

И М. МИРОВ

КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЕ

Учебное пособие для студентов, интернов и врачей.

В пособии представлены современные положения о месте кесарева сечения при выборе метода родоразрешения, влиянии операции на снижение материнской и перинатальной смертности. Изложены показания, условия и противопоказания к кесареву сечению, его современные методики и обезболивание. Описана оригинальная техника наложения непрерывного слизисто-мышечного шва 1-го этажа на разрез матки, модификация трубной стерилизации. Даны практические рекомендации по ведению послеоперационного периода, комплексной профилактике инфекционных осложнений, реабилитации оперированных, ведению беременности и родов при наличии рубца на матке.

Пособие предназначено для студентов, субординаторов акушеров-гинекологов и хирургов, интернов, курсантов ФУВ и врачей.

Рисунков 12 Библиография 35 назв.

(Оформление обложки, рисунки к тексту **ВЫПОЛНИЛИ** Д. И. Миров и К. И. Миров).

В В Е Д Е Н И Е

История хирургического родоразрешения насчитывает не одно тысячелетие. В древности кесарево сечение проводилось только на умершей (умирающей) женщине. По преданиям легендарный Эскулап был вырезан из чрева умершей матери. Плиний описывал, что таким же путем появился на свет Юлий Цезарь. Считается, что первое достоверное кесарево сечение на живой женщине было выполнено в 1540 г. в Италии хирургом Христианом Байн (хотя в трудах Н. Н. Феноменова упоминается, что впервые операция была произведена в 1350 г. в Швабии у приговоренной к смертной казни). В Германии первым эту операцию провел Иеремия Траутман в 1610 году*.

Первое кесарево сечение в России было произведено И. Эразмусом в 1756 г. с благоприятным исходом для матери. До 1880 г. в нашей стране было выполнено всего 12 кесаревых сечений.

Абдоминальное родоразрешение в XVI—XVIII веках почти всегда было равнозначно смертному приговору женщине. После извлечения плода разрез матки не ушивался, женщины погибали от кровотечений и септических осложнений. Смертность матерей составляла 73—100%. Существенно снизило летальность (до 24,8%) предложение (1876 г.) Г. Е. Рейна (Россия) и Порро (Италия) — надвлагалищная ампутация матки вместе с плодом, — однако такая операция серьезно отражалась на дальнейшем здоровье женщин. Введение маточного шва — А. Д. Шмидт (1881) в России; Керер (1881), а затем и Зенгер в Германии, — асептики и антисептики,

* Для акушеров небезынтересно, что в трагедии В. Шекспира «Макбет», действие которой относится к середине XI века, так описано появление на свет одного из героев: «До срока из утробы материнской был вырезан Макдуф, а не рожден».

распространение обезболивания в 80-х годах XIX века обеспечило значительное уменьшение летальности после кесарева сечения (до 7%) и привело к его более широкому применению в Европе и России

В первой трети XX в. определяются показания и условия производства операции, противопоказания, совершенствуется методика и обезболивание. И, как это нередко бывает в медицине, любое ее достижение создает новые проблемы. Для акушеров такой проблемой стало ведение беременности и родов после кесарева сечения, профилактика разрыва матки по рубцу. Важным этапом развития операции явилась разработка в двадцатых годах нашего столетия и позже кесарева сечения в нижнем сегменте матки. Материнская летальность при абдоминальном родоразрешении снижается в нашей стране от 6,8% в начале века до 2,4% в 1952 г. и ниже. В пятидесятых—шестидесятых годах кесарево сечение в нижнем сегменте становится постепенно преимущественным методом операции, во многих районных больницах акушеры оправданно и окончательно вытесняют хирургов у операционного стола при абдоминальном родоразрешении. Дальнейшему уменьшению частоты послеоперационных осложнений и материнской летальности способствует более совершенное обезболивание, многокомпонентная инфузионно-трансфузионная терапия, применение антибиотиков.

В подтверждение известного правила, что новое — это хорошо забытое старое, — в последние два десятилетия возобновляется интерес к временно-внебрюшинным методикам и к внебрюшинному (экстраперитонеальному) кесареву сечению. Последнее, в модификации Е. Н. Морозова, вначале в СССР было произведено (1976 г) во Всесоюзном центре охраны здоровья матери и ребенка (Л. С. Персианинов и соавт., 1977), а затем получило распространение во многих стационарах страны. Однако проблема предупреждения инфекционных осложнений не могла быть решена только совершенствованием техники операции. Г. М. Савельева и соавт. (1989) подчеркивают, что в некоторых родильных домах Москвы частота перитонита на протяжении многих лет не уменьшается и находится в пределах 0,4—0,5%. В то же время комплексная профилактика этого грозного осложнения позволяет в отдельных клиниках (В. Н. Серов и соотр.) снизить его частоту с 0,8 до 0,09% при одновременном увеличении числа кесаревых сечений с 3,6% в 1978 г до 8% к 1986 г; материнской смертности, связанной с операцией или ее методикой в клинике не отмечалось. Сообщение об отсутствии летальных исходов среди оперированных на достаточно большом количестве наблюде-

ним появляются периодически в последние годы в мировой и отечественной литературе.

а последние 20 лет частота абдоминального родоразрешения возросла в 4 раза и достигла 12—20% и более в США и ряде других стран. Однако увеличение разрешения кесаревым сечением сопровождается ростом инфекционных осложнений (в 2 раза на каждый 1% повышения частоты операции — в США). В настоящее время неоправданное «ультрахирургическое» направление в акушерстве уже постепенно уходит в прошлое. В ФРГ, Швеции и других странах Европы в последние годы абдоминальное родоразрешение не превышает 8—10%, а в Ирландии и в большинстве акушерских стационаров Великобритании составляет 5% при продолжающемся снижении перинатальной смертности (!).

Расширение показаний к кесареву сечению с целью снижения неблагоприятных исходов родов для матери и плода отмечалось и в нашей стране. Если в 1980 г. по СССР 1,6% родов проводилось абдоминальным путем, то в 1985 г. — 2,7% (Российская федерация — 3,3%. Украина — 2,9%, Эстония — 4,9%; более низкий процент операций в регионах с высокой рождаемостью; Азербайджан — 0,8%). Во многих клинических учреждениях страны, являющихся коллекторами патологии для определенных регионов, кесарево сечение выполняется в 6—10% (достигая в отдельных клиниках 18—20% к общему числу родов, что трудно считать обоснованным).

Расширение показаний к кесареву сечению в целях уменьшения перинатальной смертности может быть оправдано лишь в определенных пределах. Необоснованная частота вмешательства, нередко у практически здоровых рожениц, не имеющих выраженных факторов угрозы осложнению для плода, не сопровождается дальнейшим снижением перинатальных потерь, но чревата серьезной угрозой здоровью и жизни женщин, особенно при недооценке противопоказаний к операции. Известно, что риск материнской летальности при абдоминальном родоразрешении возрастает от 10—12 до 26 раз. Неоправданное увеличение числа кесаревых сечений нередко является проявлением акушерской некомпетентности, когда врач, вместо выжидательно-активного ведения родов в течение 8—10 часов, решается на операцию, которой и завершает роды за один час.

Следует подчеркнуть, что и в настоящее время кесарево сечение должно выполняться только по строгим показаниям, с учетом условий и противопоказаний к операции. Наиболее тщательной оценки требует акушерская ситуация при реше-

нии вопроса о хирургическом родоразрешении у первородящих моложе 25 лет.

Начинающему акушеру подчас бывает трудно сориентироваться в потоке информации, освещающей различные стороны проблемы абдоминального родоразрешения. Попытка достаточно сжато изложить современные концепции интегрального раздела акушерства — кесарева сечения — представлена в данном пособии. В Рязанской акушерской клинике проблеме кесарева сечения уделялось особое внимание в практической деятельности и научных трудах профессора Г. Н. Смирнова, доктора медицинских наук И. А. Покровского, профессора В. М. Уткина, других сотрудников. В последние годы ряд новых предложений, разработанных на кафедре и успешно апробированных в учреждениях родовспоможения Рязанской и соседних областей, позволили существенно улучшить исходы операций для матерей и новорожденных (дооперационное родовозбуждение и санация родового пути, наложение непрерывного слизисто-мышечного шва первого этажа на разрез матки, модификация стерилизации, комплексная профилактика гнойно-воспалительных осложнений при активном ведении родильниц, использование немедикаментозной терапии, неотложного промывания полости матки после операции и т. д.; избирательное назначение антибиотиков; применение карты—шкалы для оценки в баллах течения пуэрперия, облегчающей диагностику его осложнений и др.).

Обобщение опыта кафедрального коллектива по проблеме кесарева сечения включено в текст данного пособия. Критические замечания и пожелания по его содержанию будут приняты с признательностью.

ГЛАВА 1

ПОКАЗАНИЯ К АБДОМИНАЛЬНОМУ КЕСАРЕВУ СЕЧЕНИЮ

Показания к кесареву сечению — один из наиболее меняющихся с каждым этапом развития операции п акушерской науки в целом разделов абдоминального родоразрешения. На заре своей истории кесарево сечение обычно выполнялось по абсолютным показаниям — в основном с целью предупреждения серьезных осложнений для матери. Затем происходило постепенное расширение показаний, а с развитием перинатального направления в акушерстве, все более значительная часть операций проводится в интересах плода (для предупреждения гипоксии, родовой травмы и т. п.). Од-

нако вопрос о влиянии **возрастания частоты кесарева сечения** на снижение перинатальной смертности очень сложен. При выраженных формах акушерской и экстрагенитальной патологии мертворождения и ранняя неонатальная смертность наблюдаются несмотря на проведение кесарева сечения (преждевременная отслойка и предлежание плаценты, тяжелые формы поздних гестозов, диабет и др.).

Известны обоснованные утверждения видных специалистов о пределе частоты кесарева сечения, обеспечивающей снижение перинатальной смертности (отечественные авторы — 2—9%, иностранные — 5,7—15%), превышение которой не сопровождается дальнейшим уменьшением перинатальных потерь, но повышает риск осложнений для женщин. С целью улучшения исхода родов для плода целесообразно обоснованное расширение показаний к кесареву сечению и своевременное его выполнение при клинически 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 показаний (до 15—25% и выше). Неоспоримо положение о том, что хирургическое родоразрешение должно проводиться только при наличии достаточного обоснования.

Традиционно выделяют абсолютные и относительные показания к кесареву сечению, хотя не всегда возможно их четко отграничить

у Абсолютные показания — это такие акушерские ситуации, когда родоразрешение иными методами невозможно или опасно для жизни женщины. Для обоснования кесарева сечения достаточно одного абсолютного показания. Поскольку операция при этом выполняется в основном для спасения жизни женщины, ее производят **ляжр^тгш__нялдци протн^орп-казании**, принимая необходимые меры для предотвращения возможных гнойно-воспалительных и других осложнений.

2_ Относительными показаниями считаются такие, когда кесарево сечение может обеспечить более благоприятный исход родов для матери и плода, чем различные способы (в т. ч. оперативные) родоразрешения естественным путем. Обычно достаточно может быть и одного относительного показания для обоснования кесарева сечения, но чаще отмечается наличие нескольких из них.

"**ВБЩётшотся** и **Дсочетанные** показания к кесареву сечению. Как правило одного из них недостаточно для решения

вопроса об операции, а комплекс 2—3 и более показаний обуславливает ее необходимость. При выполнении операции по относительным и сочетанным показаниям требуется особо тщательное соблюдение условий к ее проведению и учет противопоказаний.

АБСОЛЮТНЫЕ ПОКАЗАНИЯ

1 Полное предлежание плаценты, неполное предлежание ее при выраженном кровотечении и неподготовленном родовом пути.

2. Угрожающий и начинающийся разрыв матки. Несостоятельность рубца на матке.

3. Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты при неподготовленном родовом пути.

4. Тяжелые формы позднего гестоза, угрожающие жизни женщины.

5. Тяжелые формы экстрагенитальной патологии с угрозой инвалидности, гибели женщины (обычно в сочетании с неподготовленным родовым путем).

Крайне редки другие виды абсолютных показаний:

6 Сужение таза III—IV степени.

7. Экзоостозы и опухоли органов малого таза, последствия травмы костей таза, препятствующие родам.

8 Ушитые или имеющиеся свищи половых органов

9 Резко выраженное варикозное расширение вен шейки и влагалища.

10. Рубцовые стенозы влагалища.

11. Пороки развития половых органов.

12 Рак шейки матки.

ОТНОСИТЕЛЬНЫЕ ПОКАЗАНИЯ

1. Клиническое несоответствие размеров таза матери и величины плода.

2. Рубец на матке, предположительно ценный при угрозе разрыва его в родах:

а) «стационарные» показание, кесареву сечению — узкий таз и другие препятствия к родам естественным путем (а также экстрагенитальная патология послужившая основанием к предыдущей операции);

б) два и более, кесаревых сечения в анамнезе;

в) осложнения данных родов — крупный плод, тазовое предлежание, разгибательные вставления головки и неправильные положения плода, перенашивание, аномалии родовой деятельности и др.

3. Аномалии родовой деятельности при безуспешном лечении, •
4. Неправильные предлежания и вставления головки плода.
5. Поперечное и косое положение плода.
6. Поздний гестоз в тяжелой форме и средней степени тяжести с прогрессирующим течением и отсутствием эффекта от лечения при неподготовленном родовом пути.
7. Предлежание и выпадение пуповины.
8. Рубцовые изменения шейки матки и глубокие разрывы ее после прежних родов.
9. Миома матки с наличием множественных узлов.
10. Пороки развития матки.

СОЧЕТАННЫЕ ПОКАЗАНИЯ

1. Первые роды в 30 лет и старше.
2. Тазовое предлежание в сочетании с крупным плодом, узким тазом и др.
3. Внутриутробная гипоксия плода и фетоплацентарная недостаточность при безуспешном лечении.
4. Крупный плод.
- §. Переношенная беременность.
6. Ригидность шейки матки на фоне аномалий родовой деятельности при безуспешном *лечении* и нарастании безводного промежутка.
7. Бесплодие в анамнезе, нарушения менструального цикла, индуцированная беременность.
8. Мертворождения, смерть и тяжелые заболевания детей, другие виды отягощенного анамнеза.
9. Выраженные формы экстрагенитальных заболеваний и позднего гестоза в сочетании с акушерской патологией.

Кроме перечисленных показаний к кесареву сечению могут встретиться и экстраординарные клинические ситуации, при которых может быть обосновано хирургическое родоразрешение. У таких женщин выбор акушерской тактики определяется клинической целесообразностью — обеспечение благополучного завершения родов с наименьшим риском для роженицы и новорожденного. Во всех затруднительных ситуациях полезно получить совет более опытного коллеги (на ведшего отделения, другого администратора) или смежного специалиста, чтобы избрать более оптимальный для \тл-терн и плода метод родоразрешения.

Рассмотрим кратко основные показания к кесареву сечению *Полупе* предлежание плаценты по праву

является первым из абсолютных показаний. Отошли в далекое прошлое рекомендации о «пробуравливании» плаценты пальцами с последующим низведением ножки чаще всего недоношенного плода и ведением затем родов через естественный родовой путь. Клинический диагноз полного предлежания плаценты устанавливается при влагалищном исследовании в родах, когда при открытии шейки на 4—6 см и более в зеве определяется губчатая ткань и пальпируется пастозность сводов. Однако предположить предлежание детского места (целенаправленно — в группе риска данной патологии) можно и во время обследования в женской консультации при наличии высокого расположения предлежащей части, нечеткости ее пальпации, а также при тазовом предлежании или поперечном и косом положении плода, при имеющейся пастозности в области нижнего отдела матки. При подозрении на предлежание плаценты, — тем более при появлении кровотечения из влагалища, — беременную срочно направляют в акушерский стационар III—IV степени риска — с возможностью полноценного лабораторного и аппаратного обследования; проведения интенсивной терапии и экстренной операции — вплоть до удаления матки при появлении соответствующих показаний, с постоянным дежурством акушерской и анестезиологической бригад, операционной сестры и неонатолога

Влагалищное исследование и осмотр зеркалами в женской консультации при подозрении на предлежание детского места не проводят, чтобы не спровоцировать обильное кровотечение. При обследовании в стационаре может способствовать уточнению диагноза рентгеновскография, высоконформативно и ультразвуковое исследование (УЗИ). При проведении УЗИ в III триместре беременности по различным показаниям может быть обнаружено и предлежание плаценты, еще до появления кровянистых выделений из влагалища и других признаков данной патологии. Таких беременных госпитализируют и при полном предлежании плаценты родоразрешают плановым кесаревым сечением в 38—39 недель беременности. При появлении кровянистых выделений из половых путей или схваток — их оперируют срочно.

Экстренная операция показана и при любой степени неполного предлежания детского места, если кровопотеря превышает 200—400 мл и прогрессирует при неподготовленном родовом пути, а консервативная терапия (снятие родовой деятельности при недоношенной беременности, гемотрансфузия, вливание плазмы, введение витамина С, дицинола и др.)

но дает эффекта. При возникновении кровотечения в родах у женщин с подозрением на предлежание плаценты (если УЗИ для определения степени предлежания не выполнялось) необходимо провести влагалищное исследование для уточнения вида предлежания и выяснения возможности окончания родов естественным путем. В связи с опасностью обильного кровотечения при влагалищном исследовании, оно в подобной ситуации проводится только в том стационаре, где будет родоразрешена данная женщина. Его выполняют в развернутой операционной, при готовых к операции хирургах и начатом переливании крови.

При обнаружении неполного предлежания плаценты (боковое, краевое) или низкого ее расположения, при открытии шейки на 3—5 см и более — вскрывают плодный пузырь. Уменьшение натяжения плодных оболочек, опускание лежащей части, обычно приводят к прекращению кровотечения и позволяют закончить роды естественным путем. Возможно применение кожно-головных щипцов (груз не выше 400 гр.). Наиболее оправдана данная тактика при глубоко недоношенном плоде и у повторнородящих женщин, если есть уверенность, что роды закончатся в ближайшие 3—4 часа. Обнаружение полного предлежания плаценты или усиление кровотечения при вагинальном исследовании обосновывают немедленное начало кесарева сечения. У рожениц с предлежанием плаценты и продолжающимся кровотечением, превышающим 0,5—1 % массы тела женщины, нельзя терять время на попытки влагалищного родоразрешения — необходима экстренная операция на фоне адекватной гемотрансфузии и мероприятий по профилактике гипокоагуляции, геморрагического шока и анемии. В послеоперационном периоде у таких женщин повышен риск гнойно-воспалительных осложнений.

Угрожающий и начинающийся разрыв матки должен быть своевременно распознан в родах. Кроме женщин, имеющих рубец на матке, целенаправленную диагностику данной патологии следует осуществлять при крупном плоде, сужении таза, неправильных вставлениях (разгибательные, асинклитические вставления, высокое прямое стояние стреловидного шва) и неправильных положениях плода, гидроцефалии его, перенашивании; у повторнородящих с абортами и эндометритом в анамнезе, у которых предполагается масса плода выше максимальной при предыдущих родах. У женщин с избыточной массой тела (ожирение, выраженные отеки) недостаточно опытный врач может не установить поперечное или косое положение плода, ошибоч-

но определив наличие тазового предлжания, что также чревато запоздалой диагностикой прерастяжения нижнего сегмента.

• (ододдеи**»

Беременных группы риска по разрыву матки в 37—38 недель направляют в стационар для выбора метода родоразрешения. При выявлении клиники угрожающего или начавшегося разрыва матки в родах немедленно снимают родовую деятельность (введение промедола, сернокислой магнезии; наркоз), начинают инфузию и производят срочное кесарево сечение. Если приходится оперировать при выраженном эндометрите в родах, то после извлечения плода удаляют матку. При свершившемся разрыве матки объем и название срочной операции уже другие; удаление матки, ушивание разрыва ее п т. д.

Несостоятельность рубца на матке может наблюдаться после кесарева сечения (особенно после корпорального), ушивания разрыва матки, миомэктомии с обширным иссечением стенки матки или вскрытием ее полости, после метропластики и, гораздо реже, после других операций. (Угроза разрыва рубца на матке после ушивания небольшого перфорационного отверстия или после тубэктомии с иссечением маточного угла трубы, с последующим неосложненным послеоперационным периодом, практически не встречается. При отсутствии болезненности и признаков истончения рубца матки в зоне перенесенной ранее операции, у таких женщин роды ведут естественным путем, ревизию полости матки не производят, обеспечив тщательное наблюдение за родильницей).

После перенесенного кесарева сечения целесообразно определить состояние рубца до наступления планируемой беременности методами гистерографии, УЗ-сканирования или гистероскопии. Клиническая диагностика состояния рубца на матке при беременности представляет серьезные трудности, достоверность же данных УЗИ увеличивается только в конце беременности (после 35 недель). Несостоятельность и неполноценность рубца на матке — клинически однозначные понятия. Этими терминами определяют резкое истончение рубцовой ткани (ориентировочно — до 2—3 мм и менее), когда последующее растяжение такого участка при дальнейшем прогрессировании беременности или при появлении родовой деятельности приводит к его разрыву. Чаще отмечается неполноценность рубца после корпорального разреза, т. к. при его формировании происходит обильное развитие соединительной ткани с признаками выраженного гиалпноза, бедноп мускуляризацией и малым количеством клеточных эле-

ментов. В рубцах нижнего сегмента матки определяются, как правило, менее грубые патоморфологические изменения, мускуляризация его более выражена.

Неполноценное формирование маточного рубца происходит чаще всего при воспалительных осложнениях послеоперационного периода (эндометрит, инфекция раны брюшной стенки, гипертермия), тем более развившихся на фоне нефропатии, анемии, гиповитаминоза, диабета и других заболеваний, и гораздо реже — при внешне благополучном течении пуэрперы. Способствуют несостоятельности рубца аборты, особенно осложненные, имевшиеся после кесарева сечения. Неполноценность рубца на матке с последующим разрывом ее выявляется чаще всего в родах, более редко — при беременности, обычно во второй ее половине. Уже на основании данных анамнеза можно прогнозировать состояние маточного рубца при настоящей беременности. Изучая ее развитие, особое внимание обращают на появление болей в нижних отделах живота и других его зонах, в области рубца брюшной стенки, в пояснице, что может явиться симптомом развивающейся несостоятельности маточного рубца, а нередко ошибочно расценивается как угроза невынашивания. Исследованием области рубца на матке определяют зону втяжения или некоторого истончения рубца, чувствительную или умеренно болезненную при глубокой пальпации.

При возникновении «расползания» рубца беременная обычно отмечает, что на фоне имевшихся ранее неприятных ощущений или умеренных «тянущих» болей внизу живота произошло их усиление, что нередко сопровождается испугом и страхом, изменением шевелений и сердцебиения плода, иногда появляется тошнота, отмечается бледность кожи и слизистых, тахикардия, тахипноэ. Повреждение значительных сосудов в рубцовой ткани обычно не происходит, и симптоматика внутреннего кровотечения нередко отсутствует. Живот мягкий, симптомы раздражения брюшины вначале, как правило, не появляются. Диагноз можно уточнить с помощью УЗИ. При обследовании женщины в конце беременности или в начале родов можно использовать способ, который предложил Н. Muller (1976). При проходимости цервикального канала проникают пальцем за внутренний зев, отслаивают плодный пузырь от передней стенки перешейки матки и определяют состояние рубца. При выявлении выраженных рубцовых изменений перешейки, распространяющихся на область внутреннего зева, или дефектов стенки матки в этой зоне, — диагностируют неполноценность рубца, вплоть до

разрыва его, даже при отсутствии других клинических признаков - Показана неотложная операция.

Если при стационарном обследовании в сроки беременности менее 36—35 недель выявляется умеренное истончение рубца на матке без явных признаков несостоятельности его, то для уточнения диагноза необходима эхография и тщательное наблюдение за состоянием беременной и плода в течение 4—24 часов с периодическим лабораторным контролем (дополнительный фактор диагностики внутреннего кровотечения). При стабильно удовлетворительном состоянии матери и плода возможно дальнейшее пролонгирование недоношенной беременности до получения достаточно зрелого плода. Установление или исключение диагноза несостоятельности рубца на матке обязательно проводится с участием руководителей стационара, с последующим ежедневным тщательным контролем за состоянием женщины. Выжидательная тактика нецелесообразна, если имеется подозрение на несостоятельность рубца после корпорального кесарева сечения (ушивания разрыва матки), или если срок беременности достигает 37—38 недель и более.

ПРЕЖДЕВРЕМЕННАЯ ОТСЛОЙКА нормально расположенной плаценты (ПОНРП) — серьезная патология, угрожающая жизни матери и плода (встречается в 0,2—0,6% ко всем родам). К типичным признакам ПОНРП относится ухудшение состояния женщины (бледность, тахикардия, гипотензия) после появления болей в области матки. Матка плотная, не расслабляется вне схваток, в одном из ее участков пальпируется болезненное выбухание. Наблюдается нарастающая гипоксия плода, вплоть до исчезновения сердцебиения. Усугубление тяжести состояния женщины не соответствует появляющемуся — обычно в небольшом объеме — кровотечению. Однако указанная классическая картина ПОНРП практически не встречается, т. к. врач редко наблюдает ее запущенные формы. Акушеру необходимо иметь нацеленность на выявление признаков преждевременной отслойки плаценты у женщин группы риска дающей патологии, Возникновение у них небольших болей в животе (симптом не всегда выражен) с последующим ухудшением самочувствия (оно может быть преходящим при непрогрессирующей отслойке), появлением бледности, тахикардии, снижения артериального давления, кровянистых выделений в сочетании с признаками гипоксии плода и умеренным повышением тонуса матки обосновывает диагноз ПОНРП, который может быть уточнен с помощью УЗИ,

При легких формах непрогрессирующей ПОНРП в родах, проводят амниотомию (устраняется напряжение оболочек при схватках, способствующее дальнейшему отделению плаценты) с последующим бережным родоразрешением (при необходимости — перинеотомия, акушерские щипцы) при тщательном наблюдении за состоянием матери и плода. В случае нарастания отслойки при неподготовленном родовом пути и высоко стоящей предлежащей части — проводят кесарево сечение, начав профилактику и терапию коагулопатии потребления (введение ингибиторов протеаз: контрикал 50 000 ЕД или гордокс 500 000 ЕД; реологиков, криопреципитата, белковых препаратов), которую продолжают на операции и после нее. При наличии матки Кувелера (геморрагическое пропитывание миометрия и серозы) требуется ее удаление в связи с опасностью гипотонии и гипокоагуляции (экстирпация, а при мало выраженной клинике — надвлагалищная ампутация матки). Только в условиях крупного стационара, высококвалифицированный акушер может решиться оставить матку у молодой женщины при небольших зонах геморрагического пропитывания миометрия и отсутствии гипокоагуляционного синдрома, с тщательным наблюдением такой родильницы в первые 48 часов для своевременной диагностики возможного возобновления кровотечения (брюшную полость дренируют!).

