ЛЕКЦИЯ

ТЕМА: КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЕ.

 Название данной операции берет начало от римского царя (715-673 г до нашей эры) который издал указ что если беременная женщина умирается, то необходимо разрезать ей живот и достать живого ребенка.

 В 16 века Амбруаз Паре выполнил абдоминальное родоразрешение на живой женщине, но так как в то время не существовало методики ушивания раны матки , то смерть наступала практически в 100% случаев. В 1876 году Гейн и Порро преложили удалять матку после извелчения плода. Летальность при этом снизилась до 25% ( сейчас удаляют матку по Порро если есть сочетание мертвого плода и воспаления в матке). В 1890 году Керрер наложил на матку швы в три ряда: мышечно-мышечный, мышечно-серозный, серо-серозный. Летальность при таких операциях достигла 7%. В 1920 году разработана техника операции - интраперитонеального кесарева сечения, кесарева сечения в нижнем сегменте, ретровезикального кесарева сечения и др.

 Снизилась летальность и стала нарастать частота выполнения операции кесарева сечения. В 40-50-е годы путем кесарева сечения родоразрешали в 3.5 - 4% случаев в мире. В 70-80 году - 4-5%. Сейчас это процент неуклонно растет. В США он составляет 15-20%, в Санкт-Петербурге 10-12%. Тем не менее кесарево сечение являясь операцией ( а каждая операция имеет свой операционный риск) не снижает материнскую и перинатальную смертность так как существует множество осложнений со стороны матери и плода.

ПОКАЗАНИЯ К ОПЕРАЦИИ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ.

 Кесарево сечение может быть плановым и экстренным. Все показания рассматриваются в зависимости от этого. Надо стремится к увеличению количества плановых кесаревых сечений, за счет уменьшения экстренных.

 Существуют абсолютные и относительные показания к кесареву сечению.

ОТНОСИТЕЛЬНЫЕ ПОКАЗАНИЯ.

Извлечение плода через естественные родовые пути может быть выполнено , но со значительно большим риском для матери или плода.

1. Кровотечение в связи с предлежанием и отслойкой плаценты - 21.6% кесаревых сечений приходится на это показание.
2. Патология таза: анатомически и клинический узкий таз - 20.4%.
3. повторное кесарево сечение в связи с несостоятельностью рубца на матке - 20%.
4. Сочетанные показания -10.9%.
5. поперечное и косое положение плода 6.1%.
6. неправильное вставление головки: лобное, высокое стояние стреловидного шва и др. - 4%.
7. Дистоция (ригидность) шейки матки. С ней связана слабость родовой деятельности - 3.6%.
8. экстрагенитальная патология - 3.6%.
9. Впадение пуповины - 2.4%.
10. Поздний токсикоз - 1.4%.
11. Тазовое предлежание 1.2%.
12. Угрожающая внутриутробная гипоксия плода - 0.5%.

АБСОЛЮТНЫЕ ПОКАЗАНИЯ.

 Такие клинические ситуации, при которых извлечение плода через естественные родовые пути невозможно в интересах матери или плода (тяжелая преэклампсия, котрая не поддается лечению в течение 48 часов, узкий таз, лобное предлежание и др.)

СОЧЕТАННЫЕ ПОКАЗАНИЯ.

 Разработаны проф. Слепых. Сочетанные показания это совокупность осложнений беременности и родов, каждое из которых само по себе не является показанием к кесареву сечению, однако при их сочетании есть угроза для жизни матери или плода при родах через естественные родовые пути (тазовое предлежание плюс крупный плод; переношенная беременность плюс угрожающая гипоксия плода; рубец на матке плюс возраст матери более 30 лет и бесплодие в анамнезе).

КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЕ - родоразрешающая операция, при которой плоди и после извлекают через разрез на матке.

 Различают виды кесарева сечения:

1. абдоминальное: классическое, корпоральное, кесарево сечение в нижнем сегменте.
2. влагалищное - разрез через передний свод влагалища. Сначала обнажают шейку и низводят ее. Извлекают таким образом ребенка до 22 недель (20 недель). Надо не повредить мочевой пузырь, очень сложна эта операция технически. А следовательно много осложнений. Сейчас практически не применяется.

 Абдоминальное кесаревео сечение бывает интраперитонеальным (доступ через рассечение брюшины) и экстраперитонеальным (без проникновения в полость брюшины), а также кесарево сечение с временным отграничением брюшной полости.

 Классическое кесарево сечение: разрез от лона, обходя пупок слева и выше, матка разрезается прдольным разрезом, выводится из брюшной полости.

