

Методические рекомендации

«КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЕ»

Кесарево сечение - это метод родоразрешения при котором ребенок извлекается через разрез на матке.

Различают плановое и экстренное КС.

Плановые КС проводятся в учреждениях родовспоможения III или II уровня.

Различают абсолютные и относительные акушерские показания к операции КС.

Некоторые особые ситуации, требующие родоразрешения путем КС:

ВИЧ инфекция

Показания для планового кесарева сечения:

- вирусная нагрузка при последнем исследовании перед родами более или равна 1000 коп/мл (не зависимо от приема ВААРТ).
- нет данных о вирусной нагрузке (не зависимо от приема ВААРТ).
- АРТ или ВААРТ начата на сроке беременности 34 недели и более.
- химиопрофилактика во время беременности не проводилась.

При преждевременном разрыве плодных оболочек и продолжительности безводного периода более 4 часов КС с целью профилактики вертикальной передачи ВИЧ-инфекции не показано.

Генитальный герпес

Случаи первичного заражения ВПГ в третьем триместре, особенно в течение 6 нед, до родоразрешения.

В случае недоступности исследования на антитела к ВПГ, все случаи первичной манифестации следует рассматривать как первичную инфекцию.

Многоплодная беременность

Тазовое предлежание первого плода, фето-фетальный трансфузионный синдром.

Преждевременные роды

Не являются показанием для рутинного родоразрешения путем КС. Учитываются акушерские показания.

ВРТ

Не является показанием для рутинного родоразрешения путем КС

Сроки проведения КС

Плановое КС при одноплодной беременности следует проводить при гестационном сроке 39 нед, и более.

При многоплодной беременности в сроке до 38 недель.

Подготовка к плановому КС

Догоспитальный этап (женская консультация/поликлиника):

- Оформление направления на родоразрешение/КС в стационар, диагноз, показания к КС.
- Объем обследования:
 - ОАК (гемоглобин, эритроциты, лейкоциты, тромбоциты)
 - Группа крови, резус-фактор (при отсутствии документального подтверждения (оригинала) в обменной карте беременной)
 - При наличии рубца на матке, копия выписного эпикриза/выписки из истории болезни/родов после операции (КС, миомэктомии) со сведениями: показаниях, шовном материале, течении послеоперационного периода и т.п.)
 - ЭКГ
 - Коагулограмма
 - Биохимический анализ крови (по показаниям)
- Пациентке рекомендуется приобрести компрессионный трикотаж (чулки - предпочтительно, бинты)
- Осмотр врача-анестезиолога осуществляется накануне КС. Заключение врача-анестезиолога должно включать оценку риска тромбоэмболических осложнений и необходимости проведения медикаментозной профилактики тромбоэмболий
- Госпитализация для планового КС рекомендуется накануне вечером или в день родоразрешения

Госпитальный этап (акушерский стационар):

- Рутинно очистительная клизма не проводится.
- В течение дооперационного пребывания в стационаре лечащие врачи акушер-гинеколог и анестезиолог должны оформить стандартные информированные согласия на КС (см. приложение № 1) и проведение анестезии

Антибиотикопрофилактика

- Плановое КС: проводится не позднее чем за 20 минут до начала операции и не ранее чем за 1 час
- Экстренное КС: до разреза кожи
- Рекомендуемые препараты и дозировки:
 - Ампициллин – 2 г в/в медленно
 - Защищенные пенициллины – 1.2-1.5 г в/в медленно
 - Цефалоспорины 1 поколения – 1 г в/в медленно
 - При аллергии на пенициллины или цефалоспорины – антибиотики широкого спектра в соответствии с местным протоколом

Анестезиологическое пособие при КС

- Решение о выборе метода анестезии зависит от предпочтений пациентки и опыта врача-анестезиолога
- Рекомендуются регионарные методы обезболивания
- С целью профилактики аспирационного синдрома при использовании общей анестезии:
 - в операционной должны быть: исправный отсос и желудочные зонды
 - введение блокаторов H₂ рецепторов во время проведения премедикации в стандартных дозировках: возможная схема - квамател 20 мг в/в медленно
 - выполнение приема Селика во время интубации

В операционной

- Температура воздуха не менее 25⁰С
- Катетеризация мочевого пузыря
- Аускультация с/б плода
- Наклон операционного стола при проведении КС (до извлечения плода) – 15 градусов влево (возможно использовать валик)
- Во время КС в операционной должен присутствовать врач-неонатолог (педиатр), владеющий реанимационными мероприятиями в полном объеме или другие подготовленные медработники

