

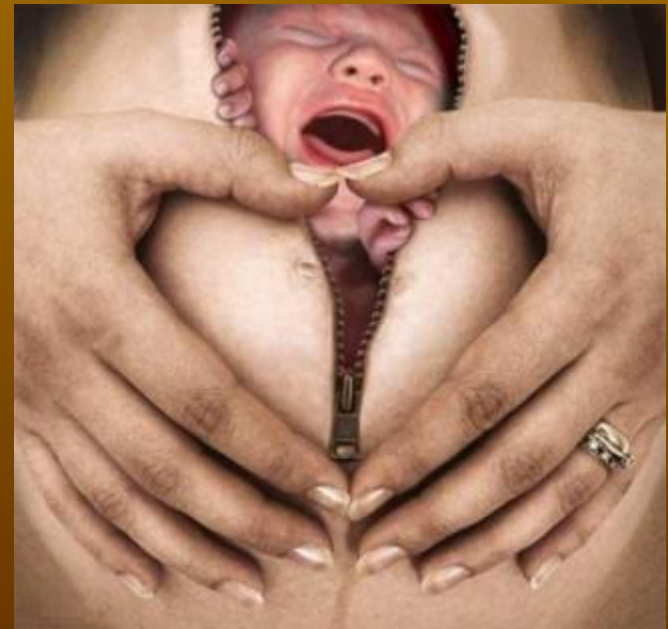
# КЕСАРСЬКИЙ РОЗТИН В СУЧАСНОМУ АКУШЕРСТВІ



К.мед.н., доцент РИНЖУК Л.В.

# КЕСАРСЬКИЙ РОЗТИН

## ШИФР МКХ-10-082



## **КЕСАРСЬКИЙ РОЗТИН (SECTIO CAESAREA)**

**Кесарським розтином називається операція, при якій хірургічним шляхом розрізають вагітну матку та з неї вилучають плід з усіма додатковими ембріональними утвореннями.**

**В перші часи та в доасептичну епоху кесарський розтин – ця „відважна хірургічна дія” – давав майже абсолютну материнську смертність і лякав жінок. З метою зниження материнської смертності було запропоновано після операції кесарського розтину видаляти матку (ампутація, resp. екстирпація).**

**Деякі вважають, що термін „кесарський розтин” нічого спільного зі словом „кесар” не мають. Скоріше він походить від двох латинських слів, які мають одне й те саме значення (тавтологія): „secare” (різати, розсікати) і „coedere” (різати). Діти, які вилучені через розріз живота, називалися „caesones”, тобто які народилися „ad utero caeso” (Пліній).**

**У справжньому значенні слова під терміном „кесарський розтин” слід розуміти розродження абдомінальним шляхом. Вагітну матку розрізають, обходячи природний шлях (через цервікальний канал): розрізають черевні стінки, як при будь-якому іншому розтині черева, а потім порожнину матки. Назву „кесарів розтин” стали використовувати і в тих випадках, коли матку розрізають per vaginam; природний шлях через шийковий канал зберігається, але розширюється за рахунок розрізаного нижнього сегменту матки.**

**Перший спосіб оперування називається абдомінальним кесарським розтином (*sectio caesarea abdominalis*), другий – піхвовим кесарським розтином (*sectio caesarea vaginalis*).**

**Операція кесарський розтин здійснюється за визначеними показаннями. Необгрунтоване підвищення частоти проведення кесарського розтину призводить до збільшення кількості післяпологових ускладнень та порушення адаптаційних можливостей новонародженого. З метою попередження випадків материнської і перинатальної захворюваності та смертності, пов'язаних з операцією кесарського розтину, необхідно суворо дотримуватись переліку показань.**

## Показання з боку матері:

- 1. Анатомічно вузький таз III й IV ступенів звуження (с. vera <7 см) і форми вузького тазу, що рідко зустрічаються (косозміщений, поперечнозвужений, лійкоподібний, спондилолістичний, остеомаліатичний, звужений екзостозами і пухлинами кісток та ін.).**
- 2. Клінічно вузький таз.**
- 3. Центральне передлежання плаценти.**
- 4. Часткове передлежання плаценти з вираженою кровотечею та відсутністю умов для термінового розродження через природні пологові шляхи.**
- 5. Передчасне відшарування нормально розташованої плаценти та відсутність умов для термінового розродження через природні пологові шляхи.**
- 6. Розрив матки, що загрожує або почався.**

