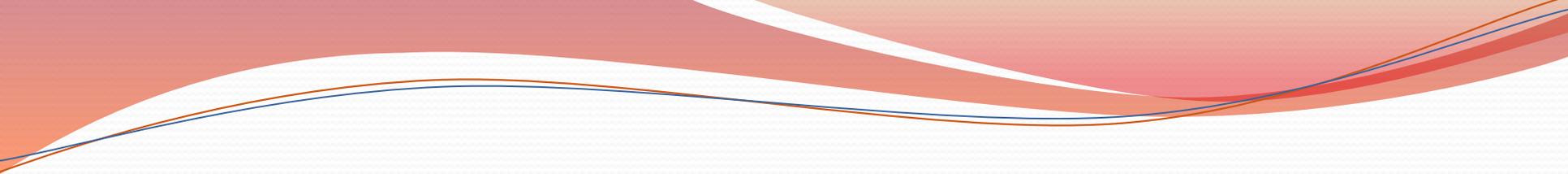




ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ
ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«КУБАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Кесарево сечение в современном акушерстве



Кесарским сечением называется
родоразрешающая операция, при
которой плод извлекается из своего
плодовместилища через разрез
брюшной стенки и матки

(Г.Г.Гентер, 1937)

Происхождение названия

- Гай Юлий Цезарь был извлечен абдоминальным путем, за что и получил имя Caesar;
- «secare», как и «caedere», значит «резать», слово «caesarea» происходит от ab utero caeso (Плиний)

История операции

I Этап

- Мифы Древней Греции – Асклепий, Дионис
- Конец VII века до н.э. – указ римского императора Нума Помпилиуса
- XVI в. – Амбуаз Паре, анатом Шарль Этьен (Франция),
- 1540 году - в Италии хирургом Христианом Байн выполнена первая достоверная операция
- В России И.Эразмус в Пернове (1756), Зомер в Риге (1796), В.М.Рихтер в Москве (1842)

История операции

II Этап

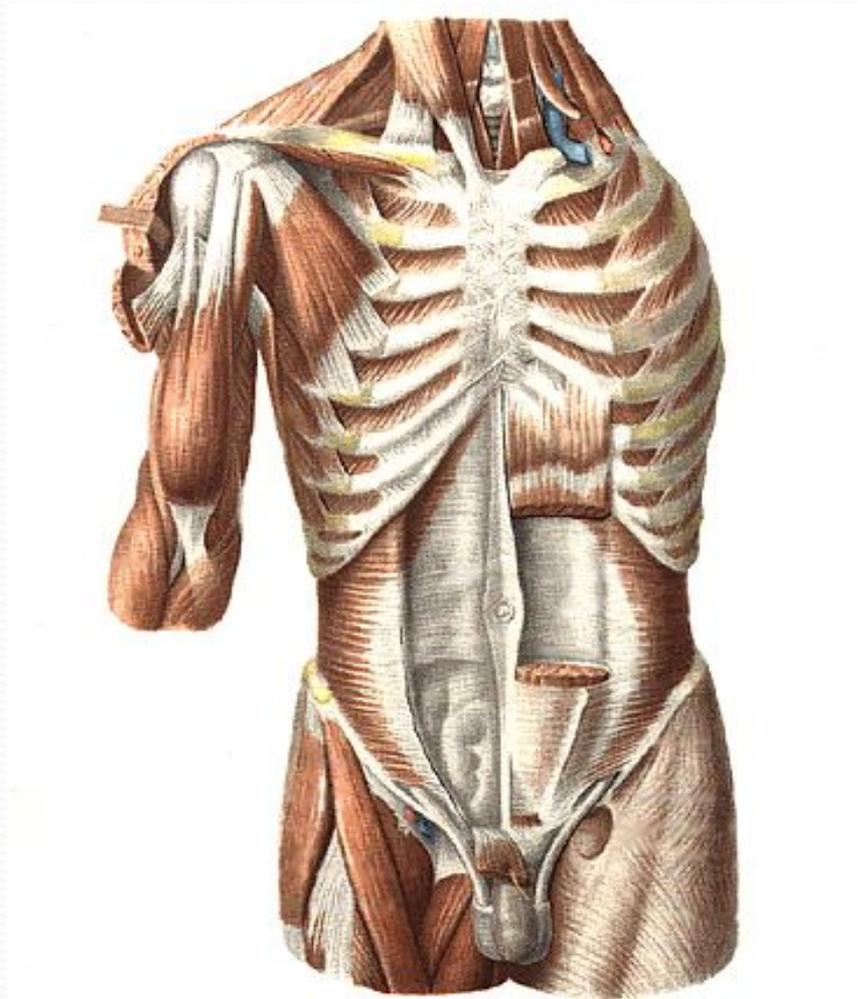
1876 год - Г. Е. Рейном и Е. Порро разработана методика КС, в которой предусматривалось удаление тела матки после извлечения плода, а культя шейки вшивалась в рану передней брюшной стенки.

