



**ГОУ ВПО «Хакасский государственный университет
им. Н.Ф. Катанова»**

**Медико-психолого-социальный институт
Кафедра педиатрии, акушерства и гинекологии**

КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЕ В СОВРЕМЕННОМ АКУШЕРСТВЕ

Лекция для студентов IV курса

Зав. каф. к.м.н., Гладкая Валентина Сергеевна

- **КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЕ (sectio caesarea)**
- Кесарево сечение - родоразрешающая операция, при которой плод и послед извлекают через разрез на матке.

SECTIO CAESAREA

- SECTIO – РАЗРЕЗАНИЕ, РАССЕЧЕНИЕ
- CAESAREA – РЕЗАТЬ
- Кесарь, кайзер, царь – слова, восходящие к имени

ГАЙ ЮЛИЙ ЦЕЗАРЬ

ГАЙ ЮЛИЙ ЦЕЗАРЬ

1000 – 44 г.г. до н.э.



Юлий Цезарь

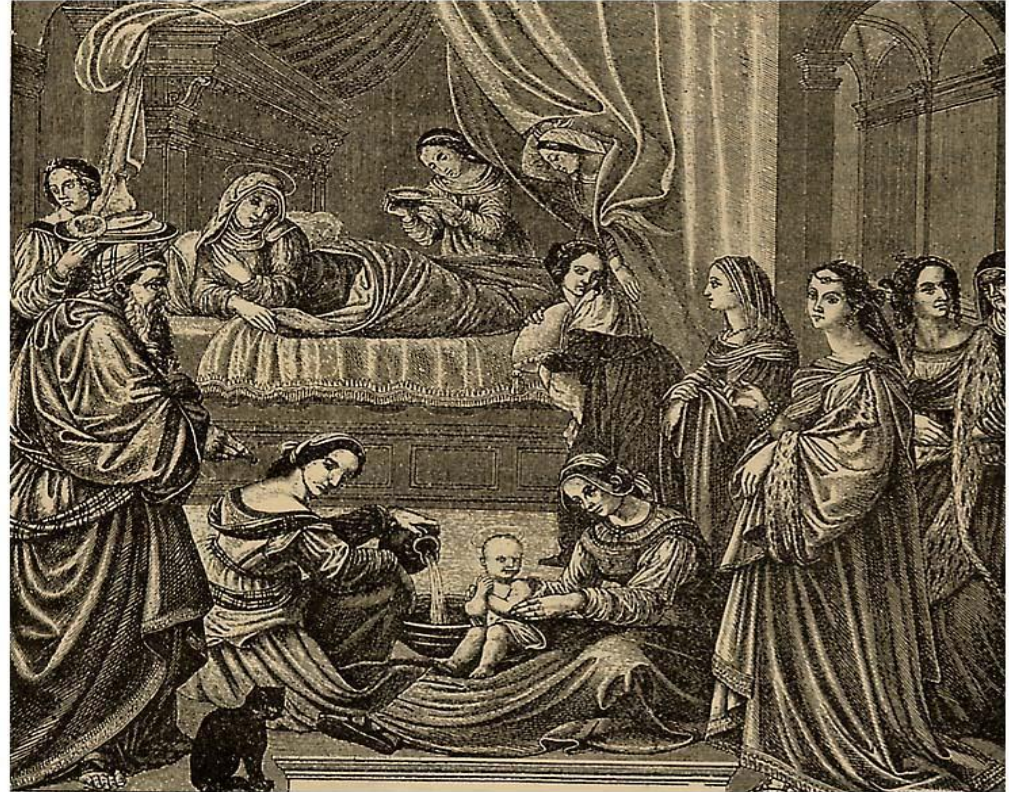
АСКЛЕПИЙ (ЭСКУЛАП)



Сын Аполлона и
Корониды,
воспитанник
кентавра Хирона

история операции кесарева сечения

- Римский император Нума Помпилиус – конец VII века до н.э.
- запрещение погребения беременных женщин без предварительного извлечения ребенка из чрева матери.



• Амбруаз Паре , Гильем -
все выполненные операции закончились
летально

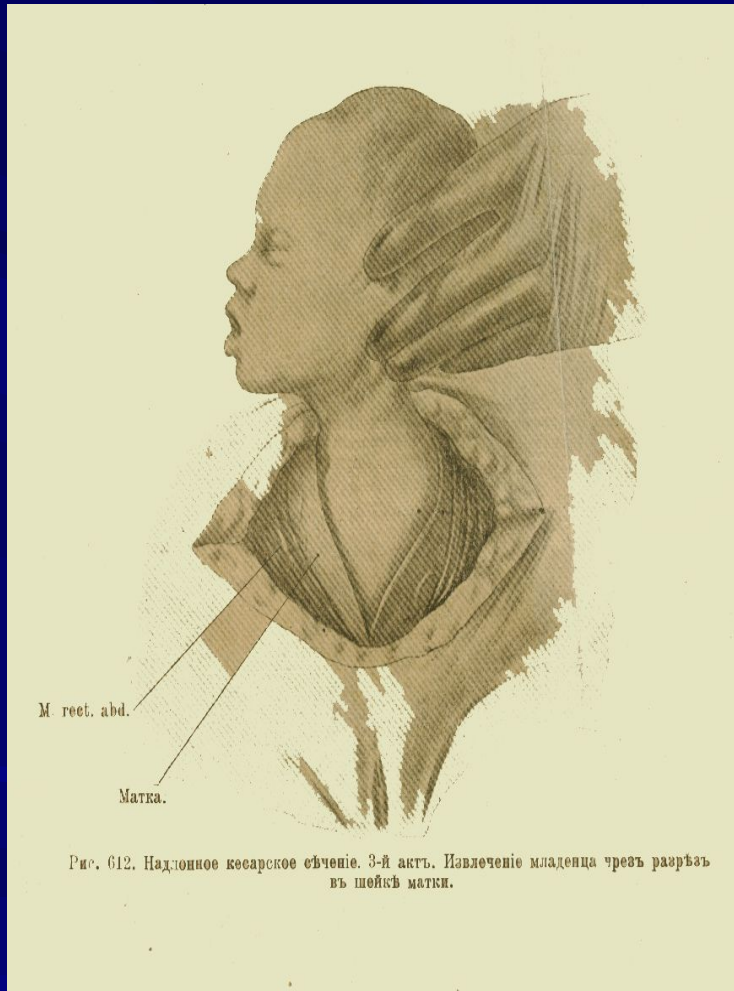


Жак Гильемо в 1598г.
ввел термин «кесарево сечение»

ЯКОБ НУФЕР, Швейцария, 1500

Г

Первое письменное
свидетельство об
успешном
проведении
кесарева сечения.



**21 июля 1610 года, хирург
Иеремией Трауттман
(Виттенберг)**

Первое достоверное кесарево сечение на живой женщине, при котором ребенок был извлечен живым, а мать умерла через 4 недели по причинам, не связанным с операцией.

Первый этап истории кесарева сечения – XVI – XVIII в.в.

1581 год – опубликование монографии Франсуа Россета с описанием техники операции и показаниям к ней:

- - неправильные положения плода;
- - суженный таз и узость родовых ходов;
- - камни мочевого пузыря;
- - двойни;
- - юный и старый возраст роженицы

Смертность при операции – 100%

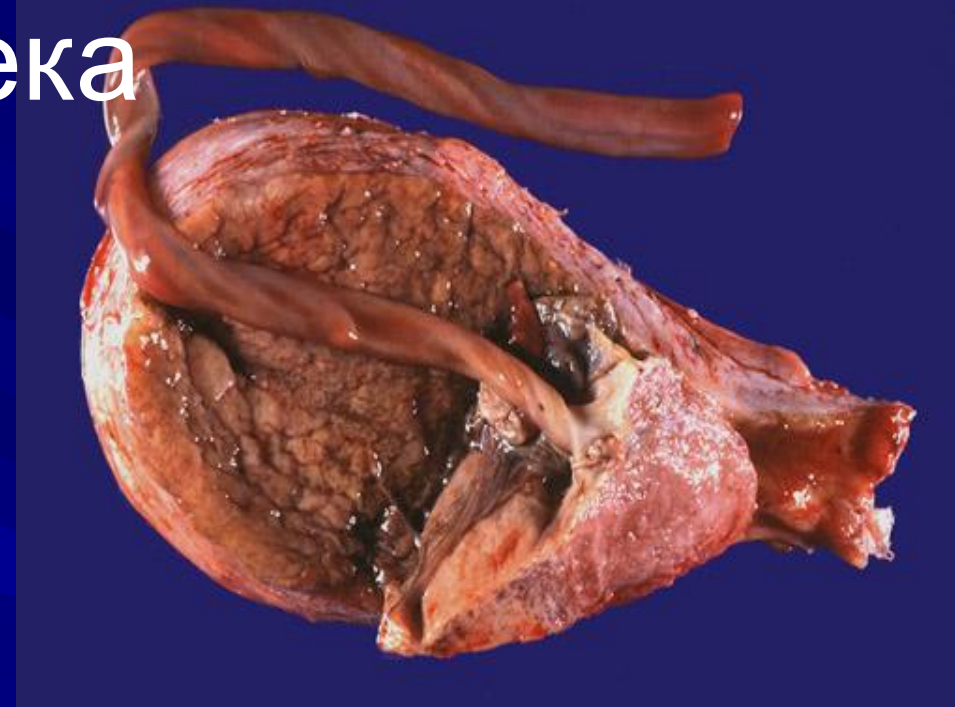
История кесарева сечения в России

Первые операции:

1756 г. – И. Эразмус, Зоммер.

1780 г. – Данило Самойлович – защита диссертации, посвященной вопросам кесарева сечения и симфизиотомии.

Летальность при операции кесарева сечения I половина XIX века



ГЕРМАНИЯ – 62%

ДАНИЯ, НОРВЕГИЯ – 95%

ПАРИЖ, ВЕНА – 100%

Второй этап истории кесарева сечения – 1876 г – 1881 г.

- 1876 г. – Г.Е. Рейн и Е. Порро – модификация операции – после извлечения плода удаление тела матки и вшивание культи в переднюю брюшную стенку.

Летальность – 24,6%

Третий этап истории кесарева сечения – 1881 г. – 30-е годы XX

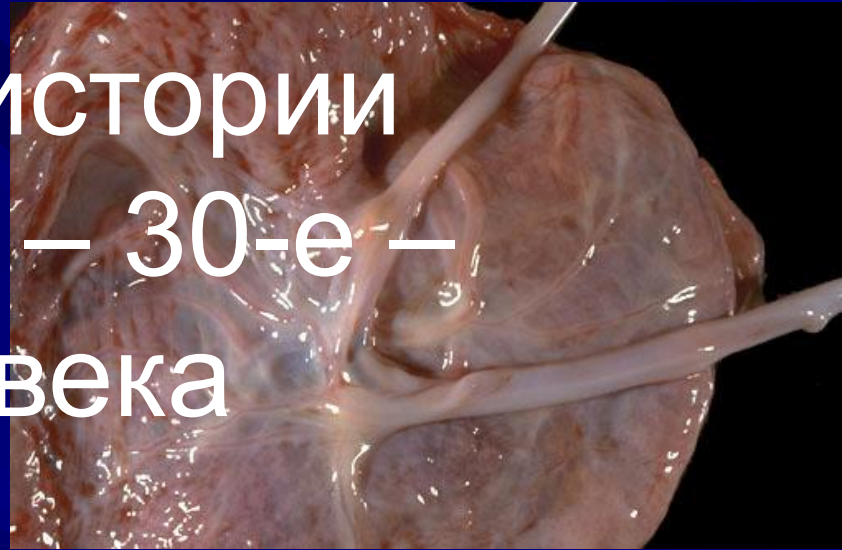
В.

- 1881 г. – Ф. Керер – ушивание матки трехрядным швом.

В структуре показаний к операции появляются относительные показания со стороны матери и показания со стороны плода.

Летальность – 7%

**Четвертый этап истории
кесарева сечения – 30-е –
50-е годы XX века**



**Разработка и
совершенствование
интраперитонеального
ретровезикального кесарева
сечения.**

Летальность минимальна

Пятый этап истории кесарева сечения – середина 50-х годов XX в. по настоящее время.

- Совершенствование методик операции – А.С.Слепых, И.М. Морозов, М. Штарк, Джоэл-Кохен;
- разработка методик вмешательств при инфицированных родах.

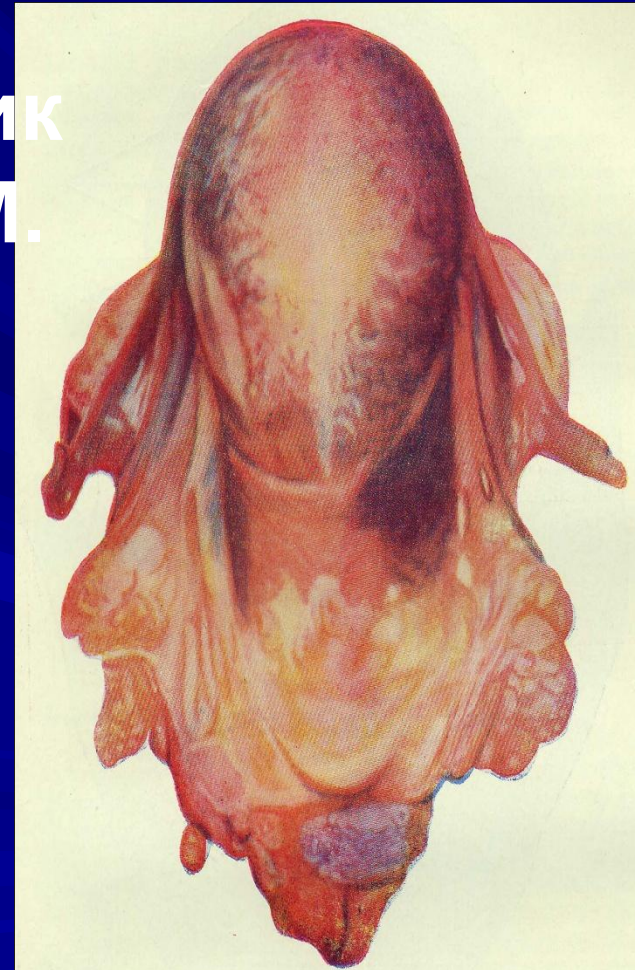


Рис. 13. Матка Кувелера (Couvelaire).

