

Ф.И. ШУКУРОВ

КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЕ

МОНОГРАФИЯ

Ташкент-2024

ISBN 978-9910-02-163-3



9 789910 021633 >

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ
УЗБЕКИСТАН
ТАШКЕНТСКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ**

Ф.И. ШУКУРОВ

КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЕ

МОНОГРАФИЯ

Ташкент – 2024

O'ZBEKISTON RESPUBLIKASI SOG'LIQNI SAQLASH VAZIRLIGI
TOSHKENT TIBBIYOT AKADEMIYASI

«TASDIQLAYMAN»

Toshkent tibbiyot akademiyasi

Muvofiqlashtiruvchi Ekspert
kengashi raisi, t.f.d., professor

X.S. Axmedov

2023-y.



F.I.Shukurov

КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЕ

(monografiya)



Toshkent-2023

УДК 616-089.888.61

Шукуров Ф.И. //«Кесарево сечение»:Монография//«TIBBIYOT NASHRIYOTI MATBAA UYI» МЧЖ, Ташкент - 2024.- 124 с.

Рецензенты:

Курбанов Б.Б. – заведующий кафедрой акушерства и гинекологии и детской гинекологии ТашПМИ, д.м.н.

Каюмова Д.Т. –доцент кафедры акушерства и гинекологии семейной медицины ТМА,д.м.н.

Монография обсуждена на ЦМК ТМА -протокол № --от 15 ноября 2023 года.

Монография обсуждена на Научном Совете ТМА протокол № -от 29 ноября 2023 года.

Монография посвящена всестороннему рассмотрению кесарева сечения. В ней обсуждена медицинские показания, противопоказание, техника самой операции, методы обезболивания, профиликтики гнойно септических осложнений в послеоперационном периоде а также последующее восстановление матери и влияние на здоровье новорожденного. В монографии будут затронуты ключевые вопросы, связанные с этикой и правовыми аспектами выбора метода родоразрешения, а также сравнение кесарева сечения с другими методами, такими как нормальные роды. Монография предназначена врачам акушер-гинекологами, магистрам, клиническим ординаторам и студентам медицинских ВУЗов.

ISBN: 978-9910-02-163-3

© Шукуров Ф.И.

© «TIBBIYOT NASHRIYOTI MATBAA UYI» МЧЖ, 2024.

ОГЛАВЛЕНИЕ

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ И УСЛОВНЫХ ЗНАКОВ	7
ВВЕДЕНИЕ	8
Глава 1. СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ: НОВЫЕ ПЕРСПЕКТИВЫ И ИССЛЕДОВАНИЯ.....	9
1.1. Кесарево сечение в акушерстве.....	9
1.2. Частота, формы и причины инфекционных осложнений после кесарево сечения	12
1.3. Пути профилактики гнойно-воспалительных послеоперационных заболеваний	17
Глава II. ТОПОГРАФОАНАТОМИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ МАТКИ И МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ МИОМЕТРИЯ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ.....	29
2.1. Топографоанатомические особенности матки во время беременности.....	29
2.2. Морфологические изменения миометрия в поздние сроки беременности.....	32
Глава 3. АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ОПЕРАЦИИ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ	35
3.1. Методы обезболивание при кесарево сечения	37
Глава 4. ПОКАЗАНИЯ, ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ, УСЛОВИЯ И ПОДГОТОВКА К КЕСАРЕВУ СЕЧЕНИЮ	40
4.1. Показание, противопоказание и условия к кесарево сечению	40
4.2. Подготовка к операции кесарево сечение	43
Глава V. ОСНОВНЫЕ ХИРУРГИЧЕСКИЕ ЭТАПЫ ОПЕРАЦИИ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ	44
5.1. Техника нижнесрединного разреза на передней брюшной стенке.	46
5.3. Техника лапаротомии по Джоэл-Кохену.....	49
5.3. Вхождения в брюшную полость.....	50
5.4. Техника разрез на матке для доступа к нижнему сегменту.....	51

5.5. Кесарева сечения в нижнем сегменте матки с поперечным разрезом (по методу Гусакова).....	54
Глава 6. ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЙ ПЕРИОД И РЕАБИЛИТАЦИЯ ...	77
Глава 7. КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЕ МЕДИЦИНСКИЕ, СОЦИАЛЬНЫЕ, МОРАЛЬНО ЭТИЧЕСКИЕ И ЮРИДИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ	80
7.1.Этические вопросы, связанные с выбором метода родоразрешения	89
ГЛАВА 8. ВЛИЯНИЕ КС НА МАТЕРИНСКОЕ И ДЕТСКОЕ ЗДОРОВЬЕ	92
8.1. Долгосрочные последствия для матери и новорожденных	93
ГЛАВА 9. ПРОФИЛАКТИКА ГНОЙНО ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ.....	95
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	113
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ.....	114

СПИСОК СОКРАЩЕНИИ И УСЛОВНЫХ ЗНАКОВ

АД–артериальное давление

АЖ–амниотическая жидкость

АП–антибиотикопрофилактика

КС – кесарево сечение

ГВЗ–гнойно-воспалительные заболевания

ГСБ- гипертензивные состояния беременности

ИВЛ – искусственная вентиляция легких

ЖДА–железо дефицитная анемия

ПОНРП–преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты

УЗИ–ультразвуковое исследование

ОЦК–объем циркулирующей крови

КОЕ–количественное обсеменение жидкости

СОЭ–скорость оседания эритроцитов

ЭКГ–электрокардиография

Hb–гемоглобин

Ht– гематокрит

Rh-резус фактор

ВВЕДЕНИЕ

Кесарево сечение (КС) представляет собой одну из наиболее распространенных хирургических процедур в мире, и увеличение частоты его проведения остается значительной проблемой общественного здравоохранения, вызывая дискуссии по всему миру из-за материнских и перинатальных рисков. Современное совершенствование техники КС привело к улучшению безопасности операции, что привело к резкому увеличению частоты ее выполнения. Операция стала настолько безопасной, что некоторые женщины выбирают КС по собственному желанию или по рекомендации врача, даже если нет медицинских показаний. Однако только сейчас начинают оцениваться негативные последствия этого явления.

Наблюдается рост материнской заболеваемости и смертности, включая риски, такие как кровотечение, сепсис, венозная тромбоэмболия и эмболия околоплодными водами. При последующих беременностях увеличивается риск предлежания и вставания плаценты, а также разрыва матки. Эти осложнения увеличивают риск материнской смертности и тяжелых заболеваний, который возрастает с каждым последующим КС.

Монография посвящена всестороннему рассмотрению кесарева сечения. В ней обсуждены медицинские показания, противопоказание, техника самой операции, методы обезболивания, профилактики гнойно-септических осложнений в послеоперационном периоде а также последующее восстановление матери и влияние на здоровье новорожденного.

В монографии будут затронуты ключевые вопросы, связанные с этикой и правовыми аспектами выбора метода родоразрешения, а также сравнение кесарева сечения с другими методами, такими как нормальные роды.

Монография предназначена врачам акушер-гинекологами, магистрам, клиническим ординаторам и студентам медицинских ВУЗов.

Глава 1.

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ: НОВЫЕ ПЕРСПЕКТИВЫ И ИССЛЕДОВАНИЯ

1.1. Кесарево сечение в акушерстве

В последние 15-20 лет отмечается существенное изменение в клинической практике акушерства, проявляющееся в устойчивой тенденции к расширению показаний к кесареву сечению. Этот тренд выражен увеличением частоты проведения данной операции от 0,5% до значительных 20,5%. В Узбекистане за последние десятилетия наблюдается особенно выраженный скачок в частоте кесарева сечения, увеличившейся примерно в три раза: с 3,3% в 1994 году до 11,1% в 2022 году) [7,70,76,81,97].

Такое увеличение частоты кесарева сечения в узбекской акушерской практике за последние 20 лет представляет собой явление, требующее внимательного рассмотрения и анализа. Такое значительное увеличение говорит о глубоких изменениях в подходах к родоразрешению и дает основание предполагать наличие важных обстоятельств, влияющих на принятие решения о проведении данной операции.

Разбор этой тенденции может выявить не только клинические, но и социокультурные и экономические аспекты, формирующие подходы к выбору метода родоразрешения. Исследование факторов, влияющих на динамику частоты кесарева сечения в Узбекистане, предоставит не только важные данные для улучшения практики акушерства, но и заново подчеркнет значение сбалансированного подхода к принятию решений в сфере женского здоровья[30,70,77,100].

По данным официальной статистики МЗ РУз, частота КС в Узбекистане в последние годы составила 4,5% к общему числу родов.

В настоящее время, кесарево сечение стало доминирующим методом родоразрешения и обозначает значительное достижение в области акушерства. Этот операционный вмешательство становится

все более распространенным благодаря не только постоянному совершенствованию техник и технологий, но и развитию смежных областей медицины.

Расширение показаний для проведения кесарева сечения обусловлено совокупным воздействием прогресса в области акушерства, анестезиологии, реаниматологии, неонатологии, трансфузиологии, фармакологии, асептики и антисептики, а также использования новых антибиотиков и материалов для швов.

Продвинутые методы диагностики, новые медикаменты и средства анестезии, технические инновации в операционных залах и усовершенствование перинатальной заботы – все это способствует эффективному и безопасному проведению кесарева сечения.

Важно отметить, что расширение показаний к кесареву сечению свидетельствует о стремлении медицинского сообщества к непрерывному совершенствованию и оптимизации условий для родов. Эта динамика отражает усилия науки и практики по поиску наилучших путей обеспечения безопасности и комфорта для матери и ребенка, соблюдая высокие стандарты медицинской этики и качества.

В последнее время расширились показания к кесареву сечению при переносной беременности, оперативная активность при данной патологии возросла с 2,7 до 27% [1,79]. Увеличилось число операций кесарева сечения и по поводу неправильных вставлений головки от 3,7 до 6,48% [30,57, 62,70,97].

Аномалия родовой деятельности является одним из наиболее частых неблагоприятных моментов, входящих в комплекс показаний к операции кесарева сечения. Частота ее при этой патологии в последние годы возросла до 22,7% [1,35,70]

Дискуссионным является вопрос абдоминального одоразрешения при тазовых предлежаниях плода. Частота кесарева сечения в данной ситуации колеблется от 1,5 до 66,5% [15,30,57,81].

Ряд исследователей группу операций, производимых в интересах плода, называют «сочетанными показаниями» или «расширенными показаниями» [28,56,57,95].

Показания к КС, избираются, когда вопрос получения живого ребенка стоит особенно остро. Это относится к беременным групп высокого риска, имеющих порой тяжелые экстрагенитальные заболевания [28].

С целью улучшения исхода родов для плода целесообразно обоснованное расширение показаний к кесареву сечению и своевременное его выполнение при клиническом узком тазе, длительных родах со стойкой слабостью родовых сил и наличием гипоксии плода, перенашивании, тазовом предлежании, прогрессирующей отслойке плаценты, у первородящих старше 30 лет, при отягощенном акушерском анамнезе и т.п.

Результатом нарастания частоты кесарева сечения является постоянное увеличение уровня повторных операций среди других показателей (до 15-25% и выше).

Неоспоримо положение о том, что хирургическое родоразрешение должно проводиться только при наличии достаточного обоснования.

Значительно возрос в последние годы и контингент беременных с отягощенным акушерским и перинатальным анамнезом. Это женщины, страдающие длительным бесплодием, невынашиванием; имеющие в анамнезе внутриутробную гибель плода, патологические роды, не имеющие живых детей. Одним из аспектов этой сложной проблемы является не только выбор метода родоразрешения, но и своевременность оперативных родов.

Все шире обсуждается вопрос о плановом кесаревом сечении [81]. В этом плане ставится вопрос о расширении оперативных родов при перенесенной беременности [57,77]; при аномалии родовой деятельности [35,62]; при тазовых предлежаниях плода [57,67,74]. Продолжают возрастать показания и в интересах жизни матери.

Определяется новая рубрика абсолютных показаний для повторного кесарева сечения при сочетании «рубца» с анатомическим сужением таза, крупным плодом, тазовым предлежанием [17]. Однако

расширение показаний к оперативному родоразрешению требует интенсивного изучения разных аспектов кесарева сечения: оперативной техники, методики, шовного материала, анестезии, кровопотери и ее восполнения, профилактики интра- и - послеоперационных осложнений. Многие аспекты этой проблемы до сих пор остаются не разрешенными. А потому продолжается дискуссия о частоте и показаниях к операции [6,30,42,57,58,94,97]. Особенно этот вопрос занимает ученых Узбекистана, где вопрос о деторождении всегда стоит особенно остро [43]. Нельзя не учитывать рост частоты кесарева сечения при знании ближайших и отдаленных осложнений кесарева сечения [13,51,70], значительно превосходящие цифры материнской смертности в связи с КС относительно естественных родов, постоянный рост числа гнойно -воспалительных послеоперационных осложнений [23,62,64], указывает на отсутствие полной безопасности этого вида родоразрешения. Все это делает проблему кесарева сечения актуальной и практически важной.

1.2. Частота, формы и причины инфекционных осложнений после кесарево сечения

Повышение числа оперативных родов обусловило тенденцию к увеличению частоты послеоперационных инфекционных осложнений от 19,7 до 75% [13,26,70,76].

Частота ГВЗ после кесарева сечения по данным Field Ch. S [64] в 8 раз выше, чем после естественных родов. Наиболее опасные септические заболевания после оперативных родов - перитонит и сепсис развиваются соответственно в 0,2-1,5% и 0,5- 3,5% случаях [65, 69].

Наиболее частым инфекционным осложнением КС остается эндометрит, частота которого составляет 6,6 до 45% [77,83].

Существенно большой удельный вес в структуре ГВЗ после кесарева сечения занимают эндомиометрит, мочева и раневая

инфекции. Многочисленные исследования указывают на большую частоту послеоперационного эндомиометрита - 6,6-15%.

Инфицирование мочевыводящих путей наблюдали в 3,1-29,8%, раневую инфекцию - 0,7-15,1% [2,12,100]. При этом, исследования проведенные Ананьев В. А.[39] показывают преимущественно тяжелое клиническое течение эндомиометрита после кесарева сечения в сравнении с относительно благоприятным течением заболевания после спонтанных родов.

Послеродовой период женщин, больных ЖДА, являющейся краевой патологией, в 1,8 раза чаще осложняется ГВЗ в сравнении со здоровыми роженицами и составляет 2,6-13% [48,59,63,95].

Согласно данным Оден М. [51] частота большинства ГВЗ при абдоминальном родоразрешении на фоне ЖДА превышает эти показатели у рожениц без анемии: раневая инфекция 12,5 и 8,3%, эндомиометрит - 14,1 и 8,3%, параметрит - 7,8 и 4,2%, тромбоз - 1,6% и перитонит 1,6 и 4,6%, инфекции дыхательных путей - 3,8 и 4,2%, острый рецидивирующий пиелонефрит - 1,6 и 4,2% соответственно. Автор отмечает более благоприятные исходы кесарева сечения у женщин, получивших лечение ЖДА до родоразрешения. Частота ГВЗ у них была в 3 раза ниже и составила $22,6 \pm 7,5\%$ в сравнении с показателем при экстренных оперативных родах на фоне анемии - $64,3 \pm 9,05\%$.

Одной из причин ГВЗ после операции является существующая, обсемененность генитального тракта беременных.

Изучению флоры генитального тракта женщин перед родами и в послеродовом периоде посвящены ряд исследований.

По данным Фаткуллин Ф. И. [57] микрофлору цервикального канала у 93 беременных до абдоминального родоразрешения составляли микоплазмы (30,1%), дрожжеподобные грибы (35,8%), грамположительные вагинальные палочки (42,8%). Микрофлора полости матки на 3-и и 6 сутки после родов также представлена условно-патогенными аэробными микроорганизмами,

грамположительной палочкой, стафилококком, энтерококком, эшерихиями, стрептококком группы В и анаэробными бактериями: бактероидами, пептококками, пептострептококками и грамположительной палочкой [13,83] массивности обсемененности полости матки и влагалища, по данным Anderson E.R [80] указывает на самоочищение генитального тракта, родильниц при физиологическом течении послеродового периода. В первые дни после кесарева сечения Савельева Г. М., и соавт. [53] определяли ассоциации микроорганизмов в количестве 10^4 - $10^{4,5}$, эпидермальный стафилококк - 10^{25} .

В более поздних своих работах [38,41] ученые подчеркивали роль микоплазм в возникновении ГВЗ в пуэрперии.

Работами Roset E et al [72] доказано существование определенной корреляции между микроорганизмами, выделенными перед операцией и возбудителями послеоперационной инфекции. Развитие инфекционно-воспалительных осложнений после кесарева сечения зависит и от выраженности антимикробных свойств амниотической жидкости (АЖ) и колонизации ее бактериями.

Существующие в литературе данные свидетельствуют о стерильности большинства проб АЖ при физиологическом течении беременности и возрастании ее антибактериальной активности к родам [33].

Так, задержка АЖ роста госпитальных штаммов условно - патогенных микроорганизмов была кратковременной в исследованиях Стрижаков А. Н., Тимохина Т. Ф. [69].

Высокий риск внутриамниального инфицирования представляли группа беременных с клиническими или бактериальными признаками инфекции. У 90% женщин с безводным промежутком наблюдали тяжелые инфекционные осложнения после кесарева сечения.

У пациенток перед операцией в 100% случаев получены положительные результаты бактериологических посевов АЖ с выделением преимущественно эшерихий, бактероидов и пептострептококков [29].

Эти же культуры выделили Franchi M et al. и A. Lowenwirt I et al. [68] из гениталий 105 родильниц с послеоперационным эндомиометритом и в 27 пробах амниотических вод пациенток до операции. При этом Храмова Л. С. и др. [38], Nagele F [69] отмечают наиболее тяжелое течение эндомиометрита, вызванного бактероидами, в частности, *Bacteroidis fragilis*, что связано с полирезистентностью их к большинству современных антибактериальных препаратов.

Таким образом, по данным публикаций, основными возбудителями ГВЗ после КС являются условно-патогенные микроорганизмы, приобретающие вирулентность благодаря снижению реактивности организма после операции. К антимикробным факторам защиты АЖ относят лизоцим, бетта-лизин, опсоины, пероксидазы, трансферрин, железо и гормоны [19,21,24]. Содержание пероксидазы и бетта-лизина в АЖ возрастает к третьему триместру беременности, а уровень лизоцима к родам превышает его содержание в сыворотке крови женщин и пуповинной крови новорожденных. Согласно данным Савельева Г. М., Трофимова О. А. [54] и Charman S. J. et al. [61] низкое содержание лизоцима в конце беременности и в родах в АЖ женщин с различными ГВЗ обуславливает снижение ее антимикробной активности.

В тоже время извлечение лизоцима из АЖ ультрафильтрацией не снижало их защитных свойств. Содержание сывороточных иммуноглобулинов основных классов А,М,Г в АЖ незначительно, что также не может, по мнению авторов, защитить ее от бактериальной инвазии [11,32,39,55,58]. Но, Баев О. Р. [40] все же оцениваются иммуноглобулины в качестве одного из компонентов антимикробной активности АЖ, а Г. А. Старостина и Д. В. Белокриницкий [58] считают, что иммуноглобулины вместе с другими факторами обуславливают бактерицидность АЖ.

В 80-е годы была предложена еще одна антибактериальная система АЖ, состоящая из неорганического компонента цинка и органического пептида [19,74]. Экспериментальные исследования

авторов доказали супрессорные свойства комплекса в отношении грамм отрицательных бактерий. Этот эффект объясняют разрушительным действием цинка на магний зависимые биосинтетические процессы клеточного метаболизма бактерий.

Наличие пептида в АЖ только в последние месяцы беременности объясняет низкую антимикробную активность АЖ в первой половине беременности.

Инактивация пептида карбоксипептидазой и цинка - хелатами полностью блокирует активность комплекса и существенно снижают бактерицидные (бактериостатические) свойства АЖ.

Современные исследования [35,46] трактуют цинк как иммунологически активный микроэлемент, участвующий в лимфопоэзе и образовании антител. Участие железа в антибактериальной активности АЖ объяснимо с позиций основных функций железосодержащих биомолекул: 1) транспорт электронов и кислорода; 2) участие в формировании активных центров окислительно-восстановительных ферментов.

В плазме крови человека обнаружен трипептидглицилгистидимизин, который связывается с железом или медью и обеспечивает их поступление внутрь клетки.

Участвуя, также как и железо в окислительно-восстановительных реакциях, медь обладает выраженным противовоспалительным действием и смягчает аутоиммунные процессы [50], что убеждает в важности содержания микроэлементов цинка, фосфора, железа и меди для оценки антимикробных свойств АЖ.

Приведенные данные литературы позволяют утверждать взаимодействие многих факторов и систем, ответственных за становление антимикробной активности АЖ, механизмы которой продолжают изучаться. Знания этих вопросов помогут определить более оптимальные меры профилактики и лечения ГВЗ после кесарева сечения.

1.3. Пути профилактики гнойно-воспалительных послеоперационных заболеваний

Возникновение ГВЗ после кесарева сечения связывают с наличием в АЖ мекония, нейтрофилов, стрептококков группы В [2,26,70]. ГВЗ после кесарева сечения чаще развиваются на фоне анемии, ожирения, сахарного диабета, заболеваний сердечно - сосудистой системы и воспалительных процессов мочеполовой сферы, ГСБ, в результате низкого социально-экономического уровня жизни [28,53,57,65,71]

К интраоперационным факторам риска относят экстренное кесарево сечение, длительность выполнения операции более одного часа, высокую кровопотерю, общую анестезию, технические осложнения во время операции.

Есть мнение о возможной связи между соотношением фосфатов и цинка в околоплодных водах, внутренним мониторингом плода и развитием ГВЗ после кесарева сечения [70, 77, 97].

В последние годы появились сообщения о различных методах математического прогнозирования исходов кесарева сечения, основанные на анализе факторов Риска развития осложнений [13, 88]. Проведенные исследования подчеркивают, что сочетание нескольких факторов значительно повышают риск развития ГВЗ после кесарева сечения.

В современном акушерстве можно выделить несколько основных направлений в снижении частоты ГВЗ после кесарева сечения: комплексная рациональная подготовка беременных к оперативным родам; совершенствование техники выполнения операции и анестезии; поиск нового шовного материала, включающего биологически активные материалы; интраоперационная управляемая гемодилюция, аутогемотрансфузия и др. [6,42,47,77,84]. Решение проблемы ГВЗ должно быть комплексным с учетом всех факторов в развитии процесса, а также индивидуальных особенностей каждого организма.

Наиболее действенными считают мероприятия, направленные на мобилизацию защитных сил организма женщин [11,39,50,58]. Согласно представлениям авторов, усиление иммунобиологической реактивности организма возможно при помощи иммунных сывороток, гаммаглобулина, биологически активных веществ иммуномодулирующего действия [13, 50, 66, 72, 100].

Однако, уже в начале 80-х годов Мирон В.К. доказывали слабую эффективность этого метода профилактики. Авторы объясняли низкую эффективность данного метода тем, что анатоксин обеспечивает индукцию низких титров анитоксических антител, кратковременно пребывающих в организме. Указанные недостатки не удовлетворяют клиницистов и побуждают искать новые пути воздействия на восприимчивость организма. Особый интерес вызывает применение лизоцима для профилактики ГВЗ. Антимикробное свойство лизоцима оказывает действие на стафилококки и вообще, повышает чувствительность микробных клеток к антибиотикам [61,74].

В задачу настоящего обзора не входил более точный анализ многочисленных данных о влиянии препаратов иммуностимулирующего действия на механизмы иммунитета. Мы провели лишь некоторые из них, которые на наш взгляд наиболее широко используются в практической здравоохранении и могут при их использовании обеспечить профилактический эффект в борьбе с послеоперационными гнойно-воспалительными заболеваниями. Этот вопрос недостаточно освещен в литературе применительно к акушерству и нуждается в дальнейшей разработке. Вопрос о профилактическом применении антибиотиков при КС остается дискуссионным.

Ряд авторов полагает, что профилактическое использование антибиотиков способствует снижению частоты ГВЗ [85,100].

Одновременно появляются противоположные сообщения о неэффективности профилактического назначения препаратов этого ряда [13,43,72]. Неэффективность антибиотиков обусловлена

лекарственной устойчивостью микроорганизмов. К тому же они нередко обеспечивают стертое, абортное течение септических заболеваний и запоздалую диагностику. Более того, антибиотики нарушают соотношения видов микроорганизмов в родовых путях женщин, давая возможность доминировать устойчивым, более вирулентным штаммам бактерий, формируют госпитальные штаммы возбудителей. В использовании антибиотиков необходимо учитывать способ и дозы введения [13].

На заре открытия антибиотиков наиболее широкое распространение по всему миру получил послеоперационный способ превентивной терапии путем, в основном, внутримышечного введения длительностью до 5-7 дней [13,26,43,70]

Однако, значимость АБ при кесаревом сечении оценивается неодинаково. Так, эффективная АП при кесаревом сечении в наблюдениях Betrán AP et al. [99] позволила авторам рекомендовать ее во всех случаях абдоминального родоразрешения.

По мнению Duffy D. M. et al. [63] это снижает тяжесть течения развившихся инфекционных признаков.

