

КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЕ

Кесарево сечение в настоящее время является наиболее распространенной родоразрешающей операцией. Расширение показаний к этой операции является одной из особенностей современного акушерства. Этому способствует развитие и совершенствование акушерской науки, анестезиологии, реаниматологии, неонатологии, службы переливания крови, фармакологии, асептики и антисептики, применение новых антибиотиков широкого спектра действия, нового шовного материала и другие факторы.

Проблеме кесарева сечения в нашей стране уделяется особое внимание, потому что в нашей стране частота операции возрастает. В последние 5 лет в Российской Федерации выявлена корреляция между повышением частоты кесарева сечения и снижением перинатальной смертности с 16,1‰ в 1995г. до 13,2‰ в 2000 г., хотя данный показатель является высоким. Перинатальная смертность в Москве в 2000г. составила 10,6% при частоте кесарева сечения 16 %. Во многих клинических учреждениях России, являющихся коллекторами различной акушерской и экстрагенитальной патологии, частота операции превышает 30 %.

По данным национальной статистики США ,за последние 15 лет (1985-2000гг) частота кесарева сечения стабилизировалась на уровне 21-22 %, перинатальная смертность снизилась с 13,2 до 8,70/00.

По данным национальной статистики Англии (1999), частота операции равна 17,0% , а в 2002г. Она составила 21,5%.

В развивающихся африканских странах частота кесарева сечения равна 0,6% ,что указывает на низкий уровень оказания акушерской помощи, большой акушерский травматизм, высокую перинатальную и материнскую смертность. Возникает вопрос чем вызвана столь большая разница в частоте применения кесарева сечения в разных странах и в различных госпиталях одной страны? Установлено что она зависит от медицинских показаний к операции и не медицинских факторов.

Наиболее частыми медицинскими показаниями к операции являются рубец на матке после кесарева сечения, тазовое предлежание, дистресс плода, дистоция в родах.

К немедицинским факторам относятся:

- возраст первородящей старше 30 лет,
- желание беременной (предыдущее родоразрешение кесаревым сечением, неблагоприятный исход предыдущих родов, трудные и болезненные роды, боязнь за судьбу ребенка),
- боязнь наложения акушерских щипцов и вакуум экстрактора,
- социально-экономическое положение,
- влияние «оборонительной» медицины,
- опасность повреждения тазового дна,
- врачебный фактор,
- мощность и статус медицинского учреждения,
- частная практика,
- религиозные убеждения,
- национальные традиции,

- географическое положение,
- другие.

Известно, что расширение показаний к кесареву сечению ведет к снижению профессионализма при ведении родов через естественные родовые пути. Стремление решить все проблемы в акушерстве только с помощью кесарева сечения несостоятельно, однако неоправдано и сокращение показаний для абдоминального родоразрешения.

Проведение кесарева сечения, как любой другой операции, должно быть обосновано, т.е. иметь медицинские показания, которые определяются состоянием беременной и плода.

Показаниями к операции кесарева сечения во время беременности являются :

- *полное предлежание плаценты;
- *неполное предлежание плаценты с выраженным кровотечением;
- *преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты с выраженным кровотечением или наличием внутриутробного страдания плода ;
- *несостоятельность рубца на матке после кесарева сечения или других операций на матке;
- * два рубца на матке и более после кесаревых сечений;
- *анатомически узкий таз II-III степени сужения (истинная конъюгата 9 см и меньше), опухоли или деформации костей таза;
- *состояние после операций на тазобедренных суставах и тазе, позвоночнике;
- *пороки развития матки и влагалища;
- *опухоли шейки матки, яичников и других органов полости малого таза, блокирующие родовые пути;
- *множественная миома матки больших размеров, дегенерация миоматозных узлов, низкое (шеечное) расположение узла;
- *тяжелые формы гестоза при отсутствии эффекта от терапии и неподготовленных родовых путях;
- *тяжелые экстрагенитальные заболевания (заболевания сердечно-сосудистой системы с явлениями декомпенсации, заболевания - нервной системы, миопия высокой степени, особенно осложнения, сахарный диабет и др.);
- *рубцовые сужения шейки матки и влагалища после ушивания мочеполовых и кишечно-половых свищей;
- *рубец на промежности после зашивания разрыва III степени при предшествующих родах ;
- *выраженное варикозное расширение вен в области влагалища и вульвы;
- *поперечное положение плода;
- *сросшаяся двойня;
- *тазовое предлежание плода в сочетании с разогнутой головкой, при массе более 3600г. и менее 1500г. или с анатомическими изменениями таза;
- *тазовое предлежание или поперечное положение 1-ого плода при многоплодной беременности;
- *три и более плодов при многоплодии;
- *экстракорпоральное оплодотворение и перенос эмбриона, искусственная инсеминация при осложненном акушерско-гинекологическом анамнезе;
- *хроническая гипоксия плода, гипотрофия плода, неподдающиеся медикаментозной терапии;
- *возраст первородящей старше 30 лет в сочетании с акушерской и экстрагенитальной патологией;
- *длительное бесплодие в анамнезе в сочетании с другими отягчающими факторами;

