



**Кафедра акушерства, гинекологии, перинатологии,
детской и подростковой гинекологии ФИПО ГОО ВПО
ДОННМУ ИМ. М. ГОРЬКОГО**

Кесарево сечение: реалии, ВОЗМОЖНОСТИ, ПРОГНОЗЫ...

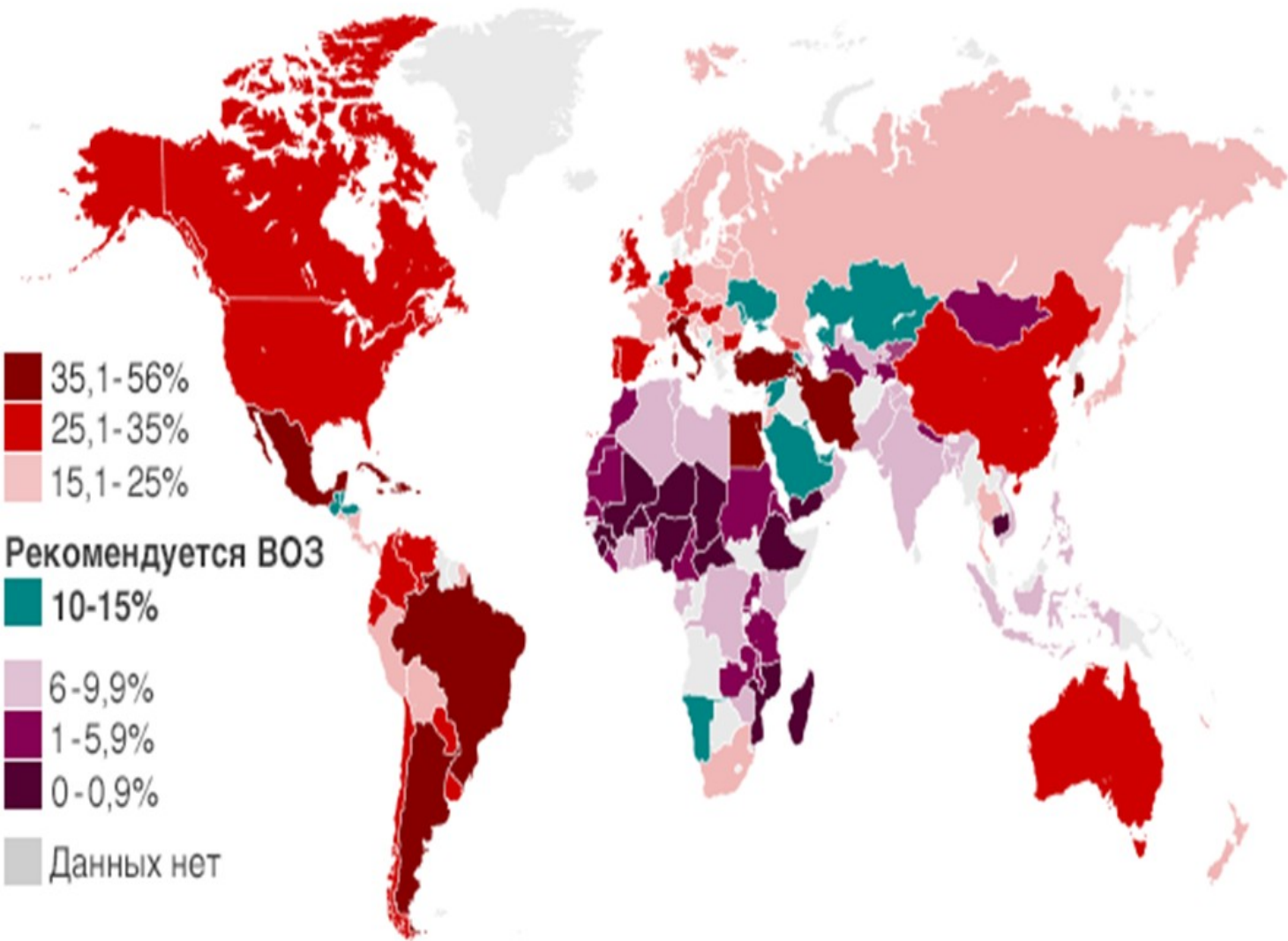
**Чайка В.К., д.мед.н., профессор, зав кафедрой акушерства,
гинекологии, перинатологии, детской и подростковой
гинекологии ФИПО ГОО ВПО ДОННМУ ИМ. М. ГОРЬКОГО**

