



**Тема: «Абдоминальное
кесарево сечение»**

Доцент Л.С. Попова

Владикавказ 2011 г.

- **Кесарево сечение** выполняется в тех случаях, когда родоразрешение через естественные родовые пути невозможно или опасно для жизни матери либо плода.
- **Кесарево сечение** — наиболее частая операция в акушерстве. В России частота кесарева сечения за последние 10 лет выросла примерно в 3 раза (с 3,3 % в 1985 г. до 13,0 % в 1997 г.) и продолжает расти.

Причинами роста числа операций кесарева сечения являются следующие:

Самое Девятое

- уменьшение паритета (большинство первородящих);
- увеличение числа пожилых первородящих;
- мониторинг плода, ультразвуковое исследование, рентгенопельвиометрия;
- кесарево сечение в анамнезе;
- стремление расширить показания к кесареву сечению в интересах плода.

Усовершенствование оперативной
техники, совершенствование
анестезиологического пособия,
правильное послеоперационное
ведение родильниц после кесарева
сечения позволяют считать
родоразрешение абдоминальным
путем зачастую операцией выбора.

Показания к операции кесарева сечения:



- **со стороны матери:** когда роды представляют угрозу для ее здоровья;
- **со стороны плода:** когда для него родовой акт является нагрузкой, которая может привести к гипоксии, родовой травме, рождению в асфиксии ;
- Часто имеет место сочетание показаний со стороны матери и плода.

В течение ряда столетий допускались только так называемые абсолютные показания к этой операции:

1. Центральное или полное предлежание плаценты;
2. Прогрессирующая отслойка нормально расположенной плаценты при отсутствии условий для немедленного родоразрешения;
3. Абсолютно узкий таз;
4. Опухоли и экзостозы таза, препятствующие родам *per vias naturales*;
5. За последнее десятилетие в список включена экдампсия

С конца XIX столетия акушеры начали производить кесарево сечение и по так называемым **относительным показаниям**, т.е. когда возможно извлечение доношенного плода через естественные родовые пути, но имеется опасность, прежде всего для плода.

Термин "относительные показания" является условным, так как невозможно четко разделить абсолютные и относительные показания.

В современном клиническом акушерстве абсолютные и относительные показания целесообразно делить на показания к кесареву сечению **во время беременности** и в **родах**.

Показаниями к операции кесарева сечения во время беременности являются:

- полное предлежание плаценты;
- неполное предлежание плаценты с выраженным кровотечением при неподготовленных родовых путях;
- преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты при неподготовленных родовых путях;
- несостоятельность рубца на матке после кесарева сечения или других операций на матке;
- два рубца на матке и более после кесаревых сечений;
- анатомически узкий таз II-IV степени сужения (истинная конъюгата 7,5 см и меньше), опухоли или деформации костей таза;

- пороки развития матки и влагалища;
 - опухоли шейки матки, яичников и других органов полости малого таза, блокирующие родовые пути;
 - крупный плод в сочетании с другой патологией;
 - выраженный симфизит;
 - множественная миома матки больших размеров, дегенерация миоматозных узлов;
 - тяжелые формы гестоза в отсутствие эффекта от терапии;
- тяжелые экстрагенитальные заболевания (заболевания сердечно-сосудистой системы с явлениями декомпенсации, заболевания нервной системы, сахарный диабет, миопия высокой степени, особенно осложненная и др.);

- выраженные рубцовые сужения шейки матки и влагалища;
- состояние после пластических операций на шейке матки и влагалище, после ушивания мочеполовых и кишечнополовых свищей;
- рубец на промежности после ушивания разрыва III степени в предшествующих родах;
- выраженное варикозное расширение вен в области влагалища и вульвы;
- поперечное положение плода;
- сросшаяся двойня;
- тазовое предлежание плода в сочетании с разогнутой головкой, при массе плода более 3600 г и менее 1500 г, с сужением таза;
- экстракорпоральное оплодотворение и перенос эмбриона, искусственная инсеминация при наличии других осложнений со сторон матери и плода;

- хроническая гипоксия плода, гипотрофия плода, не поддающаяся медикаментозной терапии;
- возраст первородящих старше 30 лет в сочетании с акушерской экстрагенитальной патологией;
- длительное бесплодие в анамнезе в сочетании с другими отягощающими факторами;
- гемолитическая болезнь новорожденного при неподготовленности родовых путей;
- сахарный диабет при необходимости досрочного родоразрешения и неподготовленности родовых путей;
- переносенная беременность при отягощенном гинекологическом или акушерском анамнезе и неподготовленных родовых путях;
- экстрагенитальный рак и рак шейки матки; обострение генитального герпеса.

Показания к операции кесарева сечения в родах:

- клинически узкий таз;
- преждевременное излитие околоплодных вод и отсутствие эффекта от родовозбуждения;
- аномалии родовой деятельности, неподдающиеся медикаментозной терапии;
- острая гипоксия плода;
- отслойка нормально или низко расположенной плаценты;
- угрожающий разрыв матки;
- предлежание и выпадение петель пуповины при неподготовленных родовых путях;
- неправильные вставления и предлежания головки плода (лобное, передний вид лицевого, задний вид высокого прямого стояния стреловидного шва);
- состояние агонии или внезапная смерть роженицы при живом плоде.