 Корпоральное кесарево сечение: разрез от лона до пупка, разрез проводится по средней линии. Матка в рану не выводится ( поэтому и название корпоральное - “в теле”). Единственное показание к этому виду операции - поперечное положение плода.

 Недостатки классического и корпорального кесарева сечения:

1. большой разрез на матке
2. часто формируется несостоятельность швов на матке - при последующей беременности может быть разрыв по этому рубцу.
3. Большая травматичность, а следовательно и кровопотеря.
4. Разрез париетальной и висцеральной брюшины совпадают, а следовательно это прерасполагает к образованию спаек.
5. Частое формирование послеоперационных грыж.

 В настоящее время наиболее часто выполняется операция кесарева сечения в нижнем сегменте.

КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЕ В НИЖНЕМ СЕГМЕНТЕ.

Первым этапом является лапаратомия (нижнесрединная; по Фаненштилю - поперечный разрез над лоном). При поперечном разрезе операция длится дольше так как надо очень тщательно выплнять гемостаз, и перевязывать ветви гипогастральных артерий. При плохой их перевязке образуется подапоневротическая гематома.

 После вскрытия брюшной полости видим матку, которая всегда ротирована вправо. Мочевой пузырь находится книзу, его отодвигают зеркалом. Вскрывают plica vesico-uterina и тупо отслаивают ее вниз. В области наибольшей окружности делают разрез и вводят в рану пальцы и раздвигают ее. Рука вводится за головку , ассистент при этом давит на дно матки, извлекают головку, затем освобождают пояс и затем и всего ребенка. Между двумя зажимами пересекают пуповину и отдают ребенка педиатру. Рукой удаляют послед. Если есть задержка в матке плодных оболочек то берут кюретку и выскабливают плость матки.

 Третим этапом производят ушивание раны матки двумя рядами кетгутовых вов. Можно накладывать швы непрерывно, можно по Стрелкову - первый ряд - слизисто-мышечный), и два ряда отдельных швов.

 Непрерывные швы опасны тем, что если кетгут где-то рассосется раньше положенного срока, то может начаться кровотечение.

 Четвертым этапом производят перитонизацию за счет пузырно-маточной складки брюшины (при этом швы накладываемые на висцеральную и париетальную брюшину не совпадают так как формируется дупликатура брюшины , следовательно формирование спаек сводится к минимуму).

 Затем проводится проверка гемостаза, проводится туалет брюшной полости. Счет салфеток. Послойное зашивание брюшной полости наглухо. Если необходимо то дренируют брюшную полость.

ПРЕИМУЩЕСТВА КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ В НИЖНЕМ СЕГМЕНТЕ.

1. Разрез на наиболее тонкой части стенки матки; в этот разрез попадает наименьшее количество мышечных волокон следовательно по мере формирования нижнего сегмента будет формироваться полноценный соединительнотканый рубец.
2. Небольшая кровопотеря.
3. Идеальная перитонизация за счет пузырно-маточной складки.
4. Разрезы париетельной и висцеральной брюшины не совпадают , то есть минимальная возможность образования спаек.
5. Формирование полноценного рубца, то есть уменьшается вероятность разрыва матки по рубцу.

ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ.

1. Инфекция любой локализации (лучше производить в данном случае экстраперитонеальное кесарево сечение).
2. Длительный безводный период.
3. Внутриутробная гибель плода ( единственным исключением из этого правила составляет мертвый плод при ПОНРП).
4. Плод в состоянии асфиксии и нет уверенности в рождении живого ребенка.

УСЛОВИЯ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ОПЕРАЦИИ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ.

ХИРУРГИЧЕСКИЕ УСЛОВИЯ: наличие операционной, инструментария, квалифицированного хирурга.

АКУШЕРСКИЕ УСЛОВИЯ.

1. Наличие зрелых родовых путей , что необходимо для хорошего оттока лохий в послеоперационный период.
2. Безводный период не более 12 часов ( если более 12 часов то необходимо выполнять эстраперитонеальное кесарево сечение).
3. Отсутствие симптомов эндометрия в родах (хорионамнионита).
4. Живой плод.

АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОЕ ПОСОБИЕ.

ПРЕМЕДИКАЦИЯ цель: достижение психического покоя, блокада нейровегетативных реакций. Предупреждение побочных влияний анестезиологических средства, профилактика и терапия некоторых осложнений беременности и родов, внутриутробной гипоксии плода.

