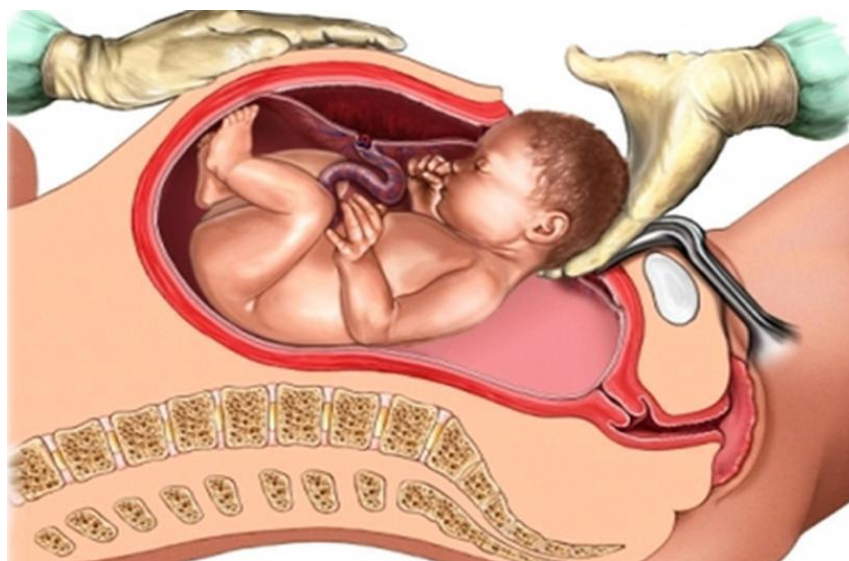


ГБОУ Ярославский государственный медицинский
университет
Кафедра акушерства и гинекологии

Кесарево сечение:

Показания, классификация.
Предоперационная подготовка и
послеоперационное ведение.



Выполнила: Ординатор
Чотчаева З.Д.
Куратор: Сутугина О.Н.

Ярославль, 2018 г.

Показания к операции кесарева сечения*:

- 1. Предлежание плаценты;
- 2. Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты;
- 3. Предыдущие операции на матке;
- 4. Неправильное положение и предлежание плода ;
- 5. Многоплодная беременность; фето-фетальный трансфузионный синдром.

Показания к операции кесарева сечения*:

- 6. Беременность сроком 41 нед и более при отсутствии эффекта от подготовки к родам;
- 7. Плодово-тазовые диспропорции
- 8. Анатомические препятствия родам через естественные родовые пути;
- 9. Угрожающий или начавшийся разрыв матки;
- 10. Преэклампсия тяжелой степени, HELLP синдром или эклампсия при беременности и в родах (при отсутствии условий для родоразрешения *per vias naturales*);

Показания к операции кесарева сечения*:

- 11. Соматические заболевания, требующие исключения потуг;
- 12. Дистресс плода;
- 13. Выпадения пуповины;
- 14. Некоторые формы материнской инфекции. Передача гепатита В может быть снижена при назначении ребенку иммуноглобулина и вакцинации. Женщины с первичным генитальным герпесом в III триместре должны быть родоразрешены путем планового кесарева сечения .
- 15. Некоторые аномалии развития плода и нарушение коагуляции у плода.

Клиническая классификация:

По срочности:

- Плановое. При наличии экстрагенитальной патологии осмотр профильных специалистов для решения вопроса планового кесарева сечения.
- Экстренное/ургентное.

Клиническая классификация:

Категории экстренности/ургентности*:

- 1. Категория – существует значительная угроза жизни матери и / или плода - операция должна быть начата не позднее 15-30 минут от определения показаний.
- 2. Категория – состояние матери и / или плода нарушены, но непосредственной угрозы жизни матери и / или плода нет – операция должна быть начата не позднее 30 минут от определения показаний.
- 3. Категория – состояние матери и плода не нарушены, однако показано оперативное родоразрешение
- 4. Категория – по предварительному плану в запланированный день и время.

