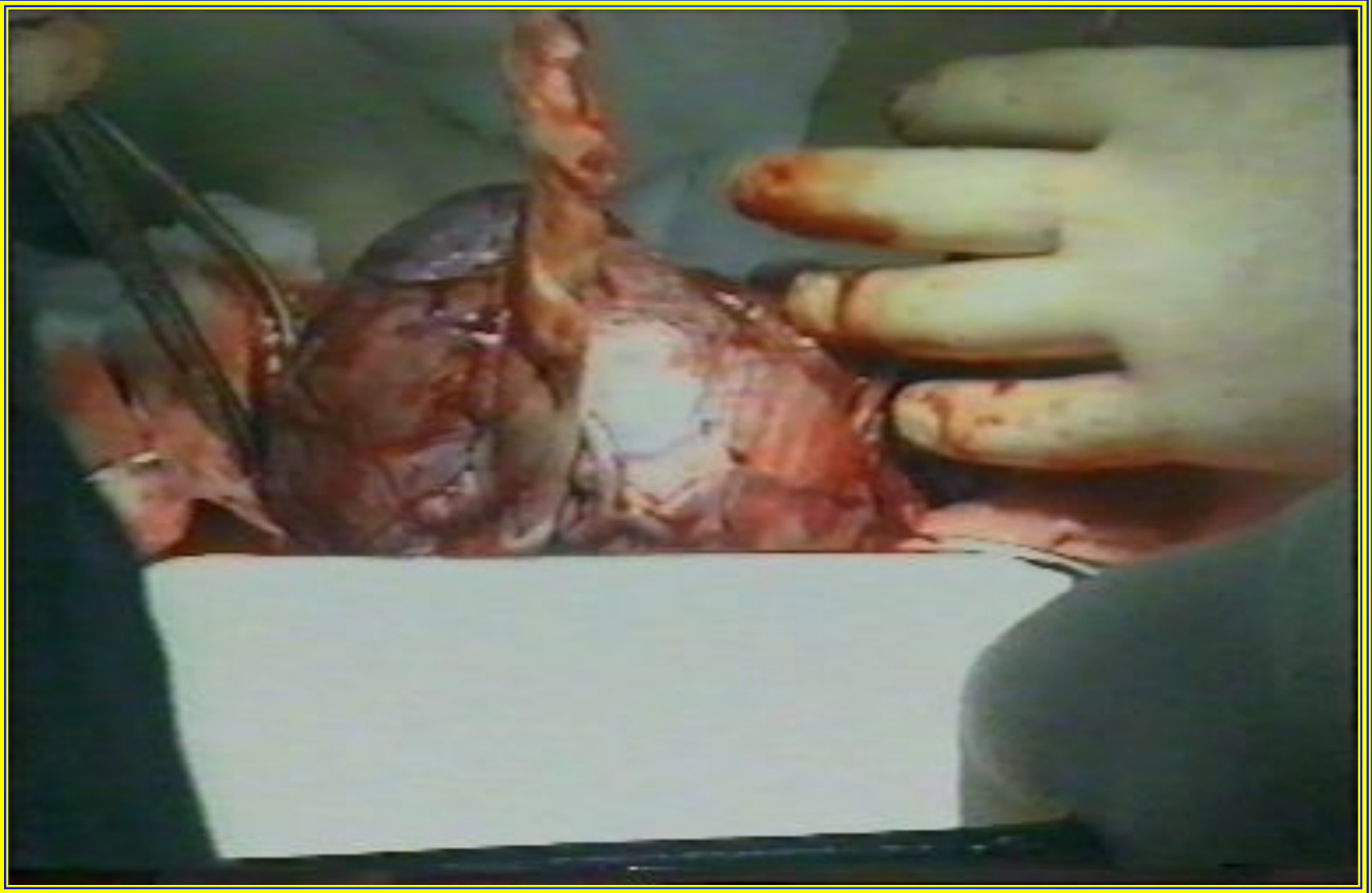
# ИЗВЛЕЧЕНИЕ ПЛОДА ЧЕРЕЗ РАЗРЕЗ НА МАТКЕ



## Наложение швов на углы разреза



# ИЗВЛЕЧЕНИЕ ПОСЛЕДА ПОТЯГИВАНИЕМ ЗА ПУПОВИНУ



# ПОСЛОЙНОЕ УШИВАНИЕ ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ





# КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЕ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ

- ТЕХНИКА ОПЕРАЦИИ ПО S. JOEL-COHEN
- ОПЕРАЦИЯ В МОДИФИКАЦИИ M. STARK
- ЭКСТЕРИОРИЗАЦИЯ
- ОДНОСЛОЙНОЕ УШИВАНИЕ МАТКИ  
НЕПРЕРЫВНЫМ ШВОМ ПО РЕВЕРДЕНУ
- ПРИМЕНЕНИЕ СИНТЕТИЧЕСКИХ  
РАССАСЫВАЮЩИХСЯ ШОВНЫХ  
МАТЕРИАЛОВ

## ОСЛОЖНЕНИЯ, ВОЗНИКАЮЩИЕ В ХОДЕ КС

- **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.

