



# Кесарево сечение в современном акушерстве и родовой травматизм



**Кесаревым сечением  
называют такую  
родоразрешающую  
операцию, во время  
которой плод и послед  
извлекают через  
разрез на матке  
(приказ № 582)**



# История операции кесаревого сечения

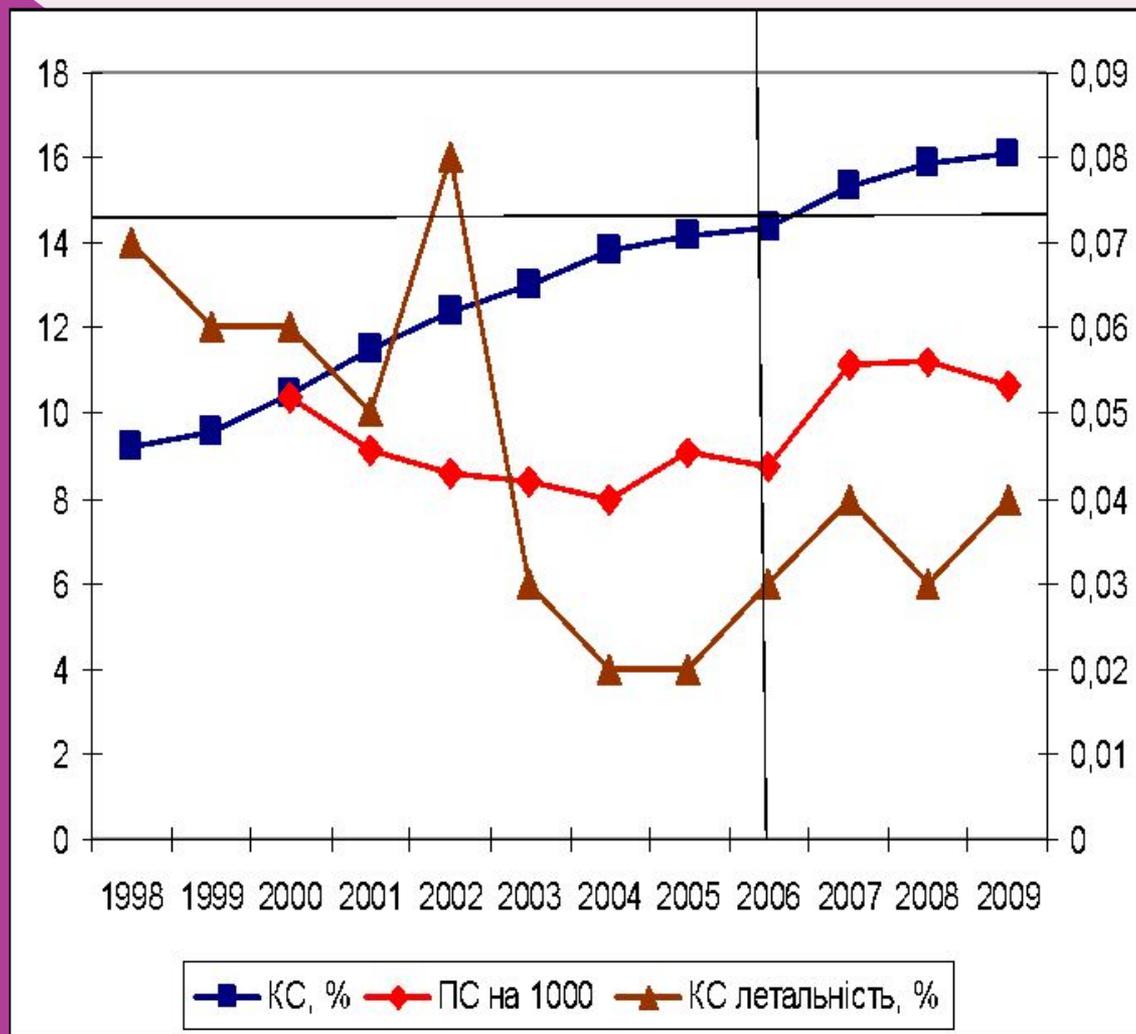
Первую достоверно известную операцию кесаревого сечения было выполнено немецким хирургом I. Trautmann в 1610 году.

В России первая операция была выполнена Еразмусом у 1756 году, вторая – в 1796 году Зоммером и обе с позитивным результатом.

