

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ВИЩИЙ ДЕРЖАВНИЙ НАВЧАЛЬНИЙ ЗАКЛАД УКРАЇНИ
«УКРАЇНСЬКА МЕДИЧНА СТОМАТОЛОГІЧНА АКАДЕМІЯ»
КАФЕДРА АКУШЕРСТВА ТА ГІНЕКОЛОГІЇ №2

Затверджено:

на засіданні кафедри
акушерства і гінекології №2
протокол № 10 від 10 січня 2017 року
Завідувач кафедри
д.м.н., проф. _____ В.К. Ліхачов

**МЕТОДИЧНА РОЗРОБКА СЕМІНАРСЬКОГО ЗАНЯТТЯ
ДЛЯ ЛІКАРІВ-КУРСАНТІВ ПЕРЕДАТЕСТАЦІЙНОГО ЦИКЛУ
ЗА ФАХОМ «АКУШЕРСТВО І ГІНЕКОЛОГІЯ»**

Навчальна дисципліна	Акушерство та гінекологія
Тема:	Кесарів розтин в сучасному акушерстві (код курсу 4.2.1.)
Курс	Передатестаційний цикл
Факультет	Післядипломної освіти
Спеціальність	Акушерство і гінекологія

Полтава

I. Науково-методичне обґрунтування теми

Розповсюдженість: частота кесаревого розтину значно зросла протягом останніх десятиріч, як в наслідок розширення показань до операції з боку плода так і зменшення протипоказань до неї, і складає в акушерських закладах України II-IV рівня акредитації 10-20% від загальної кількості пологів. В США та країнах Європи це друга за розповсюдженістю хірургічна операція що складає 20-25% від всіх розроджень.

II. Навчально-виховні цілі

Для формування умінь курсант повинен знати:

- Показання до операції кесарів розтин.
- Протипоказання до проведення операції кесарів розтин.
- Умови для виконання операції кесарів розтин.
- Методи знеболювання при операції кесарів розтин.
- Техніка та етапи виконання операції кесарів розтин.
- Ускладнення для матері та плода при операції кесарів розтин.

В результаті проведення заняття курсант повинен уміти:

- Визначити показання, протипоказання та умови до операції кесарів розтин.
- Вибір методу оперативного втручання.
- Зупинка кровотечі під час проведення КР.
- Ускладнення при виконанні КР.
- Ведення післяопераційного періоду після КР.
- Ускладнення післяопераційного періоду після КР.
- Проведення зовнішнього акушерського обстеження.
- Проведення внутрішнього піхвового дослідження.
- Пельвіометрія.
- Вимірювання діагональної кон'югати.
- Визначення ознаки Вастена, Цангемейстера.
- Моделювання біомеханізмів пологів при вузьких тазах.
- Техніка виконання нижнє серединної лапаротомії, лапаротомії за Пфанненштилем, за Джоуен-Кохелом.
- Техніка виконання корпорального кесарського розтину, кесарського розтину в нижньому сегменті матки поперечним розтином, істміко-корпорального кесарського розтину, елективного кесарського розтину, кесарського розтину за Старком.

III. Цілі розвитку особистості майбутнього фахівця

Використання етико-деонтологічних прийомів у процесі клінічного обстеження вагітних та виконанні лікарських маніпуляцій.

Розродження оперативним шляхом потребує адекватної психологічної підготовки пацієнтки, що вимагає високої кваліфікації лікаря. При обстеженні вагітної дотримуватися принципів медичної етики та деонтології.

Формування у лікарів психологічної та фахової готовності до реальних умов професійної діяльності.

IV. Міждисциплінарна інтеграція:

Дисципліни	Знати	Вміти
------------	-------	-------

I. Попередні дисципліни Анатомія людини	Будову жіночих статевих органів, будову плоду в різні терміни розвитку	
Топографічна анатомія	Пошарова будова передньої черевної стінки	Виконати лапаротомію на трупі
II. Наступні дисципліни Педіатрія	Будову та розміри доношеного плода.	Уміти визначити зрілість новонародженого
Сімейна медицина	Показання і протипоказання для проведення операції кесаревого розтину	Провести фізикальне обстеження вагітної та стан плода.
III. Внутрішньопредметна інтеграція Вузький таз, крупний плід	Вибір методу розродження при даній патології.	Визначити біофізичний профіль плоду за даними УЗД, розшифрувати кардіотокограму

V. Зміст навчального матеріалу КЕСАРІВ РОЗТИН

- O82.0 – проведення елективного кесаревого розтину
- O82.1 – проведення термінового кесаревого розтину
- O82.2 – проведення кесарева розтину з гістеректомією
- O82.8 – інші одноплідні пологи шляхом кесарева розтину
- O82.9 – пологи шляхом кесарева розтину не уточнені

Категорії ургентності:

- 1 категорія** - існує значна загроза життю матері та/або плода (наприклад, дистрес плода, розрив матки тощо) (O82.1) – операцію має бути розпочато не пізніше, ніж через 15 хвилин від визначення показань;
- 2 категорія** - стан матері та/або плода порушені, але безпосередньої загрози життю матері та/або плода немає (наприклад, аномалії пологової діяльності в разі порушеного стану матері чи плода) (O82.1) - операцію має бути розпочато не пізніше 30 хвилин від визначення показань;
- 3 категорія** - стан матері та плода не порушені, однак потребують абдомінального розродження (наприклад, допологове вилиття вод в разі запланованого КР; аномалії пологової діяльності за відсутності скомпromетованого стану матері чи плода) (O82.1) – операцію має бути розпочато впродовж 75 хвилин;
- 4 категорія** – за попереднім планом у запланований день та час.