- *гемолитическая болезнь плода при неподготовленности родовых путей;
- *переношенная беременность в сочетании с отягощенным гинекологическим или акушерским анамнезом, неподготовленностью родовых путей и отсутствием эффекта от родовозбуждения;
- *экстрагенитальный рак и рак шейки матки;
- *обострение герпес-вирусной инфекции половых путей.

Показания к операции кесарева сечения в родах

- *клинический узкий таз;
- *преждевременное излитие околоплодных вод и отсутствие эффекта от родовозбуждения;
- *аномалии родовой деятельности, неподдающиеся медикаментозной терапии;
- *острая гипоксия плода;
- *отслойка нормально или низко расположенной плаценты;
- *угрожающий или начинающийся разрыв матки;
- *предлежание и выпадение петель пуповины при неподготовленных родовых путях;
- *неправильное вставление и предлежание головки плода (лобное, передний вид лицевого, задний вид высокого прямого стояния стреловидного шва) ;
- *состояние агонии или внезапная смерть роженицы при живом плоде.

Кесарево сечение часто выполняется по так называемым комплексным показаниям. Эти показания называют также сочетанными, комбинированными. Они являются совокупностью нескольких осложнений беременности и родов, каждое из которых в отдельности не служит показанием к кесареву сечению, но вместе они создают реальную угрозу для жизни плода в случае родоразрешения через естественные родовые пути.

Значительный интерес представляет изучение **места кесарева сечения при преждевременных родах**. Основными показаниями для абдоминального родоразрешения при преждевременных родах являются тяжелые формы гестоза, тазовое предлежание плода, преждевременная отслойка плаценты, предлежание плаценты, выраженная плацентарная недостаточность. Для достижения хороших результатов необходимо наличие высококвалифицированной неонатальной службы, позволяющей выхаживать маловесных детей.

Кесарево сечение при беременности обычно производят в плановом порядке, реже - в экстренном (кровотечение при предлежании плаценты, несостоятельность рубца на матке и др.), тогда как **в родах операцию выполняют, как правило, по экстренным показаниям**.

Противопоказаниями к абдоминальному родоразрешению являются неблагоприятное состояние плода (внутриутробная гибель, глубокая недоношенность, уродства плода, выраженная или длительно существующая внутриутробная гипоксия плода, при которой нельзя исключить мертворождение или раннюю смерть плода), наличие потенциальной или клинически выраженной инфекции (безводный промежуток более 12 час), затяжные роды (более 24 ч), большое количество влагалищных исследований (более пяти), внутриматочный мониторинг, повышение температуры тела в родах выше 37.5° С (хориоамнионит и др.), неудавшаяся попытка влагалищного родоразрешения (вакуум – экстракция плода, акушерские щипцы). Однако эти противопоказания имеют значение только в том случае, когда операция производится в интересах плода; при наличии витальных показаний со стороны матери они не принимаются во внимание.

Вопрос о методе родоразрешения в условиях латентной или клинически выраженной инфекции при живом жизнеспособном плоде остается до настоящего времени спорным. При этом рекомендуется использовать **ряд методик профилактики развития инфекционного процесса в послеоперационном периоде**. К ним относятся интраперитонеальное кесарево сечение с применением антибиотиков широкого спектра действия и дренированием раны; временное отграничение брюшной полости перед вскрытием матки; экстраперитонеальное кесарево сечение; удаление матки после производства операции.

Условия для проведения операции кесарева сечения:

- 1) Живой и жизнеспособный плод. Это условие не всегда выполнимо, например, в случае опасности, угрожающей жизни женщины. Кесарево сечение производится при мертвом и нежизнеспособном плоде.
- 2) Опорожненный мочевой пузырь.
- 3) Отсутствие симптомов инфекции в родах.