С целью предотвращения прогрессирующей гипокоагуляции, при массивном выбросе тромбопластина из матки в общий кровоток, и сохранения данного органа у молодых женщин с начальными проявлениями маточно-плацентарной апоплексии, возможно применение при кесаревом сечении перевязки кетгутом трех пар маточных сосудов.

ПОЗДНИЙ ГЕСТОЗ в крайне тяжелой форме является абсолютным показанием к кесареву сечению при следующих серьезных осложнениях: 1) экламптический статус (повторные, некупирующиеся лечением припадки эклампсии); 2) экламптическая кома; 3) острое нарушение мозгового кровообращения и отек головного мозга; 4) олигоанурия и другие признаки острой почечной недостаточности или появление сопутствующей печеночной недостаточности; 5) начинающаяся отслойка сетчатки.

Кесарево сечение должно проводиться в срочном порядке в родильных стационарах III—IV степени риска с предварительным комплексным интенсивным лечением (назначение нейролептиков и противосудорожных средств, коррекция расстройств гемодинамики и микроциркуляции, белковых и

электролитных нарушений; введение глюкокортикоидов, витаминов и т. д.). Необходимо высококвалифицированное анестезиологическое пособие, быстрое выполнение операции. Целесообразен вызов акушерской и реанимационной бригады в менее квалифицированные стационары, т. к. транспортировка таких больных противопоказана. После извлечения плода и последа выскабливают полость матки большой кюреткой для удаления остатков децидуальной ткани с целью более быстрой ликвидации проявлений гестоза. Показаны — достаточное возмещение кровопотери (свежезаготовленная эритромаасса), пролонгированная ИВЛ, поликомпонентная инфузионная и иная интенсивная терапия (не менее 3—5 суток) до стойкого улучшения состояния роженицы. Особое внимание уделяют реанимации и выхаживанию новорожденных.

ЭКСТРАГЕНИТАЛЬНАЯ ПАТОЛОГИЯ (ЭГП) — тяжелые формы с угрозой инвалидизации, летального исхода. При основных видах ЭГП в стадии декомпенсации, острого и кризового течения кесарево сечение считается абсолютно обоснованным у женщин, которым не только требуется полное исключение потуг, но и совершенно противопоказаны психо-эмоциональное напряжение, болевые ощущения и физическая нагрузка родового акта. У беременных с пороками сердца кесарево сечение следует производить при недостаточности кровообращения IIБ и III стадии, не устраняемой целенаправленной терапией, независимо от заболевания, вызвавшего декомпенсацию: 1) септический эндокардит; 2) пороки сердца с преимущественным преобладанием левожелудочковой недостаточности — митральная недостаточность, аортальные пороки; 3) резко выраженный митральный стеноз; 4) болезни оперированного сердца. Относительным показанием к кесареву сечению может служить активный ревматический процесс.

Женщин с ЭГП, в т. ч. с заболеваниями сердца, направляют за 2—4 недели до родов в специализированный стационар (оптимально его объединение с кардиохирургическим отделением). У беременных с митральным стенозом, протекающим с повторными приступами отека легких, или при неэффективном медикаментозном лечении этого опасного осложнения, может быть выполнена митральная комиссуротомия после проведения кесарева сечения. Плановое кесарево сечение с комплексной дооперационной подготовкой показано у женщин с декомпенсированным оперированным сердцем — при многоклапанном протезировании и ряде осложне-

ний после операций на сердце: рестеноз, травматическая недостаточность, реканализация и др. После перенесенных операций на сердце кесарево сечение производят также при развитии специфических осложнений во время беременности (отек легких, артериальная тромбоэмболия с остаточными явлениями к сроку родов, бактериальный эндокардит, пара-вальвулярная фистула протеза).

Считается, что при пороках сердца и ряде других форм ЗГИ оптимально своевременное (до появления выраженных осложнений как основного заболевания, так и самой беременности) родоразрешение естественным путем. Кесарево сечение приводит к стойкому увеличению нагрузки на сердце (на 50—60%) в результате аутогемотрансфузии из сосудов сократившейся матки и, главным образом, за счет рс»кого увеличения венозного притока к правому сердцу после опорожнения матки. При кардиальной патологии в послеоперационном периоде значительно повышен риск тромбоэмболических и гнойно-воспалительных осложнений-

При гипертонической болезни и симптоматической гипертензии кесарево сечение может быть произведено при некупирующемся гипертоническом кризе и угрозе инсульта. Как правило в этих случаях нарастает и тяжесть присоединившейся нефропатии. Операция показана при острой почечной недостаточности различного генеза, если нет условий для быстрого (2—4 часа) завершения родов естественным путем. Хирургическое родоразрешение обосновано при ряде заболеваний центральной нервной системы (опухоли головного мозга, остаточные явления травмы, осложненное течение инфекционных заболеваний головного мозга и оболочек, острые нарушения мозгового кровообращения), при миопии высокой степени с дегенеративными изменениями глазного дна, угрозой отслойки сетчатки.

При травмах, не совместимых с жизнью, и заболеваниях с непредотвратимым летальным исходом, операция может быть выполнена на агонирующей женщине с целью спасения жизни плода (при сроке гестации не менее 28 недель). Решение об этом принимается консилиумом 2—3 специалистов, необходимо (по возможности) согласие родственников. Проведение кесарева сечения на умершей — в пределах до 20—25 минут после смерти женщины — позволяет в большинстве случаев получить живого ребенка.

РЕДКИЕ ФОРМЫ абсолютных показаний (сужение таза III—IV степени, ушитые или имеющиеся свищи половых органов и др.) являются самоочевидным обоснованием для кесарева сечения. Среди них особое место занимает*~Р'ак шейки

матки, при котором совместно с онкологом решается вопрос о необходимости расширения объема операции после извлечения плода и последующем лечении.

ОТНОСИТЕЛЬНЫЕ ПОКАЗАНИЯ по праву открывает клинически узкий таз. В течение почти трех столетий разрабатывается учение об узком тазе, но до настоящего времени рациональное ведение родов при сужении таза относится к наиболее трудным разделам акушерства. Интересно отметить, что доля узкого таза среди других показаний к абдоминальному родоразрешению заметно уменьшилась от уровня шестидесятых годов (30—50%) к настоящему времени (около 20%), что во многом связано с увеличением частоты других показаний к кесареву сечению.

В последние десятилетия частота анатомически узкого таза остается достаточно постоянной и составляет 3,6—4% (Р. И. Калганова, В. М. Уткин), но отмечается увеличение средних размеров нормального женского таза и изменение частоты различных форм суженных тазов (наиболее часто встречается поперечносуженный таз: в 27,7—45,2%). Характерны так называемые стертые формы узкого таза, наблюдается сочетание небольших степеней сужения таза и крупных плодов, а также неправильных вставлений головки плода. В Рязанской акушерской клинике анатомически узкий таз диагностируют при наличии следующих или меньших размеров: межвертельный размер — 29 см, наружная конъюгата — 18,5 см, истинная конъюгата — 10 см, поперечный размер входа в таз — 12,5 см (И. А. Покровский, В. М. Уткин). Клинически (функционально) узкий таз определяют в родах при несоответствии между размерами таза и плода, в его диагностике имеет значение рентгенопельвиометрия и УЗИ. По Р. И. Калгановой отмечаются следующие причины несоответствия между тазом роженицы и головкой плода: небольшая степень сужения таза и крупный плод (60%); неблагоприятные предлежания и вставления головки плода при небольших степенях сужения и нормальных размерах таза (23,7%); крупные размеры плода при нормальных размерах таза (10%); резкие анатомические изменения таза (6,1%); другие причины (0,9%).

Только у 27% женщин с анатомически узким тазом выявляется диспропорция таза и головки плода. При нормальных размерах таза такое несоответствие (данные Р. И. Калгановой, В. Н. Черепанова) встречается у 0,3% рожениц; в целом же частота клинически узкого таза в родах составляет 1,3—1,7%. Прогноз родов при клинически узком тазе зависит *ме* только от степени несоответствия размеров плода и таза,

но и от характера родовой деятельности и **способности** головки к конфигурации. Клинический опыт показывает, что при I степени сужения таза (истинная конъюгата более 9 см) и хорошей родовой деятельности, возможно при затылочном предлежании самостоятельное рождение почти доношенного или недоношенного плода с массой тела до 3600—3700 гр (и даже большей — до 3800—4000 гр — при истинной конъюгате около 10 см).

Р. И. Калганова выделяет 3 степени несоответствия между размерами таза роженицы и головки плода при клинически узком тазе.

I степень — относительное несоответствие. Характерны благоприятные формы вставления головки и биомеханизма родов, свойственные данной форме таза, хорошая конфигурация головки (симптом Бастена отрицательный). Энергичная родовая деятельность способствует преодолению головкой препятствия со стороны таза и благополучному исходу родов.

II степень — значительное несоответствие. Особенности биомеханизма родов и резко выраженная конфигурация головки плода (симптом Вастена «вровень») при хорошей родовой деятельности способствуют завершению родов естественным путем. Однако длительное стояние головки в одной плоскости и большая продолжительность родов создают угрозу здоровью женщины и способствуют высокой перинатальной смертности и травматизму новорожденных.

III степень — абсолютное несоответствие (симптом Вастена положительный). Роды естественным путем живым плодом невозможны.

Таким образом, небольшая степень несоответствия размеров плода и таза вполне может быть преодолена в родах с благоприятным исходом. Однако, присоединение осложнений (аномалии родовой деятельности, нарастание безводного промежутка, признаки гипоксии плода) или отсутствие достаточного темпа продвижения плода могут служить основанием для завершения родов кесаревым сечением. Частота кесарева сечения при клиническом узком тазе составляет 60—67%. Беременных, у которых в родах возможна клиника узкого таза, направляют в квалифицированный стационар в 37—38 недель. При выявлении явного несоответствия между размерами плода и таза проводят плановое кесарево сечение на 39 неделе беременности.

Самой сложной задачей является выбор тактики ведения родов при небольшой степени предполагаемой диспропорции головки и таза. Для обоснованного определения метода родоразрешения у таких рожениц необходима клиническая

оценка таза в родах, ибо только роды окончательно определяют возможность продвижения и рождения плода. Такая тактика вполне оправдана у молодых первородящих и у повторнородящих с благополучным акушерским анамнезом. Следует помнить, что симптом Вастена проверяют только в родах: 1) при головке, прижатой ко входу в таз; 2) после полного открытия шейки матки; 3) и отхождения вод. Стойко отрицательный признак Вастена или переход признака «вровень» в «отрицательный» при одновременном поступательном продвижении головки позволяют вести роды и далее естественным путем. Таким образом, определяющим фактором прогресса родов во втором их периоде является опускание в полость таза и дальнейшее продвижение подлежащей части.

Отсутствие продвижения плода при активной родовой деятельности, даже при наличии «отрицательного» симптома Вастена, обычно является признаком несоответствия головки и таза. Акушерская практика свидетельствует, что при заднем виде затылочного предлежания и высокого прямого стояния стреловидного шва, при переднем асинклитизме может определяться ложно отрицательный "признак Вастена при наличии несоответствия головки и таза. Поэтому, если не происходит опускания головки при данных видах ее вставления, то роды заканчивают кесаревым сечением.

Выявлять признаки функционального несоответствия головки и таза в родах необходимо уже в конце первого периода, но решающая клиническая оценка таза проводится во II-м периоде родов, когда после полного открытия шейки и при хорошей родовой деятельности наблюдают за продвижением подлежащей части в течение 2 часов у первородящих и 1—1,5 часа у повторнородящих. При большей длительности наблюдения у рожениц с наличием диспропорции таза и головки, может произойти «вколачивание» ее во вход таз, что ведет к нарушению мозгового кровообращения при гипоксии плода, к ишемии мягких тканей родового канала. Запоздалое кесарево сечение в таких случаях повышает риск послеоперационной заболеваемости родильниц, асфиксии и травмы новорожденного.

Для правильной оценки продвижения плода важно четко усвоить, что местоположение подлежащей части в полости малого таза определяют при вагинальном исследовании не по нахождению нижнего полюса ее, а по кольцу соприкосновения наибольшей окружности головки (тазового конца) со стенками таза. При выраженной конфигурации головки в родах с клинически узким тазом, область ведущей точки ее

может находиться в широкой части таза или даже ниже (родовая опухоль может при этом располагаться еще более низко), а сама головка — только во входе в таз. Установление такой ситуации требует решения о проведении кесарева сечения. При сочетании узкого таза и тазового предлежания плода расширяют показания к операции.

Присоединение слабости родовой деятельности характерно для узкого таза. Назначение мощных утеротонических средств (хинин, окситоцин, простагландины) может вести к разрыву матки. Их применение возможно только после исключения несоответствия размеров плода и таза при тщательном наблюдении за течением родов. Особое внимание обращают на выявление признаков нарастающего несоответствия головки и таза, угрожающего разрыва матки, при которых требуется прекращение родовой деятельности и немедленная операция. Кесарево сечение в родах при клинически УЗКОМ тазе следует проводить не позже 6 часов после излития вод. Рациональное ведение родов у рожениц с функционально узким тазом обеспечивает их благополучное завершение с минимальным риском для матери и плода. Недаром умение вести роды при узком тазе считается экзаменом на зрелость акушера.

РУБЕЦ НА МАТКЕ — показание, конкурирующее по частоте с узким тазом в нашей стране и преобладающее — за рубежом. При наличии «стационарных» показаний (узкий таз и другие препятствия к родам естественным путем, оставшаяся ЭГП, послужившая основанием к первому кесареву сечению) и при ДВУХ И более операциях на матке, выполняется правило — «всегда кесарево сечение». Показанием к повторному хирургическому родоразрешению являются осложнения беременности, перечисленные ранее, повышающие возможность разрыва маточного рубца в родах. МОГУТ выявляться и новые виды патологии, при которых необходимо кесарево сечение (ОПУХОЛИ матки и придатков, заболевания внутренних органов). Оправдана повторная операция при ОТСУТСТВИИ ребенка: при дородовой первой операции у женщин старше 30—35 лет, у которых возможно и проведение стерилизации.

АНОМАЛИИ РОДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ — слабость и дискоординация сокращений матки при безуспешном лечении — одно из ведущих показаний к кесареву сечению. Расширение хирургического родоразрешения при несостоятельной родовой деятельности обусловило (Е. А. Чернуха, Л. М. Комиссарова) повышение на 30—50% частоты кесарева сечения в последние годы. Значительная частота

(5—10%) аномалий родовых сил (патология чаще встречается у первородящих); недостаточный эффект корректирующей терапии, особенно при нерациональном ее проведении, увеличение длительности родового акта и числа влагалищных оперативных вмешательств, неблагоприятные исходы родов для матери и плода — обосновывают разумное расширение хирургического родоразрешения при данной патологии.

Своевременное выявление неполноценной родовой деятельности у рожениц группы риска ее развития позволяет начать раннее комплексное лечение. Оправдано настойчивое применение родоускорения у повторнородящих женщин с благополучным акушерским анамнезом, которых необходимо преимущественно родоразрешать естественным путем. Такая тактика обоснована и у большинства молодых первородящих. Однако общим правилом должно быть однократное применение комплексной родостимуляции, главным компонентом которой являются внутривенные инфузии (окситоцин, простагландин). Повторная медикаментозная стимуляция возможна — в виде исключения — у повторнородящих женщин, когда ожидается, что ее результатом будет окончание родов в ближайшие 2—4 часа. Решение о кесаревом сечении при стойкой слабости родовых сил не должно быть запоздалым, иначе значительно возрастает частота асфиксии новорожденных и инфекционных осложнений у родильниц.

НЕПРАВИЛЬНЫЕ ПРЕДЛЕЖАНИЯ И ВСТАВЛЕНИЯ ГОЛОВКИ ПЛОДА включают разгибательные предлежания — переднеголовное, лобное, лицевое; переднее и заднее асинклитические вставления и высокое прямое стояние головки — передний и задний виды. Разгибательные предлежания (0,5—1% всех родов) как самостоятельную форму акушерской патологии в нашей клинике (В. М. Уткин) рассматривают при отсутствии узкого таза. Частота различных видов разгибательных предлежаний: переднеголовное — 56%, лобное — 9%, лицевое — 35%. Каждая из степеней разгибания головки может оказаться переходным состоянием. Так, например, переднеголовное предлежание может перейти в затылочное вставление — при сгибании, или в наиболее неблагоприятное — лобное — при дальнейшем разгибании. С учетом указанного возможно выжидательное ведение второго периода родов при данных предлежаниях: у молодых первородящих и у повторнородящих с благополучным анамнезом при отсутствии сужения таза и плоде не

выше средних размеров. Если в течение 1—1,5 часа не произойдет более благоприятное вставление головки и постепенное опускание ее, то роды завершают абдоминальным путем. Кесарево сечение показано, если масса плода не снижена, при фиксированном лобном предлежании (головка вставляется наибольшим своим размером — 13,5 см, который превышает поперечный размер входа в таз) и заднем виде лицевого (подбородок кзади); а также при переднеголовном вставлении и повышенной массе плода или сужении таза.

Асинклитические вставления головки являются приспособительными для преодоления суженного прямого размера входа при плоских тазах. При «более благоприятном» из них переднем асинклитизме (первой опускается передняя теменная кость) может отмечаться ложноотрицательный признак Вастена при диспропорции головки и таза. И. А. Покровский расценивал передний асинклитизм как признак значительного несоответствия головки и таза, и полагал, что если возможно выжидание, то оно не должно быть длительным в интересах плода. При обнаружении заднего асинклитического вставления сразу проводят кесарево сечение

ВПСГ — высокое прямое стояние головки (стреловидный шов в прямом размере входа в таз) встречается в 0,9—1,2% родов. Такое вставление может наблюдаться при нормальном и обширном тазе, но оно более характерно для поперечносуженного таза. При достаточных пространственных соотношениях и выраженной конфигурации, головка продвигается к выходу таза в прямом размере, не совершая внутреннего поворота. Ручное исправление ВПСТ — перевод головки в один из косых размеров таза — малоперспективно и в настоящее время не проводится. Определение соответствия головки п таза при ВПСГ наружными приемами затруднительно. Малый поперечник вставившейся головки может создавать ложное впечатление о ее небольших размерах и отсутствии диспропорции с тазом. К тому же при заднем виде ВПСГ и вставившемся во вход таза затылке может отмечаться и псевдоотрицательный симптом Вастена. В настоящее время при заднем виде ВПСГ выполняют кесарево сечение, при переднем виде и отсутствии других осложняющих факторов возможна клиническая оценка таза в родах.

ПОПЕРЕЧНОЕ И КОСОЕ ПОЛОЖЕНИЕ ПЛОДА (встречается в 0,5—0,7% всех родов), не исправленное к началу схваток является, как правило, показанием к кесареву сечению, методика которого при этом имеет свои осо-

пенноетн (см гл)} Комбинированный акушерский поворот
топа на ножку с послетлющим извлечением, р связи с вы-
сокой мертворождаемостью и травматизмом при его прове-
дении остался в арсенале врача влпде _ислхлючения — при
противопоказаниях (или отрицательном отношении женщи-
ны) к кесареву сечению у многорожавших при некрупном
плоде. Выполнение классического поворота может быть
оправдано в регионах с установками на многодетную семью,
в других зонах к нему целесообразно прибегать только при
поперечном положении второго плода при двойне (хотя сра-
зу после рождения первого ребенка из двойни обычно легко
удается поворот па головку второго плода наружными при-
емами)

**ПОЗДНИЙ ГЕСТОЗ В ТЯЖЕЛОЙ ФОРМЕ И СРЕД-
НЕЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ**'с прогрессирующим течением
и отсутствием эффекта от лечения при неподготовленном
родовом пути. Пролонгирование недоношенной беременности
v женщин с нефропатией II—III степени тяжести с целью
получения более жизнеспособного плода бесперспективно
при недостаточном эффекте лечения в течение 5—7 дней,
сохраняющейся плацентарной недостаточности и задержке
развития плода II—III степени. Успешное родовозбуждеие
в таких ситуациях с быстрым и бережным родоразрешением
естественным путем на фоне поэтапного обезболивания и
управляемой нормотонии в родах может явиться оптималь-
ным завершением беременности. Имеются обоснованные
суждения о том, что операционная травма и наркоз явля-
ются серьезной дополнительной нагрузкой па фоне прогрес-
сирующей полиорганной недостаточности при тяжелых фор-
мах гестоза, что может привести к тальнейшему срыву на-
пряженных компенсаторных механизмов, вплоть до развития
необратимых процессов. Уходя от нередко оправданного
риска ведения родов при нефропатии II—III степени, аку-
шеры подчас с облегчением принимают решение о кесаре-
вом сечении, тогда как при благополучном развитии родо-
вого акта и надежном анестезиологическом обеспечении
вполне можно было бы обойтись без операции.

В целом же метод родоразрешения обычно не оказывает
значительного влияния на показатели материнской и пери-
натальной -смертности при позднем гестозе. Родовозбужде-
ние имеет более благоприятный прогноз при вполне зрелой
шейке матки v повторнородящих. При отсутствии эффекта
от \—2 кратного родовозбуждения при нефропатии IT степе-
ни и остающемся обосновании в завершению беременно-
сти — решают вопрос о кесаревом сечении.

При безуспешном чечеччи иефропаттг III степени, проведение комплексной интенсивной терапии совмещают с подготовкой к родовозбуждению. Если родовая деятельность не возникает или в процессе родостимуляции появляются дополнительные осложнения (дистоция шейки, нарастание безводного промежутка, аномалии родовых сил), особенно у первородящих в 30 лет и старше при перепашиванин беременности, сужении та^а, тазовом предлежании то женщину родоразрешают абдоминально без выжидания.

Длительность интенсивной терапии в случаях преэклампсии и эклампсии ограничивается не сутками, а часами. Если лечение недостаточно эффективно и сохраняется опасность появления или возобновления экламптического припадка и других осложнений, то при отсутствии условий к влагалпшному родоразрешению в ближайшие 2—6 часов — производят кесарево сечение. Может быть оправдано расширение показаний к операции у женщин с тяжелыми формами гестоза поступивших в ЦРБ где не всепа имеется возможность для проведения полноценного обследования, мониторинга и интенсивной терапии.

И хотя, в условиях высококвалифицированного стаиио пара, успешное завершение родов естественным путем, даже при тяжелых формах гестоза, по праву может считаться одной из вершин акушерского искусства, то при неподготовленном родовом пути и безуспешном лечении кесарево сечение является методом выбора родоразрешения \ таких беременных.

ПРЕДЛЕЖАНИЕ II ВЫПАДЕНИИ ПУПОВИНЫ сопровождается высокой частотой мертворождений. В случае если при влагалпшном исследовании в конце беременности или в родах определяют предлежание пуповины, то женщину укладывают на кровать с приподнятым ножным концом постоянно контролируя сердцебиение тощ. Сохранение предлежания п\повипы г течение часа и более после этого является показанием к кесареву сечению. При обнаружении выпадения пуповпнм после излития вод, в настоящее время обычно не проводят ни попыток заплавдеиня ее петель выше предлежащей части (что и ранее было оправдано только при головном пред пежаншО ни поворота плода на ножку. Кесарево сечение является наиболее рациональным методом родоразрешения при выпадении ПУПОВИНЫ И невозможности закончить роды естественным щтем в ближайшие несколько минут.

РУБЦОВЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ ШЕЙКИ МАТКИ И ГЛУБОКИЕ РАЗРЫВЫ ЕЕ ПОСЛЕ ПРЕЖНИХ РОДОВ. Серьезные деформации шейки матки могут быть результатом травмы ее при осложненном течении имевшихся ранее родов или абортов. Глубокие разрывы шейки матки, нераспознанные при предшествующих родах или разошедшиеся после ушивания, последующие рубцовые изменения тканей могут служить ведущей причиной сочетанных разрывов шейки и тела (нижнего сегмента) матки у повторнородящих (И. М. Мирон, 1984). При продвижении головки плода у таких рожениц может возникнуть разрыв истонченной рубцовой ткани в верхнем отделе шейки матки (области внутреннего зева), который продолжается затем на нижний сегмент и тело матки. Способствуют наступлению данных разрывов увеличение массы плода при повторных родах, проведение влагалищных родоразрешающих операций (вакуум-экстракция, краниотомия и краниооклазия и др.); пособий при тазовых предлежаниях. При глубоких «старых» разрывах шейки матки с переходом их в вышерасположенную истонченную рубцовую ткань, при болезненности в вершине такого разрыва или в случаях, когда дефект шейки достигает внутреннего зева, необходимо расценивать беременных как угрожаемых по разрыву матки в родах, особенно при наличии более крупного плода, чем при прежних родах. Таких женщин направляют в стационар в 37—38 недель беременности для планового кесарева сечения. Если разрывы шейки являются неглубокими, не доходят до внутреннего зева на 1—1,5 см и не переходят в истонченную рубцовую ткань, то при некрупном плоче проводят родоразрешение естественным путем. Второй период родов необходимо вести при этом при развернутой операционной, с тщательным контролем состояния матки и продвижения плода. После родов внимательно оценивают состояние шейки и нижнего сегмента матки. Рубцовые сужения и деформации шейки матки (после хирургической пластики, конусовидной диатермоэксцизии и т. п.) являются показанием к кесареву сечению если создают непреодолимые препятствия для раскрытия шейки и продвижения плода.

