Автор: Administrator
08.08.2008 09:12 -

Кесарево сечение (sectio caesarea) — хирургическая операция, при которой плод и послед извлекают из полости матки через разрез в ее стенке. В зависимости от доступа к матке различают абдоминальное К. с., производимое путем разреза передней брюшной стенки, и влагалищное, осуществляемое через переднюю часть свода влагалища. Абдоминальное К. с. применяют главным образом в качестве родоразрешающей операции, реже его выполняют с целью прерывания беременности по медицинским показаниям в сроки от 16 до 28 нед. В последнем случае операцию называют малым К. с. Влагалищное К. с. (влагалищная гистеротомия) является одним из методов прерывания беременности сроком 16—28 нед., применяется редко в связи с технической сложностью и опасностью повреждения мочевого пузыря.

Абдоминальное кесарево сечение как родоразрешающая операция. Показания к операции определяются состоянием беременной (роженицы) и плода. Абсолютными показаниями являются патологические состояния, исключающие возможность родоразрешения через естественные родовые пути, а также осложнения беременности, родов и заболевания женщины, при которых иной способ родоразрешения более опасен для нее.

К абсолютным показаниям относят анатомически узкий таз III—IV степени сужения; опухоли костей таза, шейки матки, яичников и других органов полости малого таза, блокирующие родовые пути; рубцовые сужения шейки матки и влагалища; пластические операции на шейке матки и влагалище в анамнезе; кровотечение при полном и неполном предлежании плаценты или преждевременной отслойке нормально расположенной плаценты, в случае неподготовленности родовых путей; неполноценный послеоперационный рубец на матке: угрожающий или начинающийся разрыв матки; несоответствие размеров таза женщины и головки плода; неправильные вставления и предлежание головки плода (асинклитическое вставление, высокое прямое стояние стреловидного шва, лобное и передний вид лицевого предлежания); острая гипоксия плода; некоторые экстрагенитальные заболевания беременной (например, тяжелые заболевания сердечно-сосудистой системы с явлениями декомпенсации, не поддающиеся терапии, отслойка сетчатки) и др.

Относительные показания к абдоминальному К. с. — акушерские ситуации, при которых рождение живого и здорового ребенка с помощью других способов родоразрешения

сомнительно или рискованно для матери К. ним относят анатомически узкий таз I и II степени сужения в сочетании с такими отягощающимися обстоятельствами, как возраст женщины более 28 лет, тазовое предлежащие плода либо мертворождение или бесплодие в анамнезе; пороки развития матки; тазовые предлежания плода, масса которого превышает 3600 г; поперечное положение плода; тяжелые формы позднего токсикоза беременных при отсутствии эффекта от терапии и неподготовленных родовых путях; начавшаяся гипоксия плода при неподготовленных родовых путях; переношенная беременность в сочетании с другими отягощающими обстоятельствами; предлежание и выпадение пуповины; наличие у беременной миопии высокой степени, туберкулез различных органов беременной.

При выполнении абдоминального К. с. по относительным показаниям следует учитывать, что операция противопоказана при инфекционных болезнях, воспалительных процессах любой локализации, внутриутробной гибели плода, а также при гипоксии плода, если нет уверенности в рождении живого ребенка. Противопоказания теряют силу, если возникает угроза для жизни женщины (кровотечение и др.).

Абдоминальное К. с. выполняют в плановом порядке до начала родовой деятельности, так и во время родов. При плановом К. с. накануне вечером и утром за 2 ч до операции ставят очистительную клизму. На ночь перед операцией назначают 0,05 г фенобарбитала внутрь. При экстренном вмешательстве перед операцией промывают желудок, ставят очистительную клизму (если нет угрозы разрыва матки, кровотечения или других противопоказаний), выводят мочу катетером. Оптимальным методом обезболивания является комбинированный эндотрахеальный наркоз закисью азота в сочетании с введением нейролептических и анальгетических средств. Период от начала наркоза до извлечения ребенка не должен превышать 7—10 мин. При классическом (корпоральном) К. с. брюшную полость вскрывают нижнесрединным разрезом, затем продольным разрезом рассекают переднюю стенку матки. Эту операцию осуществляют при необходимости быстрого родоразрешения (например, при профузном маточном кровотечении, варикозном расширении вен в области нижнего сегмента матки); в случаях, когда после К. с. планируется экстирпация матки (удаление тела и шейки матки). Чаще абдоминальное К. с. производят путем вскрытия брюшной полости надлобковым или нижнесрединным разрезом с последующим поперечным разрезом нижнего сегмента матки (интраперитонеальное К. с. в нижнем сегменте матки).