Железная А.А., д.мед.н., профессор кафедры

Говоруха И.Т., д.мед.н., профессор кафедры

Цвяшко Т.И., аспирант кафедры

Процент случаев кесарева сечения от общего числа родов



➤ **В Донецкой Народной Республике** частота операции кесарево сечение составляет около 29% от общего числа родов, в отличие от 30 лет назад, когда их количество не превышало 6%. **В Российской Федерации** частота КС в среднем составляет 15-18%, достигая 30-40% в перинатальных центрах. **В европейских странах** этот показатель за последние 20 лет вырос с 15% до 22%. **В Бразилии** 45% женщин выбирают кесарево сечение. В отдельных провинциях **Китая** операция кесарево сечение составляет 80%

Естественные роды или кесарево сечение?

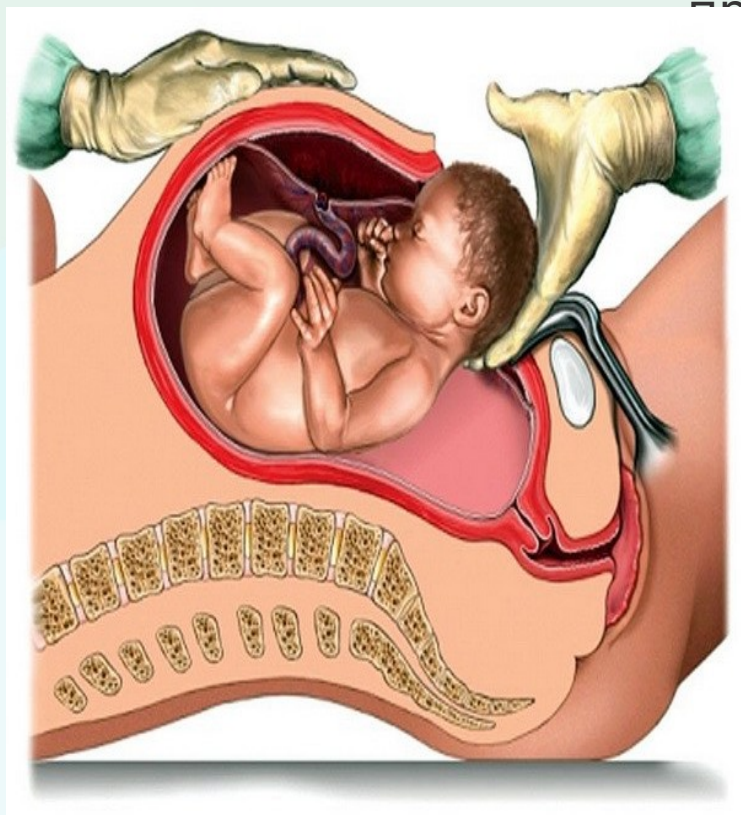
Женщины все чаще предпочитают кесарево сечение естественным родам – желание избежать непереносимую боль и ускорить процесс родов. При этом научный прогресс сделал кесарево еще и относительно безопасным способом произведения на свет потомства.

Еще один фактор — распространение ЭКО, при котором часто развивается многоплодная беременность, что тоже требует применения кесарева сечения.

Кроме того, в последнее время причиной выбора женщинами кесарева стало желание родить быстро и избежать боли.

Рубец на матке после кесарева сечения имеется у 12-16% беременных, и каждые третьи абдоминальные роды в последующем являются повторными. Увеличивается число беременных с рубцом на матке после миомэктомии. Если таковая производится лапароскопическим или лапаротомным доступом при наличии интерстициального компонента, также образуется рубец.

Частота несостоятельных рубцов после миомэктомии достигает 21,3%.



Fast Track Surgery + Enhanced recovery after surgery

= Минимизация стрессового воздействия хирургического лечения на организм больного на всех этапах периоперационного периода: рациональная предоперационная подготовка, использование малоинвазивных и высокотехнологических хирургических методов, анестетиков короткого действия и мультимодальной анальгезии, ранняя реабилитация в послеоперационном периоде.

Улучшаются результаты хирургического лечения, уменьшается количество осложнений, длительность госпитализации, и, что немаловажно, повышается «качество» пребывания больного в стационаре и его «удовлетворенность» от встречи с врачами.

