

ПОКАЗАНИЯ

Показания к КС подразделяют на абсолютные и относительные. Перечни абсолютных показаний разных авторов отличаются и их постоянно меняют, так как многие показания, которые в прошлом считали относительными, в настоящее время рассматривают как абсолютные.

Для стандартизации показаний к КС целесообразно разделить их на 3 основные группы (в перечень включены показания, связанные с высоким риском для здоровья и жизни матери и ребёнка).

Показания к плановому КС во время беременности.

- Полное предлежание плаценты.
- Несостоятельность рубца на матке (после операции КС, миомэктомии, перфорации матки, удаления рудиментарного рога, иссечения угла матки при трубной беременности).
- Два и более рубца на матке.
- Препятствие со стороны родовых путей для рождения ребёнка (анатомически узкий таз II и более степени сужения, деформация костей таза, опухоли матки, яичников, органов малого таза).
- Выраженный симфизит.
- Предположительно крупный плод (масса тела плода более 4500 г).
- Выраженные рубцовые сужения шейки матки и влагалища.

- Наличие в анамнезе пластических операций на шейке матки, влагалище, ушивания мочеполовых и кишечно-половых свищей, разрыва промежности III степени.
- Тазовое предлежание, при массе тела плода более 3600-3800 г (в зависимости от размеров таза пациентки) или менее 2000 г, разгибание головки III степени по данным УЗИ, смешанное ягодично-ножное предлежание.
- При многоплодной беременности: тазовое предлежание первого плода при двойне у первородящих, тройня (или большее количество плодов), сросшиеся близнецы.
- Монохориальная, моноамниотическая двойня.
- Злокачественное новообразование.
- Множественная миома матки с наличием крупных узлов, особенно в области нижнего сегмента матки, нарушение питания узлов.
- Устойчивое поперечное положение плода.
- Тяжёлые формы гестоза, эклампсия при неэффективности терапии.
- ЗРП III степени, при эффективности её лечения.
- Миопия высокой степени с изменениями на глазном дне.
- Острый генитальный герпес (высыпания в области наружных половых органов).
- Пересадка почки в анамнезе.
- Гибель или инвалидизация ребёнка при предыдущих родах.
- ЭКО, особенно неоднократное, при наличии дополнительных осложнений.

Показания к экстренному КС во время беременности.

- Любой вариант предлежания плаценты, кровотечение.
- ПОНРП.
- Угрожающий, начавшийся, свершившийся разрыв матки по рубцу.
- Острая гипоксия плода.
- Экстрагенитальные заболевания, ухудшение состояния беременной.
- Состояние агонии или внезапная смерть женщины при наличии живого плода.

Показания к экстренному КС во время родов

те же, что и во время беременности. Кроме того, может возникнуть необходимость КС при следующих осложнениях родов.

- Не корригируемые нарушения сократительной деятельности матки (слабость, дискоординация).
- Клинически узкий таз.
- Выпадение пуповины или мелких частей плода при головном предлежании плода.
- Угрожающий, начавшийся или свершившийся разрыв матки.
- Ножное предлежание плода.

ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ

Особую роль в исходе КС для матери и плода играет определение противопоказаний и условий для оперативного родоразрешения. При выполнении КС следует учитывать следующие противопоказания.

- Внутриутробная смерть плода или его аномалия, несовместимая с жизнью.
- Гипоксия плода при отсутствии неотложных показаний к КС со стороны матери и уверенности в рождении живого (единичные сердцебиения) и жизнеспособного ребёнка.

При жизненно важных показаниях к КС со стороны матери противопоказания учитывать не следует.

УСЛОВИЯ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ОПЕРАЦИИ

- Живой и жизнеспособный плод. В случае опасности, угрожающей жизни женщины (кровоотечение при полном предлежании плаценты, ПОНРП, разрыв матки, запущенное поперечное положение плода и другие нарушения), КС производят также при мёртвом и нежизнеспособном плоде.
- Женщина должна дать информированное согласие на проведение операции.