МИОМА МАТКИ с наличием множественных узлов приводит к ряду отклонений в течении родов (неправильные положения плода, тазовые предлежания, предлежание и отслойка плаценты, дородовое излитие вод, аномалии роловой деятельности), которые могут являться самостоятельными показаниями к кесареву сечению. Среди жешип с миомой матки немало первородящих старше 30 лет с бес-

плодием или невынашиванием в анамнезе, с наличием сопутствующих заболеваний, что является дополнительным обоснованием для операции. Все же в большинстве случаев роды у женщин с миомой матки, не препятствующей продвижению плода, завершаются благополучно. В. Д. Епюшип (1980), И. С. Сидорова (1985), Л. В. Тимошенко и соавт. (1972) отмечали, что в ряде случаев, даже при наличии значительных по размерам низко расположенных миоматозных узлов, возможно нормальное течение родов, т. к. при схватках наблюдается перемещение узлов выше плоскости входа в таз. При достаточно длительной лактации (3—6 мес. и более) у большинства таких женщин отсутствует дальнейший рост опухоли. Выявление у рожениц с миомой матки стойкой слабости родовой деятельности, нарастания безводного промежутка, симптоматики гипоксии плода обосновывает проведение кесарева сечения. В неинфекционных случаях на операции возможно удаление отдельных миоматозных узлов, а для профилактики перитонита может быть показано интраоперационное введение антибиотиков с продолжением их краткого курса (до 48—72 часов) при отсутствии осложнений. При миоме матки выделяются показания и к плановому кесареву сечению.

1. Низко расположенные шейечно-перешеечные опухоли, затрудняющие раскрытие шейки и препятствующие продвижению плода, а также узлы с центрипетальным ростом и подслизистым расположением.

2. Множественные миоматозные узлы значительных размеров.

3. Истончение рубца на матке после консервативной миомэктомии с обширным иссечением ткани стенки матки при вскрытии ее полости, с осложненным течением послеоперационного периода.

После извлечения ребенка экстирпация шейки показана при шейечно-миоме значительных размеров, некрозе низко расположенного узла. На влагалищную или высокую ампутацию матки проводят при множественном миоматозе, субмукозных опухолях или центрипетальном росте интрамуральных узлов. При отсутствии инфицирования следует избегать неоправданного радикализма, стремиться к оставлению хотя бы нижних отделов матки с пластикой ее, поскольку операция проводится обычно у женщин не старше 40 лет. В послеоперационном периоде уделяют внимание поддержанию лактации.

ПОРОКИ РАЗВИТИЯ МАТКИ могут приводить в конце беременности к неправильным положениям и предлежаниям

плода В родах нередко отмечается слабость родовой деятельности, несвоевременное излитие вод, а при некоторых видах пороков (атрезия шейки) родоразрешение естественным путем невозможно.

В Рязанской акушерской клинике кесарево сечение проводилось при стощп- слабости родовой деятельности у женщин/е двойной маткой, при атрезии шейки и других аномалиях матки. При комбинации поперечной перегородки влагалища и атрезии шейки во время кесарева сечения возник вопрос о необходимости ампутации матки, т. к. вызывала сомнение возможность достаточного оттока лохий после операции, хотя месячные у женщины были регулярными и достаточными по количеству и длительности. По окончании кесарева сечения, через влагалище было проведено зондирование, а затем и расширение внутреннего зева (на операции его диаметр — 0,5 см) до А^Г 8 расширителя Гегара. Послеоперационный период достаточно благоприятный, через полтора года у этой молодой женщины наступила повторная беременность.

При различных пороках развития матки необходимо еще в женской консультации уточнить их характер (УЗИ и др.), тактика родоразрешения избирается индивидуально А, С. Слепых указывал, что в большинстве случаев возможны роды естественным путем; кесарево сечение проводится чаще при наличии акушерских показаний (поперечное положение, патология плацентации и др.).

СОЧЕТАННЫЕ ПОКАЗАНИЯ.

Первые роды в возрасте 30 лет и старше* служат показанием к плановому кесареву сечению при прогнозировании клинически узкого таза, тазовом предлежании при перенашивании и незрелой шейке матки, отягощенном анамнезе и ряде других показаний. У данных рожениц повышена частота осложнений и оперативных пособий в родах, перинатальной патологии. Первые роды у практически здоровых женщин в возрасте 30—35 лет при отсутствии иных осложняющих факторов оправдано вначале вести естественным путем. Положительный эмоциональный настрой роженицы, постоянное врачебное наблюдение, поэтапное обезболивание, профилактика осложнений позволяют в большинстве случаев обеспечить самостоятельное благопо-

*) По соображениям этики и деонтологии наиболее целесообразен термин «первые роды в возрасте 30 лет и старше». Определения «пожилые» или «старые» первородящие не следует применять, они оскорбительны для наших пациенток.

лучное родоразрешение. Присоединение в родах несвоевременного излития вод, слабости родовых сил и другой патологии, повышающей риск для плода, обосновывают кесарево сечение без длительного выжидания. У первородящих старше 35 лет необходимо полностью исключить риск неблагоприятного исхода для плода, что и достигается обычно плановой операцией.

ТАЗОВОЕ ПРЕДЛЕЖАНИЕ - существенная причина увеличения перинатальной смертности (ее показатель в 3—5 раз выше, чем в родах с головным предлежанием). У рожениц в тазовом предлежании повышена частота асфиксии, нарушений мозгового кровообращения, черепно-мозговой и спинальной травмы, дефектов последующего развития. Наибольшая смертность и травматизм новорожденных наблюдаются при извлечении за тазовый конец. Оправдано заключение Н. В. Стрижовой о том, что при тазовом предлежании опасен весь период изгнания плода, когда реализовать принцип расширения показаний к кесареву сечению практически невозможно. Поэтому решение о способе родоразрешения необходимо принять до родов или в их I периоде.

В настоящее время расширено проведение кесарева сечения при тазовом предлежании. Последнее практически не встречается в виде единственного самостоятельного показания, а сочетается с рядом других (первые роды в 30 лет и старше, отягощенный акушерский анамнез, крупный плод, узкий таз, перенашивание и т. д.). Частота кесарева сечения при предлежании тазового конца по данным литературы колеблется от **20** до **60%**, а в некоторых зарубежных клиниках и выше. Такая ультрахирургическая тактика не приводит к дальнейшему снижению перинатальной смертности и отражает нередко неумение врачей вести роды в тазовом предлежании. При соответствии размеров плода и таза у здоровых рожениц современное активное ведение родов и квалифицированное акушерское пособие позволяют закончить их благополучно. Прогноз более благоприятен у повторнородящих (тем более у тех из них, у которых масса плода ниже, чем при прежних родах) и у первородящих в возрасте до **25** лет. Операция у таких рожениц может быть оправдана при наличии дополнительных веских показаний.

В целом же кесарево сечение в родах оправдано при следующих осложнениях: отсутствие эффекта от родестимуляции в ближайшие 2—4 часа при несвоевременном излитии вод и слабости родовых сил; гипоксия плода в родах. При особенно тщательном выявлении ее признаков в слу-

чае стимуляции внутривенным введением окситоцина или простагландина); установление заднего вида при плоде не ниже средних размеров; преждевременная отслойка плаценты и любая другая патология, являющаяся самостоятельным обоснованием к операции. Госпитализируют беременных с тазовым предлежанием за 2 недели до срока родов.

Внутриутробная гипоксия плода и фетоплацентарная недостаточность при безуспешном лечении — нередко дополняют имеющиеся показания к кесареву сечению, т. к. обычно являются одним из звеньев патогенеза позднего гестоза, ЭГП, перенашивания и других осложнений беременности и родов. С углублением перинатальной направленности акушерства нарастает частота кесарева сечения по поводу внутриутробной гипоксии плода: 8—10% в настоящее время по данным отечественных авторов с явной тенденцией к росту. Интранатальная гипоксия плода является сопутствующим показанием к операции при тазовом предлежании, аномалиях родовой деятельности, небольшой диспропорции плода и таза, перенашивании, бесплодии и других видах отягощенного анамнеза, у первородящих старше 30 лет. Объективизирует ее диагностику проведение мониторингового контроля (кардиотахограмма, определение рН крови из предлежащей части плода, трапскутанное исследование напряжения кислорода и углекислого газа и т. п.). При выявлении внутриутробной гипоксии плода в родах решение о проведении кесарева сечения следует принимать безотлагательно, иначе повышается риск внутричерепных кровоизлияний и гибели плода.

Крупный плод диагностируется при массе тела выше 4000 г. Частота макросомии достигает в настоящее время 10% и более. В родах крупным плодом возможно несоответствие его с размерами таза, чаще наблюдаются аномалии родовой деятельности, несвоевременное излитие вод, асфиксия и травма новорожденного. Очевидно, что наличие крупного плода является серьезным дополнительным обоснованием к кесареву сечению при ряде других показаний.

При перенашивании беременности перинатальная смертность не менее, чем в 3 раза выше, чем при срочных родах, что во многом связано с хронической гипоксией плода вследствие инволютивных, дистрофических и перекрбиотических изменений плаценты; отсутствием достаточной конфигурации головки, макросомией, длительными осложненными родами. Интранатальная гибель плода может наступать при родостимуляции внутривенным введением окситоцина. Перенашивание оправдано является до-

полнительным показанием к операции при угрозе асфиксии и травмы плода в родах (тазовое предлежание, крупный плод, сужение таза...) и при необходимости получения нетравмированного ребенка (бесплодие в анамнезе, первые роды в 30 лет и старше и т. п.).

Ригидность шейки матки при безуспешном ее лечении и нарастание безводного промежутка являются добавочными осложняющими факторами, сопровождающимися обычно аномалии родовых сил, Предупредить затяжной характер родов, гипоксию плода, травматизм матери и новорожденного, угрозу инфицирования может кесарево сечение.

В группу «отягощенного акушерского анамнеза» относятся в основном беременные, у которых ранее ожидание материнства не было реализовано (вследствии дисгормональных нарушений, бесплодия, невынашивания, мертворождения) и тем более те из них, у которых настоящая беременность развивается после стимуляции овуляции, инсеминации, экстракорпорального оплодотворения. Повышена необходимость получения полноценного нетравмированного ребенка при тяжелых заболеваниях или смерти детей, позднем и повторном браке. У большинства таких женщин имеется, как правило, комплекс показаний к кесареву сечению.

Выраженные формы экстрагенитальной патологии (заболеваний (без явлений декомпенсации функции органов и систем) и поздних гестозов, неблагоприятно отражаясь на исходе родов, нередко дополняют обоснованность кесарева сечения у перечисленных выше групп рожениц.

Подчеркнем, что наличие только сочетанных показаний требует от врача строгой оценки их достаточности для выбора абдоминального родоразрешения (чтобы не подвергать роженицу неоправданному риску хирургического вмешательства) и тщательного учета условия и противопоказаний к операции.

* * *

Таким образом, определяя способ родоразрешения у конкретной роженицы, акушер должен оценить всю совокупность имеющихся факторов, основными из которых являются: возраст и особенности здоровья женщины, ее брачное состояние, паритет родов, акушерский анамнез, срок беременности и ее осложнения, размеры таза, состояние родовых путей и характер родовой деятельности; положение и

предлежание, предполагаемая масса и жизнеспособность плода, возможность его дальнейшего выхаживания; степень операционно-анестезиологического риска, вероятность послеоперационных осложнений.

Применение кесарева сечения должно быть в целом ограничено у повторнородящих женщин с благополучным анамнезом, ^ которых при ряде осложнений родового акта (слабость и дискоординация родовой деятельности, преждевременное излитие вод, недостаточная зрелость шейки матки и др.) имеется реальная возможность с помощью рациональной терапии обеспечить благополучное родоразрешение естественным путем.

Только по очень веским — абсолютным и относительным — показаниям возможно проведение кесарева сечения у рожениц в возрасте до 20 лет. Акушеру следует предельно ответственно подходить к определению необходимости первой операции, поскольку при этом заранее ограничивается возможность последующего деторождения.

ГЛАВА 2.

ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ К КЕСАРЕВУ СЕЧЕНИЮ И УСЛОВИЯ ПРОВЕДЕНИЯ ОПЕРАЦИИ. МЕТОДЫ ОБЕЗБОЛИВАНИЯ.

Противопоказания к кесареву сечению. Основными из них являются **различны**^ ^зоспалительные процессы в связи с угрозой развития перитонита, сепсиса и гибели женщины. Это заболевания/ **Уенитальной** сферы — кольпит, **эпдоцервицит**, **эндометрит** и **кориоамнионит** в родах. Из экстрагенитальных инфекционных процессов наибольшее значение имеют острые бактериальные и вирусные поражения)*[ЮР — органов и ^егких, цорганов желудочно-кишечного **тракта** и мочевыводящих **пуиеft**, гнойничковые поражения **кожи**, заболевания зубов и др. Резко возрастает **риск** перитонита при\$4езводном промежутке свыше 12—16 часов, ^-х и **более** влагалищных исследованиях. Не следует проводить кесарево сечение'Нюсле' ^одоподготавливающих операции (насечки шейки матки, метрейриз, **кожно-головные шипцы** по Иванову) и, тем более, Цпосле попыток оперативного ^юдоразрешения (извлечение за тазовый конец, вакуум-экстракция, "акушерские шипцы).

Важными противопоказаниями являются Чвнутриутробная смерть, глубокая недоношенность и незрелость, асфик-

иИя, врожденные тяжелые заболевания и уродства плода (гидро- и микроцефалия, анэнцефалия, мозговые грыжи, и др.). При абсолютных (витальных) показаниях к кесареву сечению приходится оперировать при наличии противопоказаний.

Условия для проведения кесарева сечения подразделяются на хирургические и акушерские.

Хирургические условия предусматривают наличие оборудованной -операционной с необходимым персоналом и стерильными наборами. Опытные операторы и анестезиолог должны обеспечить выполнение операции с возможным расширением ее объема.

Акушерские условия включают: 1) отсутствие проявлений инфекции у роженицы; 2) целый плодный пузырь или безводный промежуток до-Бишюв (по крайней мере, не выше 12 часов при относительных показаниях); 3) жизнеспособный плод (однако это условие может не учитываться при абсолютных показаниях со стороны матери). Оптимально кесарево сечение выполнять после начала родовой деятельности, что обеспечивает лучшее сокращение матки на операции и в пуэрперин, улучшает адаптацию новорожденных. В родах решение об операции следует принимать без неоправданно длительного выжидания. Кесарево сечение не должно быть операцией отчаяния при запущенных формах акушерской патологии: длительности родов и безводного промежутка свыше 12—16 часов, гипоксии плода, нарастающем перерастяжении нижнего сегмента матки и т. п. Своевременное и квалифицированное проведение операции и строгое соблюдение условий ее выполнения — являются показателем профессиональной компетентности акушера.

Решение о кесаревом сечении оформляют в истории родов кратким эпикризом, в заключении которого формулируют диагноз. Отдельно выделяют показания к кесареву сечению в порядке убывания значимости. Указывают предполагаемый объем операции и отмечают согласие женщины. Дается обоснование к планируемому виду обезболивания по согласованию с анестезиологом. Изложение предоперационной концепции позволяет еще раз критически оценить обоснованность кесарева сечения. Экстренная операция в родах сопровождается значительным числом инфекционных и других осложнений для матери и новорожденного. Поэтому в практической работе акушера необходимо обеспечить преобладание плановых кесаревых сечений (до 60—80%). о настоящее время, несмотря на постепенное нарастание

их частоты, они редко составляют более 25—30% операций (В. Н. Городков и др., В. М. Уткии и др., 1989). При прогнозировании кесарева сечения беременную госпитализируют не позднее 38 недели.

Подготовка к операции. Нередко участковый акушер допускает серьезный деоптологический просчет, извещая беременную чуть ли не при первой явке о необходимости кесарева сечения (причем в части случаев этот прогноз не подтвердится),— женщина получает длительный стресс «ожидания операции». Более целесообразно перед дородовой госпитализацией объяснить беременной, что врачи родильного дома уделят ей дополнительное внимание в связи с особенностями ее состояния и сделают все необходимое для благополучного исхода родов. У беременных с возможностью абдоминального родоразрешения особенно тщательно saniруют очаги хронической инфекции, бактериологическое обследование повторяют в 36—37 недель. При выявлении III—IV степени чистоты влагалища проводят санацию с учетом этиологии. Перед плановой операцией производят полное клинико-лабораторное обследование, в т. ч. УЗИ, в первую очередь для исключения аномалий плода.

Кроме рутинных анализов крови и мочи, определяют показатели коагулограммы и иммунного статуса в возможно полном объеме, антибиотикограмму, показатель гематокрита, ионо- и протеинограмму крови, содержание фибриногена, СРВ, сахара, билирубина, мочевины и др. Обязательно лабораторно перепроверяют группу крови и резус-принадлежность (!). При необходимости спектр обследования расширяют. Беременную осматривают терапевт, зав. отделением, анестезиолог. Пациентке объясняют обоснованность кесарева сечения, подчеркивают его безопасность. Если не исключается проведение операции в родах, то вначале необходимо добиться уверенности роженицы в благополучном их завершении естественным путем при правильном ее поведении, иначе возможные осложнения родового акта будут усугубляться негативным настроением женщины.

Накануне плановой операции беременная получает легкий обед (жидкий суп или бульон с белым хлебом, кашу), вечером — сладкий чай. Перед принятием душа, вечером ставят очистительную клизму, повторяют ее утром за 2—4 часа до кесарева сечения. На ночь перед операцией дают снотворное — фенобарбитал (люминал) — 0,05 г одновременно с одним из антигистаминных препаратов (супрастин — 0,025 г, димедрол — 0,05 г). Перед плановым кеса-

„ости, о б е с ^ й ' л а л ь Г С 7 Г Х ^ а Р н Г Г Й Де Я ? ^
раскрытия шейки матки / v p r r i i Р е " Г ^ т м В в [; М Г К О Й
Царской кл., Иик"е с , 4 о ; ° - и " Г ^ т м В в [; М Г К О Й
возбуждение способствует лучшей п » » м о .

к э т у г с т о г о ~ " , = т м т м е г =
оттока лохии в послеоперационном периоде

Методика родовозбуждения. При планировании кесарева сечения впервые у данной женщины, н ^ ^ о п е р ^ и в 20 часов вечера дают внутрь 1,0 хлорида калия (или 1 ст ложку 10% раствора его) и 1 ст. Ложку 10% раствора хд ^ р ^ 1 с т ^ о з а д ь ц а д , в н у т р и м ы ш е ч н о { в / и } в в о д я т 2 м л 0 1 % раствора эстради ^ ^ и л и 40 т ы с > е д ф о л л и к у л и - н а (синестроЗгатГХпазмолитическая свеча во влагалище на ночь.

Перед повторным кесаревым сечением вечернее введение эстрогенов не производят, ^ д е н ь о п е р а Д и р как при первом, так и при повторном кесаревом сечении к родовозбуждению приступают в 5 часов утра (при начале операции в 9 часов 30 мин.). 5 час. — Эстрадиол-пропннат 0,1% 2,0 в, м или синестрол (фолликулин) ~ 4 U т ы с . ~ ~ е д . Любой из этих препаратов вводят с добавлением 0,5 мл эфира для наркоза с целью более быстрого всасывания лекарства. Но-шпа — 2 мл в/м. Внутрь дают вновь 1,0 хлорида калия Т Р Г г г г л ш к - к у 10% х л ^ 1 с ш ш - к а л ь ц и я . В 5 ч а с Г Т Я н с т и т е л ь н а я к л и з м a 6 час. — Инъекция хинина — 50% 0,2 мл в/м. 6 час. 30 мин. — Окситоцин 0,2 мл в м. 7 час. — Химии 0,2 мл в/м. Вводят внутривенно раствор глюкозы 40% — 20 мл, 10 мл 10% раствора глюконата или хлорида кальция и витамин С - 5% - 4 мл. В'м вводят 1 мл витамина В_i. ^ ~ ^ П т П 1 1 7 час 30 мин. - Окситоцин 0,2 мл в м 8 час. - Окситоцин 0 2 мл в У м 8 час. 30 мни. - Окситоцин 0,2 мл в < i 9. чае, - Повторяют инъекции эстрадиол-проп.юната или фолликул..- на (синестрола) п Но-шпы. т . 1 1 . . .

на матке проводят при отс. \тстш.н Д"-¹ ценности и при сформированной ш ^ " а т к " х в а т о к м о ж е т

Дополнительным ф.кторо« ин > ни ^ ^
^ T S J r S Z i X » ^ , К о в г р у д н ы х

желез ио 3 минуты с каждой стороны 3 р а з с т е н .
За 1 час до операции на область разре Р е н н о ки накладывают спиртовую прокладк). Р

-е v , переводом в операционную выводит мочу катетером (в оставлении постоянного катетера на время операции обычно нет необходимости). Затем целесообразно санировать зону половых органов свежеприготовленным 2% В°Д-ным раствором хлоргексидина (рекомендация Л. А. Генчикова); проводят обработку вульвы и влагалища с оставлением смоченной раствором хлоргексидина салфетки во влагалище и области наружных гениталий в течение 5 минут. Аналогичную обработку родового канала проводят и в родах перед первым влагалищным исследованием.

Перед переводом женщины в операционную хирург обязательно выслушивает сердцебиение плода, определяет местоположение предлежащей части (т. к. продвижение головки за время подготовки роженицы к операции может сделать ненужным намеченное кесарево сечение). Перед экстренной лапаротомией при полном желудке необходимо произвести его опорожнение через зонд (профилактика синдрома Мендельсона), проводят и очистительную клизму.

Методы обезболивания. При планировании анестезиологического пособия необходимо учитывать действие лекарственных средств на организм матери, тономоторику матки, состояние плода и новорожденного. От уровня анестезиологического пособия во многом зависит благоприятный исход операции для матери и плода.

Основным методом обезболивания при абдоминальном родоразрешении на современном этапе является J эндотрахеальный наркоз. К сожалению все реже используется местная инфильтрационная анестезия по А. В. Вишневскому, которая широко применялась еще и в шестидесятых — начале семидесятых годов. Существенное преимущество ее — отсутствие заметного отрицательного влияния на состояние плода и сокращение матки. Одной из ведущих причин редкого использования местной анестезии является отсутствие навыков ее применения у новых поколений акушеров и более значительная простота выполнения кесарева сечения под эндотрахеальным наркозом.

Определенные преимущества при ряде показаний к операции (хроническая гипоксия плода, рубец на матке, заболевания сердечно-сосудистой и дыхательной систем, сахарный диабет) имеет перидуральная анестезия, однако имеются и противопоказания — акушерские и соматические — к данному виду обезболивания, безопасное проведение которого требует специальной подготовки.

Менее распространены, но достаточно эффективны мето-

пики комплексного обезболивания с применением рефлексотерапии, электроанальгезии

Эндотрахеальная анестезия начинается с премедикации: за 20—25 минут до ее начала внутримышечно вводят 0,5—1,0 мл 0,1% раствора сернокислого атропина или метацина.

При срочной операции инъекцию атропина проводят внутривенно непосредственно перед началом вводного наркоза.

Е. А. Чернуха, Л. М. Комиссарова (1986) рекомендуют следующую методику дальнейшего анестезиологического пособия. Вводный наркоз обеспечивается внутривенным введением 10—15 мл (5%—500—750 мг) пропанидида (сомбреви); данную дозу вводят за 40—60 секунд. Кроме того можно применять кеталар (калипсол, кетамин) 1,5—2 мг на 1 кг массы тела, гексенал или тиопентал натрия по 6—8 мг на 1 кг массы тела. Перед началом вводного наркоза пропанидидом роженице в течение 2—4 минут обязательно проводят ингаляцию закиси азота с кислородом в соотношении 2-1 или 3-1 масочным способом. Интубацию трахеи производят после внутривенного введения деполяризующего миорелаксанта дитилина (листенона) в дозе 1,5—2 мг на 1 кг массы тела. Основной наркоз до извлечения плода поддерживают ингаляцией закиси азота с кислородом в соотношении 3-1.

Мышечная релаксация осуществляется дробным методом введения малых доз дитилина (по 0,4—1 мг на 1 кг массы тела).

Интервал времени от начала наркоза до извлечения плода не должен превышать 7—10 минут.

К этому моменту все должно быть подготовлено для оживления новорожденного или выведения его из наркозной депрессии. Поддержание наркоза после извлечения плода достигают введением анальгетика фентанила в дозе 2—4 мл 0,005% раствора (0,1—0,2 мг) и нейролептика дроперидола в дозе 2—4 мл 0,25% раствора (5—10 мг).

Особые требования предъявляются к наркозу при поздних гестозах, экстрагепитальной патологии, шоке, кровотечениях (их описания даны в специальных руководствах). У тайных рожениц не следует спешить с интубацией и переводом на самостоятельное дыхание. Интубация возможна при стойкой стабилизации показателей гемодинамики и состояния жизненно важных органов после постепенного уменьшения коррегирующей терапии.

Местная анестезия оправдано может считаться методом выбора в тех ситуациях, когда требуется необходи-

мо исключить опасность повышенной частоты асфиксии при медикаментозной депрессии плода при других видах обезбоживания или если имеются противопоказания к эндотрахеальному наркозу. Применение местной инфильтрационной анестезии новокаином по А. В. Вишисглтту^ показано у женщин уравновешенного характера, без ттевротических срывов, не имеющих тяжелых экстрагеитальных заболеваний и осложнений беременности. Ее применение целесообразно при гипоксии плода. Не следует применять местное обезбоживание при тяжелых формах гестозов, декомпенсированных формах сердечно-сосудистых и других экстрагеитальных заболеваний, при акушерских кровотечениях, шоке, угрожающем разрыве матки. Противопоказана анестезия новокаином при его непереносимости. В беседе перед операцией индуцируют положительный эмоциональный пастрой роженицы к данному виду обезбоживания. В настоящее время применяют местную анестезию в сочетании с элемен^2aJ^и_J^eI%гдеJlТоанальгезии (В. М. Уткин и сотр.).

Вечером перед операцией беременная получает один из транквилизаторов (седуксен 0,005 г) или снотворное (фенобарбитал) совместно с антигистампнным средством (димедрол 0,05). Для премедикации используют сочетание сернокислого атропина (0,5—1,0 мл 0,1% раствора) и промедола (1,0 мл 2%). На операции по линии будущего разреза брюшной стенки начинают внутрпкжное введение 0,25% раствора новокаина по типу «лт^мошшй____кщючки». Затем раствор новокаина вводят в подкожную клетчатку до апоневроза. После рассечения кожи и обнажения апоневроза, прокалывая его, вводят раствор новокаина в мышцы брюшной стенки (не слишком глубоко, чтобы не пройти иглой в брюшную полость). Тупым и .острым путем разделяют мышцы и вскрывают париетальную брюшину па протяжении 4—6 см, а после дополнительного введения новокаина — рассекают ее на всю необходимую длину. Затем, пользуясь 0,5% раствором, проводят аие£l£ЛЩО париетальной брюшины полосой 6—8 см по всей зоне разреза. Для этого помощник приподнимает вначале правую сторону разреза брюшной стенки, а оператор длинной иглой вводит 0,5% раствор новокаина под контролем зрения под брюшину стенки живота, начиная с нижнего угла разреза. Особое внимание уделяется достаточной анестезии брюшины и вышележащих тканей в области вхождения круглых связок в паховый канал и в зоне пупка.