Предоперационная подготовка.

Кесарево сечение производят в плановом порядке и в родах. В первом случае накануне операции дают легкий обед (жидкий суп, бульон с белым хлебом, кашу), вечером – сладкий чай с сахаром. Клизму ставят вечером и утром в день операции (за 2 ч до ее начала). Накануне операции на ночь назначают снотворное.

Техника операции. Различают **корпоральное, истмико-корпоральное кесарево сечение и кесарево сечение в нижнем сегменте матки поперечным разрезом**. Наиболее рациональным методом кесарева сечения в настоящее время во всем мире считается операция в нижнем сегменте матки поперечным разрезом (94.0 -99.0%). В зависимости от того, вскрывают или не вскрывают брюшную полость, различают интра – или экстраперитонеальное кесарево сечение. Метод операции зависит от конкретной акушерской ситуации и владения оперативной техникой хирургом.

Преимуществами разреза матки в нижнем сегменте поперечным разрезом являются меньшая кровопотеря, более легкое зашивание раны на матке, лучшее заживление раны, в связи с чем рубец оказывается более состоятельным. Кроме того, обычно кишечник и сальник не фиксируются к линии шва, меньше воспалительных осложнений после операции.

Снижению частоты после операционных осложнений способствует предоперационная санация родовых путей (пливосепт, фурацилин и др.) и проведение рациональной антибиотикопрофилактики во время операции.

Очень важно выбрать адекватный **метод обработки рук персонала**, участвующего в операции. С этой целью можно использовать первомур (2.4% раствор рецептуры С-4), водноспиртовой 05.% раствор хлоргексидина, дегмин (1% раствор), октениман (октинедерм), загосепт.

После бритья волос на лобке для **обработки операционного поля** используют иодонат (1% раствор), октенисепт, октенидерм.

Если операцию производят в экстренном порядке, то при полном желудке предварительно опорожняют его через зонд и, при отсутствии противопоказаний (кровотечение, разрыв матки и др.), ставят клизму. В таких случаях анестезиолог должен помнить о возможности регургитации кислого содержимого желудка в дыхательные пути и развития синдрома Мендельсона.

С целью профилактики развития синдрома за 45 мин до операции рекомендуют принять 30 мл antacid bicitra. Можно также использовать циметидин (дорацин, тагамет) 200 мг внутривенно + antacid bicitra 30 мл или ранитидин (зантак) 150-300 мл на ночь перед операцией + antacid bicitra 30 мл утром. На

операционном столе необходимо выслушать сердцебиение плода, вынести мочу катетером и, при необходимости, оставить его в мочевом пузыре.

Метод обезболивания при кесаревом сечении выбирают с учетом состояния беременной, роженицы, плода, плановостью или экстренностью операции, наличием квалифицированного анестезиолога-реаниматолога. Кроме того, используемые средства должны быть безопасными для матери и плода.

Наиболее целесообразным методом обезболивания при кесаревом сечении является эндотрахеальный наркоз закисью азота в сочетании с нейролептическими и анальгетическими средствами. При плановом кесаревом сечении широко применяют эпидуральную анестезию. В ряде случаев по индивидуальным показаниям может быть применена местная анестезия 0.25-0.5% раствором новокаина.

При продолжительности периода времени после начала операции, равного 8 мин и более, до извлечения плода, а также длительности периода от момента разреза матки до рождения ребенка, составляющего более 3 мин при общей и спинальной анестезии выявлено увеличение числа новорожденных с низкой оценкой по Апгар и ацидозом (Datta S. et al., 1986), резко возрастает концентрация адреналина в артерии пуповины (Bader A.M. et al., 1990).

При недоношенной беременности и неразвернутом нижним сегменте матки целесообразно производить **истмикокорпоральное кесарево сечение**.

Корпоральное кесарево сечение несмотря на многие недостатки используют до настоящего времени при выраженном спаечном процессе в нижнем сегменте матки после предыдущей операции; выраженном варикозном расширении вен в нижнем сегменте или наличии в области нижнего сегмента матки большого миоматозного узла; наличия неполноценного рубца после предыдущего корпорального кесарева сечения; полном предлежании плаценты с переходом ее на переднюю стенку матки; недоношенном плоде и неразвернутом нижнем сегменте матки; при сросшейся двойне; запущенном поперечном положении плода. Кроме того, этот метод применяют на мертвой или умирающей больной при живом плоде, а также в случае, когда врач не владеет техникой кесарева сечения в нижнем сегменте.