История операции

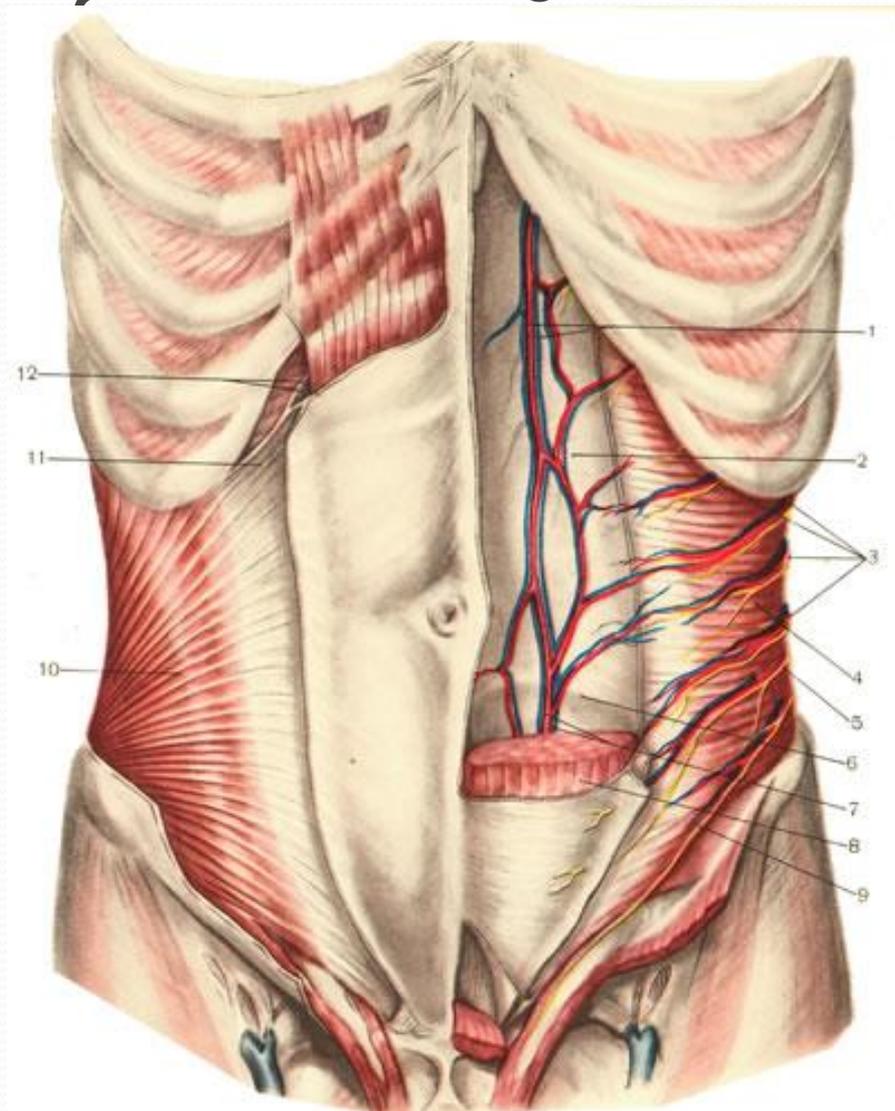
III Этап

- 1881 год- Ф. Керер и М. Зенгер (послойное ушивание матки трехэтажным швом)
- 1882 – Ф.Керер (поперечный разрез матки)
- 1908-1920 – Франк, Додерлейн (экстраперитонеальное КС)
- 1939 г. – Л.А.Гусаков (пальцевое разведение мышц)