На анестезию париетальной брюшины и зоны пахового канала расходуется обычно 120—200 мл 0,5% раствора но-

вокаипа. Затем 0,25% раствор анестетика (10—20 мл) вводят под пузырно-маточную соа́рку брютины. что способствует дальнейшему легкому ее отделению — после рассечения — от нижнего сегмента матки. Поскольку наиболее болезненным и неприятным для роженицы является извлечение плода, то за 3—5 мин до разреза нижнего сегмента можно добавить ингаляцию закиси азота с кислородом, После извлечения плода глубину анестезии усиливают внутривенным введением 2 мл фентапила и 1—2 мл дроперидола, возможно присоединение и закиспо-кислородного наркоза, что позволяет завершить операцию максимально безболезненно для женщины.

Местная анестезия увеличивает длительность операции не более чем на 8—12 мин, но полностью исключает действие компонентов наркоза на плод и роженицу. На ее проведение расходуется обычно около 600 мл 0,25% раствора новокаина и до 200 мл 0,5% раствора,

Объем инфузии, при неосложненном кесаревом сечении без учета переливания крови, должен составлять не менее 1200—1500 мл (для рожениц со средней массой тела — до 60^{70} кг). Традиционно основу вливания составляют полииопный раствор Рнигер-Локка и 5—10% растворы глюкозы. При гипокальцемии добавляют введение хлорида калия. Дополнительное введение плазмозаменителей диктуется состоянием роженицы. При тяжелых формах гестоза, например, целесообразно введение альбумина, реополиглюкина. При длительных травматичных операциях, риске инфекции, нефропатии оправданы инфузии гемодеза (400 мл) и т. п. У женщин с исходной ямемией и при повышенной кровопотере обосновано вливание полиффера на фоне проведения гемотрансфузии. На протяжении инфузии поэтапно отдельно вводят витамин С (5% — 6—10 мл), витамины группы В (особенно их коферментные формы — кокарбоксилазу, рибофлавина-мононуклеотида[^] пипизоксальбосфат),

В целом задачами трансфузионно-инфузионной терапии при кесаревом сечении являются не только восстановление объема циркулирующей крови и возмещение потери эритроцитов, но и улучшение реологических свойств крови, обеспечение гемостатического, дезинтоксикационного, диуретического воздействия, умеренной гипотемии. С целью создания управляемой периперационной гемслилюции при кесаревом сечении В. Н. Серов и соавт. (1987, 1989) рекомендуют введение полиглюкина (8—10 мл/кг) в сочетании с 10% раствором глюкозы (5—7 мл/кг) в соотношении 2-1. Общий объем инфузии 1200 мл. При исходной гипонатриемии-

мни вместо раствора глюкозы вводят в том же количестве раствор Рингера. У рожениц с гестозом, особенно при нарушении функции почек, рекомендуется введение равных количеств 10% альбумина (5—7 мл/кг) и реополиглокина (5—7 мл/кг) в общем объеме 800 мл. При противопоказаниях к плановой гемодилюции (исходная анемия, в т.ч. при предлежании плаценты; тяжелые формы гестоза и др.) авторы считают оптимальным возмещение кровопотери путем введения реополиглокина (800 мл) и донорской крови (500 мл) в сочетании с использованием ганглиоблокаторов. Последующие трансфузии приводят к достаточно быстрой стабилизации показателей красной крови. Управляемая гемодилюция при кесаревом сечении у здоровых женщин позволяет исключить (данные В. Н. Серова и соавт., 198^е) или по крайней мере значительно ограничить переливание крови на операции. Обоснованность указанной тактики при проведении дополнительных мероприятий по снижению кровопотери (клеммирование сосудов, электростимуляция гипотемия и т.п.) очевидна.

Известно, что величина кровопотери при кесаревом сечении обычно занижается не менее, чем на 30%, а ее средний объем при несложном кесаревом сечении находится в пределах 800—1000 мл. Установлено, что само абдоминальное родоразрешение чревато опасностью гипотонического кровотечения. Неполный и запоздалый учет кровопотери при кесаревом сечении, отсроченное начало гемотрансфузий может привести к катастрофическому нарастанию проявлений геморрагического шока, невосстановимому нарушению компенсаторных возможностей организма по преодолению последствий своевременно невосполненной кровопотери. Анемия после операции — серьезный фактор риска синптических осложнений. При ряде форм акушерской патологии (анемия, предлежание и отслойка плаценты, поздний гестоз и др.) требуется полное восполнение кровопотери.

Оптимально с этой целью применять эритроцитарную массу с небольшим сроком хранения (до 3—5 суток), что намного снижает опасность трансфузионных осложнений. У практически здоровых женщин при кровопотере в пределах 0,5—0,8% от массы тела (если есть уверенность в точном ее учете) целесообразно ее восполнение кровью (эритроцитарной массой в пересчете на кровь) на 30—50% и на 50—70% плазмозаменителями; при 0,9—1% — на 75% кровью и на 25% — плазмозаменителями. При большей кровопотере ее возмещают обычно на 100% кровью и не менее, чем на 20% плазмозаменителями. На каждые 500 мл

перелитой крови вводят 10 мл 10% раствора хлорида или глюконата кальция. По окончании трансфузии следует проверить ее достаточность с помощью определения содержания гемоглобина, эритроцитов, общего белка, величины гематокрита и др. Необходимо учитывать, что результаты этих исследований сразу после операции и в ближайшие 1—2 суток, в связи с дегидратацией, последующим депонированием и секвестрацией крови, будут выше истинных не менее, чем на 10%. Наиболее достоверные значения данных показателей определяются с 3 дня после кесарева сечения. Повторные дробные вливания эритромаcсы показаны при содержании гемоглобина ниже 80—85 г/л, эритроцитов — менее $2,8 \times 10^9$, величине гематокрита — 25%.

Для своевременного выявления возможных трансфузионных осложнений, на операции проводят Бакстер-тест: контролируют прозрачность и цвет сыворотки крови, взятой у больной после переливания ей первых 100 мл крови. Признаком гемолиза (несовместимости крови) является розовый «лаковый» цвет сыворотки. Кроме контроля мочи сразу по окончании операции, через 2 часа вновь визуально (а при необходимости и лабораторно) оценивают следующую порцию мочи. Появление темно-бурой почти черной мочи — свидетельство несовместимости перелитой крови. Это может быть подтверждено лабораторными данными и клиникой (повышенная кровоточивость, гипотензия, снижение диуреза и др.). Обнаружение указанных признаков требует немедленной проверки соответствия крови больной и доноров и срочного лечения.

По окончании операции на 2 часа накладывают пузырь со льдом на низ живота и тяжесть. Оправдано в течение 1—1,5 часов капельное внутривенное введение окситоцина (3—5 ед) для стабилизации тонуса матки. В ближайшие 1—6 часов после операции особенно тщательно контролируют состояние роженицы: цвет кожи и артериальный пульс, артериальное давление, глубину и частоту дыхания, тонус матки, количество выделений, температуру тела. Следят за опорожнением мочевого пузыря: проводят дыхательную гимнастику. Облегчают поэтапную оценку состояния женщины: контролируют деятельность дыхательной и сердечно-сосудистой системы.

ОСНОВНЫЕ МЕТОДЫ АБДОМИНАЛЬНОГО КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ

Абдоминальное (брюшностеночное) кесарево сечение является основным видом этой операции. Уходит в прошлое влагалищное кесарево сечение, применявшееся ранее в качестве родоразрешающей операции в поздние сроки беременности, а в середине нашего века проводившееся лишь как метод прерывания беременности по медицинским показаниям в сроки 14—24 недели. «Малое кесарево сечение» проводится абдоминальным путем при беременности от 16 до 28 недель, чаще всего при полном г^еддеж-аи-н-й-пладенты и в других ситуациях, при которых дальнейшее сохранение беременности или ее прерывание естественным путем создают явную угрозу здоровью и жизни женщины. >

Абдоминальное кесарево сечение (sectio caesarea abdominalis) подразделяется в зависимости от операционного доступа к матке на три группы: 1) нитрапсритонеальные методы — со вскрытием брюшной полости: корпоральное классическое кесарево сечение, кесарево сечение в нижнем сегменте матки, донное и другие редкие виды операции; 2) кесарево сечение с-временным отграничением брюшной полости; 3) экстрап^ритопеальные — впобрюшинное — кесарево сечение. Последние две группы операций относятся к «защитным» вариантам, т. к. предотвращают инфицирование брюшной полости при его высоком риске

При проведении кесарева сечения учитывают, что матка в поздние сроки беременности обычно потироваця вправо Брюшина, покрывающая тело матки, плотно соединена с миометрием, кинзу брюшина имеет белесоватый цвет из-за наличия подлежащей рыхлой клетчатки и становится более подвижной, легко отделяется от стенки матки. Верхний край этой подвижной брюшины является верхней границей нижнего сегмента (перешейка) матки и в родах может располагаться на 6 см и более над входом в малый таз. Доступ к нижнему сегменту ограничен мочевым пузырем, который может быть легко отделен после вскрытия пузырно-маточной складки брюшины. Толщина миометрия в области тела матки достигает 2—3 см, тогда как в нижнем сегменте — 0,5 см в конце беременности, в родах — большее истончение — до 2 мм.

Корпоральное (классическое) кесарево сечение к настоящее время производится только в виде псклгочешг (обычно не более 1—3% всех операций), т. к. влечет за >

бои ряд опасных осложнений' рассечение мощных слоев
 мнометрия в функционально активной зоне матки, что &a-
 Тр^п^тел^з^кивление.^^^^ рутіа и его мускуля-
 ридапию Г^начитель^ кровотечение на^ операции. ^ііесоВер-
 шенная перитонизация шва на матке, ^увеличение частоты
 эндо^^_Рита и перитонита, риск спаечного процесса; выра-
 женная опасность разрыва матки по рубцу при следующей
 беременности. Корпоральный разрез матки проводят по
 строгим показаниям - @ несостоятельность рубца на матке
 после предшествующего корпорального кесарева сечения;
 при отсутствии доступа к нижнему сегменту (значитель-
 ные спайки, варикозное расширение вен и др.); (З^ на уми-
 рающей женщине при живом плоде. Недостаточно опытный
 оператор может провести корпоральный разрез матки при
 предлежании плаценты

Методика классического кесарева сечения описана во
 всех учебниках, имеются и современные дополнения, ниве-
 лирующие ее отрицательные стороны. Приводим описание
 модификации, применяемой в нашей клинике. До рассече-
 ния тела матки по линии предполагаемого разреза субсс-
 розно ввод^^0"^шГ^Г2'5^}) раствора новокаина с созданием
 Твалйка» шириною около 4 см. отделяющего висцеральную
 fTniOHinny от мнометрия (предложение З. Я. Гендона) По-
 середине образованного «вазпка» рассекают отделившуюся П
 помощью гидравлической препар'овк1Г5рюшину и тупо сдвига-
 ют ее края на 1.5—2 см в стороны от будущего разреза мат-
 ки. Разрез матки выведение плода (за ножку) и последа про-
 водят по известной методике. При ушивании разреза накладыва-
 ют^ВНj3^aJi£-JJ^ кетгутовый шов

^tТ^М МирвД пепвого'~5тажа (в середине 'erj^^хео^іаOZZ^
 ео стороны эндометрия и, проведя через нее_нить, допол-
 нительно стягивают IUOR) Над ним ушивают оставшуюся
 толщу мпометпия отдельными узловатыми-* мышечии-мышеч-
 пыми швами Перитонизация шва легко обеспечивается і;е-
 прерывным серо-серозным швом, соединяющим чистки рас-
 сеченной и "отсепарованноп ранее виснерадыуп маточной
 брюшины

Неоспоримы преимущества кесарева сечения в нижнем
 сегменте с поперечным рассечением еро; П разрез про-
 водится в функционально менее активной и «малососуди-
 стой» зоне, его направление соответствует расположению
 ^спомых^пластов^ мнометрия в данном отделе матки" (мень-
 ше траимлТтпппя их снижение кровопотери); 2) операция
 в нижней ч"с брюшной полости снижает риск ее иифпцн-
 рования, перекрытие ушитого р_азр~ёза пузырио-матбЧШЯГ"

складкой брюшины обеспечивает совершенную перитонизацию. 3) более полноценное формирование рубца на матке и его мускуляризация — снижение опасности разрыва матки по рубцу при последующей беременности

Применяют два типичных разреза брюшной стенки — надлобковый и поперечный по Пфанненштилю и продольный нижне-срединный. Последний разрез более прост по технике и пользуются в экстренных ситуациях (выпадение пуповины, кровотечение и т. п.) и при возможном расширении объема операции. Уменьшается опасность инфицирования брюшной полости и риск развития послеоперационных грыж при более косметичном поперечном надлобковом разрезе, который и признается методом выбора

Рассечение брюшной стенки по видоизмененному способу Пфанненштиля производят по нижней складке живота на 3—4 см выше лона, длина разреза 14—16 см, его начинают отступя 2—4 см от правой передне-верхней подвздошной ости, придают ему слегка дугообразную форму и заканчивают слева, не доходя на то же расстояние до левой подвздошной ости. По рассечению жировой клетчатки лигируют кровоточащие сосуды, обращая особое внимание на боковые отделы разреза, где проходят веточки артерий. Тупо сдвигают вверх и вниз жировую ткань по линии будущего разреза апоневроза и рассекают его скальпелем (на 3—4 см выше разреза кожи) в поперечном направлении по обеим сторонам от белой линии на протяжении 1,5—2 см (рис. 1). Затем разрез апоневроза удлиняют изогнутыми ножницами в обе стороны и вверх, соответственно размерам раны, с обязательным рассечением апоневроза косых мышц в боковых отделах брюшной стенки. Пересекают оставшуюся перемычку апоневроза по средней линии. Середина верхнего лоскута апоневроза захватывается крепким зажимом Кохера и апоневроз тупо отслаивают от прямых мышц живота, при этом пытаются сохранить, а при повреждении — лигируют перфорирующие веточки сосудов. Сначала подсекают ножницами довольно выраженную соединительно-тканную прослойку между апоневротическими влагалищами прямых мышц живота (рис. 2), стремясь не высекать в апоневротическом лоскуте отверстий.

Полностью отделенный от мышц верхний лоскут апоневроза имеет клиновидную (дугообразную) форму, его верхушка находится по средней линии живота, а боковые поверхности направлены остро вверх. Без затруднений отделяют от мышц и нижний лоскут апоневроза. Середина края верхнего лоскута апоневроза прошивается двумя крепкими

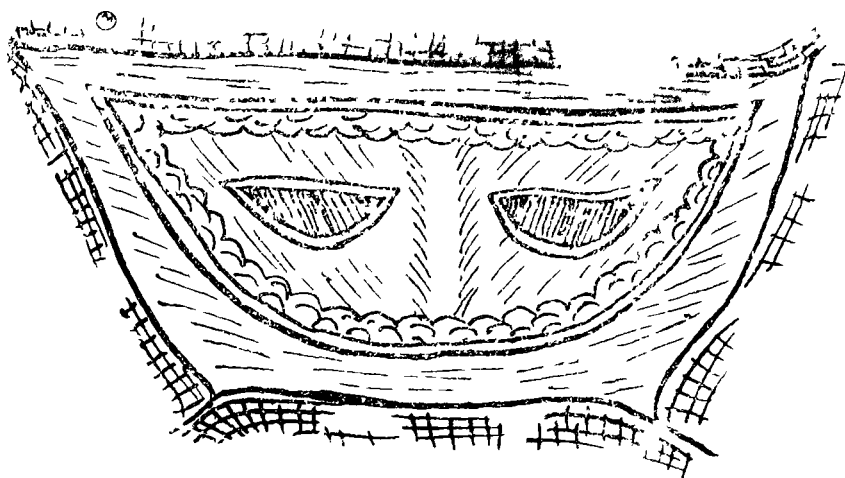


Рис 1 Поперечный надбрюшковый разрез брюшной стенки по Пфанненштилю) Обнажен апоневроз и проведены его разрезы скачликом (длиною 1,5—2 см) в поперечном направлении по обеим сторонам от белой линии живота

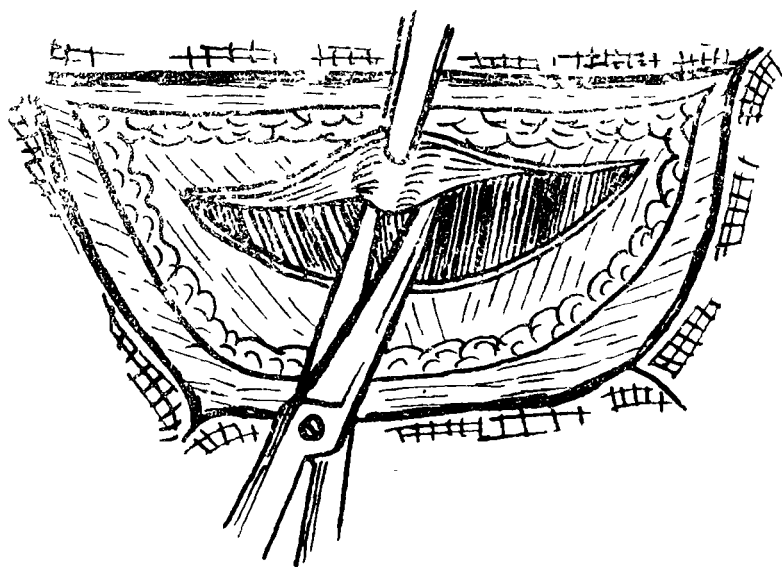


Рис 2 Тот же разрез Отделение верхнего лоскута апоневроза от прямых мышц брюшной стенки

шелковыми лигатурами, которые захватываются двумя зажимами Кохера. К последним прикрепляется петля из стерильного онига и анестезиолог фиксирует его в верхней части операционного стола, чем и обеспечивается хороший доступ к рапе. Прямые мышцы живота (а внизу — и пирамидальные мышцы) разделяют концами сомкнутых ножниц и пальцами с широким (5—5 см) обнажением париетальной брюшины, *lie* захватывают двумя анатомическими пинцетами в верхнем углу раны и, убедившись, что брюшина просвечивает и к ней не предлежит стенка кишки, — осторожно вскрывают ее скальпелем. Далее поэтапно рассекают брюшину книзу почти до уровня мочевого пузыря. При необходимости рассекают брюшину и вверх. Отгораживают салфетками подкожную клетчатку и вводят по обеим сторонам от матки большие салфетки для защиты брюшной полости от попадания околоплодных вод. В нижний угол рапы вводят широкое надлобковое зеркало, с боковых сторон можно ввести тупые раневые крючки.

Затем выполняют кесарево сечение. При зашивании брюшной раны вначале накладывают непрерывный кетгутовый шов по разрез брюшины, им же соединяют и прямые мышцы живота. Перед ушиванием поверхностного листка апоневроза накладывают сначала в правом, а затем и в левом углах раны по 2—3 кетгутовых шва на три листка (сухожильные расширения двух косых и поперечной мышцы живота), на которые здесь расщепляется апоневроз. В середине разреза апоневроз представлен одним пластом ткани и сшивание его несложно. После ушивания подкожной клетчатки закрыть рану можно очень выигрышным подкожным непрерывным швом из тонкого кетгута. На всех этапах наложения швов контролируют полноценность гемостаза, т. к. встречаются случаи образования массивных подбрюшинных, подапоневротических и подкожных гематом после разреза по Пфанненштилю.

Кесарево сечение в нижнем сегменте матки с поперечной ^ны м., р а с е ч е н и е м его основывается на модификации Л. А. Гусакова (Т939), которую впоследствии стали выполнять по рекомендации Л. С. Перснанинова, А. С. Слепых с небольшой отслойкой мочевого пузыря книзу и выбором наиболее оптимального уровня разреза матки, с учетом месторасположения головки.

После обнажения нижнего отдела матки приподнимают пинцетом брюшину пузырно-маточной складки в месте ее, наибольшей подвижности и, рассекают посередине. Затем разрез увеличивают ножницами в обе стороны почти до

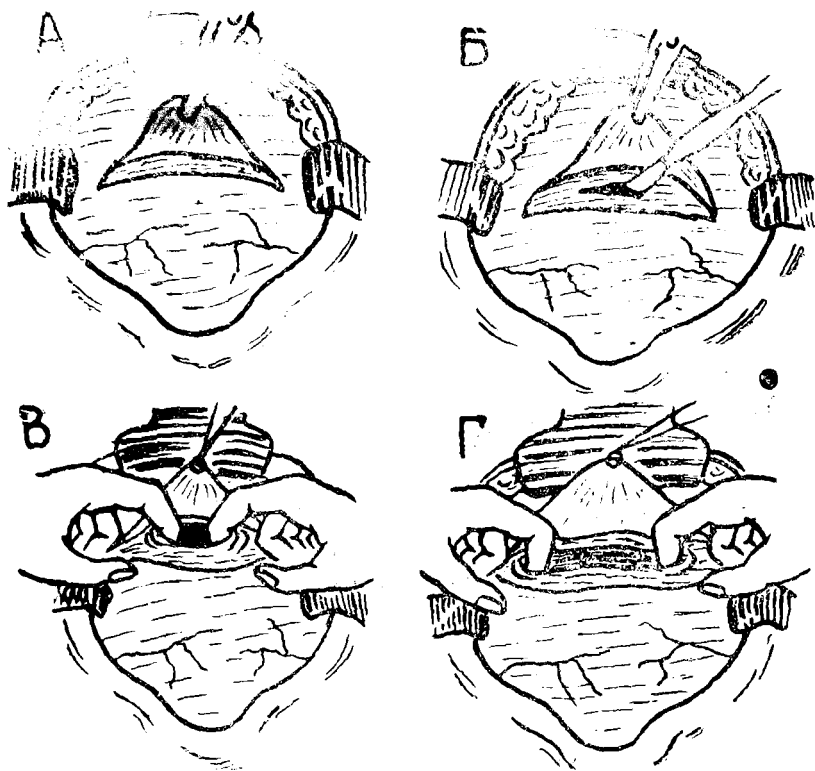
круглых связок (рис. 0 Л). Нижний кран пузырпо-маточной складки берется па зажим, тулфером отделяют книзу мочевой пузырь и отгораживают его широким надлобковым зеркалом, обеспечивая доступ к нижнему сегменту. Скальпелем проводят разрез длиной 2 — 3 см по центру нижнего сегмента в поперечном направлении па уровне наибольшего диаметра і оловки, стремясь не вскрывать плодный пузырь и не поранить плод (рис. SB). В разрез вводят указательные пальцы обеих рук и бережно раздвигают ткани в поперечном направлении па PJ—12 см до периферии головки (рис. 3 В, Г).*

Со стороны лона в рану вводят левую руку, ладонной поверхностью к головке и постепенно выводят головку через разрез нижнего сегмента. Этому способствует и ассистент, оказывая давление па область диа матки. Родившуюся головку захватывают обеими ладонями с боковых сторон и поочередно извлекают одно и другое плечико. Выведение туловища облегчается введением пальцев в подмышечные впадины со стороны спинки.

При тазовом предлежании ребенка извлекают за паховый сгиб или за близлежащую ножку. При поперечном и косом положениях плода рукой, введенной в разрез матки, отыскивают переднюю ножку, производят поворот и извлечение ребенка. После удаления последа и контроля полости матки рукой, производят ушивание разреза нижнего сегмента матки двумя рядами узловатых кетгутовых мышечно мышечных швов (рис. 3 Д), Швы первого этажа накладывают через 1 см друг от друга без прокалывания слизистой, захватывая несколько больше половины толщины миометрия. Швы второго этажа располагают между ними, сближая окончательно края разреза матки. Второй этаж швов может быть и непрерывным. Перптонизацию осуществляют сшиванием верхнего и нижнего листков рассеченной пузырно-маточной складки (рис. 3 Е) с помощью непрерывного кетгутового шва.

Кесарево сечение в нижнем сегменте с продольным рассечением его признается (А. С. Слепых, В. М. Уткин) менее целесообразным. При его проведении приходится

* Излишне энергичное и грубое разведение краев раны, недостаточные размеры се для извлечения головки плода, могут приводить к надрывам стенки матки, расслоению мышечных пластов, что серьезно затрудняет затем восстановление целостности нижнего сегмента. Известны даже случаи насильственного разрыва матки с повреждением сосудистых пучков, которые завершались гистерэктомией. Лишено недостатков метода Л. А. Гусакова более раннее предложение Дерфлера о дугообразном разрезе нижнего сегмента острым путем.



Рлс. 3. (А, Б, В, Г). Кесарево сечение с поперечным Вскрытием' нижнего сегмента матки — по Л. А. Гусакову. А — рассечение пузырно-маточной складки брюшины в поперечном направлении; Б — поперечный разрез нижнего сегмента в центре его; В — введение пальцев в разрез для расширения его; Г — разрез нижнего сегмента расширен пальцами до периферии головки для облегчения выведения ее

•чень низко отслаивать мочевой пузырь, а это может сопровождаться кровотечением из венозных сплетений, не исключается и повреждение его стенки при выведении головки. Кроме того, при вертикальном разрезе перешейка матки пересекаются пласты миометрия, проходящие здесь в косом и циркулярном направлениях. Нередко разрез **Продолжают** вверх на тело матки (по типу истмико-корпорального), и тогда он сохраняет многие отрицательные свойства классического кесарева сечения. Однако, в последнее время высказывается мнение (Г. М. Савельева и соавт., 1989; Е. А. Чернуха, Л. М. Комиссарова, 1988) о целесообразности приме-

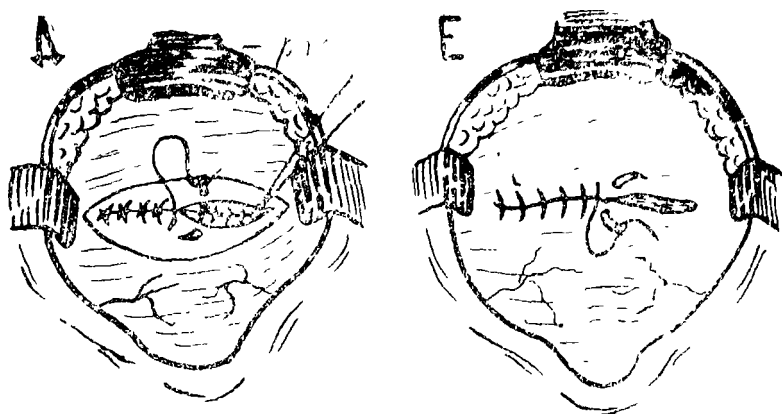


Рис. 3. (Д, Е). Кесарево сечение по Л. А. Гусакову (продолжение)
 Д — ушивание раны нижнего сегмента матки узловатыми мышечно-мышечными швами в два этажа; Е — перитонизация ушитого разреза матки сшиванием верхнего и нижнего листков рассеченной ранее пузырно-маточной складки брюшины (непрерывный серо-серозный шов).