Принципиально иной позиции придерживаются целый ряд других авторов, доказавших негативное влияние необоснованно тотального и длительного превентивного применения антибиотиков в послеоперационном периоде [26,31,39,42,51,58].

Бактериологические исследования ученых, использовавших ампициллин, канамицин, канамицин с пенициллином, цефазолин, цепорин, показали, что АБ, проводимая в течение 5-7 суток, способствовала отбору резистентных штаммов микроорганизмов, усложняла лечение против инфекционного заболевания

По данным Крамарский В. А., с соавт. [45] это привело к тому, что клинические проявления послеоперационного эндомиометрита появлялись на 1-2 дня позже; заболевание характеризовалось большей длительностью в сравнении с больными, не получавшими антибиотиков

профилактически, в результате чего увеличилось пребывание родильниц на койке на 4-5 дня.

Совершенствования послеоперационной АП достигали также путем апробации разных путей введения препаратов. Снижения частоты ГВЗ добивались методом аспирационно-промывного дренирования [13,43,65]. Для этого во время кесарева сечения после извлечения плода и удаления последа в полость матки вводили T-образную хлорвиниловую трубку с многочисленными отверстиями, продольный конец которой выводили во влагалище. Сразу после операции и на протяжении последующих 5 дней в полость матки вводили 10-20 мл 0,1% раствора диоксидина после предварительной аспирации содержимого полости матки. Это обеспечивало активную эвакуацию лохий, хорошую контрактильность миометрия и непосредственный контакт бактерицидного раствора с эндометрием. В результате применения аспирационно-промывного дренирования ученые добились снижения частоты ГВЗ после кесарева сечения до 11,8% против 49,5% при обычной послеоперационной АП. Об эффективности профилактического внутриматочного лаважа сообщают и другие исследователи [23,24].

В связи со справедливой настороженностью исследователей в отношении дооперационного и недостаточной эффективности послеоперационного применения антибиотиков появились сообщения об их использовании во время чревосечения. Исследователи сравнивали клиническую эффективность введения антибиотиков до операции, до- и после пережатия пуповины, во время нее, после операции. Частота ГВЗ при интраоперационной АП в исследованиях Баев О. Р. соавт. [40] соответствовала 15% против 33,5% при до- и послеоперационном превентивном использовании препаратов.

Большую эффективность внутривенного введения медикаментов до- и после перевязки пуповины в сравнении с послеоперационной АБ получили и другие авторы [13,35]. примерно одинаковая частота ГВЗ до пережатия пуповины (24%) и после отделения плода (22%)

позволила рекомендовать АБ после извлечения плода, что исключает негативное действие медикаментов на новорожденного, сохраняя протективное действие на мать [7,36,43,52,65].

Эффективность внутривенного введения антибиотиков обусловлена особенностями их фармакокинетических характеристик. Так, максимальная концентрация препаратов зарегистрирована в крови через 2-19 минут после инфузии терапевтических доз, значительно превышающей минимально подавляющую концентрацию химиотерапевтических средств по отношению к возбудителям ГВЗ и обеспечивающей быстрое (от 15 до 40 минут после введения) распределение по органам и тканям организма [1,23,36,39,62].

Терапевтические концентрации в поврежденных чревосечением тканях получали и при орошении их раствором антибиотика, достигая тем самым двойного эффекта: низкого содержания препарата в крови и, следовательно, минимального его присутствия в органах (что резко уменьшало также риск анафилактического шока, нежелательного распределения антибиотика в органах и тканях) и непосредственного контакта максимальных его уровней с оперированными тканями во время операции [13, 36,100].

Одни исследователи использовали большие объемы жидкостей, растворяя 2 г цефазолина, цефакситина в 1 литре физиологического раствора натрия хлорида, которым орошали полость матки, область хирургического разреза матки, поверхность мочевого пузыря, малый таз, слои разрезов передней брюшной стенки в определенной последовательности [13,26,47,82] а другие эффективно применяли значительно меньшие объемы растворов (20 мл) с антибиотиком. Во всех случаях интраоперационного орошения операционного поля раствором антибиотиков, авторы неизменно отмечали снижение частоты ГВЗ. Сравнение интраоперационного внутривенного введения с орошением операционного поля раствором антибиотиков показало эффективность обеих режимов АБ в исследованиях одних авторов [40,61], преимущество орошения [47] или внутривенного введения [13]

в работах других. Учитывая существующий в литературе опыт Каримов З. Д. [43] разработали свой комплекс превентивных мероприятий ГВЗ кесарева сечения, сочетающий усовершенствованные методы техники операции с разными способами АБ: преднаркозное введение антибиотика, инфильтрация раствором антибиотика подкожножировой клетчатки по линии предполагаемого разреза, аспирационно-промывное дренирование, ушивание раны матки и подкожно-жировой клетчатки модифицированным методом.

Согласно наблюдений Орлова В.С. [15] для превентивной терапии ГВЗ кесарева сечения целесообразно применять один антибиотик с учетом данных антибиотикограммы микрофлоры родовых путей; отсутствие такого контроля может быть причиной неэффективности АБ.

Применение лекарственных средств в акушерстве имеет свои особенности, заключающиеся в трансплацентарном их переходе и возможным вредным влиянии на плод и новорожденного как-то: повреждением нормальной микрофлоры кишечника, селекцией устойчивых штаммов микроорганизмов, вызывающих тяжелые инфекционные заболевания вплоть до сепсиса новорожденных.

Длительное послеоперационное назначение антибиотиков чревато также негативным влиянием на организм новорожденного.

В результате поступления антибиотиков к новорожденному через молоко матери нарушается физиологическая флора кишечника и повышается частота аллергических состояний детей.

Возросло в последние годы и число побочных реакций от применения препаратов; аллергические реакции, дисбактериозы, суперинфекция [12,24,35,36,65].

Побочные действия антибиотиков нередко сопровождаются угнетением иммунологической реактивности [24,43,50,55]. Исследователи едины во мнении о том, что на сегодняшний день изучены далеко не все механизмы действия антибиотиков на иммуногенез. Внедрение в практику препаратов

иммуномодулирующего (Т-активин) и стимулирующего действия позволило уменьшить токсическое действие антибиотиков на иммунную систему организма [11,13,43,73,84].

Наряду с иммуностимулирующей и антибактериальной терапией, большое значение для профилактики ГВЗ приобретают мероприятия, направленные на нормализацию микрофлоры влагалища, которая, как известно, на фоне сниженного иммунитета в послеоперационном и послеродовым периоде имеет тенденцию к массивному обсеменению родовых путей. С этой целью производили санацию родовых путей цитеалом [66,83,100]

Особую роль при кесаревом сечении имеет анестезиологические пособие, которое должно обеспечить амнезию, мышечную релаксацию и адекватную анальгезию. Несмотря на имеющиеся большие достижения в области современной анестезиологии, оптимальный метод обезболивание при операции кесарева сечения до сих пор окончательно не определен [1,6,87]. Это объясняется тем, что анестезия в акушерстве имеет свои особенности: влияние анестезирующих и других нейротропных средств на организм беременной женщины, проникновения их через плацентарный барьер, возможность депрессивного воздействия на плод и новорожденного, отрицательное влияние на сократительную функцию матки, систему гомеостаза и иммунологическую реактивность [1,8,80].

Очень важен вопрос о кровопотери и ее возмещении. Операция кесарева сечения сопровождается значительной кровопотерей и при недостаточном ее возмещении отмечается выраженное угнетение систем иммунитета, положение лактации, возникновении гипохромной анемии, развитие гнойно-септических заболеваний, а в дальнейшем возможно возникновения послеродовых нейроэндокринных нарушений [1,17,88,100].

Многочисленные исследователи, определяя кровопотерю различными методами, пришли к выводу, что она в среднем при операции кесарева сечения равна 500-600, причем истинная

кровопотеря всегда больше той, которую удастся определить, поскольку не учитывается депонированная кровь, кровоизлияние в ткани и полости [1,21,23,42,60,93].

Вопросы, связанные с восполнением кровопотери, является важной задачей в современном подходе к кесареву сечению. Если кровопотеря составляет не более 750 мл, от гемотрансфузии можно воздержаться. Отсутствием патологических изменений в крови можно ограничиться введением кровозамещающих растворов [30,48,60,68, 81,92,98]

Многие авторы считают, что возмещение кровопотери при РС должна быть полным [1,70,77,100]. Robson M. [20] предлагает подходить к этому вопросу более дифференцированно с учетом количества беременностей, наличия анемии, позднего токсикоза и т.д. и сочетать гемотрансфузии с введением альбумина, плазмы, декстранов и др., растворов, способных корригировать ОЦК.

В предотвращении септических заболеваний после КС особую роль играет рациональное использование методов операции, методов ушивания раны матки. Вопросы о методах операции кесарева сечения рассматривается с точки зрения применения наиболее целесообразного разреза матки, обеспечивающего минимальное кровотечение, наименьшую травматизацию миометрия, хорошее заживление рубца.

В современной акушерской практике применяются различные методы кесарева сечения, такие как корпоральное, выполненное в верхнем сегменте матки, кесарево сечение в нижнем сегменте матки, а также экстраперитонеальное кесарево сечение с поперечным разрезом в нижнем сегменте матки.

Каждый из методов имеет свои преимущества и недостатки. Поэтому нельзя категорически высказываться в пользу только одного конкретного метода, которую удастся определить, поскольку не учитывается депонированная кровь, кровоизлияние в ткани и полости [1,21, 23, 42, 60, 93].

Вопросы, связанные с восполнением кровопотери, является важной задачей в современном подходе к кесареву сечению. При проведении операции необходимо адекватное возмещение кровопотери путем гемотрансфузии с одновременным введением кровозамещающих растворов гемодинамического или реологического действия. Если кровопотеря составляет не более 750 мл, от гемотрансфузии можно воздержаться [30, 48, 60, 68, 81, 92].

Многие авторы считают, что возмещение кровопотери при кесаревом сечении должна быть полным [1,70,77,100]. Ельцов-Стрелков В. И. [42] предлагает подходить к этому вопросу более дифференцированно с учетом количества беременностей, наличия анемии, позднего токсикоза и т.д. и сочетать гемотрансфузии с введением альбумина, плазмы, декстранов и др., растворов, способных корректировать ОЦК.

В предотвращении септических заболеваний после КС особую роль играет рациональное использование методов операции, методов ушивания раны матки.

Вопросы о методах операции кесарева сечения рассматривается с точки зрения применения наиболее целесообразного разреза матки, обеспечивающего уменьшение кровопотери, травматизация стени матки, и заживление кожного рубца.

Среди модификаций операции КС в настоящее время наиболее широко используют кесарево сечение в нижнем сегменте матки поперечным разрезом (94-99%) [1,77,86,100]. При этом методе разрез на матке выполняется в области ее нижнего сегмента в поперечном или продольном направлении, производимом в области пузырно-маточной складки или несколько ниже (ретровезикальное кесарево сечении).

К недостаткам продольного разреза относят: пересечение циркулярных и косых мышц, кровеносных сосудов и нервов нижнего сегмента матки и редкую возможность получения настоящего истмического разреза без перехода его на тело.

Нередко перитонизация приводит к подтягиванию мочевого пузыря, изменению направления юкстрамуральной части мочеточников [33,77,86,88]. Поперечный разрез нижнего сегмента такими недостатками не обладает и получил наибольшее распространение в клинической практик). Он располагается в наименее функционально активном сегменте матки, находится в лучших условиях заживления. Разрывы матки после кесарева сечения в нижнем сегменте наблюдаются в 4-5 раз реже, чем после корпорального. Более того, уменьшается опасность кровотечения связанного с гипотонией матки, надежная перитонизация пузырноматочной складкой уменьшает риск инфицирования, брюшной полости, что предотвращает возникновения спаек в брюшной полости [77,86,97,100]. Однако в инфицированных случаях кесарево сечение в нижнем сегменте не предотвращает развития септических осложнений.

К преимуществам экстраперитонеального метода КС, следует отнести отсутствие возможности развития послеоперационного перитонита и ранения кишечника, меньшую кровопотерю и продолжительность операции, более гладкое течение послеоперационного периода в связи с отсутствием перитонеальных болей и нарушений функции кишечника [19,22,29]. В последние годы среди модификаций операции кесарева сечения широко используют кесарево сечение по методике М. Stark. К преимуществам данной методик КС следует отнести, меньшую кровопотери продолжительность операции, потребности в послеоперационном применении обезболивающих средств, частоты развития пареза кишечника и более ранняя выписка [33, 76, 100]. Для исхода операции кесарева сечения имеет большое значение техника наложения швов на матку, т.к. их несостоятельность часто приводит к развитию перитонита.

Большая роль отводится правильной и своевременной коррекции гематологических показателей [22].

В комплексе профилактических мероприятий по борьбе с ГВЗ, по прежнему необходимым и обязательным является соблюдение норм санитарно-эпидемиологического режима [70,76,77,93,96].

В последние годы для профилактики ГВЗ после КС, наряду с медикаментозными средствами начали применять и нетрадиционные методы. С целью профилактики и лечения ГВЗ применяют лазер, гемосорбцию, УФО, УВЧ, ультразвук, квантовую гемотерапию [12,19,55,56,77]. Появление новых современных видов терапии (квантовая гемотерапия, сорбционные методы детоксикации, лазеротерапия, магнитотерапия и др.) в последние годы расширили возможности лечения септических заболеваний, однако применительно к акушерско-гинекологической практике эти методы еще не нашли достаточно широкого применения [12,16,20]

«Фармакологическая перенасыщенность» сейчас стала трудной проблемой медицины, и одним из способов ее решения служит иглореф-лексотерапия. Следует особо отметить эффективность ИРТ в устранении боли, что используется в хирургической и неврологической клиниках [45,83,100].

Современные научные данные, показывают, что основным действием иглоукаливания является сложный нейрогуморальный механизм. В настоящее время официальное здравоохранение признает бесспорную эффективность (рефлексотерапии при различных заболеваниях и синдромах. В связи с этим происходит массовое увлечение врачей разного клинического профиля, методом рефлексотерапии. Несмотря на интенсивное развитие акупунктурной медицины в последние десятилетия научное обоснование и механизмы лечебного действия методов ИРТ мало изучены.

Накоплен определенный опыт применения данного метода с выраженным лечебным эффектом при ряде гинекологических заболеваний: при бесплодии (эндокринного генеза), аднекситах, угрозе прерывания беременности и нарушениях менструального цикла. Однако возможность применения ИРТ как эффективного

безмедикаментозного метода лечения в родовспоможении, практически используются недостаточно.

Отмечается болеутоляющее, спазмолитическое, сосудорасширяющее, противовоспалительное действие магнитного поля.

В последние годы, часто стали применять МП в лечебных и профилактических целях в акушерско-гинекологической практике.

В литературе встречаются сообщения об успешном применении МТ в лечении хроническом сальпингите, сальпингофарите, пельвиоперитоните и параметрите, вульвовагините у девочек [94].

Отмечается высокая эффективность применения МТ при лечении больных генитальным эндометриозом, при бесплодии воспалительной этиологии, при рубцово-спаечных процессах в малом тазу с выраженным вегетативно-болевым синдромом; в комплексе предоперационной подготовки больных миомой матки с выраженным спаечным процессом, особенно при сопутствующей воспалительной индукции околоматочной клетчатки [90].

Применение нетрадиционных методов в профилактике и лечении инфекционно-воспалительных осложнений после КС, способствуют более благоприятному течению послеоперационного периода, скорейшему восстановлению функций организма, формированию полноценной стенки матки в месте ее хирургического повреждения.

Анализ доступной литературы убеждает в том, что на сегодняшний день нет еще единой схемы профилактики ГВЗ после КС. Возможно, что при операции абдоминального родоразрешения и после него необходимо использовать весь комплекс имеющихся как традиционных, так и нетрадиционных средств профилактического воздействия.

Следовательно, профилактика гнойно-воспалительных заболеваний остается одной из центральных проблем в акушерстве и нуждается в постоянном изучении и совершенствовании.

Глава II.

**ТОПОГРАФОАНАТОМИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ МАТКИ И
МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ МИОМЕТРИЯ ВО ВРЕМЯ
БЕРЕМЕННОСТИ**

2.1. Топографоанатомические особенности матки во время беременности

Во время беременности матка проходит значительные изменения, включая топографоанатомические особенности, которые обеспечивают оптимальные условия для развития плода. Сразу после зачатия начинается активное увеличение размеров матки. Этот процесс связан с увеличением числа клеток в мышечной стенке матки и увеличением объема сосудов. В начале беременности матка имеет форму грушевидной полости, но по мере роста плода она претерпевает изменения. В конечном итоге, матка превращается в большой орган.

Для обеспечения достаточного кровоснабжения плода, сосуды в матке претерпевают значительные изменения. Развиваются новые сосуды, особенно в области плаценты, чтобы обеспечить эффективный обмен питательными веществами и кислородом между матерью и плодом. Мышечные слои матки становятся более эластичными и устойчивыми к растяжению, что позволяет матке сохранять беременность и обеспечивать поддержку растущему плоду.

С ростом плода матка постепенно поднимается, выталкивая вверх внутренние органы. Это влияет на топографическую структуру окружающих тканей и органов.

Когда наступает срок родов, матка проходит процесс активации и сокращения, чтобы обеспечить безопасное выведение плода из материнского организма.

Важно отметить, изменения в матке могут различаться в зависимости от множества факторов, включая количество плодов, общее состояние здоровья матери, наличие осложнений и другие факторы.

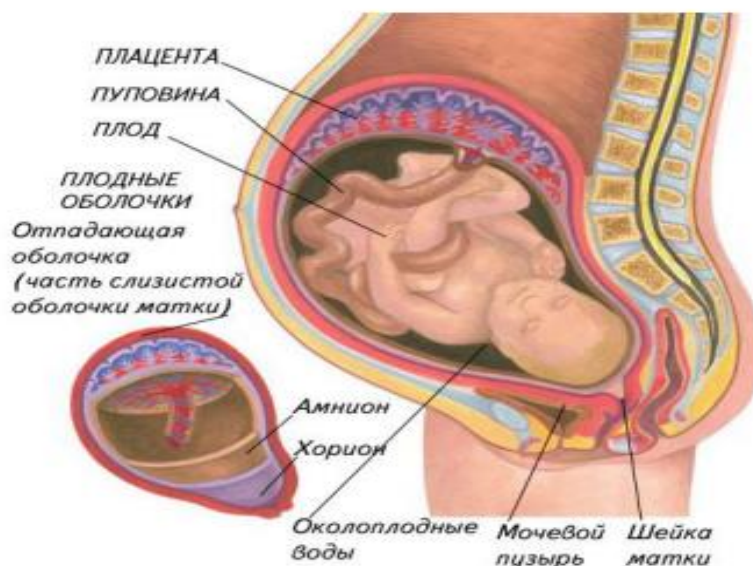


Рисунок.2.1. Топография матки во время беременности

Во время беременности матка претерпевает изменения не только для обеспечения роста плода, но и для развития плаценты. Плацента - это орган, который играет ключевую роль в обмене питательными веществами, кислородом и отходами между матерью и плодом. Она крепится к стенке матки и обеспечивает соединение между материнской и плодной кровью.

В связи с ростом матки и изменениями её формы происходит растяжение связок и суставов, которые поддерживают орган в положении. Это также связано с увеличением веса матки из-за растущего плода.

Матка во время беременности получает увеличенное количество крови, что обеспечивает необходимые питательные вещества и кислород для растущего плода. Это также способствует поддержанию оптимальных условий для нормального развития беременности.

Все эти топографоанатомические изменения в матке направлены на обеспечение оптимальных условий для роста и развития плода, а также для подготовки организма к процессу родов. Этот сложный процесс подчеркивает адаптивные возможности женского организма

для поддержания беременности и обеспечения благоприятных условий для здоровья будущего потомства.

В некоторых случаях во время беременности матка может подвергаться ротации, что означает изменение своего положения или ориентации относительно нормальной оси. Ротация матки может быть вызвана различными факторами, такими как аномалии развития, наличие определенных опухолей, аномалии положения плода и другие состояния. Важно отметить, что ротация матки не является нормой и может потребовать внимания со стороны медицинского специалиста.

Ротация матки может привести к изменению ее формы и ориентации. Например, матка может поворачиваться вокруг продольной оси, изменяя свое положение внутри тазовой полости. Ротация матки может повлиять на распределение сосудов внутри органа. Это может вызвать изменения в кровоснабжении матки и плода, что может потребовать дополнительного внимания со стороны врачей. Ротация матки может оказать влияние на положение плода внутри матки. Это может стать причиной необычного положения плода во время беременности и требовать коррекционных мер.

Для определения ротации матки и ее влияния на беременность часто используется ультразвуковое исследование. Это позволяет врачам получить детальную информацию о структуре матки и положении плода.

В случае ротации матки важно разработать план проведения родов с учетом особенностей анатомии матки. Это может включать в себя выбор определенного положения для проведения кесарева сечения или другие меры, направленные на обеспечение безопасности как матери, так и ребенка.

При избыточном растяжении матки, возникающем в случае клинического несоответствия между предлежащей частью плода и тазом, наблюдается уменьшение толщины нижнего сегмента матки до менее 3 мм, а верхняя граница поднимается на 10 см и более, сопровождаясь одновременным смещением мочевого пузыря. Для

предотвращения возможных повреждений мочевого пузыря при лапаротомии и разрезе матки необходимо учитывать эти топографоанатомические особенности.



Рисунок.2.2. Строение матки (слои)

2.2. Морфологические изменения миометрия в поздние сроки беременности.

Миометрий представляет собой мышечный слой матки, ответственный за её сокращения во время родов и обеспечивающий поддержание беременности. В поздние сроки беременности миометрий претерпевает ряд морфологических изменений, чтобы адаптироваться к растущему плоду и подготовиться к предстоящим родам.

Мышечные клетки миометрия в поздние сроки беременности могут увеличиваться в размере (гипертрофия) и увеличиваться в количестве (гиперплазия). Это обеспечивает дополнительную силу и эластичность мышечных слоев для поддержки увеличившегося размера матки и плода.

В связи с увеличением размеров и числа мышечных клеток происходит также изменение интерстициального пространства между

ними. Это способствует более эффективному прокачиванию крови и обеспечению питательными веществами плода.

В миометрии могут образовываться структурные пластины, которые обеспечивают поддержку матки и предотвращают её избыточное растяжение.

Сосуды миометрия могут претерпевать изменения для обеспечения эффективного кровоснабжения матки и плода. Развиваются новые сосуды, а существующие могут увеличиваться в диаметре.

Морфологические изменения в миометрии также направлены на подготовку мышц к сокращениям во время родов. Мышцы матки должны быть способными к эффективным и координированным сокращениям для выталкивания плода в процессе родов.

В коллагеновом волокне миометрия также происходят изменения, которые обеспечивают баланс между эластичностью и прочностью, необходимыми для поддержания матки во время беременности и родов.

Эти морфологические изменения в миометрии в поздние сроки беременности являются важной частью физиологического процесса подготовки организма к нормальному завершению беременности и успешным родам.

В поздние сроки беременности миометрий также может подвергаться влиянию гормональных изменений, связанных с беременностью. Например, уровень гормона окситоцина увеличивается, что способствует координации сокращений матки во время родов.

Миометрий подготавливает шейку матки к растяжению, которое происходит в процессе открытия шейки при родах. Эти изменения в структуре матки влияют на её возможность растягиваться и сокращаться в процессе родов.

Миометрий также может претерпевать изменения в том случае, если плацента прикреплена к его стенке. Это связано с развитием специфических областей и изменений в кровоснабжении,

необходимых для поддержки плаценты и обмена веществ между матерью и плодом.

Глава 3.

АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ОПЕРАЦИИ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ

Анестезиологические аспекты операции кесарева сечения играют важную роль в обеспечении комфорта и безопасности матери и ребенка. Вот некоторые ключевые аспекты, связанные с анестезией при кесарево сечении:

Выбор метода анестезии. Врачи могут выбирать между несколькими методами анестезии, включая эпидуральную, спинальную или общую анестезию. Выбор метода зависит от медицинских показаний, предпочтений пациентки и решения анестезиолога. Спинальная и эпидуральная анестезия часто предпочтительны, так как они позволяют сохранить пациентку в сознании и обеспечивают анестезию нижней половины тела.

Препараты для анестезии. Анестезиолог использует анестетики, обычно локальные, для блокировки чувствительности в области, где будет проводиться операция. Это позволяет женщине чувствовать минимум боли или совсем не чувствовать боль при операции.

При операции КС пациентка находится под постоянным медицинским мониторингом. Это включает в себя наблюдение за витальными показателями, такими как давление, пульс, насыщение кислородом и электрокардиограмма, чтобы обеспечить безопасность.

Управление жидкостью и кровопотерей. Анестезиолог также отвечает за управление внутривенными жидкостями и кровопотерей во время операции. Это помогает поддерживать стабильное кровяное давление и общее состояние пациентки.

Профилактика осложнений. Анестезиолог также принимает меры для профилактики осложнений, связанных с анестезией, таких как аллергические реакции или ортостатическая гипотензия (падение артериального давления при изменении положения тела). Врач анестезиолог также убедится, что пациентка подходящим образом подготовлена к операции.

Послеоперационное обезболивание. После завершения операции анестезиолог может предоставить анальгетики и обезболивающие средства для управления послеоперационной болью и комфортной реабилитации.

