

НАО «ЗАПАДНО-КАЗАХСТАНСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ МАРАТА ОСПАНОВА»



ДИСЦИПЛИНА: АКУШЕРСТВО И ГИНЕКОЛОГИЯ В ОБЩЕЙ
ВРАЧЕБНОЙ ПРАКТИКЕ

ТЕМА: КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЕ. ПОКАЗАНИЯ. ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ.

ВЫПОЛНИЛА: НУРГАЛИ ГАУХАР

ПРОВЕРИЛА: КАСАЕВА Н.Е.

ГРУППА: 739

АКТОБЕ, 2020

ПЛАН:

- ВВЕДЕНИЕ
- ОСНОВНАЯ ЧАСТЬ:
 1. КЛАССИФИКАЦИЯ
 2. ПОКАЗАНИЯ
 3. ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ
 4. ПРЕДОПЕРАЦИОННАЯ ПОДГОТОВКА
 5. ХОД ОПЕРАЦИИ
- ЗАКЛЮЧЕНИЕ
- ИСПОЛЬЗОВАННАЯ ЛИТЕРАТУРА

ВВЕДЕНИЕ:

- Кесарево сечение является одним из наиболее распространенных хирургических вмешательств в мире, при этом частота его выполнения продолжает возрастать, особенно в странах с высоким и средним уровнем дохода. Хотя кесарево сечение может спасти жизни людей, оно нередко выполняется при отсутствии медицинских показаний, что подвергает женщин и их детей риску развития проблем со здоровьем в кратко- или долгосрочной перспективе.

ОСНОВНАЯ ЧАСТЬ:

- **КС** - родоразрешающая операция, при которой плод и послед извлекаются через произведенный разрез на матке



КЛАССИФИКАЦИЯ:

- **Плановое.** При наличии экстрагенитальной патологии осмотр профильных специалистов для решения вопроса планового кесарева сечения.
- **Экстренное/ургентное.**

Категории экстренности/ургентности:

- **1 Категория** – существует значительная угроза жизни матери и / или плода - операция должна быть начата не позднее 15-30 минут от определения показаний.
- **2 Категория** – состояние матери и / или плода нарушены, но непосредственной угрозы жизни матери и / или плода нет – операция должна быть начата не позднее 30 минут от определения показаний
- **3 Категория** – состояние матери и плода не нарушены, однако показано оперативное родоразрешение(например, дородовое излитие вод в случае запланированного КС по поводу тазового предлежания, аномалии родовой деятельности при отсутствии критического состояния матери или плода)
- **4 Категория** – по предварительному плану в запланированный день и время.

Классификация в зависимости от локализации разреза на матке:

- Корпоральное кесарево сечение
- Кесарево сечение в нижнем маточном сегменте.

Классификация в зависимости от доступа к матке:

- Абдоминальное кесарево сечение
- Влагалищное кесарево сечение.

Показания для госпитализации:

- Экстренная госпитализация, при наличии неотложных показаний (клинически узкий таз, кровотечение, выпадение пуповины и др.)
- Плановая госпитализация на оперативноеродоразрешение в сроке, не ранее 38 недели

Показания к плановому кесареву сечению

с:

- Одноплодной беременностью и тазовым предлежанием плода, для которых наружный поворот плода на головку противопоказан или оказался безуспешным;
- Двуплодной беременностью, где первый близнец не является краниальным (головным);
- Плацентой, которая частично или полностью покрывает внутреннюю шейку матки (незначительное или значительное предлежание плаценты);
- ВИЧ, которые не получают какую-либо антиретровирусную терапию;
- ВИЧ и вирусной нагрузкой, равной или большей, чем 400 копий на мл, независимо от антиретровирусной терапии;
- ВИЧ и вирусом гепатита С;
- Первичной генитальной вирусной инфекцией простого герпеса (HSV), который проявился на третьем триместре беременности.