При подозрении на развитие инфекционного процесса для предотвращения послеоперационного перитонита выполняют экстраперитонеальное К. с.: брюшную стенку рассекают поперечным надлобковым разрезом, матку вскрывают в области нижнего сегмента, ниже складки брюшины, чтобы разрез оказался вне брюшной полости. Эта операция значительно сложнее, чем интраперитонеальное кесарево

сечение; при ее выполнении возможно ранение мочевого пузыря, мочеточников, вскрытие брюшной полости, иногда возникает затруднение при выведении головки плода.

Если акушер не владеет техникой экстраперитонеального К. с. и приходится выполнять интраперитонеальное К. с. при длительном безводном промежутке, следует изолировать брюшную полость во время операции, подшив края брюшины к краям раны, или тщательно промыть матку и обеспечить хорошее дренирование брюшной полости.

После вскрытия полости матки (независимо от способа вскрытия) рассекают плодный пузырь, извлекают ребенка и передают его акушерке; на матку накладывают кетгутовые швы; швы перитонизируют, брюшную стенку зашивают наглухо.

в послеоперационном периоде, особенно в первые 6—8 ч после операции, необходимо следить за общим состоянием женщины, тонусом матки, выделениями из половых путей, функцией мочевого пузыря и кишечника. С целью профилактики инфекции назначают антибиотики. В течение первых 2 сут. показана инфузионная терапия, направленная на восстановление водно-электролитного баланса, кислотно-щелочного состояния, микроциркуляции, а также на улучшение функций сердца, легких, почек. Вводят обезболивающие средства и препараты, усиливающие сокращения матки.

В первые 6—8 ч после операции у родильниц могут возникать кровотечения, обусловленные гипотонией матки, нарушением свертывающей системы крови, задержкой остатков плаценты и плодных оболочек в матке. При кровотечении внутривенно вводят сокращающие матку средства, переливают плазму, проводят инструментальное обследование полости матки тупой кюреткой. В случае отсутствия эффекта от проводимых мероприятий показана повторная лапаротомия с экстирпацией матки. В послеоперационном периоде может развиваться тромбоэмболия. Нередко наблюдаются осложнения, связанные с развитием инфекционного процесса, — эндометрита (см. Эндомиометрит). К наиболее тяжелым и опасным осложнениям относится перитонит, частота которого остается довольно высокой. Возбудителями перитонита после К. с. в большинстве случаев являются кишечная палочка, стафилококк или смешанная грамотрицательная флора. Перитонит после К. с. характеризуется слабо выраженной реактивной стадией и быстрым развитием токсической стадии. Патогномоничные симптомы перитонита (боли в животе, рвота, симптом мышечной защиты и симптом Блюмберга — Щеткина) часто не выражены и возникают поздно. В зависимости от патогенеза выделяют три формы перитонита при кесаревом сечении. Ранний перитонит развивается на 1—2-е сутки после операции и является следствием

инфицирования брюшины во время К. с., произведенного на фоне воспаления плодных оболочек — хориоамнионита. Перитонит вследствие длительного пареза кишечника у больных с эндометритом развивается на 3—4-й день после операции. Перитонит, обусловленный несостоятельностью швов на матке, начинается на 4—9-е сутки после операции.

При постановке диагноза перитонита большое значение имеет оценка динамики состояния больной на фоне проводимой патогенетически обоснованной терапии: при перитоните, несмотря на лечение, оно быстро ухудшается, нарастает интоксикация.

Лечение перитонита после К. с. должно быть комплексным: оперативное лечение сочетают с консервативной терапией. Оперативное вмешательство заключается в экстирпации матки с маточными трубами, дренировании брюшной положи. Назначают антибиотики (полусинтетические пенициллины, цефалоспорины, аминогликозиды), дезинтоксикационную терапию, антигистаминные средства, проводят мероприятия, направленные на нормализацию кислотно-щелочного баланса и водно-солевого обмена, вводят ингибиторы протеаз, витамины. Для восстановления перистальтики кишечника применяют прозерин, церукал, рекомендуются введение назогастрального зонда, гипертонические клизмы. По показаниям назначают глюкокортикоиды, гепарин, оказывающий положительное влияние на процессы микроциркуляции. Проводят профилактику и лечение нарушений деятельности сердца, легких, печени и почек. При нарастающей дыхательной недостаточности показана искусственная вентиляция легких. Необходимо обеспечить тщательный уход за больной. При длительном и тяжелом течении заболевания больная должна получать в сутки не менее 3000 ккал в виде легкоусвояемых продуктов. Прогноз при ранней диагностике и терапии перитонита благоприятный. При несвоевременной диагностике и отсутствии адекватного лечения возможен летальный исход.