- 7. Два і більше рубців на матці.**
- 8. Неспроможність рубця на матці.**
- 9. Рубець на матці після корпорального кесаревого розтину.**
- 10. Рубцеві деформації шийки матки і піхви.**
- 1. Аномалії пологової діяльності, які не піддаються медичній корекції.**
- 2. Виражене варикозне розширення вен шийки матки, піхви і вульви.**
- 3. Вади розвитку матки і піхви, які перешкоджають народженню дитини.**
- 4. Стани після розриву промежини III ступеня і пластичних операцій на промежині.**
- 5. Стани після хірургічного лікування сечостатевих і кишково-статевих нориць.**
- 6. Пухлини органів малого тазу, що перешкоджають народженню дитини.**



- 7. Рак шийки матки.**
- 8. Відсутність ефекту від лікування тяжких форм пізнього гестозу при неможливості термінового розродження через природні пологові шляхи.**
- 9. Травматичні пошкодження тазу і хребта.**
- 10. Екстрагенітальна патологія при наявності запису профільного спеціаліста: артеріальна гіпертензія III ст.; коарктація аорти; аневризма аорти чи іншої крупної артерії; систолічна дисфункція лівого шлуночка з фракцією викиду < 40%, "свіжі" крововиливи у сітківку на тлі діабетичної або гіпертонічної ангіопатії; захворювання легень, що обумовлюють загрозу пневмотораксу; легенева кровотеча менш ніж за 4 тижні до розродження; портальна гіпертензія з варикозним розширенням вен стравоходу, шлунка; спленомегаля; діафрагмальна кила; гіпертензійно-лікворний синдром; стан після геморагічного інсульту; необхідність виключення (укорочення) потуг за відсутності головного передлежання.**

- 1. Гостра форма генітального герпесу протягом 3-х тижнів перед пологами.**
- 2. Мертвонародження в анамнезі у поєднанні з іншою акушерською патологією.**
- 3. ВІЛ-інфікування вагітної при вірусному навантаженні більше 1000 копій. Операцію виконують до початку пологової діяльності та розриву плодових оболонок.**

## Показання з боку плода:

- 1. Гіпоксія плода, підтверджена об'єктивними методами обстеження, при відсутності умов для термінового розродження через природні пологові шляхи.**
- 2. Тазове передлежання плода при передбачуваній масі більше 3700 г.**
  - 1. Випадіння пульсуючих петель пуповини.**
  - 2. Неправильне положення плода після злиття навколоплідних вод.**
- 3. Високе пряме стояння стрілоподібного шва.**
- 4. Розгинальні вставлення голівки плода (лобне, передній вид лицьового).**
- 5. Вагітність внаслідок застосування лікувальних програм допоміжних репродуктивних технологій або після тривалого лікування безпліддя.**
- 6. Стан агонії або клінічної смерті матері при живому плоді.**
- 7. Багатоплідна вагітність при тазовому передлежанні I плода.**
- 8. Гіпоксія або тазове передлежання плода, маса плода більше 4000 г при цукровому діабеті у матері.**

# **Умови виконання операції (В)**

**Живий плід (окрім масивної кровотечі при повному передлежанні плаценти, передчасного відшарування плаценти, звуженні тазу 4 ступеня)**

**Цілий плідний міхур або безводний період тривалістю до 12 годин**

**Відсутність станів лихоманки у жінки**

**Згода вагітної або її родичів на  
проведення оперативного  
розродження**

**Вибір оптимального  
часу для  
проведення  
планової операції  
(доношена  
вагітність,  
проведення операції  
з початком  
пологової  
діяльності)**

**ОРГАНІЗІ  
ЦІЙ-НІ  
УМОВИ  
ПРОВЕДЕ  
ННЯ  
ОПЕРАЦІ  
Ї  
КЕСАРСЬ  
КОГО**

**Визначення  
типу  
антибіотику для  
антибактеріаль  
ної  
профілактики**

**Наявність умов та спеціалістів  
відповідної кваліфікації**

# ***ЗНЕБОЛЕННЯ***

```
graph TD; A[ЗНЕБОЛЕННЯ] --> B[Ендотрахеальний наркоз]; A --> C[Епідуральна анестезія]; A --> D[У виключних випадках – місцева інфільтраційна система];
```