Принципы FTS и ERAS

Дооперационное информирование пациента

Отказ от подготовки кишечника перед операцией

Отказ от премедикации в сочетании с изменением схемы интраоперационной анестезии

Применение пробиотиков перед операцией

Отказ от полного голодания перед оперативным вмешательством

Применение раствора декстрозы (глюкозы) за 2 ч до операции в комбинации с адекватной водной и электролитной нагрузкой

Регионарная анестезия или короткодействующие анестетики

Адекватный объем инфузии в периоперационном периоде

Короткие разрезы (лапароскопия, мини-инвазивный доступ, поперечные разрезы)

Профилактика дооперационной гипотермии

Применение высоких концентраций O₂ периоперационно

Неопиоидная анальгезия

Отказ от рутинного использования дренажей и назогастральных зондов

Раннее удаление мочевого катетера

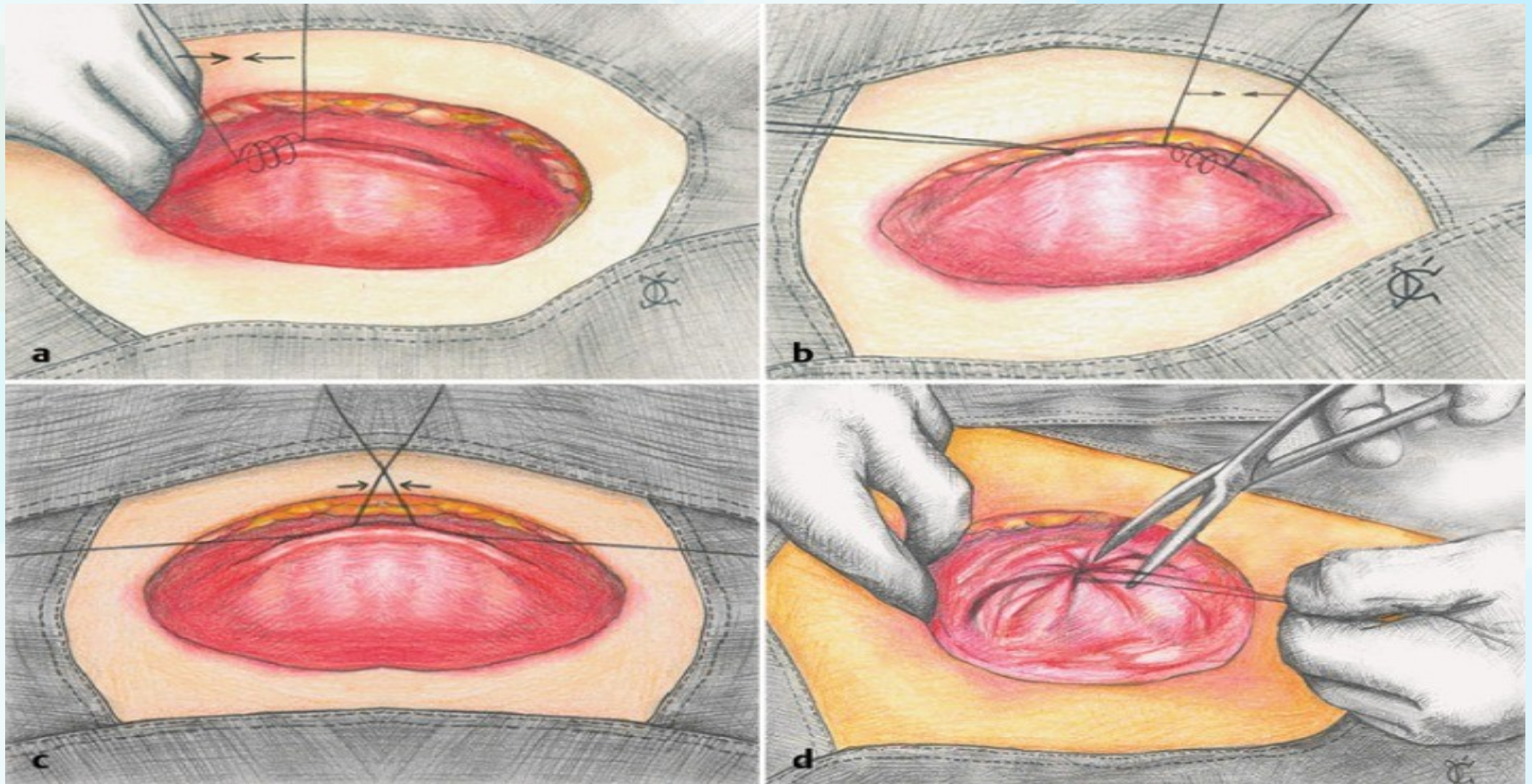
Раннее начало послеоперационного перорального питания

