

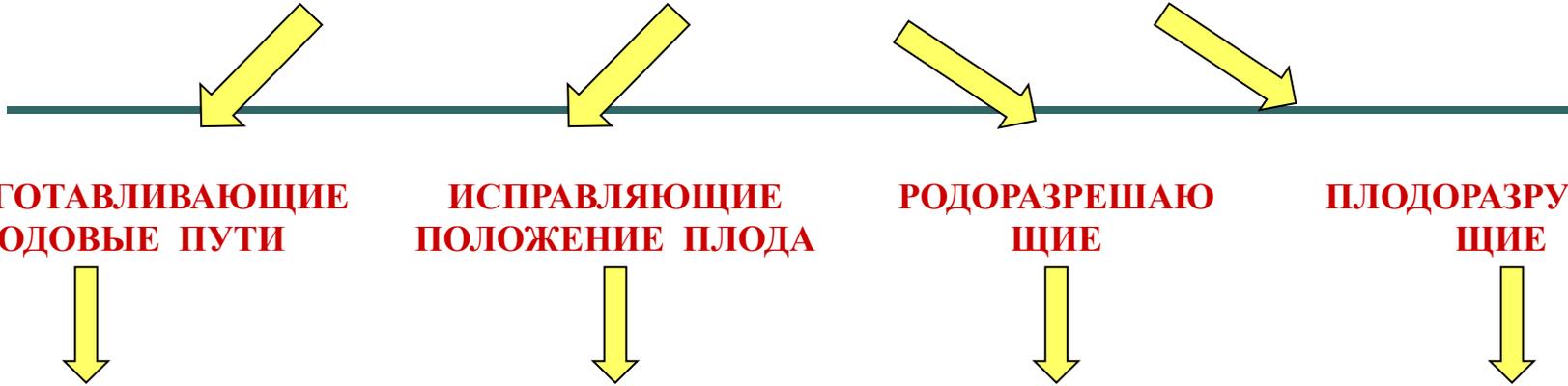
**КУБАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ**

КАФЕДРА АКУШЕРСТВА, ГИНЕКОЛОГИИ И ПЕРИНАТОЛОГИИ

КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЕ В СОВРЕМЕННОМ АКУШЕРСТВЕ

Доцент БОРОВИКОВ И.О.

АКУШЕРСКИЕ ОПЕРАЦИИ



ПОДГОТАВЛИВАЮЩИЕ РОДОВЫЕ ПУТИ

- МЕТРЕЙРИЗ
- КОЛЬПЕЙРИЗ
- АМНИОТОМИЯ
- РАССЕЧЕНИЕ ШМ
- 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

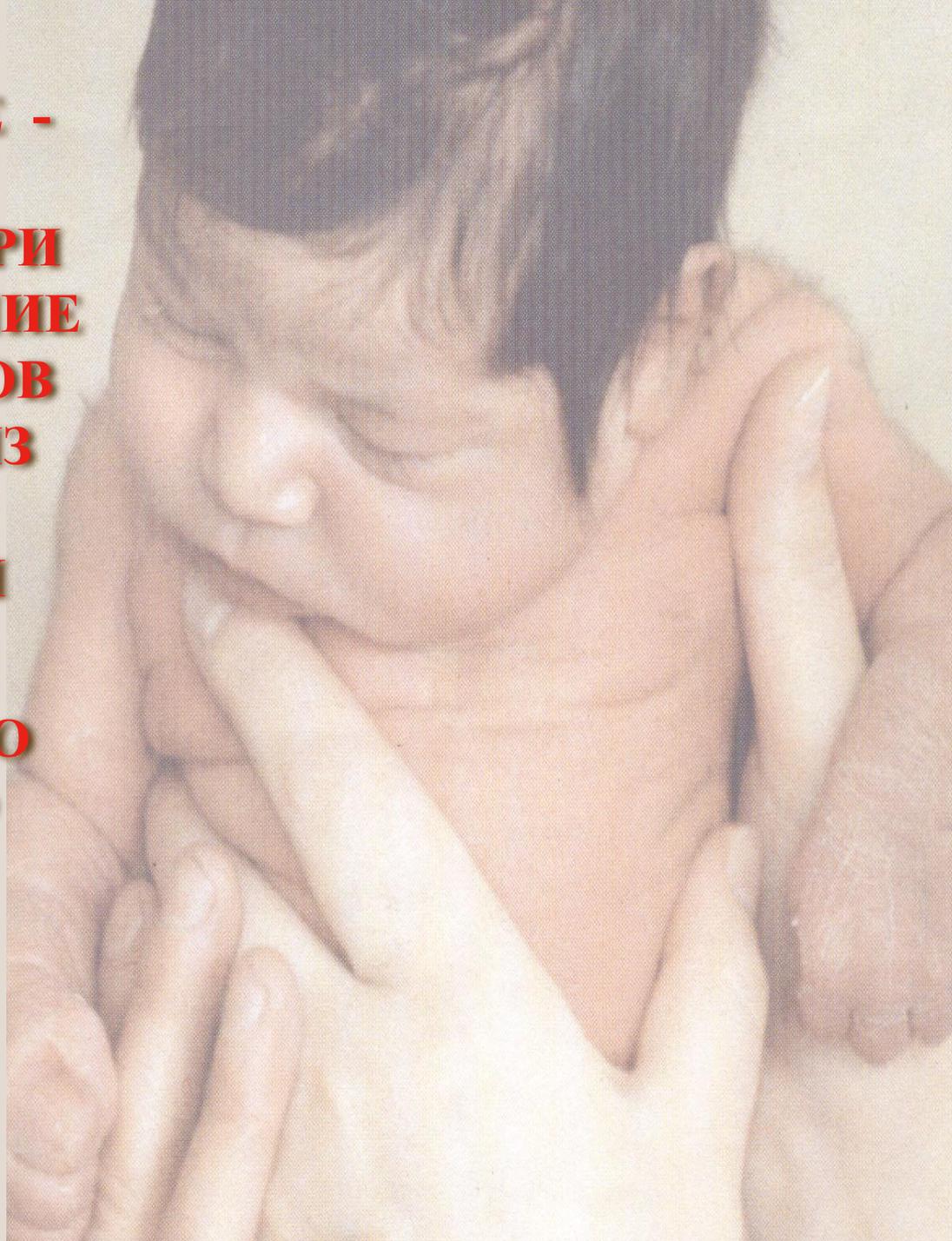
- БИНТ ВЕРБОВА
- КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЕ
- АКУШЕРСКИЕ ЩИПЦЫ
- ВАКУУМ-ЭКСТРАКЦИЯ ПЛОДА
- ИЗВЛЕЧЕНИЕ ПЛОДА ЗА ТАЗОВЫЙ КОНЕЦ