Не показано плановое кесарево сечение женщинам с:

- Неосложненной двуплодной беременностью, где первый близнец является краниальным (головным);
- Преждевременными родами;
- Низкой массой плода для гестационного возраста;
- ВИЧ, которые получают высокоактивную антиретровирусную терапию с вирусной нагрузкой менее 400 копий на мл;
- ВИЧ, которые получают какую-либо антиретровирусную терапию с вирусной нагрузкой менее 50 копий на мл;
- Вирусом гепатита В;
- Вирусом гепатита С;
- Рецидивирующим генитальным герпесом;
- Индексом массы тела более 50 (без других факторов риска).

Противопоказания к кесареву сечению:

- Внутриутробная гибель плода.

Однако, это противопоказание имеет значение только в том случае, когда операция производится в интересах плода; при наличии жизненных показаний со стороны матери они не принимаются во внимание (например, при кровотечении, связанном с отслойкой или предлежанием плаценты и др.).

Основные обязательные обследования:

- ОАК;
- ОАМ;
- Коагулограмма (ПВ-ПТИ-МНО, РФМК, АЧТВ, D-димер, антитромбин III, резистентность фактора V к активированному протеину C, этаноловый тест, фибриноген, ТВ);
- Биохимический анализ крови (билирубин, АЛаТ, мочевины, креатинин, общий белок, глюкоза);
- Определение группы крови и резус-фактора;
- ЭКГ;
- УЗИ;
- Консультация терапевта.

- **Цель лечения:** родоразрешение путем операции кесарева сечения в плановом и экстренном порядке беременных и рожениц группы риска с минимизацией материнских и неонатальных осложнений в раннем и позднем послеоперационном периоде.

ПРЕДОПЕРАЦИОННАЯ ПОДГОТОВКА:

- Постоянный мочевой катетер
- Антациды и лекарственные препараты
- Анестезия при проведении кесарева сечения (регионарная/общая)
- Противорвотные средства для уменьшения тошноты и рвоты во время проведения кесарева сечения
- Опер. стол для проведения кесарева сечения должен иметь 15° боковой наклон (снижает уровень материнской гипотензии).

ПРОФИЛАКТИКА ОСЛОЖНЕНИЙ:

- Необходимо назначение профилактических **антибиотиков** для того, чтобы снизить риск послеоперационных инфекций. Используются антибиотики **за 15-60 минут** до кожного разреза. При кровопотере 1500,0 и более повторная доза антибиотика вводится после восполнения кровопотери.
- **Профилактика тромбов.** При выборе метода профилактики (например, компрессионные чулки, восполнение потери жидкости, ранняя мобилизация, низкомолекулярный гепарин) следует учитывать риск тромбоэмболических заболеваний и соблюдать существующие клинические руководства.