Ранняя мобилизация

Некоторые аспекты в проведении КС с позиции доказательной медицины

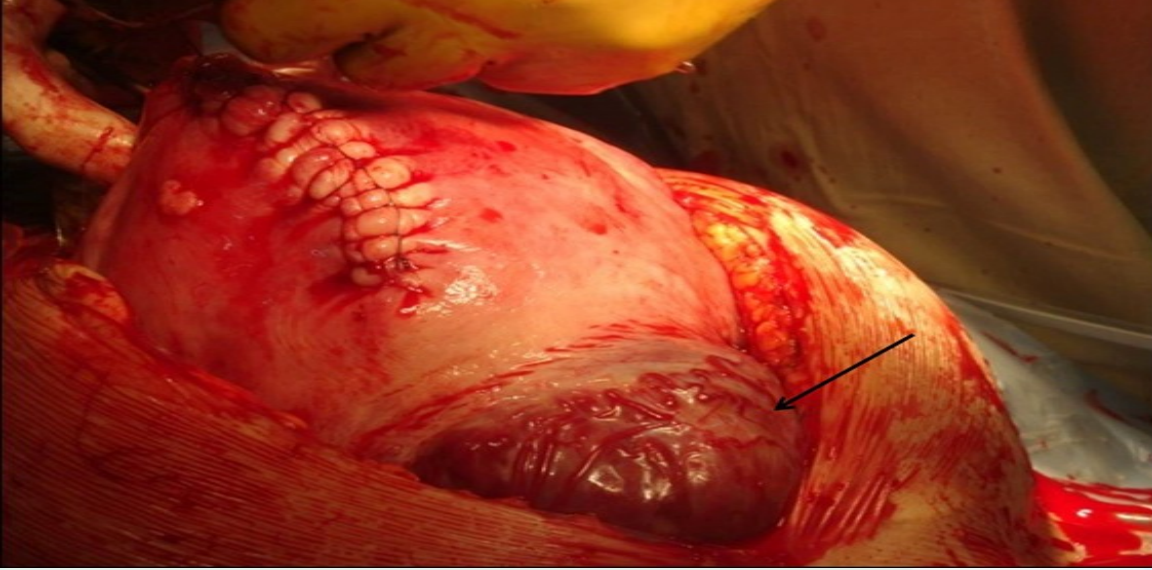
- Обработка влагалища повидон-йодом
- Введение антибиотика за 30 мин до начала операции
- Разрез по Joel-Cohen
- Кранио-каудальное направление разведения раны матки
- Отсроченное пересечение пуповины
- Спонтанное отделение плаценты
- Экстериоризация
- Способ ушивания матки
- Восстановление передней брюшной стенки

Improvements in Cesarean Section Techniques: Arad's Obstetrics Department Experience on Adapting the Vejnovic Cesarean Section Technique



Некоторые аспекты в проведении КС с позиции доказательной медицины

- Обработка влагалища повидон-йодом
- Введение антибиотика за 30 мин до начала операции
- Разрез по Joel-Cohen
- Кранио-каудальное направление разведения раны матки
- Отсроченное пересечение пуповины
- Спонтанное отделение плаценты
- Экстериоризация
- Способ ушивания матки
- Восстановление передней брюшной стенки



Проблемы оперированной матки вне беременности:

- дисменорея
- межменструальные кровотечения
- бесплодие
- эндометриоз

Во время беременности:

