

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ВИЩИЙ ДЕРЖАВНИЙ НАВЧАЛЬНИЙ ЗАКЛАД УКРАЇНИ
«УКРАЇНСЬКА МЕДИЧНА СТОМАТОЛОГІЧНА АКАДЕМІЯ»
НАВЧАЛЬНО-НАУКОВИЙ ІНСТИТУТ ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ
КАФЕДРА АКУШЕРСТВА ТА ГІНЕКОЛОГІЇ №2

Затверджено:
на засіданні кафедри
акушерства і гінекології №2
протокол № __ від «__» _____ 20__ року
Завідувач кафедри
д.м.н., проф. _____ В.К. Ліхачов

**МЕТОДИЧНА РОЗРОБКА ЛЕКЦІЇ
ДЛЯ ЛІКАРІВ-ІНТЕРНІВ ФАХУ «АКУШЕРСТВО І ГІНЕКОЛОГІЯ»
І РОКУ НАВЧАННЯ**

Навчальна дисципліна	Акушерство і гінекологія
Тема:	Кесарів розтин в сучасному акушерстві (код курсу 7.2)
Курс	I
Спеціальність	Акушерство і гінекологія

Полтава

Кількість навчальних годин – 2 години.

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. Проте, незважаючи на удосконалення техніки операції, знеболення, частота ускладнень залишається досить високою. Тому визначення показань, протипоказань та умов для проведення операцій залишається актуальним і в теперішній час.

II. Навчальні цілі лекції

Донести до інтернів наступні знання:

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.

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 плода 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	Провести фізикальне обстеження вагітної та стан

	кесаревого розтину	плоду.
III. Внутрішньопредметна інтеграція Вузький таз, крупний плід	Вибір методу розродження при даній патології.	Визначити біофізичний профіль плоду за даними УЗД, розшифрувати кардіотокограму

VI. План та організаційна структура лекції

№ п/п	Основні елементи лекції та їхній зміст	Тип лекції. Засоби активізації слухачів. Матеріали методичного забезпечення	Розподіл часу
1.	Підготовчий етап Визначення актуальності теми Визначення навчальних цілей лекції Забезпечення позитивної мотивації	Навчально-методичне обґрунтування теми. Навчальні цілі лекції. Навчально-методичне обґрунтування теми.	5 хв.
2.	Основний етап Викладення лекційного 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.	Тематична клінічна лекція з елементами проблемності. Мультимедійний супровід.	75 хв.
1. 2. 3.	Заключний етап 1. Резюме лекції, загальні висновки 2. Відповіді на можливі запитання 3. Завдання для самопідготовки слухачів до наступної лекції.	Перелік навчальної літератури ЗАПИТАННЯ	10 хв.

VII. Зміст лекційного матеріалу.

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 скомпрометованого стану матері чи плода) (O82.1) – операцію має бути розпочато впродовж 75 хвилин;

4 категорія – за попереднім планом у запланований день та час.

Консультавання 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 кровотрата 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 стерилізацію 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 стерилізацію 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, підтверджене 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 І 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 ІІІ 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 ІІІ 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 кила;
 - 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 ІІІ ступеню або пластичних операцій на промежині.

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

15. Гастрошизис, діафрагмальна кила, 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 навколоплодових 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 Ш 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 операцію 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 антибіотикопротекцію.
- 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-лактаміні антибіотики, можуть застосовуватись кліндамідин або еритроміцин внутрішньовенно.
- Антибіотикопротекцію 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 призначити 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 поєднанню введенні опіоїдів у комбінації з нестероїдними протизапальними засобами. Застосування самоконтрольованої аналгезії більш ефективно.

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

Рутинне дронування підпапоневротичного простору та підшкірної клітковини не рекомендується, оскільки не має переваг над відсутністю дронування з огляду на частоту інфікування рани, лихоманки та ендометриту. Але необхідність дронування 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 спостерігатися 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 запропоновуватись 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).

VII. Матеріали активізації студентів під час викладання лекції

Питання

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.

Завдання для самостійної роботи по темі лекції

- 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.