По данным А.Я. Красовского в России до 1880 года было проведено лишь **12 кесаревых сечений всего.**



# Динамика частоты выполнения КС





**РОЛЬ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ**

**В СНИЖЕНИИ**

**ПЕРИНАТАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ**

**НЕ ВЫЗЫВАЕТ СОМНЕНИЙ**

Увеличение частоты КС на 1%  
приводит к двухкратному  
повышению частоты  
послеоперационных заболеваний:

Метроэндометрит	25-42%
Перитонит	0,2-1,5%
Сепсис	0,5-3,5%
Инфекция моче- выводящих путей	3,1-29,8%
Раневая инфекция	0,7-2,3%

# Причины роста частоты КС

- **Повышена либерализация показаний к КС**
- **Погрешности при оценке состояния плода во время родов (КТГ)**
- **В США каждая 5-я женщина не хочет рожать самостоятельно**
- **В Китае врачи советуют КС для увеличения собственного заработка (стоимость родов – 205 у.е., а КС – 480 у.е.)**

# Факторы, способствующие снижению частоты ургентного КС

- ❑ Психологическая поддержка женщины в родах (А)
- ❑ Индукция родовой деятельности по достижении срока 41 недели беременности (А)
- ❑ Использование партограммы для мониторинга прогресса родов (А)
- ❑ Принятие решения по поводу КС консилиумом (С)
- ❑ Использование дополнительных методов оценки состояния плода (определение рН через кожу предлежащей головки и фетальная пульсоксиметрия при наличии условий для их проведения) (В).
- ❑ Пересмотр показаний к КС в операционной (переоценка состояния плода и положения предлежащей части).

# 4 Категории ургентности

КС:

- **1 категория** - существует значительная угроза жизни матери и/или плода ( дистресс плода, разрыв матки и т.д.) (О82.1) – операцию следует начать не позднее, чем через **15 мин** от определения показаний (С);
- **2 категория** - состояние матери и/или плода нарушены, но непосредственной угрозы жизни нет (например, аномалии родовой деятельности в случае нарушенного состояния матери или плода) (О82.1) - операцию следует начать не позднее **30 мин.** от определения показаний (С);

# Категории ургентности КС (продолжение)

- **3 категория** - состояние матери и плода не нарушены, однако требуют абдоминального родоразрешения (например, дородовое излитие вод в случае запланированного КС; аномалии родовой деятельности при отсутствии скомпроментированного состояния матери или плода) (O82.1) – операцию необходимо начать в течение **75 минут** (С);
- **4 категория** – согласно предварительному плану в **запланированный день и время.**



Увеличение частоты КС выше, чем **15**, **не рекомендовано ВОЗ**, потому что не влияет на снижение показателей перинатальной заболеваемости и смертности среди детей, которые родились путем КС в сравнении с таким же среди новорожденных, что родились природным путем.

- КС увеличивает риск серьезных осложнений при последующей беременности.
- Увеличение частоты КС ведет к проблеме ведения беременности и родов у женщин с рубцом на матке, который становится показанием для повторного оперативного родоразрешения в **15-23 %**.

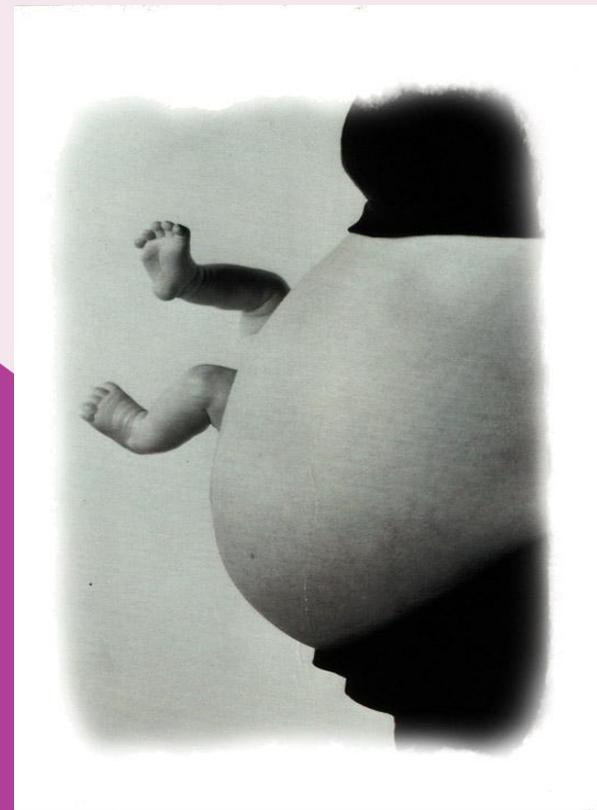
# Разновидности оперативной методики кесарева сечения