Операция КС

- Обработка операционного поля в соответствии с инструкцией по применению антисептика
- Операцию КС выполняет врач акушер-гинеколог, владеющий данным навыком.
- Врач-хирург выбирает вид хирургического доступа, разреза на матке, исходя из акушерской ситуации
- При затрудненном извлечении плода (например, при высоко расположенной головке), возможно, применение вакуум экстрактора, акушерских щипцов
- Новорожденный должен быть передан акушерке или медсестре в теплые пеленки
- При рождении ребенка в состоянии депрессии определить рН крови из артерии пуповины
- При удовлетворительном состоянии новорожденного рекомендуется прикладывание новорожденного к груди в условиях операционной
- При удовлетворительном состоянии новорожденного, при возможности, следует передать его близким родственникам, в том числе для обеспечения контакта кожа-к-коже с отцом ребенка
- После извлечения плода для профилактики кровотечения ввести 5 Ед окситоцина в/в медленно или капельно в разведении 10 Ед окситоцина на 400 мл с нагрузочной дозой 20-25 мл/мин до достижения эффекта, затем со скоростью 60 кап/мин
- Рутинное введение окситоцина в матку (в миометрий) не применяется

- Послед отделяется тракциями за пуповину. Рутинное отделение и выделение последа рукой не проводится
- Рутинная ревизия полости матки салфеткой не проводится. Осмотр и описание целостности последа обязательны
- Выскабливание полости матки проводится по строгим показаниям (с обоснованием в протоколе операции)
- Ушивание разреза на матке производится однорядным или двурядным непрерывным швом синтетической медленно рассасывающей нитью (ПГА, сабфил, викрил и т.п.)
- Перитонизация матки рутинно не рекомендуется
- Ушивание мышц живота рутинно не проводится
- Апоневроз ушивается медленно рассасывающимся (не менее 180 дней) шовным материалом (шов непрерывный или отдельные узловы швы)
- Рутинное зашивание подкожной клетчатки толщиной до 2 см. не требуется
- Зашивание кожи: используют отдельные швы, непрерывный внутрикожный не удаляемый или съемный шов на усмотрение хирурга

Ведение послеоперационного периода

- Осмотр пациентки в первые 2 часа после операции проводится каждые 30 минут с оценкой и фиксацией в специальном листе наблюдения (см. Приложение 2) следующих данных: АД, пульс, ЧДД, высота дна матки, ее тонус, выделения из половых путей, диурез. Осмотр должен проводить врач акушер-гинеколог или акушерка/подготовленная медсестра
- Обезболивание проводится по протоколу, принятому в учреждении
- Через 2-6 часов после операции осмотр проводится каждые 1-2 часа с оценкой тех же данных. Данные заносятся в тот же лист наблюдения
- Через 6-12 часов (до полной стабилизации состояния) после операции осмотр проводится каждые 2-3 часа.
- Не рекомендуется перевод родильницы из отделения анестезиологии и реанимации в послеродовое отделение в ночные часы (с 23:00 до 07:00)
- Рекомендуется совместное пребывание матери и ребенка. Поощряется помощь близких родственников в уходе в послеоперационном периоде, в том числе в послеоперационной палате. Приватность должна быть обеспечена помещением родильниц в отдельные палаты или ширмами
- Мочевой катетер удаляется сразу после активизации родильницы. При обезболивании методом эпидуральной анестезии не ранее 6 часов от последней введенной дозы анестетика
- Ранняя активизация родильницы (первый подъем должен быть в присутствии акушерки (сестры-анестезиста) после измерения АД, ЧСС
- Рекомендуется ведение послеоперационной раны открытым способом. Повязка может быть снята через 24 часа после операции. Рутинная обработка послеоперационной раны не проводится

- Введение прозерина в послеоперационном периоде рутинно не рекомендуется, так же как выполнение очистительной клизмы (только по строгим показаниям)
- Рутинное введение утеротоников не рекомендуется.