**Ендотрахе-  
альний  
наркоз**

**Епідуральна  
анестезія**

**У виключних випадках  
– місцева  
інфільтраційна система**

**ПОКАЗАННЯ  
ДО ПРОВЕДЕННЯ КОРПОРАЛЬНОГО  
КЕСАРСЬКОГО РОЗТИНУ**

- **Недоступність нижнього сегменту матки внаслідок щільних спайок від попереднього кесарева розтину.**
- **Поперечне положення плода зі спинкою, оберненою донизу.**
- **Вади розвитку плода (зрощені близнюки).**
- **Великий інтрамуральний міоматозний вузол в нижньому сегменті матки.**
- **Виражена васкуляризація нижнього сегменту матки через передлежання плаценти, карциному шийки матки.**

**Протипоказаннями до розродження шляхом операції інтраперитонеального кесарського розтину є екстрагенітальне і генітальне інфікування, тривалість безводного періоду більше 12 годин, внутрішньоутробна загибель плода, крім з причини передчасного відшарування плаценти або повного передлежання плаценти.**



**З метою профілактики можливих післяопераційних ускладнень необхідно:**

- 1. При високому ризику реалізації інфекції в післяопераційному періоді використовувати захисні варіанти з обов'язковим дрениванням черевної порожнини або удаватися до екстраперитоніального кесаревого розтину.**
- 2. Залучати до виконання екстраперитоніального кесарського розтину лише висококваліфікованого лікаря-акушера-гінеколога, який володіє технікою цієї операції.**
- 3. У разі термінового розродження в інтересах матері, наявності ендометриту, внутрішньоутробної загибелі плода і відсутності умов для розродження *per vias naturalis* виконувати операцію Порро.**

- 4. Планову операцію кесарського розтину здійснювати з початком пологової діяльності чи зі злиттям навколоплідних вод після проведення повного клінічного обстеження з оцінкою стану вагітної і плода та санації пологових шляхів.**
- 5. У разі проведення планової операції кесарського розтину проводити допологову підготовку, що передбачає повне клінічне обстеження з оцінкою стану вагітної і плода, санацію пологових шляхів.**
- 6. Операцію повторного кесарського розтину виконувати переважно у плановому порядку із залученням лікарів високої кваліфікації.**

- 7. Під час планової операції кесарського розтину з метою зменшення ризику гнійно-септичних і посттрансфузійних ускладнень, передачі ВІЛ-інфекції, сифілісу і сироваткового гепатиту доцільно застосовувати аутогемотрансфузію.**
- 8. При зашиванні рани на матці доцільно використовувати дексон, вікрил, ПДС.**
- 9. При вирішенні питання щодо проведення операції кесарського розтину при глибоко недоношеній вагітності виходити з інтересів здоров'я матері, наявності достовірних даних щодо життєздатності плода.**

