Кесарево сечение

Подготовил: студент 174-А-Л1 группы

Богачев Никита Станиславович

Определение

- Кесарево сечение (лат. *caesarea* «королевский» и *sectio* «разрез») — одна из возможностей родовспоможения, применяющаяся в современной акушерско-гинекологической практике.

История

- По дошедшим до сегодняшнего момента сведениям, кесарево сечение является одной из самых древних операций. В мифах Древней Греции описано, что с помощью этой операции были извлечены из чрева умерших матерей Асклепий и Дионис. В Риме в конце VII века до нашей эры был издан закон, по которому погребение погибшей беременной женщины производили только после извлечения ребёнка путём чревосечения. Впоследствии эту манипуляцию производили и в других странах, но только умершим женщинам. В XI веке "Кесарево сечение" было описано в книге газневидского ученого Аль-Бируни "ел-асар ел-Бакийе" с соответствующими иллюстрациями как проводить операцию. В XVI веке придворный врач французского короля Амбруаз Паре впервые начал выполнять кесарево сечение живым женщинам. Но исход всегда был смертельным. Ошибкой Паре и его последователей было то, что разрез на матке не зашивали, рассчитывая на её сократительную способность. Операцию выполняли только для спасения ребёнка, когда жизнь матери спасти было уже нельзя.
- Лишь в XIX веке было предложено удалять матку во время операции, летальность в результате снизилась до 20-25 %. Через пять лет после этого матку начали зашивать специальным трехэтажным швом. Так начался новый этап операции кесарева сечения. Её стали выполнять уже не только умирающей, но и в целях спасения жизни самой женщины. С началом эры антибиотиков в середине XX столетия исходы операции улучшились, смертельные случаи во время неё стали редкостью. Это послужило причиной расширения показаний к кесареву сечению и со стороны матери, и со стороны плода.

Показания

- **Плановое кесарево сечение**

Плановым кесаревым сечением является операция, показания для проведения которой определены до разрешения беременности. В эту же категорию входит кесарево сечение по желанию. При плановом КС разрез делается горизонтально. Показаниями являются:

Анатомически узкий таз II и III степени

Предлежание плаценты — плацента располагается над шейкой матки, закрывая пути выхода для ребёнка. Или же у женщины наблюдается краевое предлежание плаценты

Механические препятствия, мешающие проведению естественных родов, например, миома в области шейки матки

Неполноценный рубец на матке (кесарево сечение в анамнезе, миомэктомия, перфорация во время аборта и т.д.)

Заболевания, не связанные с беременностью, при которых естественные роды представляют угрозу для здоровья матери (заболевания сердечно-сосудистой системы, почек; отслойка сетчатки в анамнезе; выраженное варикозное расширение вен шейки матки, влагалища и вульвы)

Осложнения беременности, создающие угрозу жизни матери при родах (тяжёлая преэклампсия, эклампсия)

Переломы костей таза и поясничного отдела позвоночника в анамнезе

Тазовое предлежание или поперечное положение плода

Многоплодная беременность при тазовом предлежании первого плода

Генитальный герпес в III триместре беременности (необходимо избежать контакта ребёнка с половыми путями)

Показания

- **Экстренное кесарево сечение**

Экстренным кесаревым сечением считается операция, проводимая, когда в ходе естественных родов возникли осложнения, угрожающие здоровью матери или ребёнка. При экстренном КС разрез делается обычно вертикально. Возможные причины:

Клинически узкий таз (несоответствие размеров таза размерам плода, выявленное в родах);

Слабость родовой деятельности или полное её прекращение;

Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты (прекращается снабжение плода кислородом и возможно смертельно опасное кровотечение);

Угрожающий и начинающийся разрыв матки;

Выпадение пуповины;

Состояние агонии или смерть матери при живом плоде;

Острая гипоксия плода.

Противопоказания

- Внутриутробная гибель плода (исключением является смерть плода в результате полного разрыва матки)
- Пороки развития плода, несовместимые с жизнью
- Недоношенность плода, что делает его нежизнеспособным
- Нарушение свертываемости крови у матери.