Мышечный слой передней брюшной стенки

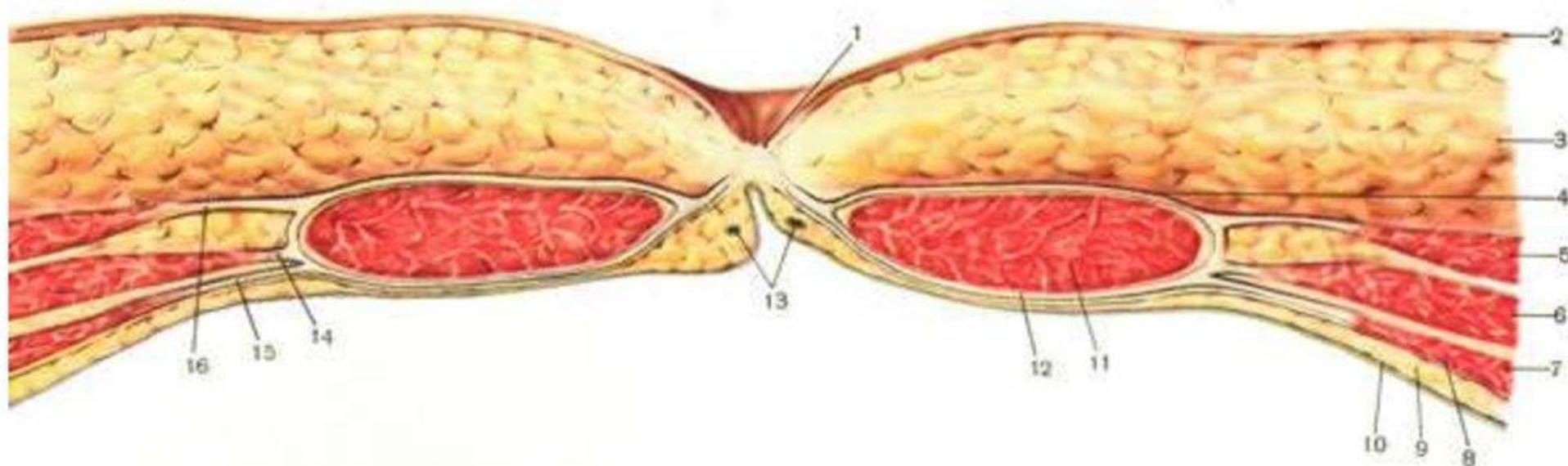


Мышечный слой передней



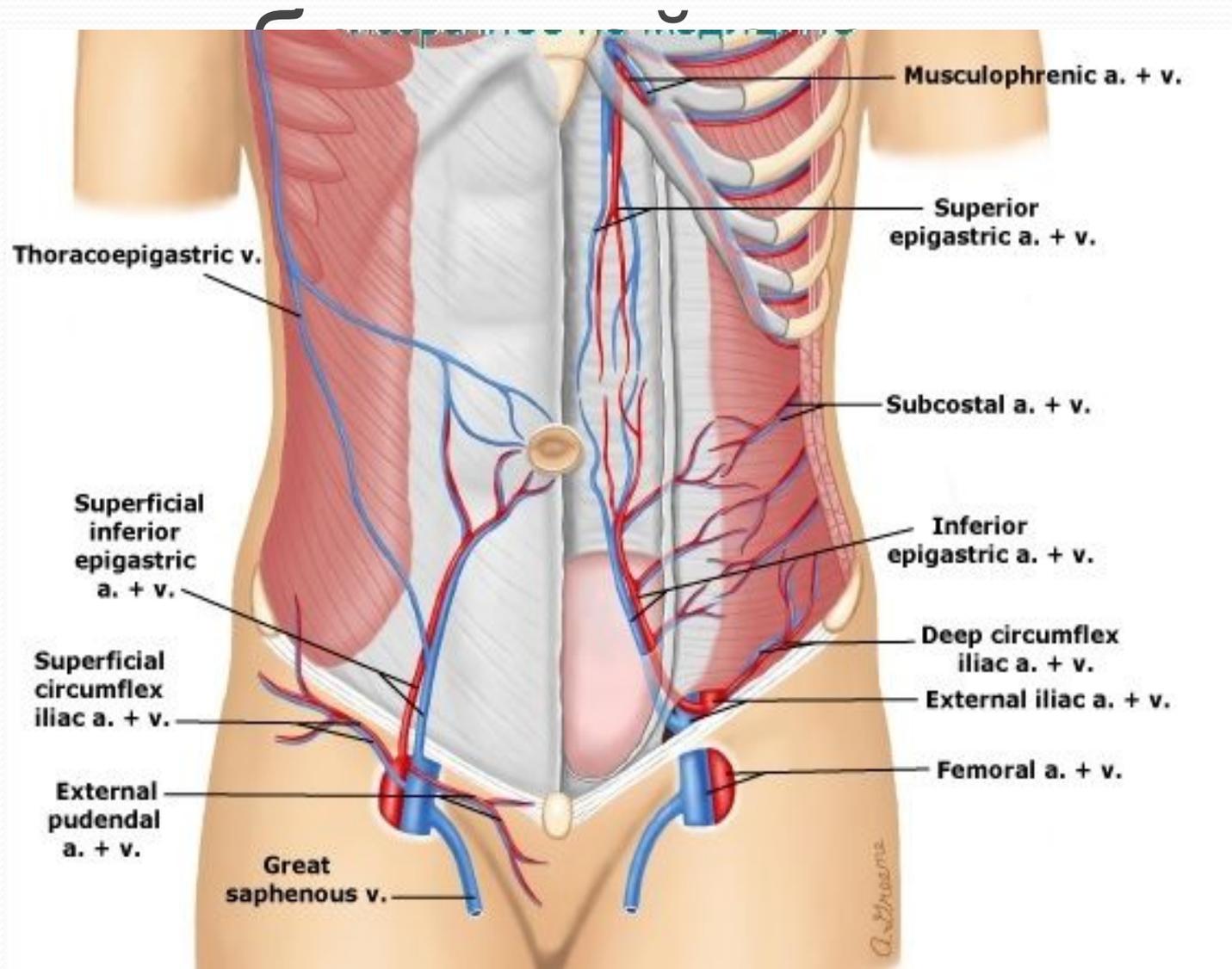
1

Строение передней брюшной стенки на уровне пупка



1 – пупок; 2 – кожа; 3 – подкожная жировая клетчатка; 4 – передняя стенка влагалища *m. recti abdominis*; 5 – *m. obliquus externus abdominis*; 6 – *m. obliquus internus abdominis*; 7 – *m. transversus abdominis*; 8 – *fascia transversalis*; 9 – предбрюшинная клетчатка; 10 – париетальная брюшина; 11 – *m. rectus abdominis*; 12 – задняя стенка влагалища *m. recti abdominis*; 13 – *vv. parumbilicales*; 14 – апоневроз *m. obliqui interni abdominis*; 15 – апоневроз *m. transversi abdominis*; 16 – апоневроз *m. obliqui externi abdominis*.

Кровоснабжение передней



Показания к операции

- Предлежание плаценты
- Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты
- Предыдущие операции на матке (два и более КС, одно КС в сочетании с другими относительными показаниями, миомэктомия)

Показания к операции

- Неправильное положение и предлежание плода (поперечное, косое положения, тазовое предлежание плода с предпологаемой массой плода 3000 г и более, а также тазовое предлежание с другими относительными показаниями)
- Многоплодная беременность, фето-фетальный трансфузионный синдром.

Показания к операции

- Декомпенсация соматических заболеваний, требующая исключения потужного периода
- Дистресс плода(острая гипоксия в родах, декомпенсированная плацентарная недостаточность
- Выпадение пуповины

Показания к операции

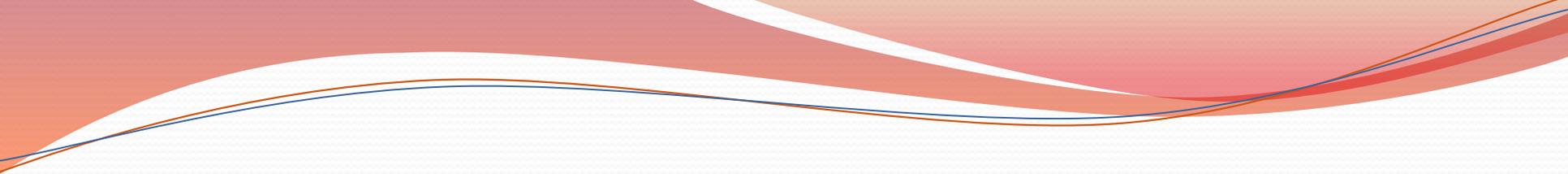
- При отсутствии лечения ВИЧ-инфекции во время беременности или при вирусной нагрузке более 1000 копий/мл

Показания к операции

- Беременность сроком 41 неделя и более при отсутствии эффекта от подготовки к родам
- Плодово-тазовые диспропорции
- Анатомические препятствия родам через естественные родовые пути
- Угрожающий или начавшийся разрыв матки
- Преэклампсия тяжелой степени, HELLP-синдром, эклампсия при беременности и в родах (при отсутствии условий для естественного родоразрешения)

Показания для корпорального кесарева сечения

- полное предлежание плаценты
- на мертвой или умирающей женщине
- недоступность нижнего сегмента матки из-за выраженного спаечного процесса
- необходимость последующего удаления матки в связи с множественной миомой или шеечным расположением узла, опухоли яичника или раком шейки матки
- сросшаяся двойня



**Противопоказания теряют
силу, если возникает угроза
для жизни женщины**

Условия для абдоминального родоразрешения

- наличие живого и жизнеспособного плода
- отсутствие инфекции
- добровольное, информированное согласие женщины, оформленное письменно в истории родов

Основные этапы операции

- Лапаротомия
- Разрез на матке
- Извлечение плода
- Удаление последа
- Зашивание разреза на матке
- Зашивание брюшной стенки