нения истмико-корпорального разреза, как наиболее щадящего для плода, в случае необходимости выполнения операции при гипотрофии, незрелости и внутриутробном страдании его.

В настоящее время продолжается постоянное совершенствование техники кесарева сечения. На смену еще широко применяющемуся традиционному двухэтажному мышечно-мышечному шву (рис. 4) разреза матки во многих стационарах давно пришел шов по В. И. Ельцову—Стрелкову (па-ложение вначале первого ряда отдельных сдвизисто-мышеч

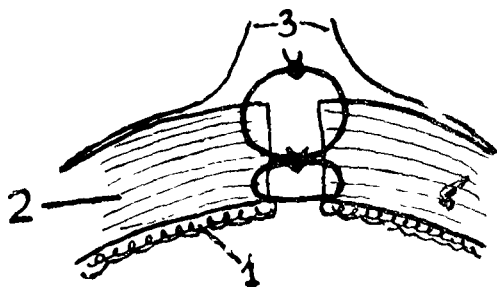


Рис. 4. Типичное наложение двухэтажного узловатого мышечно-мишечного шва на разрез матки без захватывания эндометрия (1 — эндометрий, 2 — миометрий, 3 — листки вскрытой пузырно-маточной складки брюшины)

ных швов — рис. 5 А). Автор полагает, что данная методика обеспечивает полное соприкосновение одноименных тканей а заживление рапы первичным натяжением со стороны эндометрия. Способ имеет преимущества по сравнению с двухрядным мышечно-мышечным швом, но овладение его техникой требует определенной хирургической подготовки. На линии швов п выступающих над ними внутрь полости матки отрезках кетгута (рис. 6) могут фиксироваться сгустки крови. А. С. Слепых (1986) указывал, что узловатые швы, наложенные па эпдомиометрнй пе рассасываются, а выгнаиваются и отходят с лохнями, что не приводит к формированию более полноценного рубца, чем при традиционном методе маточного шва. При недостаточной хирургической технике оператора, отмечал А. С. Слепых, может наблюдаться неправильная кооптация краев слизистой оболочки (рис. о Б). Указанного можно избежать при использовании непрерывного слизисто-мышечного шва первого этажа, который успешно применяется в Рязанской акушерской

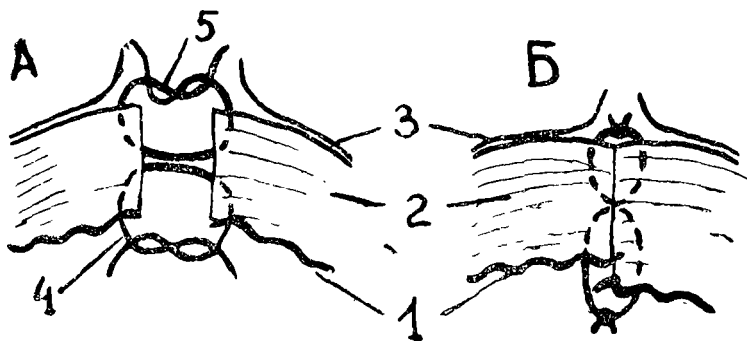


Рис. 5 Двухрядный шоп по В. И. Ельцову-Стрелкову при правильном (А) п неправильном (Б) его наложении: 1 — эндометрии, 2 — **МИОМУ і рніі**, 3 — листки пузырьно-маточпоп складки брюшины, 4 — слизисто-мышечный шов первого этажа, 5 — мышечно-мышечный шов второго этажа)



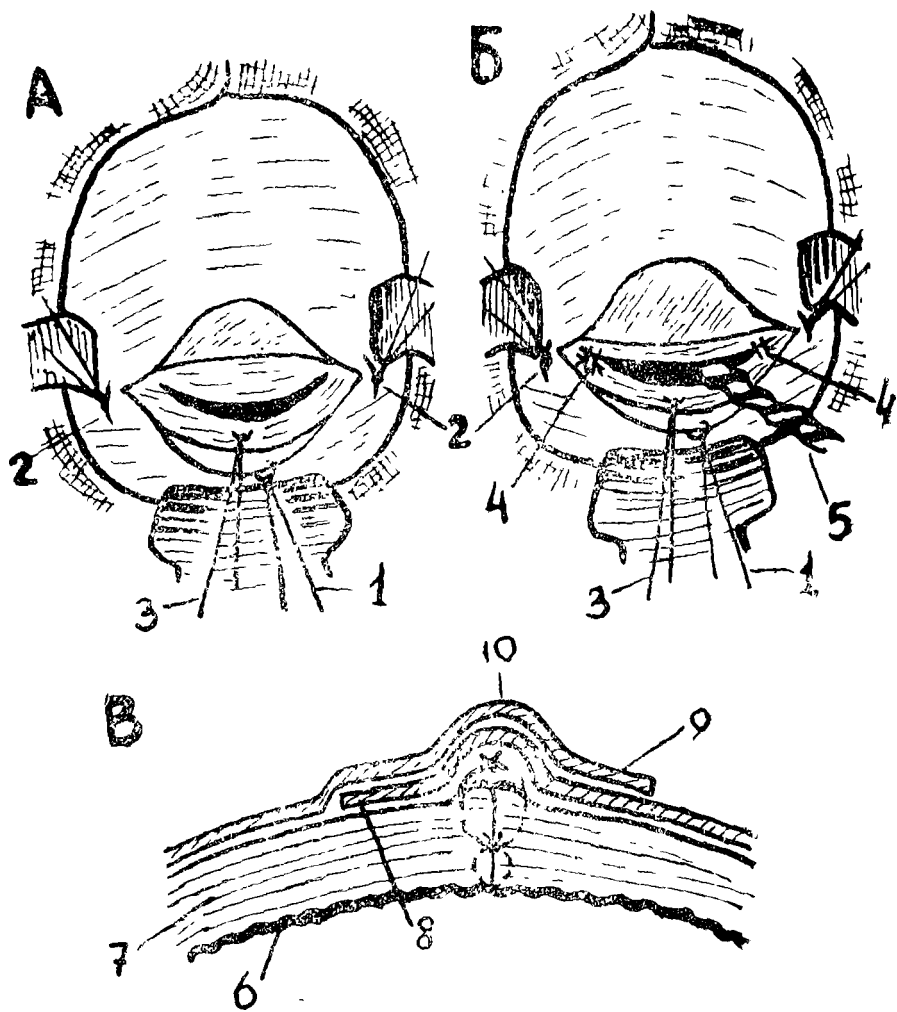
Рис 6 Вид шва по В. И. Ельцову-Стрелкову со стороны эндометрия

клинике с 1981 г. (И. М. Мирон). По данным гистероскопии заживление разреза со стороны полости матки более полноценно при наложении непрерывного шва, чем при использовании узловатых слизисто-мышечных швов.

В родильных стационарах Рязанской и соседних областей на протяжении последних десятилетий с успехом применяется методика кесарева сечения, предложенная В. М. Уткиным (1972, 1983), в которую удачно включен ряд предложений отечественных авторов по совершенствованию техники операции. Приводим основные особенности данной модификации кесарева сечения.

Наложение кетгутовых швов на углы предполагаемого разреза нижнего маточного сегмента для уменьшения кровоточивости раны и предупреждения перехода разреза матки в разрыв при извлечении плода. Провизорная лигатура в центре нижнего сегмента до рассечения его, которое проводится острым путем (по типу разреза Дерфлера). Протяженности разреза достигает 14—16 см, ему придается полукруглая форма, выпуклостью книзу, (рис. 7). После извлечения плода накладывают по 2—3 узловатых кетгутовых мышечно-мышечных шва 1 этажа с обеих сторон на углы разреза — с целью уменьшения кровотечения и создания условий для более физиологичного отделения плаценты. Ушивание разреза матки проводят двухэтажными мышечно-мышечными швами, Перитонизация с помощью дубликатуры листков пузырно-маточной складки брюшины более надежно отделяет швы на матке от брюшной полости. В М. Уткиным предложены также варианты атипичных разрезов при миоматозе, неправильных положениях плода; обшивание кетгутом плацентарной площадки при кровотечении из нее и др.

Для практического применения рекомендуется современный вариант указанной методики с некоторыми дополнениями (непрерывный слизисто-мышечный шов 1 этажа, особенности операции при неправильных положениях плода и др.). После вскрытия брюшной полости (целесообразен разрез по Пфанпепштилю) и отгораживания ее салфетками ориентируются в топографии операционного поля, готовят электроотсос к моменту разреза матки. На пузырно-маточную складку брюшины в зоне будущего разреза накладывается провизорная лигатура. После подтягивания ее вверх вскрывают листок брюшины в центре изогнутыми ножницами, которые вводятся в разрез в направлении ребра матки и кверху с обеих сторон. Разведение концов ножниц способствует легкому отделению миче-пузырной складки от пнж



Ряс 7 Основные моменты методики кесарева сечения по В М Уткину

А — поперечно-полулунный разрез матки в нижнем сеименте,
 Б — наложение по 2 узловатых кетгутовых шва первого этажа на уг."и
 разреза нижнего сегмента после извлечения плода (до отделения
 последа), В — схема двухэтажного шва на разрез нижнего сегмента и
 перитонизацпп с образованием дублнкатуры брюшины с помощью
 верхнего и нижнего листков рассеченной пузырно-маточной складки ее
 (1—провизорная лигатура на пузырно-маточную складку брюшины
 2—узловатые швы на всю толщу мнометрия за углами разреза,
 3 — провизорная лигатура по центру нижнего сегмента, 4—наложены
 по 2 узловатых кетгутовых шва первого этажа до огдсления последа,
 5 — пуповина неотделившегося цоспеда, 6 — эндометрии, 7 — мнометрий,
 8 — верхний и 9 — нижний — листки пузырно-маточной складки брюшины,
 10 — дубликатура той же складки над линией швов нижнего сегмента)

пего сегмента. При необходимости тупфером отслаивают верхний и нижний листок вскрытой складки брюшины на 2—3 см вверх и вниз. Целесообразно, особенно для начинающего врача, наложить по 1 кетгутовому шву через всю толщу миометрия на углы предполагаемого разреза.

Затем накладывают провизорную лигатуру посередине перешейка на 1,5 см ниже будущего разреза для лучшей последующей ориентации при ушивании его. В центре нижнего сегмента (соответственно расположению средней зоны предлежащей части) производят разрез скальпелем длиной 3—4 см. Затем изогнутыми ножницами дугообразно в обе стороны и несколько кверху удлиняют разрез до необходимой величины (до достижения периферии головки), придавая ему полулуниую форму. Разрез такой формы и протяженности (14—16 см) облегчает выведение предлежащей части. Рассечение нижнего сегмента матки острым путем имеет явные преимущества перед разведением краев разреза матки пальцами, уменьшение травмы тканей, улучшение сопоставления и замывания краев хирургическим раствором, расслоения пластов миометрия

при присоединении разрывов матки и т. п. После удаления надлобкового зеркала кисть левой руки, введенная к нижнему полюсу головки, выводит ее из разреза матки. Ассистент, надавливая через брюшную стенку на область дна матки, облегчает рождение головки. После выведения личика плода удаляют слизь из рото-носовой области, осушив ее вначале салфеткой. Налжив руки по обеим боковым поверхностям головки, легкими тракциями способствуют поочередному рождению плечиков, после чего извлекают и туловище, введя указательные пальцы обеих рук в подмышечные впадины. Не следует применять тракций за головку при рождении туловища для профилактики травмы шейного отдела позвоночника. При чисто ягодичном предлежании извлечение проводят за паховые сгибы, а при ножном и смешанном ягодичном — за близлежащую ножку. Далее продолжают извлечение плода как при родах в тазовом предлежании (пальцы на живот плода не накладывают!). Ручки освобождают омывательным движением по типу классического пособия, а для облегчения выведения головки применяют прием Мордо-Левре, ее извлечение тракциями за туловище также недопустимо).

При неправильных положениях плода предлагается (И. МГ "ЛТиров) после вскрытия брюшной полости сместить через отверстие в таз, что обычно легко удается

Ассистент удерживает низведенную подлежащую часть через стенку матки и извлечение плода проводят после разреза нижнего сегмента. Не следует поднимать новорожденного над операционной раной — это вызывает его обескровливание в результате оттока крови через пуповину к плаценте. Оправдано до пересечения пуповины провести 2—3 кратное нагнетание крови от пуповины к плоду (В. М. Уткин), опустив его несколько ниже уровня тела женщины (противопоказано при иммунном конфликте, риске или наличии гемолитической болезни плода). Затем пуповина пересекается между двумя зажимами и ребенка опускают на стерильный лоток, поданный акушеркой. На этом этапе оператору нужно быть предельно собранным и осторожным, чтобы не была нарушена стерильность его рук, халата и пр.

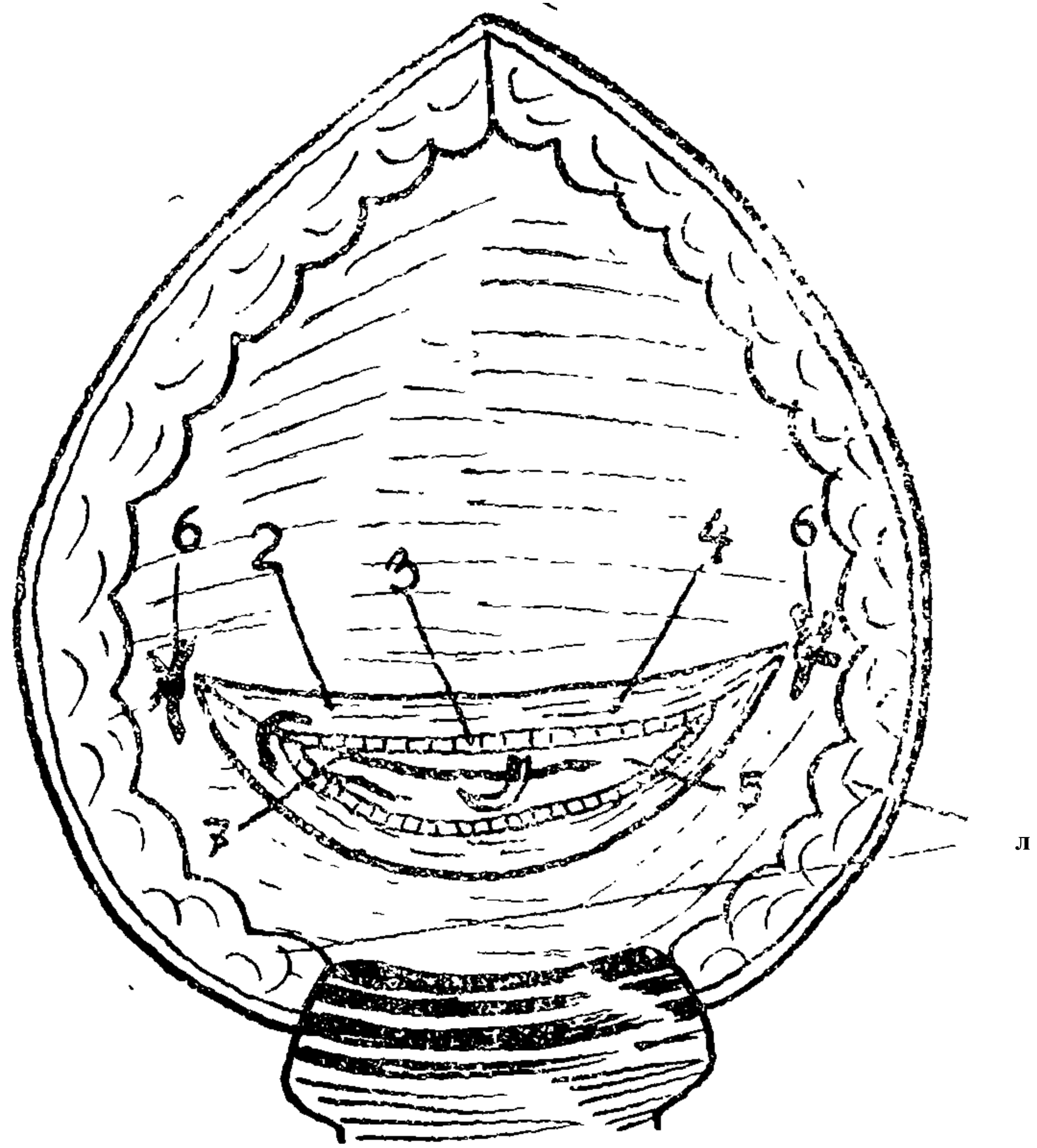
До отделения плаценты накладывают по 1—2 узловатых кетгутовых шва через всю толщу миометрия за углом разреза с обеих сторон, если этого не было сделано перед рассечением нижнего сегмента. Послед удаляют потягиванием за пуповину, при необходимости помогают его отделению введенной в полость матки рукой. Затем также рукой проверяют полость матки, чтобы исключить задержку частей последа. Кюретажа, смазывания эндометрия йодом и другими антисептиками без специальных показаний не требуется: вспомним, что при физиологических родах никакие внутриматочные манипуляции не проводятся. Кюретаж необходим только при позднем гестозе для удаления остатков децидуальной ткани, что способствует регрессу нефропатии. В момент отделения плаценты внутривенно вводят 1—2 мл 1,2% раствора прегнантола или маммофизин (окситоцин оставляю: в резерве для послеоперационного периода). Перед ушиванием раны матки, в случае значительного кровотечения из сосудов миометрия, их клеммируют мягкими зажимами (И. А. Покровский, А. Е. Сумовская).

Ушивание разреза проводят с применением непрерывного слизисто-мышечного шва 1-го этажа, использование которого способствует полноценному сопоставлению краев разреза эндо- и миометрия и последующему их заживлению. При этом не развивается выраженная гипоксия тканей, которая сопровождается наложением отдельных кетгутовых швов. Отсутствует и ряд узлов со стороны эндометрия. Успешно апробированный в клинике непрерывный слизисто-мышечный шов 1-го этажа (свыше 500 наблюдений) прост в исполнении, требует меньше времени для его наложения. Овладение методикой шва несложно и для начинающего

оператора. При данном методе ушива^яи», Ра,Р Га ни*Н «" сегмента течение **посЛео..срациош»Гот**, ПП ^{пе,Р}По <"а более бла приятно, снижается (в 1 8 паза) , ! Ш,фекцио""Ь,х осло к пений, сокращается на 2 - 3 ^{7Ня}Л,Я Длитель" ^ ть **пребыВа,,и*** больной в стационаре

Методика наложения неп^ео^ып^нл^г мышечного шва I этаж? К л ° олизисто.
 ^ ^ ^ ^

ВКОЛОМ со стороны эндометрия нижнего края раны пров" дят иглу через миометрин обоих краев разреза (**непосед"**



Р 11 с . н . . . Г - Д а Ж Г ^
 4 - миомстрип. 5 - по юсть ма гк ^ б) _ ? _ кетгуг0Вая
 шов за углом разреза кижнего « Г » е « и - в ума раз с
 - в ы = е с о Ж - ь Г полос™ где заюза,, узел). ^

ственно над слизистой — примерно па 5 мм выше ее края) и выводят ее в полость матки (рис. 8). Концы нитей завязывают на 3 узла и короткий конец нити обрезают. Затем иглой с длинным отрезком нити производят наложение непрерывного элизифт^мьццфщюго шва с вколами иглы в эндометрии нижнего края разреза через~каждые7Т—175_см. В середине шва делается петля со стороны эндометрия и нить, проведенная через нее, дополнительно стягивает края разреза и укрепляет шов (рис. 9). У левого угла разреза связывают конец нити с петлей последнего шва и узел пинцетом погружают в полость матки. Таким образом, вместо ряда узлов со стороны эндометрия (как это описано В. И. Ель-

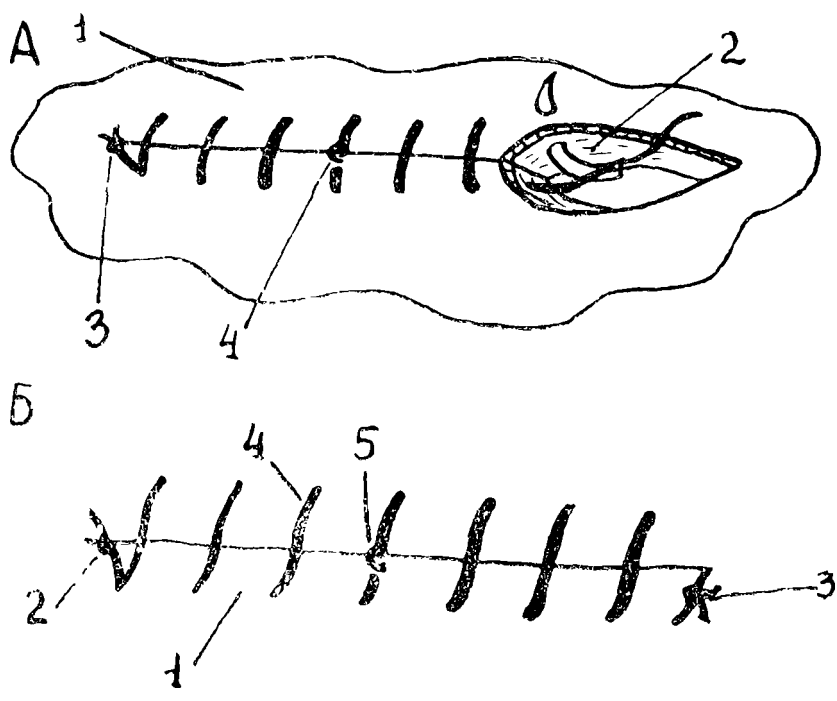


Рис. 9 Окончание наложения непрерывного слизисто-мышечного ксгтуго: вого шва (1 этаж швов) на разрез нижнего сегмента матки А. Заключи тельные этапы наложения шва 1 этажа (картина со стороны полости матки) 1. Эндометрий. 2- Мпометрий. 3- Узел шв? в его нача 'е 4. Стягивающая петля.
 Б. Картина законченного шва со стороны полости матки. 1. Эндометрий. 2, 3. Узлы шва в начале п в конце его. 4 Стежки шва. 5. Стягивающая петля

цовым—Стрелковым) имеются только два узла в начале и в конце шва (рис. 9).

Затем накладывают узловатые мышечно-мышечные 2-го этажа, при этом вполне достаточно КШТцы кетгутовых швов. Соединяют двумя узлами. Перехватывают: вначале — кольцами в ного кетгутового шва — подшивают край верхнего листа — узлы на маточно складки ДВ10Х/хищзЦ1Иже линии швов на матке, затем нижним листком брюшины перекрывают ПоТ~Ще~раз линию швов гжфеиКСН; укладывают его над ними также щдышвным кеп^ивы-м-нмом. Проводят контроль гемостаза, осматривают матку, придатки, область аппендикса. Удаляют салфетки из брюшной полости и после смены перчаток, пересчета инструментов и больших салфеток, производят ушивание ее разреза, используя свежий набор инструментов и стерильного материала. На область швов брюшной стенки после их обработки 5% раствором йода накладывают стерильную салфетку, смоченную спиртом, асептическую повязку. К зоне шва прикладывают лед, а выше дна матки — тяжести. Повторяют обработку ПзлЭТалища и вульвы 2% водным раствором хлоргексидина и выводят мочу катетером, обращая особое внимание на последнюю ее порцию (примесь крови в ней может наблюдаться при незамеченном ранении мочевого пузыря).

Проводить на операции лщи_нез_р_елоп шейке расширение ее канала пальцами или бужами Гегара не следует, в связи с повышением риска инфицирования матки. Опорожнение матки достигается последовательным применением спазмолитических и утеротонических средств

Серьезные трудности во время операции могут возникать при разрезе нижнего сегмента в области плацентарной площадки (Placenta caesarea). В таких случаях нередко рекомендуют проводить отделение плаценты рукой (важны данные УЗИ о границах плацентации) со стороны верхнего края рапы до оболочек, которые вскрывают и извлекают плод — обычно за ножку после внутреннего поворота его. При этом явно увеличивается опасность асфиксии новорожденного. Возможно и рассеечение скальпелем стенки нижнего сегмента вместе с плацентой на протяжении 3—5 см (И. А. Покупщик, В. М. Уткин). Через обпозованное отверстие в полость матки вводят указательный и средний пальцы левой руки, чтобы прижать плаценту к стенке матки. Ножницами увеличивают разрыв в обе стороны поочередно до периферии головки. Плод извлекают без предварительного отслоения плаценты. Необходимо оценить состояние новорожденного и в случае анемизации (экстренный анализ кро-

ви!) — провести гемотрансфузию. Проведение рассечения плаценты со стенкой нижнего сегмента, более обосновано при разрезе в зоне нижней трети или середины детского места, когда достижение оболочек рукой сопровождается отслойкой плаценты на значительном протяжении.

При необходимости выполнения кесарева сечения — обычно по жизненным показаниям — у рожениц с высоким риском или признаками инфицирования (длительные роды и безводный промежуток, более 3-х влагалищных исследований, острые заболевания мочеполовой системы и других органов и т. д.) возникает угроза перитонита, сепсиса, гибели женщины. В таких ситуациях необходимо ex consilio еще раз оценить возможность вагинального завершения родов (вплоть до проведения краниотомии). Обоснованное решение о кесаревом сечении у таких женщин принимают с участием руководителей акушерской службы, избирают при это* «защитные»⁴ варианты операции.