Тестові завдання

1

Термін вагітної 32 років – 33 тижні. Знаходиться на стаціонарному лікуванні з приводу гестозу III ступеня. Скарги на раптовий гострий біль в животі, блювання. Об'єктивно: шкіра бліда, пульс – 86/хв, АТ – 180/100 мм рт.ст, набряки, в сечі - білок. Матка напружена, різко болюча, на передній стінці визначається випячування 5x8 см. Серцебиття плода глухе, 110/хв. 3 піхви помірні кров'яні виділення. Голівка плода притиснута до входу в таз. Канал шийки матки пропускає 1 палець вільно. Яка тактика лікаря в даному випадку найдоцільніша?

- A***Кесарський розтин
- B** Пологовикликання
- C** Гіпотензивна терапія
- D** Антигіпоксична терапія
- E** Амніотомія

2

Першовагітна, строк вагітності 41-42 тижні. Поздовжнє положення плода, головне передлежання. Розміри таза 23-26-29-18, обхват живота 102 см, ВДМ 40 см. I період пологів триває 8 год, Серцебиття плода 140/хв, чітке, ритмічне. Контракційне кільце косе, на рівні пупка, ознака Вастена позитивна. Піхвове дослідження: повне відкриття, голівка притиснута до входу у малий таз, навколоплідний міхур відсутній, мале тім'ячко зліва у лона. Тактика лікаря?

- A***Кесарський розтин
- B** Посилення пологової діяльності
- C** Плороруйнівна операція
- D** Ведення пологів через природні пологові шляхи
- E** Акушерські шипці

3

У пологовий будинок доставлена роділля. Термін вагітності – 38 тижнів. I період пологів. Розкриття маткового вічка 5 см. Плодовий міхур цілий. Передлежать ніжки плода. Праворуч і попереду визначається пульсуюча пуповина. Яка тактика ведення пологів?

- A** * Кесарів розтин
- B** Амніотомія.
- C** Ведення пологів за методом Цов'янова.
- D** Введення спазмолітиків.
- E** Витягання плода за ніжку.

4

Першороділля 30 років. Вагітність доношена. Води відійшли 5 годин тому. Перейми нерегулярні, короткі. Загальнозвужений таз II ступеню. Передбачувальна маса плода

4000,0. Серцебиття плода ясне, ритмічне, 136/хв. Піхвове дослідження: шийка матки згладжена, відкриття 3 см, плодовий міхур відсутній, голівка плода рухома над входом у малий таз. Що робити?

- A** *Операція кесарів розтин.
- B** Стимуляція пологової діяльності окситоцином.
- C** Ведення пологів через природні пологові шляхи.
- D** Плорудоруйнівна операція.
- E** Накладання порожнинних акушерських щипців

5

У пацієнтки з прееклампсією середнього ступеня тяжкості при відкритті шийки матки на 3-4 см з'явилися ознаки передчасного відшарування нормально розміщеної плаценти. АД 150/100 – 140/90 мм рт. ст.. Пульс 110/хв, ритмічний. Серцебиття плода 160/хв, приглушене. Які подальші дії лікаря?

- A** * Операція кесарева розтину в ургентному порядку
- B** Розтин плодового міхура і стимуляція окситоцином
- C** Стимуляція пологової діяльності простагландином
- D** Застосування спазмолітиків та токолітиків
- E** Пологи закінчити через природні пологові шляхи з наступним виділенням плаценти рукою

Ситуаційні задачі :

1. Пологи треті. Перші пологи закінчились народженням мертвого плода вагою 2500 г. Другі продовжувались 40 годин і закінчились плорудоруйнуючою операцією. При поступленні: зріст 148 см, живіт відвислий, обвід - 85 см. Передлежить голівка рухома над входом в малий таз. Розміри тазу: 22-25-28-16 см.

Діагноз? Тактика?

2. Роділля 32 років доставлена акушеркою колгоспного пологового будинку з приводу третіх своєчасних пологів. Перейми почалися 30 годин тому, води відійшли 2 години тому. Розміри тазу: 26-26-31-17,5 см. Бокові кон'югати – 14 см, індекс Солов'йова - 15,5 см. Положення плода повздовжнє, голівка притиснута до входу в малий таз. Серцебиття плода 140-150 за хв. Перейми через 1-2 хв. по 60-70 сек, дуже болючі. Контракційне кільце на рівні пупка. Нижній сегмент матки при пальпації болючий. Вагінальне дослідження: відкриття маткового вічка повне. Плодовий міхур відсутній. Голівка притиснута до входу в малий таз. Лобний шов в поперечному розмірі, перенісся справа, передній кут великого тім'ячка зліва.