Разрез кожи

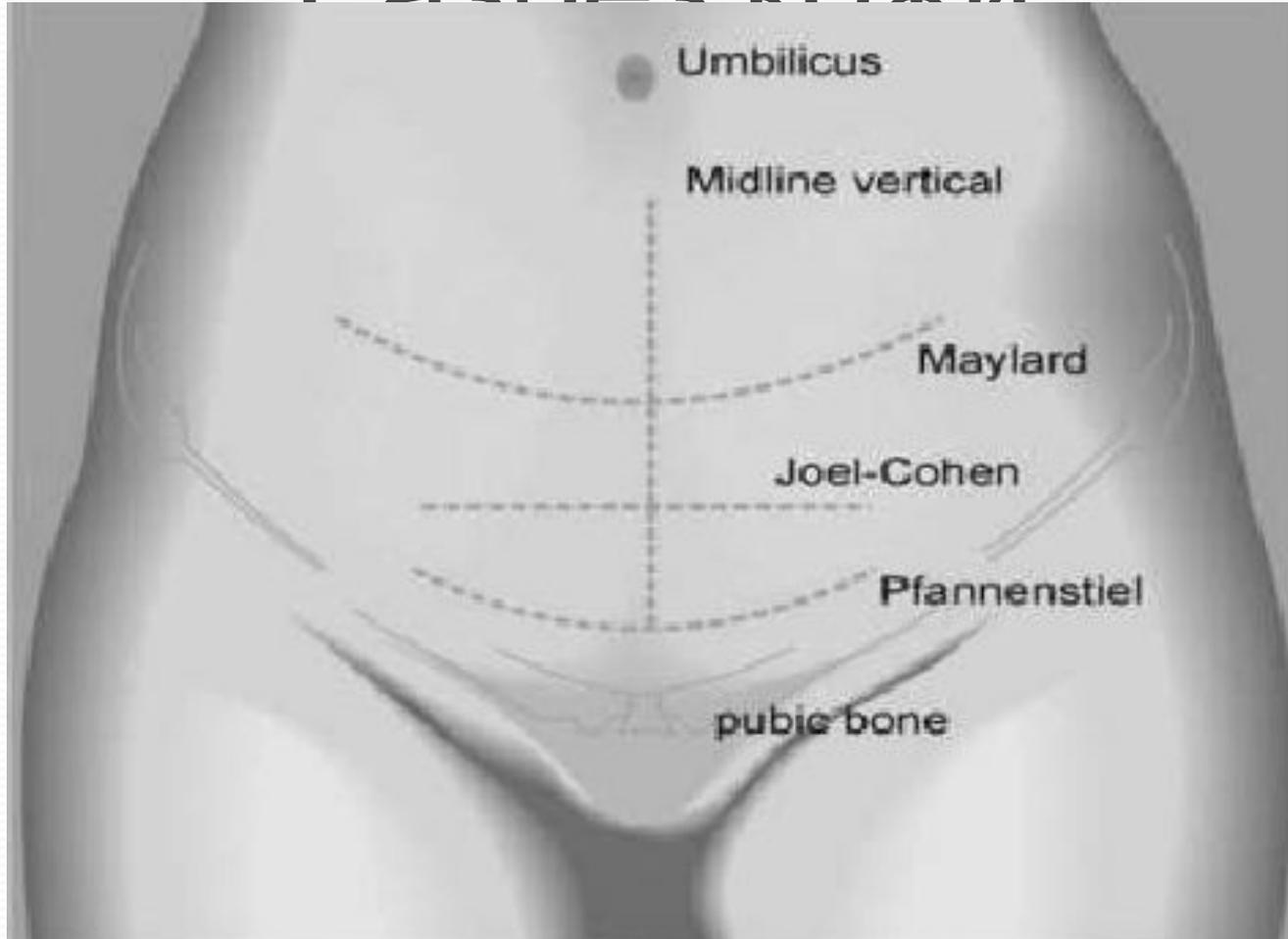
Вертикальные

- Срединный
- Парамедиальный

поперечные

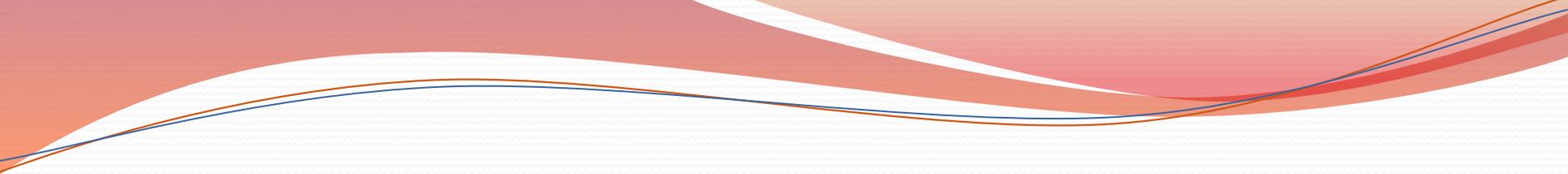
- По Пфанненштилю
- По Джоэл-Кохеру
- По Пелюси
- По Maylard

Разрез кожи



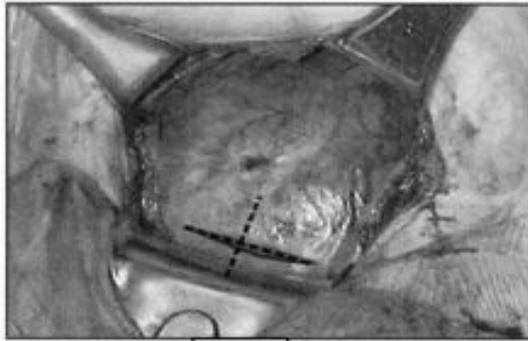
Техника разреза на матке

- поперечный разрез в нижнем сегменте
- Низкий вертикальный (истмико-корпоральный)
- Классический (корпоральный)
- Классический дугообразный (по Дерфлеру)
- Т-образный или J-образный
- Донный поперечный разрез по Фритчу

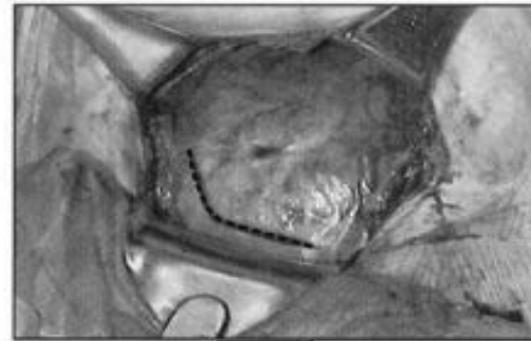


Выбор метода операции должен определяться конкретной акушерской ситуацией, состоянием матери, плода и хирургической подготовкой акушера-гинеколога