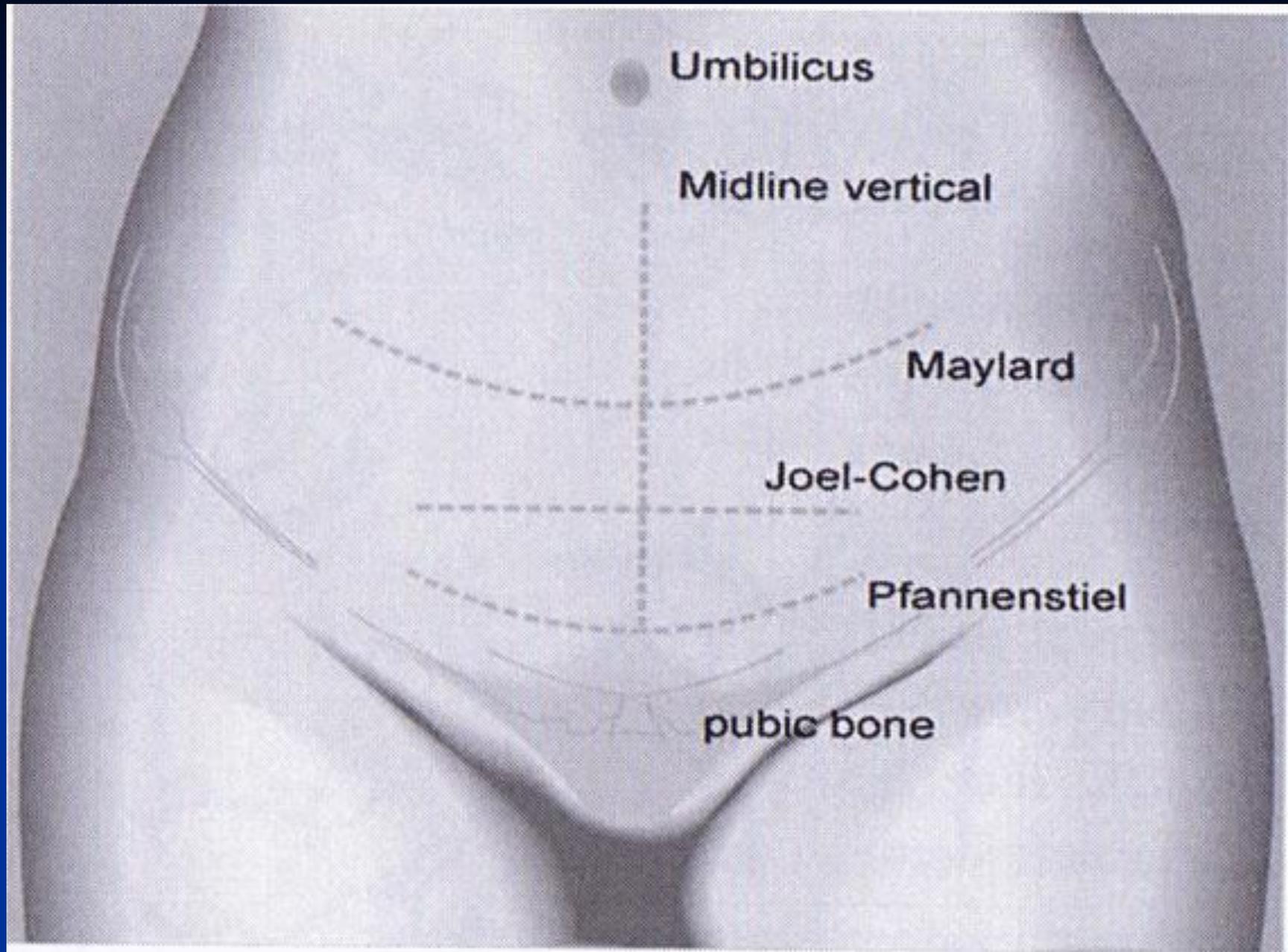
- Плацента должна быть удалена с помощью контролируемой трaкции за пуповину, а не с помощью ручного удаления, так как метод контролируемой трaкции за пуповину снижает риск развития эндометрита.
- При кесарево сечении необходимо произвести внутрибрюшинную репарацию матки. Выворачивание матки наружу не рекомендуется, поскольку оно связано с большей степенью боли и не улучшают операционные результаты, такие как риск кровотечения и инфекции.

Операция кесарево сечение состоит из следующих этапов:

- Лапаротомия
- Гистеротомия и извлечение плода
- Ушивание разреза на матке
- Восстановление передней брюшной стенки

- Наиболее рациональным методом КС считают операцию в нижнем сегменте матки поперечным разрезом.
- Крайне редко производят и продольный разрез на матке по средней линии.

- При КС используют **3 вида доступа** через переднюю брюшную стенку:
 1. Нижнесрединный разрез
 2. Разрез по Пфанненштилю
 3. Разрез по Джоэл-Кохену.