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 КЕНРЕР 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

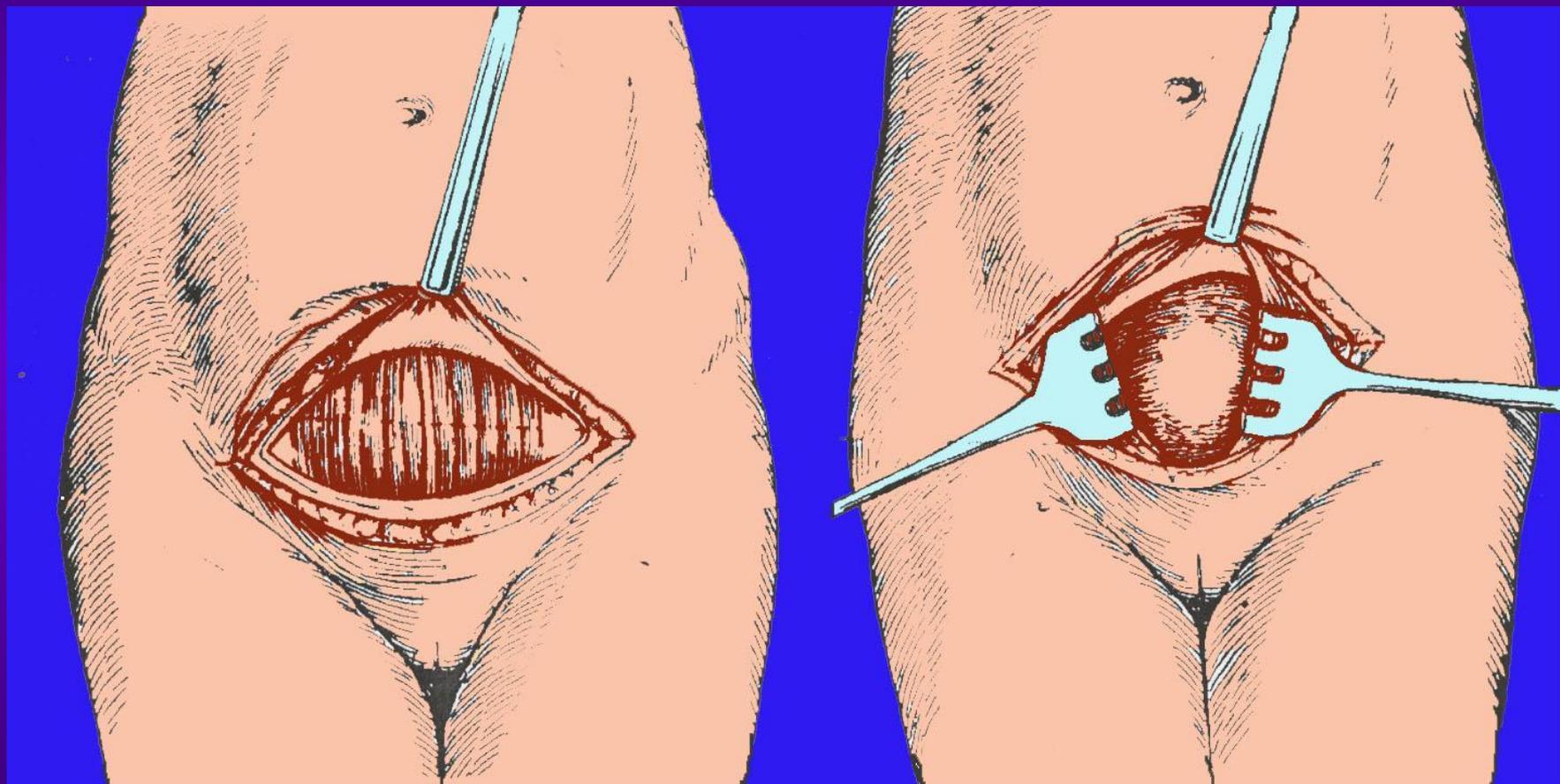
КОРПОРАЛЬНОЕ КС

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

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

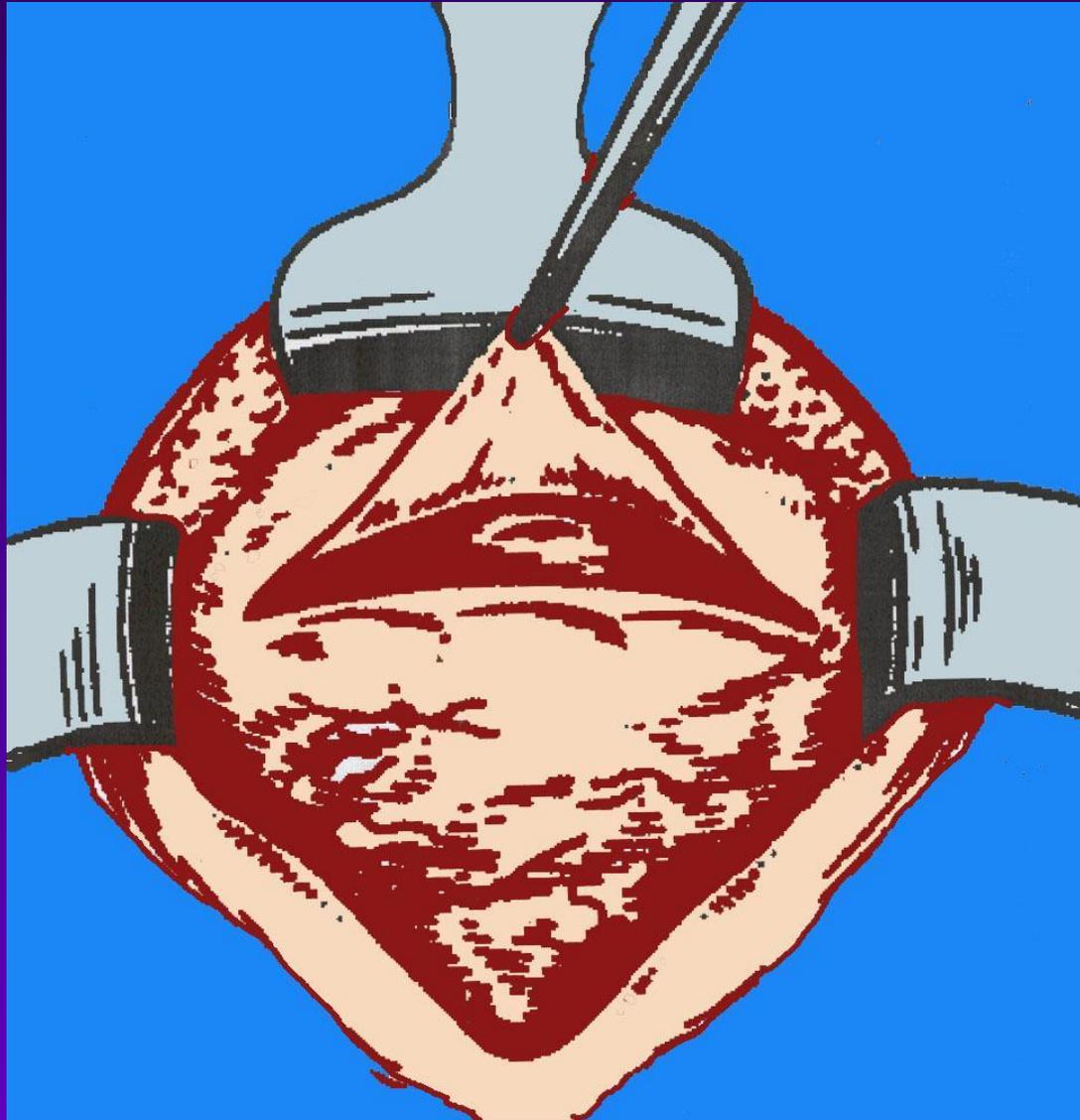
- более высокой частоты интраоперационных и послеоперационных осложнений,
- гинекологической заболеваемости,
- развития несостоятельного рубца на матке,
- спаечного процесса.

КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЕ



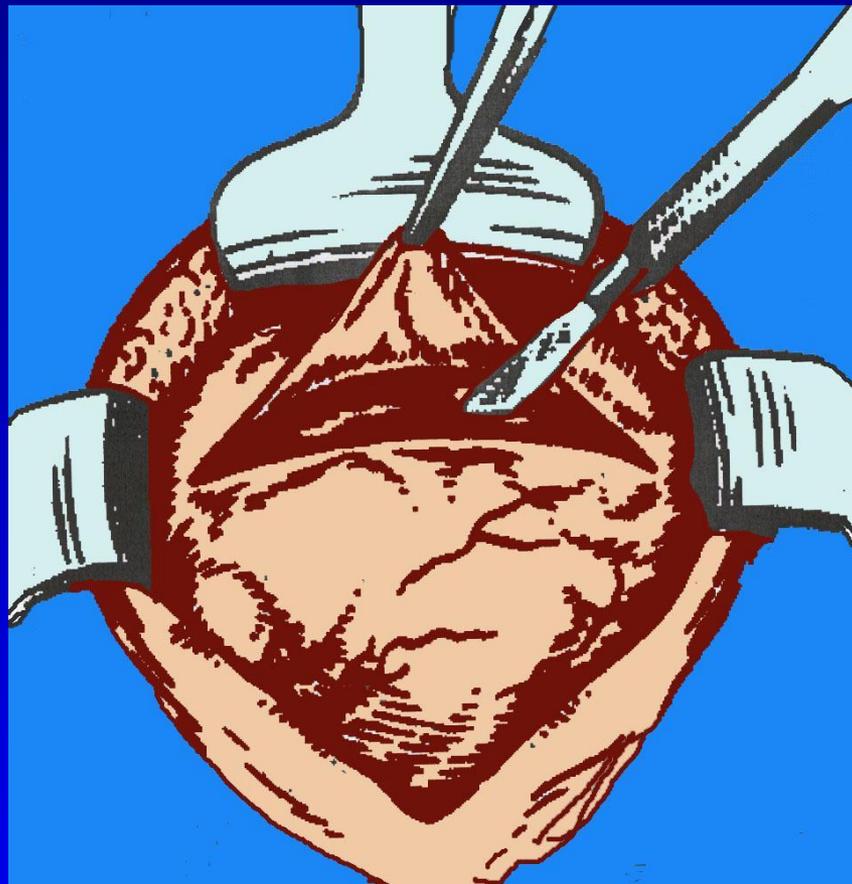
ЛАПАРОТОМИЯ

КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЕ



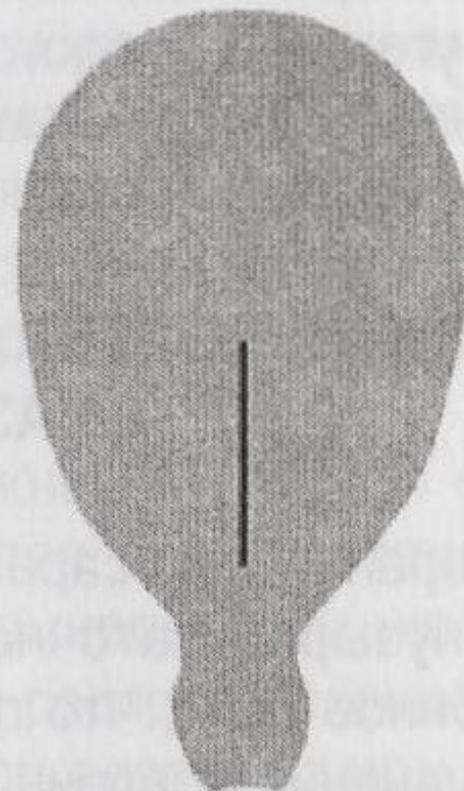
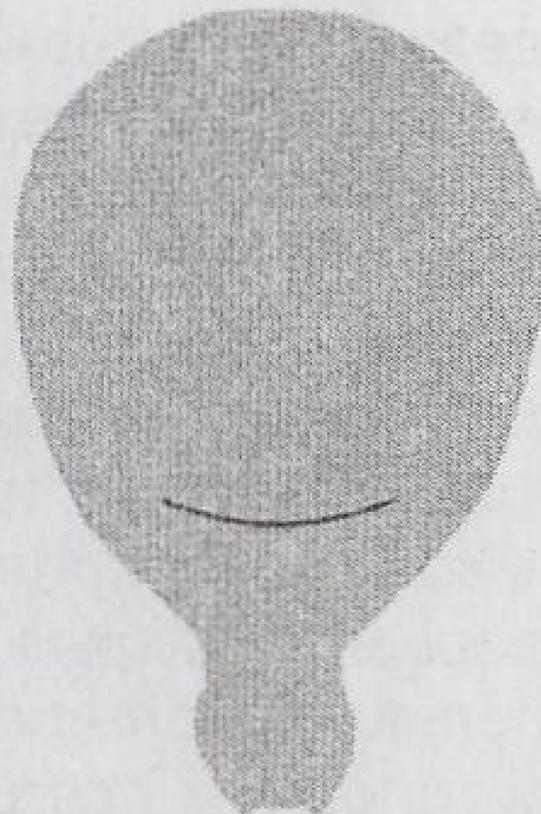
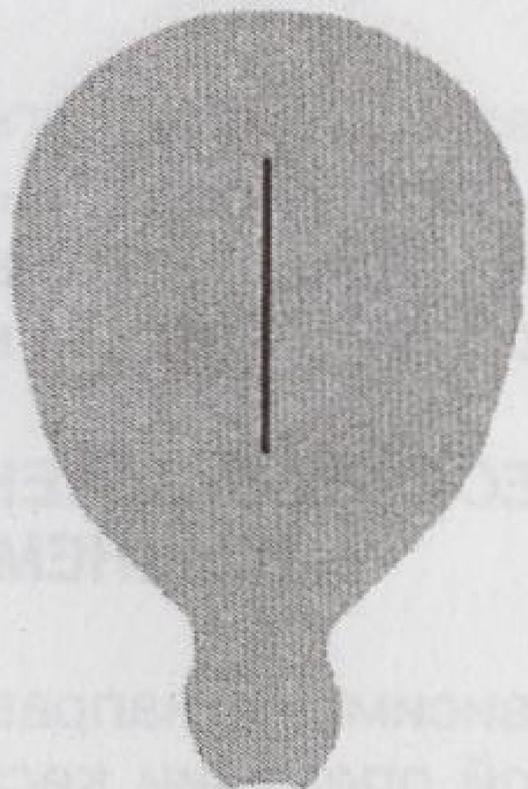
ВСКРЫТИЕ PLICA VESICOUTERINA

КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЕ

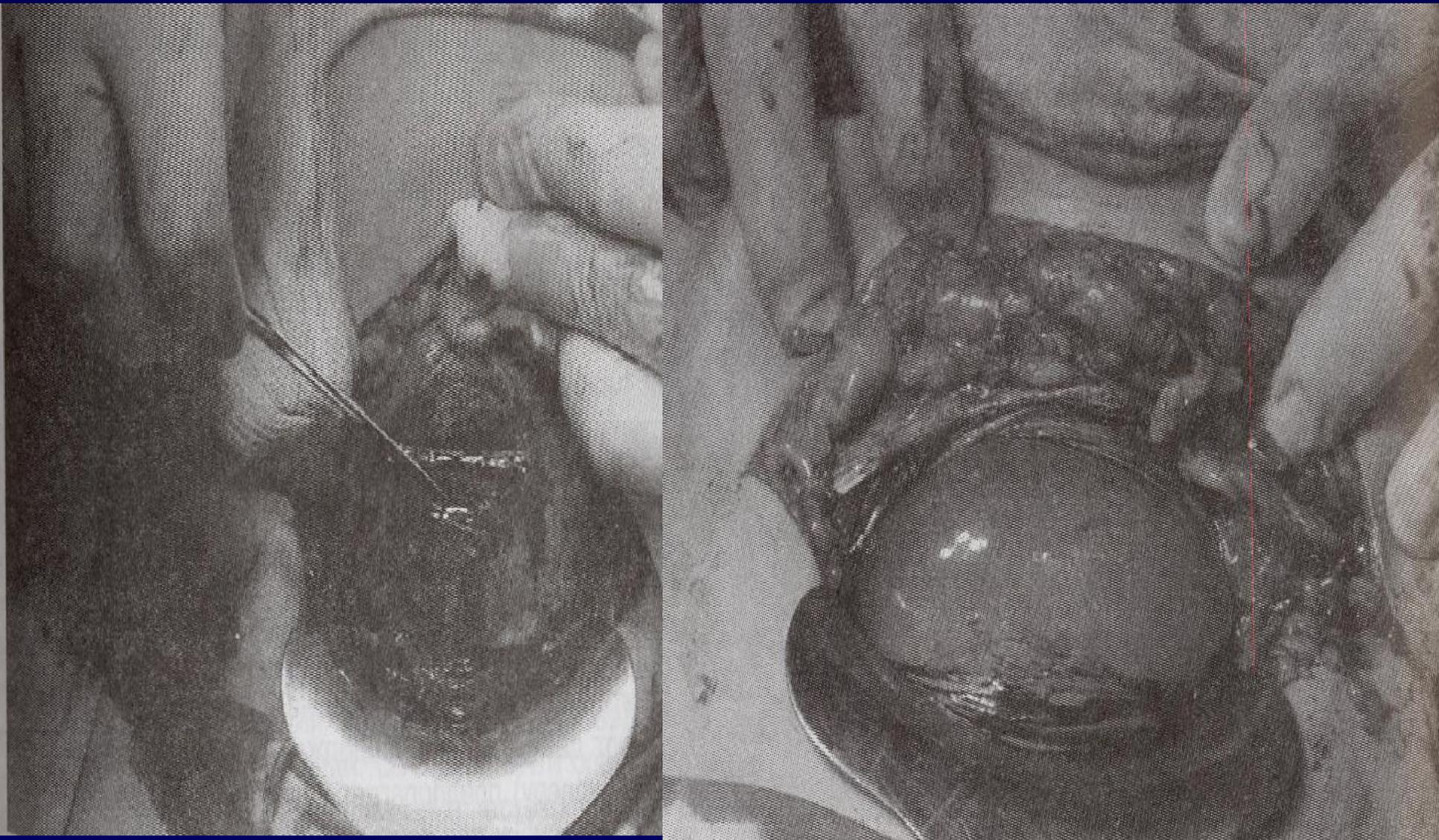


ВСКРЫТИЕ НИЖНЕГО СЕГМЕНТА

ВАРИАНТЫ РАЗРЕЗОВ МАТКИ

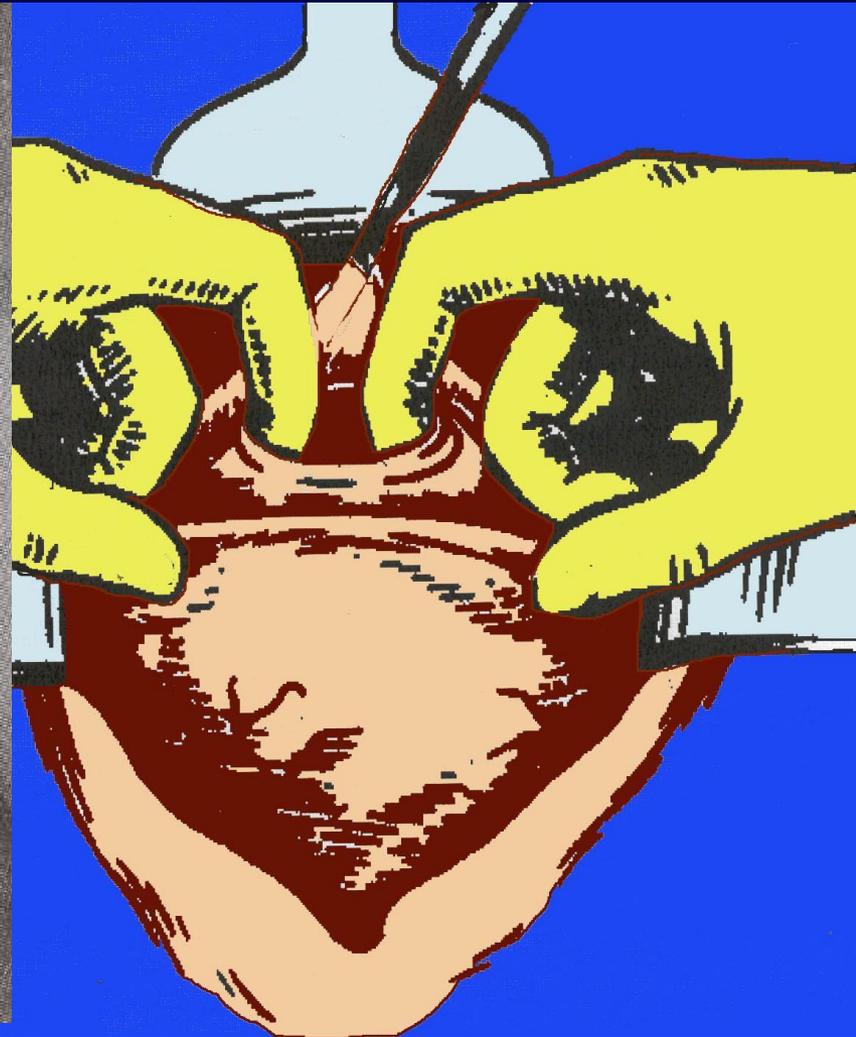


КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЕ



РАЗРЕЗ И ВСКРЫТИЕ НИЖНЕГО СЕГМЕНТА МАТКИ

КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЕ

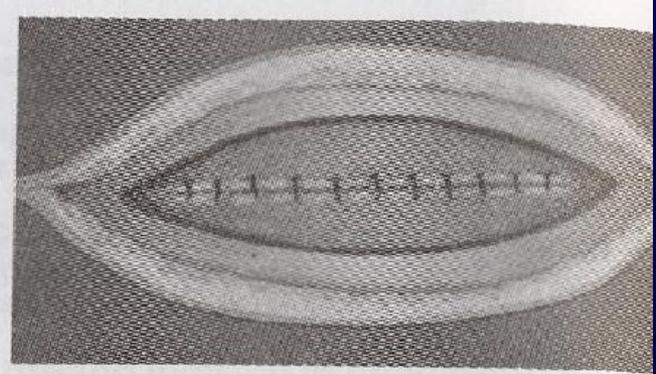
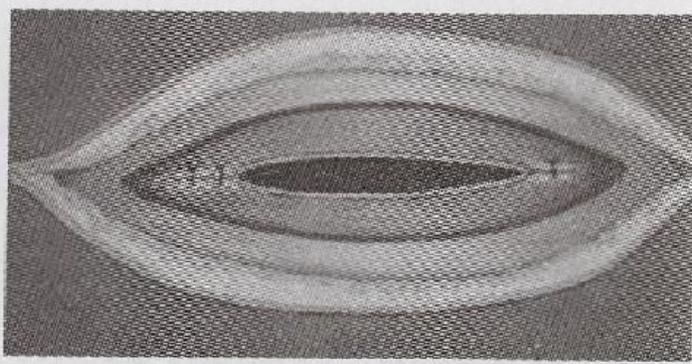


РАЗВЕДЕНИЕ РАНЫ НА МАТКЕ

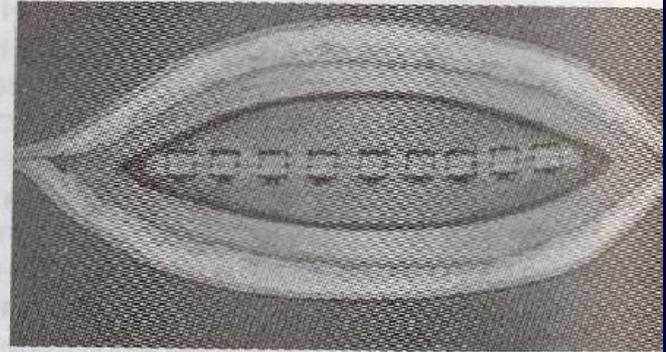
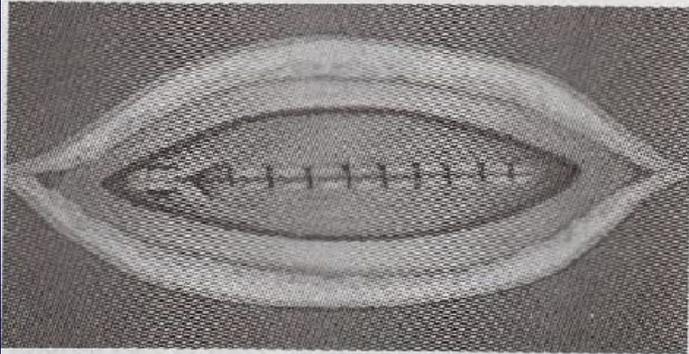
КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЕ



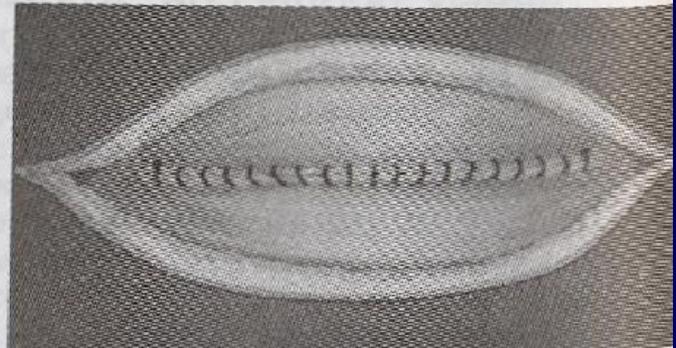
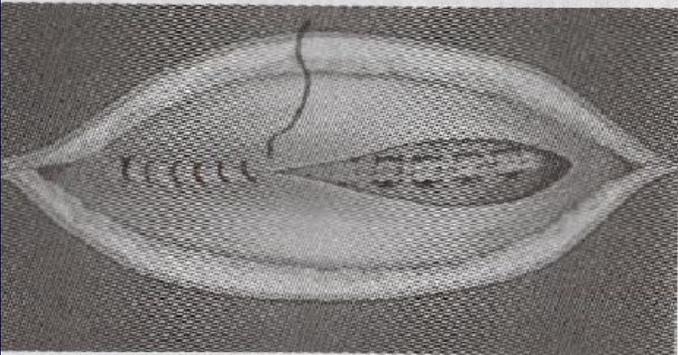
ВЫВЕДЕНИЕ ГОЛОВКИ ПЛОДА