Анестезиологические аспекты операции кесарева сечения требуют высокой квалификации и внимательности со стороны специалистов, чтобы обеспечить безопасное и успешное проведение процедуры. Эффективное обезболивание и мониторинг важны для здоровья и благополучия как матери, так и ребенка.

Адаптация к потребностям пациентки: Анестезиолог также учитывает индивидуальные особенности и потребности каждой пациентки. Например, если у пациентки есть какие-либо хронические заболевания или аллергии на лекарства, анестезиолог должен адаптировать план анестезии и выбрать подходящие препараты.

Важной частью анестезиологических аспектов операции является сотрудничество с хирургом и медицинским персоналом. Коммуникация и синхронизация между всей командой специалистов играют ключевую роль в успехе операции и обеспечении безопасности пациентки.

В некоторых случаях, когда кесарево сечение проводится для спасения жизни матери или ребенка, анестезиолог может столкнуться с особыми вызовами, такими как адаптация анестезии для недоношенных младенцев или пациенток с серьезными медицинскими проблемами.

После операции анестезиолог продолжает следить за состоянием пациентки в отделении восстановления и может предоставить обезболивающие средства и медицинский уход для снижения боли и дискомфорта после процедуры.

Важно отметить, что кесарево сечение – это серьезная хирургическая процедура, и хорошо продуманный анестезиологический план играет решающую роль в обеспечении безопасности и комфорта женщины, проходящей эту операцию.

Анестезиологи работают в тандеме с хирургами и другими медицинскими специалистами, чтобы гарантировать успешное и безопасное проведение кесарева сечения и обеспечить благополучие как матери, так и новорожденного.

3.1. Методы обезболивание при кесарево сечения

Методы обезболивания при операции КС включают различные стратегии и препараты, направленные на обеспечение адекватного облегчения боли во время и после проведения операции. Это важный аспект хирургического вмешательства, так как кесарево сечение является серьезной хирургической процедурой, которая может сопровождаться значительным дискомфортом для пациента.

Вот некоторые из методов обезболивания, применяемых при кесаревом сечении:

Эпидуральная анестезия. Эпидуральная анестезия часто используется для обезболивания при кесаревом сечении. При этом вводится анестетик в эпидуральное пространство, что позволяет достаточно эффективно блокировать боль в нижней половине тела. Эпидуральная анестезия может быть поддерживаемой после операции для обеспечения продолжительного облегчения боли.

Эпидуральная анестезия представляет собой процедуру введения иглы в твердую мозговую оболочку, с последующим введением анестетика в эпидуральное пространство (Рисунок.3.1).

Спинальная анестезия. Спинальная анестезия предоставляет быстрый и мощный блок боли. При этом анестетик вводится в спинальное пространство.

Эффективный контроль боли после кесарева сечения важен для ускорения восстановления, улучшения общего самочувствия и способствует более успешному кормлению и уходу за новорожденным. При выборе метода обезболивания учитываются индивидуальные особенности пациента, медицинская история, а также особенности самой операции. Решение принимается с учетом баланса

между эффективностью обезболивания и минимизацией потенциальных побочных эффектов.

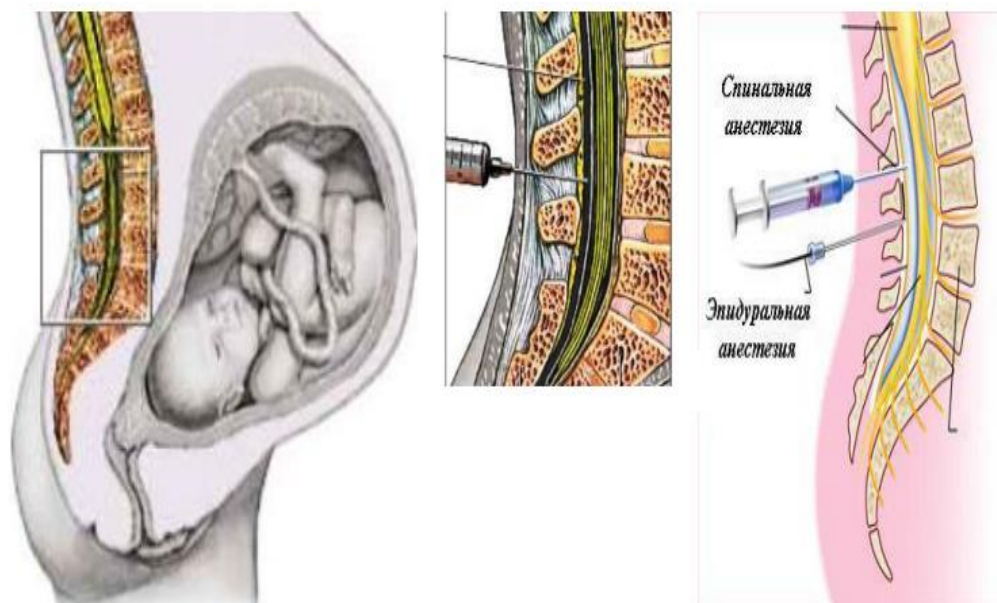


Рисунок.3.1. Эпидуральная анестезия

Эпидуральная анестезия широко используется как один из наиболее распространенных методов обезболивания при проведении кесарева сечения. Анестезиолог вводит анестетик в эпидуральное пространство позвоночника, что блокирует боль и обеспечивает полную или частичную анестезию нижней половины тела. Эпидуральная анестезия позволяет женщине оставаться в сознании и присутствовать при рождении ребенка.

Спинальная анестезия. Спинальная анестезия аналогична эпидуральной, но анестетик вводится непосредственно в спинной канал. Этот метод начинает действовать быстрее и обычно требует меньше анестетика. Спинальная анестезия также обеспечивает анестезию нижней половины тела и используется часто при кесарево сечении.

Общая анестезия. В некоторых случаях может потребоваться общая анестезия, особенно если у пациентки есть медицинские показания или предпочтения, которые делают эпидуральную или спинальную анестезию невозможной или нежелательной. Общая

анестезия подразумевает потерю сознания и обезболивание на протяжении всей операции.

Комбинированный метод. Иногда применяют комбинированный метод, включая спинальную или эпидуральную анестезию в сочетании с общей анестезией. Это может быть полезно, чтобы добиться оптимального обезболивания и обеспечить управление болью во время и после операции.

Послеоперационное обезболивание. После завершения операции кесарева сечения женщине могут предоставить анальгетики и обезболивающие средства для управления боли и дискомфорта после операции и в период восстановления.

Глава 4.

**ПОКАЗАНИЯ, ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ, УСЛОВИЯ И
ПОДГОТОВКА К КЕСАРЕВУ СЕЧЕНИЮ****4.1. Показание, противопоказание и условия к кесареву сечению**

Показания для проведения кесарева сечения могут различаться в зависимости от конкретной ситуации и медицинских обстоятельств. Различают абсолютные, относительные и сочетанные показания к операции кесарева сечения.

Абсолютные показания:

- Сужение таза III—IV степени, что создает препятствия для естественных родов.
- Наличие опухолей и рубцовых изменений, мешающих нормальному процессу рождения плода.
- Полное предлежание плаценты или кровотечение при неполном ее предлежании.
- Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты, особенно в случае, когда нет возможности для быстрого естественного родоразрешения.
- Эклампсия во время беременности или первого периода родов, особенно при отсутствии возможности быстрого родоразрешения при наличии тяжелого ГСБ, не реагирующего на терапию, что может привести к появлению почечно-печеночной недостаточности.
- Угроза разрыва матки.
- Неправильные положения плода, которые могут затруднить нормальные роды.
- Тазо-головная диспропорция, что может представлять трудности для прохождения плода через родовые пути.

К относительным показаниям относят:

- Наличие рубца на матке после предыдущих операций.
- Тазовое предлежание плода, что может усложнить естественные роды.
- Соматические заболевания, при которых естественные роды представляют повышенный риск для здоровья женщины, такие как миопия с дистрофическими изменениями глазного дна, эпилепсия, посттравматическая энцефалопатия и другие.
- Преждевременный разрыв плодных оболочек.
- Неудовлетворительный прогресс родов.
- Отягощенный акушерский анамнез, такой как бесплодие, привычное невынашивание беременности, особенно в случае экстракорпорального оплодотворения и переноса эмбриона, искусственной инсеминации.
- Возраст первородящей более 30 лет.
- Перенашивание беременности.
- Крупный плод, что может вызвать трудности при естественных родах.
- Неубедительное состояние плода.

При наличии относительных показаний кесарево сечение обычно выполняют в плановом порядке, реже возникает необходимость в срочной операции (обычно при возникновении показаний в родах).

К сочетанным показаниям относят:

- Женщин в возрасте 30 лет и старше
- Тазовое предлежание совместно с крупным плодом и узким тазом.
- Отсутствие эффекта от лечения внутриутробной гипоксии плода и фетоплацентарной дисфункции.
- Крупный плод.
- Переношенная беременность.

- Ригидность шейки матки в условиях аномалий родовой деятельности, при безуспешном лечении, и увеличение безводного промежутка.
- Бесплодия в анамнезе, нарушения менструального цикла и индуцированная беременность.
- Мертворождение, утрата тяжело больных детей и другие отягощенные медицинские случаи.
- Выраженные соматические заболевания и гипертензивные состояния, сочетающиеся с акушерской патологией.

Кроме перечисленных показаний к кесареву сечению могут встречаться и экстраординарные клинические ситуации, при которых может быть обосновано хирургическое родоразрешение. В таких случаях выбор акушерской тактики определяется клинической целесообразностью – обеспечение благополучного завершения родов с наименьшим рисунком для роженицы и новорожденного. Во всех затруднительных ситуациях полезно получить совет более опытного коллеги (заведующего отделением, другого администратора) или смежного специалиста, чтобы выбрать более оптимальный для матери и плода метод родоразрешения.

Условиями для выполнения кесарева сечения являются отсутствие инфекционного процесса, жизнеспособный плод, соответствующая квалификация хирурга, согласие женщины на операцию.

Противопоказаниями к абдоминальному родоразрешению служат внутриутробная гибель плода или состояние, несовместимое с внеутробным существованием (глубокая недоношенность, крайне выраженная гипоксия или гипотрофия плода, пороки развития плода, несовместимые с жизнью), инфекционно-воспалительные заболевания любой локализации. Вместе с тем, в ситуациях, когда отказ от операции влечет за собой смерть женщины, кесарево сечение

выполняют, несмотря на состояние плода, а для профилактики инфекционных осложнений проводят соответствующие мероприятия.

4.2. Подготовка к операции кесарево сечение

Предоперационная подготовка включает в себя: сбор анамнеза, оценку состояния плода (положение, предлежание, сердцебиение, размеры) и матери, общий анализ крови, биохимический анализ крови и коагулограмма, группа крови, резус фактор, резус-антитела, тестирование на сифилис, ВИЧ, гепатит В и С, консультацию анестезиолога, консультирование смежных специалистов при необходимости, использование мочевого катетера и удаление волос в области предлагаемого разреза кожи, проверку в операционной положения плода, предлежания и позиции, наличия сердцебиения, использования во всех случаях компрессионного трикотажа с целью профилактики венозных тромбоэмболических осложнений, антибиотикопрофилактику, начало инфузионной терапии по показаниям, антиретровирусную профилактику ВИЧ-положительных женщин, не получавших антиретровирусную терапию, перед операцией кесарева сечения у каждой женщины необходимо взять информированное согласие на оперативное вмешательство, в котором следует указать обо всех возможных рисках и осложнениях, как со стороны матери, так и плода.

Глава V. ОСНОВНЫЕ ХИРУРГИЧЕСКИЕ ЭТАПЫ ОПЕРАЦИИ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ

Основные этапы выполнения кесарева сечения включают в себя следующие технические шаги: подготовка операционного поля, осуществление лапаротомии, разрез матки, извлечение ребенка и последа, предотвращение кровотечения, шитье матки, проведение ревизии и санации брюшной полости, подсчет инструментов и материалов для перевязки, восстановление брюшной стенки, обработка послеоперационной раны, санация влагалища и контроль мочеиспускания.

Во время операции кесарева сечения позиция женщины может быть либо на спине, либо с боковым наклоном. В мочевой пузырь вводится катетер Foley, перед началом операции подготавливается передняя брюшная стенка, используя антисептик для обработки кожи. Затем накладывается одноразовая операционная простыня (Рисунок.5.1).



Рисунок.5.1. Подготовка операционного поля при хирургической операции кесарева сечения включает в себя следующие этапы.

В отношении техники разреза на передней брюшной стенке и основных доступов (см.Рисунок 5.2), представлены следующие варианты: нижнесрединный разрез, нижнесрединный разрез с обходом пупка, разрез по Пфанненштилю - прямолинейный дугообразный, разрез по Джоэл-Кохену - прямолинейный поперечный и другие.



Рисунок.5.2. Основные методы доступа при выполнении разреза на передней брюшной стенке.

Общепринятая техника включает следующие шаги:

Женщину помещают в горизонтальное положение на хирургическом столе с поднятыми ногами и подготавливают для проведения анестезии. После определения места разреза производится тщательная антисептика области брюшной стенки. Затем устанавливаются барьеры для минимизации риска инфекции. Обычно разрез делается в нижней части брюшной стенки, вдоль линии, соединяющей верхние края лобковых костей (горизонтальный разрез) или по вертикальной линии в области пупка.

Хирург делает разрез в брюшной стенке, проникая через кожу, подкожную клетчатку и мышцы до достижения брюшной полости. С помощью инструментов разрезают мышцы и фасцию, раскрывая доступ к брюшной полости. Обычно мышцы расходятся в стороны с использованием специальных хирургических инструментов, чтобы обеспечить достаточное пространство для дальнейших манипуляций. Хирург производит разрез перитонея и открывает брюшную полость, получая доступ к матке. После открытия брюшной полости и матки, проводится извлечение плода. После этого проводится швы на различных слоях, включая мышцы, фасцию и кожу.

Техника разреза на передней брюшной стенке может немного варьироваться в зависимости от клинической ситуации и предпочтений хирурга. Однако основные этапы процедуры остаются схожими в большинстве случаев.

5.1. Техника нижнесерединного разреза на передней брюшной стенке.

Брюшную полость можно вскрыть нижним поперечным или нижнесерединным разрезом. Хирургическим инструментом для разреза кожи является скальпель. Использование отдельного скальпеля для разреза кожи и более глубоких тканей при кесаревом сечении не требуется, т.к. не снижает частоту раневой инфекции. Хирург, стоящий справа от больной, фиксируя кожу пальцами левой руки, рассекает острым скальпелем кожу и подкожную жировую клетчатку. Путем наложения кровоостанавливающих зажимов и перевязки сосудов тонким викрилом производят гемостаз.

Разрез подкожной жировой клетчатки должен соответствовать по длине кожному разрезу, кроме того следует «очистить» от клетчатки апоневроз в стороны от средней линии на 2-3 см. (Рисунок. 5,3.).

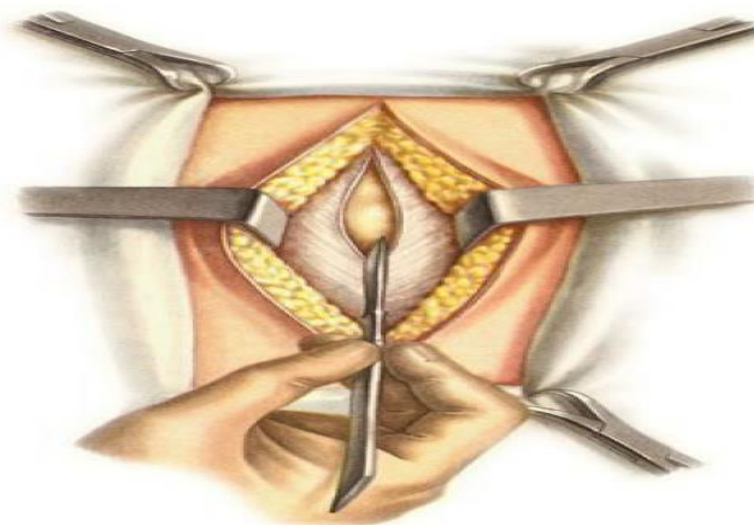


Рисунок 5.3. Нижнесрединная лапаротомия. Рассечение апоневроза.

Производится надсечение апоневроза с использованием скальпеля на протяжении 2–3 см, после чего разрез продолжается вверх и вниз с применением ножниц. Обычно разрез апоневроза выполняется в переднем листке влагалища одной из прямых мышц живота. С помощью хирургического пинцета захватывается тот конец апоневроза, который короче (обычно расположен с белой стороны линии живота), и с помощью сомкнутых ножниц отделяется мышца в сторону. После этого обнажается поперечная фасция.

При выполнении поперечного разреза передней брюшной стенки по методу Пфанненштиля, проводится разрез вдоль линии надлобковой складки, находящейся на 2-3 см выше верхнего края симфиза. Этот разрез имеет длину не менее 15 см. (Рисунок 5.4).



Рисунок. 5.4. Техника разреза по Пфанненштилю. Разрез кожи скальпелем передней брюшной стенки

Влагалище прямой мышцы живота рассекаются поперечным разрезом и свободно от основных прямых мышц живота, вскрытие брюшины производится продольным разрезом (Рисунок. 5.5).

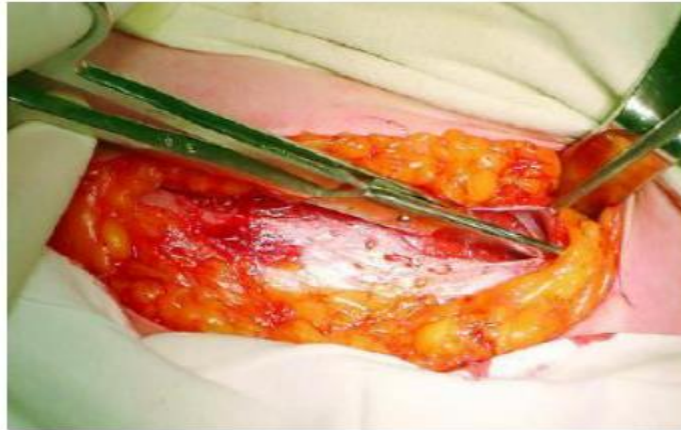


Рисунок.5.5. Техника разреза Пфанненштилю. Рассечение апоневроза.

Даже при повторных лапаротомиях можно применять разрез по Пфанненштилю. Помимо достижения косметических преимуществ, этот разрез обладает рядом плюсов:

- Обеспечивает более высокую прочность рубца благодаря рассечению тканей в противоположных направлениях.
- Уменьшает болезненность шва при движении.
- Позволяет более активное ведение послеоперационного периода.
- Снижает количество подкожно-жировой клетчатки.
- Характеризуется низкой частотой послеоперационных грыж и эвентерации.

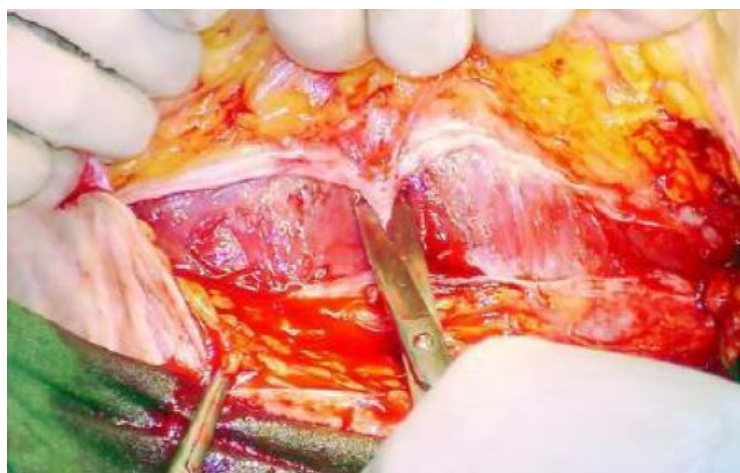


Рисунок.5.6. Техника разреза по Пфанненштилю.

На переднем плане видно пузырьное зеркало, а края лапаротомного разреза находятся под контролем хирурга. Недостатки надлобкового разреза включают:

- Увеличенная вероятность образования гематом в области шва.
- Более частые трудности при извлечении крупных плодов.

5.3. Техника лапаротомии по Джоэл-Кохену.

Поверхностный поперечный прямолинейный разрез кожи живота осуществляют на 2,5-3 см ниже линии, соединяющей передневерхние ости подвздошных костей (Рисунок. 5.7а).

2. По средней линии скальпелем разрез углубляют до обнажения апоневроза (Рисунок. 5.7 б).

3. Апоневроз рассекают в стороны под подкожно-жировой клетчаткой слегка раскрытыми концами прямых ножниц.

4. Прямые мышцы живота освобождают тупым путем, открывая доступ к париетальной брюшине (Рисунок 5.7в). Мышцы и подкожно-жировую клетчатку одновременно разводят путем билатеральной тракции (Рисунок.5.7 г).

Брюшину вскрывают тупым путем, растягивая пальцами в поперечном направлении (Рисунок. 5.7. а.б.в.г.).

Миометрий разрезают поперек средней линии, без вскрытия плодного пузыря, затем плодный пузырь вскрывают и раздвигают латерально при помощи пальцев.

Основные преимущества кесарева сечения по Джоэл-Кохену по сравнению с кесаревым сечением по Пфанненштилю:

- уменьшение кровопотери;
- длительности оперативного вмешательства;
- снижение частоты и длительности послеоперационной боли;
- уменьшение использования обезболивающих препаратов в послеоперационном периоде.

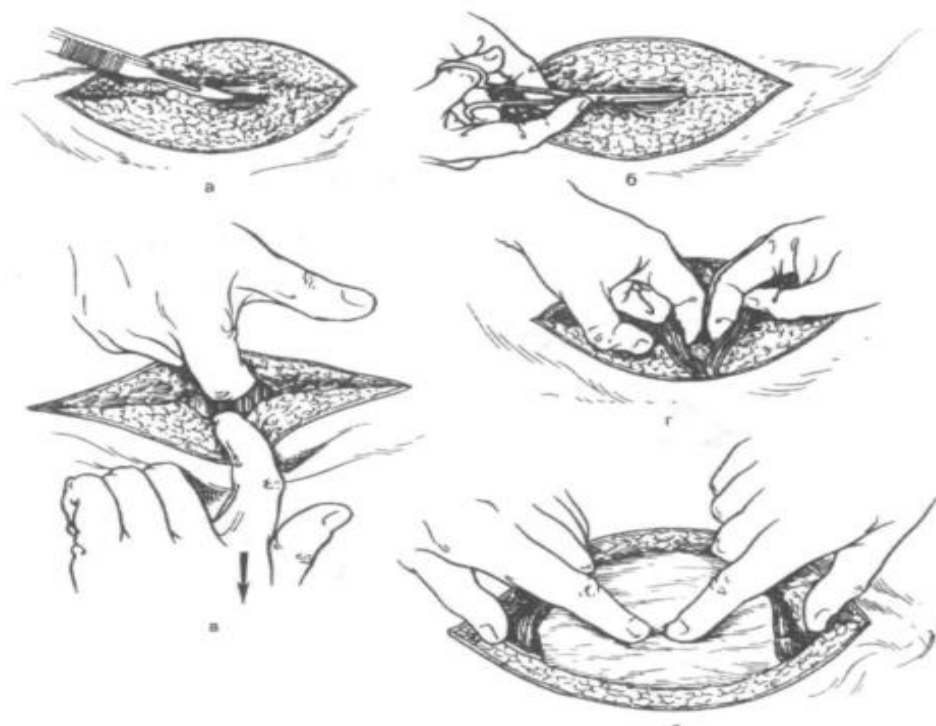


Рисунок. 5.7. Техника операции по Joel-Cohen: а. Рассечение кожи и подкожной клетчатки; б. Рассечение апоневроза; в. Отслоение апоневроза от мышц брюшной стенки; г. расслоение прямых мышц живота; д. вскрытие брюшины (тупым путем)

5.3. Вхождения в брюшную полость.

Хирург и ассистент, используя анатомические пинцеты, захватывают поперечную фасцию в верхнем углу раны. Скальпелем хирург проводит разрез фасции, в результате чего становится виден предбрюшинный жир. Важно следить за тем, чтобы при захвате пинцетом не зацепить кишку или сальник, особенно в случае слабой выраженности фасции и предбрюшинного жира, а также при наличии спаечного процесса в брюшной полости или отсутствии достаточной релаксации. Брюшину захватывают анатомическими пинцетом, после чего скальпелем производится ее надсечение. Края разреза моментально фиксируются двумя зажимами Бильрота (Рисунок. 5.8-5.9).

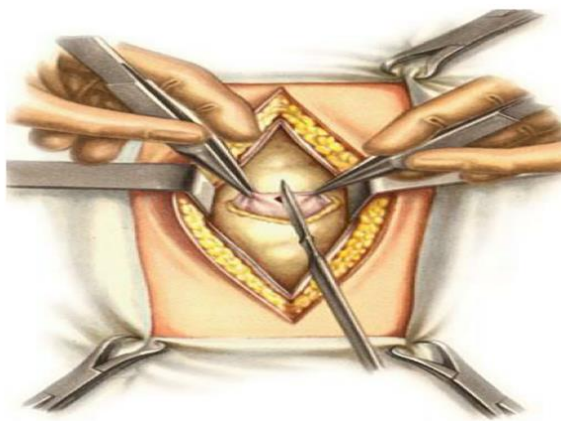


Рисунок.5.8. Нижнесерединную лапаротомию с рассечением брюшины между двумя пинцетами.