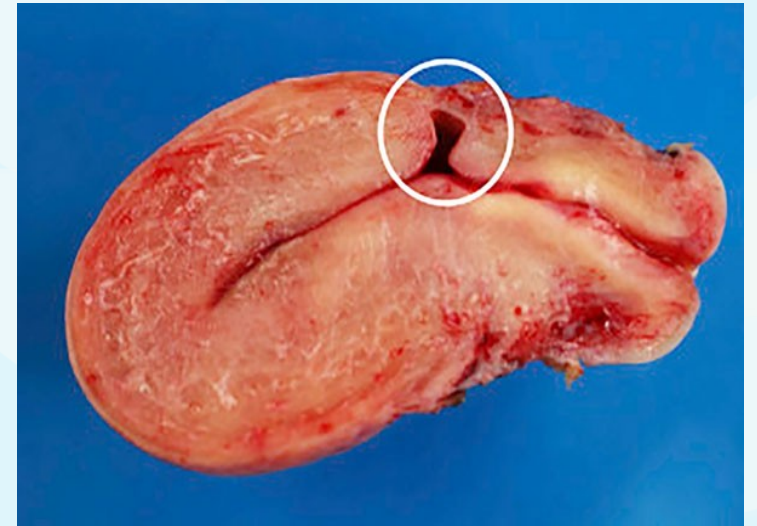
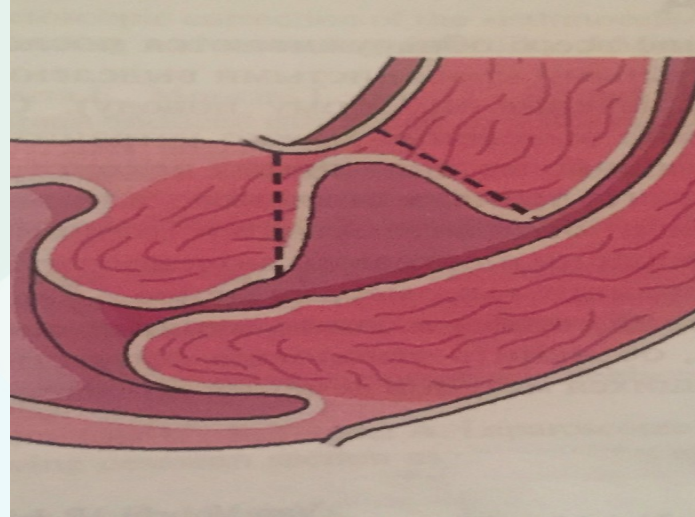
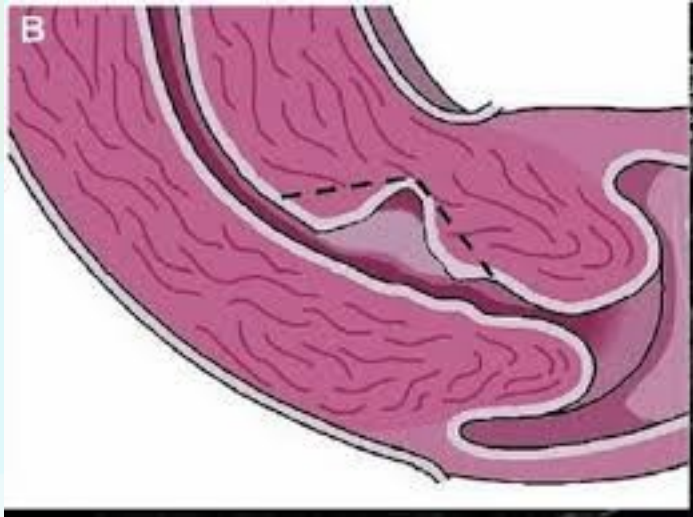
- беременность в рубце
- угроза прерывания беременности
- аномальная плацентация
- несостоятельный рубец
- разрыв матки
- синдром задержки развития плода
- дистресс плода

Факторами риска формирования несостоятельного рубца на матке после кесарева сечения являются следующие:

- наличие у пациентки «воспалительного» акушерского и гинекологического анамнеза,
- наличие и обострение во время беременности хронических воспалительных экстрагенитальных заболеваний,
- продолжительная по времени операция,
- патологическая кровопотеря,
- предлежание плаценты в разрез,
- проведение операции в условиях резкого истончения нижнего сегмента,
- экстренность операции,
- использование непрерывного шва по Ревердену для ушивания раны на матке,
- грубые ручные приемы выведения головки

Что же такое «ниша» (истмоцеле)?