Частота кесарева сечения

- 40-50-е годы 20 века - 3,5-4% случаев в мире
- В 70-80 году - 4-5%
- Частота КС во многих странах превышает 22% (Канада, Швейцария и др.).
- До 30% и выше (США, страны Латинской Америки, Китай)
- В России в 2008 году частота КС составила 19%, в Москве – 19,5%.
- В Хакасии частота КС составила в 2009 году – 18%. Имеются опасения дальнейшего увеличения частоты КС.

Показания к операции кесарева сечения

Кесарево сечение

- Плановое
- Экстренное

Показания к операции кесарева сечения

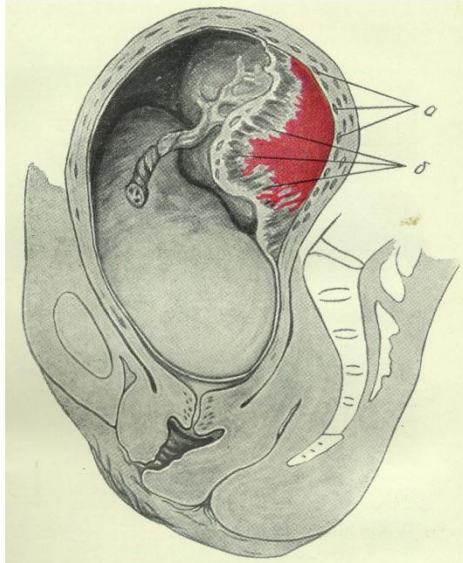


Рис. 14. Схематическое изображение возможной циркуляции крови при отслойке плаценты с последующим отложением фибрина в образующемся ступке:
а — артерии и вены; б — отложение фибрина на материнской поверхности плаценты.

- Абсолютные - родоразрешение через естественные родовые пути абсолютно невозможно, самопроизвольные роды связаны со смертельной опасностью для жизни матери.
- Относительные - извлечение плода через естественные родовые пути может быть выполнено, но с большим риском для матери или плода.

Показания к операции кесарева сечения делят на две группы:

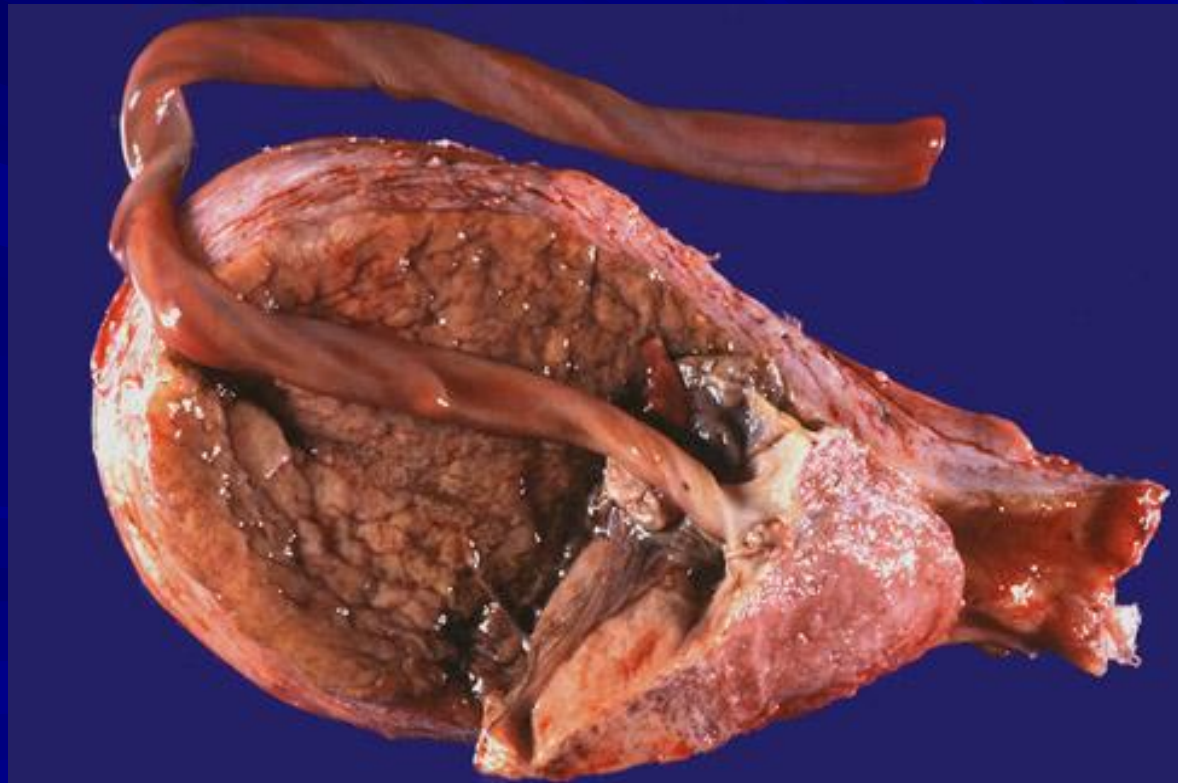
- 1 - показания к КС во время беременности;
- 2 - показания к КС во время родов.

**Е.А. Чернуха (2005г.),
резолуция IX Всероссийского
форума «Мать и дитя» (2008г.)**

Показания к плановому КС во время беременности

I. Нарушение плацентации:

- Предлежание плаценты



Показания к плановому КС во время беременности

II. Изменения стенки матки:

- Несостоятельность рубца на матке по данным УЗИ (после КС и др. операций на матке);
- Множественная миома матки с наличием крупных узлов, особенно в области нижнего сегмента, нарушение питания узлов, шеечное расположение узла.

Показания к плановому КС во время беременности

III. Препятствия рождающему плоду:

- Препятствия со стороны родовых путей рождению ребенка (анатомически узкий таз II степени сужения и выше, деформация костей таза, опухоли яичников, органов малого таза);
- врожденный вывих тазобедренных суставов, после операций на тазобедренных суставах, анкилоз тазобедренных суставов;
- предполагаемые крупные размеры плода (более 4500 г) при первых родах;
- выраженные рубцовые сужения шейки матки и влагалища;
- наличие в анамнезе пластических операций на шейке матки, влагалище, ушивание мочеполовых и кишечно-половых свищей, разрыва промежности III степени

Показания к плановому КС во время беременности

IV. Неправильное положение и предлежание плода

- тазовое предлежание, сочетающееся с массой плода более 3600-3800 г (в зависимости от размеров таза пациентки) и менее 2000г, разгибание головки III степени, по данным УЗИ, смешанное ягодично-ножное предлежание у первородящих;
- при многоплодии: тазовое предлежание первого плода при двойне у первородящих, тройня (или большее количество плодов), сросшиеся близнецы;
- монохориальная моноамниотическая двойня;
- устойчивое поперечное положение плода.

Показания к плановому КС во время беременности

V. Экстрагенитальные заболевания:

- экстрагенитальный и генитальный рак (яичников, шейки матки);
- миопия высокой степени, сочетающаяся с изменениями на глазном дне (заключение окулиста);
- острый генитальный герпес (высыпания в области наружных половых органов) за 2 недели и менее до родоразрешения;
- экстрагенитальные заболевания (сердечно-сосудистой системы, легких, нервной системы и др.), ухудшение состояния беременной;
- пересадка почки в анамнезе, искусственный клапан сердца.

Показания к плановому КС во время беременности

VI. Состояния плода:

- хроническая гипоксия и задержка роста плода III степени, не поддающаяся терапии;
- гибель или инвалидизация ребенка, связанные с осложнениями при предыдущих родах;
- пороки развития плода (гастрошизис, тератома копчика больших размеров, омфалоцеле и др.).



Показания к плановому КС во время беременности

VI. Экстракорпоральное оплодотворение:

- ЭКО, особенно неоднократное, при наличии дополнительных осложнений.

Показания к экстренному КС во время родов

- Во время родов показания к КС те же, что и во время беременности.
- нарушение сократительной деятельности матки, не поддающееся коррекции (слабость, дискоординация);
- клинически узкий таз;
- неправильные вставления и предлежания плода (лобное, передний вид лицевого, высокое прямое стояние стреловидного шва);
- выпадение пульсирующей петли пуповины и/или мелких частей плода при головном предлежании, при тазовом предлежании и неполном открытии шейки матки;
- угрожающий, начавшийся, свершившийся разрыв матки;
- преждевременное излитие околоплодных вод и отсутствие эффекта от родовозбуждения;
- ножное предлежание плода.

Показания к экстренному КС во время беременности

- любой вариант предлежания плаценты, кровотечение;
- преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты;
- угрожающий, начавшийся, свершившийся разрыв матки по рубцу;
- острая гипоксия плода;
- тяжелые формы гестоза, не поддающиеся терапии, эклампсия;
- состояние агонии или внезапная смерть женщины при наличии живого плода.

Сочетанные показания

- совокупность нескольких осложнений беременности и родов, каждое из которых в отдельности не является основанием для операции, но вместе они создают реальную угрозу для жизни плода в случае родоразрешения через естественные родовые пути.

- **Следует подчеркнуть:** решая вопрос об абдоминальном родоразрешении, необходимо всегда думать о будущей репродуктивной функции матери, особенно если у нее подобная операция - первая.
- **Резервы снижения частоты КС –** совершенствование ведения родов через естественные родовые пути с использованием современных следящих систем и медикаментозных средств, разработка методики бережного ведения родов через естественные родовые пути при наличии рубца на матке после КС в нижнем сегменте.

**АБСОЛЮТНЫХ
ПРОТИВОПОКАЗАНИЙ
К ОПЕРАЦИИ
КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ
НЕ СУЩЕСТВУЕТ**



ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ К ОПЕРАЦИИ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ

1. наличие острого воспалительного процесса женских половых органов в родах (эндометрит, хориоамнионит)

2. внутриутробная смерть и асфиксия плода, при которой нет уверенности в получении живого ребенка.