## ▣ Абдоминальное кесарево сечение:

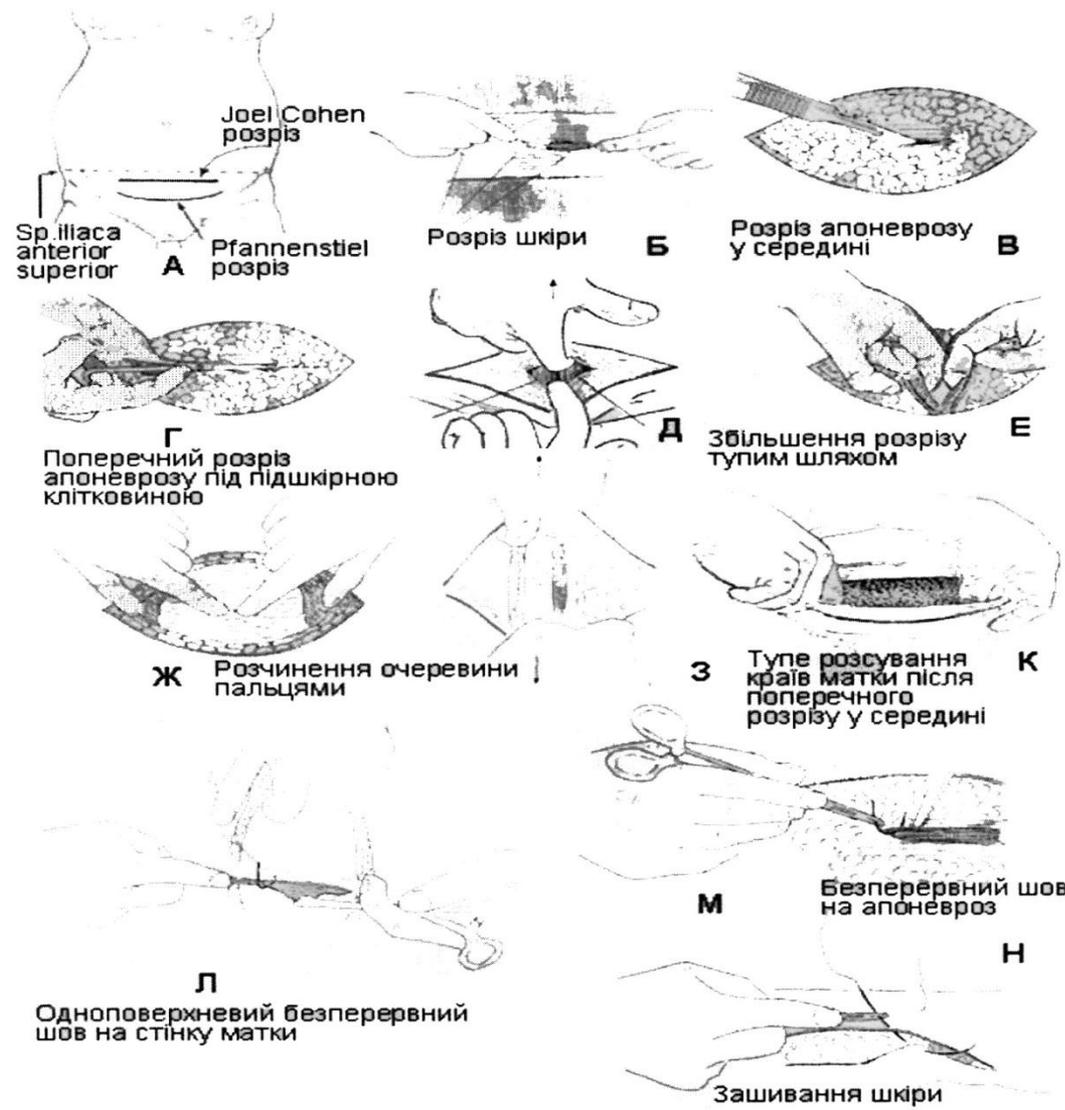
- Классическое (корпоральне)
- В нижнем маточном сегменте
- В нижнем маточном сегменте с временной изоляцией брюшной полости
- По Старку (Мисгаф Ледаху)
- По Джоэл-Кохену
- По Порро