Консультація вагітної перед операцією КР

При консультуванні жінки перед КР їй необхідно повідомити наступне:

1. Кесарів розтин – це хірургічна операція, під час якої лікар акушер-гінеколог вилучає дитину через розріз черевної стінки та матки. Частіше обидва розрізи поперечні. Якщо розглядається можливість нижньосереднього розрізу черевної стінки або класичного корпорального на матці, жінку необхідно поінформувати про причини і додаткові ризики.

2. Жінку необхідно поінформувати про можливі види анестезії, вона повинна мати можливість зробити свідомий вибір. Анестезіолог має надати загальну інформацію про обраний метод, ризики, переваги та можливі ускладнення.

3. Перед операцією здійснюється катетеризація периферичної вени і сечового міхура, обробка антисептиками передньої черевної стінки.

4. Серйозні ризики, що пов'язані з операцією кесарева розтину:

Для матері:

- гістеректомія (7-8 на 1000)
- повторні хірургічні втручання (териліз - 5 на 1000)
- перебування у відділенні інтенсивного спостереження (залежить від причини операції) (9 на 1000)
- тромбоемболічні ускладнення (4-16 на 10 000)
- пошкодження сечового міхура (1 на 1000)
- пошкодження сечоводу (3 на 10 000)
- смерть (1 на 12000)

Для наступних вагітностей:

- розрив матки під час наступних пологів (2-7 на 1000)
- ризик антенатальної загибелі плода (4 на 1000)
- передлежання та прирощення плаценти (4-8 на 1000)

5. Часті явища та можливі ускладнення:

з боку матері:

- біль внизу живота у перші дні після операції
- абдомінальний дискомфорт та/або дискомфорт у ділянці рани упродовж кількох місяців (9 на 100),
- повторний кесарів розтин при наступній вагітності (1 з 4)
- повторна госпіталізація з різних причин (5 на 100),
- підвищена крововтрата у порівнянні з вагінальними пологами: кровотеча – 5 на 1000, приблизно 12 з 1000 жінок можуть потребувати переливання крові
- інфекція (6 на 100).

З боку плода:

- поранення шкіри (2 на 100)
- дихальні розлади (35 на 1000)

У жінок з ожирінням, тяжкою соматичною патологією, з оперативними (абдомінальними) втручаннями в анамнезі ризик ускладнень збільшується.

Додаткова інформація:

- знаходження у лікарні після операції триватиме на 2-3 доби більше, ніж після вагінальних пологів
- рання ініціація грудного вигодовування
- доцільно здійснювати контакт «шкіра до шкіри» батька та малюка

Результатом проведення консультування повинно бути підписання жінкою поінформованої згоди на медичне втручання (Додаток № 1).

Консультування з питань планування сім'ї в разі КР:

Жінка, якій пропонується КР має бути проінформована, що:

- Повторна вагітність, яка виникає протягом 2 років після попереднього КР супроводжується підвищеним ризиком передлежання плаценти (у 1,5 рази за наявності одного КР в анамнезі, та у 2 рази за наявності двох КР в анамнезі), відшарування плаценти (у 1,3 рази) у порівнянні з повторною вагітністю після попередніх вагінальних пологів, а також підвищеним ризиком розриву матки при

спробі вагінальних пологів після КР. Найвищий ризик виникнення цих ускладнень спостерігається у разі виникнення вагітності протягом першого року після КР.

- Повторна вагітність протягом 2-х років після попереднього КР не є показанням до переривання вагітності.
- Методи контрацепції для жінок, які перенесли КР, не відрізняються від контрацепції, що рекомендується жінкам в післяпологовому періоді. ВМК може застосовуватися у жінок після КР.
- В разі запланованого КР до оперативного втручання з жінкою потрібно обговорити методи контрацепції, які вона планує застосувати у майбутньому. В разі бажання жінки провести хірургічну терилізацію під час КР, додаткове консультування та отримання поінформованої згоди на розширення оперативного втручання є обов'язковим. В разі ургентного КР (*категорії ургентності 1,2*) питання про хірургічну терилізацію є недоцільним, тому що жінка не має достатнього часу для прийняття рішення щодо втручання яке призводить до необоротної втрати фертильності.
- Вибір методу контрацепції є рішенням жінки, яке вона приймає після консультування з питань планування сім'ї.

Під час консультування необхідно надати інформацію про засоби та методи, що існують, їх переваги та недоліки. Медичний працівник повинен допомогти жінці обрати метод контрацепції, що найбільше їй підходить, а також навчити жінку та її партнера використовувати цей метод ефективно.