Кесарево сечение по **сочетанным показаниям** или **комбинированным**. Это совокупность нескольких осложнений беременности и родов, каждое из которых в отдельности не служит показанием к кесареву сечению, но вместе они создают реальную угрозу для жизни плода в случае родоразрешения через естественные родовые пути. К ним относят:

1. слабость родовой деятельности;
2. дистоцию шейки матки;
3. переносенную беременность;
4. роды у первородящих старше 30 лет,
5. внутриутробную гипоксию плода,
6. мертворождаемость или невынашивание в анамнезе, 7. предшествующее длительное бесплодие,
8. тазовые предлежания плода,
9. крупный плод,
10. выпадение петель пуповины,
11. сужение таза I степени,
12. гестоз

Кесарево сечение



Противопоказания
для нормальных родов
из-за состояния здоровья
матери



Несоответствие размеров
таза матери размерам
головки плода



Неправильное прилегание
плода



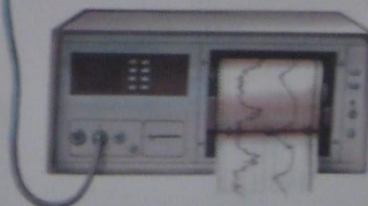
Предле-
жащая
плацента



Патологическое
состояние плода



Отдельные случаи
отслоения плаценты



Персистирующее и непрерывное ослабление
сердечной деятельности плода, возникающее

По времени выполнения различают:

- плановое кесарево сечение;
- экстренное кесарево сечение.

Обычно выполняют в плановом порядке и реже в экстренном (кровотечение при предлежании плаценты или преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты, угроза разрыва матки по рубцу, отсутствие эффекта от лечения гестоза, тяжелых экстрагенитальных заболеваний и др.).

Кесарево сечение в родах производят по экстренным показаниям.

Более целесообразно осуществлять плановое кесарево сечение.

Преимущества планового кесарева сечения:

- имеет место предварительная подготовка пациентки;
- снижен риск послеоперационных инфекционных осложнений.

Структура показаний к кесареву сечению во всех странах изменяется, и одно из первых мест в настоящее время занимает **рубец на матке** после предыдущего кесарева сечения.

Противопоказания при выполнении кесарева сечения:



1. внутриутробная смерть плода или уродство, несовместимое с жизнью;
2. глубокая недоношенность;
3. гипоксия плода, если нет уверенности в рождении живого (единичные сердцебиения) и жизнеспособного ребенка и нет неотложных показаний со стороны матери.

Для выполнения кесарева сечения необходимо согласие матери на операцию, что отражается в истории родов.

Предоперационная подготовка и обезболивание.

Симонс Дизайн

1. достижение психического покоя и устранение страха;
2. предупреждение побочных влияний наркотических и анестезирующих средств и блокада нежелательных нейровегетативных реакций;
3. профилактика и терапия некоторых осложнений беременности и родов (гестоз, кровотечение, нарушение процессов свертывания крови и др.);
4. опорожнение желудка (опасность синдрома Мендельсона);
5. профилактика и терапия внутриутробной гипоксии плода.

В случае планового кесарева сечения:

1. На ночь перед операцией дают снотворное;
2. За 1 час до операции делают очистительную клизму;
3. Беременная принимает гигиенический душ;
4. Выслушивают сердцебиение плода.

Непосредственно перед операцией:

5. Опорожнение мочевого пузыря с введением постоянного катетера;
6. Премедикация.

При экстренном вмешательстве:

Самодельный Дизайн

1. Производят гигиеническую обработку;
2. Если беременная принимала пищу за несколько часов до операции, то промывают желудок и оставляют зонд в желудке, чтобы избежать бронхо-спазма от попадания рвотных масс в дыхательные пути (синдром Мендельсона);
3. Проводят премедикацию ;
4. Опорожняют мочевой пузырь;
5. На операционном столе необходимо выслушать сердцебиение плода.

Анестезиологическое пособие:

При кесаревом сечении используется преимущественно эндотрахеальный ингаляционный наркоз или перидуральная анестезия.

При экстренной операции кесарева сечения, как правило, применяется эндотрахеальный ингаляционный наркоз.

Время от начала наркоза до извлечения ребенка не должно превышать 7-10 мин. После извлечения плода методика нейролептаналгезии не отличается от таковой при хирургических операциях.

Кесарево сечение необходимо производить в условиях операционной специалистом, хорошо владеющим техникой абдоминального чревосечения. Только при жизненных показаниях и невозможности транспортировать беременную или роженицу операция может быть произведена в неприспособленном помещении, но с соблюдением правил асептики и антисептики.