ТЕХНИКА ОПЕРАЦИИ

Несмотря на кажущуюся техническую простоту КС, эту операцию относят к разряду сложных оперативных вмешательств (особенно повторное КС).

Наиболее рациональным методом КС в настоящее время считают операцию в нижнем сегменте матки поперечным разрезом. Однако можно (крайне редко) производить и продольный разрез на матке по средней линии.

При КС используют 3 вида доступа через переднюю брюшную стенку.

- Нижнесрединный разрез.
- Разрез по Пфанненштилю.
- Разрез по Джоэл-Кохену.

Решение по выбору способа лапаротомии при КС следует в каждом случае принимать строго индивидуально, руководствуясь 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 КС целесообразно использовать синтетические рассасывающиеся нити: викрил, дексон, монокрил или хромированный кетгут.

Вариант рассечения передней брюшной стенки не зависит от разреза на матке. При нижнесрединном разрезе передней брюшной стенки можно любым путём рассечь стенку матки, а при разрезе по Пфанненштилю произвести истмико-корпоральное или корпоральное КС. Однако при корпоральном КС чаще производят нижнесрединный разрез, при поперечном разрезе в нижнем сегменте матки со вскрытием пузырно-маточной складки -рассечение по Пфанненштилю, при поперечном разрезе в нижнем сегменте без вскрытия пузырно-маточной складки — доступ по Джоэл-Кохену.

В случае отсутствия достаточного хирургического опыта наиболее простым методом вскрытия брюшной стенки считают нижнесрединный разрез.

Корпоральное кесарево сечение

Корпоральное КС целесообразно проводить только по строгим показаниям.

- Выраженный спаечный процесс и отсутствие доступа к нижнему сегменту матки.
- Выраженное варикозное расширение вен в области нижнего сегмента матки.
- Несостоятельность продольного рубца на матке после предыдущего корпорального КС.
- 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 проведения КС в нижнем сегменте матки.