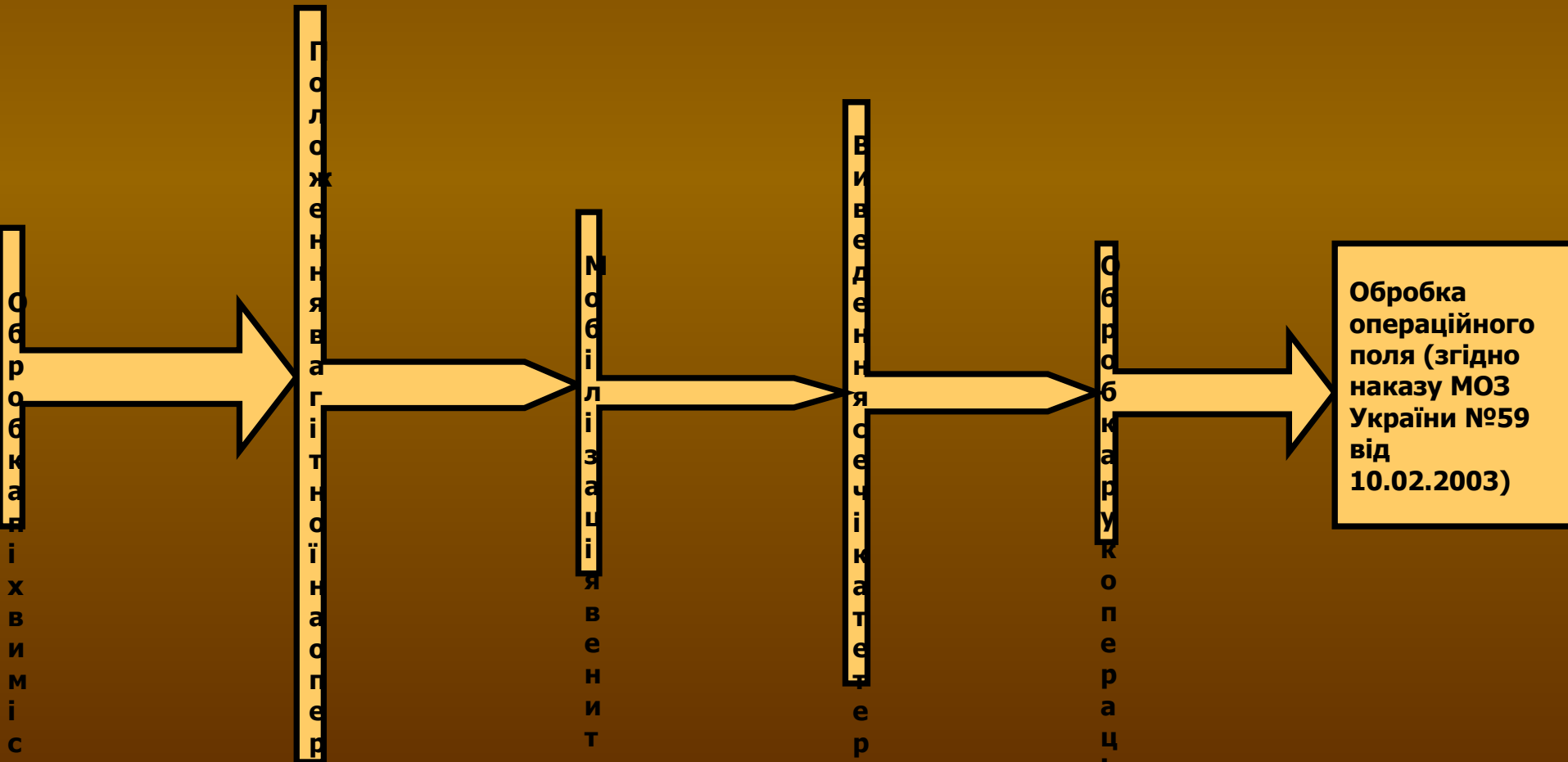
- 10. Після відділення дитини проводиться профілактика виникнення септичних ускладнень шляхом одноразового внутрішньовенного введення антибіотика у середньодобовій дозі за виключенням наявності у пацієнтки сечостатевої інфекції, яка потребує введення антибіотиків відповідно до показань**
- 11. У жінок групи високого ризику розвитку гнійно-септичних ускладнень одразу починати антибактеріальну терапію в лікувальному режимі.**
- 12. У жінок групи високого ризику виникнення тромбоемболічних ускладнень обов'язково проводити їх профілактику (гепарин, фраксипарин, клексан з раннього післяопераційного періоду під контролем гемостазіограми).**

- 13. Дотримуватись активного ведення післяопераційного періоду.**
- 14. Дотримуватись норм санітарно-гігієнічного та протиепідемічного режиму згідно з вимогами чинних нормативних актів.**
- 15. Стерилізація під час операції кесаревого розтину проводиться відповідно до наказу МОЗ України від 6.07.94№ 121 "Про застосування методів стерилізації громадян".**

- 16. При проведенні повторної операції кесарського розтину застосовувати обов'язкове введення сечового катетеру на час оперативного втручання. Не слід видаляти сечовий катетер раніше, ніж через 48 годин після операції у випадках розриву матки, затяжних пологів, клінічно вузького тазу, значного набряку промежини, післяпологового сепсису з тазовим перитонітом. У випадках пошкодження сечового міхура - слід залишити катетер на 7 діб.**
- 17. Для зниження ризику травматизму при передачі інструментів слід дотримуватись методики "нейтрального поля" ("безпечних зон"), використовуючи лотки.**