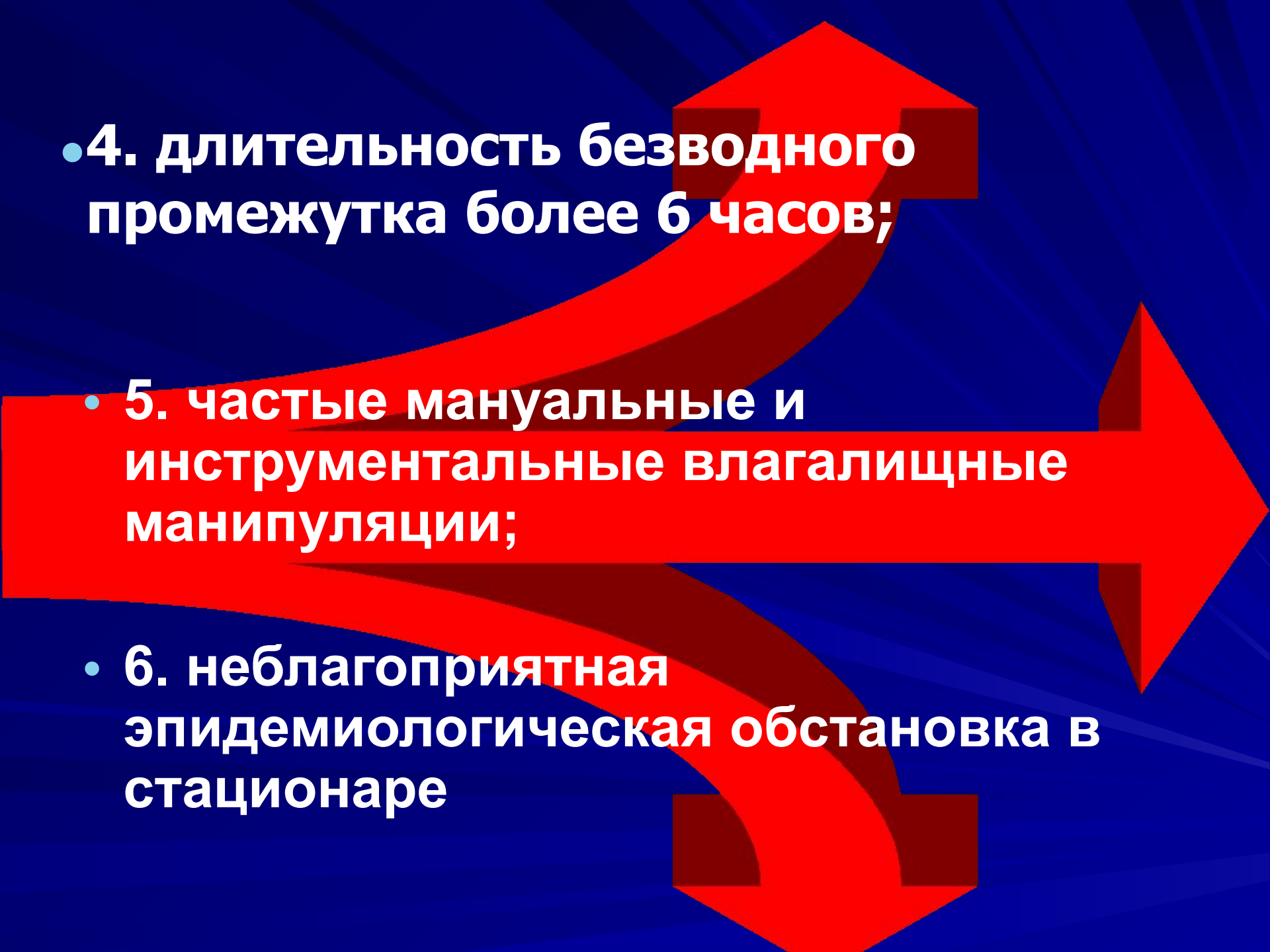


3. высокий риск реализации инфекции после операции



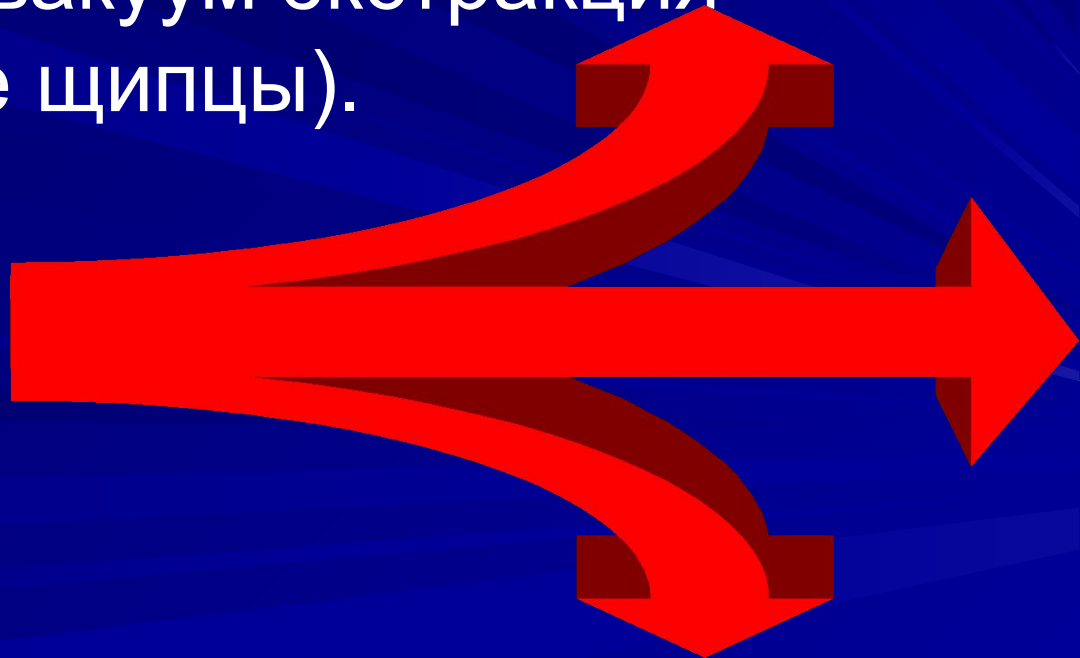
ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ

- 1. острые или обострение хронических заболеваний (пиелонефрит, пневмония, грипп, ОРВИ и т.д.)
- 2. все иммунодефицитные состояния;
- 3. продолжительность родов более 12 часов;

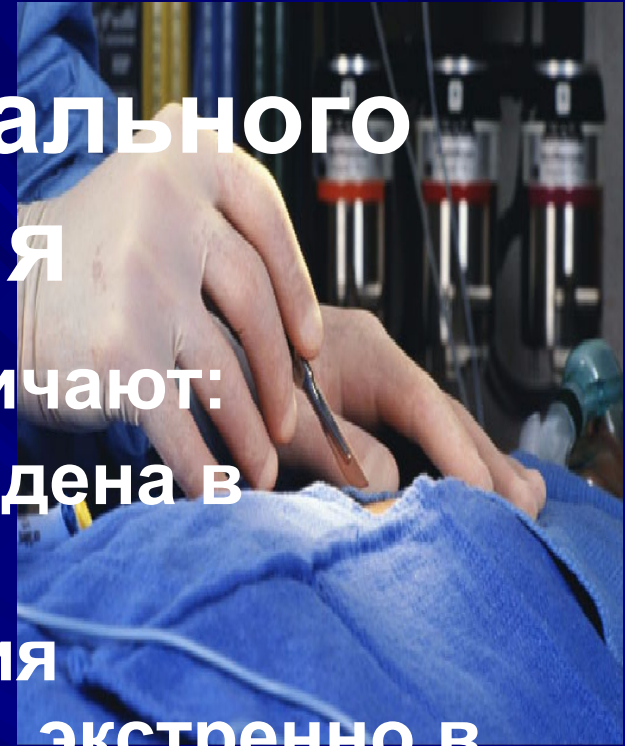
- 
- **4. длительность безводного промежутка более 6 часов;**
 - **5. частые мануальные и инструментальные влагалищные манипуляции;**
 - **6. неблагоприятная эпидемиологическая обстановка в стационаре**

7. внутриутробная смерть и асфиксия плода, при которой нет уверенности в получении живого ребенка, глубокая недоношенность, уродства плода.

8. неудавшаяся попытка влагалищного родоразрешения (вакуум экстракция плода, акушерские щипцы).



Условия для абдоминального родоразрешения



- В зависимости от условий различают:
- - плановое к.с. (операция проведена в плановом порядке)
- - запланированное к.с. (операция запланирована, но произведена экстренно в связи с началом родовой деятельности или излитием вод)
- - экстренное к.с. (вопрос об операции решается в ходе родов или беременности)

Классификация операции кесарева сечения



I. В зависимости от срока, в котором проводится операция :

- - малое кесарево сечение – операция
выполнена до 28-й недели
беременности
- - большое кесарево сечение –
операция выполнена после 28-й недели
беременности



- По отношению к брюшной полости

I Абдоминальное (sectio caesarea abdominalis):

- - интраперитонеальное кесарево сечение - полость матки сообщается с брюшной полостью
- - экстраперитонеальное кесарево сечение - сообщения полости матки со свободной брюшной полости нет (разновидность – влагалищное кесарево сечение)
- - кесарево сечение с временной изоляцией брюшной полости.

II. Влагалищное кесарево сечение по Дюрсену (sectio caesarea vaginalis) до 22 нед. бер.

Противопоказания к экстраперитонеальному кесареву сечению

- 1. эндометрит, развившийся при затяжных родах или длительном безводном промежутке
- 2. угрожающий или свершившийся разрыв матки;
- 3. предлежание плаценты;
- 4. несостоятельность рубца на матке;

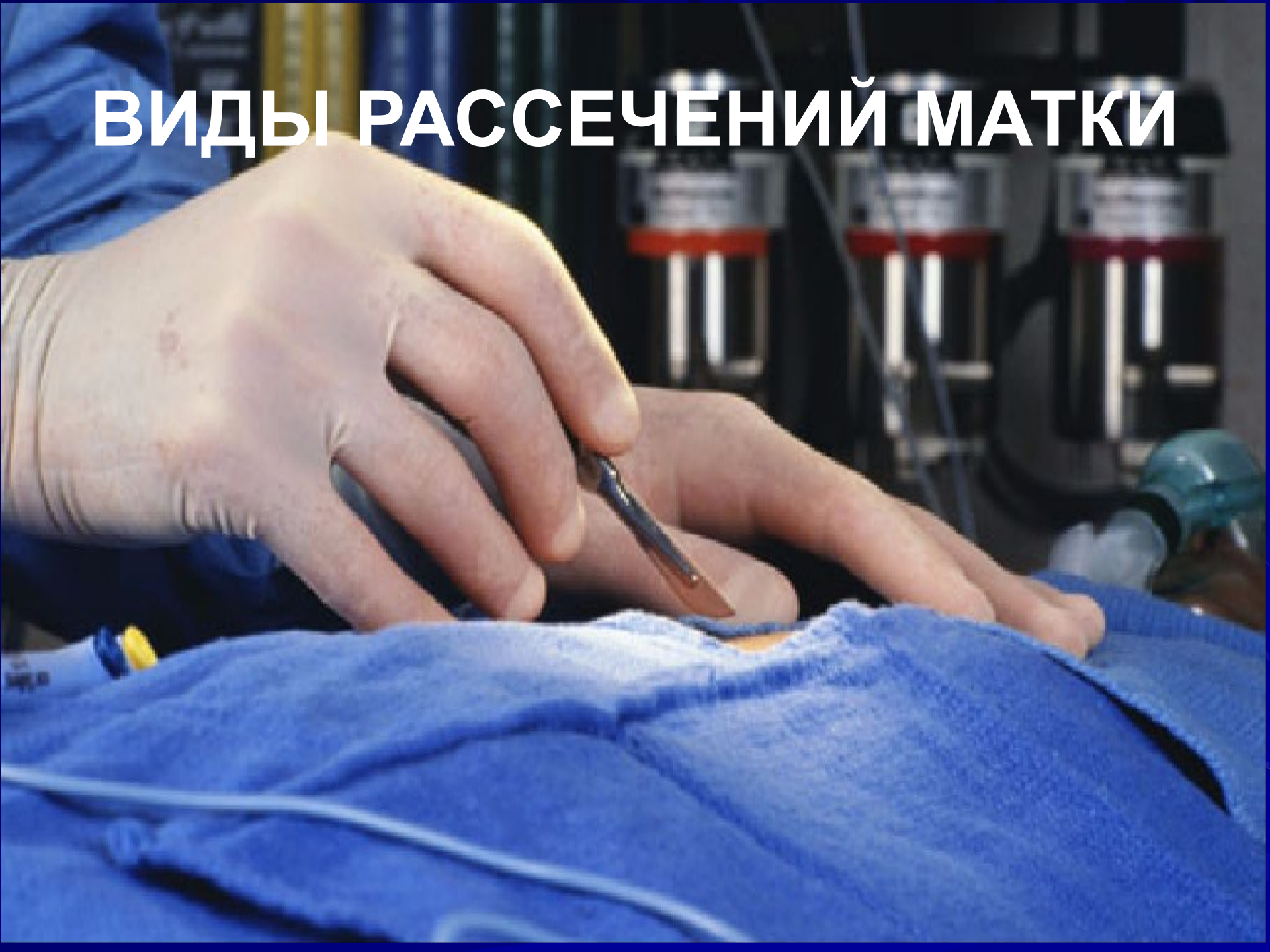
- **5. варикозное расширение вен в области нижнего сегмента;**
- **6. опухоли матки и придатков;**
- **7. аномалии развития матки;**
- **8. необходимость проведения стерилизации;**
- **9. острый живот**

III. По методике рассечения матки:



- 1. Корпоральное (классическое) кесарево сечение.
- 2. Истмическое кесарево сечение
- 3. Истмико-корпоральное кесарево сечение.

ВИДЫ РАССЕЧЕНИЙ МАТКИ



КОРПОРАЛЬНОЕ (КЛАССИЧЕСКОЕ) КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЕ

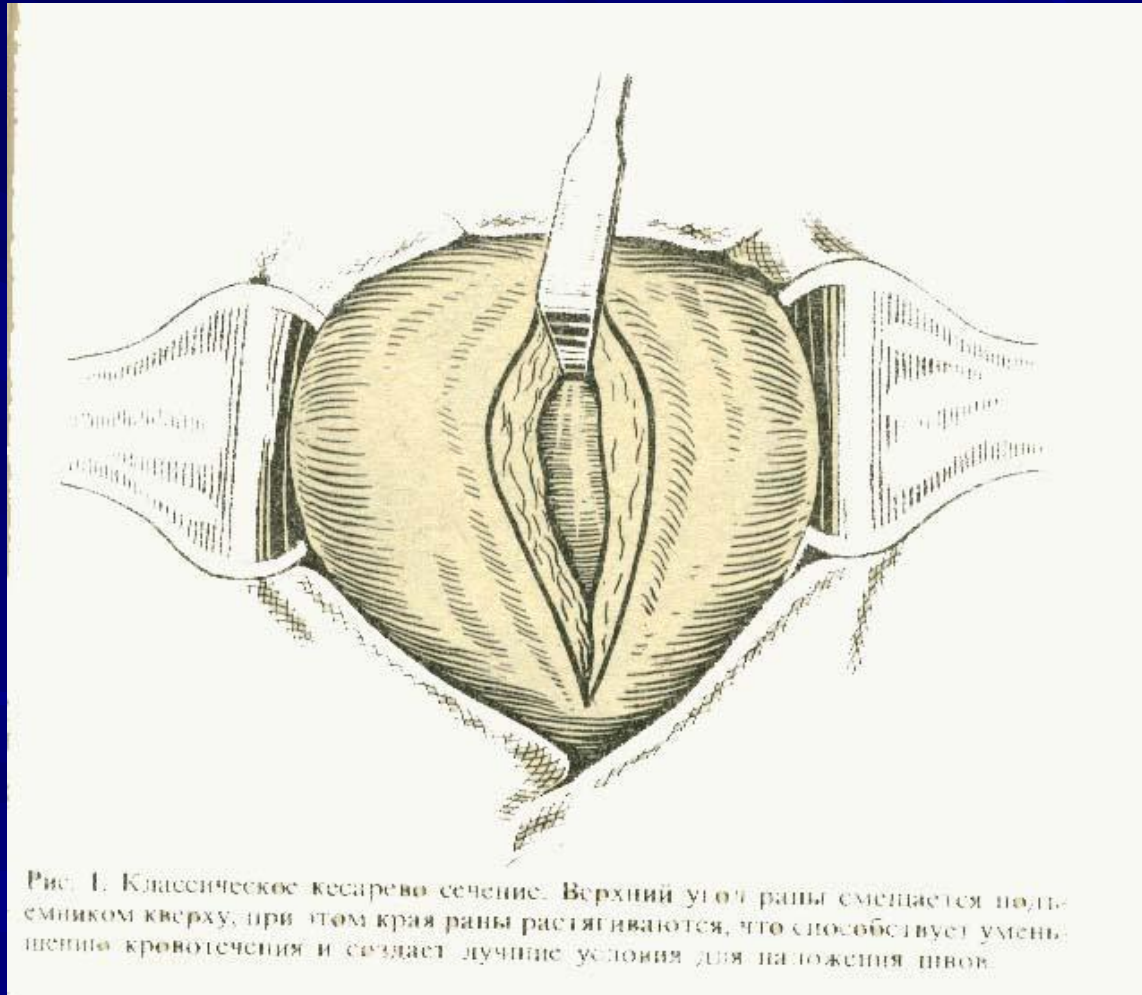
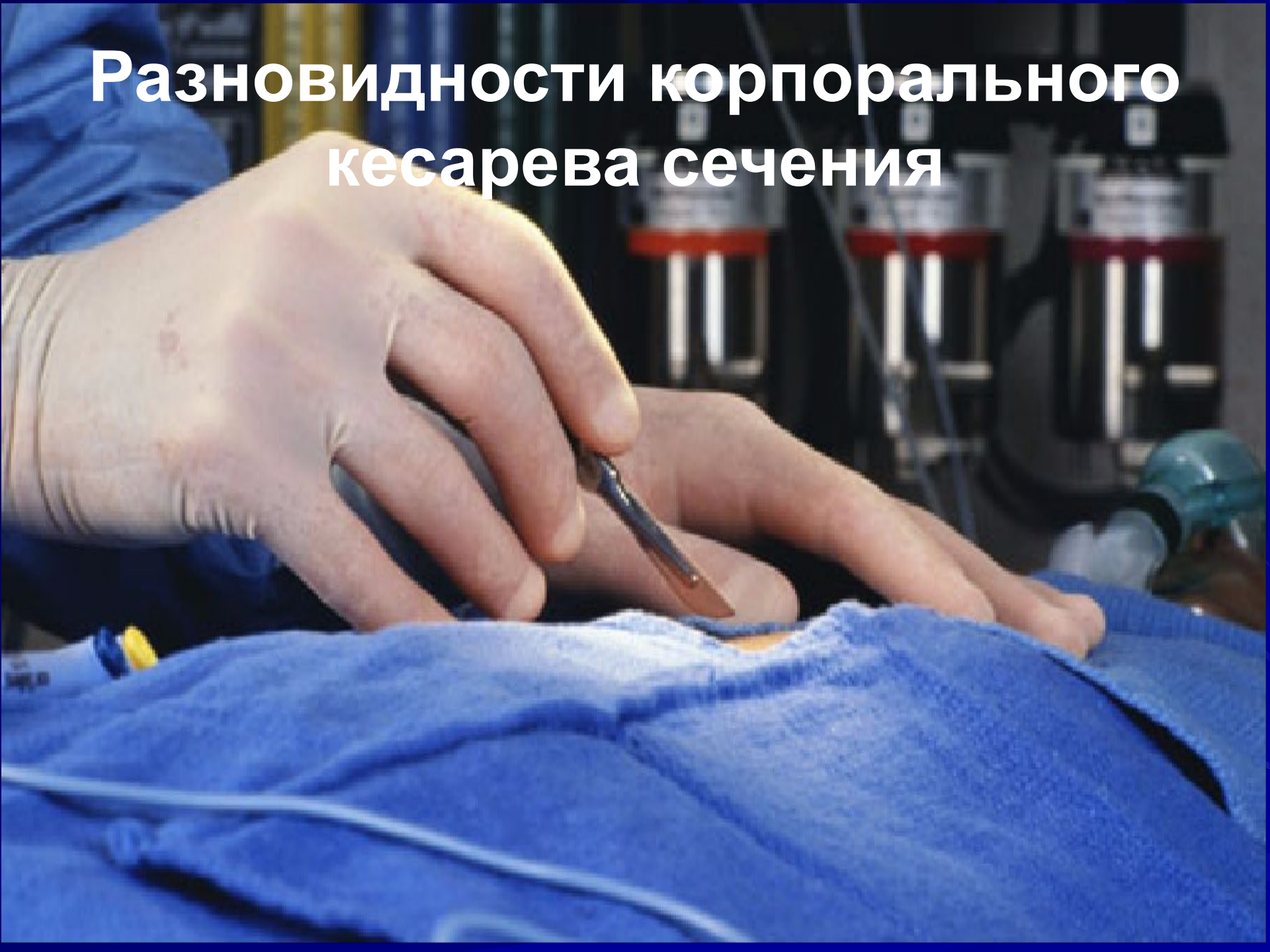
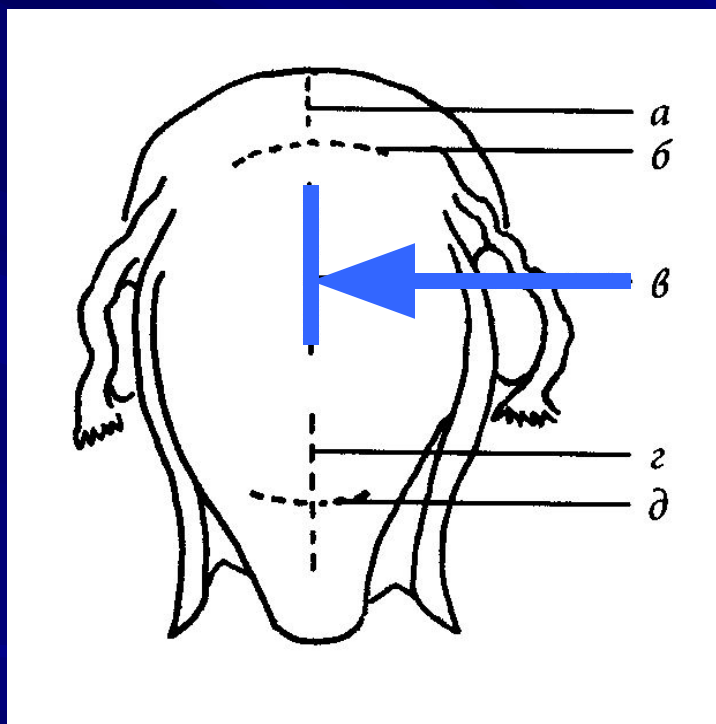


Рис. 1. Классическое кесарево сечение. Верхний угол раны смещается пальцем вверх, при этом края раны растягиваются, что способствует уменьшению кровотечения и создает лучшие условия для наложения швов.

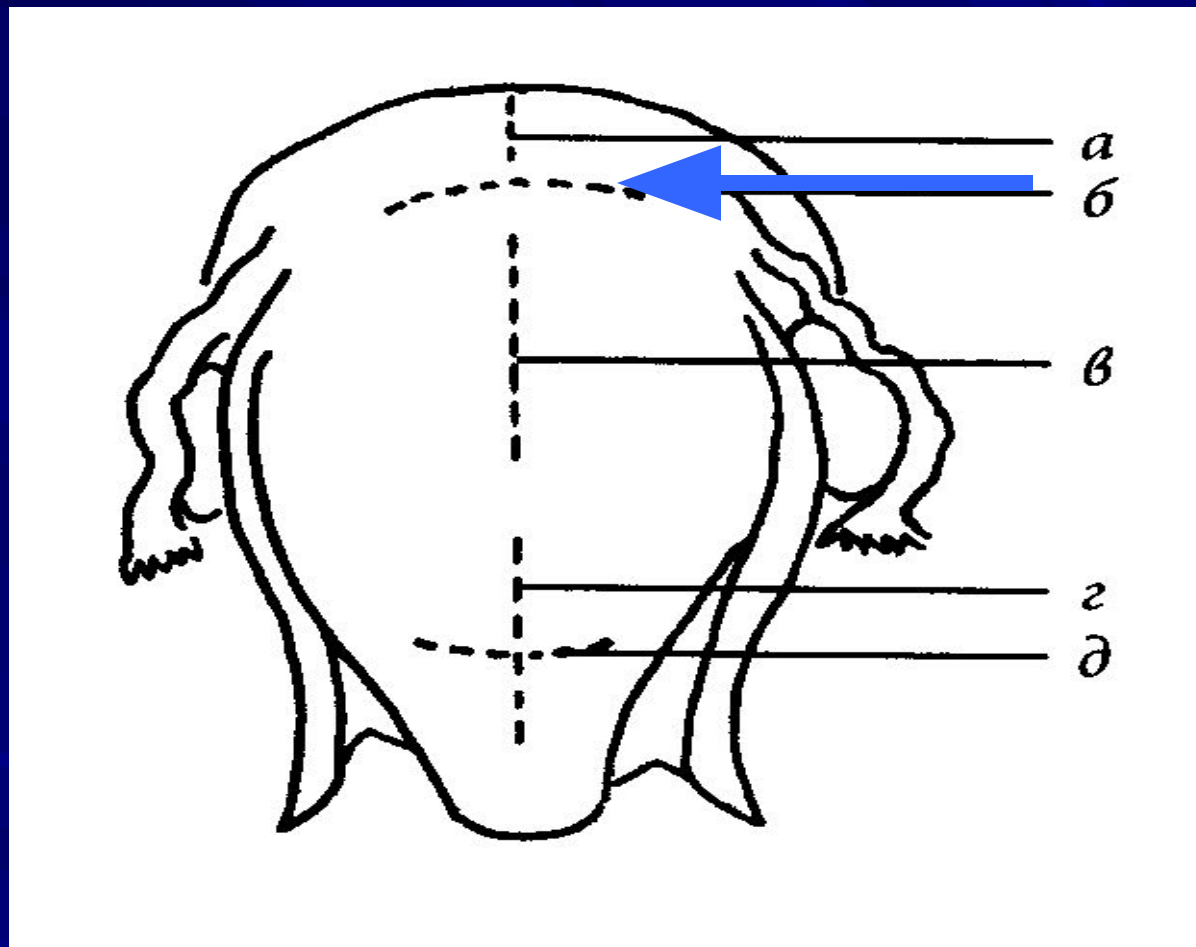
Разновидности корпорального кесарева сечения