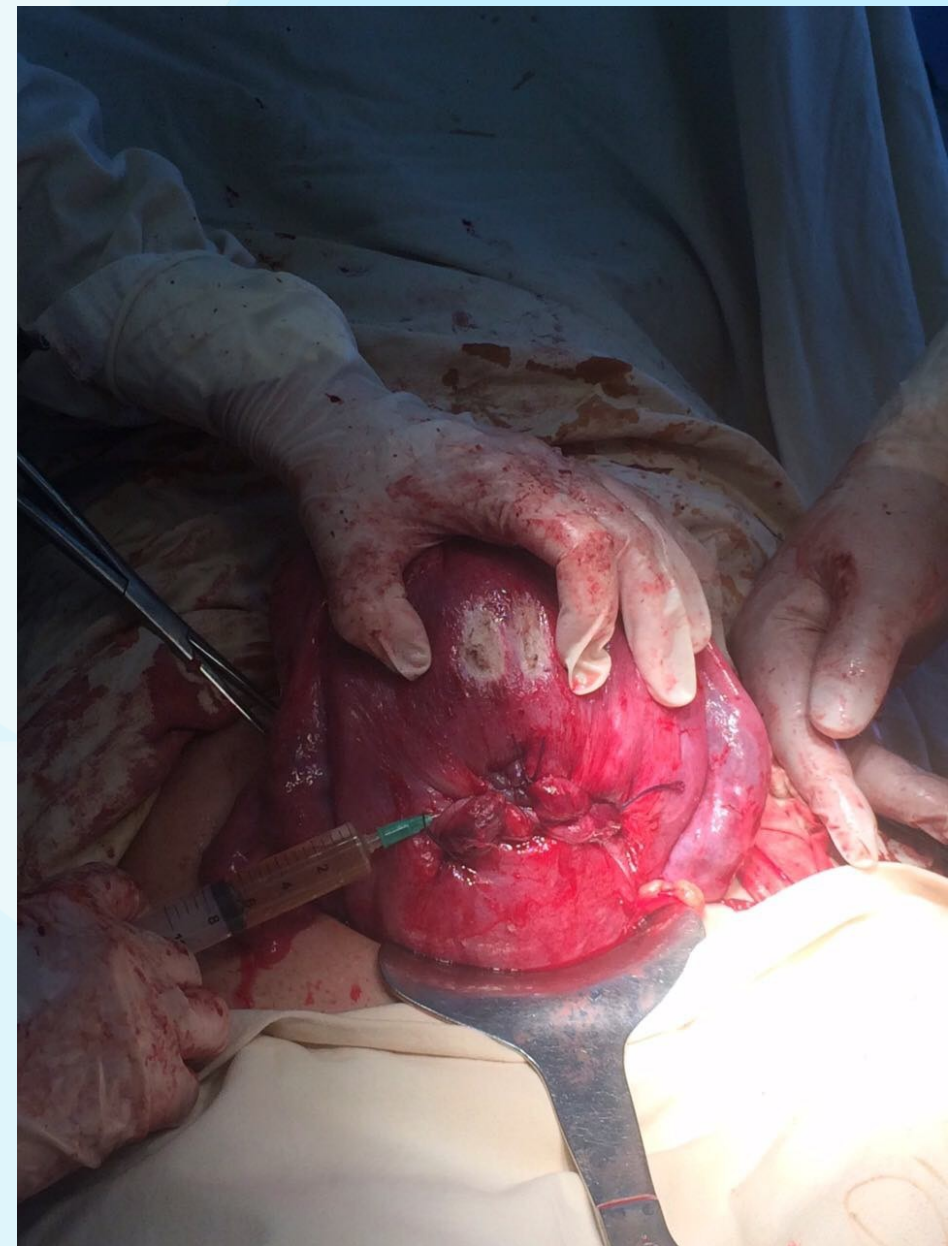
Нет стандартного определения дефекта. Ниша - это выраженный дефект в месте расположения рубца после кесарева сечения. Дефект проявляется в виде заполненной жидкостью аномалии в передней стенке матки в месте предыдущего кесарева сечения. **Ниша** чаще всего имеет вид треугольника, иногда "мешка" вплоть до несостоятельности рубца, когда разошлась вся толщина стенки матки и "ниша" прикрыта пузырно-маточной складкой.



Патент на полезную модель "Способ профилактики несостоятельности рубца на матке после кесарева сечения"
UA 141517.

- Подготовка тромбоцитарной ауто-плазмы
- Кесарево сечение
- Интрамиометральное введение ТАП

ТАП выполняет ангиотрофическую, адгезивно-агрегационную, «строительную» функции, обеспечение ретракции кровяного сгустка.