Клиническая классификация:

Плановое кесарево сечение:

- беременным в сроке не ранее 38 недель.
- классификация в зависимости от локализации разреза на матке:
 - корпоральное кесарево сечение
 - кесарево сечение в нижнем маточном сегменте
- классификация в зависимости от доступа к матке.
 - абдоминальное (в том числе экстраперитонеальное)
 - влагалищное

Подготовка к операции кесарева сечения :

1. сбор анамнеза;
2. оценку состояния плода (положение, предлежание, сердцебиение, размеры) и матери (Ps, АД, ЧДД, сознание, состояние кожных покровов, пальпация матки, характер влагалищных выделений, влагалищное исследование);
3. анализ крови (гемоглобин, количество тромбоцитов, лейкоцитов), биохимический анализ крови и коагулограмма (по показаниям), группа крови, резус-фактор, резус-антитела, тестирование на сифилис, ВИЧ, гепатит В и С;
4. консультацию анестезиолога;
5. консультирование смежных специалистов при необходимости;
6. использование мочевого катетера и удаление волос в области предполагаемого разреза кожи;

Подготовка к операции кесарева сечения :

7. проверку в операционной положения плода, предлежания и позиции, наличия сердцебиения;
8. использования во всех случаях компрессионного трикотажа с целью профилактики венозных тромбоэмболических осложнений в раннем послеродовом периоде;
9. антибиотикопрофилактику (см. протокол)*;
10. начало инфузионной терапии кристаллоидных растворов;
11. антиретровирусную профилактику ВИЧ-положительных женщин, не получавших антиретровирусную терапию;
12. информированное согласие на оперативное вмешательство, в котором следует указать обо всех возможных рисках и осложнениях, как со стороны матери, так и плода.

Послеоперационное

ведение:

Адекватное послеоперационное обезболивание А. Всем пациенткам назначаются: В конце операции, или в начале раннего послеоперационного периода, в/в инфузия парацетамола (перфалгана), НПВС

Б. Продолжение эпидуральной анальгезии местными анестетиками.

В. При выраженном болевом синдроме (ВАШ >50 мм) добавить сильные опиоиды (в/в).

Г. При средней интенсивности боли (ВАШ = 30-50 мм) - слабые опиоиды

Послеоперационное

ведение:

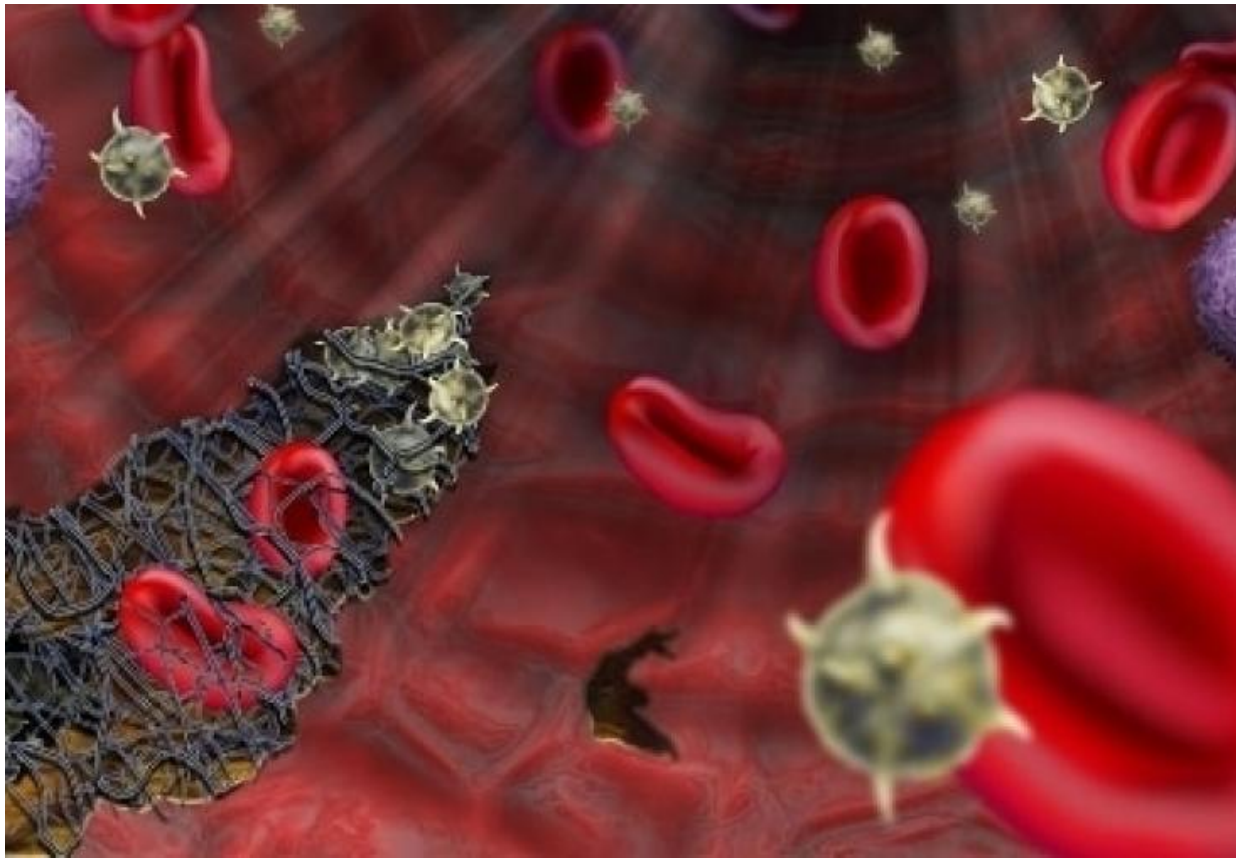
Энтеральное питание. Начиная с первого часа после операции, они могут получать пищу, соответствующую общему столу, за исключением хлеба, овощей и фруктов.