Во время операции **необходимо присутствие неонатолога**, владеющего техникой реанимации, особенно в случаях внутриутробного страдания плода или недоношенности.

Виды операции.

В зависимости от того, вскрывается или нет брюшная полость, и от локализации разреза на матке различают:

1. 1. Интраперитонеальное кесарево сечение:

- • корпоральное (классическое) кесарево сечение и его разновидности;
- • кесарево сечение в нижнем сегменте матки поперечным разрезом;
- • истмико-корпоральное.

2. Кесарево сечение в нижнем сегменте матки с временной изоляцией брюшной полости.

3. Экстраперитонеальное кесарево сечение.

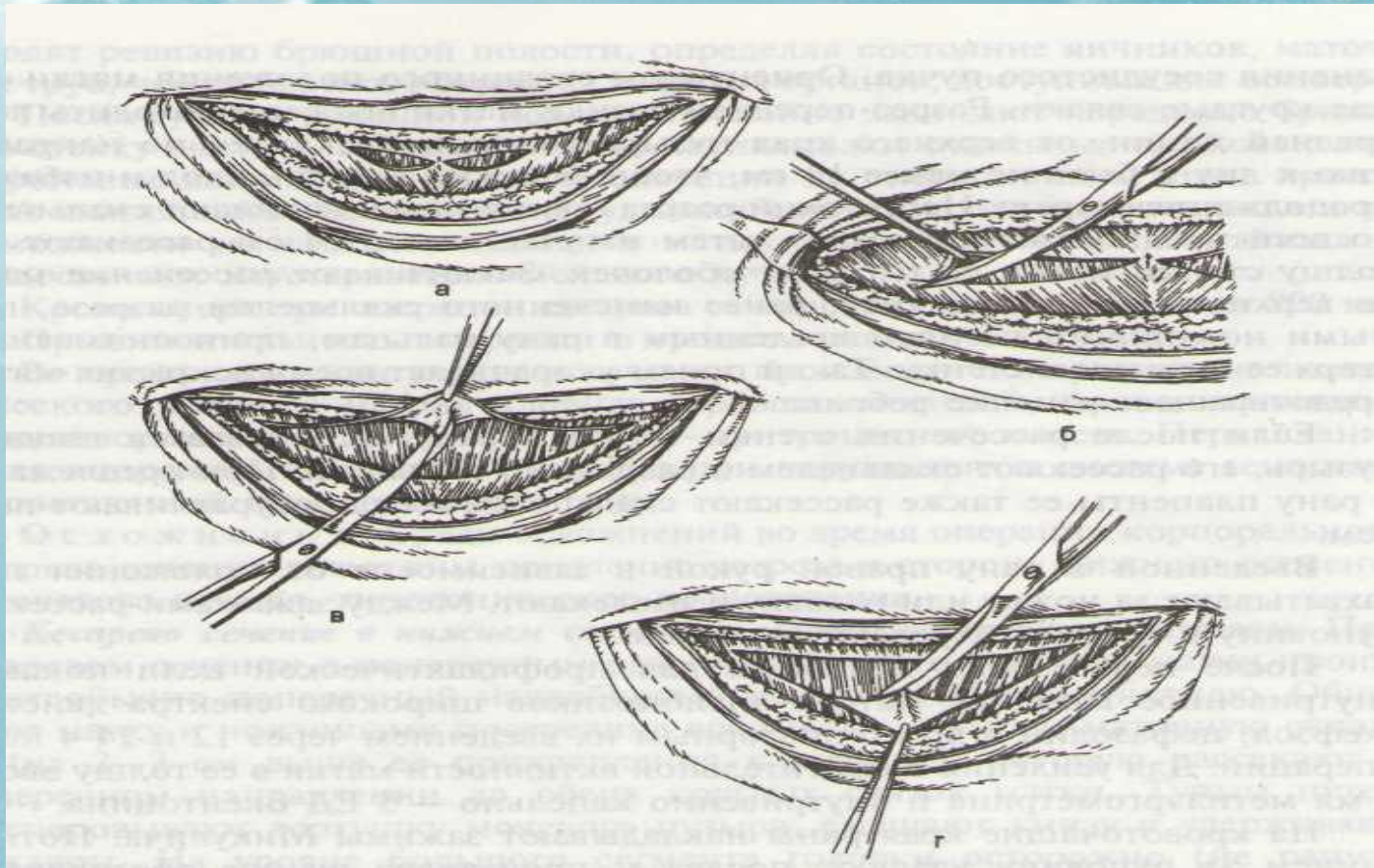
Выбор метода операции должен определяться конкретной акушерской ситуацией, состоянием матери, плода и хирургической подготовкой акушера-гинеколога.

Оптимальным является кесарево сечение в нижнем сегменте матки поперечным разрезом.

