

Показания к операции кесарева сечения

Кёсаревое сечёние (лат. caesarea «королевский» и sectio «разрез») — один из способов родовспоможения, применяющийся в современной акушерской практике. По легенде, мать будущего известного монарха Гая Юлия Цезаря умерла во время родов, поэтому повитухи сделали надрез на ее животе для того, чтобы дать жизнь хотя бы ребенку. Так родился великий император Рима, а способ его появления на свет называли «кесаревым сечением».

При кесаревом сечении рождение ребенка происходит посредством хирургического вмешательства с рассечением матки, извлечением плода, последа и последующим восстановлением целостности матки и тканей передней брюшной стенки.

Операция кесарева сечения проводится только при наличии определенных показаний со стороны матери и/или плода. Провести операцию кесарева сечения просто потому, что так хочет женщина мы не имеем права, поскольку действуем в рамках клинических протоколов.

Операции кесарева сечения (КС) можно разделить на плановые и экстренные.

В плановом порядке (до начала родовой деятельности, оптимальным сроком является 39-40 недель) родоразрешение путем КС рекомендовано:

- при патологии плацентации (полный вариант предлежания плаценты, вращение, предлежание сосудов плаценты);
- при предшествующих операциях на матке (два и более кесаревых сечения, удаление миоматозного узла со вскрытием полости матки и другие). Выбор метода родоразрешения решается врачебным консилиумом;
- при наличии препятствия со стороны родовых путей для рождения ребенка (деформация костей таза или выраженное сужение таза, рубцовые деформации влагалища после предшествующих операций, в том числе после разрыва промежности III-IV степени, рак шейки матки и некоторые другие);
- при предполагаемых крупных размерах плода (> 4500 г);
- при тазовом предлежании плода в сочетании с рубцом на матке после КС, ножном предлежании плода, сроке беременности менее 32 недель;
- при устойчивом поперечном положении плода;
- для профилактики герпеса новорожденного родоразрешение путем КС планируется всем беременным, у которых первичный эпизод генитального герпеса возник после 34-й недели беременности или были выявлены

клинические проявления генитального герпеса накануне родов, т.к. в этом случае существует значительный риск вирусовыделения во время родов;

- с целью профилактики передачи ВИЧ от матери ребенку при высокой вирусной нагрузке и отсутствии антиретровирусной терапии;
- при тяжелых соматических заболеваниях беременной, по коллегиальному решению врачей акушеров-гинекологов и профильных специалистов в рамках врачебного консилиума.

В экстренном порядке кесарево сечение проводится, когда при беременности или в ходе естественных родов возникли осложнения, угрожающие здоровью матери или ребёнка:

- при преждевременном излитии околоплодных вод при доношенной беременности и наличии показаний к плановому КС;
- при преэклампсии тяжелой степени, нарастании степени тяжести преэклампсии при невозможности родов через естественные родовые пути;
- при некорректируемых нарушениях сократительной деятельности матки;
- при признаках гипоксии (нехватки кислорода) у плода;
- при кровотечении (отслойка плаценты, предлежание плаценты);
- при выпадении петель пуповины или ручки плода при головном предлежании;
- при неправильном вставлении (расположении) плода в родах;
- при угрозе разрыва матки в родах.

Перед операцией женщину консультирует врач акушер-гинеколог и врач анестезиолог-реаниматолог. Последний выбирает наиболее подходящий для пациентки вид обезболивания при операции.

Перед операцией женщине необходимо надеть на ноги компрессионный трикотаж для профилактики тромбоэмболических осложнений. Перед операцией женщине проводят антибиотикопрофилактику для снижения риска гнойно-воспалительных послеоперационных осложнений.

Кесарево сечение, в подавляющем большинстве случаев, проводится под местной (спинальной-эпидуральной комбинированной) анестезией. Во время операции пациентка находится в сознании.

Время прикладывания ребенка к груди будет зависеть от состояния женщины и новорожденного. При отсутствии противопоказаний прикладывание к груди проводится в операционной.

После операции пациентку переводят в палату интенсивной терапии, в которой она будет находиться столько, сколько посчитает нужным врач анестезиолог-реаниматолог.

В послеоперационном периоде женщине продолжают обезболивание, ей рекомендована ранняя активизация для снижения риска послеоперационных осложнений: раннее присаживание в кровати и вставание через 4-6 часов после операции.

В то время, как мать восстанавливается после операции, ее ребенок находится под круглосуточным наблюдением врача-неонатолога в отделении новорожденных детей Перинатального центра или других неонатальных отделениях, если в этом есть необходимость.

После того, как женщина готова к переводу из отделения анестезиологии-реанимации, их с малышом, при отсутствии необходимости оказания ребенку интенсивной помощи, размещают в палате совместного пребывания.