## ▣ Экстраперитонеальное кесарево сечение

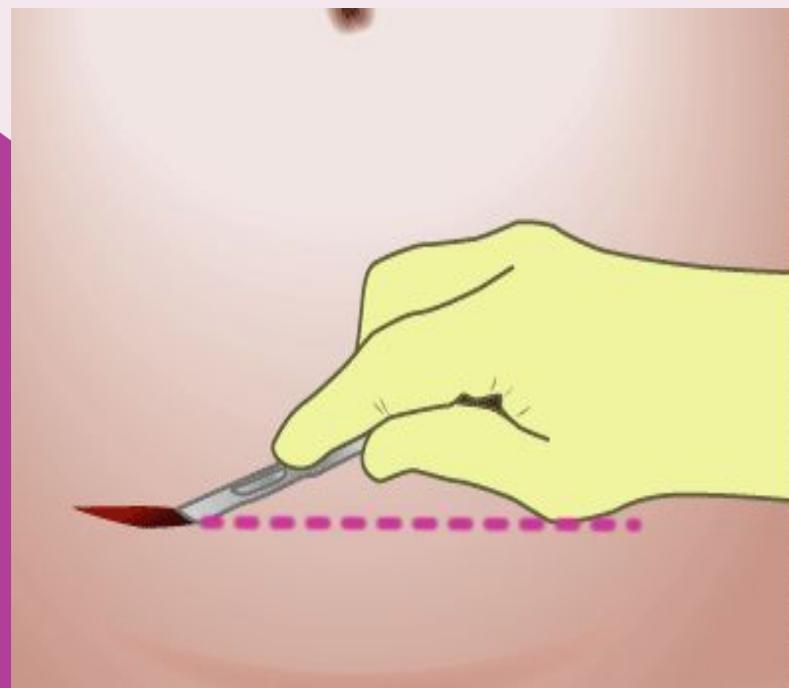
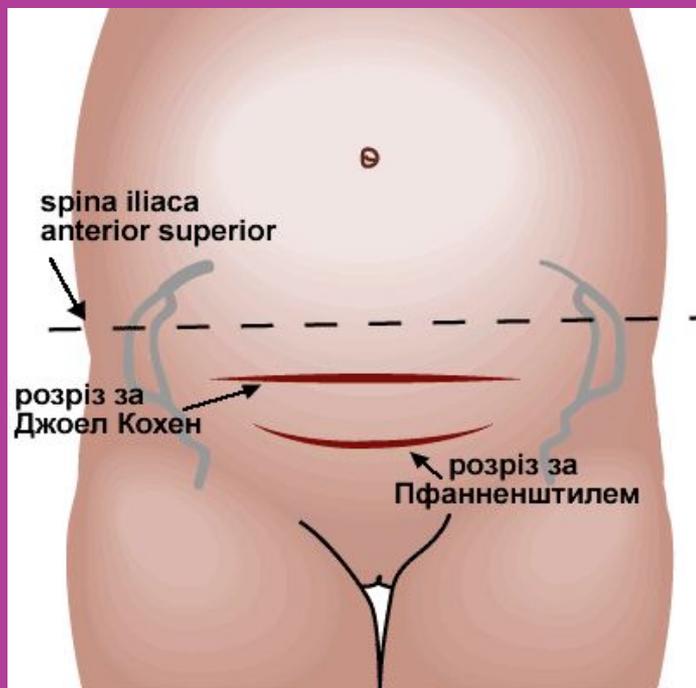
## ▣ Малое (вагинальное) кесарево сечение



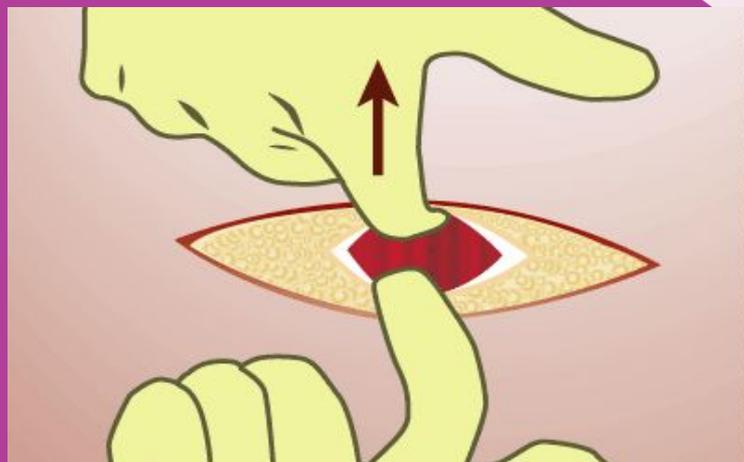
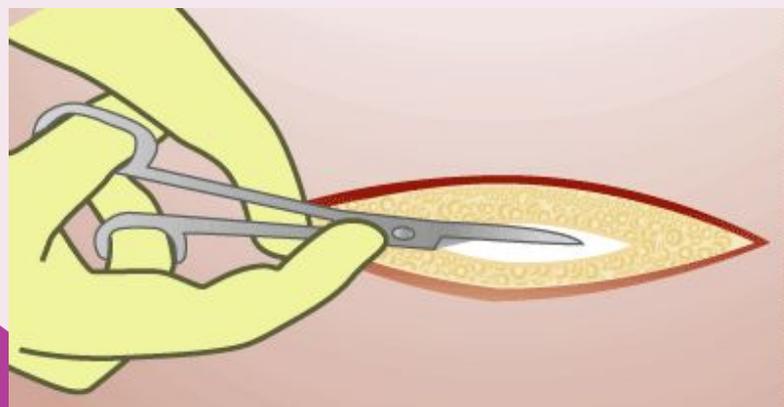
# Кесарів розтин за методикою Misgav Labach