Способ профилактики несостоятельности рубца на матке после КС



Код по МКБ-10: O43.2

Приращение плаценты — это патология плацентации, при которой определяется истончение или полное отсутствие децидуальной оболочки из-за слабого развития фибриноидного слоя, в результате чего возникает чрезмерная инвазия ворсин хориона в миометрий

Врастание 1 :2500-7000 родов

На интактной
матке-3 %

На оперированной
матке-11%

**Прогноз:1 случай на
533–2500 родов**

Актуальность проблемы

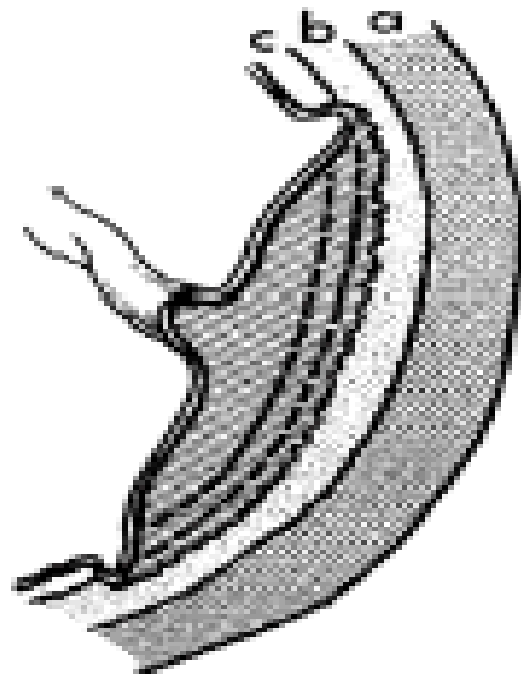
- Жизнеугрожающее состояние
- Часто возникает массивная кровопотеря
- Требуется интенсивная трансфузионная терапия
- Материнская смертность от приращении плаценты наступает в 7-52%

*George A. Macones, MD. The Birth World
Congress, Chicago on September 9–11, 2011*

Патология инвазии плаценты: -полное и неполное приращение



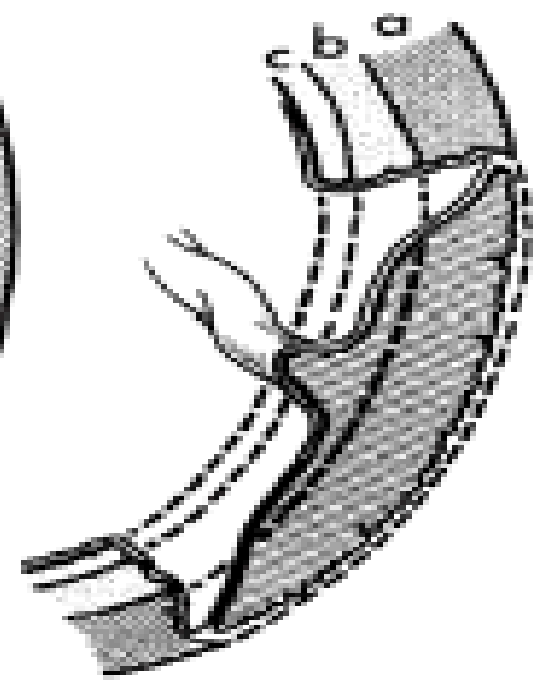
Норма



Placenta accreta



Placenta increta



Placenta percreta

Аномальное прикрепление плаценты:

a – миометрий; b – базальный слой децидуальной оболочки;
c – спонгиозный слой децидуальной оболочки; d – плацента

Факторы риска врастания плаценты

- 1. Оперированная матка: операция кесарево сечение, консервативная миомэктомия, метропластика, перфорированная матка.
- 2. Предлежание плаценты.
- 3. Паритет операции кесарево сечение.
- 4. Гнойно-септические осложнения в анамнезе.
- 5. Кровотечения при оперативном родоразрешении в анамнезе.
- 6. Многократный кюретаж полости матки.
- 7. Синдром Ашермана.
- 8. Трофобластическая болезнь в анамнезе.
- 9. Эмболизация маточных артерий в анамнезе.





40% случаев факторы риска отсутствуют!

- ▶ Тщательная подготовка и слаженная работа медицинской команды:
акушер-гинекологи+ анестезиологи+трансфузиологи+
при необходимости подключаются
урологи / хирурги +
средний и младший мед.персонал!