Рисунок.5.9. Нижнесерединная лапаротомия с рассечением брюшины, выполненным на подведенных под нее пальцах.

Для увеличения разреза брюшины используют ножницы, проводя их вверх и вниз до верхнего и нижнего угла раны. В нижнем углу раны этот процесс требует особой осторожности, поскольку здесь может находиться дно растянутого мочевого пузыря. При работе в этой зоне брюшину приподнимают мягкими зажимами и производят разрез под визуальным контролем там, где она просвечивает. Важно помнить, что усиление кровотечения при отслойке предбрюшинной клетчатки в нижнем углу раны может свидетельствовать о близком расположении дна мочевого пузыря. В этом случае рекомендуется продолжать разрез брюшины несколько в сторону от средней линии. После этого края брюшины закрепляются к краям раны, используя зажимы Микулича.

5.4. Техника разрез на матке для доступа к нижнему сегменту.

После открытия брюшной полости впереди устанавливают пузырьное зеркало. Тонкий и толстый кишечник изолируют от операционного поля, используя влажные салфетки, которые размещаются по обе стороны от матки в боковых каналах, с целью предотвратить попадание крови и околоплодных вод в брюшную

полость. Салфетки подлежат тщательному подсчету и маркировке (Рисунок.5.10).



Рисунок. 5.10. Вхождение в брюшную полость.

Необходимо выявить круглые связки для определения степени и направления ротации матки. Также важно выявить наличие расширенных или необычно расположенных сосудов. Маточно-пузырную складку брюшины обнаруживают, после чего хирург и ассистент приподнимают ее анатомическими пинцетами. С использованием ножниц производится разрез посередине протяженностью 2–3 см. Зажимом Келли захватывают пузырно-маточную складку, поднимают ее и осуществляют разрез вдоль предполагаемой длины маточного разреза, выше ее прикрепления к мочевому пузырю. Затем проводят разрез в поперечном направлении к обеим круглым связкам (Рисунок. 5.11, 5.12).

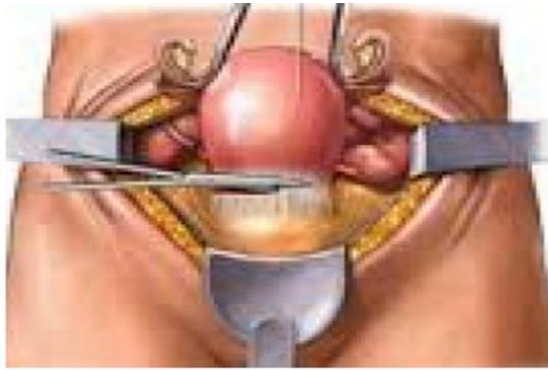


Рисунок. 5.11 Разрез пузырно-маточной складки

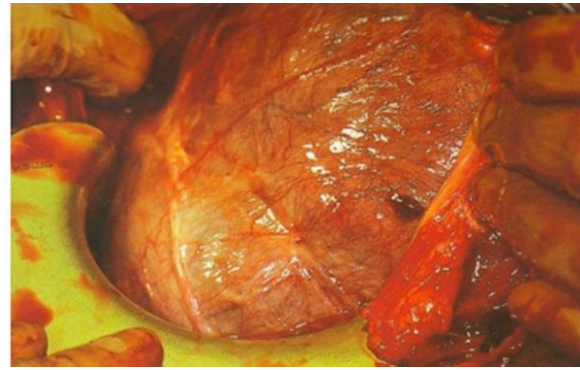


Рисунок. 5.12. Кесарево сечение в нижнем сегменте матки с отслойкой мочевого пузыря.

Мочевой пузырь осторожно перемещают вниз от нижнего сегмента матки. Этот процесс часто сопровождается повреждением мелких сосудов и небольшим кровотечением.



Рисунок. 5.13. Разрезание брюшины в бессосудистой зоне.



Рисунок. 5.14. Диссекция вдоль предполагаемого разреза стенки матки.

5.5. Кесарева сечения в нижнем сегменте матки с поперечным разрезом (по методу Гусакова).

представляет собой широко используемую в настоящее время форму кесарева сечения. Поперечный разрез матки выполняется с использованием скальпеля на расстоянии 1 см ниже точки вскрытия пузырно-маточной складки. В центральной части нижнего сегмента матки делается разрез длиной 2 см, который затем расширяется тупым способом до 12-15 см. В процессе разреза становится виден плодный пузырь (Рисунок.5.15).

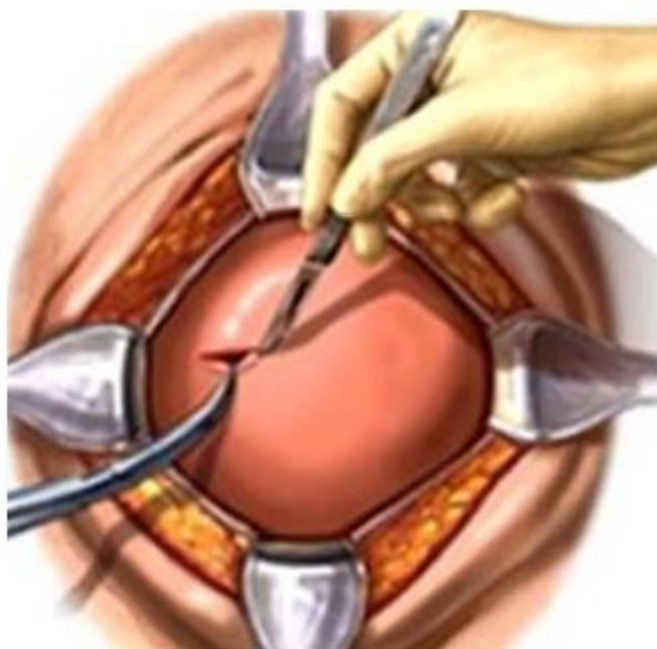


Рисунок. 5.15. Разрез на матке в нижнем сегменте.

Преимущества использования поперечного разреза включают в себя:

- Уменьшенную травматичность и кровоточивость тканей.
- Повышенную эффективность процесса заживления раны.
- Хорошая перитонизация благодаря легкому смещению маточной складки.
- Сниженную вероятность инфицирования брюшной полости.

- Уменьшенную частоту разрывов при повторной беременности и родах. В случае повторной беременности плацента реже прикрепляется к рубцу, что означает отсутствие инвазии трофобласта в область рубца.

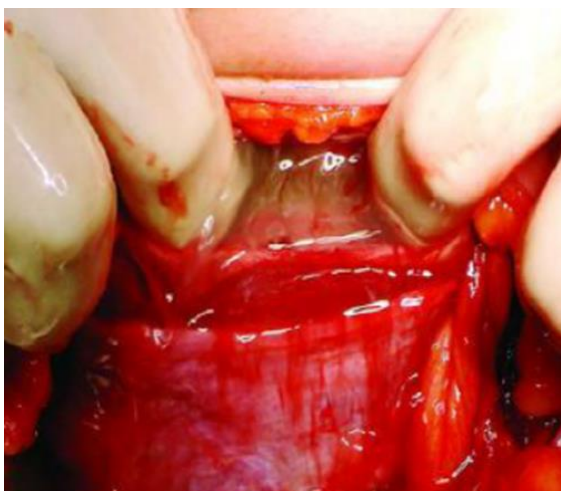


Рисунок. 5.16. Вхождение в полость матки



Рисунок.5.17. Схематическое изображение способа расширения разреза нижнего сегмента матки с помощью пальцев (по методу Гусакова)

Еще одной вариацией разреза на матке является КС в нижнем сегменте матки с использованием поперечного разреза (по Дерфлеру). Считается, что наиболее целесообразным является использование полулунного разреза в нижнем сегменте. Модификация этого метода кесарева сечения, в отличие от метода Гусакова, осуществляется без дополнительного разделения мышц тупым способом. (Рисунок.5.18 и 5.19).

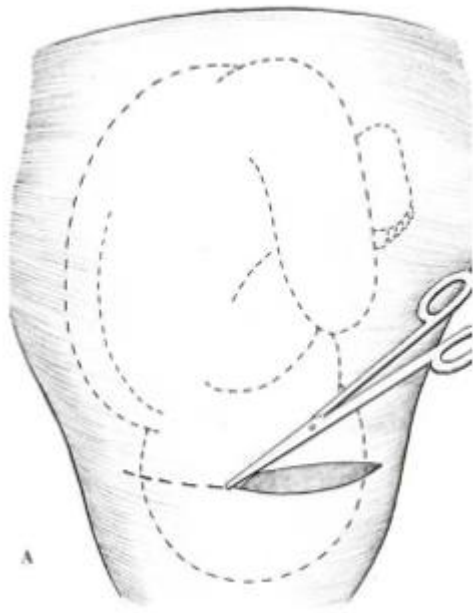


Рисунок. 5.20. Рассечение матки в нижнем сегменте с использованием метода Дерфлера. В частности, на изображении А демонстрируется разделение пузырно-маточной складки ножницами в поперечном направлении.

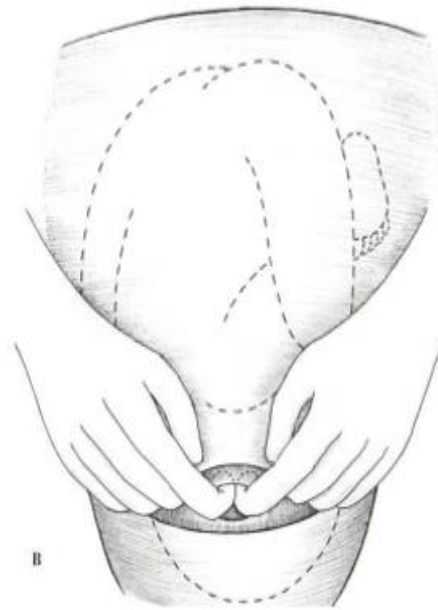


Рисунок. 5.21. Рассечение матки в нижнем сегменте по методу Гусакова. на изображении В показано расширение разреза тупым методом пальцами до крайних точек периферии головки.

Характеристики данного метода включают:

Поперечный разрез на матке, протяженностью 2-3 см, осуществляется на расстоянии 4 см выше основания мочевого пузыря. Разрез расширяется ножницами под контролем пальцев в латеральных направлениях полулунно, следуя ходу мышечных волокон. Это обеспечивает увеличенный доступ в матку для легкого прохождения головки плода без повреждения сосудистых пучков. Миометрий вскрывается осторожно с учетом изображения травмирования плода. При неповрежденном плодном пузыре вскрытие производится после завершения разреза матки.

Преимущества разреза по Дерфлеру включают:

- Визуальный контроль при разрезе, который может быть произведен любой необходимой длины.
- Контролируемый разрез полулунной формы, который не распространяется на область сосудистых пучков при извлечении головки.
- Тщательное соединение краев раны, способствующее улучшению регенерации тканей и процессам репарации.

Недостатки включают риск травмы плода скальпелем или ножницами.

Вскрытие плодного пузыря предполагает создание отверстия в нем, которое позволяет пропустить два пальца. Вакуумная аспирация околоплодных вод применяется для профилактики различных осложнений, включая эмболию околоплодными водами. Плод извлекается после разреза стенки матки и вскрытия плодных оболочек. При головном предлежании, хирург вводит четыре пальца руки между передней стенкой матки и головкой плода, располагая их ниже ее уровня. Затем головку немного отводят вверх, и, сгибая пальцы, способствуют ее прорезыванию в рану. В это время ассистент помогает рождению головки, оказывая дозированное давление на дно матки через переднюю брюшную стенку. При переднем виде головки, в момент прорезывания в рану, она разгибается и рождается затылком вперед. В случае заднего предлежания головы, лицо плода предварительно выходит к ране матки. В этой ситуации рождение головки происходит в результате ее сгибания и прорезывания с большим размером, что может вызвать трудности. Поэтому, при сохраненной подвижности плода и головке, располагающейся стреловидным швом в поперечном направлении, необходимо избегать поворота ее затылком назад.

1. После рождения головки, ее осторожно захватывают обеими руками, располагая ладони бипариетально, и с использованием осторожных тракций поочередно освобождают переднее и заднее плечи плода.

2. В случае головного предлежания, особое внимание уделяется следующим аспектам:

3. В полость матки вводится кисть ладонной поверхностью к головке плода (см. Рисунок 5.23).

4. Головку захватывают и осторожно поворачивают затылком вперед, чтобы облегчить рождение плечей и ягодиц (Рисунок.5.22).



Рисунок. 5.22. Введение руки в полость матки для извлечения плода. 1 этап извлечения плода

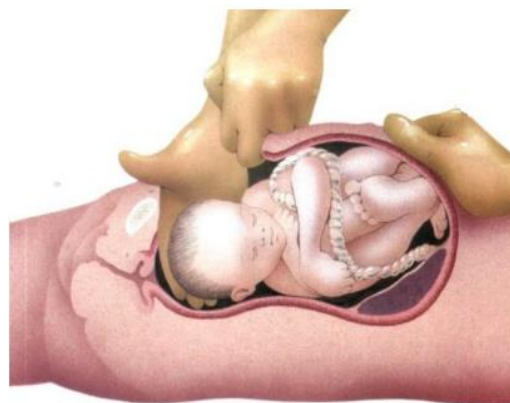


Рисунок. 5.23. Выведение головки плода через разрез на матке. 2 этап извлечения плода

Ассистент надавливает на дно матки, в то время как хирург смещает головку вперед при помощи введенной в матку руки. Этот процесс приводит к разгибанию головки, и она постепенно извлекается из матки (Рисунок.5.24).



Рисунок. 5.24. Кесарево сечение в нижнем сегменте матки с отслойкой мочевого пузыря. Выведение головки плода.

Затем указательные пальцы вводят в подмышечные впадины и извлекают плод (Рисунок 5.25).



Рисунок. 5.25. Этапы рождения плода в продольном головном предлежании

В случае тазового предлежания плода, его извлечение производится за паховый сгиб или ножку, применяя при этом те же правила и приемы, что используются при родах:

- Начинают с захвата и выведения ближайшей к разрезу ноги (в случае ножного предлежания) или пахового сгиба (в случае ягодичного).
- При ягодичном предлежании стремятся к сохранению членорасположения, избегая преждевременного рождения ножек.
- При выводе плечевого пояса применяют те же методы, что и при классическом ручном вмешательстве.
- При затрудненном рождении головки используется прием Морисо-Смейла-Вейта.

В случае поперечного положения плода в полость матки, вводится рука, чтобы найти переднюю ножку, затем осторожно выполняется наружно-внутренний поворот. Затем рождение плода осуществляется так, как при ножном предлежании.



Рисунок. 5.26. Извлечение плода за ножки при корпоральном разрезе на матке

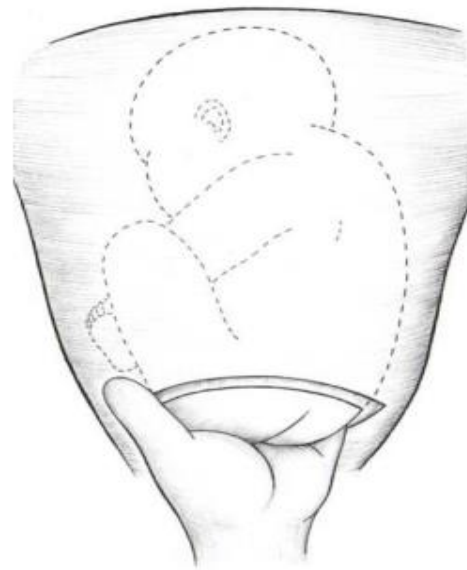


Рисунок. 5.27. Извлечение плода за тазовый конец.

При ягодичном предлежании следует стремиться к сохранению членорасположения, предотвращая преждевременное рождение ножек.

При извлечении плечевого пояса применяют методы, идентичные тем, что используются при классическом ручном пособии.

При затрудненном рождении головки используется прием Морисо-Смейла -Вейта.

В случае поперечного положения плода (при этом обязательно выполняется корпоральное кесарево сечение), в полость матки вводится рука для поиска передней ножки, и извлечение плода проводится аналогично тому, как это делается при ножном предлежании (Рисунок. 5.28 и Рисунок.5.29).



Рисунок. 5.30. Поперечное положение плода



Рисунок. 5.31. Извлечение плода при поперечном положении

Бережное извлечение плода из матки представляет собой критически важный этап абдоминального родоразрешения. С момента введения наркоза до завершения извлечения плода, в среднем, проходит около 5 минут, после чего начинается усиление гипоксии плода (Рисунок. 5.32).



Рисунок. 5.32. Рождение плода

Для снижения травматизма плода, особенно в случаях преждевременных и/или многоплодных беременностей, используется методика извлечения плода в ходе операции кесарева сечения, проводимой в плодном пузыре (Рисунок. 5.33 и 5.34).



Рисунок. 5.33 и 5.34. Рождение плода в плодном пузыре

Сразу после рождения ребенка, чтобы предотвратить нарушения отделения плаценты и кровотечения у женщины, медленно вводится утеротонический препарат (1 мл окситоцина). Стоит отметить, что увеличение дозы окситоцина не сопровождается параллельным увеличением сократительной способности матки и не приводит к снижению кровопотери.

Наиболее безопасным подходом к рождению последа является его естественное отделение при легком потягивании за пуповину с бережным наружным массажем матки. В случае, если послед не отделяется самостоятельно в течение одной минуты, выполняется ручное отделение плаценты и извлечение последа. После рождения последа проводится осмотр для выявления особенностей, оценки целостности и выявления признаков преждевременной отслойки. Затем стенки матки проверяются с использованием стерильной салфетки для удаления остатков плодных оболочек, тканей плаценты и сгустков крови, а также для выявления возможных патологий, таких как миоматозные узлы, внутриматочные перегородки или другие аномалии развития матки.

Важно обеспечить свободный отток лохий в послеоперационном периоде. Для этого удаляют остатки плодных оболочек из нижнего сегмента матки, а у женщин, подвергшихся операции до родов, проверяют проходимость цервикального канала и, при необходимости, выполняют его пальцевое расширение. Изредка для расширения

цервикального канала можно использовать расширители Гегара, внедряя их осторожно с полости матки во влагалище. Расширение цервикального канала во время операции кесарева сечения сопровождается значительным снижением частоты послеоперационного эндометрита.

Возможны трудности при рождении головки плода во время операции кесарева сечения, которые могут произойти при разрезе матки и извлечении плода.

Препятствия для разреза: Возможны проблемы при выполнении разреза в нижнем маточном сегменте, такие как выраженные спаечные процессы или наличие миоматозных узлов, а реже – выраженное варикозное расширение вен. В таких ситуациях важно своевременно выбрать альтернативный вариант разреза. Следует отметить, что разрез в теле матки считается наименее предпочтительным вариантом и применяется только в случаях, когда невозможно использование кесарева сечения с продольным или косым разрезом.

Предлежание плаценты в разрезе: Особое внимание следует уделить ситуации, когда плацента предлежит в рану матки в процессе операции кесарева сечения.

Вероятность расположения плаценты в зоне разреза должна быть определена при эхографии в процессе предоперационного обследования. При невозможности избежать попадания плаценты в разрез, ее следует быстро отслоить рукой до оболочек, которые вскрывают. Наиболее часто плаценту отслаивают по направлению вниз (при расположении большей ее части в теле и дне матки), реже вверх или в сторону (при расположении основной части в нижнем сегменте). Пробыравливание и разрыв плаценты пальцем хирурга или ее рассечение скальпелем неизбежно ведет к кровопотере у плода. Поэтому данная тактика может применяться только в исключительных ситуациях, при этом необходимо максимально быстро пережать пуповину.

Затруднения при рождении головки плода. Наиболее часто затруднения при рождении головки плода возникают из-за неправильного выбора уровня разреза, который не совпадает с наибольшим ее диаметром. При кесаревом сечении в родах перед проведением разреза необходимо удостовериться, что он проходит ниже уровня плеч плода. При предварительном рождении переднего плеча, рекомендуется внимательно вернуть его обратно в полость матки. Затем, с осторожным давлением на передний плечик в направлении дна матки, помогать освобождению головки для возможности подведения пальцев извлекающей руки.

В случае, когда головка плода тесно вставлена в таз, особенно при клинически узком тазе, иногда акушеру может быть трудно ввести пальцы руки за головку плода. В таких ситуациях требуется помощь третьего ассистента, который, сидя со стороны влагалища и имея стерильную перчатку на руке, осторожно отодвигает головку вверх, в направлении к дну матки. Для этого, после отсепаровки мочевого пузыря и до разреза матки, ладонную поверхность руки накладывают на нижний сегмент матки поверх головки, прощупываемой пальцами, направленными вниз. При осторожном сгибании пальцев головка плода постепенно освобождается из таза, перемещается вверх для обеспечения ее подвижности, и только после этого производится вскрытие нижнего сегмента и извлечение головки плода.

При несформированном нижнем сегменте и подвижной головке плода, располагающейся высоко над входом в малый таз, ее извлечение из типичного поперечного разреза также может оказаться затруднительным. В этой ситуации ассистент вынужден оказывать давление на дно матки для обеспечения рождения головки плода. Если, несмотря на помощь ассистента, рождения головки не происходит, то требуется увеличить разрез кверху. При этом необходимо стремиться к минимальному вовлечению в разрез миомерии тела матки; не применять разрезы нелинейной формы (в форме перевернутой буквы Т или «якоря»); при необходимости увеличения поперечного разреза

проплевать один из углов разреза вверх, обходя сосудистый пучок (в форме латинской буквы и), реже оба угла (в форме буквы и).

Для предупреждения затруднений при извлечении головки плода в данной ситуации методом выбора может быть применение вертикального и корпорального разреза.

Если, несмотря на применение вышеизложенных приемов, затруднения для рождения головки плода сохраняются, то возможно применение акушерских щипцов (иногда достаточно одной ложки). При этом, если головка расположена высоко относительно разреза, то наложение щипцов и направление тракций подобны таковым при влагалищном родоразрешении. При голове, расположенной ниже разреза, щипцы накладываются рукоятками вверх, и направления тракций принципиально отличаются.

Кроме того, для извлечения низко расположенной головки рекомендуют использовать прямые щипцы. Наконец, для извлечения головки плода при операции кесарева сечения можно использовать акушерский вакуум-экстрактор.



Рисунок.5.35. Акушерские щипцы



Рисунок 5.36. Вакуум-аппарат Kiwi отпi сир 6000 с жесткой чашечкой для операции кесарево сечение

Затруднения при рождении плода в тазовом предлежании или поперечном положении также могут возникнуть. В большинстве случаев отыскивание и вывод передней ножки плода и последующее рождение туловища и головки не представляют сложностей. Главной

ошибкой является вывод не ножки, а ручки плода. Для того чтобы избежать данного осложнения, необходимо отчетливо представлять различия, позволяющие отличить ножку от ручки (размеры пальцев, возможность отведения большого пальца для ручки, наличие пяточной кости - для ножки).

Затруднения вывода плода из раны передней брюшной стенки обычно связаны с неправильно выбранным уровнем и размерами разреза передней брюшной стенки, наиболее часто - при поперечном разрезе по Pfannenstiel.

Поэтому главное значение в предупреждении данного осложнения имеет дооперационная оценка ситуации, а также необходимая коррекция размеров разреза до вскрытия матки и извлечения плода. При непредвиденном возникновении трудностей извлечения плода через поперечный разрез брюшной стенки в первую очередь необходимо убедиться в достаточности разреза апоневроза и, при необходимости, увеличить путем продления одного или обоих его углов вверх (во избежание ранения надчревной и наружной половой артерий).

Иногда трудности извлечения плода являются следствием неадекватного анестезиологического обеспечения, что ведет к напряжению мышц живота беременной женщины. Для разрешения этой проблемы требуются соответствующие мероприятия по углублению обезболивания. При сохраняющихся затруднениях, обусловленных ригидностью прямых мышц живота, возможно применение методов А.Е. Maylard или L.S. Cherney.

После извлечения плода необходимо дождаться прекращения пульсации пуповины, а затем пережимают двумя зажимами и пересекают между ними (Рисунок.5.38). До наложения клемм на пуповину ребенка не следует поднимать его высоко над раной, так как при этом усиливается плодово-плацентарная трансфузия. После наложения зажимов на пуповину и ее пересечения, ребенка передают врачу неонатологу и приступают к извлечению последа. При наличии

выраженного кровотечения из разреза на углы раны и отдельные кровоточащие сосуды накладывают кровоостанавливающие зажимы (окончатые, Микулича или Кохера). Сразу же проводят аспирационную санацию верхних дыхательных путей новорожденного и передают его неонатологу (Рисунок 5.37 и Рисунок. 5.38).