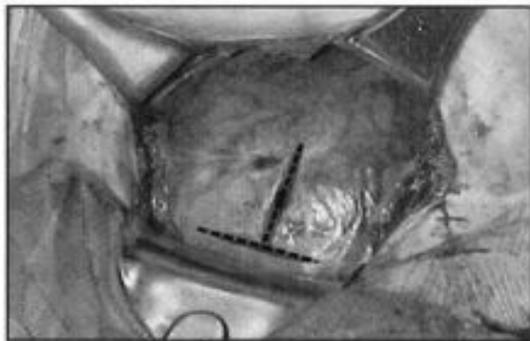
Техника разреза на матке



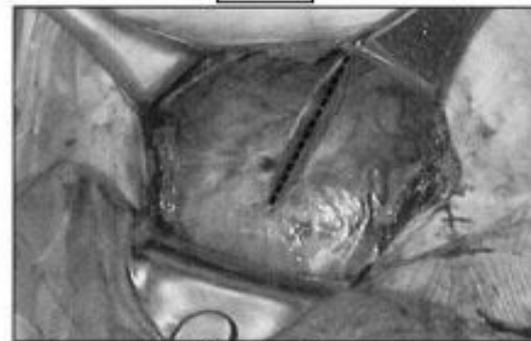
А



Б

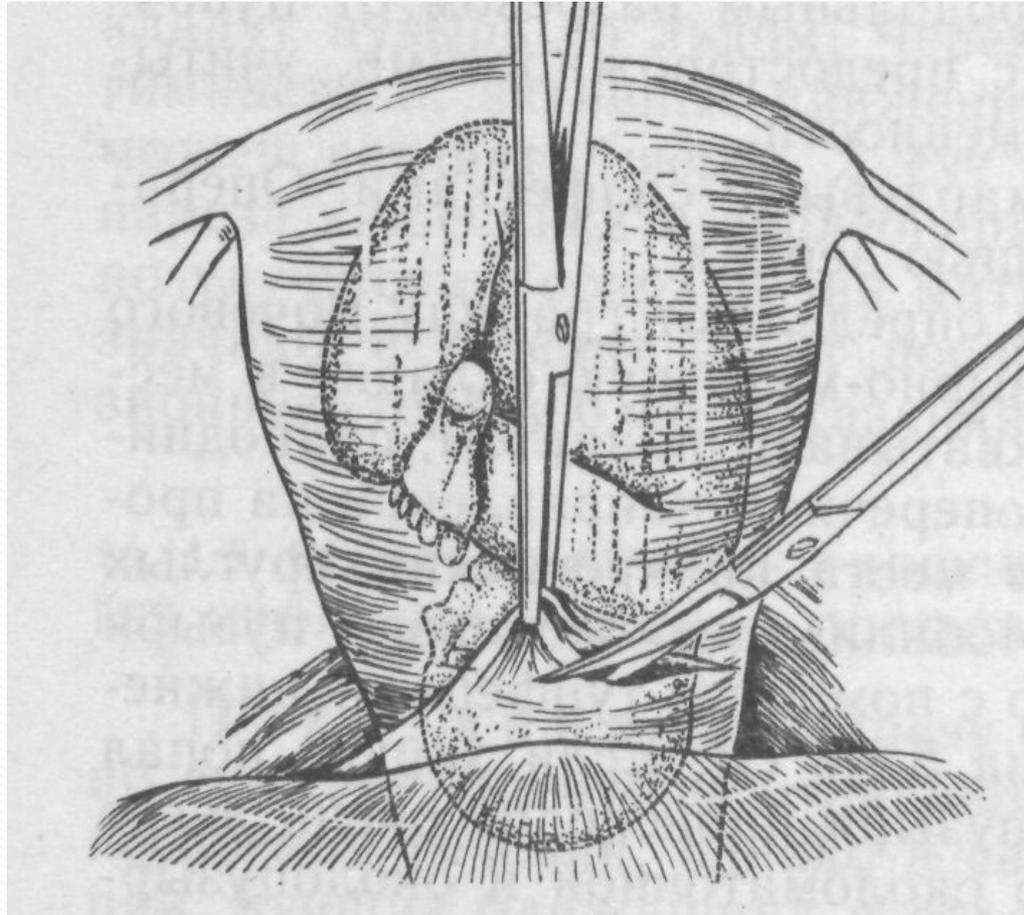


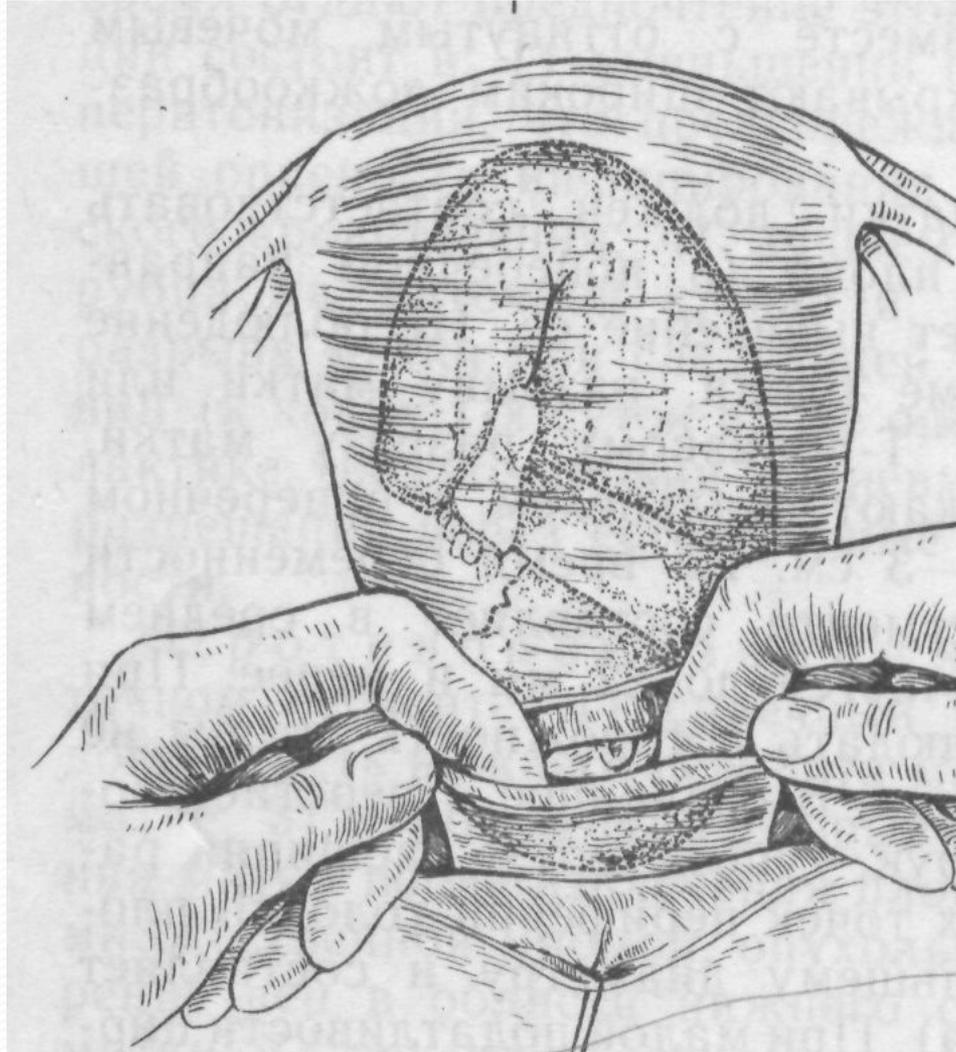
В



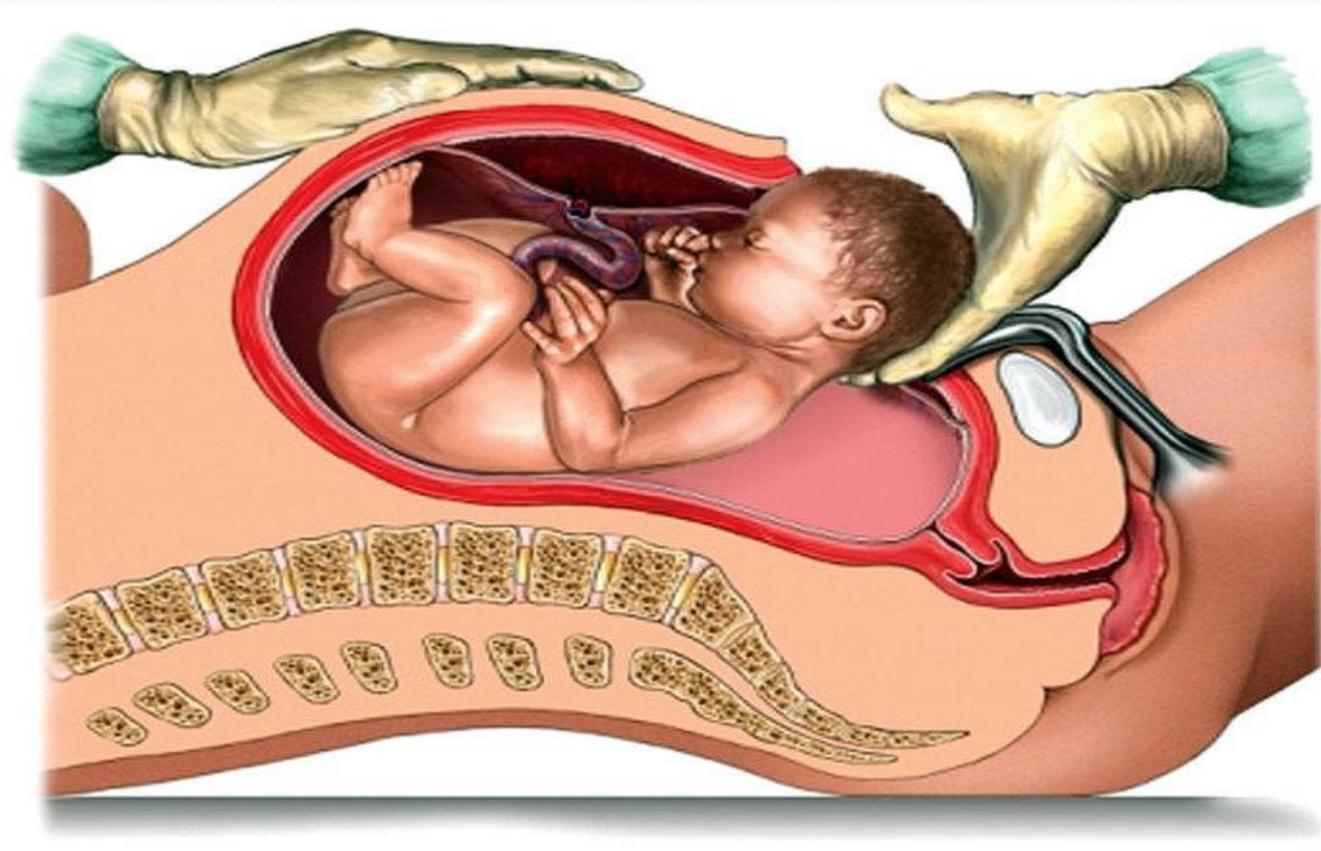
Г

Поперечный разрез матки





Рождение плода

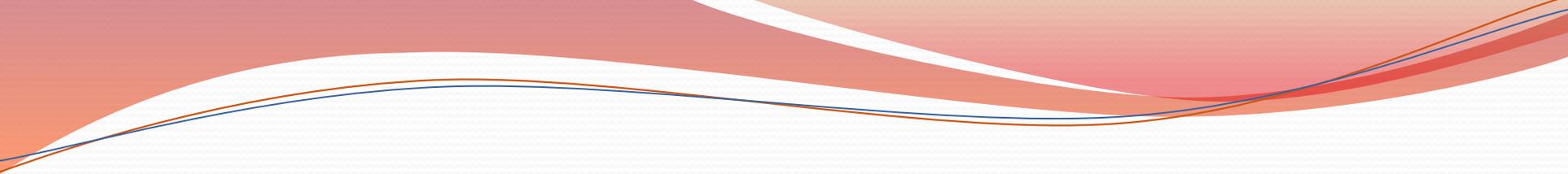


Извлечение плода



Извлечение плода

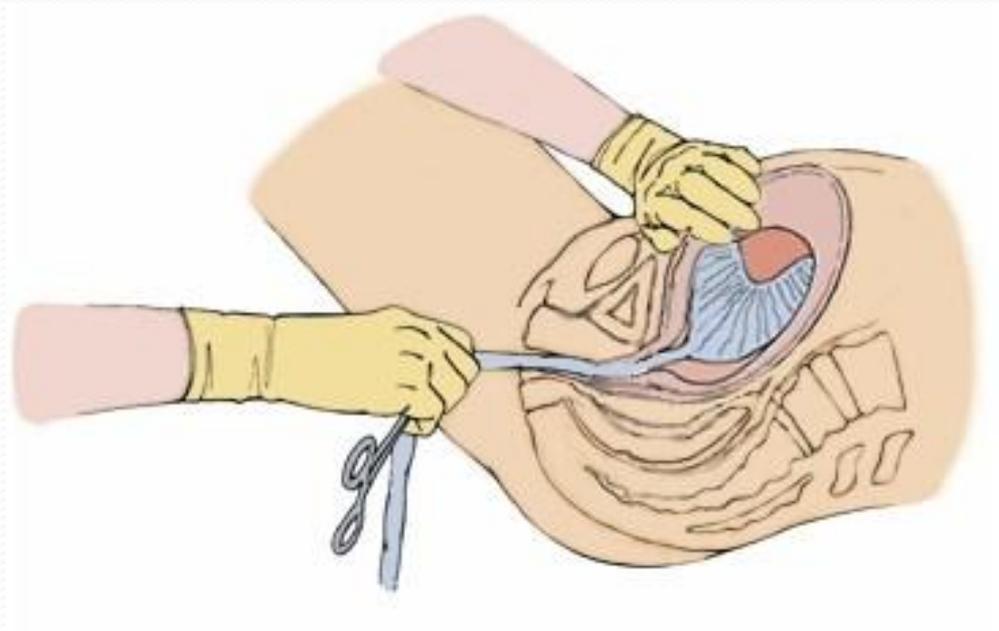




При затруднении извлечения головки
можно применить методику
выведения по ложке акушерских
щипцов. При высоко расположенной
головки плода допустимо
использовать щипцы или вакуум-
экстрактор