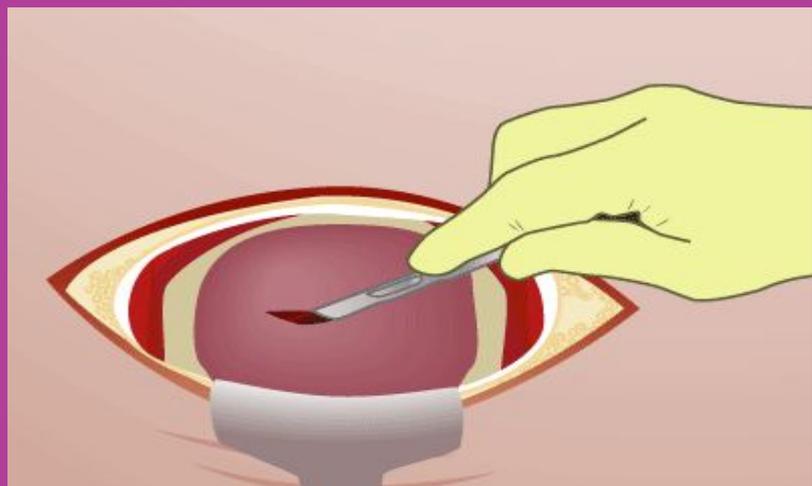
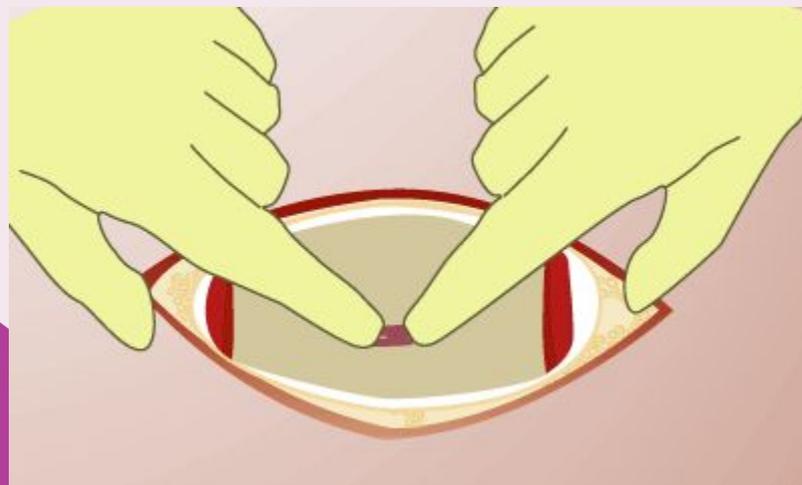
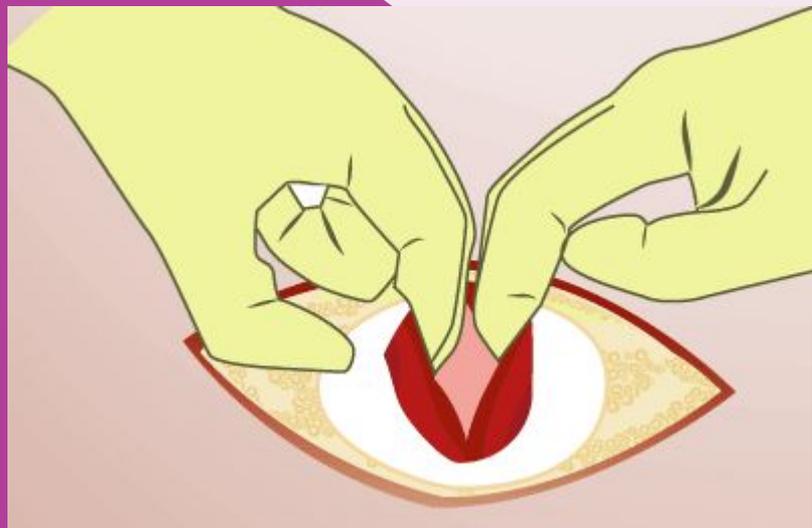
# Методика КС по Джоэл - Кохен (Joel-Cohen)