Діагноз? терапія?

Еталони відповідей

1. Вагітність третя, 40 тижнів. Пологи треті. Положення плода продольне, передлежання головне. Перший період пологів. Загальнорівномірнорозвужений таз, третього ступеня. Ускладнений акушерський анамнез.

Тактика: кесарів розтин у нижньому сегменті.

2. Вагітність третя, 40 тижнів. Пологи треті, положення плода продольне, лобне передлежання. Другий період пологів. Плоскоракітичний таз другого ступеня звуження. Загроза розриву матки.

Тактика: зняти пологову діяльність, дати наркоз. Корпоральний кесарів розтин.

VIII. Матеріали для самопідготовки

А. По темі викладеної лекції «Кесарів розтин в сучасному акушерстві»

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// З 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.

Б. По темі наступної лекції «Вагітність і захворювання серцево-судинної і дихальної систем»

Питання

1. Загальні принципи надання спеціалізованої допомоги вагітним з екстрагенітальною патологією.
2. Перебіг та ведення вагітності у жінок із захворюваннями органів серцево-судинної системи.
3. Перебіг та ведення вагітності у жінок із захворюваннями кровотворних органів (анемії вагітних).
4. Перебіг та ведення вагітності у жінок із захворюваннями органів дихання.
5. Перебіг та ведення вагітності і пологів у жінок з бронхітами.
6. Перебіг та ведення вагітності і пологів у жінок із бронхіальною астмою.
7. Перебіг та ведення вагітності і пологів у жінок із пневмонією.
8. Протипоказання для виношування вагітності.
9. Особливості перебігу післяпологового періоду.

Рекомендована література по темі наступної лекції

1. Наказ МОЗ України від 15.07.2011 № 417 «Методичні рекомендації щодо організації надання амбулаторної акушерсько-гінекологічної допомоги».
2. Наказ МОЗ України від 27.01.2011 № 42 «Про затвердження клінічного протоколу з акушерської допомоги «Ведення вагітності та пологів у жінок з хворобами серця»
3. Наказ МОЗ України від 29.12.2003 № 620 «Про організацію надання акушерсько-гінекологічної та неонатологічної допомоги в Україні».
4. Наказ №676 МОЗ України від 31.12.2004 р. "Про затвердження клінічних протоколів з акушерства та гінекології". 2004.

5. Руководство по амбулаторно-поликлинической помощи в акушерстве и гинекологии/ Под ред. В.Е. Радзинского. - М.: ГЭОТАР - Медиа, 2007. - 1027 с.
6. Лихачов В.К. Неотложное акушерство с неотложными состояниями: Руководство для врачей.- М.: ООО «Медицинское информационное агенство», 2010.-720 с.
7. Лихачев В.К. Заболевания сердечно-сосудистой системы у беременных. – Полтава: Соломия, 2002. – 256с.
8. Медведь В.И. Введение в клинику экстрагенитальной патологии беременных. – К.: Авицена, 2004. – 168 с.
9. Сидорова И.С. Течение и ведение беременности по триместрам. -М.: ООО МИА, 2007. - 304 с.
10. Шехтман М.М. Руководство по экстрагенитальной патологии у беременных.- М.: Триада-Х, 2003.- 816 с.
11. Патология внутренних органов и беременность: учеб. пособие для врачей-терапевтов и врачей общей практики / Б.А. Ребров. О.А. Реброва. Е.Б. Комарова, Р.М. Алешина и др.; под ред. Б.А. Реброва. - Донецк: Заславский А.Ю. 2010. - 321 с.

Методичну розробку лекції підготувала доцент кафедри акушерства і гінекології № 2. Ляховська Т.Ю.

10.10.2014

Прорецензував професор В.К.Ліхачов

Методична розробка обговорена та затверджена на засіданні кафедри акушерства і гінекології №2, протокол № 4 від 05 листопада 2014 року

Методична розробка переглянута; доповнення та зміни внесені „_____” _____ 201__р.