Методы выделения последа

- Предпочтительнее выделение плаценты тракциями за пуповину



Экстериоризация

- матка может быть извлечена из брюшной полости или оставаться в полости во время зашивания.
- Обязательным условием экстериоризации при необходимости полноценной визуализации задней поверхности матки

Зашивание матки (основные принципы)

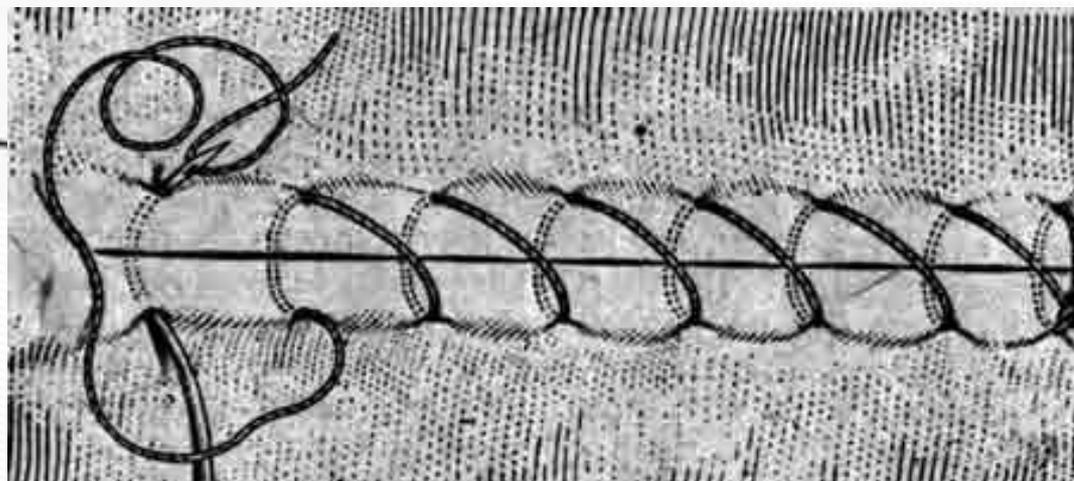
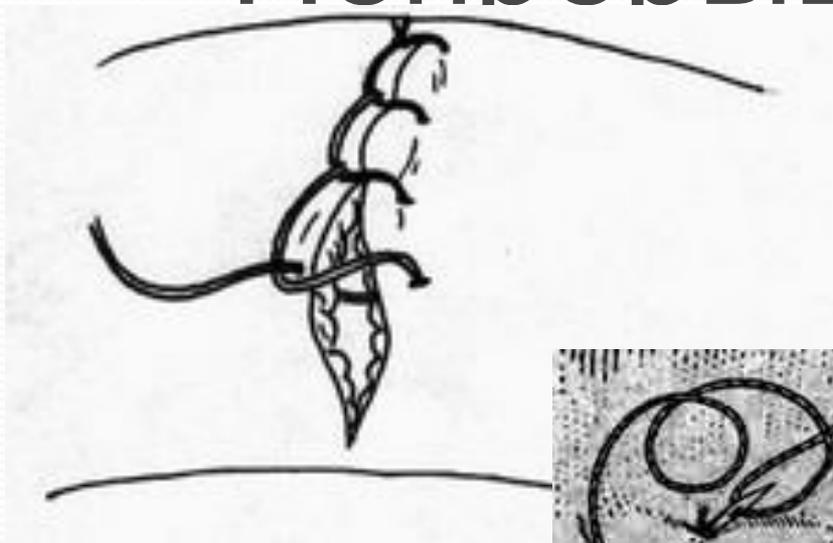
- хорошее сопоставление тканей
- минимальная травматизация ткани матки
- исключение чрезмерного сдавливания тканей лигатурами
- оптимальное количество швов, наложенных с интервалом не чаще 1-1,5 см