Плановий кесарів розтин

Показання до планового кесарева розтину

1. Передлежання плаценти, підтвержене при ультразвуковому дослідженні після 36 тижнів (край плаценти менше ніж на 2 см від внутрішнього вічка)
2. Рубець на матці за наявності протипоказань до вагінальних пологів
 - Наявність будь-яких протипоказань для вагінальних пологів
 - Попередній корпоральний КР
 - Попередній Т та J-подібний розріз на матці.
 - Розрив матки в анамнезі
 - Попередні реконструктивні операції на матці, резекція кута матки, гістеротомія, міомектомія із проникненням у порожнину матки в анамнезі, лапароскопічна міомектомія за відсутності ушивання матки сучасним шовним матеріалом.
 - Більше одного КР в анамнезі (Серед жінок, що мають в анамнезі два КР, можуть бути відібрані як кандидати для спроби вагінальних пологів після КР, тільки такі, хто має в анамнезі хоча б одні вагінальні пологи.
 - Відмова жінки від спроби вагінальних пологів
3. Тазове передлежання плода після невдалої спроби зовнішнього повороту плода в 36 тижнів, за наявності протипоказань до нього чи за наполяганням жінки.
4. Тазове передлежання або неправильне положення I плода при багатоплідній вагітності
5. Поперечне положення плода
6. Моноамніотична двійня (найкращим методом розродження є операція КР у 32 тижні вагітності після проведення профілактики РДС), у ЗОЗ III рівня
7. Синдром затримки росту одного із плодів при багатоплідній вагітності
8. ВІЛ-інфіковані:

- Жінки, які приймають антиретровірусну терапію трьома препаратами, та мають вірусне навантаження більше 50 копій в 1 мл;
- Жінки, які приймають монотерапію зидовудином;
- Ко-інфіковані жінки ВІЛ та вірусним гепатитом С.

Операція має бути виконана у 38 тижнів вагітності до початку пологової діяльності та/або розриву навколоплідних оболонок.

9. Первинний генітальний герпес за 6 тижнів до пологів .

10. Екстрагенітальна патологія (після встановлення діагнозу профільним експертом):

- кардіологічна - артеріальна гіпертензія III стадії, коарктація аорти (без оперативної корекції вади), аневризма аорти чи іншої крупної артерії, систолічна дисфункція лівого шлуночка з фракцією викиду < 40%, констриктивний перикардит ;
- офтальмологічна - геморагічна форма ретинопатії, перфоративна виразка рогівки, поранення очного яблука з проникненням, «свіжий» опік (інша, окрім вищепереліченої, патологія органу зору не є показанням до КР);
- пульмонологічна - захворювання легень, що обумовлюють загрозу пневмотораксу, легенева кровотеча менш ніж за 4 тижні до розродження;
- органів травлення - портальна гіпертензія з варикозним розширенням вен стравоходу та шлунку, спленомегалія, діафрагмальна кіла;
- неврологічна - гіпертензійно-лікворний синдром, стан після геморагічного інсульту, артеріо-венозні мальформації мозку.

11. Пухлини органів малого тазу або наслідки травми тазу, що перешкоджають народженню дитини.

12. Рак шийки матки .

13. Стани після розриву промежини III ступеню або пластичних операцій на промежині.

14. Стани після хірургічного лікування сечостатевих і кишково-статевих нориць

15. Гастрошизіс, діафрагмальна кіла, spina bifida, тератома у плода, зрощення близнюків - за умови можливості надання оперативної допомоги новонародженій дитині (за наявності рішення перинатального консилиуму або консультативного висновку профільного експерта).

КР за бажанням жінки за відсутності перелічених показань не проводиться.

У разі відмови жінки від показаної операції вона має власноручно підписати поінформовану відмову.

За відмови пацієнтки від документування власного рішення, даний факт документується в історії пологів медичними працівниками у складі не менше трьох осіб.

Терміни виконання планового кесаревого розтину

- Плановий елективний КР виконують після повних 39 тижнів вагітності.
- У разі багатоплідної вагітності плановий елективний КР виконують після 38 тижнів.
- З метою профілактики вертикальної трансмісії при ВІЛ-інфікуванні матері у 38 тижнів вагітності до відходження навколоплідних вод та/або до початку пологів.
- У разі моноамніотичної двійні операція КР повинна бути виконана у терміні 32 тижні після попередньої профілактики РДС у ЗОЗ III рівня

Ургентний кесарів розтин

Ургентний КР виконується відповідно до клінічної ситуації за наявності показань та інформованої згоди пацієнтки.