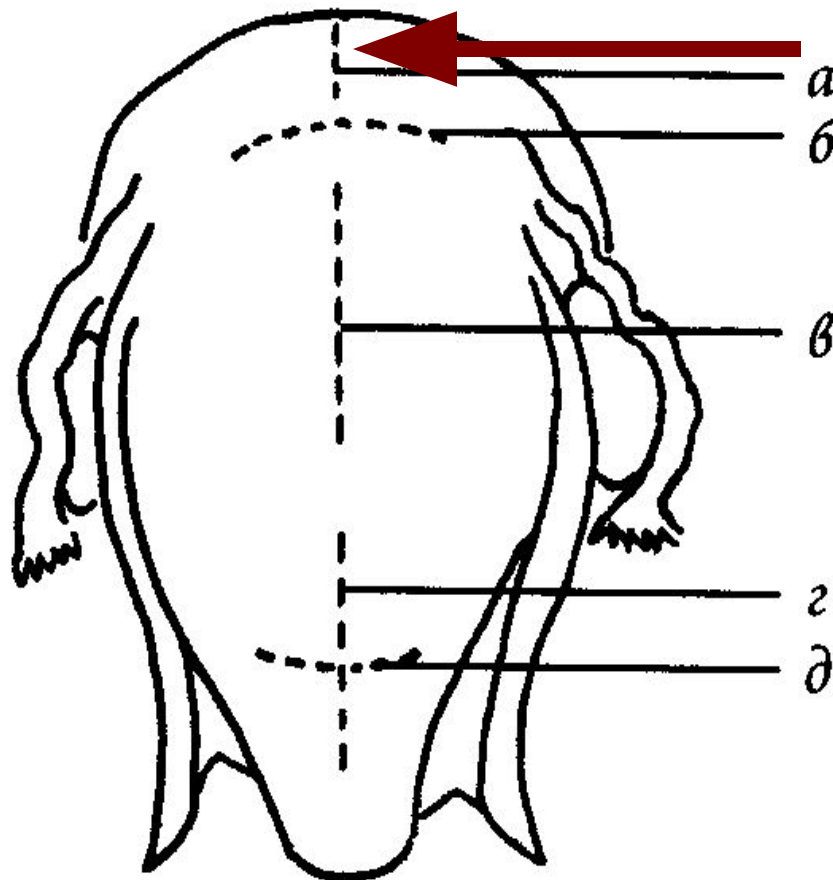
КЛАССИЧЕСКОЕ КОРПОРАЛЬНОЕ КС



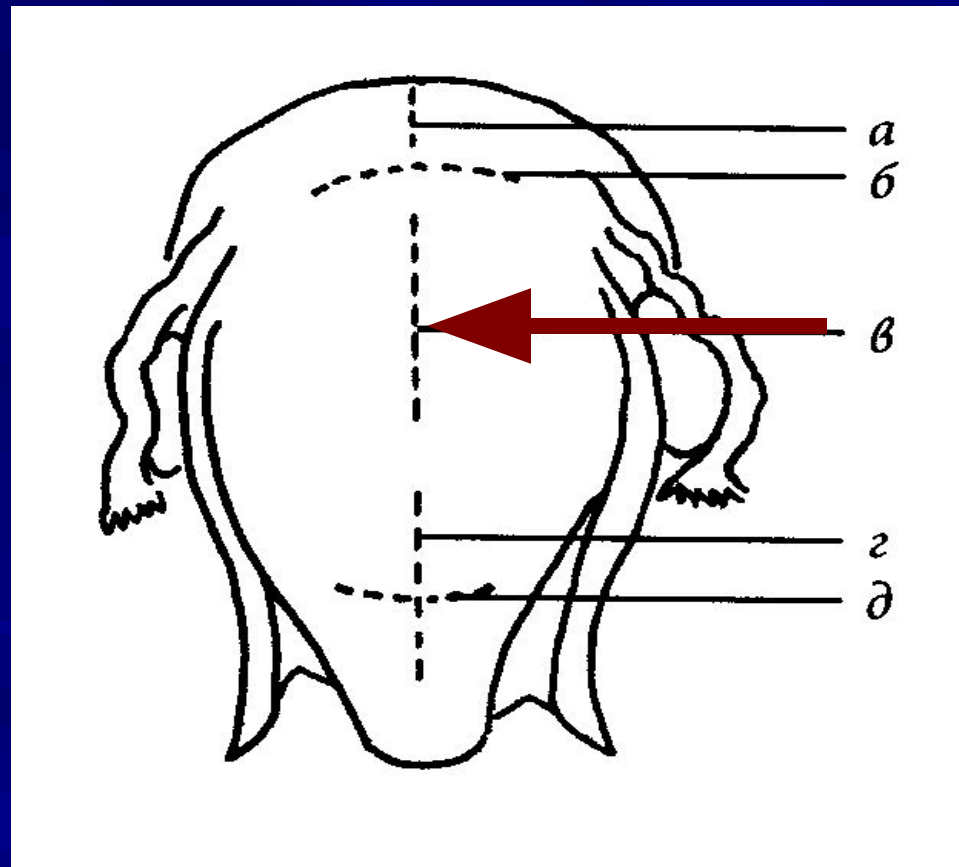
Донно-поперечное по Фритчу



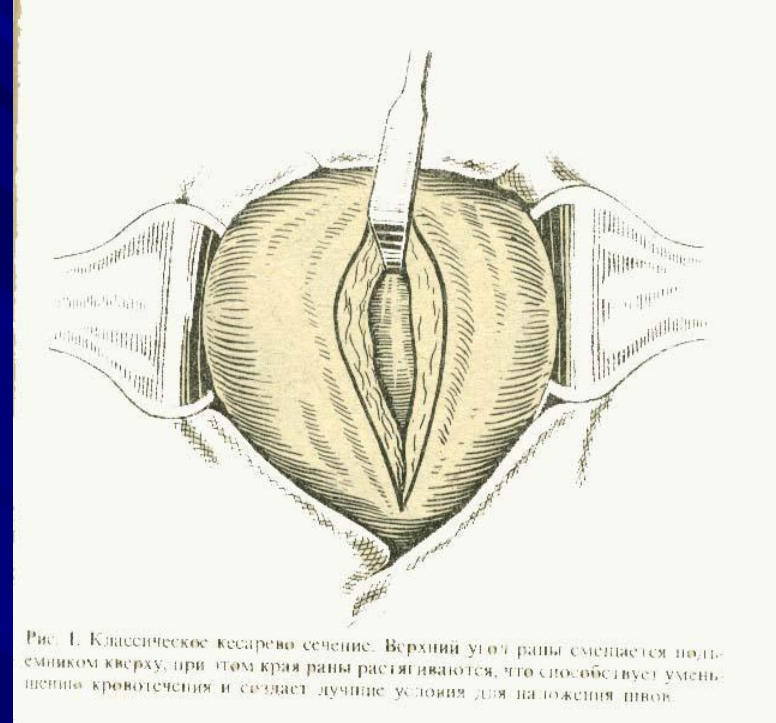
Донно-сагиттальное по Мюллеру



Продольным разрезом по задней стенке по Конштейну- Полано



Показания к корпоральному разрезу матки (Кулаков В.И., Чернуха Е.А., 1998)



- 1. выраженный спаечный процесс после предыдущей операции, препятствующий доступу к нижнему сегменту;
- 2. выраженное варикозное расширение вен нижнего сегмента матки;
- 3. наличие в нижнем сегменте миоматозного узла больших размеров;

- 4. наличие неполноценного рубца после корпорального разреза;
- 5. полное предлежание плаценты с переходом значительной ее части на переднюю стенку нижнего сегмента;
- 6. случаи, когда за кесаревым сечением планируется гистерэктомия;
- 7. неразвернутый нижний сегмент при глубоко недоношенной беременности;

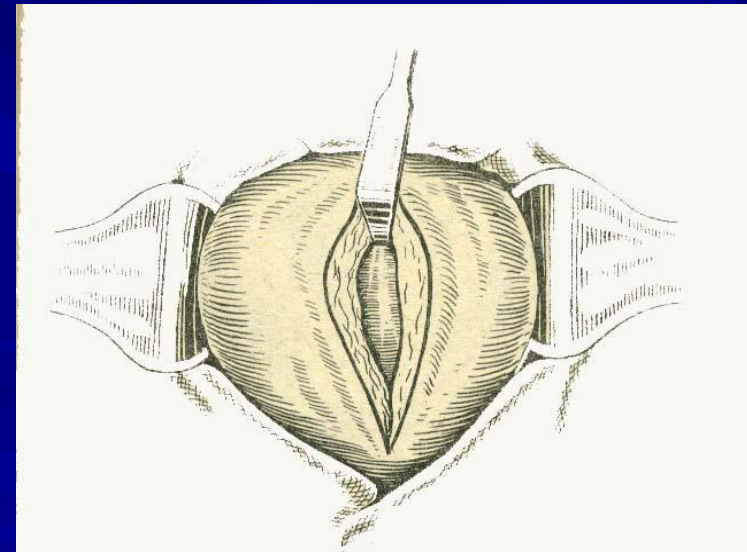


Рис. 1. Классическое кесарево сечение. Верхний угол раны сдвигается пальцем вверх, при этом края раны растягиваются, что способствует уменьшению кровотечения и создает лучшие условия для наложения швов.

- 8. сросшаяся двойня;
- 9. запущенное поперечное положение плода;
- 10. кесарево сечение на умирающей или умершей;
- 11. случаи, когда врач не владеет техникой истмического кесарева сечения

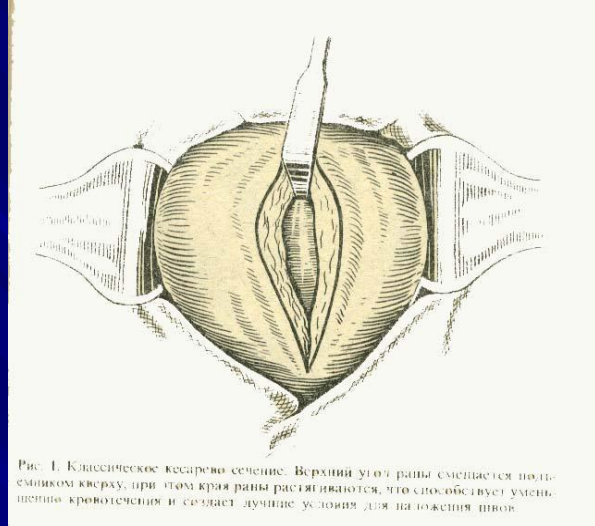


Рис. 1. Классическое кесарево сечение. Верхний угол раны сдвигается полтора сантиметра вверх, при этом края раны растягиваются, что способствует уменьшению кровотечения и создает лучшие условия для наложения швов.

II. Истмическое кесарево сечение

- Матка рассекается в пределах нижнего сегмента по передней стенке

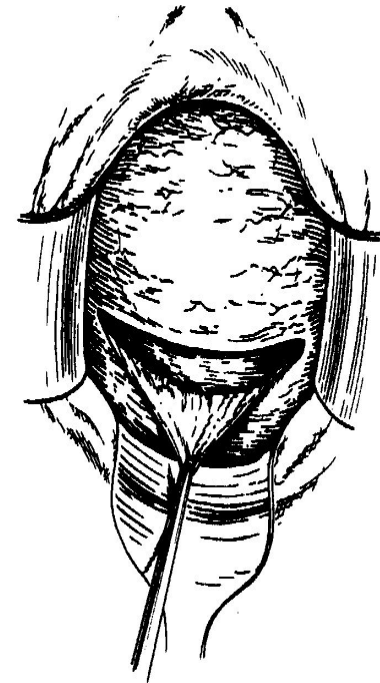
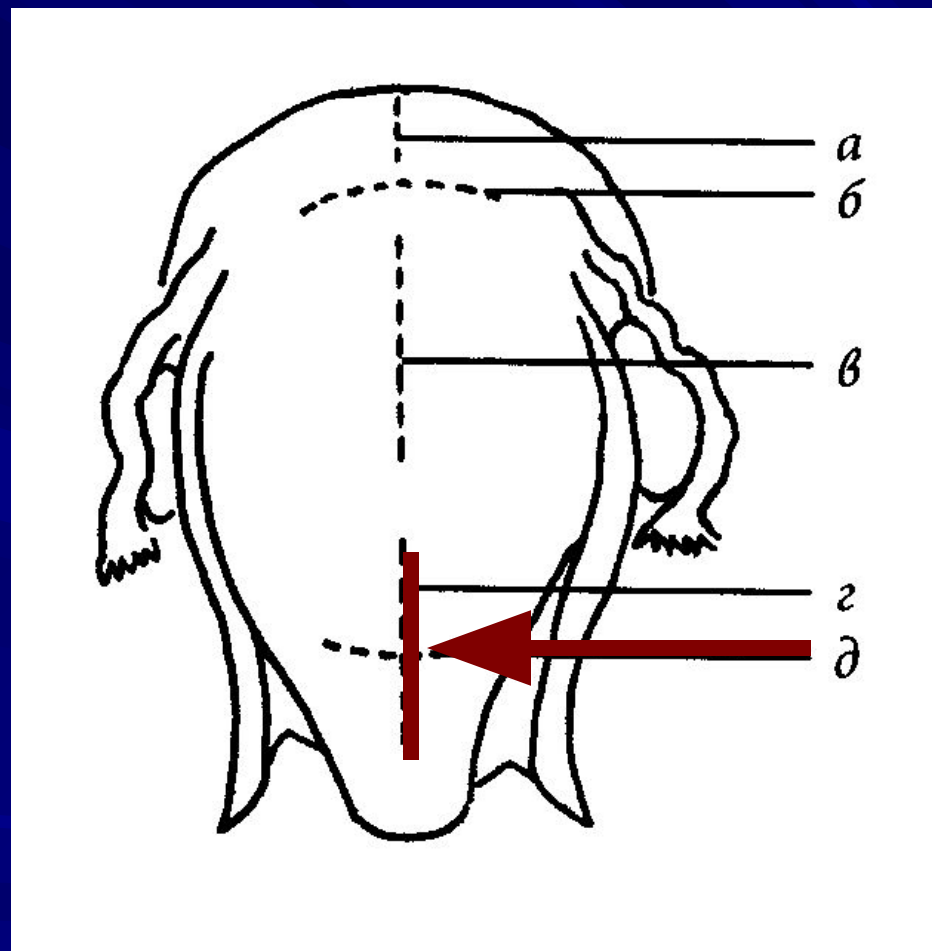
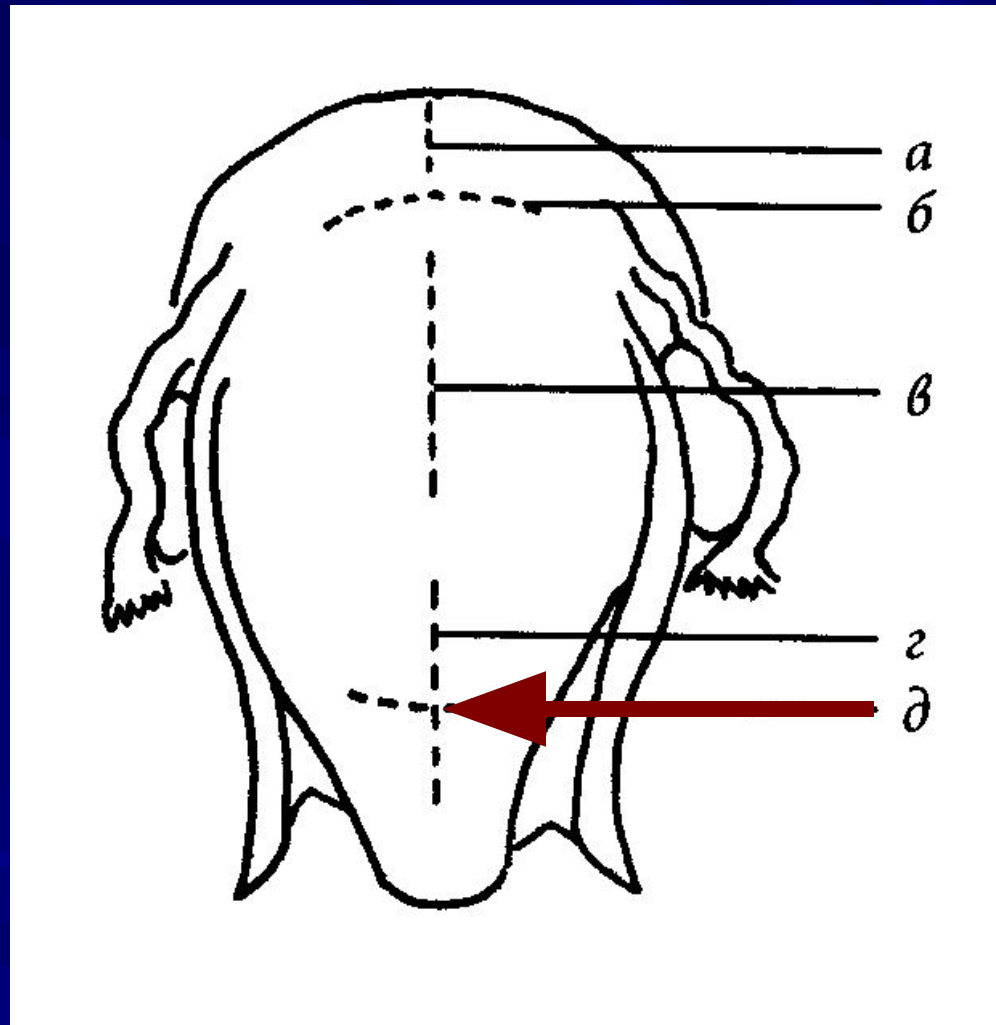


Рис. 5. Вскрытие и отсепаровка пузырно-маточной складки.