Виды швов

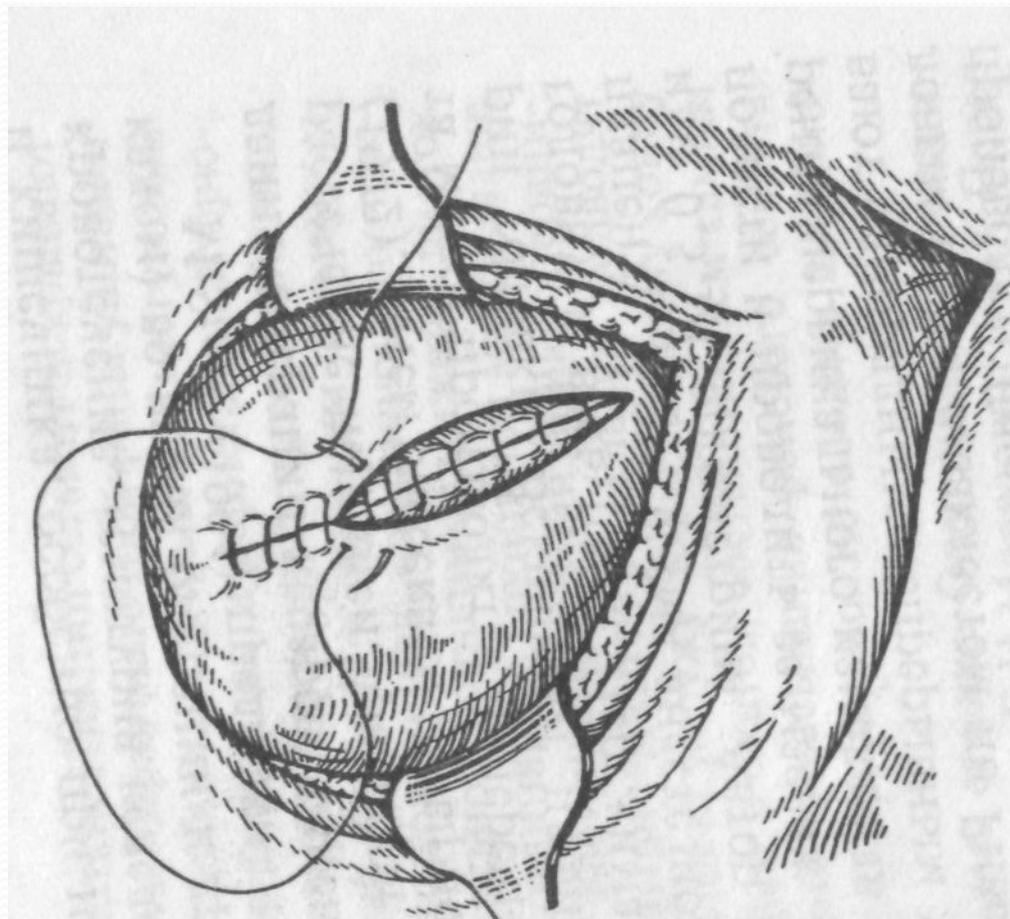
- Двухрядный
- Однорядный

- Непрерывный обвивной
- Узловатый
- Непрерывный с дополнительной кооптацией верхнего края раны