Родильницам, перенесшим операцию кесарева сечения в условиях общей анестезии, разрешается прием жидкости через 2 часа после окончания операции.

Этой категории родильниц энтеральное питание может быть назначено через 4-6 часов после операции - бульон; через 24 часа - общий стол.

Профилактика послеоперационных осложнений :

- кровотечение,
- гнойно-воспалительные осложнения,
- тромбоэмболические осложнения



Профилактика тромбоэмболических осложнений

Все женщины должны пройти документальную оценку факторов риска венозной тромбоэмболии:

- на ранних сроках беременности или до беременности;
- при госпитализации по любой причине;
- повторно непосредственно перед и после операции.

Адекватное обследование и наблюдение после операции

После операции кесарева сечения и до выписки необходимо проводить динамическое наблюдение для раннего выявления послеоперационных осложнений



Осмотр включает в себя:

- мониторинг в течение 2-х часов (ЭКГ, неинвазивное измерение АД, пульсоксиметрия); оценка степени боли по шкале ВАШ, определение АД, пульса, оценка состояния кожных покровов;
- оценка перистальтики кишечника;
- наружный осмотр для определения размера матки, консистенции, болезненности;
- оценка количества и характера лохий, соответствующие сроку инволюции матки, определения состояния молочных желез (отсутствие трещин на сосках с признаками нагноения и лактостаза), оценка состояния послеоперационного шва (признаков воспаления, отека, инфильтрации, расхождения), пальпация вен нижних конечностей.

Частота врачебного осмотра:

- сразу после операции кесарева сечения,
- каждые 20-30 минут после операции в течение 2-х часов,
- каждые 2-3 часа через 2 часа после операции до 6 часов,
- после перевода в послеродовое отделение,
- один раз в день в послеродовом отделении,
- при любых жалобах пациентки, гипертермии, обильных кровянистых выделениях и т.д.

Грудное вскармливание :

- Интраоперационное раннее прикладывание к груди матери возможно при регионарных методах обезболивания операции,
- отсутствии осложнений у матери и удовлетворительном состоянии новорожденного,
- сразу после его высушивания и пеленания.

Необходимо обеспечить ранний контакт кожа-к-коже (мать-новорожденный), а также совместное пребывание матери и ре



Ранняя выписка :

- Ранняя выписка - предпочтительна, однако следует соблюдать следующие критерии:
- отсутствие гипертермии (выше 37.2°C) и неосложненное течение послеоперационного периода (4-5 сутки);
- размер матки, соответствующий нормальным срокам инволюции по данным гинекологического осмотра и отсутствие патологических изменений при УЗИ;
- отсутствие трещин на сосках с признаками нагноения и лактостаза;
- область швов без признаков воспаления, выписка возможна в нерассасывающемся шовным материалом с последующим удалением шовной нити по месту жительства;
- повышенное количество лейкоцитов в крови обладает низкой прогностической ценностью для подтверждения наличия инфекции.

Ранняя выписка:

- Консультирование - При выписке всем женщинам проводится консультирование по послеродовому периоду, контрацепции и планированию последующей беременности, а также выдается «паспорт операции»



Президент Российского общества акушеров-гинекологов академик РАН, профессор В.Н. Серов
Согласовано: Главный внештатный специалист Министерства здравоохранения Российской Федерации по акушерству и гинекологии академик РАН, профессор Л.В. Адамян

Спасибо за внимание!