Преимущества данного метода по сравнению с корпоральным состоят в следующем:

1. Вскрытие матки осуществляется по направлению расположения мышечных пластов и сосудов;
2. Поперечный разрез на матке легче зашивать;
3. Более удобна и совершенна перитонизация маточной раны за счет пузырьно-маточной складки;
4. Лучше и прочнее формируется рубец на матке;
5. Реже встречаются разрывы матки по рубцу при последующих беременностях и родах;
6. Реже образуются спайки в брюшной полости;
7. Меньше: - нарушений менструального цикла ;
- воспалительных заболеваний; - бесплодия ;
- нарушений трудоспособности женщин.

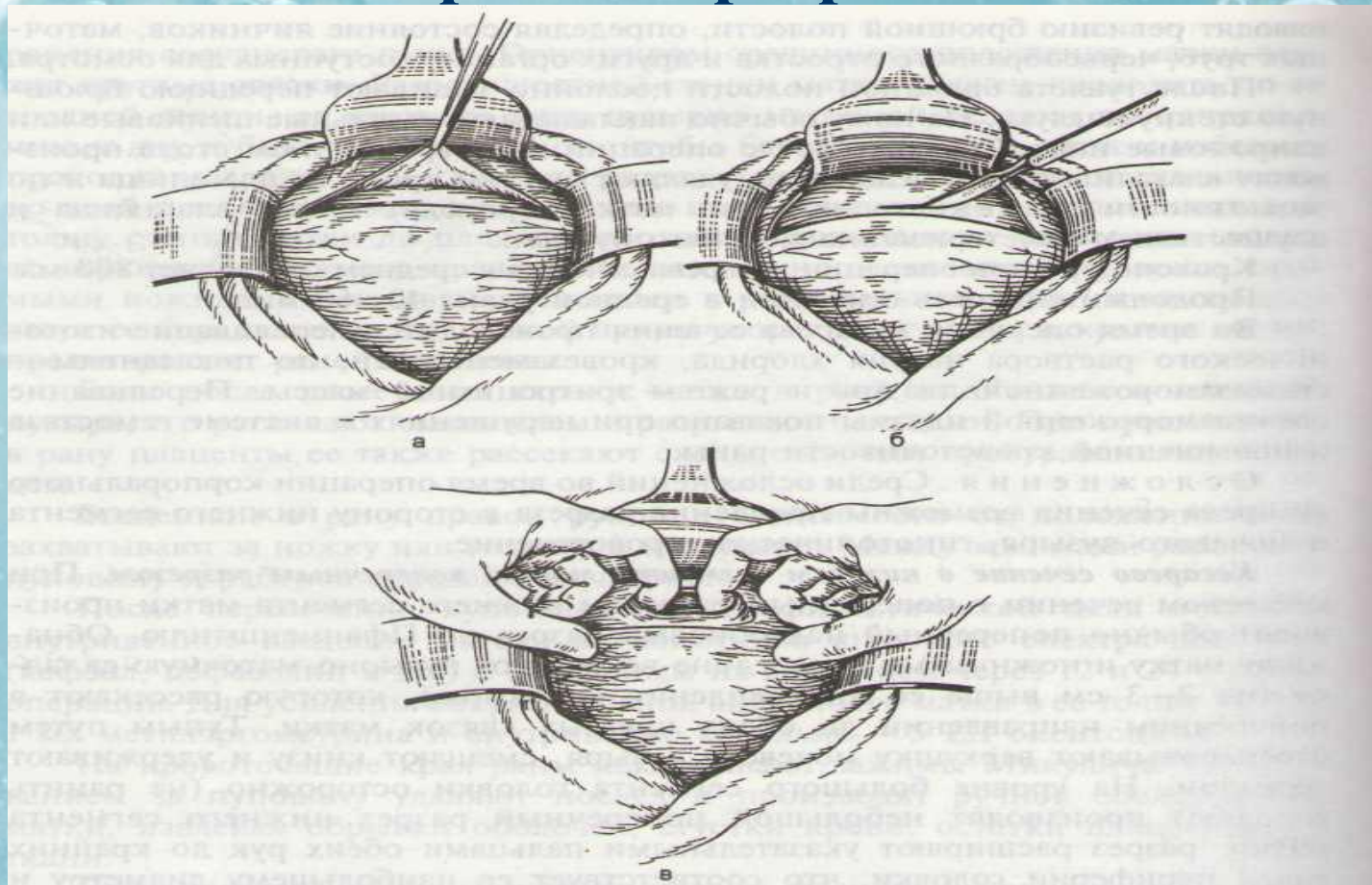
Поперечный надлобковый разрез передней брюшной стенки.