Показання до операції ургентного кесарева розтину

1. Кровотеча до пологів або в першому періоді пологів за відсутності умов для швидкого розродження через природні пологові шляхи.
2. Розрив матки, що загрожує або почався.
3. Тяжка прееклампсія або еклампсія за відсутності умов для екстреного розродження через природні пологові шляхи.
4. Дистрес плода, підтверджений об'єктивними методами обстеження (КТГ, рН передлеглої частини, фетальна пульсоксиметрія за наявності умов, доплерометрія), за відсутності умов для термінового розродження через природні пологові шляхи.
5. Випадіння пульсуючих петель пуповини.
6. Обструктивні пологи:
 - Асинклітичні вставлення голівки плода (задній асинклітизм)
 - Поперечне та косе положення плода при відходженні навколоплідних вод
 - Розгинальні вставлення голівки плода (лобне, передній вид лицьового)
 - Клінічно вузький таз
7. Аномалії пологової діяльності за даними партограми, які не піддаються медикаментозній корекції
8. Невдала спроба індукції пологів
9. Агональний стан або клінічна смерть вагітної при живому плоді.

Фактори, що сприяють зниженню частоти ургентного КР

- Психологічна підтримка жінки під час пологів
- Індукція пологової діяльності по досягненні терміну 41 тиждень вагітності
- Використання партограми для моніторингу прогресу пологів
- Прийняття рішення щодо КР консиліумом
- Використання додаткових методів оцінки стану плода (визначення рН зі шкіри передлеглої голівки та фетальна пульсоксиметрія за наявності умов для їх проведення), що доповнює електронний фетальний моніторинг (який ізолювано асоціюється з підвищенням частоти КР).
- Перегляд показань до КР в операційній (переоцінка стану плода та положення передлеглої частини).

Передопераційне обстеження та підготовка:

Обстеження:

1. Визначення показників гемоглобіну, гематокриту, тромбоцитів у аналізі крові напередодні планового КР або безпосередньо перед операцією КР 2,3 ступеню ургентності. У разі КР категорії ургентності 1 лабораторне обстеження проводиться під час операції;
2. Група крові та резус-фактор
3. Додаткове клініко-лабораторне обстеження проводяться лише за наявності показань;

Підготовка до КР:

1. Катетеризація периферичної вени
2. Катетеризація сечового міхура за показаннями

Схема медикаментозного лікування Профілактика інфекції

- Усі жінки, яким роблять плановий чи ургентний КР, повинні отримати антибіотикопрофілактику.
- Препаратом вибору є ампіцилін або цефалоспорины першого покоління, які вводять одноразово внутрішньовенно у середній терапевтичній дозі. Необхідно враховувати рівень контамінації родових шляхів та фоновий рівень контамінації стаціонару, зокрема при тривалому знаходженні жінки в даному стаціонарі
- Немає необхідності рутинно застосовувати антибіотики більш широкого спектру дії та призначати повторні дози препаратів.
- В разі алергії на бета-лактамі антибіотики, можуть застосовуватись кліндаміцин або еритроміцин внутрішньовенно.
- Антибіотикопрофілактику потрібно проводити за 15-60 хвилин до розрізу шкіри.
- В разі, якщо оперативне втручання продовжується більше 3 годин або крововтрата перевищує 1500 мл, додаткова доза профілактичного антибіотика може бути призначена через 3-4 години після початкової дози.
- В разі ожиріння (ІМТ більше 35), наявності ризику реалізації інфікування в післяопераційному періоді (хронічні запальні процеси,) антибактеріальна терапія має бути розширена
- Проводиться санація піхви повідон-йодом безпосередньо перед КР, що знижує ризик післяопераційного ендометриту, зокрема у жінок, яким КР проводиться після розриву плодових оболонок .

Профілактика аспіраційного пневмоніту

За 6 – 8 годин перед плановою операцією необхідно обмежити вживання їжі, а за 2 години - рідини (води, спортивних напоїв, соків без м'якоті тощо). Однак, у пацієнток з підвищеним ризиком аспірації (ожиріння, цукровий діабет, складні дихальні шляхи) необхідно обмежувати і вживання рідини. Вживання рідини під час пологів не підвищує ризик материнських ускладнень, а вживання їжі під час пологів – підвищує.

З метою попередження аспіраційного пневмоніту, жінкам слід призначати метоклопрамід окремо або в комбінації з H₂ антагоністом (ранітидин) чи антагоністом протонної помпи (омепразол).

Доцільно призначати протиблювотні засоби з метою зменшення виразності нудоти та блювоти .

Профілактика тромбоемболії

В усіх випадках, коли прийнято рішення про виконання КР, слід провести оцінку ризику легеневої тромбоемболії згідно з діючими нормативними документами. Для профілактики цього ускладнення застосовують механічні методи (еластична компресія нижніх кінцівок, рання післяопераційна активізація жінки) та, залежно від ступеня ризику, НМГ у відповідному режимі.

Профілактика гіпотензії у матері

1. Положення жінки на операційному столі з нахилом у лівий бік у 15°.
2. Передопераційна інфузія кристалоїдів, використання ефедрину чи фенілефрину при застосуванні регіональної анестезії.

Анестезіологічне забезпечення кесарева розтину.

Анестезіолог повинен провести передопераційний огляд вагітної, основною метою якого є оцінка загального статусу пацієнтки та визначення ступеню анестезіологічного ризику. Крім з'ясування загального стану жінки анестезіолог має визначити можливість розвитку аортокавального і аспіраційного синдрому та оцінити наявність ознак складної інтубації.