Объем обследования в послеоперационном периоде после неосложненного КС

- ОАК развернутый
- Коагулограмма при назначении гепарина
- Влагищное исследование и УЗИ рутинно не проводится

Выписка из стационара

- Рекомендуется ранняя выписка (3-4-е сутки) после согласования с пациенткой
- Информация о выписке пациентки передается в амбулаторное звено по месту жительства в течение суток
- Выписка должна содержать подробную информацию о показаниях к оперативному родоразрешению, особенностях операции, использованном шовном материале, течении послеродового периода (см. Приложение 3)
- Выдается стандартная памятка (см. Приложение 4)

**Информированное добровольное согласие
на оперативное вмешательство - операция кесарево сечение**

Я _____
(фамилия, имя, отчество - полностью) _____ года рождения,
проживающая по адресу: _____

Находясь на родоразрешении в отделении

_____ (название отделения, номер палаты)

Добровольно даю свое согласие на проведение мне (представляемому):
Операции- **кесарево сечение**. (Кесарево сечение – это метод
родоразрешения при котором ребенок извлекается через разрез на матке.
Для уменьшения риска травм новорожденного могут быть применены
вакуум или щипцы)
и прошу персонал _____
о ее проведении.

Подтверждаю, что я ознакомлена с характером предстоящей мне операции.

- Мне разъяснены, и я понимаю особенности и ход предстоящего оперативного лечения.
- Мне разъяснено и я осознаю, что во время операции могут возникнуть непредвиденные обстоятельства и осложнения. В таком случае я согласна на то, что ход операции может быть изменен врачами по их усмотрению.
- Я предупреждена о факторах риска и понимаю, что проведение операции сопряжено:
 1. с риском потери крови (при необходимости будет назначен препарат усиливающий сокращение матки- Окситоцин),
 2. возможностью инфекционных осложнений (при необходимости будет введена одна доза антибиотика до операции и назначение антибактериальной терапии в послеоперационном периоде),
 3. нарушений со стороны сердечно-сосудистой и других систем жизнедеятельности организма (при необходимости будут назначены препараты, снижающие риск тромбообразования) ,
 4. непреднамеренного причинения вреда здоровью (ранения соседних органов (мочевого пузыря, кишечника), возникновение спаечного процесса) и даже неблагоприятного исхода.
- Я предупреждена, что в ряде случаев могут потребоваться повторные

операции, в т.ч. в связи с возможными послеоперационными осложнениями или с особенностями течения заболевания, и даю свое согласие на это.

- Я поставила в известность врача обо всех проблемах, связанных со здоровьем, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных мною и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, в т.ч. носительстве ВИЧ-инфекции, вирусных гепатитах, туберкулезе, инфекциях, передаваемых половым путем, об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня во время жизнедеятельности, принимаемых лекарственных средствах, проводившихся ранее переливаниях крови и ее компонентов. Сообщила правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств.
- Я знаю, что во время операции возможна потеря крови и даю согласие на переливание донорской или ауто (собственной) крови и ее компонентов.
- Мне была предоставлена возможность задать вопросы о степени риска и пользе оперативного вмешательства, в т.ч. переливаний донорской или ауто (собственной) крови и/или ее компонентов и врач дал понятные мне исчерпывающие ответы.
- Мне разъяснены показания к операции и я понимаю, что все вышеперечисленные операционные риски оправданы, потому что тяжесть осложнений и их вероятность во время родов через естественные родовые пути у меня больше, чем вовремя или после операции
- Я ознакомлена и согласна со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною поняты и добровольно даю свое согласие на проведение мне операции

« ____ » _____ 20 ____ года

Подпись пациента _____ / _____

Расписалась в моем присутствии:

Врач _____ (подпись)
(должность, И.О. Фамилия)

ПАМЯТКА РОДИЛЬНИЦЕ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЕ

Тревожные признаки

ОБРАТИТЕСЬ ЗА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩЬЮ!

- Признаки, требующие **СРОЧНОГО** обращения за медицинской помощью (вызов скорой помощи или самостоятельное обращение в ближайший стационар)
 - Боли в грудной клетке и ногах, сильный кашель, затруднение дыхания
 - Кровотечение – резкое увеличение кровянистых выделений, использование двух и более прокладок в течение часа,
 - Повышение температуры тела ($> 38^{\circ}\text{C}$), может сопровождаться ознобом, особенно в сочетании с появлением выделений неприятным, резким запахом
 - Сыпь, головная боль, головокружение, судороги
- Признаки, требующие обращения в ближайшее время (в поликлинику/женскую консультацию)
 - Гиперемия (покраснение), боли в одной или обеих молочных железах, участки уплотнения
 - Проблемы в области послеоперационного шва (покраснение, болезненность, выделения из шва)
 - Состояние депрессии: плаксивость, раздражительность, частая смена настроения, отсутствие радости материнства
 - Обострение геморроя