В настоящее время для проведения кесарева сечения переднюю брюшную стенку обычно вскрывают поперечным надлобковым разрезом по Пфанненштилю (иногда по Joel-Cohen) и реже продольным разрезом между лоном и пупком. Важно, чтобы разрез брюшной стенки был достаточным для выполнения операции и бережного извлечения ребенка. По данным M.A. Finan et al. (1991), длина разреза брюшной стенки (кожи) должна быть не менее 15 см. Для иссечения кожного рубца после предыдущего кесарева сечения M.L. Browen, F.M. Charnock (1994) предлагают использовать специальный скальпель с двойным лезвием, при этом края раны остаются ровными и хорошо сопоставляются при зашивании.

Чаще всего разрез на матке производят по методике Л.А. Гусакова. В области нижнего сегмента матки небольшим поперечным разрезом на 2 см ниже уровня разреза пузырно-маточной складки вскрывают полость матки, затем указательными пальцами обеих рук бережно растягивают края раны до 10-12 см в поперечном направлении. В некоторых случаях может быть использован разрез в модификации Дерфлера. При этом, после того как скальпелем делается небольшое рассечение нижнего сегмента матки (2 см), вправо и влево от средней линии дугообразно вверх ножницами разрез удлиняют до нужных размеров. При проведении разреза матки в нижнем сегменте следует быть очень внимательным, чтобы не ранить сосудистый пучок.

Следующий важный момент абдоминального родоразрешения – **извлечение плода из матки**, особенно если учесть, что примерно в каждом третьем случае операцию производят в интересах плода.

Так, при головном предлежании в полость матки обычно вводят правую кисть (II-V пальцы) таким образом, чтобы ладонная поверхность прилежала к головке плода, захватывают головку и осторожно поворачивают ее затылком кпереди, затем ассистент слегка надавливает на дно матки, а хирург смещает головку кпереди введенной в матку рукой, при этом происходит разгибание головки и она выводится из матки. Затем указательные пальцы вводят в подмышечные впадины и извлекают плод. При затрудненном извлечении головки плода можно использовать ложку акушерских щипов, но не их наложение ввиду большой травматичности этой операции для плода.

М.А. Pelosi et al. (1998) при затрудненном выведении головки с целью релаксации матки рекомендуют внутривенное введение нитроглицерина.

При наличии тазового предлежания плод извлекают за паховой сгиб (чисто ягодичное предлежание) или за ножку, обращенную кпереди (при ножном предлежании). Последующую головку плода через разрез в матке выводят приемом, идентичным приему Морисо-Левре, применяемому при влагалищном родоразрешении.

В настоящее время с целью профилактики инфекционных послеоперационных осложнений во время кесарева сечения, кроме случаев непереносимости антибиотиков, анестезиолог внутренне вводит матери один из антибиотиков широкого спектра действия (цефазолин 1 г, клафоран 1 г и др.).

После извлечения ребенка, для уменьшения кровопотери во время операции, в мышцу матки вводят 1 мл 0.02 % раствора метилэргометрина и приступают к капельному внутривенному введению 1.0 мл (5 ЕД) окситоцина. При нарушении в системе гемостаза (гипокоагуляция) показано введение свежезамороженной плазмы. Кроме того, необходимо захватить края раны, особенно в области углов, зажимами Микулича.

В любом случае, отделилась плацента самостоятельно или была отделена рукой, необходима последующая ревизия стенок матки рукой, чтобы исключить наличие остатков плодного яйца, подслизистую миому матки, перегородки в матке и других патологических состояний. Не всегда возникает необходимость в инструментальном (с помощью кюретки) обследовании матки.

При производстве кесарева сечения в плановом порядке до начала родовой деятельности и отсутствия уверенности в проходимости канала шейки матки, необходимо пройти его расширителем Гегара или пальцем, после чего сменить перчатку.

В последние годы появились сторонники выведения матки в рану после извлечения плода и последа. Они считают что выведение матки из брюшной полости облегчает зашивание раны, способствует сокращению матки и снижает величину кровопотери.

Очень важное значение имеет техника наложения швов на матку. Дело в том что среди причин летальности после кесарева сечения одно из первых мест занимает перитонит, развившийся в основном из-за несостоятельности швов на матке.