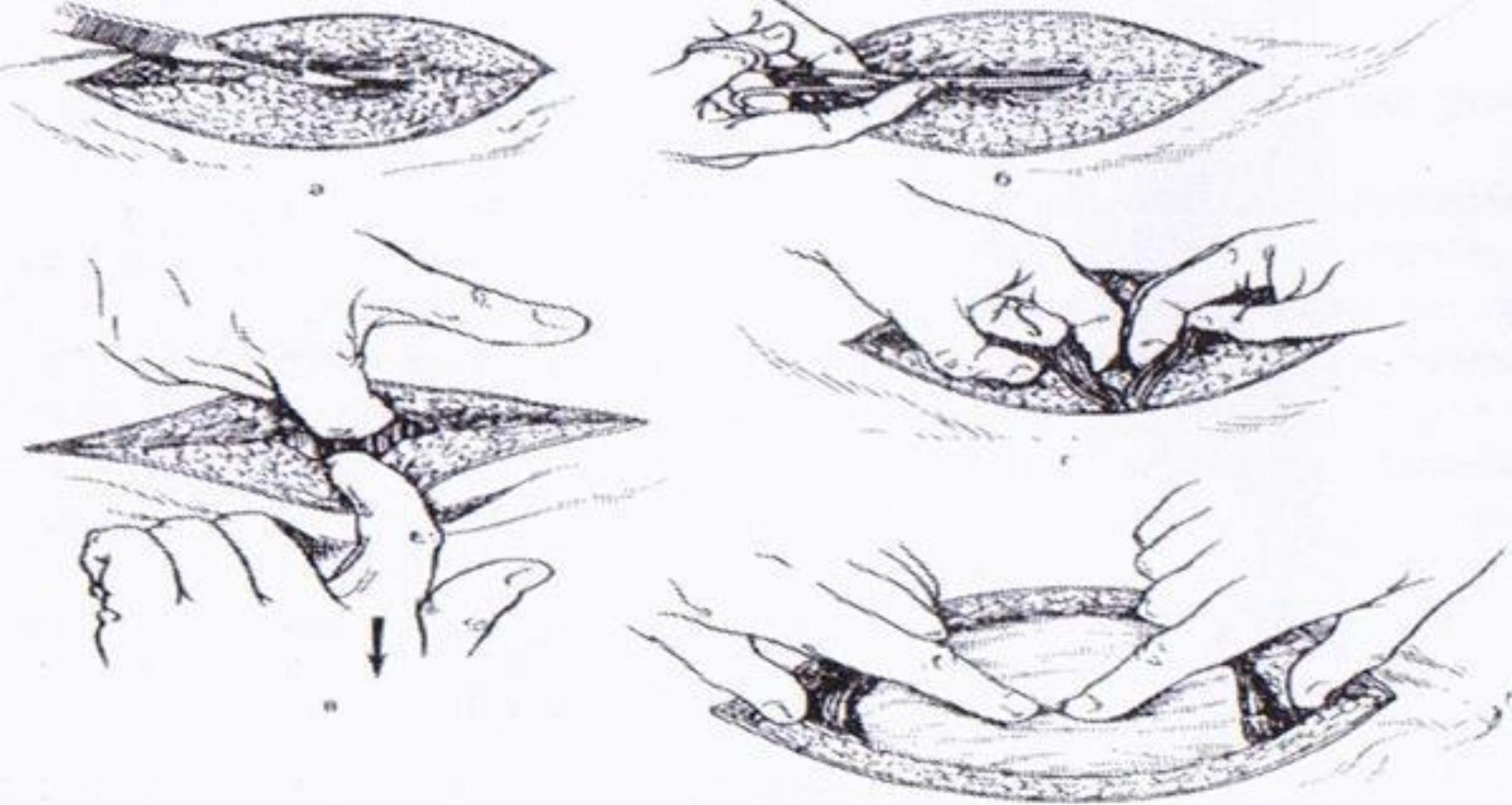


Ход операции:

- Разрез кожи может быть выполнен по Джоел-Кохену – поверхностный поперечный прямолинейный разрез кожи на 3 см ниже линии, соединяющей передне-верхние ости подвздошных костей. При разрезе по Джоел-Кохену скальпелем производят углубление разреза по средней линии в подкожной жировой клетчатке и одновременно надсекают апоневроз, затем ножницами рассекают апоневроз в поперечном направлении. Данный разрез связан с более коротким периодом времени работы и снижением послеоперационных септических осложнений.
- Подкожную жировую клетчатку и прямые мышцы живота хирург ассистент одновременно разводят путем бережной билатеральной тракции по линии разреза кожи. Брюшину тупо вскрывают и разводят в поперечном направлении.