продольным разрезом;



поперечным разрезом



модификации истмического кесарева сечения поперечным разрезом

- Модификация Doerfler – рассечение нижнего сегмента острым путем, разрез полулунной формы, направлен кверху.

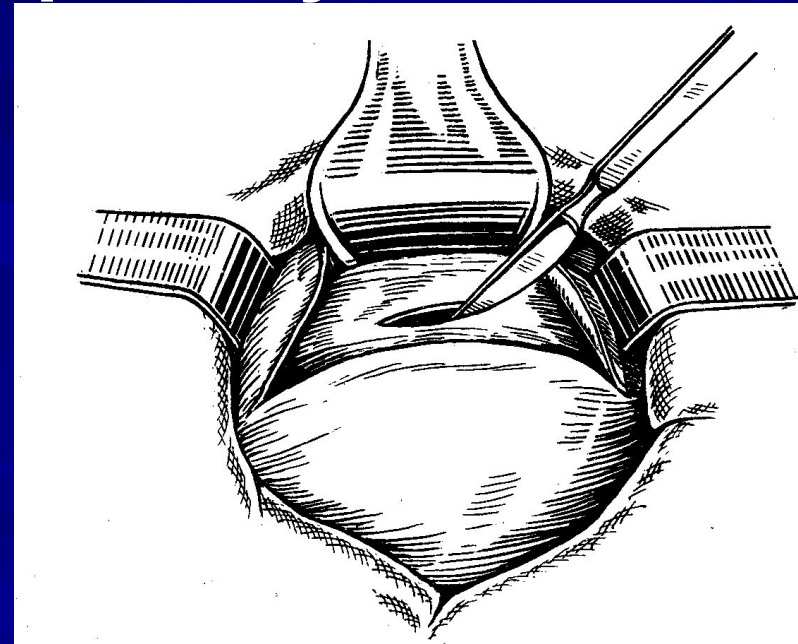


Рис. 11. Кесарево сечение в нижнем маточном сегменте. Разрез передней стенки матки в поперечном направлении.

Преимущества модификации Doerfler

- выполняется под визуальным контролем

- не продлевается на сосудистые пучки и на шейку матки

рана линейная, без кровоизлияний,
способствует формированию полноценного рубца

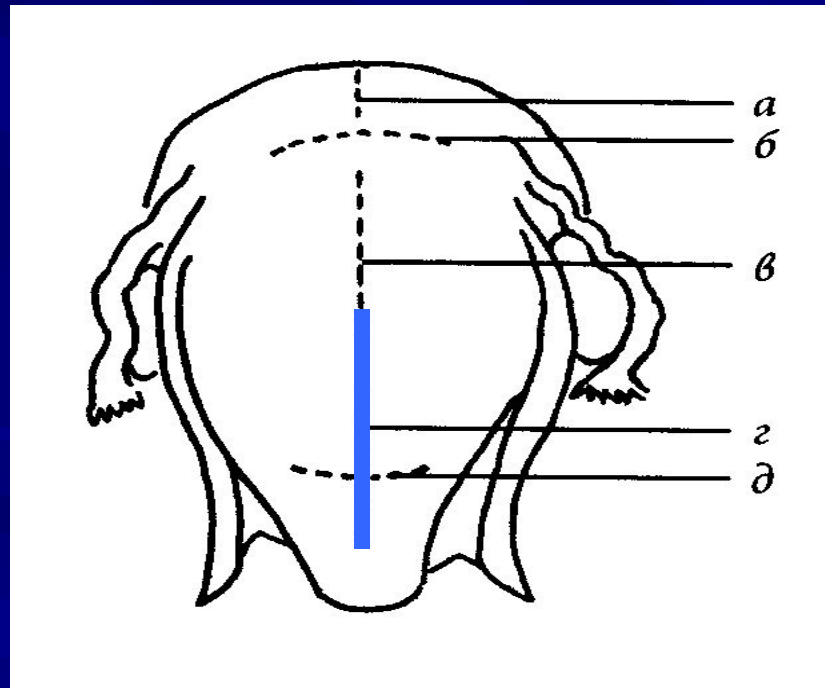
Модификация истмического кесарева сечения Л.А.Гусакова (1939) и П.В.Занченко (1935)



Матка вскрывается острым путем на небольшом участке, а затем тупо разводится в обе стороны до наиболее удаленных точек головки плода.

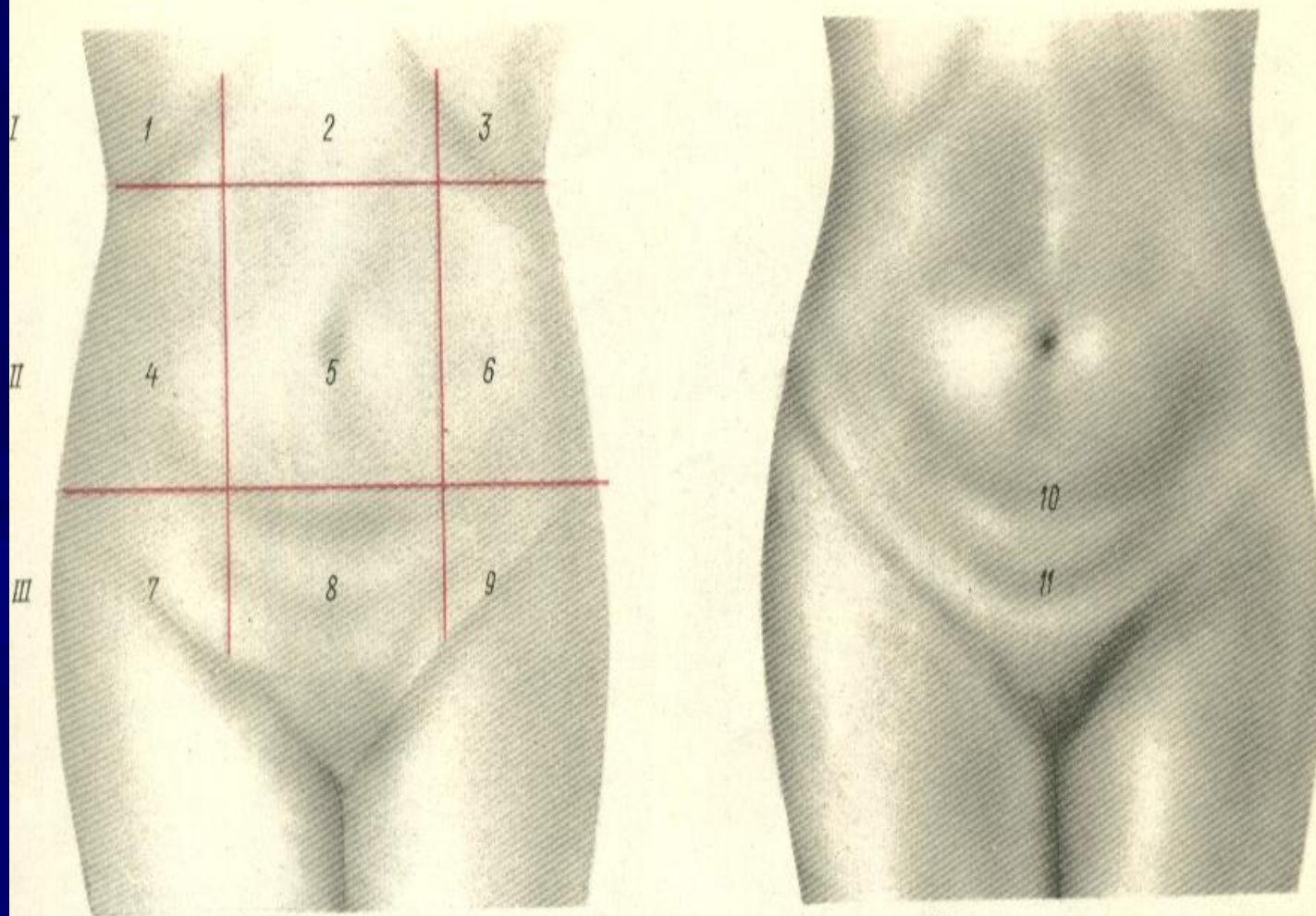
III. Истмико-корпоральное кесарево сечение

- Продольным разрезом рассекается нижний сегмент, затем разрез переходит на нижний отдел тела матки.

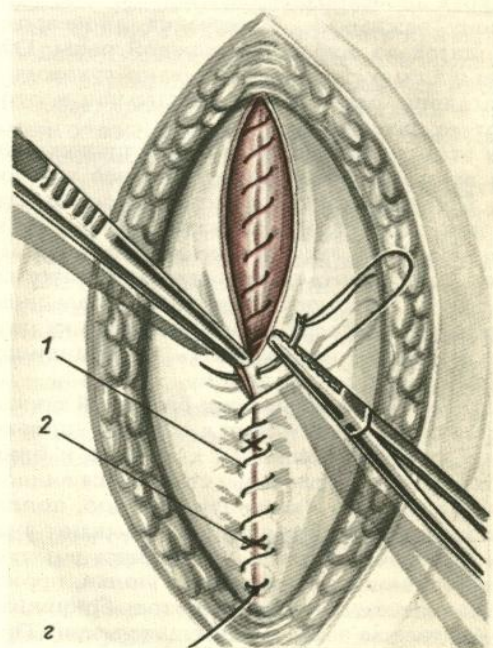
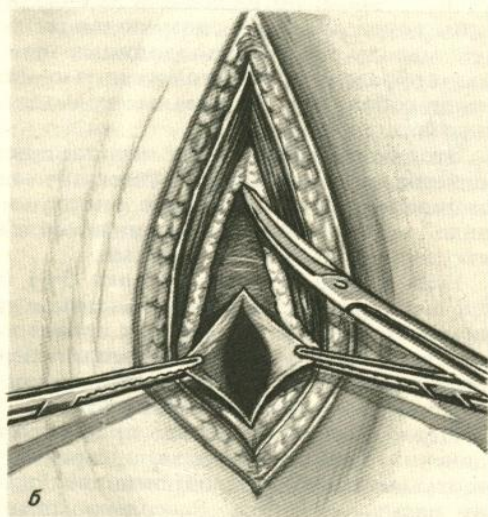
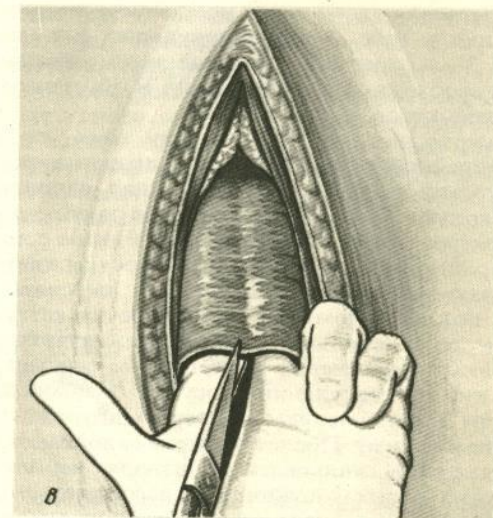
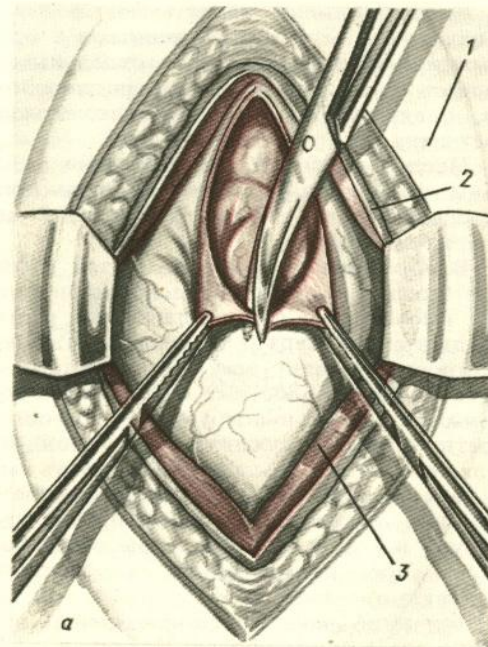
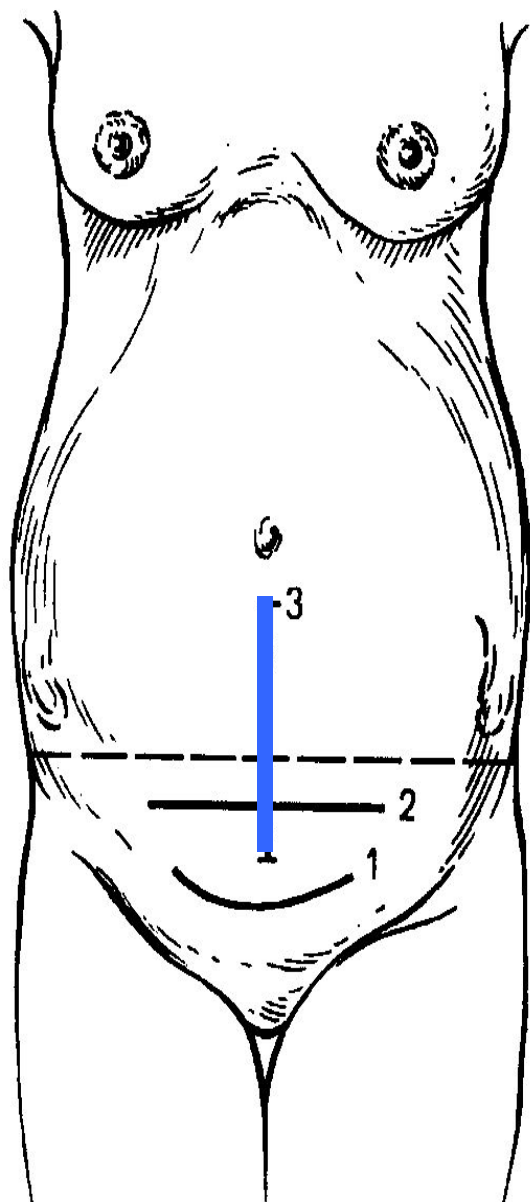