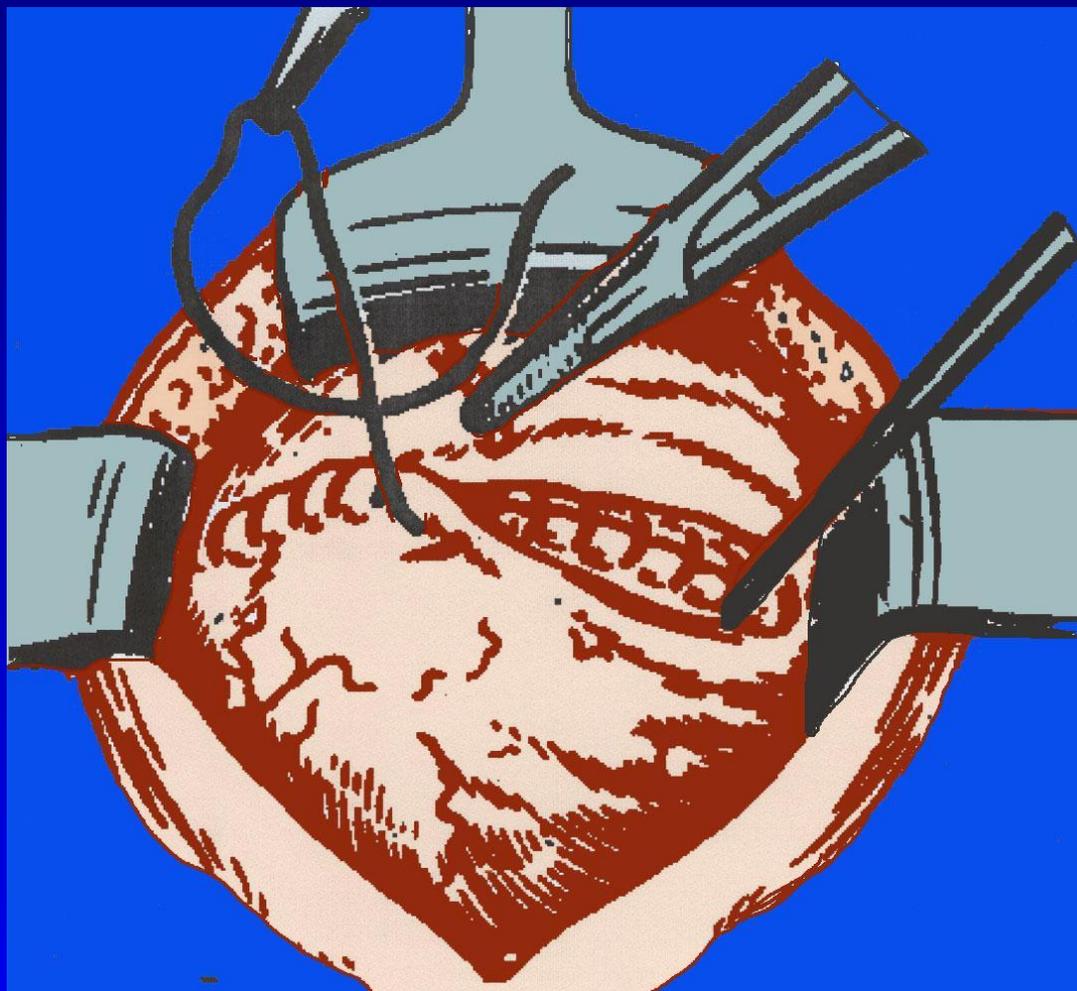
a)



б)