Это обязательное условие для выполнения основных задач:

- ▶ 1. МИНИМИЗИРОВАТЬ ИНТРАОПЕРАЦИОННУЮ КРОВОПОТЕРЮ
- ▶ 2. СОХРАНИТЬ РЕПРОДУКТИВНУЮ ФУНКЦИЮ ЖЕНЩИНЫ,
ПРОВЕДЯ ОРГАНОСОХРАНЯЮЩЕЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО

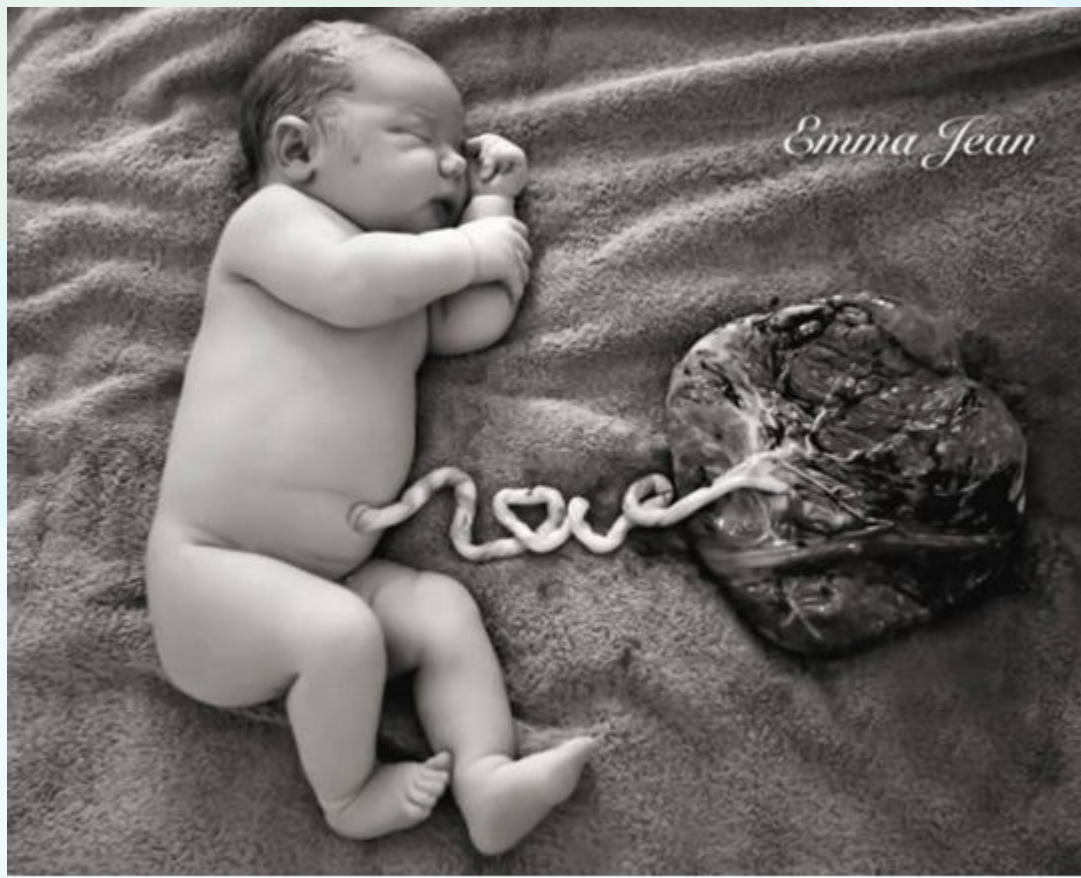


Для успешной попытки ВРКС необходимо:

- Оптимизация техники ушивания раны матки
- Соблюдение основных принципов Fast Track Surgery и Enhanced recovery after surgery
- Предгравидарная подготовка для будущей беременности, в т.ч.
- Совершенствование УЗИ диагностики патологии рубца (как вне беременности, так и во время беременности)
- Применение КТ и МРТ
- !!! **Эффективный подбор** беременных с рубцом на матке для попытки родов через естественные родовые пути

**Успех полностью зависит от
проделанной подготовки.
Без нее вас неминуемо
ждет неудача.**

Конфуций



**Предвидеть —
значит управлять.
Блез Паскаль**