Жодна з існуючих класифікацій операційно-анестезіологічного ризику не враховує стан внутрішньоутробного плода, наявність у жінки небезпечної для життя її та плода патології (передлежання плаценти).

Жінці необхідно пояснити яку анестезію планується проводити та отримати інформовану згоду на її проведення. У разі високого анестезіологічного ризику оперативного втручання необхідно заздалегідь пояснити це жінці та її сім'ї.

Вибір методу анестезіологічного забезпечення (додаток №3, додаток №4).

Кесарів розтин може бути виконаний під загальною, регіонарною (спінальною, епідуральною або комбінованою спінально-епідуральною) чи місцевою інфільтраційною анестезією.

Вибір методу анестезії визначається багатьма факторами:

- ступенем терміновості операції (категорії ургентності)
- станом матері і плода
- досвідом, кваліфікацією анестезіолога та хірурга,
- бажанням пацієнтки

При виборі методу анестезії необхідно враховувати розвиток тих чи інших потенційних ускладнень: складна інтубація (частота 1 : 300 анестезій), неадекватна аналгезія, розвиток артеріальної гіпотензії (частота значно вище при застосуванні спінальної чи епідуральної анестезії), респіраторна депресія, нудота, блювота, свербіння шкіри.

Жінкам, які потребують КР, слід запропонувати регіональну анестезію (за відсутності протипоказань), з метою підвищення безпеки, зниження материнської та перинатальної захворюваності. В разі спінальної анестезії може знадобитися лікування гіпотензії.

Не існує доказів переваг регіонарної чи загальної анестезії з точки зору материнських та неонатальних наслідків. Загальна анестезія у порівнянні з регіонарною зменшує час до початку розрізу шкіри, однак знижує оцінки за шкалою Апгар на 1 та 5 хв. Спінальна анестезія у порівнянні з епідуральною скорочує час до початку операції і не має відмінностей у оцінках за шкалою Апгар та частоті розвитку гіпотензії.

У більшості випадків перевагу слід надавати нейроаксіальним методам анестезії, які дозволяють жінці бути більш активними та раніше контактувати з малюком.

При наявності тяжкої брадикардії у плода, розвитку геморагічного шоку (розрив матки, значне відшарування плаценти), екламптичних судом, алергії на місцеві анестетики, гіпокоагуляції, значних анатомічних аномалій хребта, генералізованої інфекції та відсутності обладнання для постійного моніторингу слід проводити загальну анестезію.

Післяопераційна аналгезія

Жінка має бути проінформована щодо різних типів післяопераційної аналгезії.

Адекватне знеболення після операції особливо важливо тому, що у породіль існує підвищений ризик розвитку тромбоемболічних ускладнень, а ефективна аналгезія дає можливість ранньої мобілізації і забезпечення догляду за новонародженою дитиною.

Додавання 3-4 мг морфіну у епідуральний простір забезпечує аналгезію впродовж 18–24 годин після операції. Для покращення якості аналгезії у ранньому післяопераційному періоді в цих випадках необхідно додаткове введення нестероїдних протизапальних засобів.

Знеболення після операції, яка проводилася із застосуванням загальної або спінальної анестезії полягає у поєднанні введенні опіоїдів у комбінації з нестероїдними протизапальними засобами. Застосування самоконтрольованої аналгезії більш ефективне.

Техніка виконання КР

На сьогоднішній день в світі існують декілька технологій виконання операцій КР. За останні роки впроваджена техніка операції, що ґрунтується на доказах.

Поперечний абдомінальний розріз асоціюється зі зменшенням післяопераційного болю, кращим косметичним ефектом у порівнянні із нижньосерединною лапаротомією.

Поперечний розріз за Джоел-Кохен у порівнянні з розрізом за Пфанненштилем має наступні переваги:

- На 65% знижує післяопераційну захворюваність
- На 45% зменшує потребу у використанні анальгетиків у післяопераційному періоді
- Зменшує час операції в середньому на 18,6 хвилини
- Зменшує час вилучення плода на 1,9 хвилини
- Зменшує крововтрату на 64 мл
- Зменшує тривалість перебування в стаціонарі на 1,5 дні

Не має різниці в частоті виникнення:

- лихоманки,
- інфекції рани,
- гемотрансфузії,
- фізичної сили м'язів через 3 місяці після операції.

За наявності розгорнутого нижнього сегменту перевагу слід надавати розведенню рани на матці тупим способом, який асоціюється із зменшенням крововтрати, частоти післяпологових кровотеч та потреби у гемотрансфузії.

Акушерські щипці можуть бути використані лише у разі утруднень при виведенні голівки.

Уведення 5 ОД окситоцину (внутрішньовенно повільно) після народження дитини дозволяє досягнути ефективних скорочень матки та зменшити крововтрату.