а, б — рассечены кожа и подкожная жировая клетчатка, сделаны надрезы апоневроза с обеих сторон от белой линии;

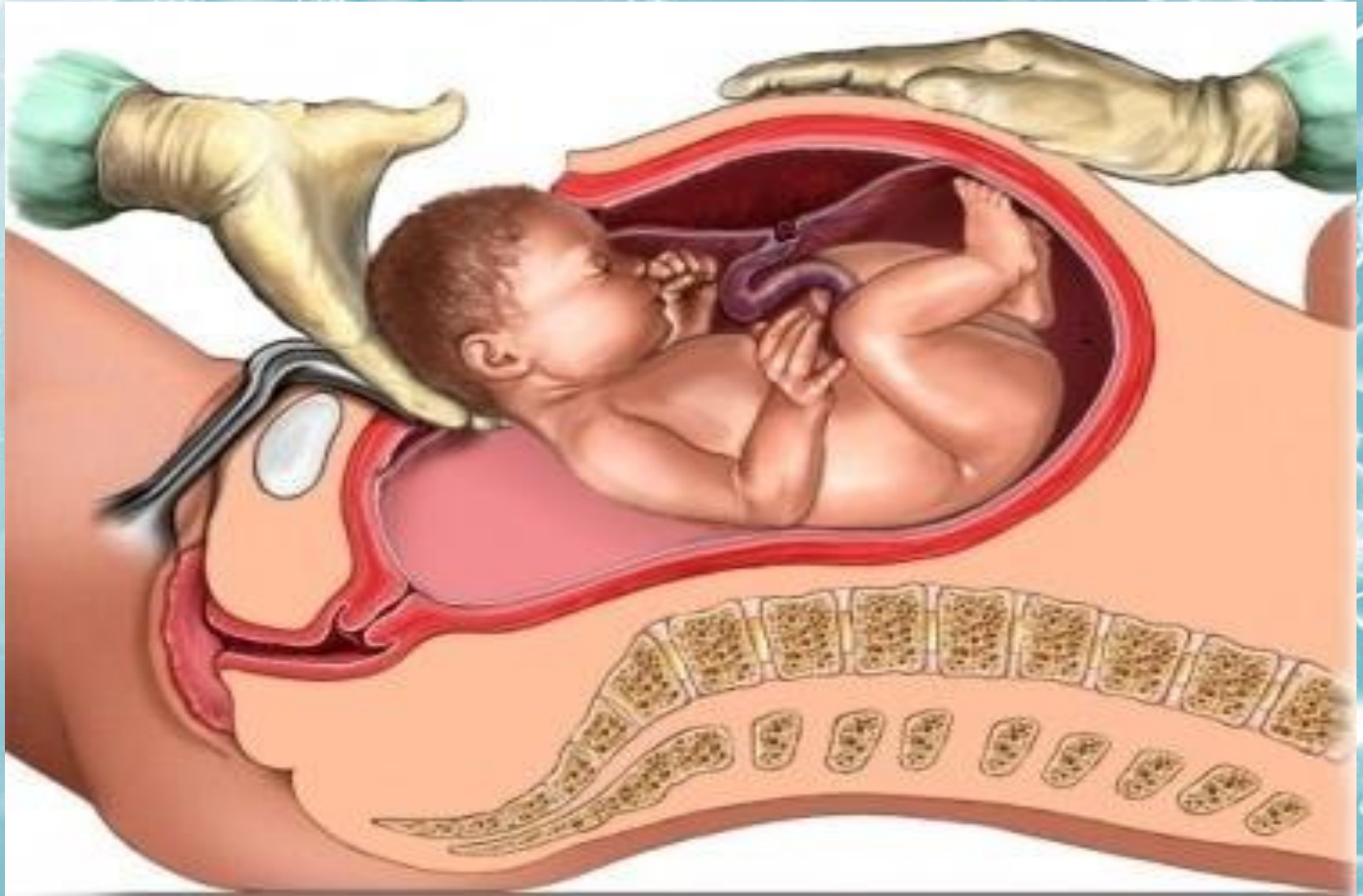
в, г — апоневроз по средней линии отделяется с помощью ножниц от белой линии передней брюшной стенки и от пирамидальных мышц.

Кесарево сечение в нижнем сегменте матки поперечным разрезом.



- а** — вскрытие пузырно-маточной складки;
- б** — надрез стенки нижнего сегмента матки;
- в** — разведение краев раны тупым путем.

Выведение головки плода при кесаревом сечении.



Широко применявшееся ранее корпоральное кесарево сечение, несмотря на многие недостатки, имеет свои показания. Его выполняют:

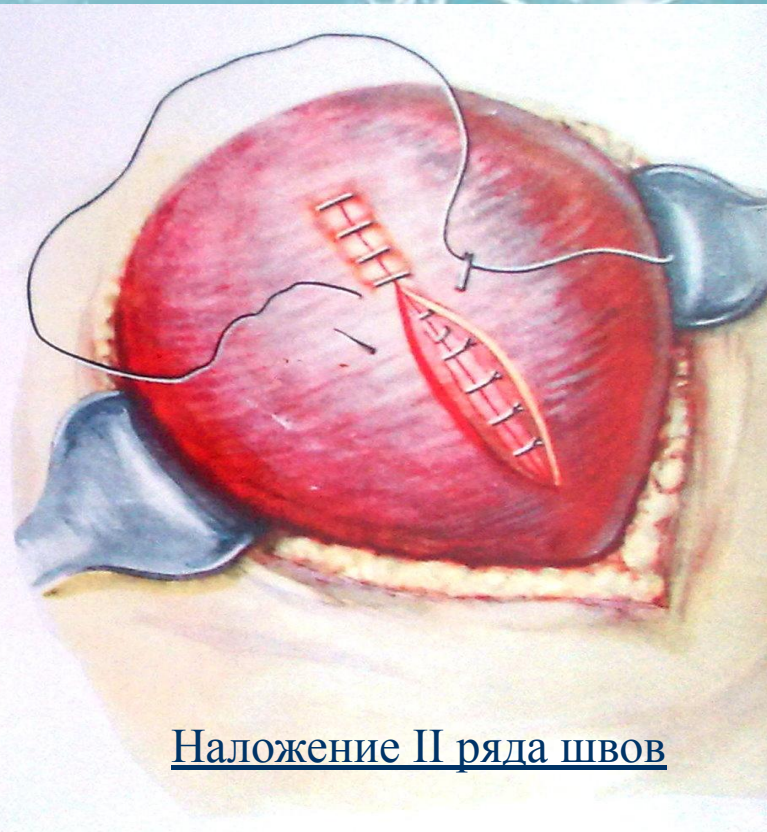
1. при выраженном спаечном процессе в нижнем сегменте матки;
2. при наличии неполноценного рубца после предыдущего корпорального кесарева сечения;
3. при выраженном варикозном расширении вен в нижнем сегменте матки;
4. при полном предлежании плаценты;
5. когда требуется быстрое родоразрешение в интересах матери и плода (например, при профузном маточном кровотечении);
6. когда вслед за операцией необходимо произвести гистерэктомию;
7. при недоношенном плоде и не развернутом нижнем сегменте матки;
8. при сросшейся двойне;
9. при наличии в области нижнего сегмента миоматозного узла.

Корпоральное кесарево сечение.