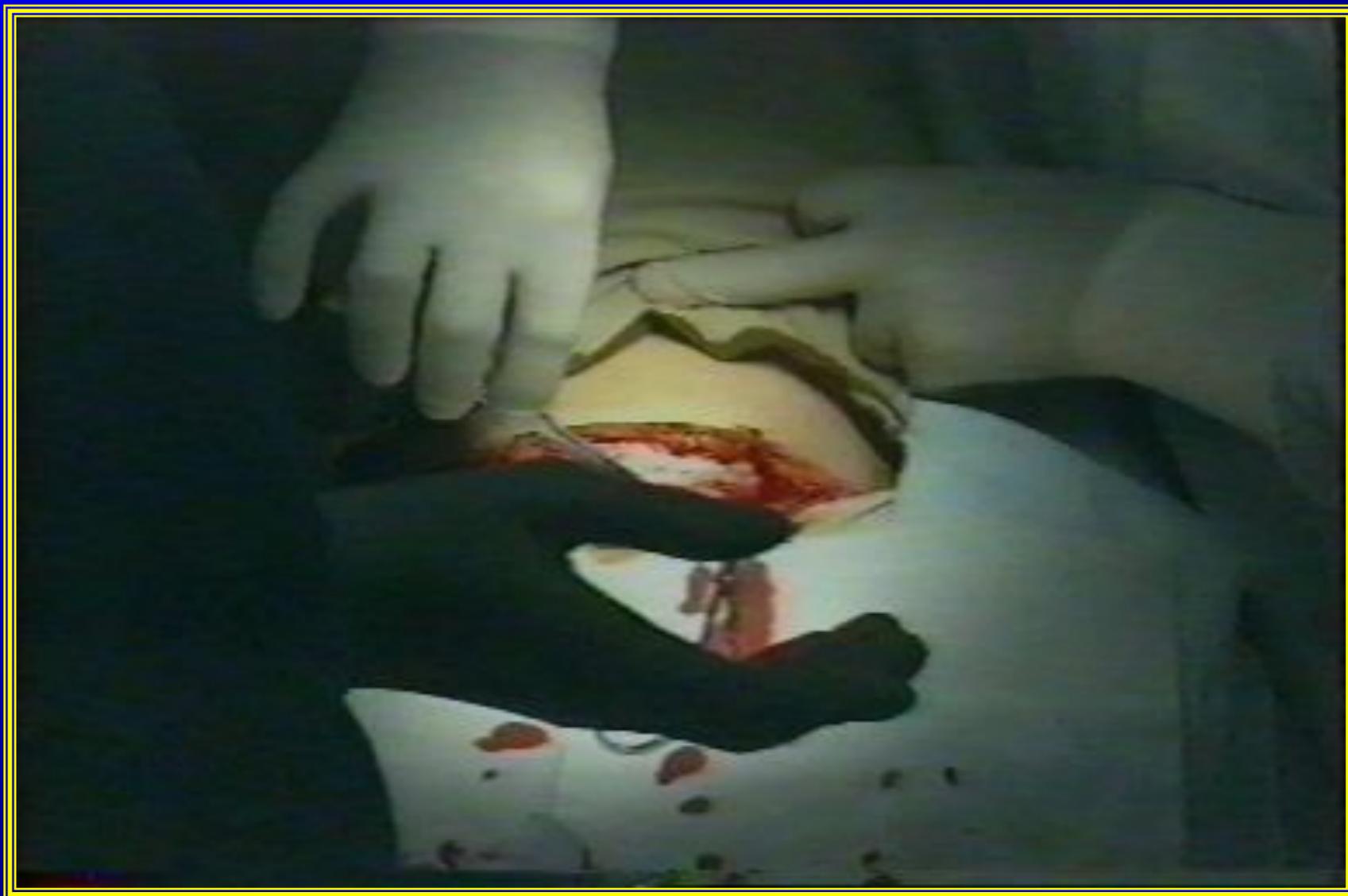


КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЕ

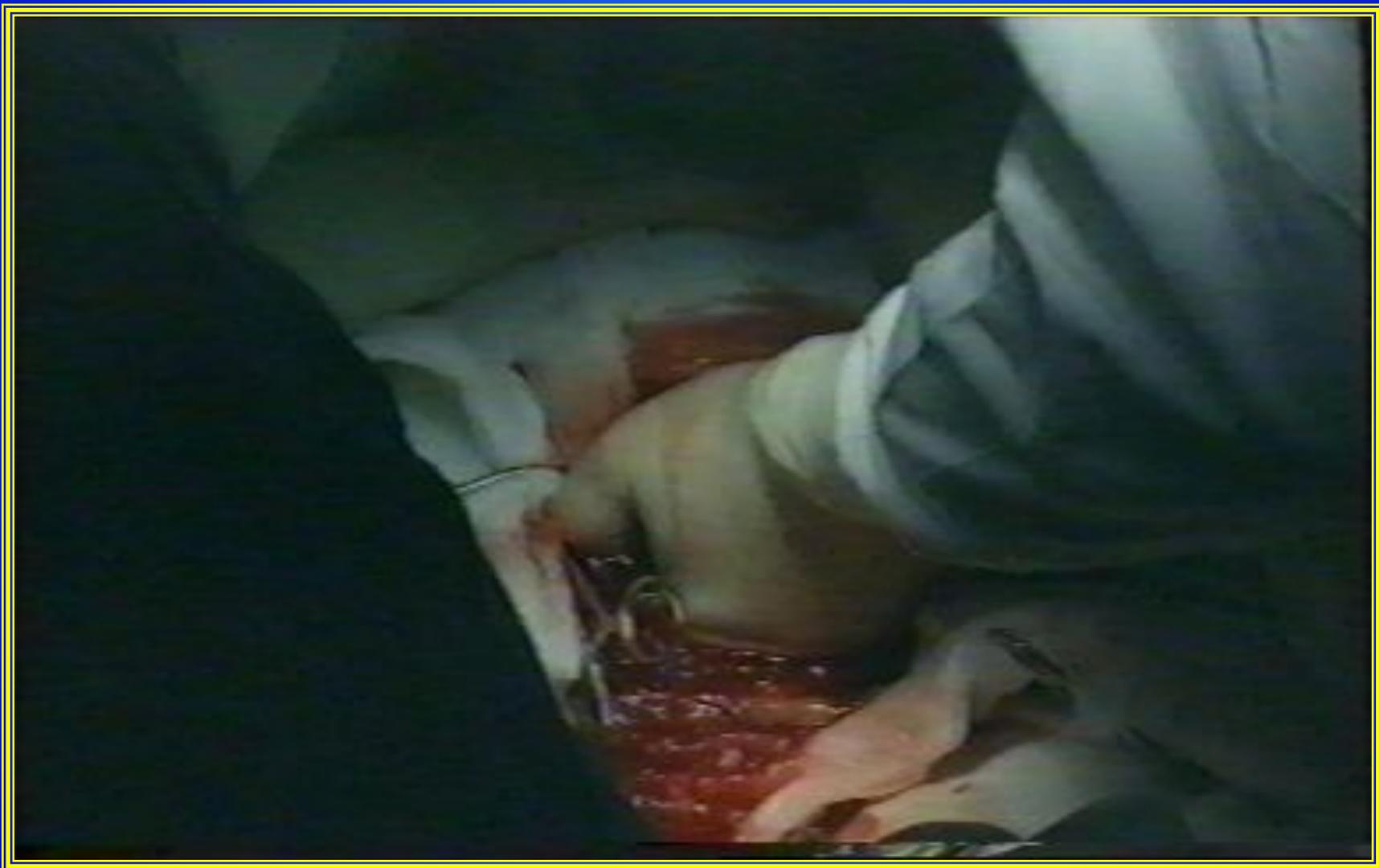


ПЕРИТОНИЗАЦІЯ

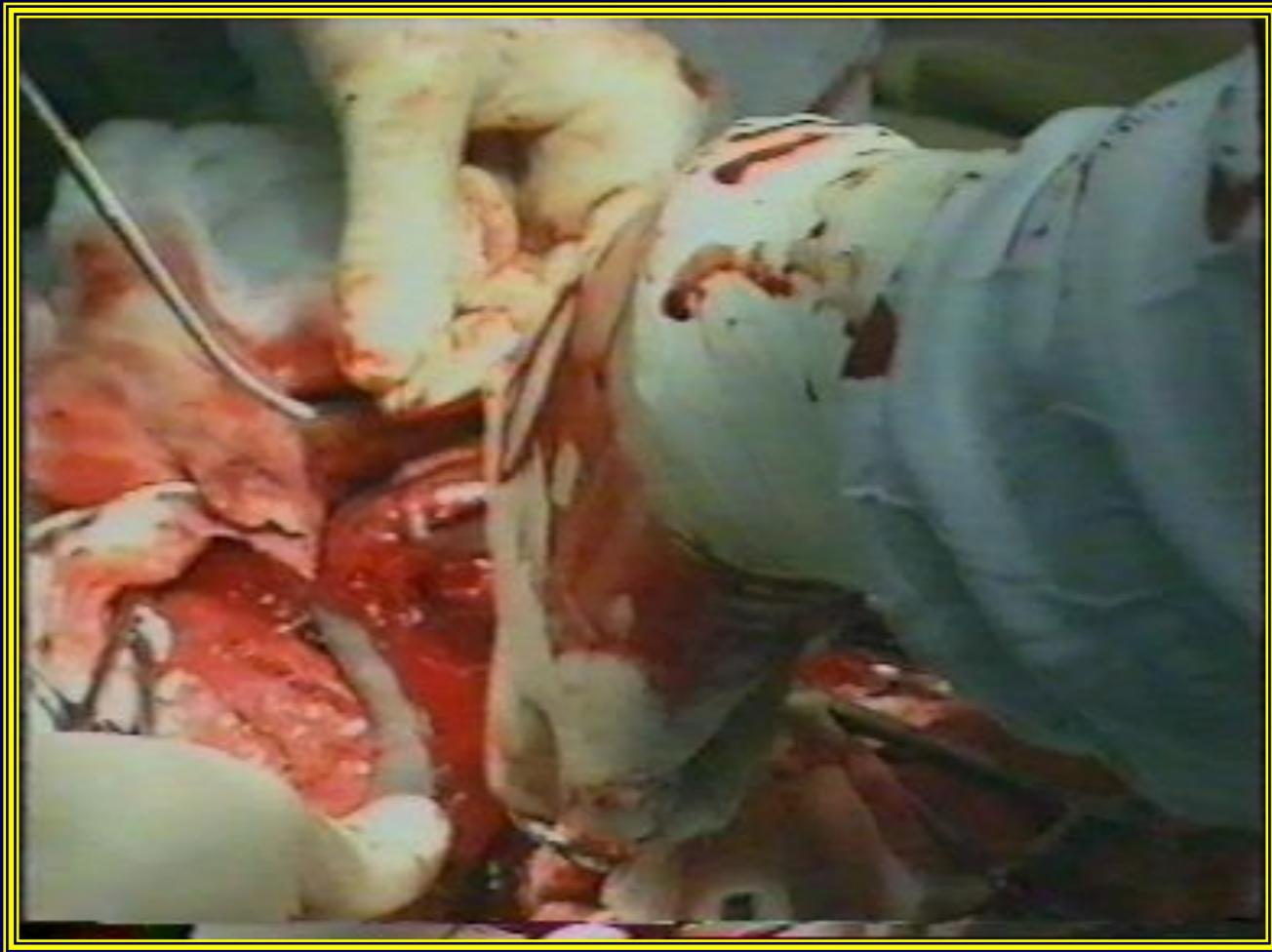