# Методика КС по Джоэл - Кохен (Joel-Cohen) (продолжение)



# Методика КС по Джозел - Кохен (Joel-Cohen) (продолж)



## Преимущества поперечного разреза по Джоэл-Кохен в сравнении с разрезом по Пфанненштилю (А):

- На 65% снижает послеоперационную заболеваемость
- На 45% уменьшает потребность в использовании анальгетиков в послеоперационном периоде
- Уменьшает время операции в среднем на 18,6 мин
- Уменьшает время извлечения плода на 1,9 мин
- Уменьшает кровопотерю на 64 мл
- Уменьшает продолжительность пребывания в стационаре на 1,5 дня

# Показания к плановому кесареву сечению

1. Предлежание плаценты, подтвержденное при УЗИ после 36 нед. (край плаценты меньше чем на 2 см от внутреннего зева) (D)

2. Рубец на матке при наличии противопоказаний к ВР

- Наличие какого-нибудь противопоказания к ВР
- Предшествующее корпоральное КС
- Предшествующий Т та J-подобный разрез на матке (B)
- Разрыв матки в анамнезе
- Предшествующие реконструктивные операции на матке, резекция угла матки, гистеротомия, миомэктомия с проникновением в полость матки в анамнезе [C], лапароскопическая миомэктомия при отсутствии ушивания матки современным шовным материалом [D]
- Больше одного КС в анамнезе (среди женщин, которые имеют в анамнезе два КС, могут быть отобраны как кандидаты для пробы вагинальных родов после КС, только те, кто имеют в анамнезе хотя б одни вагинальные роды (ВР)).
- Отказ женщины от попытки ВР.

# Показания к плановому кесареву сечению (продолжение)

3. Тазовое передлежание плода после неудачной попытки наружного поворота плода в 36 недель, при наличии противопоказаний к нему (А) или при настойчивом желании женщины (D).
4. Тазовое предлежание или неправильное положение I плода при многоплодной беременности (D)
5. Поперечное положение плода
6. Моноамниотическая двойня (D) - операция КС выполняется в 32 недели беременности после проведения профилактики РДС), в ЛПЗ Ш уровня

# Показания к плановому кесареву сечению (продолжение)

7. Синдром задержки роста одного из плодов при многоплодной беременности

8. ВИЧ-инфицированные:

- Женщины, которые принимают антиретровирусную терапию тремя препаратами и имеют вирусное напряжение более 50 копий /1 мл (А);

- Женщины, которые принимают монотерапию зидовудином (А);

- Ко-инфицированные женщины ВИЧ и вирусным гепатитом С (D).

Операция должна быть выполнена в 38 нед. беременности до начала родовой деятельности и/или разрыва плодовых оболочек.

9. Первичный генитальный герпес за 6 нед. до родов (B).

# Показания к плановому кесареву сечению (продолжение)

10. Экстрагенитальная патология (после установления диагноза профильным экспертом):

- кардиологическая - артериальная гипертензия III стадии, коарктация аорты (без оперативной коррекции порока), аневризма аорты или другой крупной артерии, систолическая дисфункция левого желудочка с фракцией выброса < 40%, констриктивный перикардит ;
- офтальмологическая - геморрагическая форма ретинопатии, перфоративная язва роговицы, ранения глазного яблока с проникновением, «свежий» ожог (другая, кроме вышеперечисленной, патологии органа зрения не является показанием к КС);
- пульмонологическая - заболевания легких, которые обуславливают угрозу пневмоторакса, легочное кровотечение менее чем за 4 нед. до родоразрешения;
- органов пищеварения - портальная гипертензия с варикозным расширением вен пищевода и желудка, спленомегалия, диафрагмальная грыжа;
- неврологическая - гипертензионно-ликворный синдром, состояние после геморрагического инсульта, артерио-венозной мальформации мозга.

# Показания к плановому кесареву сечению (продолжение)

11. Опухоли органов малого таза или последствия травмы таза, которые препятствуют рождению ребенка (D).
12. Рак шейки матки (D).
13. Состояния после разрыва промежности III степени или пластических операций на промежности (D).
14. Состояния после хирургического лечения мочеполовых и кишечно-половых свищей (D)
15. Гастрошизис, диафрагмальная грыжа, spina bifida, тератома у плода, сращения близнецов - при условии возможности предоставления оперативной помощи новорожденному ребенку (при наличии решения перинатального консилиума или консультативного вывода профильного эксперта) (D).