Amodez Designs

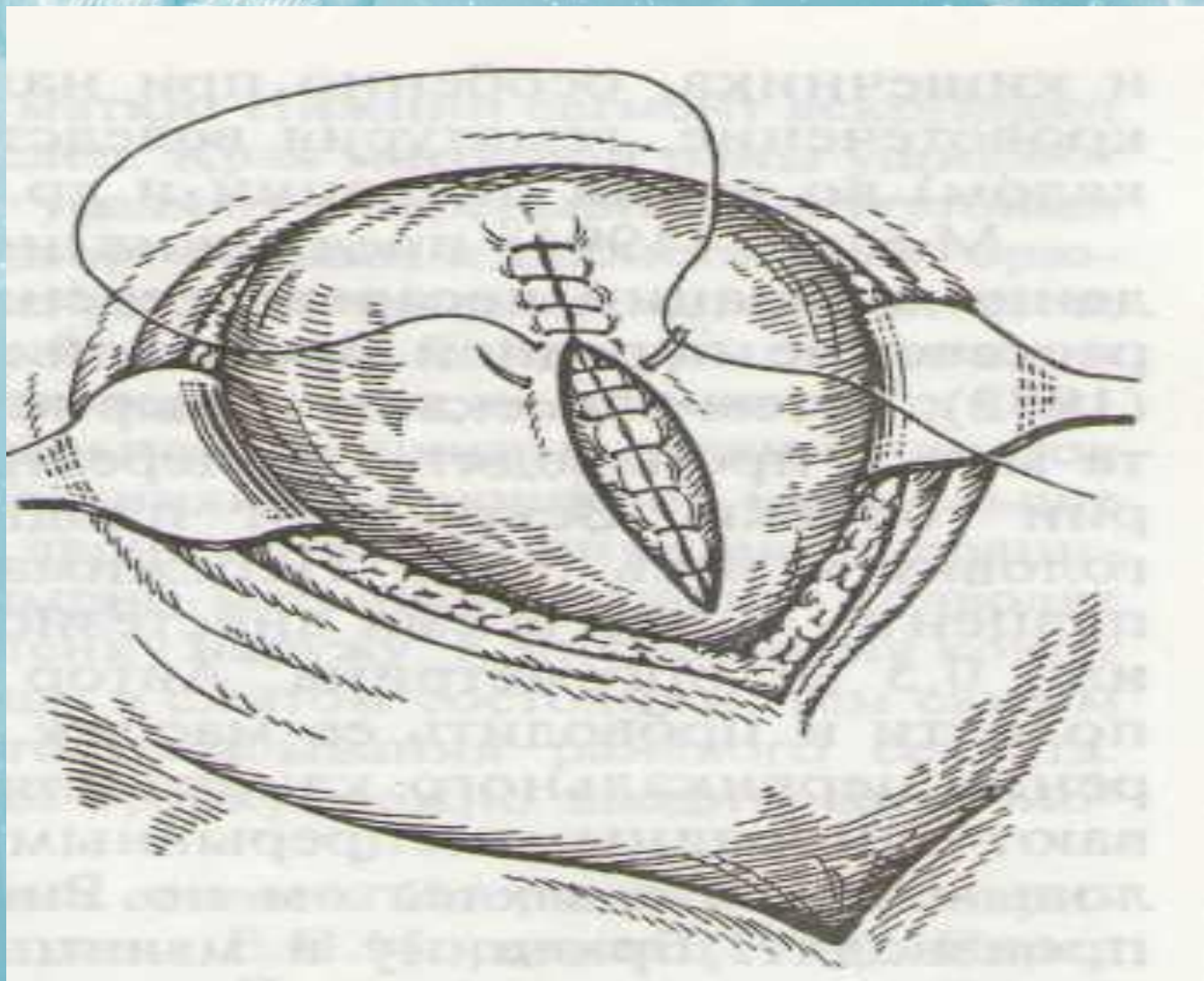


Наложение I ряда швов



Наложение II ряда швов

Наложение непрерывного двухрядного шва на матке.



У беременных с высоким риском развития послеоперационных инфекционных осложнений (длительный безводный промежуток, затяжные роды, лихорадка в родах свыше 37,6 °С, хориоамнионит, эндометрит, острый пиелонефрит и др.) при живом и жизнеспособном плоде и в отсутствие условий для быстрого родоразрешения через естественные родовые пути методом выбора, позволяющим получить живого ребенка и предотвратить развитие перитонита у матери, является операция кесарева сечения без вскрытия брюшины (экстраперитонеально) или с временной изоляцией брюшной полости.

Возможные осложнения во время кесарева сечения:

Emodez Designs

- 1.продление разреза в разрыв;
- 2.ранение сосудистого пучка;
- 3.ранение мочевого пузыря, кишечника;
- 4.гипотоническое кровотечение.

Важно своевременно выявить осложнения, чтобы их устранить.

Осложнения.

Во время операции кесарева сечения в нижнем сегменте поперечным разрезом возможны ранение предлежащей части плода, продление разреза матки в латеральную сторону и ранение сосудистого пучка, кровотечение из околоматочной клетчатки, ранение мочевого пузыря и кишечника, особенно при наличии спаечного процесса, гипотоническое кровотечение, гематурия вследствие сдавления мочевого пузыря (чаще зеркалом) во время операции и др.

M.Stark (1994) предложил несколько видоизмененную методику проведения операции кесарева сечения в нижнем сегменте.

Считается, что преимущества метода заключаются:

- в быстроте выполнения операции;
- меньшей кровопотере;
- более легком извлечении плода;
- меньшей болезненности после операции;
- меньшем риске развития тромбоза и инфекции;
- уменьшении койко-дня.

Кесарево сечение в нижнем сегменте матки с временной изоляцией брюшной полости.

Чревосечение проводят нижнесрединным разрезом или по Пфанненштилю.

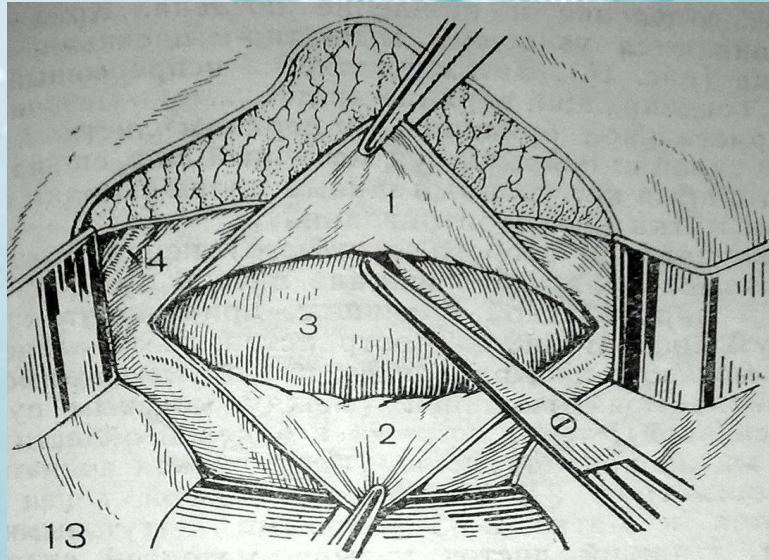


Рис.13

отсепаровка листков пузырно-маточной складки брюшины с обнажением нижнего сегмента матки.

1-верхний листок;

2- нижний листок пузырно-маточной складки брюшины;

3- нижний сегмент матки;

4- правая круглая связка матки.