ЭТАПЫ ОПЕРАЦИИ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ





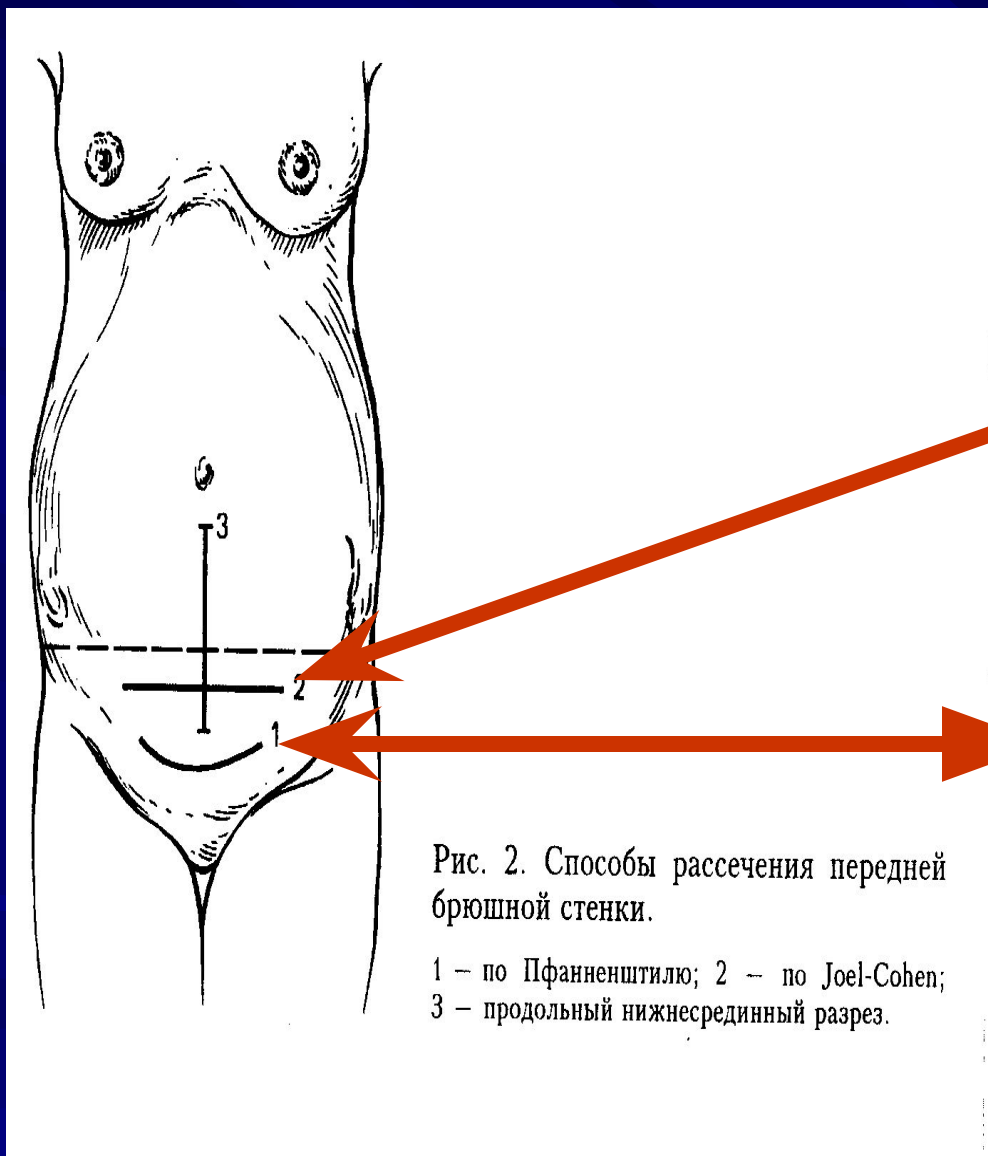
РАЗРЕЗ ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ



НИЖНЕ-СРЕДИННЫЙ РАЗРЕЗ

ПРЕИМУЩЕСТВА НИЖНЕ- СРЕДИННОГО РАЗРЕЗА

- 1. БЫСТРОТА И НЕСЛОЖНОСТЬ ВЫПОЛНЕНИЯ**
- 2. ШИРОКИЙ ДОСТУП К БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ**
- 3. ВОЗМОЖНОСТЬ БЫСТРОГО ИЗВЛЕЧЕНИЯ
ПЛОДА**
- 4. ВОЗМОЖНОСТЬ ВЫПОЛНЕНИЯ
ДОПОЛНИТЕЛЬНЫХ ХИРУРГИЧЕСКИХ
ВМЕШАТЕЛЬСТВ НА ОРГАНАХ БРЮШНОЙ
ПОЛОСТИ**



**По Джоэл-Кохену
(Joel-Cohen)**

По Пфанненштилю

ПРЕИМУЩЕСТВА ПОПЕРЕЧНЫХ РАЗРЕЗОВ:

- 1. КОСМЕТИЧНОСТЬ**
- 2. ВОЗМОЖНОСТЬ БОЛЕЕ АКТИВНОГО
ВЕДЕНИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО
ПЕРИОДА**
- 3. МИНИМАЛЬНАЯ ВЕРОЯТНОСТЬ
ВОЗНИКНОВЕНИЯ
послеоперационных грыж**

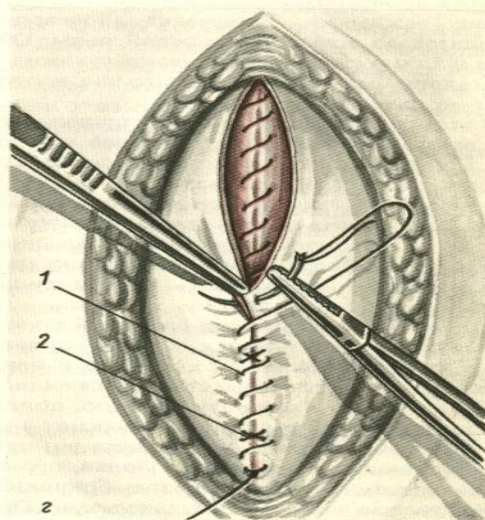
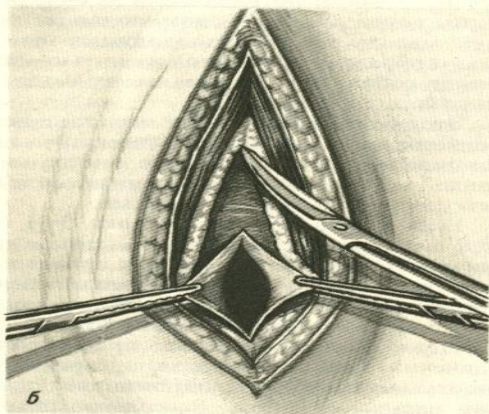
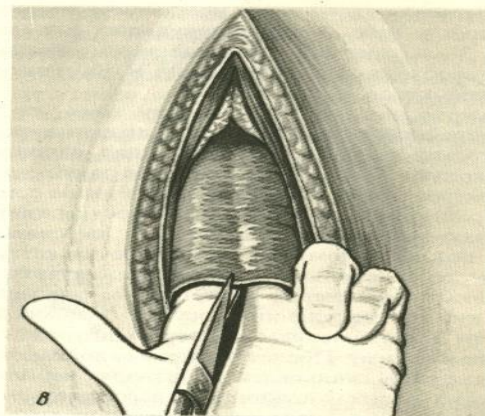
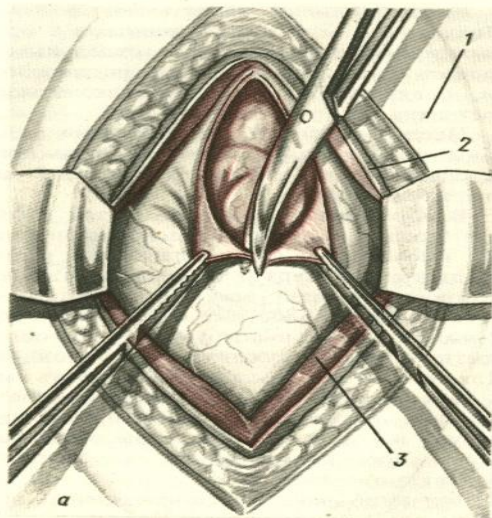
ЭТАПЫ ОПЕРАЦИИ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ



I. РАЗРЕЗ ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ

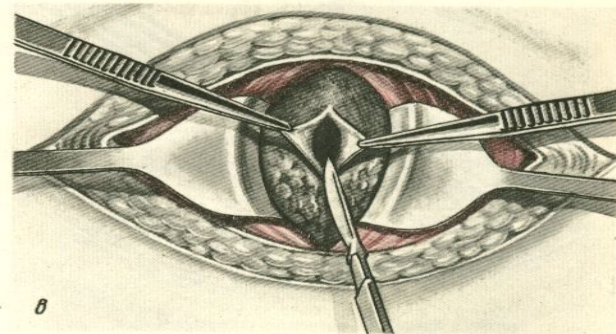
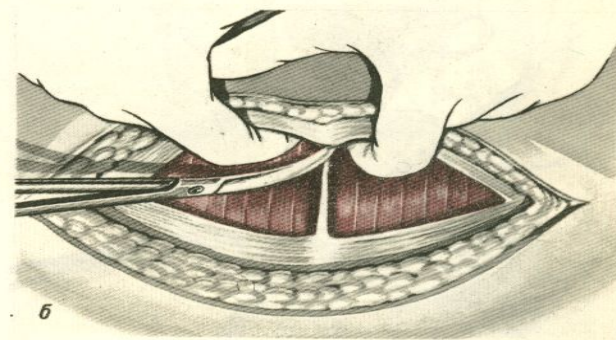
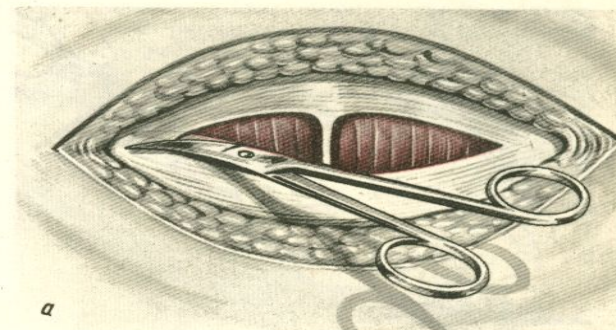
нижнесрединный

поперечный



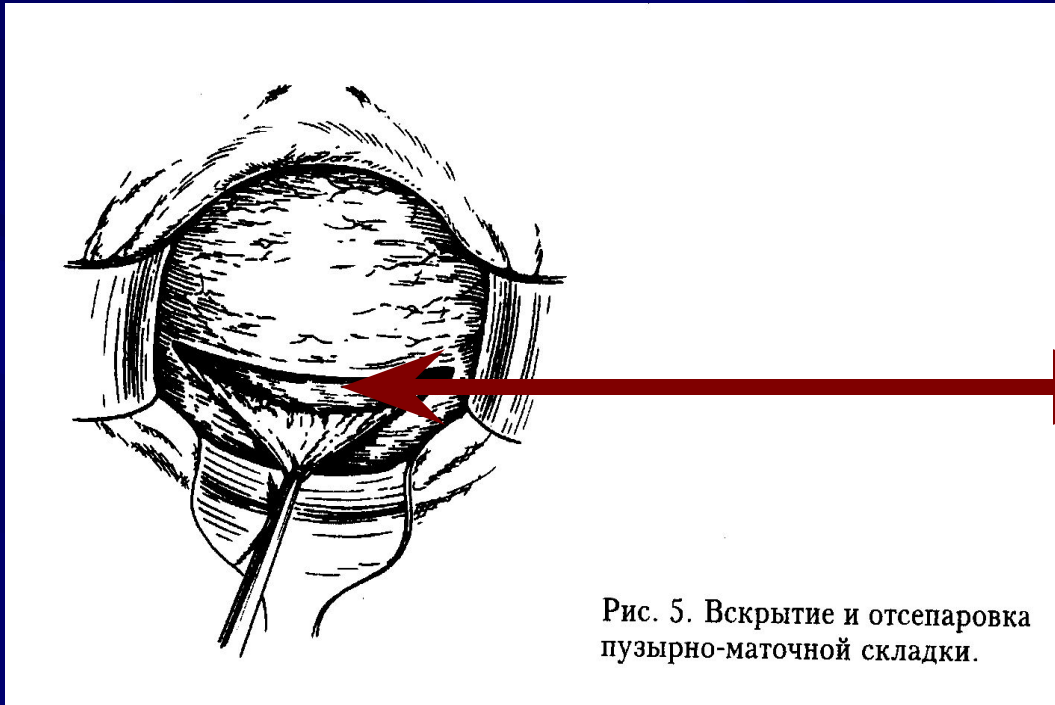
20. Нижняя срединная лапаротомия.

a — начало вскрытия брюшины; 1 — кожа и подкожная жировая клетчатка; 2 — апоневроз; 3 — прямая мышца живота; *b* — отодвигание жировой клетчатки с мочевым пузырем; *c* — расщепление брюшины под контролем пальцев; *e* — зашивание апоневроза: 1 — непрерывный шов на апоневроз; 2 — подкрепляющие шелковые отдельные швы.



21. Лапаротомия по Пфаннештилю.