Перевагу слід надавати народженню плаценти шляхом тракції за пуповину, тому що рутинне ручне відокремлення плаценти та виділення посліду асоціюється з:

- достовірно більшим ризиком ендометриту (ВР 1.64, 95% ДІ 1.42 до 1.90; 4134 жінок, 13 досліджень);
- більшою крововтратою, в середньому на 94,4 мл (95%СІ 17.19 до 171.64; 2001 жінка, 8 досліджень);
- більшою частотою крововтрати об'ємом > 1000 мл (ВР 1.81, 95% ДІ 1.44 до 2.28; 872 жінки, 2 дослідження);
- більш низьким рівнем гематокриту у післяпологовому періоді – в середньому на 1,5%;
- більшою тривалістю госпіталізації (на 0,39 доби, 95% ДІ 0,17 до 0,61; 546 жінок, 3 дослідження)

Рутинне виведення матки в рану з метою ушивання у порівнянні з відсутністю виведення не має достовірної різниці у більшості наслідків.

Однорядний шов у порівнянні з дворядним асоціюється з достовірним зниженням тривалості операції (на 7,43 хв) та об'єму крововтрати на 70 мл; зменшує післяопераційний біль на 31%.

Однорядний шов у порівнянні з дворядним асоціюється з більшою імовірністю розриву матки у разі спроби вагінальних пологів після попереднього кесарева розтину (за даними різних авторів у 2,69 - 3,95 рази).

Відмова від ушивання очеревини (парієтальної та вісцеральної) зменшує:

- час операції на 6 хвилин
- частоту лихоманки у післяопераційному періоді
- тривалість перебування в стаціонарі
- кількість доз анальгетиків у післяопераційному періоді

Рутинне дренивання черевної порожнини не рекомендується. Але необхідність дренивання може бути зумовлена особливостями операції, тому остаточне рішення залишається на розсуд хірурга.

Рутинне дренивання підпапоневротичного простору та підшкірної клітковини не рекомендується, оскільки не має переваг над відсутністю дренивання з огляду на частоту інфікування рани, лихоманки та ендометриту. Але необхідність дренивання може бути зумовлена особливостями операції, тому остаточне рішення залишається на розсуд хірурга.

Рутинне ушивання підшкірної клітковини є необов'язковим за винятком випадків, коли її товщина більше 2 см

Ушивання підшкірної клітковини знижує комплексний ризик ускладнень з боку післяопераційної рани (гематома, серома, інфекція рани, розходження країв рани) на 32%. Ризик виникнення гематоми та сероми у разі ушивання підшкірної клітковини на 48% менше у порівнянні з відсутністю ушивання.

Дані відносно того, яка техніка ушивання шкіри є оптимальною, наразі відсутні.¹² Вибір методики ушивання шкіри залишається на розсуд хірурга.

Техніка оперативного втручання, рекомендована ВООЗ представлена у додатку №4. Можливо застосування окремих компонентів зазначеної методики за вибором хірурга.

Доказова база післяопераційного догляду

Після закінчення КР здійснюється випорожнення сечового міхура. Після КР породілля має доглядатись спеціально підготовленим персоналом. Протягом перших 30 хвилин після проведення оперативного втручання породілля має спостерігатись кожні 5 хвилин в операційній або в палаті інтенсивного нагляду. Необхідно здійснювати контроль за кардіо-респіраторною стабільністю.

Подальший нагляд здійснюється у палаті сумісного перебування за попереднім узгодженням пацієнтки з адміністрацією. Протягом двох годин кожні півгодини проводиться контроль частоти дихання, ЧСС, АТ, після цього періоду до 6 годин – кожну годину у разі стабільного стану жінки.

Якщо використовуються інтратекально опіоїди, необхідним є погодинне спостереження за частотою дихань, рівнем седатії та болю протягом перших 24 години (морфин).

Жінкам, яким вводились опіоїди в епідуральний простір, контроль частоти дихань, рівню седатії та болю має проводитись кожну годину та принаймні 2 години після закінчення введення.

Жінці має запропонуватись морфин (0,15-0,25 мг інтратекально) для інтраопераційної та післяопераційної аналгезії, тому що це зменшує потребу у додатковій аналгезії після КР. Морфин 2,5-5,0 мг може пропонуватись альтернативно в епідуральний простір.

За відсутності протипоказань до застосування нестероїдних протизапальних засобів вони можуть призначатись в післяопераційному періоді, оскільки знижують необхідність в опіодних препаратах.

Жінкам в післяопераційному періоді за відсутності ускладнень пропонується вживання рідини та їжі за бажанням.

Видалення сечового катетеру проводиться після мобілізації жінки після регіональної анестезії не раніше ніж через 12 годин після останнього введення знеболюючих препаратів.

Догляд за післяопераційною раною: пов'язка знімається через 24 години після проведення КР, щоденно контролюється стан рани (біль, почервоніння, виділення з рани), здійснюється її обробка, контролюється температура тіла.

Тривалість госпіталізації в разі КР на 3-4 доби більш, ніж після вагінальних пологів (1-2 доби).