Примером кесарева сечения с временной изоляцией брюшной полости служит модификация З. А. Чиладзе. Т. К. Кучаидзе (1979). Разрез брюшной стенки — по Пфанненштилю или нижнесрединный. После, разведения, прямых мышц живота обнажается, париетальная брюшина, и проводится ее вскрытие полукругом над мочевым пузырем. Верхний к[^]й-р_аз-париетальной брюшины подшп[^]вают узловатым или непрерывным кетгутовым швом- к брю[^]шине, прилегающей к матке несколько выше пузырно-мат[^]очной складки. Тем самым создается герметичное отграни^{*}чение брюшной полости от зоны операции на матке. Разрез нижнего маточного сегмента проводят в поперечном направлении в области пузырно-маточной складки брюшины без предшествующего ее отслоения. После извлечения плода и удаления последа разрез матки восстанавливают швами в 2 этажа: внутренними слизисто-мышечными и наружными мышечно-мышечными крестообразными. Освобождают от кетгутового шва верхний лнс-ок париетальной боюшипы и послойно ушивают боющую стенку. Предварительно подводят дренаж к зоне операции.

Экстроперитонеальное кесарево сечение проводят при условии благополучного состояния плода и наличия квалифицированного оператора. Противопоказания связаны в основном с необходимостью ретзгтзти ор-кал-юв малого таза и боюшой полости, возможностью расширения объема операции: несостоятельность рубца и угрожающий разрыв матки, преждевременная отслойка и предлежание плаценты, выраженное варикозное, **рвгтпиррнр** вен нижнего сегмента, гигантский плод, опухоли матки и придатков, не

^Сходимость стерилизации. М е т о д и к а экстраперитопсального кесарева сечения по Е. Н. Морозову (1974), дополненная Е. А. Чернухой и Л. М. Комиссаровой, имеет ряд последовательных этапов.

1. Вскрытие брюшной стенки (до брюшины). Оператор, как и всегда при кесаревом сечении, находится слева от женщины. До извлечения ребенка роженице придают положение Ш1е^Л^ецделенбургаГТ1з^ом пс Пфанненштилю ⁷ длиной 15—16 см послойно рассекают брюшную стенку, выделяют прямые мышцы живота тупым путем, а пирамидальные — острым. Затем правую прямую мышцу тупо отслаивают от предбрюшинной клетчатки и отводят зеркалом вправо, обнажают правую боковую поверхность (ребро) матки и складку брюшины (рис. 10 А).

2. Обнажение нижнего сегмента матки. Нахождению складки брюшины помогает смещение тканей (предбрюшинной клетчатки и брюшины влево и — кверху). При этом складка брюшины натягивается в виде крыла, к тому же она имеет более белый цвет. Несколько ниже складки брюшины остроконечными ножницами или пинцетом разъединяют рыхлую соединительную ткань до *fascia endopelvina*. Для нахождения места отслойки пузырно-маточной складки отыскивают «треугольник», образованный сверху—складкой брюшины, изнутри — ligamentum veskoumbilicalis lateralis или боковой стенкой верхушки мочевого пузыря, снаружи — ребром матки. Затем ножницами или пинцетом вскрывают *fascia endopelvina* и двумя пальцами проходят под пузырно-маточной складкой и верхушкой мочевого пузыря до левого ребра матки (рис. 10 Б). Для лучшего обнажения перешейка матки пальцы разводят в стороны, книзу и особенно кверху до места интимного прикрепления брюшины к матке. Если пальцы скользят по *fascia endopelvina*, то отслойка производится легко и без кровотечения. «Мост», образованный пузырно-маточной складкой брюшины и верхушкой мочевого пузыря, отводят зеркалом **влево** (рис. 10 Б) и обнажают нижний сегмент матки,

3. Рассечение нижнего сегмента матки и извлечение плода. Поперечный разрез нижнего сегмента матки производят примерно на 2 см ниже складки брюшины (рис. 10 В). В намеченной зоне осторожно разрезают скальпелем стенку матки на протяжении 3—4 см, затем края раны тупо разводят пальцами в стороны. (Более целесообразно рассечение стенки матки в обе стороны на 6—7 см и кверху острым путем — ножницами). Перед извлечением ребенка боковое зеркало, удерживающее правую прямую мышцу живота,

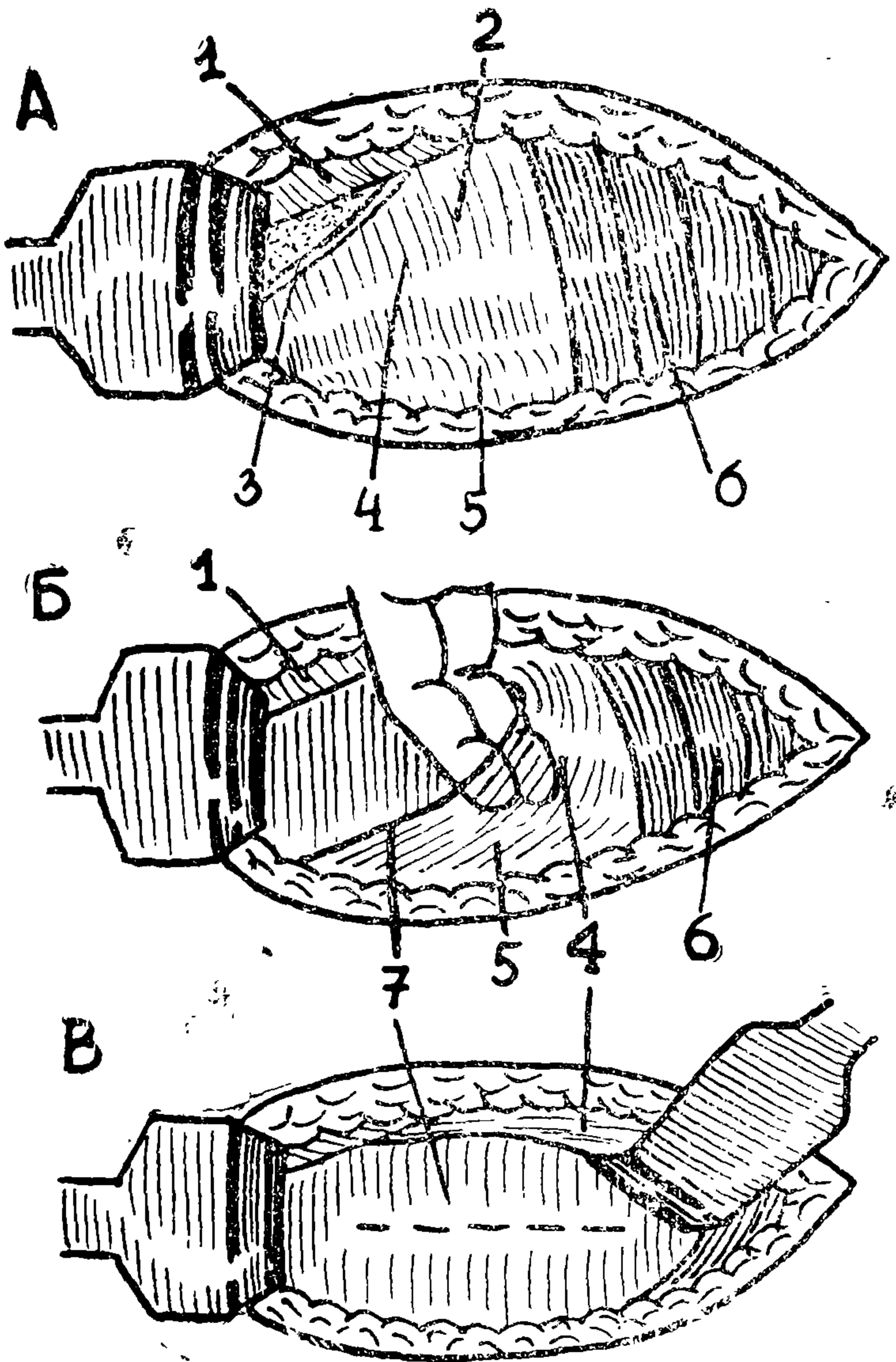


Рис. 10. Экстраперитонеальное кесарево сечение (по методике Е. Н. Морозова). А — обнажение пузырно-маточной складки брюшины; Б — отслоение пузырно-маточной складки брюшины от нижнего сегмента матки; В — выбор места разреза обнаженного нижнего сегмента матки. 1 — складка париетальной брюшины переднее! брюшной стенки, 2 — срединная пупочная связка; 3 — латеральная пупочная связка; 4 — пузырно-маточная складка брюшины; 5 — мочевой пузырь; 6 — латеральный край левой прямой мышцы живота; 7 — нижний сегмент матки.

удаляют, а зеркало, которым удерживается пузырно-маточная складка брюшины и верхушка мочевого пузыря остается на месте, что способствует лучшему доступу к нижнему сегменту и меньшей травме мочевого пузыря. По окончании извлечения плода в миометрий над разрезом вводят 1 мл метилэргометрина или окситоцина. С обеих сторон за углом разреза накладывают по 1—2 узловатых кетгутовых шва, затем удаляют послед и проверяют полость матки рукой.

4. Ушивание разреза нижнего сегмента и восстановление брюшной стенки. Обычно рану матки ушивают 2-х этажным швом. Вначале накладывают отдельные кетгутовые швы с прокалыванием миометрия и эндометрия, узлы завязывают со стороны полости матки. (Возможно и наложение непрерывного слизисто-мышечного шва). Второй этаж — мышечно-мышечные швы — выполняют в виде двух П-образных швов в области углов разреза, между которыми в центре накладывают 1—2 узловатых кетгутовых шва. Проводят контроль гемостаза. При обнаружении повреждений пузырно-маточной складки брюшины, их ушивают кетгутом. Пузырно-маточную складку укладывают в изначальное положение и послойно ушивают брюшную стенку. Выполнение операции облегчается в родах, *когда* нижний сегмент хорошо сформирован. Плановое кесарево сечение обычно не следует проводить с внебрюшинным доступом, т. к. нижний маточный сегмент не будет достаточно выражен и извлечение плода окажется сложным и травматичным. При наличии инфицирования полости матки в родах, повышенной кровоточивости тканей и значительном ожирении показано дренирование околопузырного пространства. В некоторых случаях, например, при операциях до начала родов, вследствие особенностей анатомического строения органов, «распласташют» мочевого пузыря и глубокого расположения переходной складки брюшины, оказывается невозможным отыскать (А. С. Слепых, 1986) место для отделения пузырно-маточной складки и получения доступа к нижнему сегменту. В данной ситуации приходится переходить на трапеперитонеальное кесарево сечение. При внебрюшинной операции возможен ряд осложнений — кровотечение из предпузырной клетчатки, продолжение разреза матки в разрыв и ранение сосудистого пучка, гипотония матки, затрудненное выведение головки, повреждение мочевого пузыря, мочеточника. Предоперационное заполнение мочевого пузыря стерильным раствором (В. И. Краснопольский) облегчает его отсепаровку от нижнего сегмента

(после чего пузырь опорожняют). По окончании операций показаны антибиотики, детоксикация, неотложное промывание матки охлажденными антисептиками или аспирационно-промывное дренирование ее.

Кровотечения при кесаревом сечении — гипотоническое и коагулопатическое — наблюдаются в 3—5 раз чаще (М. А. Репина, 1986), чем при родах естественным путем. При гипотонусе матки проводят ее комбинированный массаж, вводят внутривенно и в миометрий окситоцин и другие утеротоники, возможно применение электротонизатора. При отсутствии эффекта показана перевязка кетгут-ом трех пар маточных сосудов, а в случае продолжения кровотечения — удаление матки.

Если гипотоническое кровотечение выявляется в раннем послеоперационном периоде, то проводя наружный массаж матки, вводят один из утеротоников, приступают к гемотрансфузии и помещают постоянный катетер в мочевого пузырь (для предупреждения гипотонуса матки и контроля адекватности трансфузионной терапии). Проводят профилактику гипоклаузии (при кровопотере 800—1000 мл и более): введение хлорида кальция, дицинона, витаминов С и К, концентрированного раствора сухой плазмы и др. Срочно контролируют показатели гемограммы, гематокрита, коагулограммы и т. п. (с повторным их определением каждые 3—4 часа). Женщину переводят в операционную. На фоне переливания крови возможно проведение осторожного кюретажа тупой кюреткой (Е. А. Чернуха, Л. М. Комиссарова) для исключения остатков плацентарной ткани и опорожнения полости матки. Менее опасно ручное (пальцевое) обследование полости матки, которое применяется в нашей клинике более 5 лет и позволяет в большинстве случаев предотвратить гистерэктомию. Его цель — контроль состояния матки и опорожнение ее полости путем удаления сгустков крови, мешающих полноценному сокращению органа. Перед окончанием ручного обследования матки внутривенно вводят 1 мл метилэргометрина, чтобы убедиться в достаточном ее тонусе.

Если указанные мероприятия не дают эффекта — производят релапаратомию и пандвлагалищную ампутацию матки (при кровопотере свыше 2% от массы тела не следует терять время на попытку перевязки основных маточных сосудов). Гемотрансфузии продолжают до полного возмещения кровопотери (под контролем показателей гемограммы и др.). Надежным компонентом профилактики и лечения сопутствующего гипокоагуляционного кровотечения

является трансфузия теплой свежевзятой гепаринизированной крови при безусловной гарантии от передачи донору и реципиенту инфекционного начала (ВИЧ, вирус гепатита и др.). При продолжении коагулопатического кровотечения производят экстирпацию матки. Удаление матки у молодых женщин может быть обосновано серьезной угрозой их здоровью и жизни, но не должно быть запоздалым.

Основные показания (А. С. Слепых) для надвлагалищной ампутации (или экстирпации) матки у рожениц с кесаревым сечением: 1) двусторонняя перевязка маточных сосудов не приводит к сокращению матки; 2) хроническое маточное кровотечение (синдром ДВС); 3) маточно-плацентарная апоплексия (матка Кувелера); 4) разрывы матки при отсутствии возможности их ушивания; 5) миома матки, которой показана ампутация или экстирпация ее с учетом величины, топографии узлов, осложнений и т. д. (множественный миоматоз матки с общей величиной узлов соответственно 12 неделям беременности и более, субмукозные узлы, шестичная миома, нарушение питания узлов, злокачественное перерождение); 6) истинное приращение плаценты и ее шестичное расположение; 7) в редких случаях массивная инфекция матки; 8) рак шейки матки.

Повторное кесарево сечение должно выполняться опытным оператором в плановом порядке, т. к. возможен спаечный процесс в брюшной полости, особенно после корпорального разреза матки и при воспалительных осложнениях предшествующего послеоперационного периода. Вначале иссекают кожный рубец по краю здоровой ткани. Брюшину вскрывают в верхнем отделе раны с особыми предосторожностями, поскольку в зоне разреза могут быть подпаяны стенка кишки, сальник; может встретиться смещение кверху мочевого пузыря. Оптимально разрез матки проводить в нижнем сегменте даже после классического кесарева сечения — за исключением только случаев с нестойкостью корпорального рубца).

Стерилизация при повторном кесаревом сечении (в связи с высоким риском неполноценности рубца при последующей беременности) может быть выполнена у женщин в возрасте 30—35 лет и старше* при их настойчивой

* Необходимо учитывать, что иногда просьбы женщины в возрасте до 30 лет о проведении стерилизации не всегда свидетельствуют о том, что этот шаг глубоко продуман. Известны ситуации, когда вступление в повторный брак, неожиданная гибель детей создавали для молодой женщины, перенесшей стерилизацию, очень серьезные пробле-

просьбе об этом и наличии двух полноценных детей. Дополнительными показаниями являются истончение рубца на матке и серьезные экстрагенитальные заболевания. Безусловно обоснована стерилизация при третьей операции (хотя в мировой литературе имеются упоминания о женщинах, перенесших 5—6 кесаревых сечений). Целесообразно удовлетворить просьбу женщины в возрасте 35 лет и старше о стерилизации и при первом кесаревом сечении. Решение о стерилизации обязательно обосновывается врачебным заключением и письменным заявлением женщины.

Широко распространено проведение стерилизации путем иссечения истмического отрезка трубы (видоизмененный метод Мадлепера). Однако при данной методике затруднена перитонизация культи трубы, т. к. листки мезосальпинкса близко прилежат друг к другу и не всегда удается их разъединить для образования «кармана», в который должны быть погружены оба отрезка резецированной трубы. Культи трубы нередко выскальзывают после затягивания перитонизирующей нити и для их изоляции листками брюшины требуются дополнительные швы, теряется время.

Устраняет указанные трудности модификация *трубнопон^стерялящи* (И. М. Мирон). После захватывания зажимом петли трубы в средней — истмической — ее части, вводят между листками мезосальпинкса 5—7 мл 0,25% раствора новокаина (рис. 11 А), что позволяет благодаря гидравлической препаровке легко разделить листки брюшины ниже яйцевода. После пережатия — раздавливания зажимом медиального и латерального участков петли трубы (в местах будущей перевязки ее), на ее вскрытые листки мезосальпинкса и брюшину трубы ниже пережатия накладывают провизорный кисетный шов кетгутом (рис. 11 Б), не затягивая его. Затем проводят иглоп 2 шелковые лигатуры через мезосальпинкс на уровне раздавливания истмической части трубы и оба ее разрозненные зажимом участка перевязывают по отдельности. Отрезок трубы между этими лигатурами отсекают. Концы ножниц свободно вводят на 1,5—2 см между листками мезосальпинкса, разделенными введенным новокаином, и, раздвигая их, создают полость, в которую затем погружают обе культи медиального и латерального отрезков трубы (рис. 11 В), а помощник затягивает кисетный шов. Культи трубы при этом находятся на некотором удалении друг от друга, что препятствует их сращению и реканализации (рис. 11 Г).

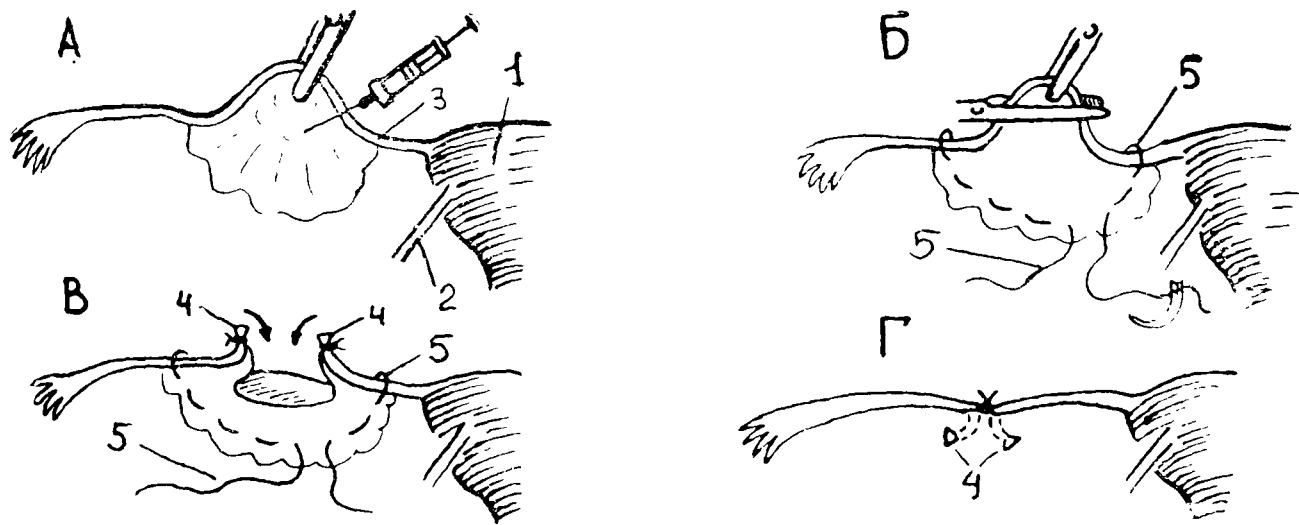


Рис. II Тубарная стертизация с предварите^Гльным ш Mi-um'n раствора новокаина между листками мезосальпника и на-южсписм провизорного кистетного шва. А—петля трубы захвачена зажимом, введение раствора новокаина между листками мезосальпника. Б— зажимом пережата петля трубы в местах будущей перевязки ее, наложен провизорный кетгутывыш шов на серозу трубы и оба листка мезосальпника. В— создан «карман» между листками мезосальпника для погружения культей трубы Г— после стягивания провизорного кистетного шва завершена перитонизация пересеченной трубы (1 — матка, 2 — круглая связка; 3 — труба, 4 — КУЛЬТИ пересеченной трубы; 5 - провизорный «кпссшыП» шов на листки мезосальпника и брюшину тр\бы

Как правило, после проведения стерилизации обычным методом (без введения раствора новокаина), первые трое суток определяется заметная болезненность при пальпации боковых зон с обеих сторон матки. Предварительная новокаиновая блокада мезосальпинкса позволяет практически устранить данное осложнение, уменьшить частоту умеренного вздутия живота в первые дни послеоперационного периода, снизить число воспалительных осложнений после операции, что сокращает на 1—2 дня длительность пребывания в стационаре. Трубная стерилизация, с предварительным введением раствора новокаина в мезосальпинкс и наложением кисетного шва на листки брыжейки трубы до резекции ее истмической части, рекомендуется для дальнейшего практического применения.

В заключение следует указать, что кесарево сечение, выполненное по строго очерченным показаниям, с применением адекватного обезболивания и рациональной методики операции, при технически грамотном осуществлении всех этапов вмешательства, сводит до минимума возможность послеоперационных осложнений и является важным фактором предупреждения неблагоприятных исходов для матери и плода при многих формах акушерской патологии.

Г Л А В А 4

ВЕДЕНИЕ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ПЕРИОДА, ПРОФИЛАКТИКА ВОЗМОЖНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ

В течение 24—48 часов после кесарева сечения роженица должна находиться под тщательным наблюдением в палате интенсивной терапии с продолжением в ближайшие 1—2 часа послеоперационной инфузии. Для обезболивания в неосложненных случаях применяют внутримышечно анальгин 50% — 2 мл одновременно с димедролом или пипольфеном — по 1 мл через каждые 4—6 часов (данные препараты не оказывают угнетающего действия на перистальтику кишечника). При нефропатии, гипертонической болезни и ряде других заболеваний более показан промедол. На вторые сутки димедрол к инъекциям анальгина добавляют лишь на ночь, на 4 сутки анальгетики вводятся только вечером перед сном. Здесь и далее дозировка медикаментов поводится для рожениц средней массы тела (около 60 кг). Оправдано проведение центральной электроанальгезии в первые 4 часа после выведения из наркоза, с повторением сеансов еще

в следующие ? дня (сокращается введение анальгетиков, быстрее восстанавливается перистальтика кишечника, улучшается самочувствие). Через 8 часов после операции начинают введение одного из *стътумзя\$и^и/л^* перистальтики^ (прозерин, анеклидин, галантамп, церукал^ и др.) — 2—3 раза в сутки, С этого же времени проводят инъекции ка- [•ого-дибо утеронического средства (окситонип или маммофпзип по 1,0, хинин гидрохлорид 50<5(Г^- 0,5—1.0 и др.) — 2 раза в сутки. При недостаточном оттоке лохпн за 30 мин, до пвотсчпя сокращающих средств назначают спазмоднтш.и (гвечн с беладонпой или но-шпа 2% — 2 мл вТм] Следует побиваться естественного мочеиспускания в ближайшие 4—16 часоп после операции, Через 12—24 часа после кесарева се- чепия обычно уетапавл'-трнртсн активная прригтрльтпка п занимают отходить газы, В таких случаях через сутки после операции отменяют стимуляторы кишечной моторики. Вече- ром проводят очистительную клизму, сохраняя это назначе- ние до 3—4 дня (до появления самостоятельного стула).

Дыхательную гимнастику и другие упражнения ЛФК на- чинают уже через 4—6 часов после перевода из операцион- нон, вставать разрешают в конце первых суток, увеличивая постепенно двигательную активность. Сидеть в постели до сня- тия швов не следует. Женщине также необходимо избегать физического напряжения (натуживание при кашле, при за- поре п др.), чтобы предупредить расхождение швов и эвент- рацпю. Раннее начало ЛФК п постепенное увеличение диапа- зона движений способствует не только быстрому восстанов- лению функции кишечника, улучшают отток лохий, но и яв- ляются мощным фактором выздоровления, служат профилак- тике воспалительных п тромботических осложнений. У жен- щин с варикозной болезнью применяют эластичные бинты на нижние конечности. По показаниям назначают препараты, способствующие коррекции гиперкоагуляции (аспирин бv та пион и др.), антикоагулянты

На следующий день после операции пчфузц (обычно до 1500 мл) проводят практически всем родильницам (коллои пы 'It- гемолез. протеин и др. — 400 мл. растворы Рннгер- Локка, 5—10% глюкозы по 500 мл. новокаина 0,25% — 100 мл), В пнфузии включают обычно димедрол 1 % — 1 мл, аскорбиновую кислоту 5% — 6—10 мл. витамины группы В (особенно их кофеоментные формы: рибофлавин-мононуклео- тид п пирндоксаль-фосфат); при необходимости добавляют коргликоп и другие медикаменты. Только у здоровых родиль- ниц при хорошем самочувствии, отсутствии тахикардии, та- хипноэ, повышения температуры можно" обойтись без и'пфу-

И на следующие сутки за операцией, применив свободный питьевой режим (минеральная вода до 1500 мл в сутки, на 2—3 дни добавляют клюквенный морс, отвар шиповника л т. п.). По показаниям состав вливаний варьируют: включают белковые препараты (альбумин, протеин, сухая и нативная плазма, полиаминокислотные смеси и т. п.), декстраны (реополиглюкнн, полифер) и др.

При признаках пареза кишечника применяют для вливаний альвезин-иовый и другие среды, содержащие сорбитол. Суммарное профилактическое введение солей калия с этой же целью должно достигать не менее 3—4 г в сутки (учитывают количество калия в гемодезе, растворе Рингера и др), а при появлении пареза вводят от 8—12 до 20 г хлорида калия. Инфузии «физиологического» раствора хлористого натрия мало оправданы, более показано введение полиионных растворов: «Лактосол», «Хлосоль», «Трисоль» и дуг.

У значительной части родильниц инфузии (1200—1500 мл) продолжают на вторые сутки, а на третьи сутки вливания проводят только по показаниям: риск инфекции и остаточные явления интоксикации (гипертермия, тахикардия, потливость и т. п.), нефропатия, экстрагенитальные заболевания, явления пареза кишечника и др. У ослабленных больных, при ожирении, нефропатии, экстрагенитальной патологии на 1—3 дни показаны банки или горчичники, кардиотопические средства. Диета с 1 дня после кесарева сечения включает бульон, кисель, сухари. После начала отхождения газов на значают стол 10 с некоторым ограничением количества пищи, с 3—4 суток переходят на общий стол при отсутствии противопоказаний (нефропатия и др.). Пища должна быть витаминизированной и высококалорийной, с достаточным содержанием белка и растительной клетчатки. Коррекцию диеты проводят при выявлении анемии.