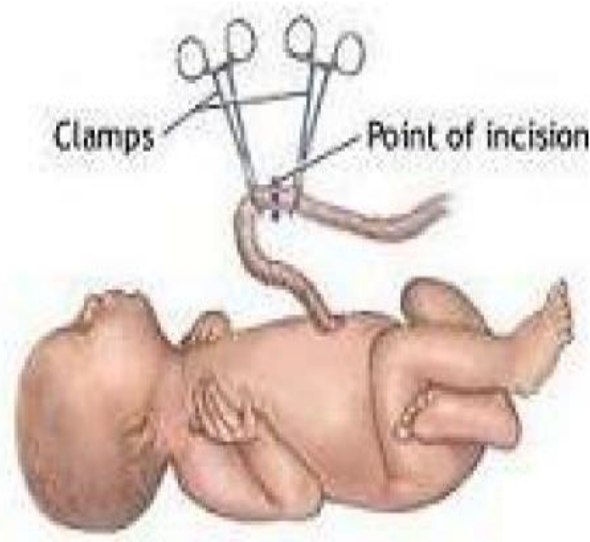


Рисунок.5.37. Пережатие и пересечение пуповины новорожденного



Рисунок. 5.38. Аспирационная санация верхних дыхательных путей новорожденного

После рождения ребенка с профилактической целью внутривенно вводят окситоцин 10 ЕД в/в капельно на физиологическом растворе (500 мл) (общая доза окситоцина может составлять 20 ЕД на 1000 мл).

На современном этапе предпочтительным является выделение плаценты тракциями за пуповину (Рисунок.5.39), так как этот вариант сопровождается меньшей величиной кровопотери, падения гематокрита в послеродовом периоде, снижением частоты эндометрита и койко/дня, по сравнению с отделением и выделением рукой.

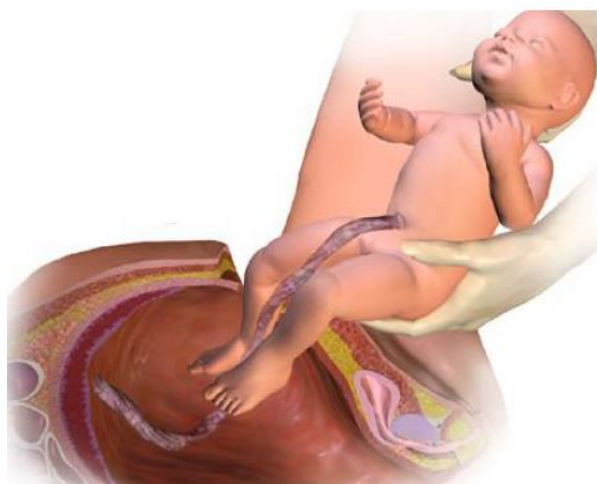


Рисунок. 5.39. Определяют и место локализации плаценты

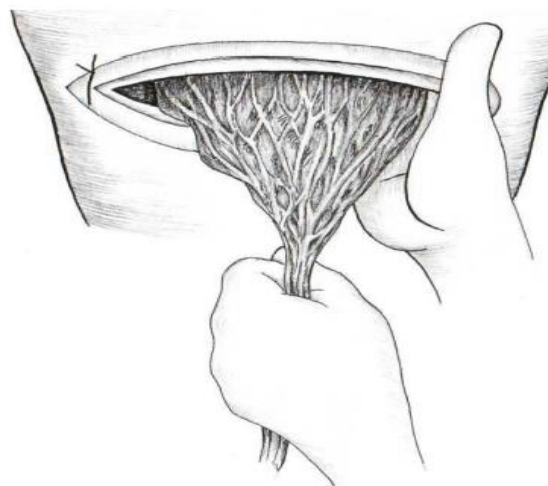


Рисунок.5.40. Извлечение плаценты тракциями за пуповину.

Восстановление разреза на матке. После выведения последа и осмотра стенок матки приступают к их восстановлению. Перед наложением швов важно детально изучить анатомо-топографические отношения матки и смежных органов (мочевого пузыря, кишечника), определить ход и размеры раны, а также локализацию ее углов. В процессе осмотра особое внимание уделяется выявлению крупных кровоточащих сосудов, на которые сразу накладывают зажимы. Кроме того, окончательные зажимы применяют на углы раны. В случае поперечного разреза в нижнем маточном сегменте некоторые акушеры также рекомендуют временно фиксировать верхний и нижний края раны зажимами или временными лигатурами.

Тем не менее, следует учитывать, что чрезмерное использование зажимов может привести к избыточному давлению на мышцу матки, что негативно сказывается на процессе регенерации. Кроме того, наличие множества инструментов на операционном поле может затруднить хирурга в процессе наложения швов на рану. Поэтому применение зажимов для фиксации краев раны следует ограничивать только по необходимости. Например, это может быть необходимо при

выполнении операции с поперечным разрезом в истонченном нижнем сегменте, когда после извлечения плода и последа сократившийся нижний край раны оказывается под пузырно-маточной складкой или когда наблюдается значительное кровотечение. В таких ситуациях важно избежать ошибочного принятия складки задней стенки матки за нижний край раны. Перед началом наложения швов необходимо удостовериться, что оба края раны выведены, и при необходимости фиксировать зажимом нижний край.

Однако следует учесть, что избыточное применение зажимов может вызвать чрезмерное давление на мышцу матки, что негативно сказывается на процессе ее восстановления. Также стоит отметить, что наличие большого числа инструментов на операционном поле может затруднить хирурга при наложении швов на рану. Поэтому использование зажимов для фиксации краев раны следует ограничивать только при необходимости. Например, это может быть актуально при проведении операции с поперечным разрезом в истонченном нижнем сегменте, когда сократившийся нижний край раны оказывается под пузырно-маточной складкой или при наличии значительного кровотечения. В таких ситуациях важно избежать ошибочного идентифицирования складки задней стенки матки как нижнего края раны. Перед началом наложения швов необходимо удостовериться, что оба края раны выведены, и при необходимости закрепить зажимом нижний край (Рисунок.5.41).

Преимущества включают в себя улучшение гемостаза, более эффективное заживление раны и снижение риска разрыва матки при последующей беременности. Существует альтернативный метод - двухрядный шов по Краснопольскому В.И., включающий отдельные мышечно-мышечные швы в первом ряду и непрерывный шов на собственную фасцию матки во втором ряду. Эти швы применяются для зашивания разреза в нижнем сегменте матки. Также существует вариант однорядного обвивного непрерывного шва с интервалом

между вколами 1,5 см, где используется синтетический рассасывающий шовный материал (Рисунок. 5.42 и 5.43).

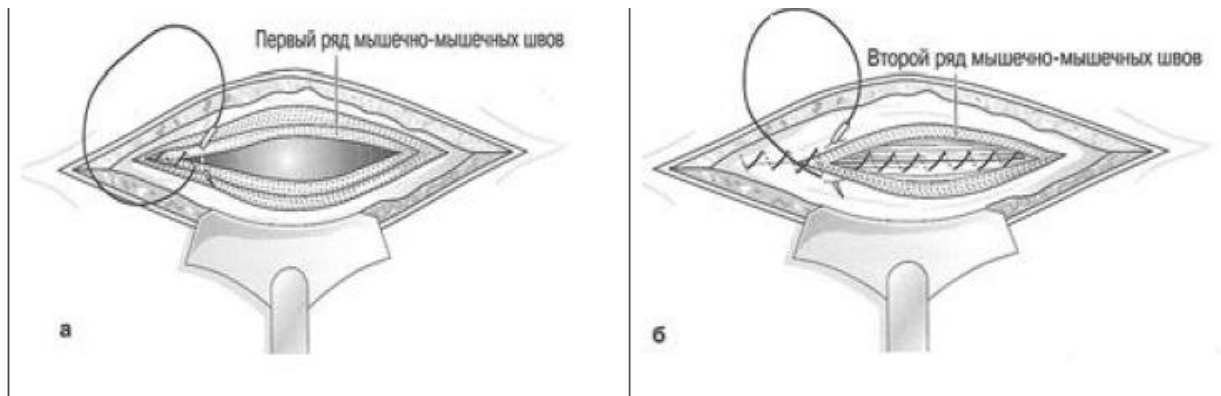


Рисунок. 5.41. Наложение двухрядного непрерывного шва на разрез в нижнем маточном сегменте включает в себя (а) первый ряд, представляющий собой непрерывный мышечно-мышечный шов, не захватывающий децидуальную ткань, и (б) второй ряд швов, также мышечно-мышечный, который может быть непрерывным простым или выполненным по методу Ревердена.



Рисунок. 5.44. Зашивание матки однорядным обвивным швом с использованием синтетического рассасывающегося шовного материала.

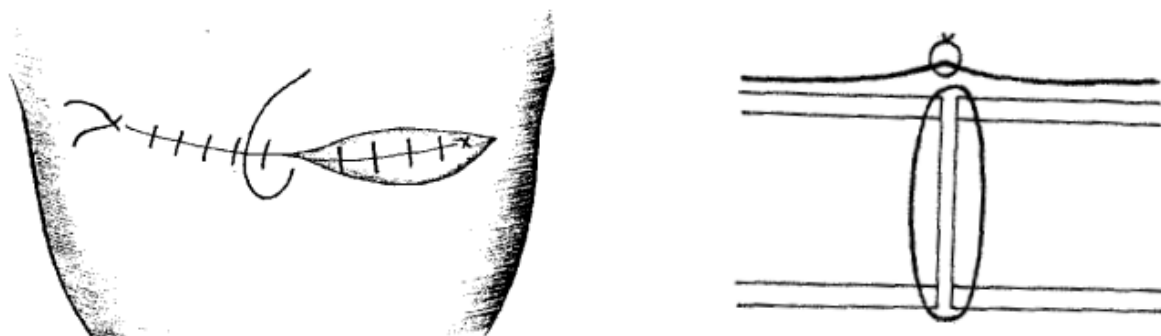


Рисунок. 5.45. Перитонизация за счет листков пузырьно-маточной складки.

Преимущества данного метода включают в себя:

- Уменьшенное количество шовного материала в области шва;
- Сокращение времени операции;
- Простоту техники выполнения;
- Высокую герметичность.

Однако среди недостатков можно выделить значительную ишемию в зоне непрерывного шва и нестабильность рубца. В настоящее время также используется метод ушивания матки однорядным непрерывным швом с захлестом по Ревердену. Однако данный метод не обладает существенными преимуществами по сравнению с однорядным непрерывным обвивным швом.



Рисунок. 5.46. Сшивание матки однорядным непрерывным обвивным швом с использованием захлеста по методу Ревердена.

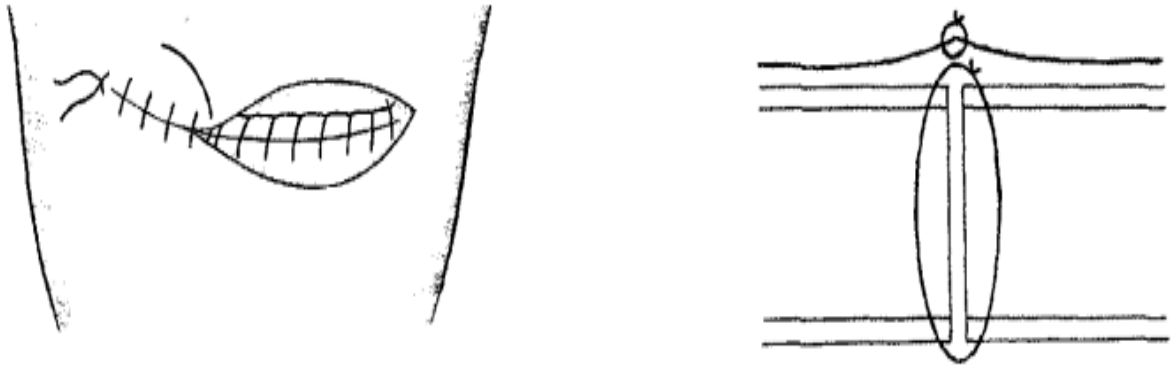


Рисунок. 5.47. Перитонизация шва на матке листками пузырно-маточной складки.

Среди недостатков можно выделить выраженную ишемию тканей и значительное количество использованного шовного материала. Применение ушивания матки однорядным непрерывным обвивным швом с захлестом встречается крайне редко. Что касается корпоральной и вертикальной части Т-образного разреза, то для их ушивания предпочтительно использовать двухрядный отдельный узловый шов (Рисунок.5.48).

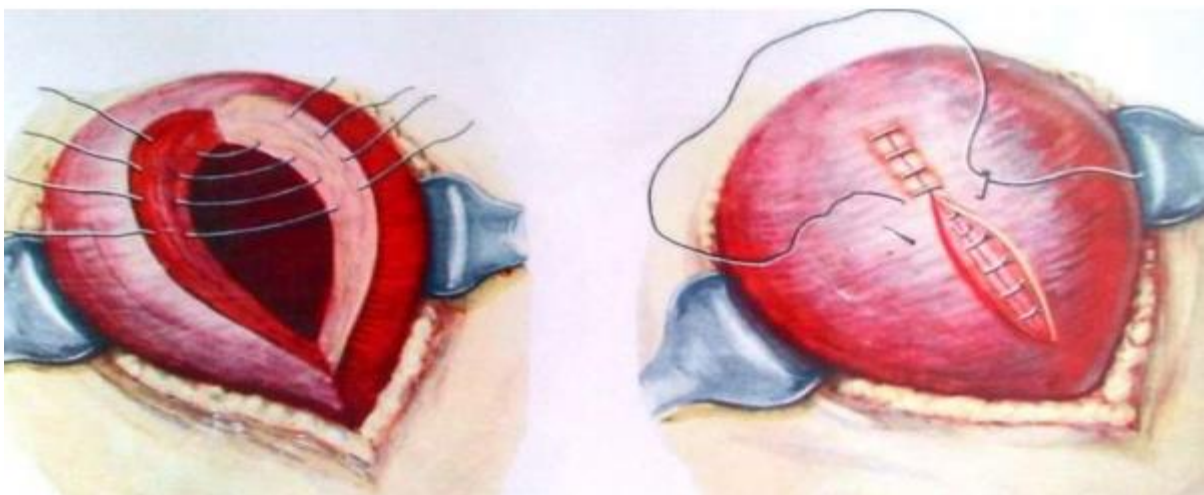


Рисунок. 5.49. Техника ушивания I и II слоя разреза на матке после корпорального кесарева сечения.

Наложение непрерывного двухрядного шва.

При ушивании ран после корпорального, донного кесарева сечения рекомендуется применять модифицированный двухрядный шов:

Первый ряд представляет собой непрерывные викриловые швы, соединяющие слизисто-мышечные слои.

Второй ряд состоит из непрерывных викриловых швов, соединяющих серозно-мышечные слои. (Рисунок. 5.50).

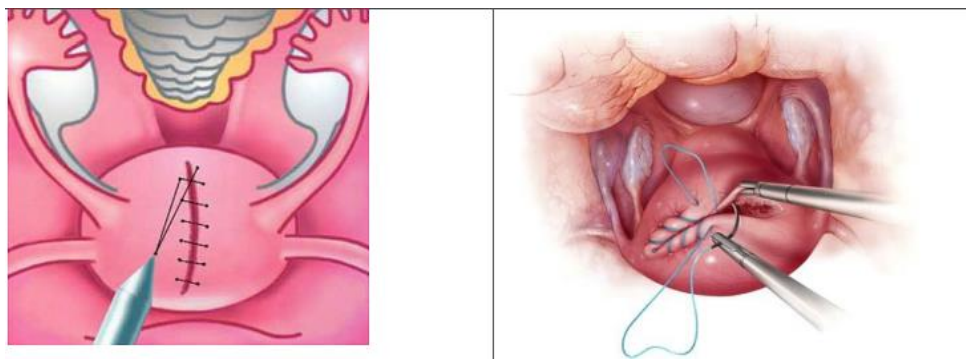


Рисунок. 5.50. Техника ушивания разреза на матке при поперечном донном кесаревом сечении.

2 вариант восстановления целостности матки

Разрез закрывается слоями. Глубокие мышечные слои зашиваются отдельными швами восьмиобразной формы с использованием материала Викрил 0 (Рисунок 5.51 и Рисунок.5.52).



Рисунок 5.51. Глубокие слои миометрия закрываются с использованием восьмиобразных швов из викрила 0..



Рисунок. 5.52. Миометрий и брюшина поверхностных слоев закрываются непрерывным простым или "замковым" швом с использованием викрила 0.

Поверхностные мышечные слои и серозный покров матки закрываются непрерывным швом с использованием викрила 0. (Рисунок 5.53).

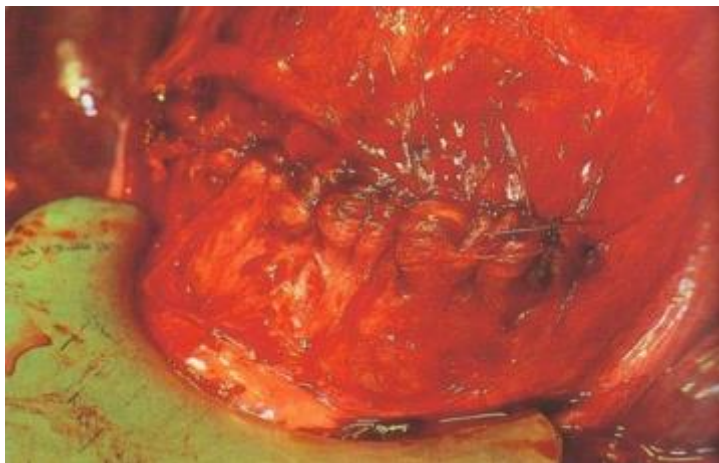


Рисунок 5.53. Производится фиксация пузырьной брюшной оболочки к матке над верхним краем разреза.

При закрытии кожи предпочтительным методом является использование скобок. Также возможны альтернативные варианты, такие как применение отдельных, непрерывных подкожных швов, съемных швов или использование цианакрилатного клея (см. Рисунок. 5.54). Для соединения тканей применяют различные методы, включая: Наложение швов (ручных или механических) с использованием различных шовных материалов, таких как шелк, кетгут, капрон, викрил и другие.

Использование технических приспособлений, таких как металлические скобы (Рисунок.5.55 и Рисунок.5.56).

Для закрытия кожи предпочтительным методом является использование скобок. Также возможны альтернативные варианты, такие как применение отдельных, непрерывных подкожных швов, съемных швов или использование цианакрилатного клея (см. Рисунок. 5.57). Для соединения тканей применяют различные методы, включая:

Наложение швов (ручных или механических) с использованием различных шовных материалов, таких как шелк, кетгут, капрон, викрил и другие.

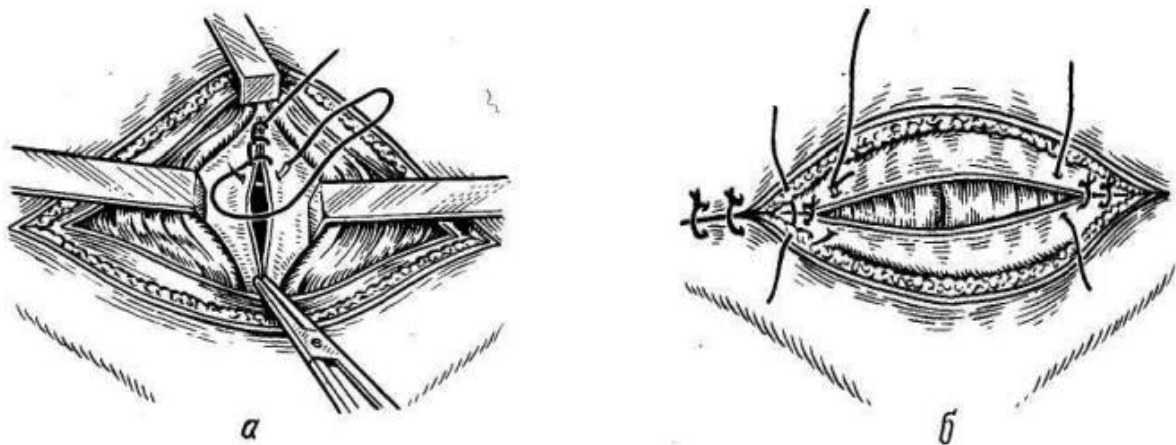


Рисунок. 5.55. Зашивание разреза Пфаннеништиля включает в себя следующие этапы: а) соединение краев брюшины и поперечной фасции; б) ушивание апоневроза, подкожной ткани и кожи.

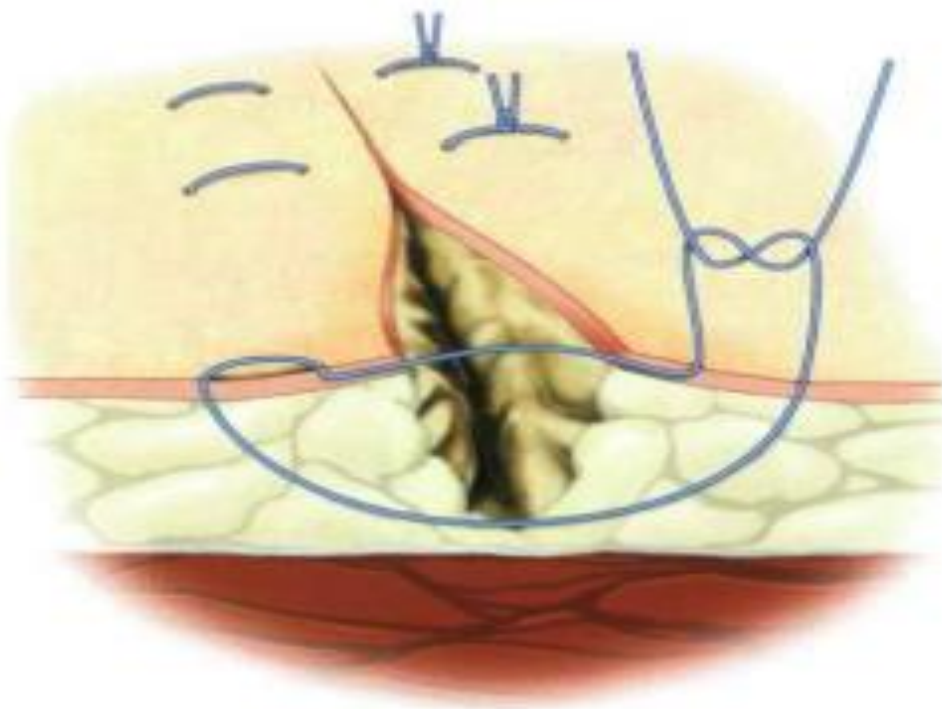
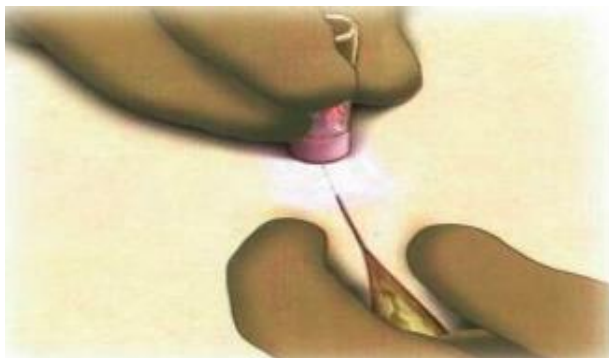


Рисунок. 5.56. Вертикальный матрасный шов с использованием методики Донати и Мак-Миллена.

Использование технических приспособлений, таких как металлические скобы (Рисунок. 5.55).



*Рисунок.5.58. Кожный клей
Дермабонд*



*Рисунок.5.59. Наложение
металлических скоб*

Реже используются такие методы, как сварка (ультразвуковая и прочие), а также склеивание различными клеями и другие техники. Для повышения эффективности послеоперационного восстановления рекомендуется осуществлять гигиенические процедуры влагалища непосредственно после операции, в момент нахождения женщины на операционном столе. Также необходимо внимательно мониторить цвет мочи (присутствие крови) и ее объем.

После выполнения кесарева сечения необходимо детально зафиксировать ход операции в медицинской истории пациента. Эта запись включает в себя следующие аспекты:

- Информацию о характере процесса родов.
- Показания к проведению операции.
- Подробное описание самой хирургической процедуры и ее особенностей.

Этот протокол является обязательным для контроля со стороны ревизоров и других медицинских специалистов при последующем управлении беременностью у данной пациентки.

Глава 6.**ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЙ ПЕРИОД И РЕАБИЛИТАЦИЯ**

Послеоперационный период и реабилитация у женщин после операции кесарева сечения играют важную роль в обеспечении быстрого восстановления и благополучия как матери, так и ребенка.

Сразу после операции женщина находится в отделении реанимации, где медицинский персонал наблюдает за ее состоянием. Это включает в себя контроль витальных показателей, таких как давление, пульс и насыщение кислородом. Ребенок также мониторится для обеспечения его безопасности.

Женщине могут предоставить обезболивающие средства для уменьшения послеоперационной боли и дискомфорта. Обычно используются анальгетики, но выбор лекарств может изменяться в зависимости от медицинских показаний и предпочтений пациентки.

Длительность пребывания в больнице после кесарева сечения может варьировать от нескольких дней до недели, в зависимости от того, какой вид анестезии был использован, наличия осложнений и общего состояния пациентки. Обычно женщина выписывается из больницы, когда она способна самостоятельно заботиться о себе и своем ребенке.

На участке операционного разреза женщине может быть предписан специальный уход. Это включает в себя следящие повязки и обработку шва. Хирургический шов должен подвергаться медицинскому наблюдению для выявления признаков инфекции или других осложнений.