Образ жизни

В ближайшие 6 недель не рекомендуется:

- Перегревание, переохлаждение
- Посещение бань, саун, бассейна

Время возобновления сексуальных отношений определите Вы сами, но рекомендуется дождаться прекращения кровянистых выделений

Планирование семьи

- При наличии рубца на матке роды возможны через естественные родовые пути. Этот вопрос следует обсудить с врачом акушером-гинекологом
- Оптимальный интервал между беременностями для Вас и следующего ребенка – 3 года
- Врач-акушер гинеколог поможет Вашей семье подобрать наиболее приемлемый способ контрацепции. Обратитесь в поликлинику или женскую консультацию

ХРАНИТЬ!

ВЫПИСКА ИЗ ИСТОРИИ РОДОВ

Учреждение
.....день/месяц/год

№	Показатель	Информация
1	Показания к операции	
2	Время выполнения операции:	до родов в латентной фазе в активной фазе в конце активной фазе или 2-м периоде родов
3	Продолжительность безводного периода	
4	Тип разреза на матке	поперечный в н/с корпоральный другой.....
5	Метод зашивания разреза	однорядный непрерывный многорядный непрерывный дру- гой.....
6	Использованный шовный материал	
7	Объем кровопотери	
8	Объем операции	Кесарево сечение Другое.....
	Продолжительность операции	
9	Особенности течения послеоперационного периода	нет дру- гое.....
10	Антибиотикопрофилактика	Да Нет
11	Антибиотикотерапия/чем/длительность	
12	Длительность пребывания в стационаре	
	Подпись лечащего врача	

Памятка для пациента
КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЕ

Это метод родоразрешения при котором ребенок рождается через разрез на матке. Врач-хирург извлекает ребенка за головку или тазовый конец, в зависимости от предложения ребенка. Крайне редко при затруднении при извлечении головки ребенка может быть применен вакуум или щипцы. Это делается для уменьшения риска травм новорожденного.

Эта процедура требует обезболивания (анестезии). Существует два метода анестезии – общий наркоз и регионарные методы: эпидуральная, спинальная или комбинация двух методов. Вы сможете обсудить методы обезболивания во время предоперационной консультации с врачом-анестезиологом.

Риски, связанные с операцией кесарева сечения:

- **Инфекция** в области операционного шва, малого таза, мочевыделительной системы. С целью профилактики Вам будет предложено введение одной дозы антибиотика. Инъекция будет сделана до операции. В случае возникновения инфекции в послеоперационном периоде вам будет назначена антибактериальная терапия
- **Кровотечение** во время или после операции. Объем кровопотери даже при неосложненном кесаревом сечении больше чем во время вагинальных родов, но чаще всего оно не превышает 1 л, что не требует дополнительного лечения, так как во время беременности в организме увеличивается количество крови
- **Для профилактики кровотечения** после рождения ребенка будет назначен окситоцин, препарат усиливающий сокращение матки. В некоторых случаях, когда матка не сокращается, несмотря на лечение, приходится удалять матку
- Как и при любой другой операции возможны **другие осложнения**: ранения соседних органов (мочевого пузыря, кишечника), возникновения спаечного процесса, что может потребовать повторного оперативного вмешательства
- Операция повышает риск **образования тромбов** в сосудах (чаще ног), особенно у пациентов, имеющих избыточный вес. Для профилактики используется эластичные чулки (предпочтительно) или бинты, которые следует использовать в послеоперационном периоде. В некоторых случаях могут быть назначены препараты, снижающие риск тромбообразования
- Имеется риск небольших порезов ребенка, чаще во время разреза матки, особенно при тазовом предлежании плода. Эти ранки не требуют лечения, заживают в течение нескольких дней
- Формирование послеоперационного рубца на коже у разных людей происходит по-разному, достаточно длительное время может сохраняться болезненность, гиперемия (покраснение), может сформироваться келоидный рубец
- Во время последующих беременностей выше риск:

- Повторного кесарева сечения (хотя вагинальные роды с рубцом на матке возможны)
- Предлежания и приращения плаценты
- Разрыва матки по рубцу (редко – до 0.5%) и гибели плода