Профилактика перитонита включает санацию влагалища, ограничение количества влагалищных исследований в родах, учет противопоказаний к операции. При выполнении К. с. предпочтительнее вскрытие матки поперечным разрезом в нижнем сегменте. Важное значение имеют тщательное зашивание стенки матки, хорошая ее перитонизация, отказ от сопутствующих операций, промывание матки после операции стерильным изотоническим раствором хлорида натрия или раствором диоксидина, применение антибиотиков (по показаниям) за несколько дней до плановой операции кесарева сечения. В случае абсолютной необходимости абдоминального К. с. при заведомо существующем инфицировании (длительный безводный промежуток, эндометрит в родах) следует выполнять экстраперитонеальное К. с. В послеоперационном периоде необходимы адекватное возмещение кровопотери; раннее назначение (сразу после операции) антибиотиков, метронидазола; проведение активной

стимуляции кишечника не позже чем через 20—24 ч после операции; динамическое наблюдение за больной.

За новорожденным, извлеченным при К. с., устанавливают интенсивное наблюдение акушерки и педиатра. Адаптационные возможности новорожденного, как правило, снижены, возможны нарушения дыхания (см. Дистресс-синдром респираторный новорожденных), внутричерепная родовая травма (см. Родовая травма новорожденных).

При неосложненном течении послеоперационного периода через несколько часов после К. с. женщине рекомендуется поворачиваться в постели, на 2-е сутки ходить, на 8—9-е сутки снимают швы. При удовлетворительном состоянии ребенка и матери прикладывать ребенка к груди разрешают на 2—3-й сутки после операции, на 11—12-е сутки мать и ребенка выписывают из стационара.

В отдаленном периоде после К. с. возможны нарушения менструального цикла (гипо- или гиперменорея, альгоменорея), хронические воспалительные заболевания половых органов и спаечный процесс в брюшной полости, которые приводят к смещению матки, сращению ее с передней брюшной стенкой, что нередко сопровождается болевым синдромом.

Беременность в течение 2 лет после перенесенного К. с. нежелательна. Прогноз последующих беременностей во многом зависит от состояния послеоперационного рубца на матке. При несостоятельном (неполноценном) рубце возможен его разрыв во время родов. Клиническая картина разрыва матки в этом случае стертая (рубец как бы расползается). Несостоятельность рубца можно предположить при осложненном течении послеоперационного периода. Вне беременности состояние рубца определяют с помощью метросальпингографии, гистероскопии и ультразвуковых методов (см. Ультразвуковая диагностика).

Беременные, перенесшие в прошлом К. с., должны находиться под особенно тщательным наблюдением врача женской консультации. Признаками несостоятельности рубца на матке во время беременности являются болезненность при движении плода и пальпации, втяжение передней стенки матки. При подозрении на несостоятельность рубца беременную независимо от срока беременности необходимо госпитализировать для уточнения диагноза. Если признаки несостоятельности рубца отсутствуют, женщину наблюдают амбулаторно, а при сроке беременности 37—38 нед. госпитализируют в

акушерский стационар.

Истончение стенки матки в области рубца, выявленное при ультразвуковом исследовании, служит показанием для родоразрешения путем повторного К. с. Повторное К. с. проводят также и при состоятельном (полноценном рубце в случае наличия другой акушерской патологии (узкий таз, тазовое предлежание плода и др.). Вести роды через естественные родовые пути допустимо только при состоятельном рубце на матке и отсутствии другой акушерской патологии. Причем роды проводят в таком акушерском стационаре, где может быть оказана экстренная квалифицированная хирургическая помощь.

Абдоминальное кесарево сечение с целью прерывания беременности (малое К. с.) производят при сроке беременности 16—28 недель, главным образом в тех случаях, когда продолжение ее опасно для здоровья женщины (например, при заболеваниях сердечно-сосудистой системы в стадии декомпенсации, тяжелых болезнях крови). Обычно операцию выполняют по типу корпорального К. с., производимого с родоразрешающей целью (после вскрытия брюшной полости стенку матки рассекают в продольном направлении). Подготовка к операции, ведение послеоперационного периода и осложнения такие же, как при К. с. с целью родоразрешения.