- **КС по желанию женщины при отсутствии перечисленных показаний не проводится.**
- В случае отказа женщины от показанной операции она должна собственноручно подписать информированный отказ (D).
- При отказе пациентки от документирования собственного решения, данный факт документируется в истории родов медицинскими работниками в составе не менее трех лиц.

# Сроки выполнения планового кесаревого сечения

- Плановое elective КС выполняют после **полных 39 недель** беременности.
- В случае многоплодной беременности плановое elective КС выполняют **посля 38 недель**.
- С целью профилактики вертикальной трансмиссии при ВИЧ-инфицировании матери **в 38 недель беременности до отхождения околоплодных вод** и/или до начала родов.
- В случае моноамниотической двойни операция КР должна быть выполнена **в сроке 32 недели** после предварительной профилактики РДС в ЛПУ III уровня.

# Показания к операции ургентного кесарева сечения (D)

- Кровотечение до родов или в I периоде родов при отсутствии условий для быстрого родоразрешения через ЕРП.
- Разрыв матки, который угрожает или начался.
- Тяжелая преэклампсия или эклампсия при отсутствии условий для экстренного родоразрешения через ЕРП.
- Дистресс плода, подтвержденный объективными методами обследования (КТГ, рН передлежащей части, фетальная пульсоксиметрия при наличии условий, доплерометрия), при отсутствии условий для срочного родоразрешения через ЕРП.
- Выпадение пульсирующих петель пуповины.

# Показания к операции ургентного кесарева сечения (D) (продолжение)

## □ Обструктивные роды:

- Асинклитические вставления головки плода (задний асинклитизм)
- Поперечное и косое положение плода при отхождении околоплодных вод
- Разгибательные вставления головки плода (лобное, передний вид лицевого)
- Клинически узкий таз.

□ Аномалии родовой деятельности по данным партограммы, которые не поддаются медикаментозной коррекции.

□ Нудчая попытка индукции родов.

□ Агональное состояние или клиническая смерть беременной при живом плоде.

**Противопоказания к  
родоразрешению путем операции  
кесаревого сечения**

- **внутриутробная гибель плода**

# Организационные условия проведения операции кесарева сечения

- **Согласие беременной или ее родственников на проведение оперативного родоразрешения.**
- **Выбор оптимального времени для проведения плановой операции (доношенная беременность, проведение операции с началом родовой деятельности).**
- **Выбор типа антибиотика для антибактериальной профилактики.**
- **Наличие условий и специалистов соответствующей квалификации.**

# Анестезиологическое обеспечение операции кесарева сечения

- **Эндотрахеальный наркоз**
- **Эпидуральная анестезия**
- **В исключительных случаях - местная инфильтрационная анестезия.**



# Профилактика послеоперационных осложнений

- ◎ **ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЕ НАЗНАЧЕНИЕ**  
**цефалоспоринов II-III генерации (1,5 Г)**  
**сразу после извлечения ребра**  
А потом 2-х кратное введение  
(через 8 | 16 часов после окончания  
операции по 750 МГ) ;
- ◎ у женщин группы высокого риска развития  
гнойно-септических осложнений сразу  
начинать антибактериальную терапию в  
лечебном режиме;



# Цели

## антибиотикопрофилактики

- **снижение числа послеоперационных инфекций**
- **улучшение качества послеоперационного пребывания больных в стационаре**
- **предотвращение повышенного использования антибиотиков**
- **снижение общих затрат на госпитализацию и лечение**



# Профилактика послеоперационных осложнений



при зашивании раны на матке следует использовать современный шовный материал дексон, викрил, ПДС;

Ведущие предпосылки хорошей регенерации тканей и формирования полноценного рубца – оптимальные условия кровоснабжения тканей

(снижение рядности швов на матке, использование синтетического шовного материала (викрила))

# Профилактика послеоперационных осложнений (продолжение)

- профилактика возникновения тромбоэмболических осложнений (гепарин, фраксипарин, клексан, цибор с раннего периода и под контролем гемостазиограммы);
- придерживаться активного ведения послеоперационного периода;
- придерживаться норм санитарно-эпидемиологического режима;



# Послеоперационный уход и ведение раннего послеоперационного периода

- контроль состояния матки;
- контроль количества выделенной крови из влагалища;
- контроль гемодинамики;
- адекватное обезболивание