Догляд за дитиною, яка народилась шляхом операції кесаревого розтину

- Догляд за дитиною, яка народилась шляхом КР, проводиться у відповідності до догляду за немовлям, яке народилось через природні пологові шляхи, але має деякі особливості
- З метою профілактики анемії та внутрішньошлуночкових крововиливів у новонароджених дітей доцільним є розтин пуповини не раніше ніж через 30 сек після вилучення дитини (за відсутністю показань до проведення реанімаційних заходів). Дитина повинна знаходитися нижче рівня розрізу під час КР.
- У разі проведення операції кесарева розтину із застосуванням епідуральної анестезії, контакт «шкіра-до-шкіри» здійснюється в операційній за умови задовільного стану матері та дитини протягом 2 годин. У разі проведення операції КР під загальним знеболенням, або при відсутності умов з боку матері в разі епідуральної анестезії, контакт «шкіра-до-шкіри» дитини проводиться з батьком, або з одним із членів родини жінки протягом 2-х годин.
- У випадку застосування регіонарної анестезії, перше прикладання дитини до грудей відбувається при появі у дитини ознак готовності до початку годування, незалежно від моменту закінчення оперативного втручання. Перше прикладання дитини до грудей у випадку загального знеболення жінки повинно відбуватися одразу після відновлення свідомості матері у ВІТ або палаті спільного перебування. Акушерка допомагає здійснити перше прикладання дитини до грудей.
- Перед транспортуванням, медичні працівники зобов'язані забезпечити підтримку та контроль температури тіла для запобігання виникнення гіпотермії. У ВІТ або палату спільного перебування новонароджений повинен транспортуватися на грудях у матері, або в кювезі, чи в дитячому ліжечку з підігрівом, вкритий теплою ковдрою.
- Грудне вигодовування після оперативного втручання відбувається за вимогою дитини.
- Якщо стан дитини не дозволяє прикладати до грудей акушерка допомагає матері розпочати зціджування грудного молока після становлення лактації

Алгоритм виписки зі стаціонару

Тривалість шпиталізації на 3-4 доби довша за вагінальні пологи.

Критерії виписки: відсутність ознак післяопераційних ускладнень.

У жінок з тяжкою екстрагенітальною патологією час виписки узгоджується з терапевтом (профільним спеціалістом).

При необхідності мають бути виконані додаткові обстеження.

Алгоритм реабілітації

Надання інформації про режим жінки в післяопераційному післяпологовому періоді, початок статевого життя, рекомендації щодо контрацепції.

Для жінок з тяжкою екстрагенітальною патологією спостереження у профільного спеціаліста з виконанням його рекомендацій.

Алгоритм профілактики

Огляд акушером-гінекологом або сімейним лікарем в післяопераційному періоді.

Для жінок з тяжкою екстрагенітальною патологією у разі необхідності проводиться профілактика ускладнень основного захворювання, узгоджена з профільним спеціалістом.

Дотримання принципів індивідуальної гігієни в післяопераційному періоді.

Дотримання ефективної контрацепції протягом 1 року після операції, включаючи метод лактаційної аменореї (МЛА).

VI. План та організаційна структура семінарського заняття

№ п/п	Основні елементи семінарського заняття, їхні функції та зміст	Тип семінару. Матеріали методичного забезпечення	Розподіл часу
1. 2. 3. 4.	Підготовчий етап 1. Організаційні заходи. 2. Визначення актуальності теми. 3. Визначення навчальних цілей. 4. Забезпечення позитивної мотивації.	Навчально-методичне обґрунтування теми та цілей заняття.	5 хв.
2.	Основний етап 2. Аналіз та узагальнення теоретичного матеріалу за планом: 1. Визначення поняття «Кесарів розтин». Історична довідка. 2. Показання до операції кесарів розтин. 3. Протипоказання до проведення операції кесарів розтин. 4. Умови для виконання операції кесарів розтин. 5. Методи знеболювання при операції кесарів розтин. 6. Техніка та етапи виконання операції кесарів розтин. 7. Ускладнення для матері та плода при операції кесарів розтин.	Проблемний семінар. Мультимедійний супровід.	75 хв.
1. 2. 3.	Заключний етап 1. Підбиття підсумків, загальні висновки 2. Відповіді на можливі запитання. 3. Завдання до наступного семінару.	Перелік навчальної літератури. План теми наступного семінару. Матеріали самоконтролю.	10 хв.

VII. Методичне забезпечення

Місце проведення заняття: відділення патології вагітних, пологова зала, операційна, відділення новонароджених, навчальна кімната.

Обладнання: таблиці, фантоми, слайди, історії пологів з відповідною патологією, контрольні запитання і задачі.