- После осмотра брюшины пузырьно-маточного углубления ее захватывают пинцетом ниже линии перехода с тела матки на переднюю околоматочную и околопузырную клетчатку, приподнимают и рассекают поперек ножницами. Передняя стенка нижнего сегмента матки становится доступной для вскрытия. При наличии хорошо сформированного нижнего сегмента матки необходимо применить тупое расширение разреза матки, поскольку оно снижает уровень кровопотери и частоту послерод. кровотечения, потребность в переливании крови во время проведения кесарева сечения.
- Вскрыть матку попер. разрезом 2 см, в сделанное отверстие вводят кончики обоих указ. пальцев и рану растягивают в стороны, тупым путем разъединяя циркул. мыш. в/на нижнего сегмента). При этом не следует разрывать ткани, так как можно повредить и маточные сосуды. После вскрытия матки разрывают плодные оболочки и приступают к извлечению плода. Извлекают плод, выкладывают на грудь матери. В мышцу матки вводится 10 ЕД окситоцина или в/в одномоментно карбетоцин 100 МЕ на физ.р/ре, особенно у женщин с факторами риска развития кровотечения.

- Послед выделяется потягиванием за пуповину и наружным массажем матки через переднюю брюшную стенку, без введения руки в полость матки, что снижает риск развития эндометрита. Выворачивание матки наружу не рекомендуется, поскольку оно связано с большей степенью боли и не улучшают операционные результаты, такие как кровотечение и инфекции. Ушивание раны на матке 2-х рядным викриловым швом. Восстановление передней брюшной стенки. Следует ушивать только апоневроз и кожу, так как сокращается продолжительность операционного времени, снижается необходимость в анальгезии и улучшается материнское самочувствие. Не следует закрывать пространство подкожной ткани, кроме случаев, когда у женщины имеется более 2 см подкожного жира, поскольку закрытие пространства подкожной ткани не снижает уровень раневой инфекции. При кесаревом сечении не следует использовать дренирование неглубоких (поверхностных) ран, поскольку оно не снижает уровень раневой инфекции и раневой гематомы. При срединном абдоминальном разрезе, необходимо применять сшивание через все слои с помощью медленно рассасывающихся непрерывных швов, поскольку данный метод приводит к меньшим послеоперационным грыжам и раскрытиям, нежели при сшивании слоями.



Техника операции по Joel-Cohen.

а. рассечение кожи и подкожной клетчатки; б. рассечение апоневроза; в. отслоение апоневроза от мышц брюшной стенки; г. расслоение прямых мышц живота; д. вскрытие брюшины (тупым путем).

Дальнейшее ведение:

- После выхода из наркоза необходимо продолжать наблюдение (за ЧД, ЧСС, АД, болями и седативным эффектом) каждые 5 минут в течении 30 мин, каждые 30 мин в течение 2 часов и затем ежечасно. Если эти параметры не стабильные, рек/ся проводить более частые наблюдения и медицинское обследование. В течении 2 часов продолжить введение утеротоников в проф. дозе.
- При отсутствии осложнений во время операции, могут поесть и попить, когда они чувствуют голод или жажду.
- Необходимо удалить катетер из мочевого пузыря, когда женщина начинает самостоятельно передвигаться после регионарной анестезии и не раньше, чем через 12 часов после последней эпидуральной дозы.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ:

- Выполнение кесарева сечения может быть необходимо в тех случаях, когда естественные роды могут представлять опасность для матери или ребенка. В то же время кесарево сечение может приводить к серьезным осложнениям, инвалидности или летальному исходу, особенно в условиях отсутствия возможностей для безопасного выполнения хирургических вмешательств или лечения возможных осложнений.

ИСПОЛЬЗОВАННАЯ ЛИТЕРАТУРА:

- Клинический протокол МЗ РК «Кесарево сечение» от 4 июля 2014 года.
- <https://www.who.int/mediacentre/news/releases/2015/caesarean-sections/ru/>
- <https://mz.mosreg.ru/upload/iblock/c23/kesarevo-sechenie.pdf>
Клинические рекомендации (протокол лечения) "Кесарево сечение. Показания, методы обезболивания, хирургическая техника, антибиотикопрофилактика, ведение послеоперационного периода"