1. внутривенно бета-адреномиметики, для улучшения состояния плода применяется сальбутамол. Если кесарево сечение производится из-за гестоза то назначают гипотензивные средства. Также назначаются транквилизаторы или снотворные (реланиум, фенобарбитал и др.) на ночь. Также они назнчаются перед операцией.
2. Атропин или метацин для профилактики вагусных реакций.
3. Средства для профилактики синдрома Мендельсона - сода, мгеназия, альмагель, циметидин.
4. Для плода: глюкоза, витамин С, кокарбоксилаза, сигетин.
5. Предоперационный токолиз.
6. Ингаляция кислорода.

 МЕТОДЫ АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОГО ПОСОБИЯ.

1. Местная инфильтрационная анестезия ( в настоящее время не применяется).
2. Эпидуральная или спиномозговая анестезия. Очень хороший метод при гестозе, когда одновременно надо снизить АД.
3. Общая анестезия и ИВЛ,

ОСЛОЖНЕНИЯ ВО ВРЕМЯ ОПЕРАЦИИ.

1. Синдром Мендельсона. Возникает в результате регургитации кислого содержимого желудка в дыхательные пути. При этом происходит развитие гиперергический пневмонит, нарушение альвеолярного эпителия, нарушение продукции сурфактанта. При этом быстро присоединяется ДВС синдром. Летальность при этом синдроме очень высока.
2. Синдром сдавления нижней полой вены. При сдавлении маткой нижней полой вены снижается венозный возврат к сердцу, снижается сердечный выброс, снижается АД, возникает коллапс.
3. Кровотечение во время операции. Причинами в данном случае будет гестоз ( при котором уже имеется хроническая стадия ДВС-синдрома), патология свертывающей системы крови, задержка частей последа , гипотонические состояния матки. При гипотонических состояних необходимо проводить терапию утеротониками, при гестозе - инфузионная терапия. Если данные мероприятия неэффективны до объем операции необходимо расширить до экстирпации матки.

ОСЛОЖНЕНИЯ РАННЕМ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ.

1. Кровотечение. Причиной его как правило является не тщательно выполненный гемостаз. Необходимо осторожное выскабливание полости матки на фоне утеротоников. Если мероприятия не эффективны то надо делать экстирпацию матки.
2. Парез кишечника - самый ранний признак перитонита. Необходимо вводить прозерин, делать гипертонические клизмы, препараты калия (перорально), компресс с эфиром на живот, раннее вставание после операции.
3. Нарушение функции мочеиспускания (задержка мочи).
4. Тромбоэмболические осложнения тромбоз возникают чаще у женщин с патологией сердечно-сосудистой системы, варриокозными расширениями вен, при коллагенозах, заболеваниях крови, шоке, гестозе. Может быть тромбоз вен нижних конечностей и вен таза. Может быть ТЭЛА ( боли за грудиной, эйфория, кровохарканье, в худшем случае тахипное, глубокий обморок и смерть). Может быть эмболия околоплодными водами.
5. Инфекционные осложнения.

ВЕДЕНИЕ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ПЕРИОДА.

ПЕРВЫЙ ДЕНЬ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ.

1. Стол 0: минеральная вода и соки, но без содержание сахара. Режим постельный, но женщина должа переворачиваться сбоку на бок и садиться. К концу суток должна стоять рядом с кроватью ( профилактика тромбоэмболических осложнений и пареза кишечника). Назначают антибиотики (ампициллин, гентамицин, нистатин). Ребенку назначают бифидум.
2. Инфузионная терапия: солевые растворы (ацесоль, хлосоль и т.д.). коллоидные растворы - реополиглюкин, гемодез - 2 флакона по 400 мл).
3. Обезболивание: однократное введение наркотического анальгетика, анальгин с димедролом.
4. Витамины парентерально.
5. Сокращающие средства: окситоцин капельно и внутримышечно 3 раза в день.
6. Анализ крови и анализ мочи.

ВТОРОЙ ДЕНЬ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ.

1. Режим 2, стол 1. Надо стоять рядом с кроватью, движения
2. Гипертоническая клизма, через 15 минут вводят питуитрин или прозерин подкожно.
3. Обезболивание: анальгин, димедрол.

ТРЕТИЙ ДЕНЬ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ.

1. Стол 1, можно начинать кормить бульонами, протертыми овощами, можно кусочек мяса. Режим 2-3.
2. Антибиотики
3. витамины
4. сокращающие средства
5. очистительные клизмы

 На 7 сутки снимают швы. На 11 сутки выписывают. На 10 сутки должно быть закрытие маточного зева.