В начале послеоперационного периода женщине рекомендуется ограничивать физическую активность и избегать поднимания тяжестей. Однако с течением времени она может начать увеличивать активность, включая прогулки и физические упражнения, чтобы способствовать восстановлению и укреплению мышц.

Кесарево сечение может быть физически и эмоционально нагрузкой для женщины. Психологическая поддержка и поддержка со

стороны семьи и специалистов могут помочь ей справиться с стрессом и адаптироваться к новой роли матери.

Если женщина планирует грудное вскармливание, специалисты могут предоставить информацию и помощь в этом вопросе, чтобы облегчить начало лактации и обеспечить правильное кормление ребенка.

После кесарева сечения важно обсудить с врачом планирование будущих беременностей, так как это может повлиять на метод родов, Рисункки и другие аспекты здоровья матери и ребенка.

Послеоперационный период и реабилитация – важная часть процесса восстановления после кесарева сечения. Женщины должны следовать медицинским рекомендациям, чтобы обеспечить быстрое и безопасное восстановление и обеспечить заботу о своем здоровье и здоровье ребенка.

В ранние дни после операции женщине может понадобиться дополнительная помощь с уходом как для себя, так и для ребенка. Партнер, семья или другие близкие люди могут предоставить поддержку в выполнении домашних дел и уходе за новорожденным.

После выписки из больницы женщине продолжают следить за состоянием операционного разреза. Правильный уход за швом и наблюдение за любыми признаками инфекции очень важны.

Врач может назначить контрольные визиты для оценки заживления шва и общего состояния послеоперационного периода. Результаты этих визитов могут влиять на дальнейшее управление послеродовым восстановлением и уходом.

Постепенно женщина возвращается к своей обыденной жизни. Она может начать более интенсивные физические упражнения, возвращаться к работе и заниматься уходом за ребенком.

Рождение ребенка через кесарево сечение может оказать эмоциональное воздействие на женщину. Психологическая поддержка, включая общение с другими матерями, поддержку со

стороны специалистов и возможно посещение групп поддержки, может помочь справиться с этими эмоциями.

Если женщина планирует иметь еще детей, важно обсудить с врачом влияние кесарева сечения на будущие беременности и выбор метода родов. Это может повлиять на планы и рекомендации для следующих беременностей.

Восстановление после кесарева сечения — это индивидуальный процесс, и каждая женщина может переживать его по-разному. Важно следовать рекомендациям врача и уделять внимание своему здоровью и благополучию ребенка. Реабилитация включает в себя физический и эмоциональный аспекты, и поддержка со стороны близких людей и специалистов играет важную роль в успешном восстановлении.

Глава 7.

КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЕ МЕДИЦИНСКИЕ, СОЦИАЛЬНЫЕ, МОРАЛЬНО ЭТИЧЕСКИЕ И ЮРИДИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ

Во втором десятилетии XXI века кесарево сечение становится распространенной абдоминальной хирургической процедурой и наиболее часто применяемым методом родоразрешения. Этот метод фактически заменяет естественные роды в случае тазового предлежания плода, а также замещает процедуры вакуумэкстракции и применение акушерских щипцов. Резкое увеличение частоты проведения кесарева сечения началось с 1980-х годов. Если взглянуть на статистику, то, например, в США в период с 1940 по 1958 год средняя частота КС составляла 3,49%, в то время как в середине 80-х годов этот показатель взлетел в 3–4 раза, достигая 20,4%. Эта тенденция охватила все страны мира, превращаясь в настоящую эволюционную волну, меняя облик родовспоможения и вмешательства в процесс рождения новой жизни.

Таким образом, в эпоху этих двух могущественных тенденций, мы становимся свидетелями не только трансформации методов репродукции, но и их влияния на сам процесс эволюции человека, выступая в роли неотъемлемой части этого медицинского переосмысления века перемен.

Расширение показаний для проведения кесарева сечения (КС) оправдывается несколькими целями, включая снижение перинатальной смертности, уменьшение детского травматизма и, согласно некоторым акушерам, предотвращение материнского травматизма. Однако последний аргумент представляется менее убедительным, поскольку, хотя КС может рассматриваться как более осторожный метод для плода, для матери это вмешательство.

В условиях постоянного снижения общественного здоровья расширение индикаций для проведения КС с целью улучшения здоровья женщин, включая репродуктивное здоровье, может считаться

ошибочным. Важно рассмотреть, какую цену мы, врачи, и наши пациентки заплатили за снижение перинатальной смертности. Для полной оценки последствий высокой частоты проведения кесарева сечения для будущего человечества необходимо учесть не только медицинские, но и социальные и этические аспекты, часто упускаемые в научной литературе.

Неоспоримо, что в Узбекистане произошли кардинальные изменения в общественном сознании за последние десятилетия. Здравоохранение больше не рассматривается просто как сфера услуг, а пациенты начали воспринимать его как предоставление услуг. Эта трансформация повлияла на традиционные этические отношения между врачом и роженицей, теперь врач в родильном зале воспринимается как партнер роженицы. С другой стороны, будущие матери подвергаются влиянию социальных сетей, что может привести к изоляции от реальности и погружению в виртуальный мир.

Это воздействие формирует чувство отторжения беременности, мешая нормальной адаптации и становится фактором нарушения личного пространства.

Таким образом, в эпоху этих перемен, где медицина и социум переплетаются, важно с уважением относиться к этическим, социальным и психологическим аспектам, чтобы не только продвигать здоровье, но и сохранять гармонию между природой и технологиями.

Кесарево сечение стало неотъемлемой частью современной акушерской практики, но его распространение в современном обществе носит не только медицинский, но и социокультурный характер. Женщины, поддавшись влиянию социальных сетей, начали воспринимать беременность как объект, который можно изучать и обсуждать, вместо того чтобы переживать этот уникальный период в своей жизни.

Большое количество информации, курсов, чатов, и советов не всегда приносит пользу, так как, несмотря на всю подготовку, роды для многих женщин все равно остаются неожиданностью. Отсутствие

опыта естественных родов может привести к послеродовой депрессии, которая, в свою очередь, становится более продолжительной с ростом частоты кесарева сечения.

Женщины, перенесшие операцию КС, часто испытывают чувства ущемленности и трудности в справлении с новорожденным. Психологические и ипохондрические аспекты послеродовой депрессии становятся более выраженными, особенно у тех, кто не имел опыта естественных родов после хирургического вмешательства.

Одним из негативных последствий чрезмерного распространения КС стало снижение профессионализма акушеров. Многие молодые специалисты чувствуют неудовлетворенность и страх перед использованием традиционных методов ведения родов, таких как использование акушерских щипцов или управление тазовым предлежанием плода. Отсутствие интереса к акушерству как искусству и стремление к "безопасным" методам родоразрешения ставят под вопрос будущее профессии.

В свете переосмысления социокультурных ценностей крайне важно сохранять баланс между медицинской практикой и уважением к естественному процессу рождения, чтобы не нарушить гармонию между технологиями и природой. Вопрос о влиянии духовно-нравственного состояния врача на принятие решения о кесаревом сечении (КС) остается сложным и недостаточно исследованным. Широко распространено мнение, что врач, принимая такие решения, руководствуется своей практикой и осознанием своего профессионального долга. В ситуации коммерциализации здравоохранения, аналогично проблеме с абортами, кесарево сечение может рассматриваться как техническое решение, соответствующее "запросам клиента" в установленный срок, в отличие от естественных родов. Однако возникает сложность, поскольку заинтересованный врач легко может убедить беременную женщину и ее родственников в опасности естественных родов, особенно для ребенка. Эта практика вызывает общественное возмущение, поскольку "врач не должен

проводить медицинские вмешательства, если нет медицинских и этических показаний".

Каждое рождение и каждая роженица представляют собой уникальный опыт, и акушерская практика, рассматриваемая как искусство, требует непрерывного внимания и участия. Динамический мониторинг состояния роженицы, матки и плода необходим требовательным вмешательством со стороны врача. Кроме того, компетентная психологическая поддержка беременных и рожениц может значительно повлиять на исходы процесса родов.

Профессиональное участие в родах требует значительных умственных, физических и эмоциональных ресурсов. Отсутствие опыта, терпения и душевного сочувствия у врача может привести к принятию решения о КС без должных колебаний.

Кесарево сечение лишено той "магии", которую приносят естественные роды, включая духовную составляющую, придающую женщине возможность погрузиться в волнение радости и подарить это чувство окружающим.

Важно подчеркнуть, что отсутствие естественного родового стресса при кесаревом сечении может оказать воздействие на состояние новорожденного как в ближайшем, так и в отдаленном будущем.

Исследования подтверждают, что большинство детей, рожденных с помощью кесарева сечения (КС), сталкиваются с нарушением периода адаптации. Это проявляется во временном увеличении частоты дыхания из-за задержки фетальной жидкости в легких, гипоксическо-ишемических повреждениях центральной нервной системы, гипотермии, гипертензии, существенном снижении массы тела и нарушении формирования микробиоценоза кишечника.

Перинатальный психолог Людвиг Янус предлагает концепцию, согласно которой дети, прошедшие кесарево сечение, подвергаются перинатальной психотравме, обусловленной неожиданностью и отсутствием готовности к переходу из утробы в жизнь вне матки. Это

сравнивается с состоянием шока и вызывает нервно-психические и интеллектуальные депривации, которые представляют сложности в лечении.

Для новорожденных, прошедших кесарево сечение, одной из серьезных проблем является повышенная предрасположенность к аутизму. Исследования указывают, что по сравнению со сверстниками, родившимися естественным образом, дети, рожденные кесаревым сечением, проявляют равнодушие к жизни, реже развивают родительские чувства, характеризуются социальной пассивностью, проявляют большую зависимость от чужой воли, склонны к замкнутости и испытывают трудности в установлении контакта с внешним миром. Психологи считают, что роды представляют собой уникальные испытания, измеряемые степенью напряжения жизненных сил, и в сравнении с ними последующие трудности кажутся менее значимыми. Таким образом, неестественный метод рождения оказывает физическую и психическую травму, влияющую на формирование не только физического здоровья, но и индивидуальных особенностей личности.

Принятие решения относительно родов должно учитывать не только медицинские аспекты, но и этические соображения, ориентироваться на лучшие интересы и матери, и ребенка. Решение о проведении кесарева сечения не должно зависеть от модных тенденций или уровня образования пациентки; оно должно быть обоснованным медицинским решением, учитывающим все риски и преимущества.

Борьба за сохранение высокого уровня акушерского искусства, предоставление психологической поддержки роженицам и заботливого отношения к будущим матерям и детям является ключевой для обеспечения здоровья и благополучия новых поколений.

Отмечается, что современные принципы акушерства недостаточно уделяют внимание перинатальной психологии, подчеркивающей наличие психической жизни у плода и духовной

связи между матерью и ребенком в течение всего процесса беременности, особенно в моменты родов. Несмотря на благоприятные мгновенные результаты, такие как рождение здорового ребенка и снижение перинатальной смертности, долгосрочные последствия требуют переосмысления нашего отношения к неестественным методам акушерской помощи.

Родовой стресс играет ключевую роль с биологической и антропологической точек зрения, представляя собой первый необходимый вызов для ребенка. Этот опыт формирует важные навыки выживания в реальной угрозе для жизни, способствуя развитию у человека устойчивости, способности справляться с трудностями, переносить боль, адаптироваться к переменам и сохранять веру в свои силы. Роды запускают мощные механизмы адаптации, необходимые для перехода к самостоятельной жизни, такие как изменение дыхания, переход от плацентарного кровообращения к самостоятельному, контакт с новой средой и изменение восприятия окружающего мира.

Вместе с тем, финансовая нагрузка на население, связанная с акушерской помощью, увеличивается каждый год, поскольку затраты на проведение операций по кесареву сечению значительно превышают расходы на естественные роды. Кроме того, лечение осложнений после операций, таких как эндометрит, перитонит и раневые инфекции, становится еще более затратным. После кесарева сечения такие осложнения возникают в 10–15 раз чаще, чем после естественных родов, и сепсис, в свою очередь, практически исключительно связан с абдоминальными родами.

Дополнительной тревожной последствием частого и иногда необоснованного использования кесарева сечения является увеличение числа женщин в фертильном возрасте с прооперированными матками. Риск смерти матери в этой категории увеличивается в несколько раз при последующей беременности. Парадоксальным образом, эта группа беременных еще больше

способствует увеличению частоты оперативных родов, поскольку наличие рубца на матке становится одним из первых критериев для проведения кесарева сечения. Это приводит к серьезным осложнениям в следующей беременности, особенно в случае множественных операций в анамнезе (2,3 рубца на матке и более). Такие осложнения включают врастание плаценты в рубец, несостоятельность рубца/рубцов на матке, что может вызывать высокую частоту профузных кровотечений, разрывы матки и гистерэктомии. Также остается малоизученным осложнение в виде недержания мочи.

По результатам 30-летнего опыта применения кесарева сечения отмечается, что не только первоначальные задачи не были решены, но также возникли новые проблемы в сфере современного акушерства.

Возникает вопрос: возможно ли, при внедрении передовых акушерских и перинатальных технологий и строгих показаниях к абдоминальному родоразрешению с уровнем всего 10–12% в крупных акушерских центрах, достичь минимального уровня перинатальной смертности и заболеваемости новорожденных? Похоже, что на каждом этапе беременности - амбулаторном (I–II триместры), стационарном (III триместр) и в период родов - существуют реальные возможности для снижения частоты кесарева сечения. Динамичное и грамотное наблюдение за беременными играет ключевую роль в снижении перинатальной заболеваемости и смертности.

Семейные поликлиники во всех регионах Узбекистана должны нести основную ответственность за снижение частоты кесарева сечения. Эта работа должна начинаться с первых недель беременности и, в некоторых случаях, даже до начала беременности у женщин фертильного возраста. Важным аспектом является также изменение психологии врачей семейных поликлиник относительно кесарева сечения.

Известно, что многие первородящие женщины старше 30 лет, имеющие определенные акушерские и соматические проблемы, такие как рубец на матке после миомэктомии или кесарево сечение,

рассматривают КС как единственный "безопасный" метод родоразрешения под влиянием врачей семейных поликлиник.

Обсуждая вопрос о частоте кесарева сечения, важно учесть, что эта частота существенно колеблется не только в отдельных родовспомогательных учреждениях, но и в различных регионах каждой страны. В крупных, технически оборудованных родовспомогательных стационарах с высококвалифицированным персоналом частота КС заметно выше, чем в небольших родильных домах. Сегодня, благодаря современному оборудованию для анестезии и реанимации, а также высокой квалификации акушеров, анестезиологов и неонатологов, разницы в частоте кесарева сечения в различных акушерских стационарах почти нет.

В современных акушерских учреждениях, применяющих передовые методы диагностики состояния плода, требуется тщательный подбор пациенток для абсолютно обоснованного применения кесарева сечения, а также для возможности выбора альтернативных методов родоразрешения, таких как самопроизвольные роды. Одновременно важна грамотная подготовка беременных и матерей к различным методам родоразрешения.

Снижение частоты кесарева сечения в таких учреждениях связано с акушерскими настройками, опытом и образованием акушеров. Различия в частоте оперативных родов, даже при тазовом предлежании плода, могут быть объяснены различиями в подходах и опыте акушеров. Несмотря на то, что высокая частота кесарева сечения может служить интегрированным показателем работы акушерского стационара, она не должна искажать представление о тяжести клинических случаев в этом учреждении.

Кесарево сечение сегодня стало неотъемлемой частью репродуктивной индустрии, сопровождаемой увеличением объемов и внедрением новых технологий. Это явление, сравниваемое с индустриальным гигантом, подчеркивает связь между частотой операции и эффективностью модернизации.

Тем не менее, изменение направления в акушерстве и пересмотр традиционных принципов представляют собой сложные задачи, требующие серьезного обсуждения.

Когда речь идет о прогнозах по частоте проведения кесарева сечения в ближайшие 5 лет, значительного сокращения ее уровня, вероятно, не следует ожидать. В крупных акушерских стационарах вероятно останется относительно высокий уровень кесарева сечения в пределах 20–25%. Это объясняется несколькими факторами, такими как снижение перинатальной смертности, упрощение родоразрешения в сложных случаях, более высокая стоимость операции и формирование стереотипов мышления у врачей и пациенток в пользу кесарева сечения.

Однако текущая ситуация привела к тому, что некоторые акушеры-гинекологи, завершившие клиническую ординатуру, не обладают практическими навыками в управлении родами при тазовом предлежании плода, применении акушерских щипцов и других аспектах.

Увеличение числа высококвалифицированных специалистов в акушерстве требует начала обучения уже на студенческом этапе и продолжения практического обучения в ординатуре. Это позволит снизить частоту первичного кесарева сечения и, следовательно, общую частоту абдоминальных родов.

Юридические аспекты медицинских услуг, таких как кесарево сечение, также привлекают большое внимание, особенно с учетом требований безопасности.

В более долгосрочной перспективе можно ожидать снижения частоты кесарева сечения в связи с развитием системы страхования в области здравоохранения и ограничением расходов на оперативное родоразрешение. Однако для достижения этой цели также необходимо усовершенствование законодательства, обеспечивающего защиту прав врачей-акушеров и устанавливающего ответственность за родоразрешение в случаях повышенного риска.

7.1. Этические вопросы, связанные с выбором метода родоразрешения

Выбор метода родоразрешения, включая решение о проведении кесарева сечения, вызывает ряд этических вопросов, как для врачей, так и для пациенток. Ниже перечислены некоторые из основных этических аспектов, связанных с выбором метода родоразрешения:

Информированное согласие. Важный этический аспект связан с обеспечением, чтобы пациентка принимала взвешенное решение на основе полной информации о возможных методах родоразрешения. Врачи должны предоставлять честное и понятное объяснение о плюсах и минусах кесарева сечения, а также о возможных Рисках и последствиях.

Этика в медицине требует, чтобы кесарево сечение проводилось только в случаях, когда существует медицинская необходимость для этой процедуры. Это может включать в себя угрозу жизни матери или ребенка, наличие медицинских осложнений, невозможность естественных родов из-за анатомических особенностей и другие медицинские факторы.

Этический дилемма может возникнуть, если существует конфликт между интересами матери и интересами ребенка. Например, пациентка может желать кесарево сечение по личным предпочтениям, в то время как медицинские показания могут указывать на возможность безопасного нормального рода. В таких случаях врачи должны стремиться к нахождению компромисса, который удовлетворяет и материнские, и детские интересы.

В некоторых случаях проведение кесарева сечения может потребовать больше ресурсов и времени, чем нормальные роды. Вопрос о том, как распределять ограниченные медицинские ресурсы, такие как операционные залы и персонал, может стать этическим вопросом, особенно в контексте систем здравоохранения.

В случаях, когда женщина желает планового кесарева сечения по немедицинским показаниям (например, из-за страха перед

естественными родами), врачи могут столкнуться с вопросом о необходимости предоставления дополнительного образования и согласия.

Эти этические аспекты подчеркивают важность баланса между уважением к автономии пациентки и медицинской необходимостью. Решение о проведении кесарева сечения должно приниматься с учетом наилучших интересов как матери, так и ребенка, с уважением к правам и желаниям пациентки, но всегда в соответствии с медицинскими стандартами и этическими нормами.

Правовые аспекты, связанные с кесаревым сечением, включают в себя ряд важных вопросов и нормативных актов, регулирующих эту хирургическую процедуру. Вот основные правовые аспекты кесарева сечения:

В большинстве стран и юрисдикций проведение кесарева сечения должно быть обосновано медицинской необходимостью. Врачи обязаны объяснить пациентке причины, по которым решено провести кесарево сечение, и получить ее информированное согласие. Пациентка имеет право на информированное согласие, что означает, что она должна быть в достаточной степени осведомлена о процедуре, рисках и альтернативах, прежде чем она может дать согласие на проведение кесарева сечения.

Каждая страна имеет свои законы и нормативы, регулирующие практику кесарева сечения. Эти нормативы могут определять стандарты профессионального поведения врачей, права и обязанности пациенток, а также процедуры и стандарты заботы. Законы и регуляции также определяют квалификацию и требования к врачам, проводящим кесарево сечение. Врачи должны иметь соответствующие навыки и сертификацию для выполнения этой операции. Законы могут устанавливать правила и стандарты взаимодействия между врачами, медицинским персоналом и пациенткой во время кесарева сечения. Это включает в себя вопросы конфиденциальности и этическое поведение.

Права и интересы пациентки: Пациентки имеют право на уважение, конфиденциальность и честное информирование о своем состоянии и родах. Законы защищают их право на принятие информированного согласия и уважение их религиозных и культурных убеждений. Кесарево сечение может иметь финансовые последствия для пациентки, и правовые аспекты могут включать в себя вопросы страхования и возмещения расходов.

В редких случаях могут возникнуть этические дилеммы, например, когда существует конфликт интересов между матерью и ребенком, или когда проведение кесарева сечения несмотря на медицинскую необходимость вызывает этические вопросы. Врачи и юристы могут решать такие вопросы на основе судебных прецедентов и этических рекомендаций.

Эти правовые аспекты касаются как прав пациенток, так и обязанностей медицинского персонала, а также регулирования медицинской практики в целом.

ГЛАВА 8.

ВЛИЯНИЕ КС НА МАТЕРИНСКОЕ И ДЕТСКОЕ ЗДОРОВЬЕ

Кесарево сечение – это хирургическая процедура, которая может оказать влияние на материнское и детское здоровье.

Как при любой хирургической процедуре, кесарево сечение сопряжено с определенными рисками и осложнениями, такими как инфекции, кровопотеря, образование сгустков крови и проблемы с раной. Эти осложнения могут повлиять на материнское здоровье и потребовать дополнительного медицинского вмешательства. Восстановление после кесарева сечения может занять больше времени, чем после нормальных родов. Женщина может чувствовать боль и дискомфорт в области шва и ограничение в физической активности в течение некоторого времени.

Кесарево сечение включает в себя создание шва на матке, который может оставить ткани более подверженными риску разрывов в будущем. Это может повлиять на способность к нормальным родам в будущем, и в некоторых случаях, женщина может потребоваться провести кесарево сечение при последующей беременности.

Операция кесарева сечения может оставить рубцовую ткань на коже и брюшной стенке, что может вызвать косметические или эстетические проблемы.

Рождение через кесарево сечение может вызвать эмоциональное воздействие на женщину, особенно если она была надеется на нормальные роды. Поступательные переживания, связанные с этой процедурой, могут повлиять на ее психическое здоровье.

Способ рождения (кесарево сечение или нормальные роды) может влиять на здоровье новорожденного. При кесаревом сечении ребенок не проходит через родовый канал, и это может влиять на его первоначальное контактирование с микрофлорой матери и другие аспекты здоровья.

Некоторые исследования показывают, что новорожденные, родившиеся через кесарево сечение, могут иметь слабе развитую

легочную функцию и повышенный риск адаптационных проблем, таких как трудности с дыханием.

Исследования также обсуждают потенциальное влияние метода родоразрешения на здоровье ребенка в долгосрочной перспективе, включая аллергии, ожирение и другие хронические состояния. Однако многие из этих исследований все еще находятся на стадии исследования.

Важно отметить, что кесарево сечение – это важный хирургический метод родоразрешения, который может быть жизненно важным для некоторых матерей и детей в случаях медицинской необходимости. Решение о методе родоразрешения всегда должно приниматься с учетом медицинских показаний и консультации врача.

8.1. Долгосрочные последствия для матери и новорожденных

Кесарево сечение, как хирургический метод родоразрешения, может иметь какие-то долгосрочные последствия как для матери, так и для новорожденного. Важно отметить, что большинство женщин и детей, прошедших через эту процедуру, остаются здоровыми и без серьезных проблем.

Долгосрочные последствия для матери. Кесарево сечение оставляет рубцовую ткань на матке и на брюшной стенке матери. Эти рубцы могут увеличить риск осложнений во время последующих беременностей и родов.

Многие женщины, перенесшие кесарево сечение, могут столкнуться с повышенным риском осложнений при последующих беременностях, таких как рубцовая дефектность матки, аномалии плаценты или урон органов.

Рождение через кесарево сечение может вызвать эмоциональное воздействие на матерей, особенно если операция была проведена не по медицинским показаниям. Эти эмоции могут влиять на психологическое здоровье.

Долгосрочные последствия для новорожденного. Некоторые исследования предполагают, что новорожденные, родившиеся через кесарево сечение, могут иметь повышенный риск адаптационных проблем, таких как затруднения с дыханием. Это может потребовать дополнительного наблюдения и ухода в родильнице.

Нормальные роды могут помочь передать микрофлору матери на ребенка, что может способствовать развитию здоровой микрофлоры у младенца. Кесарево сечение может повлиять на этот процесс, и есть исследования, которые связывают его с возможным влиянием на здоровье пищеварительной системы и иммунной системы ребенка.

Некоторые исследования предполагают, что дети, родившиеся через кесарево сечение, могут иметь повышенный риск развития некоторых долгосрочных заболеваний, таких как астма, аллергии и ожирение. Однако данные по этим вопросам все еще неоднозначны и требуют дополнительных исследований.

Важно подчеркнуть, что кесарево сечение может быть необходимым и спасти жизни как матери, так и ребенка в определенных медицинских ситуациях. Решение о проведении кесарева сечения всегда должно приниматься с учетом медицинских показаний и консультации врача.