По поводу методики зашивания раны на матке при кесаревом сечении единая точка зрения отсутствует. Одни авторы считают, что рану на матке следует зашивать двухрядным швом и их сегодня большинство, другие рекомендуют употреблять однорядный шов. Мнения расходятся и в вопросе прокалывать ли слизистую оболочку при наложении швов или нет. Большинство авторов считают, что слизистую оболочку прокалывать следует, другие- наоборот.

Нет единого понимания и в вопросе какой шов следует накладывать на матку – непрерывный или отдельные швы? Большинство акушеров считают, что предпочтительно необходимо отдать непрерывному шву. Очень важное значение имеет техника наложения швов на матку, шовный материал. Правильное сопоставление краев раны – одно из условий профилактики инфекционных осложнений, прочности рубца.

Следует использовать **шовный материал**, который должен быть стерильным, прочным, ареактивным, удобным для хирурга, универсальным для всех видов операций, отличающийся только размером в зависимости от требуемой прочности. Таковыми свойствами обладают **викрил, дексон, монокрин, полиамит, пролен, мерсилен, капроаг и др.**

Традиционный в акушерской практике шовный материал кетгут, ввиду высокой капиллярности, способности вызывать выраженную воспалительную и аллергическую реакцию тканей, уже не может соответствовать современным хирургическим требованиям.

Целесообразно накладывать непрерывный обвивной однорядный шов (викрил, N1 или 0, дексон N1 или 0 и др.) на матку с прокалыванием слизистой оболочки и последующей перитонизацией пузырьно – маточной складкой. **Преимущества однорядного шва** заключаются в меньшем нарушении трофики тканей, меньшем количестве шовного материала в области шва, более редком развитии отека в послеоперационном периоде, в уменьшении продолжительности операции, меньшей расходуемости шовного материала.

Непрерывный двухрядный шов целесообразно применять при выраженном варикозном расширении вен в области нижнего сегмента матки и при повышенной кровоточивости.

В настоящее время имеется много сторонников проведения кесарева сечения в нижнем сегменте матки в модификации M. Stark (1994), который рекомендует рассечение передней брюшной стенки производить по методу Joel-Cohen.

В данной модификации лапаротомию осуществляют путем прямолинейного разреза кожи на 2-3 см ниже линии, соединяющей передневерхние ости подвздошных костей; скальпелем производят углубление разреза по средней линии в подкожной жировой клетчатке и одновременно надсекают апоневроз. Затем его рассекают ножницами в поперечном направлении, по средней линии выводят два пальца под апоневроз и совершают движения книзу и вверх. Таким образом, апоневроз отслаивают от мышц. Подкожную жировую клетчатку и прямые мышцы живота хирург и ассистент одновременно разводят путем бережной билатеральной тракции по линии разреза кожи. Брюшину тупо вскрывают (указательным пальцем) и разводят в поперечном направлении, чтобы не травмировать мочевой пузырь. Затем рассекают пузырьно-маточную складку. Разрез нижнего сегмента производят в поперечном направлении. Вскрывают плодный пузырь и извлекают плод. Рукой удаляют плаценту. После извлечения плода и удаления последа матку выводят из брюшной полости и производят массаж. Рану на матке восстанавливают однорядным непрерывным хромированным кетгутом N1 или викриловым швом используя способ Ривердена. Перитонизацию шва на матке не производят. Матку возвращают в брюшную полость, осуществляют туалет брюшной полости. Брюшину и мышцы передней брюшной стенки не зашивают, на апоневроз накладывают непрерывный викриловый шов по Ривердену. Кожу зашивают отдельными шелковыми швами через большие интервалы (3-4 шва на разрез). Между швами края раны на 5-10 мин соединяют зажимами Allis, затем их снимают. Преимущества метода заключаются в быстроте выполнения операции, меньшей кровопотере и более

легком извлечении плода, меньшей болезненности после операции, меньшем риске развития тромбоза и инфекции.

При корпоральном кесаревом сечении обычно накладывают двухрядный непрерывный шов (викрил, дексон и др.), с перитонизацией серо-серозным швом.

По окончании перитонизации производят ревизию брюшной полости, при которой необходимо обратить внимание на состояние придатков матки, задней стенки матки, червеобразного отростка и других органов брюшной полости. При прослойном зашивании передней брюшной стенки на кожу обычно накладывают непрерывный внутрикожный <<косметический>> (дермалон, этилон).