II. Вскрытие Plica vesicouterina



Участок нижнего сегмента – место предполагаемого разреза

На 2-3 см выше вершины мочевого пузыря

III. Рассечение матки

Истмический разрез

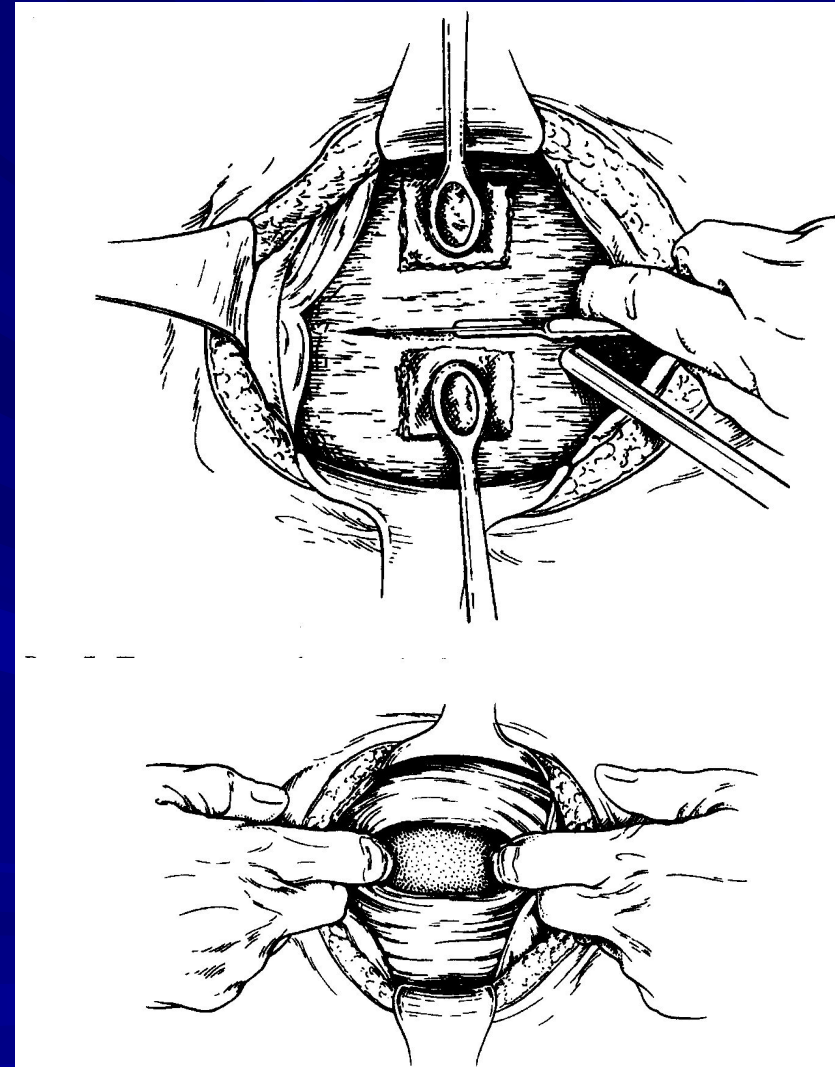
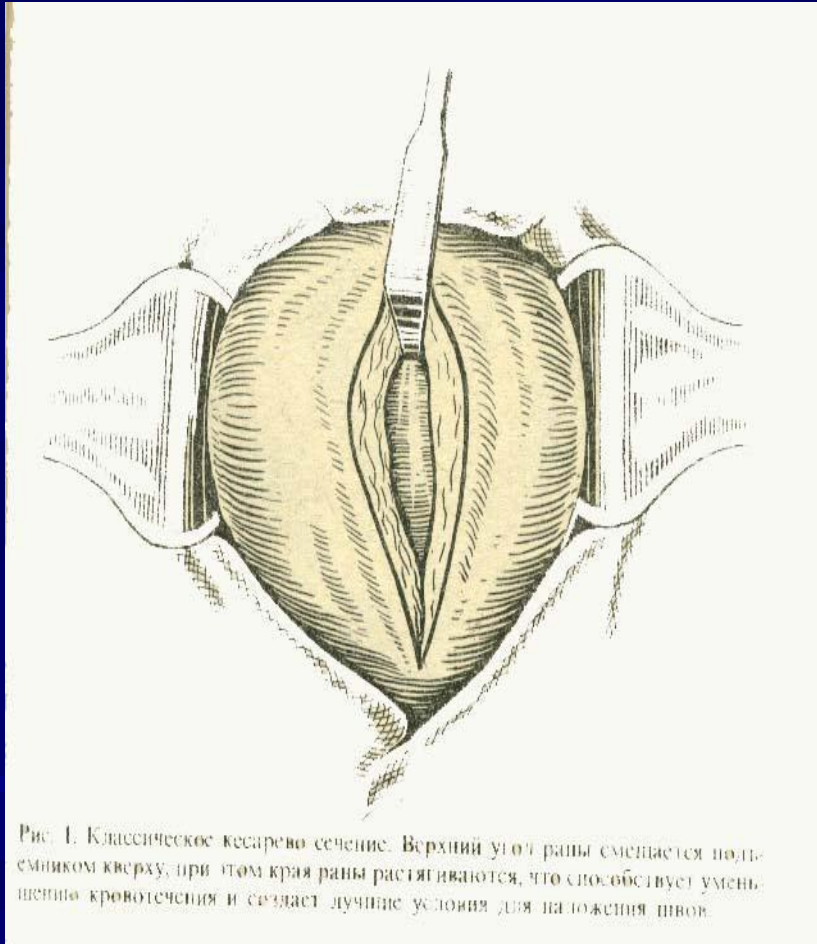


Рис. 6. Рассечение нижнего сегмента матки и расширение раны с помощью пальцев (метод Гусакова).

Корпоральный разрез

IV. Извлечение плода

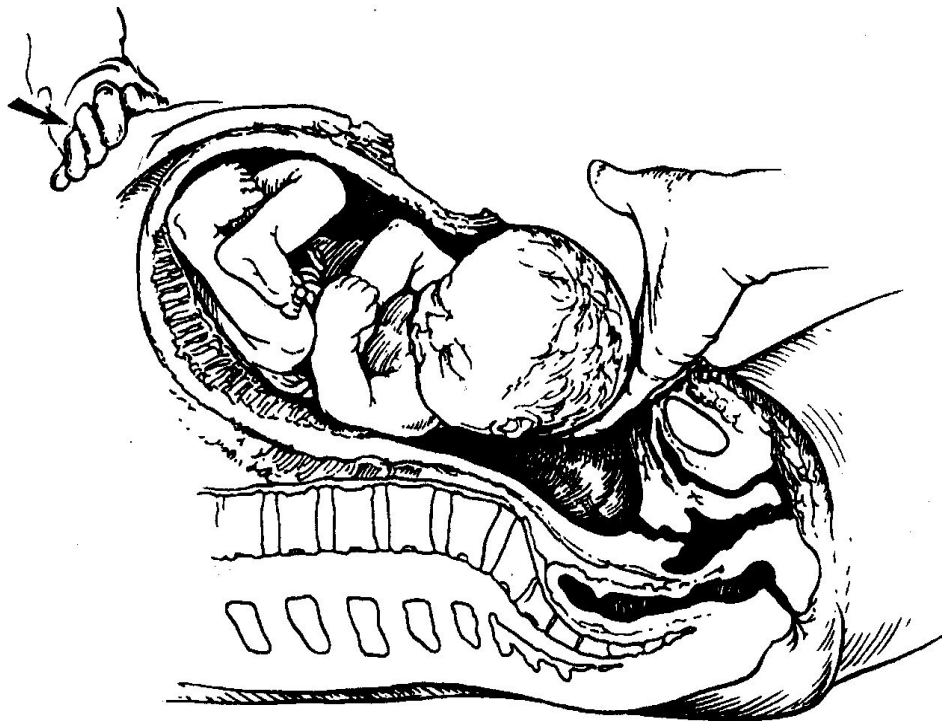


Рис. 8. Выведение головки плода через разрез на матке.

Извлечение головки плода



**Извлечение плечевого
пояса плода**

VI. Удаление последа, ревизия полости матки, цервикального канала



VI. Ушивание разреза матки

Используются современные шовные синтетические материалы (викрил, дексон, полиамид).

VII. Перитонизация

VIII. Ушивание передней брюшной стенки

ПРЕИМУЩЕСТВА КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ В НИЖНЕМ СЕКМЕНТЕ

- Разрез на наиболее тонкой части стенки матки; в этот разрез попадает наименьшее количество мышечных волокон следовательно по мере формирования нижнего сегмента будет формироваться полноценный соединительнотканый рубец.
- Небольшая кровопотеря.
- Идеальная перитонизация за счет пузырьно-маточной складки.
- Разрезы париетальной и висцеральной брюшины не совпадают , то есть минимальная возможность образования спаек.
- Формирование полноценного рубца, то есть уменьшается вероятность разрыва матки по рубцу.

ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ

- Инфекция любой локализации (лучше производить в данном случае экстраперитонеальное кесарево сечение).
- Длительный безводный промежуток.
- Внутриутробная гибель плода (единственным исключением из этого правила составляет мертвый плод при ПОНРП).
- Плод в состоянии асфиксии и нет уверенности в рождении живого ребенка.

УСЛОВИЯ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ОПЕРАЦИИ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ

- **ХИРУРГИЧЕСКИЕ УСЛОВИЯ:** наличие операционной, инструментария, квалифицированного хирурга.
- **АКУШЕРСКИЕ УСЛОВИЯ.**
- Наличие зрелых родовых путей , что необходимо для хорошего оттока лохий в послеоперационном периоде
- Безводный период не более 12 часов (если более 12 часов то необходимо выполнять эстраперитонеальное кесарево сечение).
- Отсутствие симптомов эндометрия в родах (хорионамнионита).
- Живой плод.

АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОЕ ПОСОБИЕ

- ПРЕМЕДИКАЦИЯ цель: достижение психического покоя, блокада нейровегетативных реакций. Предупреждение побочных влияний анестезиологических средства, профилактика и терапия некоторых осложнений беременности и родов, внутриутробной гипоксии плода.
- внутривенно бета-адреномиметики, для улучшения состояния плода применяется гинипрал. Если кесарево сечение производится из-за гестоза то назначают гипотензивные средства. Также назначаются транквилизаторы или снотворные (реланиум, фенобарбитал и др.) на ночь. Также они назначаются перед операцией.
- Атропин или метацин для профилактики вагусных реакций.
- Средства для профилактики синдрома Мендельсона - сода, магеназия, альмагель, циметидин.
- Для плода: глюкоза, витамин С, кокарбоксилаза, сигетин.
- Предоперационный токолиз.
- Ингаляция кислорода.

МЕТОДЫ АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОГО ПОСОБИЯ

- Местная инфильтрационная анестезия (в настоящее время не применяется).
- Эпидуральная или спинномозговая анестезия.
- Общая анестезия и ИВЛ,

ОСЛОЖНЕНИЯ ВО ВРЕМЯ ОПЕРАЦИИ

Синдром Мендельсона.

- Синдром сдавления нижней полой вены
- Ранение соседних органов (мочевой пузырь, мочеточник, кишечник)

Кровотечение во время операции.

Причины:

- гестоз (при котором уже имеется хроническая стадия ДВС-синдрома)
- патология свертывающей системы крови
- задержка частей последа
- гипотонические состояния матки.

При гипотонических состояниях необходимо проводить терапию утеротониками, при гестозе - инфузионная терапия.

Мероприятия для остановки кровотечения из матки после удаления последа:

- Массаж матки;
- Удаление сгустков крови;
- Введение утеротонических средств в/в;
- Переливание свежезамороженной плазмы;
- Перевязка маточных сосудов;
- При неэффективности – гистерэктомия.

Частота гистерэктомии после КС колеблется от 2,1 до 9,2%.

ОСЛОЖНЕНИЯ В РАННЕМ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ

- Кровотечение.
- Парез кишечника - самый ранний признак перитонита. Нарушение функции мочеиспускания (задержка мочи).
- Тромбоэмболические осложнения
- Гнойно-септические осложнения, составляют от 3,3 до 54,3%..

ВЕДЕНИЕ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ПЕРИОДА

• ПЕРВЫЙ ДЕНЬ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ:

- Стол 0: минеральная вода и соки, но без содержания сахара. Режим постельный, но женщина должна переворачиваться сбоку на бок и садиться. К концу суток должна стоять рядом с кроватью (профилактика тромбэмболических осложнений и пареза кишечника). Назначают антибиотики (амоксиклав, омоксациллин, цефалоспорины). Ребенку назначают бифидум.
- Инфузионная терапия: солевые растворы (ацесоль, дисоль и т.д.). Кровезаменители – гемохез, волювен, инфукол - 2 флакона по 400 мл).
- Обезболивание: введение наркотических анальгетиков, кеторол, кетонал.
- Витамины парентерально.
- Сокращающие средства: окситоцин в/капельно и внутримышечно 3 раза в день.
- Анализ крови и анализ мочи.

- ВТОРОЙ ДЕНЬ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ.
- Стол 1. Ранняя активация. Надо стоять рядом с кроватью, движения.
- Гипертоническая клизма, через 15 минут вводят прозерин подкожно.
- Обезболивание: кеторол, кетонал.

- ТРЕТИЙ ДЕНЬ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ.
- Стол 1, можно начинать кормить бульонами, протертыми овощами, можно кусочек мяса.
- Антибиотики
- витамины
- сокращающие средства
- очистительные клизмы
- УЗИ малого таза (матки и придатков) на 4-5 сутки послеоперационного периода
- На 7-10 сутки снимают швы. На 11 сутки выписывают. На 10 сутки должно быть закрытие маточного зева.

Прогнозирование последующих беременностей после операции кесарева сечения.

- Перенесенное КС оказывает влияние на последующую репродуктивную функцию женщин: у них может возникать бесплодие, привычное невынашивание, нарушение менструального цикла.

Реабилитация

- Контрацепция (барьерная, КОК)
- Диспансерное наблюдение
- Оценка полноценности рубца на матке (УЗИ, гистероскопия через 8-12 мес. после операции КС)
- Оценка состоятельности рубца при беременности в 37-38 недель, для решения вопроса о самопроизвольных родах



Контрольный вопрос
Что такое кесарево сечение?