ГЛАВА 9.

ПРОФИЛАКТИКА ГНОЙНО ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ

Операция кесарева сечения (КС) в современном акушерстве является большим резервом снижения перинатальной и материнской смертности, в связи с чем, частота ее из года в год возрастает, достигая 15-20,5% (Айламазян Э.К, и соавт., 2020; Радзинский В.Е. и соавт., 2021). Этому способствует улучшение техники операции: внедрение новых технологий в практику анестезиологии, акушерства и гинекологии, новых усовершенствованных методов профилактики осложнений.

Вместе с тем, данная операция и до настоящего времени представляет реальную угрозу здоровью матери, обусловленную, прежде всего ростом гнойно-воспалительных осложнений послеоперационного периода, частота которых колеблется от 15 до 73% (Баев О. Р. с соавт., 2018; Duff P. et al.,).

Рост числа септических заболеваний после КС определяется комплексом факторов, среди которых изменение состава и вирулентности микрофлоры, наличие антибиотико-резистентных ее форм, активизация внутрибольничных инфекций и изменение иммунологической реактивности организма после КС. Эти факторы требуют новых подходов к выбору тактики ведения послеоперационного периода.

Многие исследователи резервом снижения септической заболеваемости считают в изыскании путей коррекции иммунобиохимической реактивности (Смекуна Ф. А. с соавт., 2016; Сытник В. И., 2017). Этот факт особенно важно учитывать в связи с операцией КС, когда существуют многочисленные механизмы, оказывающие отрицательное воздействие на показатели иммунитета, кровопотеря и дефицит белка, операционная травма, действие наркоза, вынужденная гиподинамия, эмоциональное напряжение, использование фармакологических препаратов. Зачастую все эти

механизмы сочетаются с патологическим течением беременности и родов, генитальными и экстрагенитальными заболеваниями и создается благоприятный фон для активизации любой, как патогенной, так и сапрофитной бактериальной флоры.

Не вызывает сомнения, что инфекционное осложнение после КС начинается с матки и ранним патологическим признаком является ее субинволюция. Генерализация инфекции и определяет современные подходы к хирургическому лечению удалению очага инфекции. В связи со сказанным поиск методов профилактики и лечения субинволюции матки, ранняя диагностика эндометрита после КС являются актуальной задачей практического акушерства.

Материал и методы исследования. Клинический материал представлен результатами ретроспективного анализа 481 операции КС и обследования 160 женщин, родоразрешенных путем операции кесарева сечения, на клинических базах кафедры акушерства и гинекологии Ташкентской медицинской академии (родильном комплексе №9 Учтепинского района г.Ташкента) за период с 1996 по 1998 гг.

Все наблюдавшиеся женщины были разделены на 3 группы. В 1 основную группу были включены 30 родильниц получавших комплексно: антибиотики и иммуномодуляцию Т-активином и воздействие низкочастотной магнитотерапией. Во 1-ую группу вошли 70 родильниц, в послеоперационном периоде у которых была применена антибактериальной терапии, на фоне иммуномодуляции Т-активином. Группу контроля составили 60 родильниц, находившихся на традиционной терапии после КС.

Группа с традиционной терапией (контроль) получала антибиотики с первого дня после операции. Подбор последних осуществлялся с учетом чувствительности выделенной микрофлоры из цервикального канала до операции. В случае отсутствия результатов бакпосева назначали не менее двух антибиотиков широкого спектра действия. При появлении ГВЗ антибиотики в ряде случаев менялись с

учетом вновь полученных результатов бак посева после операции. Во II группе со 2 дня после КС производилась магнитотерапия в целях стимуляции местного иммунитета и профилактики субинволюции матки.

Оценивали эффективность профилактического лечения по исходам операции, осложнениям послеоперационного периода (частоте субинволюции матки, ГВЗ), по продолжительности нахождения в стационаре.

Помимо этого изучалось состояние микрофлоры родовых путей перед операцией кесарева сечения и в послеоперационном периоде на 2-3, 5-6, 8-10 сутки. Материал для бактериологического исследования забирали из цервикального канала стерильным тампоном после предварительной обработки наружного зева сухим ватным тампоном. Содержимое полости матки для бактериологического исследования получали с помощью при-способления для аспираций лохий, позволяющего исключить контаминацию материала микрофлорой цервикального канала и влагалища. Бактериологические исследования проводили с целью выявления патогенных и условно-патогенных видов микроорганизмов с применением элективных и дифференциально-диагностических питательных сред: молочно-солевой агар для выделения стафилококков, среду Эндо, позволяющую дифференцировать кишечную палочку от патогенных энтеробактерий, среду Сабуро для выявления дрожжеподобных грибов и кровяной агар для учета бактерий продуцентов экзотоксинов - гемолизинов. КОЕ/мл и более микроорганизмов.

При обнаружении в 1 мл лохий 10^3 штаммов, считали их массивно обсемененными. Идентификация проводилась общепринятыми методами. Чувствительность выделенных культур к антибиотикам определяли методом стандартных дисков к восьми наиболее часто применяемым антибиотикам: пенициллину, оксациллину, ампициллину, гентамицину, канамицину, тетрациклину, эритромицину, левомицетину. Бактериологические исследования

проводились в бактериологической лаборатории Республиканского патологоанатомического центра (директор профессор Р.И. Исраилов) Инволютивный период матки оценивался методом УЗИ и метрическим методом. Изучалась особенность инволюции матки при продольном и поперечном сканировании на аппарате «Toshiba - Sal-35 А» в динамике послеродового периода. Осуществлялось гистероскопическое исследование которое проводилось гистероскопом фирмы «Karl-Storz» с увеличением в 5 раз, использованием оптической системы с прямым и боковым обзором, в качестве жидкости применялся стерильный физиологический раствор. Используя гистероскопию, позволяющую характеризовать особенности внутренней поверхности стенки матки, мы стремились уточнить картину вариантов ее изменений.

Результаты исследований и их обсуждение. Результаты ретроспективного анализа показали на возникновение послеоперационных осложнений у 186 (38,6%) из 481 женщины.

Инфекционные осложнения в 42% явились следствием хронических очагов инфекции (кольпитов, тонзиллита, бронхита, пиелонефрита) и чаще преобладали в группе беременных с экстрагенитальной патологией (до 80%).

Выявлена зависимость увеличения частоты осложнений в зависимости от экстренности оперативного вмешательства. Так, у оперированных экстренно, осложнения составили $56,3 \pm 5,6\%$, после планового родоразрешения эти показатели были равны $11,2 \pm 4,6$. В экстренном порядке оперировано большинство беременных 293 (60,9%), в плановом 188 (39,1%). Группу тяжелых осложнений составили пациентки после экстренного вмешательства, в основном, оперированные по поводу патологии прикрепления и отделения плаценты. В данных же наблюдениях неблагоприятный фон для возникновения послеоперационных осложнений представляли акушерские кровотечения и гестоз с полиорганной недостаточностью.

Пусковым механизмом срыва систем резистентности послужил, видимо, гестоз, как следствие его акушерские кровотечения приведшие к ГВЗ после экстренного КС. Единый синдром дезадаптации подтверждает мнение о существующем полисистемном заболевании у подобной категории беременных. Срыв компенсации, проявляющийся в виде гестоза, свидетельствует о наложении его на патологический фон, создающийся гипертонической болезнью, пиелонефритом, анемией, сахарным диабетом и другой соматической и эндокринной патологией.

Срыв компенсации продолжается и в послеоперационном периоде, усугубляясь воздействием операционных факторов, когда на фоне сниженной сопротивляемости организма роженицы активизируется бактериальная флора. Операционный стресс после повторной операции усугубляет процесс адаптации организма женщины на родоразрешение, при этом частота послеоперационных осложнений явилась более высокой.

Всего повторное КС составило 35,0%, осложнения были выявлены у 98 из них (58,3%), что выше более, чем в 2 раза подобных случаев после первичного КС.

Развившееся транзиторное иммунодефицитное состояние после КС воздействует на восстановительный процесс красной крови, электролитный и белковый обмен. Сниженные и нарушенные показатели электролитов, белков и красной крови были более выраженными после повторного КС и несмотря на адекватность инфузионно-гемотрансфузионной терапии во время КС и после него они сохранились до 6-7 суток послеоперационного периода. Ретроспективный анализ исходов операции показал, что КС, особенно повторное, экстренное, сопровождаемое кровотечением, при неблагоприятном фоне, создающемся ЭГЗ и гестозом, определяет развитие иммунодефицитного состояния, что создает предпосылки к развитию осложнений в послеоперационном периоде. И несмотря на интенсивное традиционное ведение с восполнением кровопотери, с рациональной антибиотикотерапией, процент ГВЗ остается высоким,

что требует разработки и усовершенствования методов раннего восстановительного лечения.

Для разработки комплексных мероприятий по профилактике и лечению ГВЗ после КС представилось целесообразным изучить инволютивный процесс матки и бактериальную обсемененность родовых путей в динамике послеоперационного периода. Не вызывает сомнения, что оценка процессов инволюции матки позволяет своевременно диагностировать патологическое его течение и выявлять ранние признаки воспалительного осложнения.

Сравнительная оценка динамики обратного развития матки осуществлена в группах, после естественных родов, после КС с традиционным ведением и в двух основных группах с комплексом традиционных и нетрадиционных мероприятий. Результаты указали на достоверное различие в показаниях длины тела матки (ДТМ) между группой естественных родов и абдоминального родоразрешения ($P < 0,05$).

Анализ сравнительных данных ультразвукового исследования в различных группах выявил "критические" дни послеоперационного периода, приходящиеся на 3-4 сутки. Замедление процессов инволюции матки в этот период предположительно связано с отеком тканей в зоне операционной травмы. Особенно выраженная задержка инволюции матки наблюдалась у многорожавших и рожавших традиционным образом. Помимо количественных показателей эхоструктуры матки, проведена и качественная оценка состояния органа в послеоперационном периоде. На второй день после кесарева сечения матка при продольном сканировании приобретала овальную форму, вытянутую в сторону шейки, но расположенную в центре. На третий день матка становилась более расширенной книзу (в область нижнего сегмента), с обнаружением грубых диффузных эхоструктур (скопление сгустков) в полости. Этому часто сопровождалось изменение положения тела

матки, такое как резкое смещение вперед и перегиб, что, вероятно, вызывало нарушение оттока лохий в связи с отеком в области шва.

Изменение положения матки с задержкой её инволюции способствовало замедлению процессов самоочищения, на что указывал результат бактериальной обсемененности родовых путей. Изучалась обсемененность цервикального канала шейки матки и содержимого полости матки, взятого при аспирации последнего или при удалении инструментальным путем.

Забор материала для бакобследования осуществлялся до операции (из цервикального канала) и после нее на 2-3, 5-6, 8-10 сутки послеоперационного периода. Анализ производился в подгруппах: с неосложненным течением, с субфебрильной температурой в течение 3 суток за счет обострения хронической инфекции и с клиникой гнойно-воспалительных осложнений.

По возрасту, паритету родов и по показаниям к операции подгруппы достоверно не отличались друг от друга. Анализ данных позволил отметить, что в подгруппе с неосложненным течением высеваемость бактерий динамически снижалась с увеличением срока после КС. В подгруппе с субфебрилитетом за счет обострения хронической инфекции сохранялась динамика выделения микрофлоры, как и в предыдущей подгруппе с некоторым лишь увеличением частоты выделения бактерий.

В третьей подгруппе динамическое снижение высеваемости бактерий происходило до 5-6 дня, затем частота её нарастала почти до исходных цифр.

Анализ качественного состава микрофлоры показал, что во II подгруппе в 60% идентифицировалась кишечная палочка, затем эпидермальный стафилококк (11,1%) одинаково часто с дрожжеподобными грибами рода Кандида (11,1%). В подгруппе с выявленным осложнением послеоперационного периода идентификация кишечной палочки снижалась до 40% и резко (до 50%) возрастала высеваемость эпидермального стафилококка при

сохранении частоты грибов рода Кандида. Исследования подтвердили формирование полирезистентности микрофлоры к антибиотикам. Только в 10% случаях выделенная микрофлора обладала чувствительностью к 8-ми антибиотикам. Наши данные показали, что профилактическое введение антибиотиков не уменьшает обсемененности родовых путей и не ускоряет процесс самоочищения. Результаты сопоставления клиники течения беременности и операции КС с обсемененностью родовых путей указали на зависимость частоты выявления микрофлоры от акушерских осложнений, от экстренности вмешательства где, несомненно, страдала больше система иммунитета.

Задержка инволютивных процессов матки после КС и длительная сохранность высеваемости микрофлоры в родовых путях составляли благоприятные условия для развития гнойно-воспалительных осложнений послеоперационного периода. Способствующим фактором к развитию ГВЗ являлось снижение иммунитета за счет операционных факторов и развившейся акушерской патологии до родоразрешения. Этим же можно объяснить увеличение частоты ГВЗ после экстренного оперативного вмешательства

По нашим данным наибольшая устойчивость микроорганизмов была выявлена к пенициллину (в 94,1%), наименьшая к гентамицину (в 48,0%), эритромицину (в 49,5%) и канамицину (в 59%). Вместе с тем, как видно даже при благоприятном состоянии устойчивость бактерий к антибиотикам отмечена в половине наблюдений.

В связи с этим можно заметить, что одна только антибиотикопрофилактика и терапия не приводят к желаемым результатам из-за полирезистентности к ним бактерий, что и определило необходимость поиска комплексных мер по профилактике послеоперационных осложнений с учетом снижения иммунобиологических показателей после КС, полученных данных по задержке инволютивного процесса матки и самоочищения родовых путей от бактериальной микрофлоры.

Полученные данные и имеющиеся заключение по результатам исследования позволили рекомендовать комплекс мероприятий с включением препарата иммуномодулирующего действия (Т-активина), а также нетрадиционной профилактикотерапии (иглорефлексотерапии и низкочастотной магнитотерапии).

Курс профилактического воздействия был направлен на стимуляцию инволютивного процесса матки, а следовательно, на ускорение самоочищения родовых путей. В целях комплексной профилактики субинволюции матки была использована методика иглорефлексотерапии. В последние годы проявился значительный интерес со стороны врачей различных специальностей к одному из древнейших методов лечения — иглорефлексотерапии. Этот метод является одним из наиболее физиологических в сфере терапии, его эффект связан с активным вовлечением пациента в лечебный процесс через мобилизацию собственных ресурсов организма и выделение биологически активных веществ при избирательной стимуляции иммунной системы. Иглорефлексотерапия отличается высокой экономичностью, сокращением расходов на медикаменты, уменьшением сроков лечения и простотой выполнения методики. Этот метод легко доступен, может применяться в различных условиях и, что самое важное, не вызывает отрицательных побочных реакций. Все эти качества делают иглорефлексотерапию доступной и применимой в клинической акушерской практике.

Для проведения иглорефлексотерапии использовались серебряные иглы. Применяли 2-ой вариант тормозного метода. После введения иглы добивались появления у рожениц предусмотренных ощущений (чувство онемения, распирания, иррадиации). Сеанс иглоукалывания продолжался от 20 до 40 минут. При выборе точек учитывались рекомендации классической китайской акупунктуры и принцип сегментарной иннервации органов.

ИРТ начали применять со 2-ых суток послеоперационного периода в течении 7-8 дней. При субинволюции матки после КС

оказывали воздействие на корпоральные АТ: чжун-цзи (VC3), сань-инь-цзяо (RP6), гуань-юань (VC4), инь-гу (R10), чжи-гоу (TR6), фэн-фу (VG16), цзу-сань-ли (E36), тянь-шу (E25), яо-ян-гуан (VG3), ян-лин-цюань (VB34), и на аурикулярные точки: AP58, AP23, AP56, AP22.

При эндометрите после КС на корпоральные АТ: да-чан-шу (V25), сяо-чан-шу (V27), пан-гуань-шу (V28), гуань-юань (VC4), шоу-сань-ли (G110), цзу-сань-ли (E36), шюй-чи (G111), хэ-гу (G14), сань-инь-цзяо (RP6) и на аурикулярные точки AP58, AP23, AP56, AP22.

Эффект оценивался у рожениц через различные промежутки времени от начала терапии с появлением сокращения матки, которые сопровождались субъективными ощущениями в виде умеренных или слабо выраженных схваткообразных болей внизу живота и в пояснице, усилением выделений лохий из половых путей.

Применен нами и метод низкочастотной магнитотерапии аппаратом МАГ-30-3». Использование этого метода мы склонны объяснить анальгезирующим и противовоспалительным его действием, улучшением микроциркуляции и местного кровообращения, способностью рассасывать травматический отек и ускорить репаративную регенерацию. Известно действие НЧМТ на процессы ЦНС, приводящее к улучшению общего состояния, снижению раздражительности, что очень важно для создания благоприятного нервно-психологического климата роженицам после КС. Кроме того, НЧМТ активизирует противосвертывающую систему крови, вызывая гипокоагуляционный эффект, замедляет СОЭ, повышает фагоцитарную активность лейкоцитов, стимулирует функцию лимфоидной ткани, неспецифическую резистентность организма, оказывает гипотензивное и антиаллергические действие. Воздействие проводили через сухие и увлажненные повязки, 1-2 раза в день в течении 10-15 минут со 2 дня послеоперационного периода. Профилактический и лечебный курс продолжали 7-8 суток.

В развитии послеродовых осложнений основную роль играет не столько фактор инфицирования, сколько способность материнского организма противостоять инфекции, его защитно-приспособительные возможности. Известно, что специфическую защиту организма от инфекции осуществляют факторы гуморального и клеточного иммунитета. При беременности, даже неосложненной, имеет место, так называемый транзиторный частичный иммунодефицит после физиологической иммунной депрессии. Роды вызывают состояние иммунодефицита, компенсация которого происходит лишь к 5-6 дню послеродового периода при родоразрешении через естественные родовые пути и к 10 дню после операции кесарева сечения (В. И. Сытник, 1991). В связи с этим существует необходимость разработки способов иммунокоррекции, которая способствовала бы восстановлению у больных резистентности с учетом имеющихся изменений в иммунной системе. В комплекс профилактических мероприятий была включена и иммуномодулирующая терапия препаратом Т-активин. Препарат назначали по 1,0 (100 мкг) в/м 1 раз в день в течении 5 дней.

Интенсивное профилактическое лечение с использованием традиционной терапии и нетрадиционных методов осуществлено в группах I и II. Группу контроля составили 60 родильниц, находившихся на традиционном ведении. Сопоставляя полученные результаты, отмечено, что задержка инволюции матки в группе контроля составила 53,3% в первой основной группе 16,6% и во второй - 37%.

На фоне субинволюции матки в группе с традиционной терапией рост бактерий без клиники эндометрита констатирован в 53,9%, во II основной группе в 41,5%. Эндометрит среди случаев субинволюции матки в группе контроля развился в 65,6% во II группе в 46,15%. Представленные данные позволяют заметить, что даже при наличии субинволюции матки вероятность развития эндометрита снижалась в 1,5 раза при комплексных мерах профилактики осложнений.

Гнойно-воспалительные осложнения констатированы в 10% после естественных родов, после КС в 36,6% в группе традиционного ведения. В 20,0% в первой основной группе и в 24,3% во второй. Таким образом, нами замечена высокая эффективность комплексного метода профилактики осложнений, когда субинволюция матки встречалась в 1,68 раз, а ГВЗ - 1,59 раз реже, чем при традиционном ведении. Активный ин-волютивный процесс способствовал интенсификации очищения родовых путей от бактериальной микрофлоры. Так, на 2-3 день в группе контроля высеваемость микрофлоры составила 88,59%, на 10% она была ниже во II группе и на 15% в первой. К 10 дню частота высеваемости была равна 68,08% в контроле и наблюдалась лишь в трети случаев в основных группах. Выявленная закономерность по длительности сохранения бактериальной обсемененности родовых путей полностью согласуется с задержкой инволюции органа, частотой ГВЗ и зависит от использованного метода профилактических мероприятий.

Разработана нами и тактика ведения родильниц с установленным диагнозом эндометрита. На ранних этапах в условиях стойкой субинволюции осуществлялась аспирация содержимого полости матки. Материал подвергался бактериологическому контролю. Производилось УЗИ с определением размеров органа, его полости, характера содержимого, толщины эндо- и миометрия, его эхогенности. При получении эхо-картины со скоплением сгустков, утолщением эндометрия производилось выскабливание полости матки. Инструментальное опорожнение полости матки в комплексной терапии эндометрита, способствовало успешному их выздоровлению. Осуществлялось и гистероскопическое исследование. В случаях обнаружения очагов черного цвета тяжистого характера, взбухающего в полость матки или участков с синеватым оттенком осуществлялось удаление некротически измененных тканей с последующим диализом полости матки.

При эндометрите отмечался рост патогенной флоры, выделялась в 72,4% ассоциация микроорганизмов в 27,6% - монокультура.

Обнаруживалось более 15 видов бактерий: E-coli, энтерококки, St.epidermidis, St. aureus.

Обсемененность полости матки составляла более, чем в 10^3 КОЕ/мл. Описанная картина сопровождалась и клиникой общей интоксикации. Ан-тибактериальная терапия подбиралась с учетом чувствительности к выделенной микрофлоре. К назначению антибиотиков подходили индивидуально ально при появлении гипертермии, либо у родильниц, относящихся к группе высокого инфекционного Риска. Антибиотикотерапию проводили короткими курсами, в течение 2-3 дней.

Чаще использовали группу цефалоспоринов, полимексин, гентами-цин, препараты метранидазола и нитрафуранового ряда. Продолжалось введение Т-активина (в течение 5 дней), воздействие методом НЧМТ и иг-лорефлексотерапии.

Длительность течения и лечения эндометрита составила $12,0 \pm 1,2$ дней в группе контроля и $8,9 \pm 1,0$ дней в основной группе. В основной группе удалось избежать прогрессирования заболевания и хирургической агрессии.

На основании результатов наших исследований полагаем, что выделение родильниц в группу инфекционного риска, увеличение частоты плановых вмешательств, раннее профилактическое лечение с включением комплекса традиционных и нетрадиционных воздействий на инволютивный процесс матки, поэтапная тактика интенсивного ведения родильниц с начальными формами осложнений позволяют добиться эффективных результатов и избежать инвалидизации женщин

По данным ретроспективного анализа высокая частота послеоперационных гнойно-воспалительных заболеваний (38,6%) определила необходимость поиска комплексных мер их профилактики и лечения, реализация которых способствовала бы снижению осложнений и поддержанию репродуктивного здоровья женщин.

В структуре заболеваний отмечается: инфильтрат послеоперационного шва (22,0%), эндометрит (17,7%), генерализация процесса в форме перитонита (2,7%) и сепсиса (3,9%). Наибольший процент гнойно-воспалительных заболеваний (ГВЗ) наблюдается у женщин, оперированных повторно (58,3%), экстренно (56,3%), в группе часто и многократно с экстрагенитальной патологией ($P < 0,05$).

К особенностям течения послеоперационного периода отнесено развитие субинволюции матки ($50,5 \pm 4,1\%$), наблюдающейся в 1,5 раза чаще после повторного КС.

Ультразвуковое исследование методом продольного и поперечного сканирования в раннем послеоперационном периоде позволяет выявлять «критические» сроки инволютивного периода (3-4 сутки), производить при этом структурную оценку состояния органа и намечать в связи с этим тактику дальнейшего ведения.

При неосложненном течении послеоперационного периода частота высеваемости бактерий динамически понижается с увеличением срока после родоразрешения.

Анализ качественного состава микрофлоры родовых путей показал, что преобладает кишечная группа (до 60%), затем одинаково часто выделяется эпидермальный стафилококк и грибки рода Кандида (по 11,1%).

В случае развития эндометрита после КС обсемененность микрофлорой родовых путей сохраняется до 5 суток, затем вновь нарастает. Рост патогенной флоры наблюдается чаще (72,4%) в ассоциации, чем в монокультуре (27,6%), обнаруживается более 15 видов бактерий (*E.colli*, энтерококки, *St epidermidis*, *St.aureus* и т.д.) и обсемененность составляет 10^6 КОЕ/мл и более.

Антибактериальная терапия не снижает обсемененности микрофлорой родовых путей и не ускоряет процесс их самоочищения. 6. Комплексный метод профилактики и лечения инфекционных осложнений после КС с включением иглорефлексотерапии, магнитотерапии и Т-активина способствует

более благоприятному течению послеоперационного периода, позволяет снизить частоту субинволюции матки в 1,68, гнойно-воспалительных заболеваний в 1,59 раз, значительно сократить послеоперационный койко-день (на 2-3 дня) и общие затраты на лечение, а также предотвратить развитие тяжелых осложнений, требующих оперативного вмешательства. Тактика ранних профилактических мер (со 2 дня после операции) уменьшает вероятность развития эндометрита при наличии субинволюции матки в 1,5 раза.

Беременные, имеющие хронические очаги инфекции, паритет родов более четырех, отягощенный соматический анамнез наличием ЭГЗ отягощенный акушерско-гинекологический анамнез (перенесенные аборт, воспалительные заболевания, операции КС) и т.д. должны составлять группу риска по возникновению ГВЗ после КС.

Родильницы после патологических оперативных родов, осложненных гестозом, кровотечением имеют повышенную вероятность развития послеоперационных осложнений.