# ОСЛОЖНЕНИЯ, ВОЗНИКАЮЩИЕ В ХОДЕ КС

- **Кровотечение** может быть из сосудов передней брюшной стенки вследствие ранения поверхностных надчревных и наружных половых артерий, располагающихся в латеральных отделах нижней части передней брюшной стенки в толще подкожно-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 повреждении сосудистого пучка следует перевязать восходящую ветвь маточной артерии, а в ряде случаев требуется перевязка внутренней подвздошной артерии.

# ОСЛОЖНЕНИЯ, ВОЗНИКАЮЩИЕ В ХОДЕ КС

- **Кровотечение** может быть из сосудов передней брюшной стенки вследствие ранения поверхностных надчревных и наружных половых артерий, располагающихся в латеральных отделах нижней части передней брюшной стенки в толще подкожно-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 повреждении сосудистого пучка следует перевязать восходящую ветвь маточной артерии, а в ряде случаев требуется перевязка внутренней подвздошной артерии.

# ОСЛОЖНЕНИЯ, ВОЗНИКАЮЩИЕ В ХОДЕ КС

- **Предлежание плаценты к линии разреза.** При рассечении плаценты возникает опасность кровопотери со стороны плода и развитие у него острой гипоксии. Может также возникнуть эмболия околоплодными водами.
- **Ранение предлежащей части плода.** В основном возникает вследствие истончения нижнего сегмента матки, при предлежании плаценты, при отсутствии околоплодных вод, нарушении техники вскрытия матки.
- **Затруднения при выведении головки плода.** Чаще имеют место 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.

# ОСЛОЖНЕНИЯ, ВОЗНИКАЮЩИЕ В ХОДЕ КС

- **Тромбоэмболические осложнения.** Вероятность после КС возрастает в 10—15 раз.

## Факторы риска:

- нарушением жирового обмена,
- гипертоническая болезнь,
- заболевания сердца,
- сахарный диабет,
- заболевания почек,
- дефекты гемостаза,
- тромбоз глубоких вен в анамнезе,
- длительный приём оральных контрацептивов до беременности,
- гестоз,
- многоплодная беременность,
- антифосфолипидный синдром,
- массивные гемотрансфузии.
- Наиболее грозными являются тромбоз сосудов головного мозга и легочной артерии.

## ОСЛОЖНЕНИЯ, ВОЗНИКАЮЩИЕ В ХОДЕ КС

- **Эмболия околоплодными водами** представляет серьезную опасность для жизни пациентки, 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

# ОСЛОЖНЕНИЯ, ВОЗНИКАЮЩИЕ В ХОДЕ КС

- **Аспирационный синдром** (синдром Мендельсона) развивается при регургитации желудочного содержимого с последующим попаданием в легкие. Желудочное содержимое разрушает альвеолярный эпителий и приводит к ларино- и бронхоспазму, острой дыхательной недостаточности.
- **Синдром сдавления нижней полой вены** возникает в результате давления беременной матки на нижнюю полую вену и брюшную аорту при положении пациентки на спине. Затруднение кровотока по нижней полой вене приводит к уменьшению венозного возврата к сердцу и снижению сердечного выброса, развивается гипотензия, снижается МПК, уменьшается почечный кровоток.



# ПРОФИЛАКТИКА ГНОЙНО-СЕПТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПОСЛЕ КС

Частота послеоперационных ГСЗ составляет от 5% до 60%, а у женщин из группы высокого инфекционного риска до 80%-91%. Это в **8-10 раз выше** чем после родов через **естественные родовые пути**.

Наиболее частой формой является **эндомиометрит (5%-45%)**.

Частота перитонита колеблется от 0.2% до 1%.

В целом **материнская заболеваемость и смертность** после КС в **10-26 раз выше** чем после родов через **естественные родовые пути**.

# ПРОФИЛАКТИКА ГНОЙНО-СЕПТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПОСЛЕ КС

**ГСЗ после КС обусловлены широким кругом причин:**

- **наличие различных экстрагенитальных заболеваний, в том числе и инфекционной этиологии;**
- **воспалительные заболевания органов репродуктивной системы;**
- **острые и хронические инфекционные заболевания перенесенные во время настоящей беременности;**
- **возраст старше 35 лет.**

У этих женщин во время беременности и в послеродовом периоде имеются значительные изменения показателей обменных процессов и иммунологической реактивности. ГСЗ осложнения после КС на фоне такой экстрагенитальной и гинекологической патологии встречаются в 2 раза чаще. Микрофлора, выделенная из очага хронической или острой инфекции, часто является возбудителем послеродовых ГСЗ.

# ПРОФИЛАКТИКА ГНОЙНО-СЕПТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПОСЛЕ КС

## Основные меры профилактики ГСЗ после КС:

- выполнение КС по строгим показаниям с учетом необходимых для этого условий и противопоказаний после адекватного обследования и подготовки;
- предварительное изучение характера микрофлоры урогенитального тракта;
- своевременное выполнение операции и увеличения доли плановых операций;
- применение рациональной хирургической техники и соответствующих синтетических шовных материалов;
- адекватное обезболивание и рациональная ИТТ;
- использование современных методов инструментального контроля за характером инволюции матки и заживления послеоперационной раны.