Вскрытие стенки матки



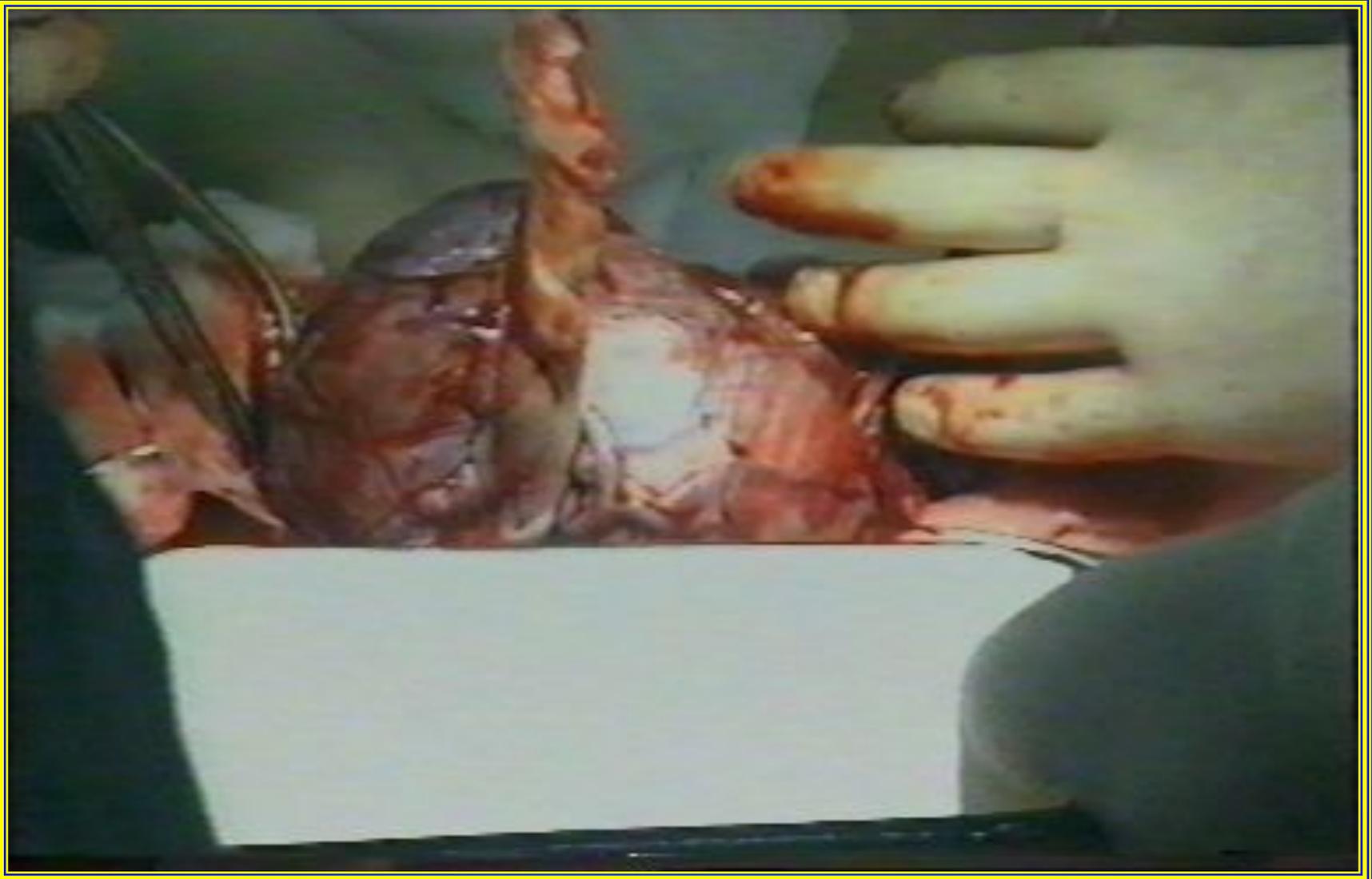
ИЗВЛЕЧЕНИЕ ПЛОДА ЧЕРЕЗ РАЗРЕЗ НА МАТКЕ



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.