- 18. Антибіотики з профілактичною метою слід вводити після перетинання пуповини.**
- 19. При застосуванні тривалої інфузійної терапії (понад 48 годин) у зв'язку з високим ризиком розвитку порушень електролітного балансу необхідно контролювати рівень електролітів кожні 48 годин.**
- За наявності спроможного рубця на матці, відсутності великого плода, звуження тазу, показань до розродження шляхом кесаревого розтину при даній вагітності та інтервалі між вагітностями 2-5 років, перевагу слід віддавати пологам через природні пологові шляхи з оцінкою в динаміці під час вагітності і під час пологів стану післяопераційного рубця.**

# ПІДГОТОВКА ДО ПРОВЕДЕННЯ ОПЕРАТИВНОГО ВТРУЧАННЯ





**При проведенні операції кесарського розтину перевага надається методу здійснення хірургічного втручання шляхом розтину в нижньому сегменті матки поперечним розрізом (В).**

- *при тазовому передлежанні плід витягають за паховий згин при чисто сідничному передлежанні або за передню ніжку (при ніжному або змішаному сідничному передлежанні), голівку виводять за методом Морісо-Левре;*
- *при поперечному положенні плода рукою, яка введена в порожнину матки, відшуковують та захоплюють передню ніжку, проводять поворот плода і його народження, голівку виводять за методом Морісо-Левре;*
- *асистент відсмоктує слиз із верхніх дихальних шляхів дитини, перетискається і перерізається пуповина; дитина передається акушерці.*

**8. Видалення посліду проводиться активно (А). Одразу після народження дитини внутрішньовенно крапельно вводиться 10 ОД розчину окситоцину у 500 мл фізіологічного розчину зі швидкістю 60 крапель за хвилину (з продовженням після закінчення операції протягом 2 годин), проводиться масаж матки через передню черевну стінку з одночасним протягуванням за пуповину. У разі наявності дефекту посліду проводиться вишкрібання стінок матки (А). Примітка: при встановленні прирощення плаценти проводиться гістеректомія без додатків.**

**9. Після відділення дитини проводиться профілактика виникнення септичних ускладнень шляхом одноразового внутрішньовенного введення антибіотика у середньодобовій дозі за виключенням наявності у пацієнтки сечостатевої інфекції, яка потребує введення антибіотиків відповідно до показань (А).**

**10. Після видалення посліду при необхідності проводиться розширення цервікального каналу з наступною заміною хірургічних рукавиць.**

**11. Ушивання розрізу матки проводиться після ревізії його можливого продовження при виведенні плода:**

- ушивається рана і будь-які її продовження однорядним безперервним швом або двома рядами безперервних швів синтетичним шовним матеріалом, який розсмоктується (поліглікогенова нитка).**

# Ушивання передньої черевної стінки

Перед ушиванням передньої черевної стінки проводиться:

**Контроль гемостазу**

**Видалення згортків крові із черевної порожнини**

**Видалення серветок із бокових каналів**

**Контроль цілісності сечового міхура**

**Підрахунок серветок і інструментів**

**Черевна  
стінка  
пошарово  
ушивається  
наглухо, за  
показаннями  
ставиться  
дренажна  
трубка у  
черевну  
порожнину.**

**Після  
виведення  
сечі або  
видалення  
постійного  
катетеру  
проводиться  
обробка  
підви для  
видалення  
згортків  
крові.**

**Плацента  
скеровуєть-  
ся на  
гістологічне  
досліджен-  
ня.**

**КОНТРОЛЬ СТАНУ МАТКИ**

**КОНТРОЛЬ  
КІЬКОСТІ  
ВИДІЛЕНОЇ  
КРОВІ З  
ПІХВИ**

**КОНТРОЛЬ  
ГЕМОДИНА-  
МІКИ**

**АДЕКВАТНЕ ЗНЕБОЛЕННЯ**

У  
Р  
Д  
Н

У

П



*ДЯКУЮ ЗА УВАГУ!*