Со второго дня после операции необходимо осуществлять динамический контроль за инволютивным процессом, используя метод УЗИ с учетом «критических» сроков развития субинволюции матки, так же следить за динамикой бактериологической обсемененности родовых путей.

Стабилизация обсемененности родовых путей с пятых суток после КС более 10^3 КОЕ/мл на фоне субинволюции матки указывает на возникновение эндометрита.

Необходимо активизировать тактику ведения раннего послеоперационного периода проведением со 2 дня комплекса методов нетрадиционной терапии: иглорефлексотерапии, магнитотерапии, использовать помимо традиционных лекарственных средств Т-активин в инъекциях в течении 5 суток.

При выявлении субинволюции матки рекомендуется производить гистероскопию. Обнаружение очагов черного цвета

тяжистого характера, выбухающих в полость матки или участков с синеватым оттенком должно определять тактику активного ведения с удалением некротически измененных тканей и последующим диализом полости матки.

Профилактика гнойно-воспалительных осложнений после операции кесарева сечения имеет важное значение, так как инфекции и воспалительные процессы могут серьезно угрожать здоровью матери и потребовать дополнительного лечения. Вот некоторые ключевые шаги и меры, которые принимаются для профилактики гнойно-воспалительных осложнений:

Основой профилактики является строгая соблюдение антисептики и стерильности во время операции. Хирурги и медицинский персонал должны следить за тем, чтобы инструменты и оборудование были правильно обеззаражены и стерильны. Это включает в себя использование стерильных перчаток, масок и халатов.

В большинстве случаев, женщинам, подвергающимся кесареву сечению, назначают антибиотики до операции. Это помогает снизить риск развития инфекций. Дополнительные дозы антибиотиков могут быть предписаны во время операции и после нее в зависимости от медицинских показаний.

Перед проведением операции кожу в районе операции тщательно обрабатывают антисептическими растворами, чтобы снизить количество микробов на поверхности кожи.

Одним из важных аспектов профилактики является предотвращение тромбоза и эмболии, что может быть связано с инфекциями и воспалением. Женщины могут получать антикоагулянты и носить компрессионные чулки для уменьшения риска тромбоэмболии.

После операции важно тщательно следить за раной. Медицинский персонал должен обеспечивать чистоту и сухость раны, а также регулярно осматривать ее на предмет признаков инфекции. Важно избегать механических повреждений шва и контаминирования.

В течение первых нескольких дней после операции следят за температурой тела и уровнем лейкоцитов в крови. Повышение температуры и уровня лейкоцитов может быть признаком инфекции.

У пациенток с повышенными рисками развития инфекции, такими как сахарный диабет или ожирение, могут быть предприняты дополнительные меры для профилактики. Женщинам, подвергающимся кесареву сечению, предоставляют информацию о том, как следить за раной, признаках инфекции и когда следует обратиться к врачу.

Профилактика гнойно-воспалительных осложнений после кесарева сечения играет ключевую роль в обеспечении безопасности и благополучия матери после операции. Строгое соблюдение медицинских стандартов и применение антисептических мер помогают снизить риск инфекций и воспалительных осложнений.

Для успешной профилактики гнойно-воспалительных осложнений после операции кесарева сечения важно также уделять внимание факторам риска и своевременно реагировать на признаки инфекции.

Пациентки после кесарева сечения должны стараться подниматься и двигаться в пределах допустимого как можно раньше. Это помогает улучшить кровообращение и предотвращает стаз крови, что может способствовать инфекции.

После кесарева сечения мочеполовой тракт может быть подвержен риску инфекции. Пациенткам могут рекомендовать пить достаточное количество жидкости и следить за гигиеничностью при мочеиспускании.

Здоровый образ жизни и правильное питание могут укрепить иммунную систему и способствовать более быстрому восстановлению, что также способствует профилактике инфекций.

Если у пациентки возникают признаки инфекции (повышение температуры, краснота, отечность, болезненность в области операции), важно своевременно обратиться к врачу для оценки и лечения.

Профилактика гнойно-воспалительных осложнений после кесарева сечения требует совместных усилий пациентки и медицинского персонала. Внимательное следование медицинским рекомендациям, поддержание антисептики и стерильности, а также своевременное обращение к врачу в случае необходимости помогают снизить риск инфекции и обеспечить успешное восстановление после операции.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В монографии, посвященной кесареву сечению, мы рассмотрели различные аспекты этой важной хирургической процедуры, которая используется для родоразрешения в ситуациях, когда существуют медицинские показания или пациентка делает выбор в пользу этого метода. Кесарево сечение предоставляет жизненно важный инструмент для спасения жизни и обеспечения благополучия как матери, так и ребенка в рядах медицинских сценариев.

Мы рассмотрели исторический контекст развития кесарева сечения, от его древних корней до современных методов и технологий. Описаны медицинские показания для проведения кесарева сечения, включая угрозу жизни матери, осложнения беременности и другие факторы, которые могут привести к необходимости проведения операции. Мы представили детальное описание процедуры кесарева сечения, включая методы доступа, анестезию, разрезы и последующий уход за матерью и новорожденным. Обсуждены основные аспекты послеродового восстановления матери, включая уход за швом, физическую активность и эмоциональную поддержку. Описаны как краткосрочные, так и долгосрочные последствия кесарева сечения для матери и новорожденного. Рассмотрены важные этические и правовые вопросы, связанные с выбором метода родоразрешения и проведением кесарева сечения. Проведено сравнение кесарева сечения с другими методами родоразрешения, такими как нормальные роды и второстепенные методы.

В заключении можно подчеркнуть, что кесарево сечение является важной и неотъемлемой частью акушерской практики, и его применение может спасти жизни и обеспечить безопасность как матери, так и ребенка в случаях медицинской необходимости. Решение о проведении кесарева сечения всегда должно приниматься с учетом медицинских показаний и консультации врача. Эта монография призвана служить источником информации и ресурсом для врачей, пациенток и всех, кто интересуется этой важной медицинской процедурой.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Абрамченко С.И. Кесарево сечение. Учебник. М., 2013. - 167 с.
2. Айламазян Э.К. Акушерство. Гинекология. Учебник. М.: Издательство СпецЛит, 2011. - 157 с.
3. Бодяжина В.И. Акушерство. Научная литература. М.: Медицина, 2012.- 149с.
4. Грицук В.И., Винокуров В.Л., Карелин М.И. Справочник практического гинеколога: 2-е издание, исправленное и дополненное - М.: Медицина, 2009. - 350 с.
5. Дуда И.В., Дуда В.И. Клиническое акушерство. Учебник. М.: Высшая школа, 2011. - 204 с.
6. Лаптев А.П., Полиевский С.А. Гигиена: Учебник для ин-тов и техн. физ. культуры. - М.: Физкультура и спорт, 2009. - 168 с.
7. Малиновский М.С. Оперативное акушерство. Практическое акушерство. М.: ФиС, 2010. - 190 с.
8. Мирон В.К. Кесарево сечение. Учебник. М.: Медицина, 2010. - 120 с.
9. Мишель Одэн. Кесарево сечение. Безопасный выход или угроза будущему. Научно-исследовательская литература. М.: , 2013.- 187 с.
10. Попов С.Н. Физическая реабилитация. Учебник. Ростов - на - Дону: Феникс, 2011. - 203 с.
11. Савельева Г.М. АКУШЕРСТВО. Справочник. М., 2009.- 231 с.
12. Серов В.Н., Стрижаков А.Н. Практическое акушерство. Руководство для врачей. - М.: Медицина, 2009. - 312 с.
13. Спешнев Ф.Ф. Спортивно-вспомогательная гимнастика. Учебник - М.: ФиС, 2009. - 201 с.
14. Стрижаков А.Н., Лебедев В.А. Кесарево сечение в современном акушерстве. Учебник. Медицина .: 2012. - 114с.
15. Орлова В.С., Калашникова И.В., Булгакова Е.В. и др. Кесарево сечение как медико-социальная проблема современного

акушерства. Журнал акушерства и женских болезней. 2013. № 4. С. 6-14.

16. Исенова С.Ш., Датхаева З.А. и др. Пути снижения перинатальной смертности. Медицина. 2013. № 12. С. 32-35.

17. Кесарево сечение должно выполняться только при наличии медицинских показаний. Всемирная организация здравоохранения (10 апреля 2015 г.) : <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2015/caesarean-sections/ru>.

18. Torloni MR, Betran AP, Souza JP, Widmer M, Allen T, Gulmezoglu M, et al. Classifications for cesarean section: a systematic review. PLoS ONE. 2011; 6(1): e14566.

19. Betran AP, Vindevoghel N, Souza JP, Gulmezoglu AM, Torloni MR. A. Systematic review of the Robson Classification for caesarean section: What works, doesn't work and how to improve it. PLoS ONE. 2014; 9 (6).

20. Robson M. Classification of caesarean sections. Fetal Maternal Med. Rev. 2001; 12: 23-39.

21. Souter V, Jodie K, Chien A. The Robson Classification: Monitoring and Comparing Cesarean Delivery Rates. Obstetrics & Gynecology. 2016; 127:131S.

22. Boatin AA, Cullinane F, Torloni MR, Betr AP. Audit and feedback using the Robson classification to reduce caesarean section rates: a systematic review. Department of Obstetrics and Gynecology, Massachusetts General Hospital, Harvard. BJOG. 2018; 125: 36-42.

23. Ye J, Zhang J, Mikolajczyk R, Torloni MR, Gülmezoglu AM, Betrán AP. Association between rates of caesarean section and maternal and neonatal mortality in the 21st century: a worldwide population-based ecological study with longitudinal data. BJOG. 2015 Aug 24.

24. Nakamura Pereira M, do Carmo Leal M, Esteves Pereira AP, Soares Madeira Domingues RM, Alves Torres J, Bastos Dias MA, Moreira ME. Use of Robson classification to assess cesarean section rate in Brazil:

the role of source of payment for childbirth. *Reproductive Health*. 2016; 13(Suppl 3): 128.

25. Стандарты охраны здоровья женщин в Европе: Службы родовспоможения и охраны неонатального здоровья: Европейский Совет и Коллегия по акушерству и гинекологии; 2014.

26. Краснопольский, В.И. Кесарево сечение / Под ред. В.И. Краснопольского. - М.: ТОО «Техлит», Медицина, 1997. 285с

27. Кулаков В.И., Чернуха Е.А., Комиссарова Л.М.. Кесарево сечение. – М.: Медицина, 1998. – 192с.

28. Стрижаков, А. Н., Баев, О. Р. Хирургическая техника операции кесарева сечения - М.: Миклош, 2007. -168 с.

29. Токова З.З., Гата А.С., Фардзинова Е.Г. Региональные особенностистатистики кесарева сечения. 4-й Международный конгресс по репродуктивной медицине. Материалы. М., 2010: 27–8.

30. Краснопольский В.И., Логутова Л.С., Петрухин В.А. Место абдоминального и влагалищного оперативного родоразрешения всовременном акушерстве. Реальность и перспективы. Акушерство и гинекология. 2012; 1: 4–8

31. Логутова Л.С., Ахвледиани К.Н. Пути снижения частоты оперативного родоразрешения в современном акушерстве. Рос.вестн. акушера-гинеколога. 2008; 1: 20–5.

32. Стрижаков А.Н. и др. Новый метод повышения качества рубца на матке после кесарева сечения. *Вопр. акушерства, гинекологии и перинатологии*. 2013; 12 (1): 9–15.

33. Свиридова О.Н. Осложнения после кесарева сечения. *Бюллетень медицинских интернет-конференций*. 2013; 3 (3): 658.

34. Стрижаков А.Н., Баев О.Р., Старкова Т.Г., Рыбин М.В. Инфекционно-воспалительные заболевания. Физиология и патологияпослеродового периода. М.: Династия, 2004; с. 70–84.

35. Орлова В.С., Калашникова И.В., Булгакова Е.В., Сухих Н.В. Современная практика операции кесарево сечение за рубежом. *Научные ведомости БелГУ. Серия: Медицина. Фармация*. 2013; 18.

36. Краснопольский В.И., Логутова Л.С. Кесарево сечение – бережное родоразрешение или акушерская агрессия. Материалы I регионального научного форума «Мать и дитя». Казань, 2007; с. 78–9.

37. Айламазян Э. К., Кузьминых Т. У., Поленов Н. И., Шелаева Е. В., Колобов А. В. Подготовка беременных с рубцом на матке после кесарева сечения к родоразрешению. Журнал акушерства и женских болезней, 2008; т.LVII:1:3– 9.

38. Ананьев В. А. Результаты кесарева сечения при наложении однорядного и двухрядного шва на матку. Акушерство и гинекология, 2000; 4: 26-29.

39. Атласов В. О. Современные технологии абдоминального родоразрешения в профилактике перинатальной смертности и заболеваемости родильниц. Журнал акушерства и женских болезней, 2008; т.LVII: 1: 80-84.

40. Баев О. Р. Восстановление брюшинного покрова при кесаревом сечении: необходимость или традиция? Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии, 2006; т.5: 2: 82-87.

41. Гребенкин Б. Е., Заплатина В. С., Беда Ю. В. Возможности технической оптимизации кесарева сечения в улучшении перинатальных исходов. Проблемы репродуктивного здоровья и безопасного материнства. Пермский медицинский журнал, 2007; т.24: 1-2: 208-212.

42. Ельцов-Стрелков В. И. О технике кесарева сечения. Акушерство и гинекология, 1980; 11: 29-31.

43. Каримов З. Д. Ближайшие и отдаленные результаты кесарева сечения с применением специальной техники однорядного восстановления нижнего сегмента матки. Рос. вестник акушера-гинеколога, 2001; 2: 35-38.

44. Комисарова Л. М., Чернуха Е. А., Пучков Т. К. Оптимизация кесарева сечения. Акушерство и гинекология, 2000; 2: 14-16.

45. Крамарский В. А., Машакевич Л. И., Дудакова В. Н. Основные факторы Риска развития неполноценного рубца на матке после

кесарева сечения. Вестник Рос. Ассоциации акушеров-гинекологов, 2003; 2: 37-39.

46. Краснопольский В. И., Логутова Л. С., Гаспарян Н. Д., Магилевская Е. В. Альтернативное родоразрешение беременных с оперированной маткой. Журнал акушерства и женских болезней, 2003; т. LII: 1: 21-25.

47. Краснопольский В. И., Логутова Л. С., Буянова С. Н. Репродуктивные проблемы оперированной матки. М.: Миклош, 2006.

48. Кулаков В. И., Чернуха Е. А., Комиссарова Л. М. и др. Результаты кесарева сечения в зависимости от наложения шва на матку и шовного материала. Акушерство и гинекология, 1997; 4: 18-21.

49. Кулаков В. И., Чернуха Е. А., Комиссарова Л. М. Кесарево сечение. М.: Триада-Х, 2004.

50. Кулаков В. И., Чернуха Е. А. Современный взгляд на проблему кесарева сечения. Материалы I регионального научного форума «Мать и дитя». Казань, 2007.

51. Оден М. Кесарево сечение: безопасный выход или угроза будущему? М.: Междунар. шк. традиц. Акушерства, 2006.

52. Персианинов Л. С. Кесарево сечение. В кн.: Оперативная гинекология Л.С. Персианинов. М.: Медицина; 1976; с. 500-512.

53. Савельева Г. М., Караганова Е. Я., Куцер М. А., Коноплянников А. Г. Некоторые актуальные вопросы акушерства. Акушерство и гинекология, 2006; 3: 3-7.

54. Савельева Г. М., Трофимова О. А. Роль кесарева сечения в снижении перинатальной смертности и заболеваемости доношенных детей. Акушерство и гинекология, 2008; 4: 20-23.

55. Савицкий Г. А., Савицкий А. Г. Биомеханика физиологической и патологической родовой схватки. СПб.: «ЭЛБи-СПб», 2003.

56. Стрижаков А. Н., Тимохина Т. Ф., Баев О. Р., Рыбин М. В., Хрисунуктофорова А. В. Модификация кесарева сечения. Акушерство и гинекология, 1997; 5: 33-38.

57. Фаткуллин Ф. И. К вопросу о методике операции кесарева сечения при преждевременных родах. Материалы I регионального научного форума «Мать и дитя». Казань, 2007.

58. Слепых А. С. Абдоминальное родоразрешение. Л.: Медицина, 1986.

59. Храмова Л. С. Профилактика неблагоприятных перинатальных исходов у беременных группы высокого Риска развития гестоза и синдрома задержки роста плода. Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии, 2004; т.3: 4: 46-50.

60. Шляпников М. Е. Клинико-экспериментальное обоснование оптимизации гистероррафии при кесаревом сечении. Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии, 2004; т.3: 2: 14-19.

61. Chapman S. J., Owen J., Hauth J. C. One- versus two- layer closure of a low transverse Cesaetean: the next pregnancy. *Obstet. and Gynec.*, 1997; Vol.89: 16 -18.

62. Cunningham F. G., Mac Donald P. C., Gant N. F. Cesaerean Delivery and Cesaerean Hysterectomy. *Williams Obstetrics*, 2001: 537-567.

63. Duffy D. M., diZerega G. S. Is peritoneal closure necessary? *Gynecology and Obstetrics Sugery*, 1994; Vol.49: 817-822.

64. Field Ch. S. Surgical techniques for Cesarean section. *Obstet. Gynec. Clin. N. Amer*, 1988; Vol.15: 4: 657 – 672.

65. Flamm B. L., Goings J. R., Liu Y. Elective repeat caesarean section versus trial of labour: a prospective multicenter study. *Obstet. and Gynec.*, 1994; Vol.83: 927 – 932.

66. Franchi M., Ghezzi F., Balestreri D. A randomized clinical trial of two surgical techniques for cesarean section. *American Journal of Perinatology*, – 1998; Vol.15: 589-594.

67. Gutterrez Garcia R., Edreira A. Roca, Garcia B. Martin Iatrogenic ureteral lesion in open surgery: revien of 10 years. *Actas Urol. Esp.*, 1999; Vol. 24: 4: 327-332.

68. Lowenwirt I., Chi D., Handwerker S. Nonfatal venous air embolism during cesarean section. A case report and review of the literature. *Obstet. Gynecol Surv*, 1994; Vol.49: 72 – 76.

69. Nagele F., Karas H., Spitzer D., Staudach A. Closure or nonclosure of the visceral peritoneum at caesarean delivery. *Amer. Journal of Obstet. and Gynec.*, 1996; Vol.174: 1366 – 1370.

70. Ravasia D. J., Wood S.L., Pollard J.K. Uterine rupture during induced trial of labor among women with previous cesarean delivery. *Amer. Journal of Obstet. and Gynec.*, 2000; Vol.183: 1176- – 1179.

71. Rodrigues A. L., Porter K.B., O'Brien W.R. Blunt versus sharp expansion of the uterine incision in low segment Cesarean section. *Obstet. and Gynec.*, 1994; Vol.171: 1022 – 1025.

72. Roset E., Boulvain M., Irion O. Nonclosure of the peritoneum during cesarean section: long-term follow-up of a randomized controlled trial. *Eur. Jour. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol.*, 2003; Vol.108: 40 – 44.

73. Shipp T. D., Zelop C.M., Repke J.T. Intrapartum uterine rupture and dehiscence in patients with prior lower uterine segment vertical and transverse incisions. *Obstet. and Gynec.*, 1999; Vol. 94: 735 – 740.

74. Stark M., Chavkin Y., Kupferstein C. Evaluation of combinations of procedures in cesarean section. *Int. J. Obstet. and Gynec.*, 1995; Vol. 48: 273-276.

75. Tranquilli A. L., Garzetti G.G. A new ethical and clinical dilemma in obstetric practice: cesarean section on “maternal request”. *Amer. Journal of Obstet. and Gynec.*, 1997; Vol. 177: 245 – 246.

76. Tucker J. M., Phauth J.C., Hodgkins P. Trial of Labor after a one- or two-layer closure of a low transverse uterine incision. *Amer. Journal of Obstet. and Gynec.*, 1993; Vol. 168: 545 – 546.

77. Tulandi T., Al-Jaroudi D. Non-closure of peritoneum: a reappraisal. *Amer. Journal of Obstet. and Gynec.*, 2003; Vol. 189: 2: 609 – 612.

78. Wahab M.A., Karantzis P., Eccersley P.S. A randomized controlled study of uterine exteriorization and repair at caesarean section. *British Journal of Obstet. and Gynec.*, 1999; Vol.106: 913 – 916.

79. Alderdice F, McKenna D, Dornan J. Techniques and materials for skin closure in caesarean section. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2003, Issue 2.

80. Anderson ER, Gates S. Techniques and materials for closure of the abdominal wall in caesarean section. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2007, Issue 4.

81. Bamigboye AA, Hofmeyr GJ. Closure versus non-closure of the peritoneum at caesarean section. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2009, Issue 1.

82. Durnwald C, Mercer B. Uterine rupture, perioperative and perinatal morbidity after single-layer and double-layer closure at cesarean delivery. *American Journal*

of Obstetrics and Gynecology 2003;189(4): 925–9.

83. Enkin MW, Wilkinson C. Single versus two layer suturing for closing the uterine incision at Caesarean section. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2006, Issue 3.

84. Gyamfi C, Juhasz G, Gyamfi P, Blumenfeld Y, Stone JL. Single-versus doublelayer uterine incision closure and uterine rupture. *Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine* 2006;19(10):639–43.

85. Hayakawa H, Itakura A, Mitsui T, Okada M, Suzuki M, Tamakoshi K, et al. Methods for myometrium closure and other factors impacting effects on cesarean section scars of the uterine segment detected by the ultrasonography. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica* 2006;85(4):429–34.

86. Hofmeyr GJ, Mathai M, Shah AN, Novikova N. Techniques for caesarean section. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2009, Issue 2.

87. Jacobs-Jokhan D, Hofmeyr GJ. Extra-abdominal versus intra-abdominal repair of the uterine incision at caesarean section. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2004, Issue 4.

88. Malvasi A, Tinelli A, Serio G, Tinelli R, Casciaro S, Cavallotti C. Comparison between the use of the Joel-Cohen incision and its modification during Stark's cesarean section. *Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine* 2007;20(10):757–

89. Mathai M, Hofmeyr GJ. Abdominal surgical incisions for caesarean section. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2007, Issue 1

90. Song SH, Oh MJ, Kim T, Hur JY, Saw HS, Park YK. Finger-assisted stretching technique for cesarean section. *International Journal of Gynecology & Obstetrics* 2006;92(3):212–6.

91. Weerawetwat W, Buranawanich S, Kanawong M. Closure vs nonclosure of the visceral and parietal peritoneum at cesarean delivery: 16 year study. *Journal of the Medical Association of Thailand* 2004;87(9):1007–11.

92. Clark SL, Belfort MA, Dildy GA, Meyers JA. "Reduction in elective delivery at <39 weeks of gestation: comparative effectiveness of 3 approaches to change and the impact on neonatal intensive care admission and stillbirth." *American Journal of Obstetrics & Gynecology*. 2010.

93. Landon MB, Hauth JC, Leveno KJ, et al. "Maternal and perinatal outcomes associated with a trial of labor after prior cesarean delivery." *The New England Journal of Medicine*. 2004.

94. Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Spong CY, Dashe JS, Hoffman BL, Casey BM, Sheffield JS. *Williams Obstetrics, 25th Edition*. McGraw-Hill Education, 2018.

95. Bergholt T, Østberg B, Legarth J, Weber T, Løkkegaard E. "Maternal death after cesarean section in the Nordic countries." *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*. 2011.

96. American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). "Cesarean Birth: Understanding Your Surgical Birth." *Patient Education Pamphlet*, 2016. -

97. World Health Organization (WHO). "WHO recommendations on non-clinical interventions to reduce unnecessary caesarean sections." WHO, 2018. -

98. Gibbons L, Belizán JM, Lauer JA, Betrán AP, Merialdi M, Althabe F. "Inequities in the use of cesarean section deliveries in the world." *American Journal of Obstetrics & Gynecology*. 2012.

99. Betrán AP, Temmerman M, Kingdon C, et al. "The increasing trend in caesarean section rates: global, regional and national estimates: 1990-2014." *PLoS ONE*. 2016. Silver RM. "Delivery after previous cesarean: long-term maternal outcomes." *Seminars in Perinatology*. 2010.

100. Villar J, Carroli G, Zavaleta N, et al. "Maternal and neonatal individual risks and benefits associated with caesarean delivery: multicentre prospective study." *British Medical Journal*. 2007.

Ф.И. ШУКУРОВ

КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЕ

МОНОГРАФИЯ

Бош мухаррир **О. Козлова**
Бадий мухаррир **Ж. Хамдамов**
Компютерда сахифаловчи **С. Султанова**

NASH.lits. AA № 8798
«TIBBIYOT NASHRIYOTI MATBAA UYI» MЧЖ
Toshkent shahri, Olmazor tumani, Shifokorlar, 21



TIBBIYOT NASHRIYOTI MATBAA UYI

Объем – 4,732 а.л. Тираж – 20. Формат 60x84. 1/16. Заказ № 3778-2023.
Отпечатано «TIBBIYOTNASHRIYOTIMATBAAUYI» MЧЖ
100109. Ул. Шифокорлар 21, тел: (998 71)214-90-64, e-mail: rio-tma@mail.ru