# Пути снижения частоты КС

- **Прагматичный подход к оценке показаний к КС**
- **в Англии медикам официально разрешено отказывать пациентам в КС, если нет четких медицинских показаний**
- **Роды после КС**

# Класифікація родового

**травматизма** (Приказ №582 от 15.12.2003 «Про затвердження Клінічних протоколів» )

- ◎ **Разрывы промежности**
- ◎ **Разрывы влагалища**
- ◎ **Разрывы шейки матки**
- ◎ **Разрывы матки**

# Степени разрывов промежности

- I степень** - разрыв задней спайки (не больше 2 см), мышцы промежности остаются целыми
  - II степень** - поражение кожи и мышц промежности. Сфинктер и прямая кишка остаются целыми.
  - III степень** – кроме разрывов кожи и мышц промежности происходит разрыв наружного сфинктера прямой кишки (неполный разрыв III ст.), в случае разрыва слизистой оболочки прямой кишки – полный разрыв III ст.
- Редкий вид травмы** – центральный разрыв промежности, когда есть разрыв задней стенки влагалища, мышц тазового дна и кожи промежности, а задняя спайка и сфинктер прямой кишки остается целым.

# Классификация разрывов шейки матки

- I степень** - разрыв шейки матки с одной или с двух сторон длиной не более 2 см
  
- II степень** – разрыв длиной более 2 см, который не доходит до свода влагалища
  
- III степень** - разрыв шейки матки до свода влагалища, или который переходит на верхний отдел влагалища

**Разрыв матки –  
нарушение целостности  
стенки ее тела в любом  
отделе во время  
беременности или родов**

# Факторы риска возникновения разрыва матки

- Много родов в анамнезе
- Рубец на матке
- Неправильные передлежания плода
- Неправильные вставления головки плода
- Многоплодная беременность
- Крупный плод
- Многоводие
- Узкий таз
- Рубцовая деформация шейки матки

# Классификация разрывов

**МАТКИ** (М.А.Репина., 1984)

## I. По патогенезу:

### 1. Спонтанный разрыв матки

- При морфологических изменениях миометрия
- При механическом препятствии рождения плода

### 2. Насильственный разрыв матки

- Чистый (при внешней травме)
- Смешанный (при спайках и грубом вмешательстве и препятствии рождению плода)

## II. По клиническому течению:

1. Риск разрыва матки

2. Угрожающий разрыв матки

3. Разрыв матки, который совершился

# Классификация разрывов

**МАТКИ** (М.А.Репина., 1984) продолжение

## III. По характеру поражения:

1. **Неполный разрыв матки (не проникающий в брюшную полость)**
2. **Полный разрыв матки (проникающий в брюшную полость)**

## IV. По локализации:

### 1. Разрыв в нижнем сегменте матки:

- Разрыв передней стенки
- Боковой разрыв
- Разрыв задней стенки
- отрыв матки от сводов влагалища

### 2. Разрыв в теле матки:

- Разрыв передней стенки
- Разрыв задней стенки

### 3. Разрыв в дне матки.

# Клинические симптомы угрожающего разрыва матки

- **Черезмерная родовая деятельность**
- **Недостаточное расслабление матки после схваток**
- **Резко болезненные схватки, беспокойство роженицы**
- **Болезненность при пальпации нижнего сегмента матки**
- **Отсутствие или черезмерная конфигурация головки плода**
- **Аномалии вставления и предлежания головки**
- **Преждевременное, раннее отхождение околоплодных вод**
- **Непродуктивна потужна діяльність при повному розкритті шийки**
- **Отек шейки матки, влагалища и наружных половых органов**
- **Родовая опухоль на головке плода**
- **Затруднение сочеиспускания (появление крови в моче при затяжных родах)**
- **Матка в виде “песочных часов”**
- **Ухудшение состояния плода**
- **Положительный симптом Генкеля-Вастена**
- **Кровянистые выделения из полости матки**

# Клинические признаки разрыва

## МАТКИ

- Прекращение родовой деятельности
- Изменение контуров и формы матки
- Болевой синдром
- При пальпации живота отмечается резкая общая и локальная болезненность, вздутие
- Резкая боль при пальпации и смещении матки
- Появление резкоболезненного образования по ребру матки или над лоном (гематома)
- Симптом “перевернутого дна ” матки
- Рождение плода в брюшную полость – пальпация его частей через брюшную стенку
- Симптом раздражения брюшины
- Внешнее, внутреннее или комбинированное кровотечение
- Нарастание симптомов геморрагического шока
- Внутриутробная гибель плода

*Спасибо за  
внимание*