Сразу после операции на операционном столе, следует произвести влагалищное исследование, удалить сгустки крови из влагалища, и по возможности, из нижнего сегмента матки, произвести туалет влагалища что способствует более гладкому течению послеоперационного периода. Необходимо вывести мочу катетором, обратить внимание на цвет и ее количество.

При потенциальной или клинически выраженной инфекции, живом и жизнеспособном плоде и в случае отсутствия условий для рооразрешения через естественные родовые пути целесообразно родоразрешение путем экстраперитонеального кесарева сечения по методу Морозова. При данном методе брюшную стенку (кожа, подкожная жировая клетчатка, апоневроз) вскрывают поперечным надлобковым разрезом по Пфанненштилю длиной 12-13 см. Прямые мышцы живота разделяют тупым, пирамидальные-острым путем. Затем, правую прямую мышцу тупо отслаивают от предбрюшинной клетчатки и зеркалом отводят вправо. Обнажают правое ребро матки и складку брюшины. Нахождению этой складки помогает смещение тканей (предбрюшинной клетчатки, брюшины) влево и вверх. При этом складка брюшины натягивается в виде «крыла». Кроме того, складка имеет более белый цвет. Несколько ниже складки брюшины тупо разъединяют рыхлую соединительную ткань до внутритазовой фасции. Для нахождения места отслойки пузырно-маточной складки отыскивают «треугольник», образованный сверху складкой брюшины, изнутри- пузырно-пупочной латеральной связкой или боковой стенкой верхушки мочевого пузыря, снаружи-ребром матки. Затем ножницами или пинцетом вскрывают внутритазовую фасцию и двумя пальцами проходят под пузырно-маточной складкой и верхушкой мочевого пузыря до левого ребра матки.

Для наилучшего обнажения нижнего сегмента матки пальцы разводят в стороны, книзу и особенно вверх до места интимного прикрепления брюшины к матке. «Мост», образованный пузырно-маточной складкой и верхушкой мочевого пузыря, зеркалом отводят влево и обнажают нижний сегмент матки. Вскрытие нижнего сегмента матки и извлечение плода производят по методике, принятой при обычном кесаревом сечении, но перед извлечением ребенка боковое зеркало, удерживающее правую прямую мышцу живота, следует удалить, а зеркало, которым удерживают пузырно-маточную складку и верхушку мочевого пузыря, оставить на месте, что способствует лучшему доступу к нижнему сегменту и меньшей травме мочевого пузыря. На разрез на матке накладывают непрерывный однорядный (реже двухрядный) викриловый, дексоновый шов. Послойно восстанавливают переднюю брюшную стенку.

Следует подчеркнуть, что только технически правильно проведенная операция, независимо от методики, обеспечивает благоприятный исход и гладкое течение послеоперационного периода.

Среднее время до извлечения ребенка при кесаревом сечении в нижнем сегменте матки при поперечном разрезе равно 7.3 ± 0.3 мин, общая длительность операции при наложении двухрядного шва приблизительно 53.3 ± 0.3 при однорядном шве на матке 40.2 ± 0.3 .

Операция сопровождается определенной кровопотерей. Однако до настоящего времени отсутствуют общепринятые методы определения ее величины, что затрудняет диагностику кровотечения.

Средняя величина кровопотери при кесаревом сечении в нижнем сегменте матки колеблется от 650-935 мл.

Ведение послеоперационного периода. По окончании операции сразу же назначают холод и тяжесть на низ живота на 2 ч. Ввиду опасности гипотонического кровотечения в раннем послеоперационном периоде показано внутривенное введение 1 мл (5 ед) окситоцина или 1 мл 0.02% раствора метил эргометрина в 500 мл изотонического раствора натрия хлорида, особенно женщинам группы высокого риска развития кровотечения.

В первые двое суток после кесарева сечения проводится инфузионно – трансфузионная терапия (500 мл жидкости Дарроу, 500 мл полиглюкина, 500 мл изотонического раствора натрия хлорида и др.). Количество выводимой жидкости составляет 1000-1500 мл.

С целью профилактики пневмонии показано использование горчичников, дыхательная гимнастика. В неосложненных случаях применять антибиотики не следует. Однако при опасности возникновения послеоперационных инфекционных заболеваний рекомендуется назначить антибиотики широкого спектра действия после проведения пробы на их переносимость.