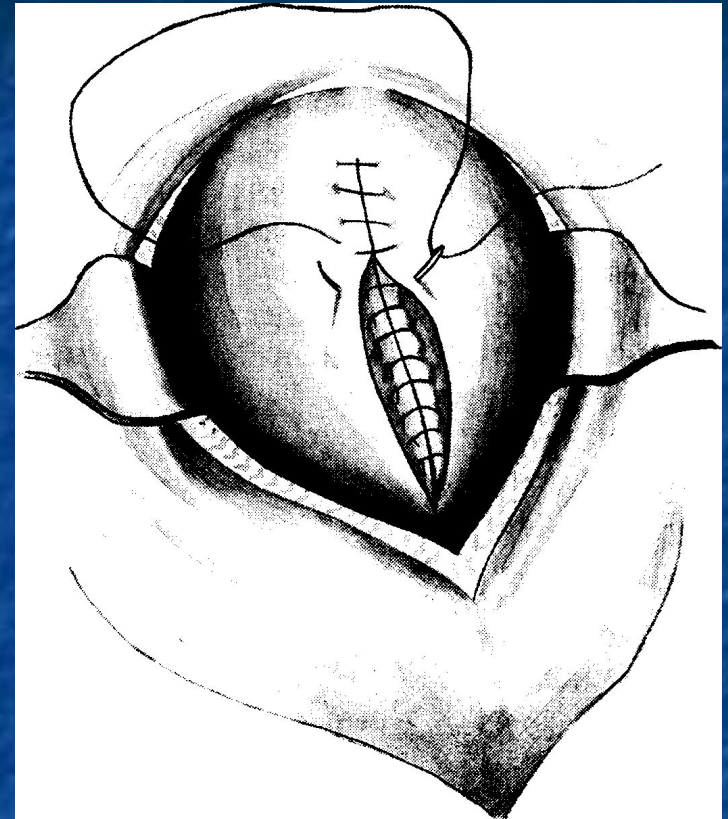
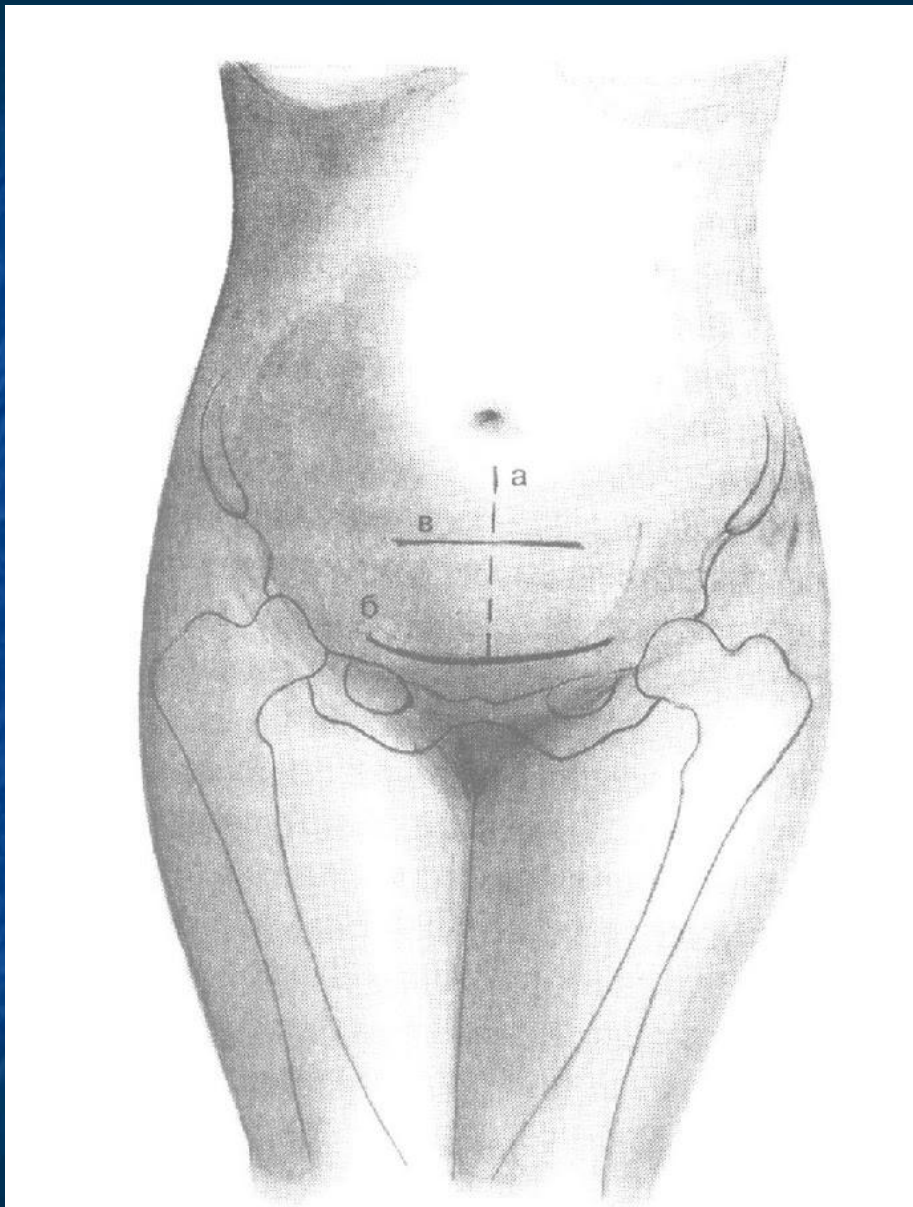


Схема корпорального кесарева сечения. Наложение непрерывного 2-рядного шва на матке при корпоральном КС.