Через сутки после операции меняют повязку и вновь накладывают спиртовую прокладку. Такие перевязки повторяют ежедневно до снятия швов. Более эффективна и меньших затрат времени требует следующая методика: после смены повязки на следующий день после операции линию швов обрабатывают спиртом, а затем -бриллиантовым зеленым. После высыхания кожи на линию Швотгпроизводят трехкратное напыление пленки лифузоля-, которая предохранит швы от инфильтгов^итя до их снятия. Дополнительных перевязок не потребуется. После снятия швов [7 день_дюсле-Онерацпп) пленку дифузоля удаляют тампоном, смоченным в эфире, спирте или бензине.

Лабораторное обследование в неосложненных случаях проводят на 1,3—4 и 7—8 дин после операции (общий анализ крови и мочи, показатели свертываемости крови, гематокрита, протеинограмма крови и электролиты, фибриноген, СРБ; бактериоскопия мазка лохий, посевы на флору и чувствительность к антибиотикам; определение уровня мочевины, билирубина и др.). Особое внимание уделяют своевременному выявлению и лечению анемии, воспалительных осложнений.

Тотальное профилактическое введение антибиотиков (АБ) после кесарева сечения **11еощ2авдано**, применять их следует лишь у женщин с высоким риском воспалительных осложнений или с начальными проявлениями инфекции в родах. Однако в этих случаях назначение антибактериальных средств после операции может оказаться запоздалым из-за распространения микрофлоры в матке и зонах оперативного вмешательства к моменту его окончания. Наиболее целесообразно у таких рожениц проводить интраоперационное введение препаратов. При наличии показаний один из АБ вводят внутривенно после извлечения плода и удаления последа. Применяют обычно полусинтетические пенициллины или антибиотики цефоринового ряда (не ниже средней терапевтической дозы). Затем их инъекции продолжают £III£_2=& тпя при хорошем состоянии родильниц и отсутствии проявления инфекции. При необходимости курс антибактериальной тсоатт продолжают до 5—7 дня, присоединяя по показаниям амногликозпды (канамицин, гентамицин и др.) или про[^]изводят смену препаратов с учетом антибиотикограммы. АБ группы амногликозпдов не применяют для до- и ннтраоперационного введения и в ближайшие 4 часа после кесарева сечения, так как они усиливают действие мпоредаксантов.

В случаях, когда [^]сесарсво сечение вынужденно выполняется ппп выраженном риске инфекционных осложнений (безполный промежуток и длительность родов свыше 12 часов, три и более влагалищных исследования в родах, признаки хорпоамнпонтта и др.), и, тем более, если нет возможности провести его экстраперитонеальным доступом, показано введение антибиотика широкого спектра действия за- 1- час до гшедапн, чтобы получить терапевтическую концентрацию его ко времени оперативного вмешательства. Тем самым предупреждается дальнейшее инфицирование области разреза матки и брюшной стенки. Дооперационное введение АБ эффективно для предотвращения тяжелых форм послеоперационной инфекции, однако при этом не исключается возможность отрицательного воздействия медикамента на

плод. В то же время, можно полагать, что при хориоамнионите перед кесаревым сечением исходная АБ-профплактнка окажется лечебной мерой и для матери, и для плода. АБ-лечение продолжают в ближайшие 3—7 дней, определяя длительность курса по состоянию больной и данным лабораторного обследования.

Приспхутсзщ]^^^ риска.инфекционных осложнений АБ^д послроперационн^3О^риоде не применяют, что возможно (по опыту нашей и ряда друппе-клиник) не менее, чем у 50—60% родильниц. Не следует подвергать риску аллергизации, подавления иммунологической реактивности и других побочных эффектов АБ-терапии всех оперированных (необоснованно увеличивается и стоимость лечения).

Реактивное повышение температуры тела — до 38°C на 1—2 сутки после операции — исчезает без лечения. К 3—4 дню возрастает активность женщины, начинается становление лактации, исчезает болезненность при пальпации живота. С 5 суток режим и назначения оперированных (общий стол, утеротонические средства) практически такие же, как у здоровых родильниц, хотя ограничение физической нагрузки остается. Перед снятием кожных швов или на следующий день проводят вагинальное исследование, чтобы убедиться в отсутствии осложнений. При хорошем последующем самочувствии женщины и благоприятных лабораторных показателях — ее выписывают на 8—9 день после операции. Дают рекомендации по питанию, режиму, надежной контрацепции, оптимальному перерыву до «плановой» беременности. Выдается справка о проведенной операции (показания, методика, кровопотеря и ее возмещение, течение пуэрперия, применение АБ и другого лечения, состояние шва, данные влагалищного исследования, лабораторные показатели п т. д.) для постоянного хранения у самой женщины, неизымаемая медработниками.

Общая частота инфекционных осложнений после кесарева сечения колеблется от 12 до 25% и выше

Эндометрит — наиболее частое из данных заболеваний — развивается обычно на 3—5 сутки пуэрперия; появление же гипертермии и интоксикации на 1—2 сутки — свидетельство инфицирования до или во время операции. Нерелко предшествуют эндометриту субинволюция матки и ллх-ищиетра. В устранении су\$нпвол10ц^ПГ1латТпт71<оторая в различной степени практически всегда отмечается после кесарева сечения, эффективно применение гипотермии, утеротопиков, электро-стимуляции матктт, рефлексотерапии. Лохиометра диагностируется на 3—7 сутки при задержке выделений и признаках

интоксикации (тахикардия, гипертермия до 38° и выше, ознобы). Матка округла, увеличена, чувствительна при пальпации. Назначают утеротонические средства с предварительным введением спазмолитиков, лед на низ живота. Показана детоксикация, АБ-терапия для предупреждения эндометрита. Значительное уменьшение лохий на 4—6 дни после операции может быть физиологической особенностью некоторых рожильниц, не требующей лечения при отсутствии признаков инфекции. Расширение цервикального канала в пуэрперин нецелесообразно, т. к. может вести к распространению инфекции за пределы матки (являясь в 4% причиной перитонита по данным Г. К. Степанковской, С. Я. Сольского — 1989)

Дифференциальной диагностике осложнений со стороны матки способствуют УЗИ, гистероскопия, изучение цитологии аспирата из полости матки (при эндометрите — преобладание среди клеточных элементов нейтрофилов, повышение их фагоцитарной активности). Наблюдается днепротенемия, повышение содержания СРБ, фибриногена (свыше 5,0 г/л), нарастание СОЭ, лейкоцитоза, сдвиг нейтрофилов влево, увеличение (свыше 5,0) ЛИИ — лейкоцитарного индекса интоксикации (предложен Я. Я. Кальф-Калифом). Упрощенный метод расчета данного показателя:

$$ЛИИ = \frac{(С + 2П + 3Ю + 4МН)}{(М + Л) \times (Э + 1)}, \text{ где}$$

С — сегментоядерные, П — палочкоядерные, Ю — юные

Л — лейкоциты, М — моноциты, Э — эритроциты

Р — отсутствие юных нейтрофилов и только- (С + 2П) П, ш

обильную мпкпогь оп Р п е Л Т т П о в ь, шен, 1 е числа лейкоцитов.

гаст. это грамотт,,," Нозб У-Зителн эндометрита- наиболее

эробы, реже — пятпг У^{сл}мо-патогенная флора, ат-

"Бе ассоциации" енный афилококк. характерны микроб-

К^ервым п ,МНЫМ ус,,лет,е

м патогенноети

Т^{Ча} ШенпГп^^??^т^М развития эндометрита относится

появляться позаил⁰ ~100 Ударов в мин. Лиуралка может

ти"С," в-чжн1ПГснтГ Собенио на Фоне антибиотикопротилак-

Лохп,, Классичро М ~'Х¹У^{тм}Б,е. с неприятным запахом

Ченн ая. бо^зненн Местные признаки эндометрита'.(уфеип-

й "астоящее впо» , Мягкова тая матка, гноевидные лохий)

"JeM процессе i, « Я ВСТ РсчаЮ7 ся г^дко - при далеко зашед-

!'Ст Р"та может бг, УСПешном леченн/Г" Проявлением эмдо-

Уры До 38,, (j гь " «еоб71яс1пшое» повышение темпера-

Ме, 1епця лохий' Г еЩб Д. Р аз01,тня бо.тезпегрпост/! матки,

• прочное назначение АБ и детоксикаций

предотвращают развертывание обычной клиники заболевания. Показаны седативные и антигистаминные средства, обильное питье; лел на_ низ живота — в первые 2 суток.

До получения антибиотикограммы назначают полусинтетические пенициллины (ампициллин, ампиокс по 1,0x4 раза в/м и др.) или аминогликозиды (канамицин 0,5x3—4 раза в/м или в/в и др.). При тяжелых формах эндометрита применяют 2 АБ (по одному из указанных групп) или переходят на введение цефалоспоринов в достаточно высокой дозе, их также можно комбинировать с аминогликозидами. Следует помнить об ото- и нефротоксическом эффекте последних, ограничить или исключить во время их применения грудное вскармливание. Целесообразно лимфотропное введение разовой дозы АБ 1 раз в сутки — в заднюю поверхность голени по специальной методике. Оправдано также назначение сульфаниламидов, нитрофуранов. С учетом возможного анаэробного инфицирования (клинически при этом отмечаются коричневатые обильные выделения с неприятным запахом, иногда фекальным; отсутствие эффекта от обычной антибактериальной терапии) в лечение включают трихопол 0,5x4 раза в день. Для профилактики кандидоза применяют леворин или нистатин. Проводят ежедневные инфузии (1500—2000 мл и более) с целью детоксикации (кристаллоиды, гемодез или реополиглюкин, белковые препараты). При инфекции, вызванной стафилококком, применяют противостафилококковую плазму, гамма-глобулин. Для стимуляции защитных сил организма используют левамизол, тималин, иммуноглобулин. Санацию влагалища осуществляют 2% водным раствором хлоргексидина (2—3 раза в день).

Ведущее значение в лечении эндометрита имеет **длительное промывание матки (ДПМ)** охлажденным фурацилином (В. Г. Чикин, В. М. Уткин), которое обычно проводят не ранее 4 дней после кесарева сечения*. Противопоказано ДПМ при несогласии женщины, развитии инфекции в общем состоянии женщины, интоксикации. ГТррП|тучиг" нйяткп пр^р^"ят с помощью легко монтируемой системы (В. Г. Чикин) из подвижно соединенных, дренажной трубки (ДТ) и приточной трубки ПТ). Дренажная трубка (рис. ~Ш изготавливается из м-стала-л-а- или отрезка резиновой медицинской трубки (ее диаметр 10 мм, длина 25—30 см, толщина стенки 0,5—2,0 мм). Приточная трубка — полиэтиленовая, диаметром 4 мм, дли-

* См. Методические рекомендации МЗ РСФСР «Послеродовой эндометрит, М., 1989.

пою 20 см (можно использовать трубку от одноразовой системы переливания крови).

Перед выполнением перфузии матки при влагалищном исследовании уточняют: показания и выявляют отсутствие или наличие Γ^{\wedge} Гроти Шоказ метода; проводят инъекцию димедрола. Шейку матки обрабатывают раствором Люголя, аспирируют содержимое по тости матки ЛЛЯ изучения флоры и цитологии эндометрия. Осторожным зондированием матки определяют глубину введения стерильной системы трубок, которую и проводят через цервикальный канал в полость матки по задней ее стенке. Верхний конец ПТ достигает дна матки, а дренажные отверстия Д1^{\wedge} располагаются в шейке $\text{ШтЗПЗ}^{\wedge\wedge}$ трубки к бедру же нн^{\wedge} Γ пластырем, к ПТ присоединяют $\text{}^{\wedge\wedge}$

предварительно флаконы охлаждают от 0°C до $+4^{\circ}\text{C}$ — до появления кристаллов льда в растворе). Первые 20 минут фурацилин вводят струйно, затем — со скоростью $10-15$ мл/мин. На одну процедуру в течение $90-120$ мин. расходуют $2000-3000$ мл фурацилина. Завершить промывание матки можно перфузией $0,5\%$ водного раствора хлоргексидина в течение $5-7$ мин. Обычно же перед око^{\wedge} анием ДПМ через ПТ вводят $20-30$ мл 1% раствора дилидана, а при выраженной картине эндометрита по разовую дозу АИЛ. При клинике анаэробного инфицирования медленно вводят по ПТ метрогил (100 мл), а затем и $20-30$ мл дноксидина.

Промывания матки производят ежедневно, на курс лечения от $2-3$ до $1-2$ ДПМ. После третьей процедуры, следующие можно проводить через день. ДПМ может применяться как основной метод лечения при легких формах эндометритов без назначения АБ. При эндометритах средней тяжести и тяжелых ДПМ проводят на фоне антибиотикотерапии, которая не превышает чаще всего $3-5$ дней. После отмены ДПМ продолжают общеукрепляющую и спешеческую противовоспалительную терапию еще не менее $3-4$ дней.

С целью профилактики эндометрита и лечения его начальных проявлений, при вынужденном выполнении кесарева сечения у рожениц с высоким риском инфицирования матки, сразу по окончании операции обосновано применение или аспирационно-промывного дренирования, или ДПМ. Показания к ДПМ — шизманн ролоразрртотлш- $\text{}^{\wedge\wedge}$ уфр[Ш ампиопт и эндометрит $\text{}^{\wedge}$ в родах; $(2\frac{3}{4})$ безводный промежуток $\text{}^{\wedge}$ аз $\text{Ъгт}^{\wedge\wedge}$ наличщ! $\text{}^{\wedge\wedge}$

т о р Щ] Ш с к 5 Г — з а б о л е в а н и й " : " " обнаружение патогенной флоры родового канала, длительность ро-

дос свыше 12—16 чаоов, 3 п более влагалищных нсследова
нш! в родах н т. п.

Методика ДПМ по окончании операции. Система трубок (ДТ и ПТ) может вводиться в полость матки во время кеса-рева сечения — перед окончанием наложения швов первого этажа на разрез матки, — дистальные концы трубок вво-дятся через М Е J ^ J J _ В В J ^ j ^ Н З _ родового_пути. Возможно вве-дение устройства для проведения ДПМ сразу по завершении операции через цервикальный капал после обнажения шейки

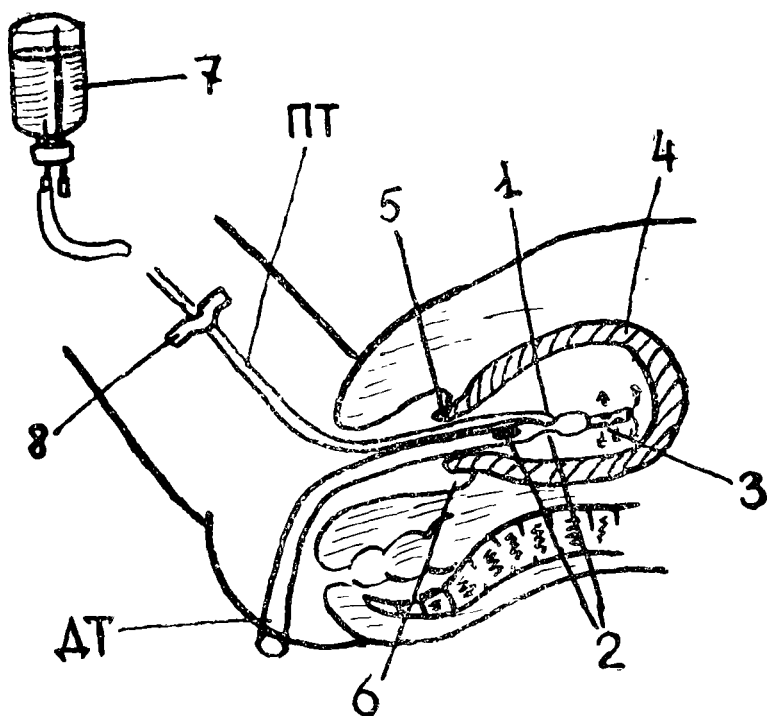


Рис 12. Схема проведения длительного проточного промывания полости матки (ДПМ) м расположения системы соединенных приточной п дренажной трубок в матке. ДТ — дренажная трубка, ПТ — приточная трубка 1 — отверстие в дренажной трубке, через которое проводится верхний конец приточной трубки, выступающий над закругленным краем ДТ на 2—3 см; 2 — оиальные отверстия и ДТ диаметром—6—8 мм 1Я оттока промывной жидкости и лохпй, 3 — отверстия на стенке конечного отрезка ПТ диаметром 3—4 мм; 4— матка; 5 — наружный зев пленки матки, 6 — свод влагалища; 7 — емкость с раствором охлажденного фурацилина; 8 — фиксация лейкопластырем приточной трубки к бедру родильницы

зеркалами. Промывание матки заканчивают введением в ее полость диоксидина (1% — 20 мл), а — при необходимости **Ирригация**. Повторение ДПМ в ближайшие 2—4 дня, как правило, является достаточным для предотвращения эндометрита, причем у части женщин (обычно после родов "естественным путем) дополнительного применения **АБ** не требуется или бывает достаточно краткого курса антибактериальной терапии Метод неотложного ДПМ успешно апробирован в Рязанской акушерской клинике (П. М. Мирон, Ю. В. Авдеев и др.) он сокращает длительность стационарного лечения (на 1—2 дня) улучшает реабилитацию оперированных с угрозой инфекционных осложнений.

Ранняя комплексная интенсивная терапия эндометрита после кесарева сечения позволяет добиться заметного улучшения уже на 2—3 сутки от начала лечения с последующим клиническим выздоровлением. Лечение таких женщин проводят в наблюдательном отделении родильного дома. При недостаточном эффекте терапии, тяжелом (гнойном) эндометрите, при подозрении на несостоятельность шва на матке больных переводят в гинекологическое отделение.

Парез кишечника (развивается на 2—3 сутки после операции) может предвещать возникновение перитонита, являясь его постоянным проявлением. Комплексная терапия пареза кишечника включает применение стимуляторов перистальтики (прозерин, ацеклидин, церкал), промывания желудка, очистительной и «гипертонической» клизмы, сифонной клизмы, газоотводной трубки, электростимуляции кишечника и т. д. Решающее значение в устранении пареза имеет инфузионная терапия до 2,0—2,5 л/сутки с равным соотношением коллоидов и кристаллоидов и дробным введением хлорида калия в общей дозе от 8—12 до 20 г/сутки. Весьма эффективно своевременное применение гипербарической оксигенации (**ГБО** показана и при эндометрите). При безуспешном лечении пареза проводят дифференциальную диагностику с перитонитом.

С целью объективизации определения степени тяжести возможных осложнений после кесарева сечения предлагаются различные варианты балльной оценки состояния оперированных (И.М. Старовойтов, 1976). В нашей клинике предложена и успешно апробирована шкала (И. М. Мирон), которая служит информативным ориентиром для оценки течения послеоперационного периода. Необходимость ежедневного заполнения всех показателей шкалы регламентирует последовательность обследования

КАРТА ДЛЯ ОЦЕНКИ СОСТОЯНИЯ БОЛЬНОЙ ПОСЛЕ
КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ

Ф. И. о.

Во-рал . Ист. родов №

Показатели	Оценка в баллах			
	4	3	2	1
1. Общее сост	хор.	удовл.	сред. тяж.	тяжелое
2. Темпер. веч	норм.	37,1—38,0	38,1-39,0	39,1 п выше
3. Пульс в мин.	до 85	86—100	101-115	116 и выше
4. АД мм'/рт. ст. (максим.)	привычн. уровень 110—120	на 10-15% ниже: 100—91	на 16-25% ниже: 90—81	ниже на 26— 30% и более 80—70 и ниже
5. Ознобы	нет	1—2 кратк.	,3—4 продол.	частые
6. Тошнота	нет	изредка	частая	постоянная
7. Рвота	нет	позывы	1—3 раза в сутки	4 и более в сутки
8. Дыхание 1м	до 18	19—24	26—30	31—36 и чаще
9 Состояние языка	чистый влажный	влажный обложен, незначит.	умер, сухой обложен.	сухой, облож.
10. БОЛИ/ЖИВОТ.	нет	незначнт.	выражен.	резко выраж.
11 Вздут, жнвот	пет	незначнт.	умерен.	выражен.
12 Десрапс	нет	незначнт. локальп. (одиост.)	умерен, двустор.	выражен.
13. Отхожд. га- зов	отходят	с затрудн. редко	задержка	задержка
14. Стул	самопронзв.	после клизмы	п/клизмы	п'/клизмы
15. Перистальт.	км ражена	ослабл.	педост. единичная, редко	отсутств. п/клизмы
16. С-м Щет- кпна	отрицат.	слабо выражен. мести, уловлетв.	выражен	отсутствует
17. Инволюция матки	хорошая		снижена	резко пыра- жеп
18. Бolest. матк	нет	незначнт	умеренная	значит, снижена
19. Лохин	норма	мутные: сниженное колич-во	мутные с запахом, малое к-во	вы ражена ггюевпдн. задержка
20. Гемограмма лепкоц на 10 ⁹ /Л	до 9,0	9,1—12,0	12,1—15,0	15,1 и св.
Сумма баллов:				

При сумме баллов: до 50 — состояние тяжелое, угрожающее
 51—60 — состояние средней тяжести
 61—70 — состояние удовлетворительное
 71—80 — состояние хорошее, вне опасности

Дата К. С. _____ первичн. повт. _____

Дни после операции

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14

ЗАКЛЮЧЕНИЕ ПО П/ОПЕР. ПЕРИОДУ: норма, осложнения _____
 Исход: выписка на _____ день переведена на _____ день, куда _____
 _____ показания _____ Другие исходы _____

больной, позволяя не упускать важные для диагностики **ёос-**палнтельных осложнений признаки. Карта-шкала содержит 20 наиболее значимых показателей, каждый из которых оценивается от 1 до 4 баллов. Максимальная сумма баллов (80) свидетельствует о хорошем состоянии оперированной и отмечается перед выпиской. При сумме баллов до 50 — состояние тяжелое, угрожающее; 51—60 — средней тяжести; 61—70 — остается угроза септических осложнений; 71—75 и выше — прогрессирует выздоровление. У женщин с неосложненным послеоперационным периодом, первые двое суток суммарный показатель — 69—70 = 1—2 балла, с постепенным нарастанием от 75 баллов к 4—5 дню и выше — ко времени выписки. При сумме баллов менее 50 к 3—5 дням следует предполагать развитие перитонита.

Перитонит до настоящего времени наблюдается при 0,4—0,5% кесаревых сечений, являясь причиной смерти у 36,4% женщин (Б. Л. Гуртовой и соавт., 1981), погибших вследствие пуперальной инфекции. В. Н. Серов и др. (1984) выделяют 3 варианта развития перитонита после кесарева сечения: 1) «ранец» при инфицировании брюшной полости во время операции (чаще всего при длительном безводном промежутке, хориоамнионите в родах); 2) перитонит — парез (вследствие нарушения барьерной функции кишечника при его парезе); 3) перитонит вследствие несостоятельности шва на матке при развитии эндометрита (наиболее частая причина перитонита). Для акушерского перитонита характерна стертая клиника, местные проявления менее выражены, чем общие; реактивная фаза быстро переходит в фазу интоксикации. В начале заболевания больные нередко ведутся с диагнозом эндометрит, а применение антибиотиков еще более затушевывает клиническую картину. Однако для перитонита (в отличие от эндометрита) характерно постоянство симптомов или их волнообразное проявление с обязательным нарастанием. Повышение температуры до 38—39° и выше может появиться уже со 2-го—3-го дня после операции, характерны ознобы, тахикардия достигает 120 в 1 минуту и более (нередко учащение пульса не соответствует умеренной гипертермии). Язык может оставаться влажным; выраженная сухость языка, тошнота и рвота появляются обычно на более поздних стадиях. Аппетит снижен или отсутствует. Ведущим симптомом является парез кишечника, консервативные мероприятия по активации! Г^го^унади^ Пдают временный и неполный эффект. Нередко отмечив (на фоне остающегося хотя бы частичного вздутия живота) отхождение газов после назначения миотоников или появление стула пос-

ле клизмы (обычно в недостаточном количестве), врач успокаивается и теряет настороженность к дальнейшему выявлению симптомов продолжающегося нарастать перитонита. Диагностику затрудняет длительное отсутствие симптомов раздражения брюшины. Болезненность в шкных отделах живота при благоприятном Лечёнии послеоперационного периода значительно уменьшается уже через 2 дня, а при развитии перитонита сохраняется и на 3—4 сутки и позже. Довольно часто боли в животе носят спастический характер. Живот чаще вздут, перистальтика кишечника вялая.

Обильное пропитывание повязки на передней брюшной стенке серозно-геморрагической жидкостью — важный, но поздний симптом, он чаще всего появляется уже при эвентрации (в ее наличии убеждаются зондированием зоны расхождения шва). При перитоните вследствие несостоятельности шва на матке нарастание симптомов наблюдается чаще всего с 4—5 суток после операции, когда происходит расхождение швов на матке с появлением обильных жидких мутных или гнойных выделений из влагалища. С этого времени на фоне выраженного пареза кишечника² др[^]их^{^^} симптомов «эндометрита» присоединяются и усиливаются местные проявления перитонита, рвота. Нередко Тюяв'ляеТся многократный "жидкий Стул с резким, неприятным запахом. Возрастает тахикардия, одышка, другие признаки интоксикации, вплоть до развития септического шока, что свидетельствует о запущенной форме перитонита. Со стороны крови при перитоните характерно нарастание лейкоцитоза, сдвиг формулы влево, снижение гемоглобина и эритроцитов, ускоренная СОЭ. Увеличивается (свыше 5,0) лейкоцитарный индекс интоксикации, уровень СРБ, фибриногена; снижается содержание общего белка крови и альбуминов. Однако при снижении реактивности родильницы и тяжелом разлитом перитоните могут быть, ложно-нормальные показатели лейкоцитоза, а сдвиг формулы влево — "слаоо выраженным или даже отсутствовать. Поэтому для своевременной диагностики перитонита важна комплексная оценка всей клинической симптоматики, данных влагалищного исследования. Матка при этом больше нормы, болезненность ее "не всегда выражена, иногда четкое определение контуров матки затруднительно. Иередко ПШТР—пнруются ннфдцщтраты в переднем и боковых сводах, связанные с зодой тва на ^<аткёГ При наличии выТютГВ~бркто~пой полости можно определить выбухание заднего свода. В затруднительных случаях осторожное зондирование 1юньГ шва позволяет убедиться в его неполноценности. В распозна-

ванин перитонита информативны гистеро- и лапароскопия УЗИ.