В настоящее время с профилактической целью рекомендуется внутривенное введение антибиотиков (1 г цефазолина, 2 г цефокситина, 1 г цефамандола) после пережатия пуповины и 6 раз в течение 24 ч после окончания операции. При нормальной температуре тела родильницы курс профилактики на этом заканчивается. В противном случае антибиотикопрофилактика переходит в антибиотикотерапию. Длительное профилактическое использование антибиотиков у родильниц после кесарева сечения, не имеющих высокого риска воспалительных осложнений, отрицательно влияет на нормализацию микроценоза половых путей, развитие эндрометрита (течение его становится затяжным).

Первые четыре суток после операции необходимо применять обезболивающие средства.

В послеоперационном периоде необходимо тщательно следить за функцией мочевого пузыря и кишечника.

Для усиления сократительной активности матки и профилактики кровотечения в послеоперационном периоде вводят подкожно 2 раза в сутки 0.5-1 мл раствора оксидина. При недостаточном выделении лохий, особенно при производстве операции до начала родовой деятельности за 30 мин до введения окситоцина подкожно вводят 2 мл раствора но-шпы.

Вставать родильнице разрешается в конце первых суток (в отсутствие противопоказаний), ходить на вторые сутки. Раннее вставание больных в послеоперационном периоде является методом профилактики пареза кишечника, нарушений мочеиспускания, пневмонии, тромбоза.

В первые 2-3 суток обработку послеоперационного шва производят ежедневно. При отсутствии противопоказаний со стороны матери и ребенка кормление можно разрешить на вторые сутки после операции.

Самым неблагоприятным и опасным последствием абдоминального родоразрешения являются **гноино-септические осложнения**, которые нередко являются причиной материнской смертности после операции. Частота послеоперационных воспалительных осложнений в разных клиниках колеблется от 3.3-54.3%.

Общепризнанным и наиболее эффективным методом предупреждения развития инфекции после кесарева сечения является интраоперационное внутривенное введение антибиотков широкого спектра действия (после пережатия пуповины) однократно и с последующим их введением через 6 и 12 ч или 12 и 24 ч. При наличии потенциально или клинически выраженной инфекции выведение антибиотиков продолжают по общепринятым методикам.

Одной из частых причин материнской летальности при кесаревом сечении являются кровотечения и несвоевременное, неадекватное по объему, оперативное вмешательство, неадекватное восполнение кровопотери. Нередко причиной смерти является тяжелая форма гестоза, неподдающаяся консервативной терапии, хотя непосредственными причинами смерти в этих случаях служат кровоизлияние в мозг, отек мозга, полиорганная недостаточность.

Таким образом, резервом снижения материнской смертности при кесаревом сечении является профилактика гнойно-септических осложнений, адекватное анестезиологическое пособие, своевременное оперативное вмешательство при кровотечениях с адекватным объемом оперативного вмешательства и восполнением кровопотери, своевременное решение вопроса об абдоминальном родоразрешении при отсутствии эффекта от консервативной терапии при тяжелых формах гестоза.

Резервом снижения перинатальных потерь детей при беременности и в родах является улучшение и изыскание диагностических возможностей оценки состояния плода, повышения удельного веса плановых операций кесарева сечения и снижение количества экстренных операций, а также своевременное оказание квалифицированной неонатологической помощи.

Перенесенная операция оказывает определенное влияние на последующую детородную функцию женщин, у которых нередко возникает бесплодие, привычное невынашивание, нарушения менструального цикла. По этому требуется своевременное и правильное техническое выполнение операции, правильное ведение послеоперационного периода, диспансерное наблюдение в дальнейшем.

Беременность при наличии рубца на матке нередко протекает с явлениями угрозы прерывания, плацентарной недостаточности, несостоятельностью рубца на матке. Беременные с рубцом на матке должны находиться под тщательным диспансерным наблюдением и быть заблаговременно (за 2 нед до родов) госпитализированы в стационар. Выбор метода родоразрешения у этих беременных заслуживает особого внимания и до сих пор является дискуссионным. Самопроизвольные роды у таких пациенток очень ответственны и должны проводиться высококвалифицированными специалистами, владеющими необходимым объемом оперативного вмешательства, в стационаре с постоянной анестезиологической, неонатологической и др. службами.

Несмотря на решения многих аспектов кесарево сечение остается проблемой в связи возрастающей частотой родов женщин с рубцом на матке. По этому необходимом изыскание резерва снижения частоты абдоминального родоразрешения при низких показателях перинатальной заболеваемости и смертности и низких показателях материнской заболеваемости.