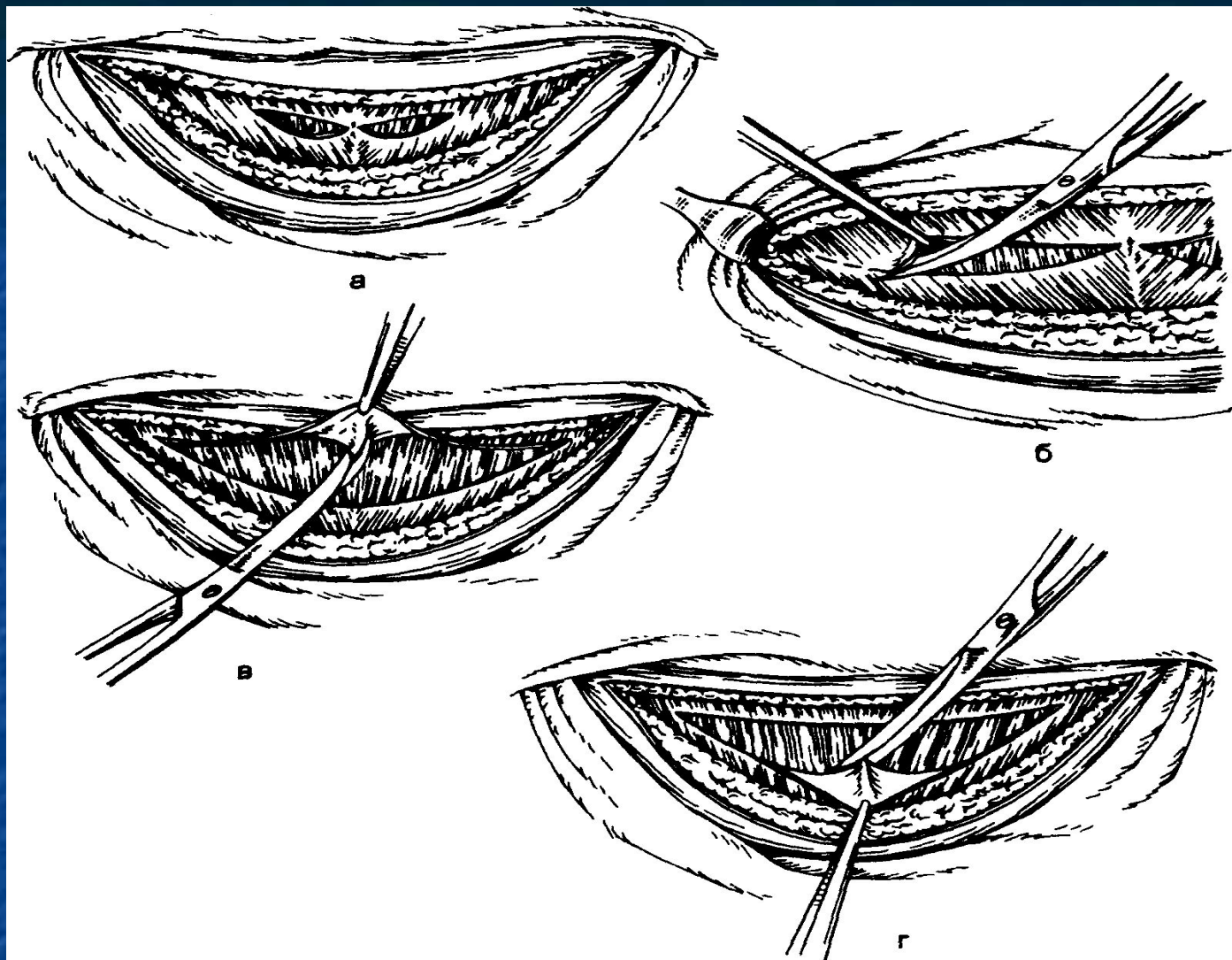
Способы рассечения передней брюшной стенки по Пфанненштилю



Виды операции.