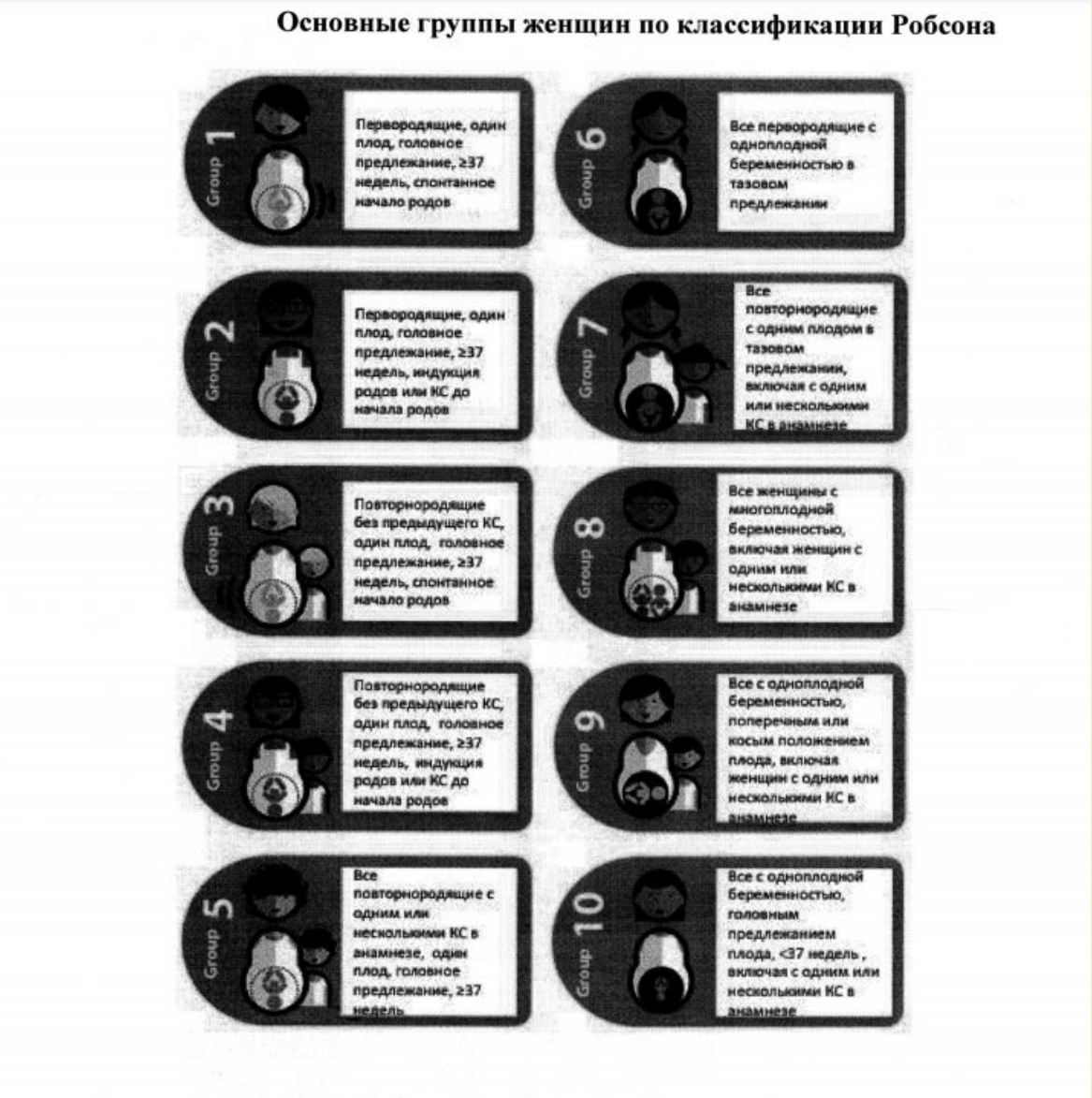
Преимущества

- Безопасные роды у женщин с клинически узким тазом
- Избегание возможной родовой травмы, которая является угрозой здоровью и жизни ребенка
- Влагалище не растягивается, отсутствуют швы на промежности от хирургических вмешательств (эпизиотомия, перинеотомия), поэтому не возникает проблем с половой жизнью
- Избегание геморроя и опущения органов малого таза
- Не происходит деформация головки ребёнка при прохождении через родовые пути
- Избегание возможного смещения (перекоса) тазовых костей и крестца
- Избегание возможных разрывов промежности
- Избегание возможного повреждения сфинктера прямой кишки, а также передней стенки прямой кишки (при разрыве промежности III и IV степени)
- Избегание болевого шока в случае низкого болевого порога роженицы

Недостатки

- Возможность попадания инфекции в брюшную полость матери
- Вероятность серьёзных, в том числе фатальных осложнений для матери примерно в 3 раза выше, чем при родах через естественные родовые пути
- Затруднено начало лактации (в основном, в случае экстренного проведения операции)
- Рубец на матке после кесарева сечения служит причиной необходимости долговременного перерыва между случившимися и следующими родами (если таковые планируются)
- Отсутствует перенос влагалищной микрофлоры матери (при рождении девочки), которая у девочек снижает вероятность развития вульвовагинита
- У детей, рождённых с помощью кесарева сечения, повышен риск астмы, первые три месяца отличается микрофлора кишечника. Это происходит по причине того, что во время родов не происходит контакта с кишечными бактериями из тела матери в том объёме, как в случае рождения естественным путём