ПЕРЕЛІК РЕКОМЕНДОВАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Лихачов В.К. Неотложное акушерство с неотложными состояниями: Руководство для врачей.- М.: ООО «Медицинское информационное агенство», 2010.-720 с.
2. Оперативное акушерство: Руководство для врачей / Н. И. Жилиев, Н. Н. Жилиев. – К.: Гидромакс, 2004. – 468 с.
3. Наказ МОЗ України від 29.12.2003 № 620 «Про організацію надання акушерсько-гінекологічної та неонатологічної допомоги в Україні»
4. Клінічний протокол з акушерської допомоги «Кесарів розтин» (Наказ МОЗ України № 977 від 27.12.2011).— Київ, 2012.— 16 с.
5. Жилиев Н.И. Оперативное акушерство / Н.И. Жилиев, Н.Н. Жилиев. — Киев: Гидромакс, 2004. — 468 с.
6. Могилевкина И.А., Шпатусько Н.И., Ханча Ф.А. Кесарево сечение по методике Misgav Ladach для повышения безопасности оперативного родоразрешения // Репродуктивное здоровье женщины. — 2003. — №3. — С. 51-55.
7. Стрижаков А.Н., Баев О.Р. Хирургическая техника операции кесарева сечения. — М.: Миклош, 2007. — 168 с.
8. Чурилов А., Бутина Л. Современные аспекты кесарева сечения у беременных с инфекционным риском// 3 турботою про жінку.— 2011.— №3.— 2011. — с. 3-6 .
9. Лихачов В.К.Оперативное акушерство с фантомным курсом: Руководство для врачей.- М.:Медицинское информационное агенство, 2014.-497 с.

Контрольні запитання:

1. Яка операція називається операцією кесарського розтину?
2. Класифікація операцій кесарського розтину?
3. Показання для проведення кесарського розтину з боку матері.
4. Показання для проведення кесарського розтину з боку плоду.
5. Умови для родорозршення шляхом операції кесарського розтину?
6. Підготовка до операції кесарського розтину.
7. Техніка операції кесарського розтину в нижньому сегменті поперечним розтином.
8. Ведення післяопераційного періоду.
9. Вагітність і пологи після кесарського розтину.

Типові ситуаційні задачі

1. Роділля 28 років. Пологи перші, термінові. Положення плоду поздовжнє, головне передлежання. Розміри тазу: 24-25-29-18см. Перейми продовжуються 10 годин, в останні 2 години дуже хворобливі, роділля поводить ся неспокійно. Навколоплідні води відійшли 2 години тому. Круглі зв'язки матки болісні при пальпації, контракційне кільце на 2 пальці вище за пупок, ознака Генкель-Вастена позитивна. Серцебиття плоду 160 уд/хв., глухе. Плодовий міхур розкритий, відкриття шийкового вічка 8 см, передлежить голівка, притиснута до входу в малий таз, палькується велике тім'ячко.

Який ймовірний діагноз? Яка акушерська тактика?

Клінічно вузький таз. Загроза розриву матки. Кесарів розтин.

2. У породіллі 30 років, тривалість I періоду пологів склала 7 год 20 хв, II – 30 хв. Безводний період 3 години. Пологи завершилися народженням живого

доношеного плоду вагою 3800 г. За шкалою Апгар 8 балів, передлежача частина голівки плоду в потиличній області була покрита яскраво-червоною кров'ю. Вслід за народженням плоду почалася кровотеча яскраво-червоною цівкою, яка продовжувалася і після народження посліду.

Яка найвірогідніша причина кровотечі? Яка лікарська тактика?
Травма піхви або розрив шийки матки. Огляд пологових шляхів, зашивання травмованих тканин.

Типові тестові задачі для оцінки кінцевого рівня знань

1. У породіллі в ранньому післяпологовому періоді з'явилися кров'яні виділення із піхви статевих шляхів. При пальпації через передню черевну стінку матка щільна, на 2 поперечні пальці нижче пупка. При огляді родових шляхів виявлено розрив шийки матки зліва, який кровоточить, завдовжки 4 см, без переходу на склепіння.

Який діагноз?

- A. Розрив шийки матки I ступеню
- B. Розрив шийки матки II ступеню*
- C. Розрив шийки матки III ступеню
- D. Розрив шийки матки IV ступеню

2. Повторнородяща 35 років доставлена у важкому стані зі скаргами на раптовий, інтенсивний ріжучий біль в животі. Перейми продовжуються 6 годин. В анамнезі аборт з перфорацією стінки матки. Жіночу консультацію під час вагітності не відвідувала. Шкірні покриви бліді, вологі. Артеріальний тиск 70/40 мм.рт.ст., пульс 130 уд/хв.. Контури матки нечіткі, під передньою черевною стінкою палькується голівка плоду. Серцебиття плоду не прослуховується.

Яка найвірогідніша причина розриву матки?

- A. Рубець на матці після перфорації*
- B. Анатомічно вузький таз
- C. Великий плід
- D. Переношена вагітність

3. Породілля народила немовля масою 4082 г, серединна епізіотомія ускладнилася розривом промежини II ступеня.

Які тканини при цьому залишилися непошкодженими?

- A. Шкіра промежини
- B. Бічна стінка піхви
- C. М'язи промежини
- D. Слизова оболонка прямої кишки*

Методичну розробку практичного заняття підготував к.мед.н доцент кафедри акушерства і гінекології № 2 Добровольська Л. М.

17.10.2016

Прорецензував професор В.К.Ліхачов

Методична розробка обговорена та затверджена на засіданні кафедри акушерства і гінекології №2, протокол № 10 від 10 січня 2017 року

Методична розробка переглянута і доповнена „_____” _____ 201__р.