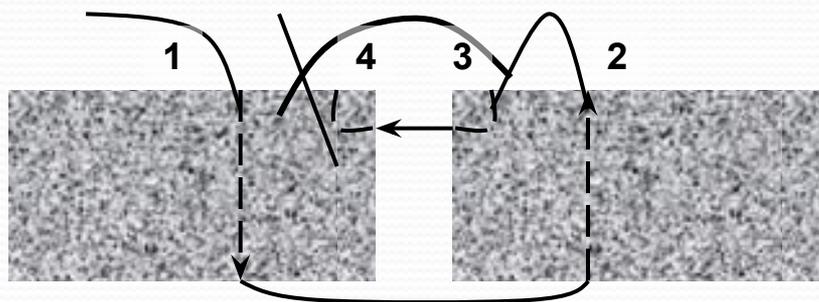
Непрерывный шов



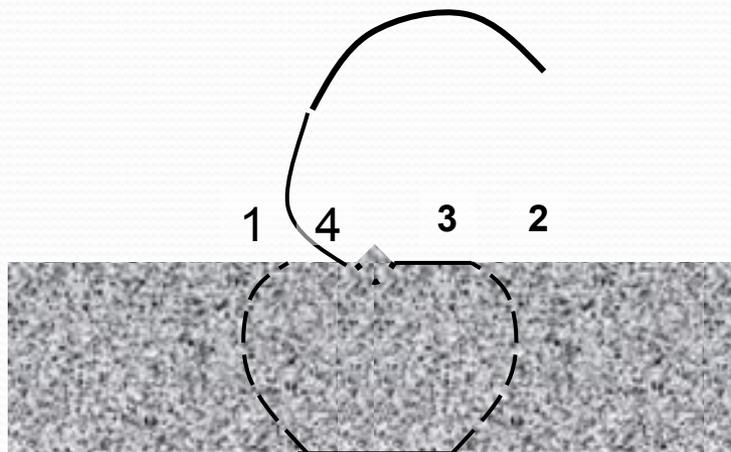
Двухрядный непрерывный шов на матке



Однорядный непрерывный шов с дополнительной кооптацией верхнего края раны



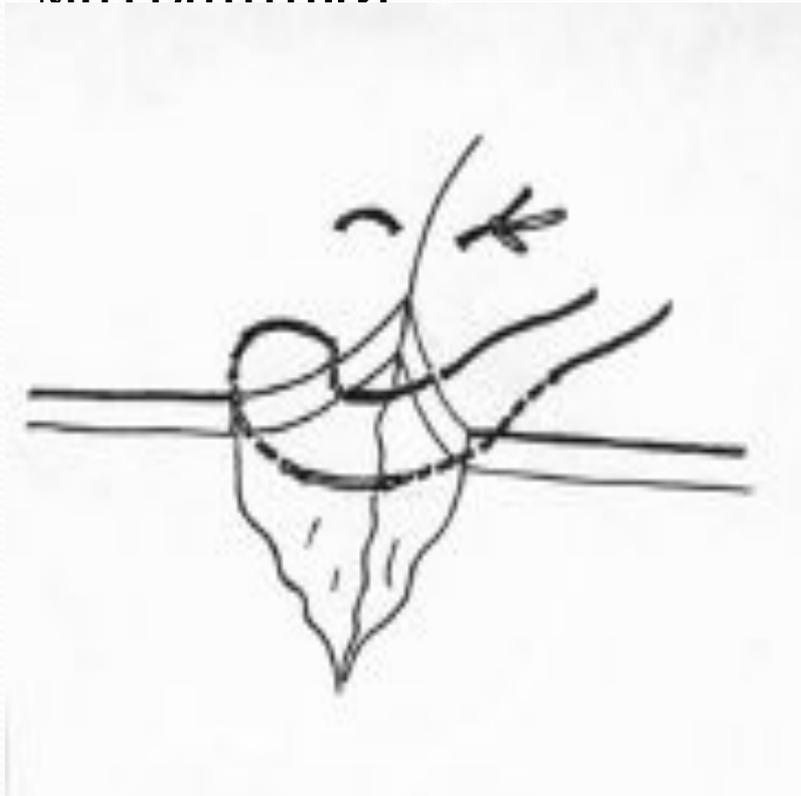
Стенка
матки



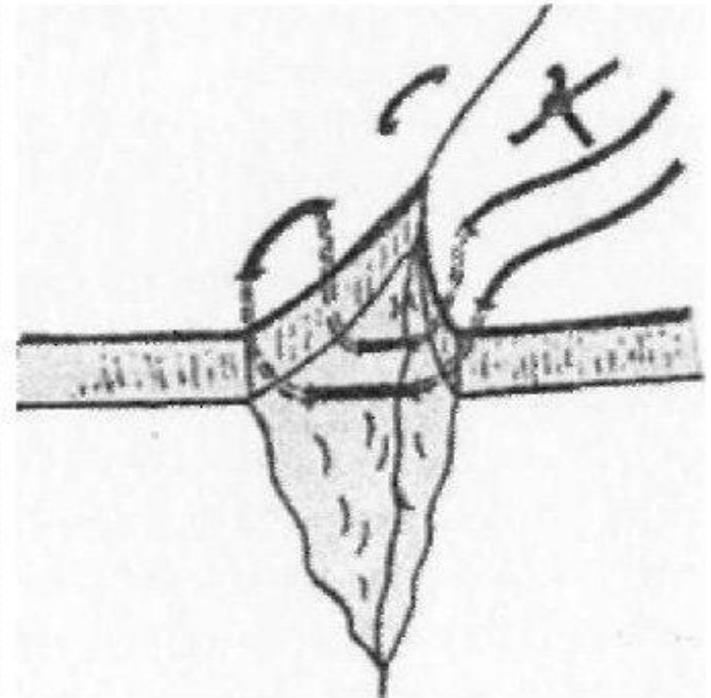
Стенка
матки

Отдельные швы

- Горизонтальный матрацный



- Вертикальный матрацный (Донатти)



Преимущества поперечного разреза

- меньшая травматичность и кровоточивость тканей матки
- лучшее заживление раны
- удобная перитонизация
- меньшая вероятность инфицирования брюшной полости
- меньшая частота разрывов при повторной беременности и родах
- при повторной беременности плацента реже прикрепляется к рубцу

Преимущества и недостатки нижнесрединного разреза

- Нижнесрединная лапаротомия является более быстрым методом чревосечения по сравнению с надлобковым чревосечением
- Более длительная реабилитация в послеродовом периоде
- увеличение потребности в обезболивающих препаратах

Осложнения кесарева сечения

- Интраоперационные осложнения
- Послеоперационные осложнения
- Анестезиологические осложнения

Цели и принципы антибиотикопрофилактики:

- сокращение частоты послеродовых инфекций;
- использование антибиотиков согласно принципам, эффективность которых доказана в клинических исследованиях;
- сведение к минимуму влияния антибиотиков на нормальную микрофлору пациента и защитные механизмы макроорганизма;
- снижение развития нежелательных лекарственных реакций.

Препараты, применяемые для антибиотикопрофилактики при абдоминальном

Препарат	Доза	Введение
амоксциллин/клавуланат	1,2 г	внутривенно, медленно (в течение 3-5 мин)
амоксциллин/сульбактам	1,5 г	внутривенно медленно
ампициллин/сульбактам	1,5 г	внутривенно медленно
цефазолин	1 г	внутривенно медленно
цефуроксим	1,5 г	внутривенно медленно

При аллергических реакциях на пенициллины и/или цефалоспорины применима комбинация клиндамицина и гентамицина

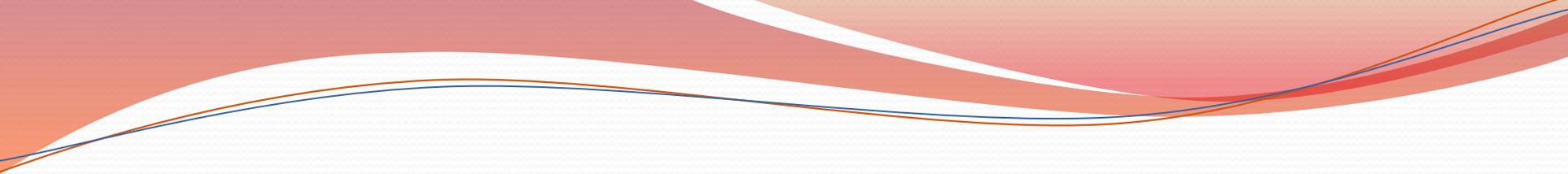
клиндамицин	600 мг	внутримышечно, внутривенно капельно
гентамицина сульфат	80-120 мг (1,5 мг/кг)	внутримышечно, внутривенно капельно

Интраоперационные осложнения

- Кровотечение из сосудов передней брюшной стенки
- Травматическое расслоение нижнего сегмента, дополнительный надрыв, продолжающийся книзу в сторону задней стенки мочевого пузыря, ранение маточных венозных сплетений, маточных сосудистых пучков.
- Маточное кровотечение вследствие гипотонического состояния матки.
- Ранения соседних органов.
- Травма новорожденного скальпелем

Послеоперационные осложнения

- геморрагические,
- тромбоэмболические,
- гнойно-септические,
- связанные с ранением соседних органов



Спасибо за внимание