Шкала Робсона



Майкл Робсон - ирландский акушер-гинеколог

- Частота и обоснованность проведения операций кесарева сечения (КС) – один из самых дискутируемых аспектов в акушерстве. По сведениям ВОЗ, к 2015 году средняя доля КС в 169 попавших в выборку странах мира превысила 20% от общего числа родов, тогда как в медицинском сообществе предельным считается показатель в 10–15%. Обнаружив такую почти двукратную разницу, эксперты ВОЗ рекомендовали национальным службам родовспоможения критичнее относиться к назначению КС, применяя хирургический метод только в тех случаях, когда иного выхода нет. И в качестве подспорья в том же 2015 году предложили акушерам-гинекологам разработанную их коллегой из Ирландии Майклом Робсоном классификацию, подразумевающую деление рожениц на группы по их способности к благополучному родоразрешению. К 2019 году новация добралась и до России: Минздрав направил на места директиву, предписывающую использовать классификацию Робсона для «выяснения причин, определяющих частоту кесарева сечения и поиска эффективных механизмов оптимизации».

Определение основных характеристик, используемых в классификации Робсона

Акушерская характеристика	Определение	Примечание
Начало родов#	С чего началось родоразрешение в данную беременность, независимо от того как изначально планировалось родоразрешить	Должно быть основано на анамнезе, физикальном осмотре и принятом специалистом решении на момент поступления на роды/родильное отделение
Спонтанное	Женщина находилась в спонтанно начавшихся родах до того момента как произошло родоразрешение	Первородящая или повторнородящая с запланированным (до начала родов) КС, поступившая со спонтанным началом родовой деятельности, относится к данной группе. Данная группа также включает женщин со спонтанным началом родовой деятельности у которых в последующем была проведена амниотомия и/или они получали окситоцин с целью родоусиления (ускорения)
Индуцированные	Без родовой деятельности на момент поступления и с последующей индукцией родов	Любые методы индукции родов, включая амниотомию, мизопростол, окситоцин, интрацервикальное введение катетера Фолея, ламинарий и др*. Женщины со спонтанным началом родов, получавшие окситоцин, а также амниотомией для коррекции аномалии родовой деятельности или стимуляции родов, не относятся к данной группе, однако должны быть классифицированы как «Спонтанное» начало родов
КС до начала родовой деятельности	Родовая деятельность отсутствовала на момент поступления и было	Случаи с применением индукции родов или спонтанным началом родов, родоразрешенные путем операции

	принято решение о родоразрешении путем КС (запланированное КС)	кесарева сечения в конечном итоге, не относятся к данной группе
Количество плодов	Количество плодов на момент поступления на родоразрешение	Включая антенатальную гибель плода, диагностированную после 22 недель гестации или с массой 500 гр
Одноплодная	Один плод	Двойни с потерей одного из плодов до 22 недель гестации или менее 500 гр необходимо классифицировать как одноплодную беременность
Многоплодная	Более одного плода	Включая случаи многоплодные беременности с антенатальной гибелью одного или нескольких плодов после 22 недель гестации или с массой 500 гр

Классификация Робсона с подгруппами

Группа	Акушерская популяция
1	Первородящие с одноплодной беременностью в головном предлежании, ≥37 недель гестации, со спонтанным началом родовой деятельности
2	Первородящие с одноплодной беременностью в головном предлежании, ≥37 недель гестации, с индукцией родов или родоразрешением путем операции КС до начала родовой деятельности
2a	Индукция родов
2b	КС до начала родовой деятельности
3	Повторнородящие без предыдущего КС, с одноплодной беременностью в головном предлежании, ≥37 недель гестации, со спонтанным началом родовой деятельности
4	Повторнородящие без предыдущего КС, с одноплодной беременностью в головном предлежании, ≥37 недель гестации, с индукцией родов или родоразрешением путем операции КС до начала родовой деятельности
4a	Индукция родов
4b	КС до начала родовой деятельности
5	Все повторнородящие с одним или несколькими КС в анамнезе, с

	одноплодной беременностью в головном предлежании, ≥37 недель гестации
5.1	С одним КС в анамнезе
5.2	С двумя или более КС в анамнезе
6	Все первородящие женщины с одноплодной беременностью в тазовом предлежании
7	Все повторнородящие женщины с одноплодной беременностью в тазовом предлежании, включая женщин с одним или несколькими КС в анамнезе
8	Все женщины с многоплодной беременностью, включая женщин с одним или несколькими КС в анамнезе
9	Все женщины с одноплодной беременностью, поперечным или косым положением плода, включая женщин с одним или несколькими КС в анамнезе
10	Все женщины с одноплодной беременностью, головным предлежанием плода, <37 недель гестации, включая женщин с одним или несколькими КС в анамнезе

Спасибо за внимание!