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

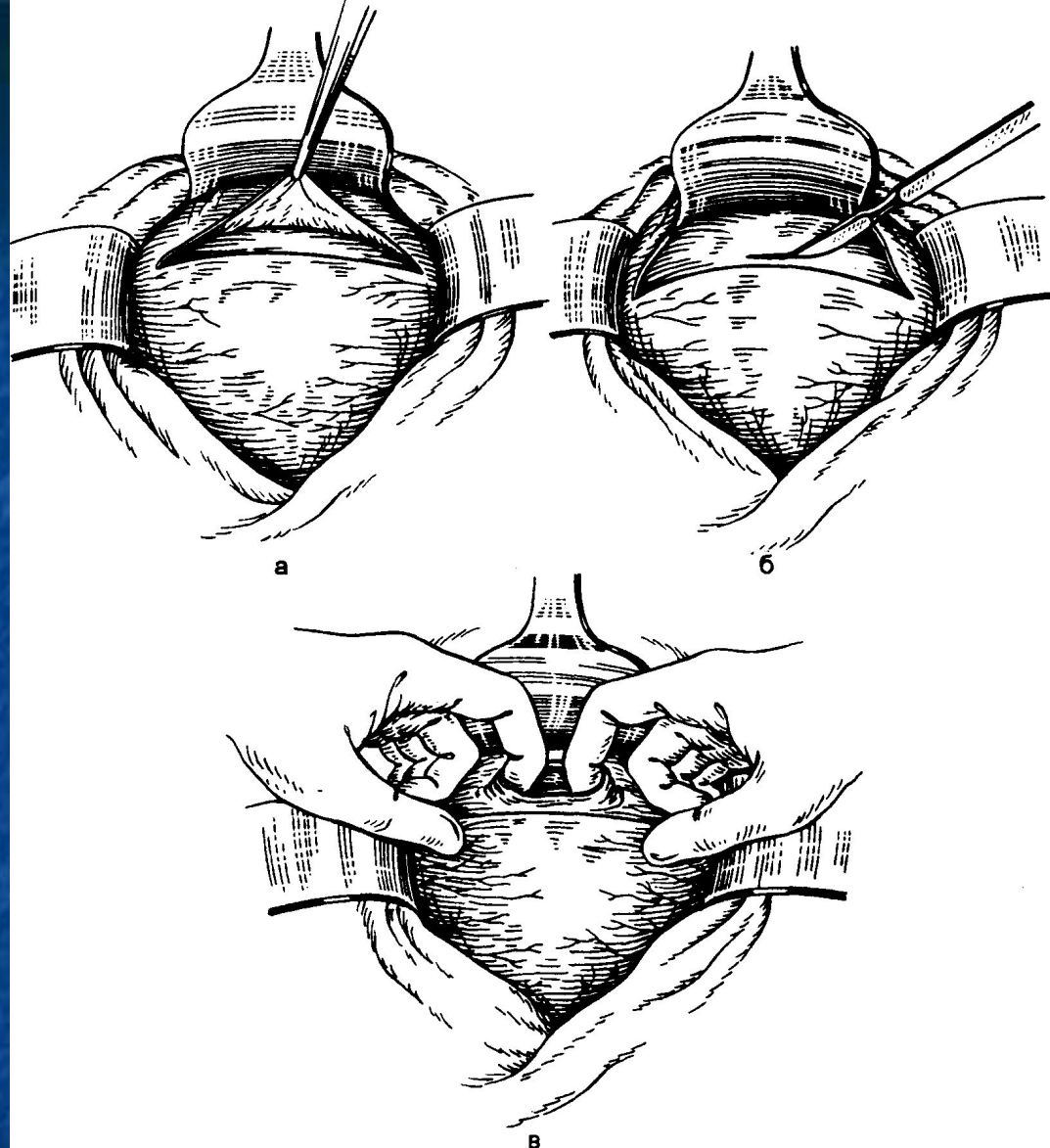
1. Интраперитонеальное кесарево сечение:
 - корпоральное (классическое) кесарево сечение и его разновидности;
 - кесарево сечение в нижнем сегменте матки поперечным разрезом;
 - истмико-корпоральное.
2. Кесарево сечение в нижнем сегменте матки с временной изоляцией брюшной полости.
3. Экстраперитонеальное кесарево сечение.



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.



Поперечный разрез матки в нижнем сегменте.

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



Выведение головки плода при кесаревом сечении.