Залог успешного излечения перитонита в своевременном проведении релапаратомии — не позднее 4—5 дня после кесарева сечения. При более отсроченной операции резко возрастает материнская летальность. Поэтому крайне важно обеспечить интенсивное лечение эндометрита и пареза кишечника после кесарева сечения (ведение таких больных постоянно контролируют руководители стационара) и раннее выявление комплекса признаков перитонита.

Перед релапаратомией необходима краткая поликомпонентная инфузионная терапия, направленная на профилактику и лечение инфекционно-токсического шока, коррекцию гиповолемии, дисэлектролитемии, предупреждение полиорганной недостаточности. Показано дооперационное внутривенное введение высшей разовой дозы ранее не применявшегося АБ широкого спектра действия. Объем операции при перитоните — экстирпация матки с трубами и дренирование брюшной полости через переднюю брюшную стенку и влагалище. В порядке исключения, в клиническом учреждении у молодых родильниц с начальными проявлениями перитонита может быть произведена адвлагалищная ампутация матки с удалением труб, с достаточным дренированием брюшной полости. Интенсивная терапия в послеоперационном периоде направлена на подавление инфекции, детоксикацию, восстановление функции кишечника, устранение полиорганной недостаточности и обменных нарушений. Акушер, проводивший кесарево сечение, несет ответственность за выхаживание оперированной до полного завершения ее лечения.

Инфекция раны брюшной стенки проявляется лихорадкой, наличием уплотнения и гиперемии в области шва, появлением гнойно-сукровичного отделяемого. В зоне выраженного инфильтрата снимают швы и дают отток отделяемому. Зондированием убеждаются в состоятельности дна раны, чтобы исключить эвентрацию. При расхождении и нагноении раны проводят промывание и дренирование ее по общехирургическим правилам (лечение в гинекологическом отделении). При обширном днастазе краев раны — накладывают вторичные швы после ее очищения.

**СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ ЖЕНЩИН, ПЕРЕНЕСШИХ
КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЕ, И ИХ НОВОРОЖДЕННЫХ.
ПОСЛЕДУЮЩЕЕ ПЛАНОВОЕ ДЕТОРОЖДЕНИЕ.**

Заболеваемость в ближайшие дни и недели после кесарева сечения в основном представлена воспалительными осложнениями и анемией. У каждой четвертой женщины отмечается гипогалактия. В более отдаленном периоде нарушения менструальной функции, обычно нерезко выраженные, наблюдаются у 12—15% перенесших операцию, а на боли внизу живота и пояснице жалуются около 10—17% женщин (В. М. Уткин, А. С. Слепых), у каждой четвертой может отмечаться вторичное бесплодие. Все же подавляющее большинство женщин, перенесших кесарево сечение, остаются практически здоровыми.

Материнская летальность среди родоразрешенных кесаревым сечением постоянно снижается, но при этом является в 10—26 раз более высокой, чем при родах. Минимальные показатели материнской летальности в РСФСР и ряде регионов центра страны (0,08—0,10%) наблюдались в 1986 г при частоте кесарева сечения от 3,7 до 4,6% к общему числу родов (Т. А. Старостина, О. Г. Фролова). В последние 10—15 лет имеются сообщения об отсутствии гибели женщин при числе операций в 1000—2000 и более. На основных базах Рязанской акушерской клиники за 1983—89 гг на 1374 операции кесарева сечения материнской смертности не было. В настоящее время снижение интра- и постоперационной материнской смертности до минимальных величин (менее 0,1—0,05%) вполне реальная задача. Основными причинами смерти среди родоразрешенных абдоминальным путем являются кровотечения при преждевременной отслойке и предлежании плаценты, тяжелые формы позднего гестоза, послеродовые заболевания, выраженная экстрагенитальная патология, осложнения наркоза, желудочно-кишечное кровотечение. Группы риска — тромбоцитопения и гемостазные осложнения и др.

Снижение гибели женщин можно достигнуть при увеличении доли планового кесарева сечения и его своевременном проведении у женщин с акушерскими кровотечениями, тяжелыми формами гестоза и экстрагенитальной патологии, осложненном течении родов, при строгом учете противопоказаний и целенаправленной профилактике инфекционных осложнений.

Новорожденные, извлеченные при кесаревом сечении, имеют сниженные адаптационные способности (у части из них это связано с отсутствием необходимой для плода нагрузки родового акта), более половины из них нуждаются в проведении реанимационных мероприятий и почти все — в дополнительной корректирующей терапии. На их состояние оказывает влияние не только гестационный возраст, патология беременности и родов, но и особенности операции и анестезиологического пособия. Известно, что асфиксия при кесаревом сечении может встречаться у 4 из 10 новорожденных, матери которых не имели осложнений беременности и родов. В реабилитации здоровых новорожденных важное значение имеет прикладывание к груди в ближайшие часы после оперативного извлечения. Перинатальная смертность при абдоминальном родоразрешении, обычно не менее, чем в 2—3 раза выше, чем при родоразрешении естественным путем, что во многом определяется высокой потерей детей (в первую очередь за счет недоношенных) при выраженных формах акушерской патологии. Так, например, только смертность новорожденных, извлеченных путем кесарева сечения, при предлежании или преждевременной отслойке плаценты достигает 16%, при тяжелом течении позднего гестоза — 9,0%, при экстрагенитальных заболеваниях — 8,0% (В. В. Абрамченко, Е. А. Ланцев). В последние два десятилетия отмечается определенное снижение перинатальной смертности при кесаревом сечении, но ее уровень нередко еще достигает 4,0% или превышает и этот показатель. В интересах плода оптимально проведение планового кесарева сечения за 5—7 дней до родов. Необходимо принимать во внимание, что хирургическое родоразрешение между 37—38 неделями беременности в 10 раз повышает риск развития у ребенка гиалиновых мембран (В. В. Абрамченко, Е. А. Ланцев).

Дальнейшее совершенствование анестезиологического пособия и выхаживания недоношенных послужат дополнительными факторами снижения заболеваемости и смертности новорожденных, извлеченных кесаревым сечением.

Ведение беременности и родов после кесарева сечения и определение состояния рубца на матке явились проблемой особой значимости при современном увеличении частоты абдоминального родоразрешения. Установлено, что постепенное восстановление достаточной морфофункциональной полноценности миометрия в области рубца происходит в течение 1—2 лет после кесарева сечения. В более поздние сроки отмечаются вторичные фиброаневризмы стенки матки в области рубца, уменьшение степени его мускуляри-

заиии По мнению А Н Стрижакова. М А Пасынкова, наименьший риск несостоятельности рубца наблюдается при развитии бeTeШнТ?ост1ГТ*сроки бт 1 до 4 летТгосле кесарева сечения А С Слепых указывал о возможности вынашивания беременности yjtfe через 6 месяцев после операции. Аборты, проведенные в'ближайшие 3^-4 года после нее, серьезно ухудшают течение последующей «плановой» беременности (значительно возрастает риск несостоятельности рубца на матке, плацентаШш в его зоне, преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты, перинатальной патологии).

Врачам женских консультаций следует обеспечивать осмотр родильной не позже, чем через 6—8 недель после кесарева сечения, с назначением индивидуальноТГТШТраиептИВной программы Вначале рекомендуются механические или химические противозачаточные средства, при отсутствии лактации можно применить оральные контрацептивы Начиная с 4 м§свда—после кесарева сечения, показано введен^е__внут-Р^Ма 1^ЧН^х^^палей^ Особое внимание по предупреждению нежелательной беременности вскоре после гистеротомии должно быть уделено женщинам в возрасте до 20—25 лет, которым необходимо обеспечить достаточное последующее деторождение (не менее двух полноценных детей).

Прогнозирование будущего родоразрртпрнпя пАЛРГИЯРТГЯ_ при проведении оценки состояния рубца на матке вне беременности, через 6 месяцев и позже после кесарева сечения С этой целью используют гистеросатьпингографню. гистероскопию и ультразвуковое сканирование У беременной с болезнью оперированной матки важно своевременное выявление неполноценности рубца—(см главу 1), которая может возникнуть при постепенном растяжении члодонместплиша н^ только* пебед родами, но и ране.Р 28_нелель беременности У 20—25% женщин с рубцей на матке отмечается угроза прерывания беременности, клиника этого осложнения может быть проявлением начальных признаков несостоятельности рубца Необходимо также учитывать, что тянущие боли внизу живота в период 2—6 месяцев береутрнногти п ПОЗЖР могут омкягиткгя рягтяжеиим рубна н спаек по ч.рпе увеличения матки Отсутствие нарастания болевого стирома и повышения тонуса матки при прогресенрованин беременности, обычный характер белен, свободная .и безболезненная пальпация областТГруоца пли постепенное уменьшение имевшейся незначительной болезненности, — свидетельствуют об отсутствии неполноценности рубца и угрозы невынашивания или регрессе проявлений последнего осложнения.

У беременных, перенесших ранее кесарево сечение, в 5 раз чаще отмечается предлежание детского места, в 2 раза чаще — преэклампсия нормально расположенной плаценты, а частота неправильных положений плода достигает 6—8% (А. Н. Стрижаков, М. А. Пасынков). При отсутствии показаний к экстренной госпитализации, женщин с наличием рубца на матке, направляют в квалифицированный стационар (непозднее 37—38 J-неделю беременности, где проводят клинико-лабораторное обследование, включающее кардиотокографию и УЗИ (характеристика рубца, расположение плаценты, дополнительное исключение аномалий плода и др.)» после чего определяют план родоразрешения.

В настоящее время получает распространение положение о целесообразности в интересах матери и плода обоснованного повышения частоты вагинальных родов у перенесших кесарево сечение (В. И. Краснопольский, В. И. Кулаков, Г. М. Савельева, Е. А. Чернуха). До 70—80% таких родов заканчивается без осложнений, а исходы для матери и новорожденного не отличаются от таковых при повторной операции. Реализация данной тактики возможна только в высококвалифицированных стационарах при уверенности в полноценном рубце и благоприятном прогнозе родов. Обосновано планировать вагинальные роды у женщин, у которых предшествующее первое кесарево сечение было выполнено в нижнем сегменте, при несложном течении послеоперационного периода и наступлении вынашиваемой беременности не ранее, чем через 1—2 года.

ЦряпЕ5з13^{чшааетСЯ} > если у женщины имелись ранее самостоятельные роды, или, если кесарево сечение проводилось при достаточной длительности родовой деятельности в первые-иди-в-тером периоде родов У таких рожениц роды протекают по типу повторных.

Без осложнений обычно происходят роды у женщин, которым ранее производили малое кесарево сечение, а также и преждевременные роды у рожениц с полноценным рубцом на матке. Важными факторами для вагинального родоразрешения являются [одно кесарево сечение в анамнезе,] отсутствие признаков несостоятельности рубца на матке и благополучное течение беременности. Очень редко может встретиться ситуация, когда у женщины ранее уже были благополучные роды после кесарева сечения. Последующие роды ведут с меньшей настороженностью к угрозе разрыва по рубцу, чем первые пробные роды. Стремятся провести роды естественным путем при антенатальной гибели плода, анэнцефалии и других аномалиях.

Противопоказания к вагинальным родам после кесарева сечения: истончение и несостоятельность рубца на матке, два и более кесаревых сечения в анамнезе, наступление беременности ранее года после первой операции, предшествующий корпоральный разрез или ушивание матки после разрыва ее, стабильные показания к первой операции узкий таз (несоответствие размеров плода таза и при данной беременности), губцовое сужение или значительное варикозное расширение вен влагалища и др., выраженные формы экстрагенитальных заболеваний, послужившие причиной кесарева сечения и остающиеся при данной беременности, неправильные положения плода, возможность клинически узкого таза (крупный плод, неблагоприятное вставление головки), отсутствие живых и полноценных детей, тяжелые формы позднего гестоза, перенесенная беременность, неготовая к родам шейка матки тазовое предлежание плода

Нецелесообразно консервативное родоразрешение при неизвестной методике операции, а также при ожирении II—III степени. Наиболее обоснованы показания к операции после кесарева сечения у женщин моложе 25—30 лет, которым необходимо деторождение и в будущем, осторожнее следует выбирать метод родоразрешения в возрасте старше 30 лет преимущественно выполняют повторную операцию, во время которой — при желании женщины — может быть проведена и стерилизация.

Ответственное решение о ведении родов естественным путем принимается совместно с зав. отделением, избранную тактику согласуют с беременной. Роды проводят в присутствии анестезиолога, при развернутой операционной и с полной готовностью к срочной гемотрансфузии. При влагалищном исследовании в родах определяют состояние рубца (по Мюллеру) пальцем, введенным за область внутреннего зева. Выявление зоны истончения рубца и других дефектов служит основанием для неотложной операции. При недостаточно эффективной родовой деятельности возможно назначение эстрогенов, глюкозо-калиево-кальциевого комплекса, витаминов. Утеротонические средства (хинин, окситоцин и др.) противопоказаны ввиду опасности разрыва рубцовой ткани. Их использование — в виде исключения — возможно только в клинических учреждениях при четкой уверенности в полноценности рубца и соответствии размеров плода таза.

Развитие в родах гипоксии плода, слабости и дискоординации родовой деятельности могут предвещать начинающийся разрыв матки. К более выраженным признакам «расхождения» рубцовой ткани относятся возникновение болей в об-

ласти рубца (что иногда сопровождается чувством страха у женщины), определение болезненности и истончения его при пальпации, появление кровянистых выделений из влагалища, а также головокружение и обморок, тахикардия и тахипноэ, тошнота, рвота, боли в эпигастрии. Изменение контуров матки, исчезновение сердцебиения плода и пальпация его частей под брюшной стенкой на фоне усиления наружного кровотечения — свидетельство обширного разрыва плодместилища и грубых диагностических и тактических ошибок в родах. Немедленное кесарево сечение следует провести при появлении первых симптомов неполноценности рубца.

Раннее излитие вод встречается более часто у рожениц с оперированной маткой, при этом выжидательное ведение родов (не более 6 часов) возможно только при самостоятельном развитии полноценной родовой деятельности. Второй период родов ведется при наличии квязи с веной, а по окончании родов целесообразна капельная инфузия окситоцина в течение 1—1,5 часов с целью профилактики гипотонического кровотечения. Наркотические анальгетики в родах не применяют; только в конце второго периода родов, при полной уверенности в полноценности рубца, возможна ингаляция закиси азота с кислородом. Выключение потуг с помощью акушерских щипцов или вакуум-экстрактора обычно не требуется, а рассечение промежности — оправдано. Благоприятный исход родов у женщины с рубцом на матке — свидетельство высокого профессионализма акушера, правильно определившего прогноз и сумевшего обеспечить их рациональное ведение. Акушер, переживший во время данных родов немало стрессовых нагрузок, испытывает по окончании родоразрешения, пожалуй, не меньшую радость, чем счастливая родильница.

В III периоде родов обязательно проводят ручное обследование полости матки (в т. ч. и при повторных родах после кесарева сечения) для исключения недиагностированного разрыва матки по рубцу. Дополнительным признаком последнего может быть рождение плода в асфиксии. Во время ревизии матки необходимо оценить и «неудобную» для контроля зону — с тыла кисти, введенной в матку руки. Если обнаружен разрыв матки по рубцу, то при срочном чревосечении обычно получают небольшой по протяженности разрыв с экономным иссечением истонченного участка у женщины с разрывом, значительно выходящим за пределы рубца, (Гранением сосудистого пучка, а также при обширном повреждении стенки матки, выполняют надвлагалищную ампутацию или экстирпацию матки без придатков.

Для профилактики инфекционных осложнений, перед чревосечением показано внутривенное введение максимальной разовой дозы антибиотика широкого спектра действия, инъекции которого продолжают в ближайшие 48—72 часа.

Повторное кесарево сечение должно быть плановой операцией, его выполняют при несостоятельности (истончении) рубцовой ткани и других противопоказаниях к родоразрешению влагалищным путем. Проведение повторного кесарева сечения поручают опытной операционно-анестезиологической бригаде (возможен спаечный процесс, изменение топографии органов, затруднение доступа к нижнему сегменту, повышена опасность ранения кишечника и мочевого пузыря). Разрез матки стремятся произвести в нижнем сегменте, независимо от метода предшествующего кесарева сечения. Профилактического введения АБ обычно не требуется, даже при выполнении стерилизации.

* * *

Заключение. В современной литературе приводятся различные уровни абдоминального родоразрешения в крупных стационарах и клиниках областных центров (от 2 до 6—8%), при которых удается достичь наиболее низких показателей перинатальной смертности. Превышение указанной частоты кесарева сечения приводит к увеличению количества ранних и поздних послеоперационных осложнений, нарастанию длительности стационарного лечения и не влияет на показатель перинатальной смертности. Оправдано мнение В. Н. Серова и соавт. о том, что обоснованный уровень абдоминального родоразрешения по регионам страны может достигать 4—5%. Для родильных отделений районных больниц характерна меньшая частота кесарева сечения, соответствующая контингенту рожениц (в основном здоровые женщины без выраженных осложнений беременности и родов) и объему акушерской помощи. Опыт работы родильных отделений ЦРБ в Рязанской области свидетельствует, что для стационаров I—II степени риска с количеством родов до 200—500 за год целесообразен уровень абдоминального родоразрешения около $5\frac{3}{4}\%$, а при количестве родов от 500 до 1000 — около 3% и т. д. Приведенные цифры достаточно условны, но при экспертной оценке установлено, что при более высокой частоте кесарева сечения, часть операций выполнена без достаточных показаний (гипердиагностика клинически узкого таза, кратковременная и недостаточная терапия аномалий родовых сил и т. д.). Таким образом, в каждом родильном

стационаре следует иметь тот разумный уровень абдоминального родоразрешения, который обеспечивает предупреждение серьезных осложнений у рожениц и новорожденных и не сопровождается повышением частоты послеоперационных заболеваний.

Известно, что риск материнской летальности увеличивается при кесаревом сечении в 10—26 раз по сравнению с родами; а при осложнениях операции (кровотечение, перитонит и др) приходится удалять матку у женщин репродуктивного возраста. Особенно строго следует оценивать показания к первой операции, тем более у рожениц в возрасте до 20 лет, у которых необходимо обеспечивать родоразрешение в основном естественным путем. Кесарево сечение у женщин, не достигших 18 лет, может проводиться по крайне ограниченным показаниям, приближающимся к абсолютным

Показателем растущей квалификации начинающего врача является в первую очередь овладение навыками рационального ведения родов, умение и при наличии осложнений предотвратить их нарастание и обеспечить благополучное родоразрешение через естественный родовой путь. Проведение кесарева сечения только по строго обоснованным показаниям при тщательной оценке условий и противопоказаний к операции — один из основополагающих принципов современного акушерства.

Будущие достижения медицины, предложения новой смены акушеров — будут способствовать не только более эффективному предупреждению и лечению осложнений беременности и родов, но и увеличению безопасности хирургического родоразрешения. И все же основной задачей акушерства остается благополучное завершение родов естественным путем.

РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА

1. **Абрамченко В. В., Ланцев Е. А.** Кесарево сечение в перинатальной медицине. — М., Медицина, 1980
2. **Лвдеев Ю. В.** Клинико-микробиологические особенности эндометрита после кесарева сечения. // Акуш. и гнн. — 1967. — Ле 8. — С. 52-э.,.
3. **Босильченко Н. П.** и др. Анализ показаний, техники и исходов операции кесарева сечения в современных условиях. // Сб. Современное акушерство „ кесарево сечение.— М. 1989. — С. 50-57
4. **Гуртовой Б. Д., Серов В. Н., Мабаиария А, Д.** Гнопо-септлчее.ою ^аоолеваппя а ак\шерстве. — М., Медицина. — 1981, — С. 2.36.
5. **Енюшин В. Д., Миров И. М.** К модификации кесарева сечения при миоме матки. // Объединен, пленум правлений Всесоюзн и Всероссийск. куучно-медицин. обществ акушеров-гинекологов. — А\., 19/9. — С. 108—1БУ.
6. **Зак И. Р^t** Диагностика, лечение и профилактика гнойно-септических заболеваний в акушерстве п неонатолопш. // лкуш. н гпн — 1988. — > 9— С. 3—5.
7. **Зак И. р,^t Смекуна Ф. А.** Клиника, диагностика н лечение послеродовых гнопно-септпчеекпх заболеваний (мегод. реком.). — М., 1987.— С. 20.
8. **Козаченко В. Л.** Беременность и роды после кесарева сечения — М., 1979.
9. **Кулавский В. А., Афанасьев А. А.** Консервативное родоразрешение женщин, перенесших ранее операцию кесарева сечения. // Акуш. и гпн — 1987, — № 2. - С. 17-19.
10. **Кулаков В. И., Зак И. Р., Куликова Н^t Н.** Послеродовые инфекционные заболевания. — М., Медицина, 1984.
11. **Миров И. М.** К профилактике сочетанных разрывов шейки и тела матки в родах. // Акуш. п гпн. — 1984. — Л* 7. — С. 47—49.
12. **Миров И. М., Авдеев Ю. В., Ерагина В. В.** п др. Иьтенснвная терапия и комплексная профилактика гнойно-воспалительных заболеваний после родов и кесарева сечения. у/ХV Всесоюзный съезд акушеров-гинекологов. (Тезисы докладов). Донецк—Махачкала, РJ89. — С. 4ээ—456
13. **Миров И. М., Авдеев Ю. В., Пружинина В. Н.** и др. Применение непрерывного слизисто-мышечного шва при кесаревом сечей?!». ,'/ Сб. Сопрсменпоо акушерство и кесарево сечение. М., 1989.— С 74—79.
14. **Персианинов Л. С.** Оперативная гинекология. М., Медицина, 1971.
15. **Покровский И. А.** Узкий таз в клиническом отношении. Дне. докт. мод. наук. — Рязань, 1959
16. **Репина М. А.** Ошибки в акушерской практике. — Л., Медицина. 1988
17. **Репина М. А.** Разрыв матки. — Л., Медицина. 1984..
18. **Савельева Г. М.** Пути снижения материнской и перинатальной смертности. у/ХV Всесоюзный съезд акушеров-гинекологов. (Тезисы докладов). Донецк—Махачкала, 1989. — С. 596—598
19. **Савельева Г. М.** и др. Кесарево сечение о снижении перинатальной смертности и заболеваемости. У/Акуш. п гпн, — 1989 — № 3. — С. 9—12. ^'-
20. **Савельева Г. М., Серов В. Н., Старостина Т. А.** Акушерский стационар. М., Медицина, 1984.
21. **Серода О. Ф., Калининченко А. С, Егорова Т. Л.** Профилактика инфекционных осложнений при неблагоприятных условиях кесарева сечения // Сб.: Современное акушерство и кесарево сечение. М. 1989. — С, 132—139.
22. **Серов В. Н., Маркин С. А., Жаров Е. В.** Комплексная профилактика перитонита после кесарева сечения. // Акут, м гпн ~ 1986 — ,\ь 1 — С. 51—54
23. **Серов В. Н. Стрижаков А. Н., Маркин С. А.** Практическое акушерство. М. Медицина, 1989.

24. Сидорова И. С. Миома матки и беременность. — М., Медицина, 1989.
25. Слепых А. С. Абдоминальное родоразрешение. — Л., Медицина, 1989.
26. Сгрнжоаа Н, В., Дюгсев А. Н., Ибрагимов А. А. Дифференциальный подход к кесареву сечению в современном акушерстве // Акуш. гин. — 1989. — № 3. — С. 27-30. ,11
27. Стрижаков А. Н., Пасынков М. А. Беременность и роды после кесарева сечения. У/Акуш. и гни. — 1989. — № 3. — С. 72—77.
28. Уткин В. М., Аспекты операции «кесарево сечение» в свете современных представлений о рациональном ведении родов. Дисс. докт. мед. наук. — Рязань, 1971.
29. Уткин В. М. Особенности методики кесарева сечения в нижнем сегменте матки. // Сб.: Современные методы оперативного лечения в акушерстве и гинекологии. — М., 1983. — С. 14—18.
30. Уткин В. М., Чикин В. Г., Мирон И. В. Длительное промывание полости матки охлажденным раствором фурацилина при послеродовых эндометритах. // Сб.: Гнойно-септические заболевания в акушерстве и гинекологии. — М., 1985. — С. 50—55.
31. Чернуха Е. А., Комиссарова Л. М. Современные аспекты операции кесарева сечения. — М., 1988.
32. Чикин В. Г., Мирон И. М., Скулина Л. В. Стафилококковая инфекция при послеродовом эндометрите. // Сб.: Проблемы стафилококковых инфекций. Ч. II. — Саратов, 1986. — С. 38.
33. Barrier J., Elhaik S. La césarienne, Ses indications actuelles sont-elles trop nombreuses? // Rev. franc. Gynec. Obstetr. — 1979. — vol. 74, № 5. — P. 335—347.
34. Cormier Ph., Leng J. J., Lanky E., Duthi! B., Brouste V.^f // Prevention par l'utilisation du cefotetan de complications infectieuses apres césarienne. // j. Gynecol. Obstetr. Biol. Reprod. — 1989. — vol. 8., № 3 — P. 388—392.
35. Duff P., Robertson A. W., Read J. A. Single-dose cefazolin versus cefonicid for antibiotic prophylaxis in cesarean delivery. // Obstetr. Gynecol. — 1987. — vol. 70, N 5. — P. 718-721.
36. Klug P. W., Mayer H. G. K., Hohlweg Th. Die Bedeutung der Operationstechnik bei der Verhütung infektiöser Komplikationen nach Kaiserschnitt. // ZBL Bakt. — 1986. — Bd 108, № 17 — S. 1046-1053.

СО Д Е Р Ж А Н И Е

Введение	
Глава 1. Показания к абдоминальному кесареву сечению	•
Глава 2. Противопока^ния к кесареву сечению и условия проведения операции, Методы обезболивания	л
Глава 3. Основные методы абдоминального кесарева сечения	42
Глава 4 Ведение послеоперационного периода. Профилактика возможных осложнений	66
Глава 5 Состояние здоровья женщин, перенесших кесарево сечение, и их новорожденных. Последующее плановое деторождение	- 8 1
Рекомендуемая литература 1 9