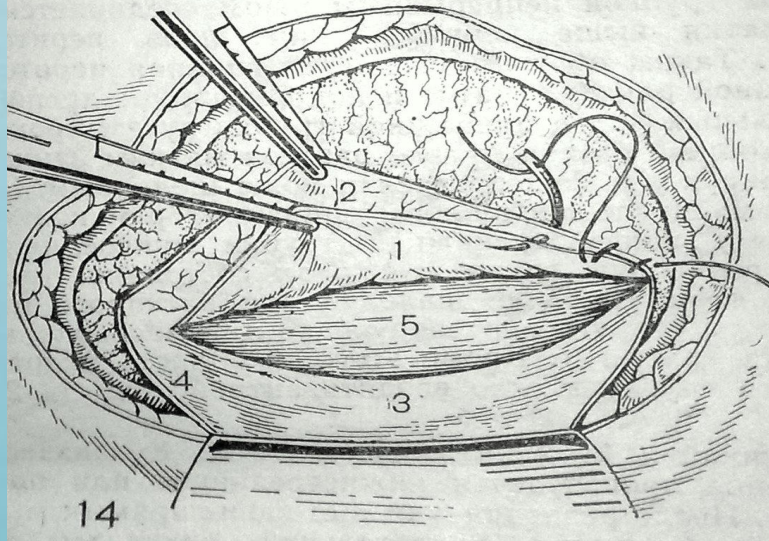


Рис. 14

верхний листок пузырно-маточной складки брюшины(1) сшивается с верхним листком париетальной брюшины(2) передней брюшной стенки.

3- нижний листок пузырно-маточной складки брюшины;

4- нижний листок париетальной брюшины передней брюшной стенки;

5-нижний сегмент матки.

Преимуществами экстраперитонеального кесарева сечения перед интраперитонеальным являются:

- 1.Исключение попадания околоплодных вод и мекония в брюшную полость;
- 2.Отсутствие опасности ранения кишечника;
- 3.Возможности образования спаек в брюшной полости;
- 4.Меньшая выраженность болевого синдрома;
- 5.Возможность раннего вставания после операции (через 8-10 ч);
- 6.Уменьшение частоты паретического состояния кишечника.

По сравнению с интраперитонеальным кесаревым сечением операция, выполняемая внебрюшинным доступом, **является технически более сложной** и поэтому может быть рекомендована специалистам, хорошо владеющим оперативной техникой.

При выполнении данной операции возможны:

- ранение мочевого пузыря;
- вскрытие брюшной полости;
- иногда возникают затруднения при выведении головки плода.

Противопоказания к экстраперитонеальному кесареву сечению:

Camodez Designz

- разрывы матки и несостоятельность послеоперационного рубца на матке;
- преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты;
- предлежание плаценты;
- наличие симптомов острого живота;
- выраженное варикозное расширение вен нижнего сегмента матки;
- опухоли матки и придатков;
- аномалии развития матки;
- необходимость проведения стерилизации.

Послеоперационное течение и уход.

Ведение женщин после операции кесарева сечения осуществляют с учетом:

- кровопотери;
- сопутствующей акушерской и экстрагенитальной патологии;
- метода операции.

Целесообразно соблюдение принципов ранней послеоперационной активности.

По окончании операции прикладывают пузырь со льдом на нижний отдел живота на 1,5-2 ч.

В первые 6-8 ч. после операции, необходимо следить за общим состоянием роженицы, величиной и тонусом матки, выделениями из половых путей, функцией мочевого пузыря.

После операции производят:

1. Коррекцию водно-электролитного баланса, газов крови и т.д.
2. Наблюдают за показателями гемодинамики (пульс, АД и др.) и за дыханием (частота дыхания, минутный объем дыхания, газы крови и др.).
3. Вводят растворы, улучшающие реологические свойства крови (реополиглюкин).
4. Следят за количеством введенной жидкости и корректируют её в зависимости от диуреза.
5. Применяют обезболивающие, утеротонические, спазмолитические средства, витамины, антигистаминные препараты, по показаниям антикоагулянты.

Для профилактики инфекционных осложнений после операции кесарева сечения, кроме случаев аллергии к антибиотикам, во время операции (после пересечения пуповины) всем женщинам вводят внутривенно один из антибиотиков широкого спектра действия (клафоран, цезолин и др.) и продолжают их введение через 12 и 24 ч после операции.

На 2-е сутки проводят инфузионную терапию и коррекцию электролитного баланса, применяют прозерин, ставят очистительную клизму, проводят дыхательную гимнастику.

Через несколько часов после операции рекомендуют поворачиваться в постели, двигать руками и ногами.

На следующие сутки разрешают садиться и ходить по палате.

На 4-е сутки – УЗИ органов малого таза.

На 6-е сутки снимают швы с брюшной стенки (обрезают узелки).

На 7-е сутки после операции роженица может быть выписана домой под наблюдение врача женской консультации.

Кесарево сечение — операция, которая сама по себе приводит к условиям, способствующим подавлению множества защитных механизмов, изменению иммунологических показателей, ухудшению местного кровоснабжения вследствие травмирования сосудистой сети, механической травме матки в процессе операции, образованию местных гематом, сером, иногда значительной кровопотере.

В послеоперационном периоде могут наблюдаться следующие осложнения: раневая инфекция, эндометрит, тромбофлебит, субфебрилитет, субинволюция матки, внутренние и наружные кровотечения, гематомы различной локализации, перитонит и др.

Наиболее тяжелым и опасным осложнением является перитонит, частота которого остается довольно высокой (0,5 %).



**Спасибо
за внимание!**