

**Клінічний протокол з акушерської допомоги
«Кесарів розтин»**

Вступ

Використання клінічного протоколу в діяльності лікаря дозволить стандартизувати та уніфікувати діагностику, встановлення показань та протипоказань до виконання операції кесаревого розтину, надання анестезіологічної допомоги, техніки проведення оперативного втручання, ведення післяопераційного періоду та профілактики ускладнень, застосувати методики ведення з доведеною ефективністю, що знижують захворюваність і смертність пацієнта. Це дасть можливість вагітним, роділлям та породіллям, яким проводитиметься кесарів розтин, отримувати обґрунтовані діагностику, показання, оперативне втручання, післяопераційний нагляд, а лікарям застосовувати сучасні методики, засновані на науково-доказових засадах.

Шкала градації доказів і сили рекомендацій, застосованих в протоколі

Рівні достовірності первинних даних RCOG	
Градація сили настанов	
A	Дані отримані з систематичного огляду, матаналізу рандомізованих контрольованих досліджень або одного рандомізованого контрольованого дослідження.
B	Дані отримані з якісних контрольованих досліджень без проведення рандомізації, квазі-експериментальні дослідження або когортні дослідження.
C	Добре організовані не експериментальні описові дослідження, такі як: порівняльні, корелятивні, дослідження випадок-контроль та серії випадків.
D	Звіти експертних комітетів або точка зору та/або клінічний досвід експертів.

КЕСАРІВ РОЗТИН

Загальні положення

Протягом останніх десятиріч частота кесаревого розтину (КР) зростала в розвинутих країнах та країнах, що розвиваються. Дослідження, проведене ВООЗ, показало (2005р.), що збільшення частоти КР асоціюється із підвищенням частоти призначення антибіотиків в післяпологовому періоді, збільшенням частоти важкої материнської захворюваності та смертності.

Збільшення частоти КР вище, ніж 15 % , не рекомендовано ВООЗ, тому що не впливає на зниження показників перинатальної захворюваності та смертності серед дітей, які народились шляхом КР у порівнянні з таким серед немовлят, що народились природним шляхом.

Враховуючи частоту оперативного розродження, будь-яка спроба зменшити асоційовані з КР ризики буде мати суттєві переваги з точки зору як економічних витрат, так і покращення здоров'я жінок.

Перелік скорочень, що використовуються в протоколі

КР – кесарів розтин

ПС-перинатальна смертність

ПКР – плановий кесарів розтин

РДС – респираторний дистрес синдром

КТГ – кардіотокографія

БДВ – без додаткових вказівок

ВРІТ – відділення реанімації та інтенсивної терапії

ВІТ - відділення інтенсивної терапії

ІМТ – індекс маси тіла (маса/зріст²)

ВД – вагінальне дослідження

ВООЗ – Всесвітня організація охорони здоров'я

ВП – вагінальні пологи

ЗОЗ – заклад охорони здоров'я

ЛПМД – локальний протокол медичної допомоги

УКПМД – уніфікований клінічний протокол медичної допомоги

КН – клінічні настанови

СМД – стандарт медичної допомоги

ТЕЛА – тромбоемболія легеневої артерії

ГСЗ – гнійно-септичні захворювання

А.1.1 Діагноз та термінологія для його формування

Визначення:

Кесарів розтин – метод оперативного розродження, при якому народження дитини відбувається через розріз передньої черевної стінки та матки

А1.2 Коди стану та захворювання (КЛАСИФІКАЦІЯ за МКХ – X)

О82.0 – проведення елективного кесаревого розтину

О82.1 – проведення термінового кесаревого розтину

О82.2 – проведення кесарева розтину з гістеректомією

О82.8 – інші одноплідні пологи шляхом кесарева розтину

О82.9 – пологи шляхом кесарева розтину неуточнені

Категорії ургентності:

1 категорія - існує значна загроза життю матері та/або плода (наприклад, дистрес плода, розрив матки тощо) (О82.1) – операцію має бути розпочато не пізніше, ніж через 15 хвилин від визначення показань (С);

2 категорія - стан матері та/або плода порушені, але безпосередньої загрози життю матері та/або плода немає (наприклад, аномалії пологової діяльності в разі порушеного стану матері чи плода) (О82.1) - операцію має бути розпочато не пізніше 30 хвилин від визначення показань (С);

3 категорія - стан матері та плода не порушені, однак потребують абдомінального розродження (наприклад, допологове злиття вод в разі запланованого КР; аномалії пологової діяльності за відсутності скомпromетованого стану матері чи плода) (О82.1) – операцію має бути розпочато впродовж 75 хвилин (С);

4 категорія – за попереднім планом у запланований день та час.

А.1.3 Для кого призначений протокол (потенційні користувачі):

Лікарі-акушери-гінекологи, сімейні лікарі, лікарі анестезіологи, лікарі-неонатологи, медичні сестри, акушерки, студенти медичних ВНЗів, лікарі-інтерни, організатори охорони здоров'я.

А 1.4. Мета протоколу: Надати користувачам доказові дані, застосування яких дозволить поліпшити якість допомоги жінкам, що потребують розродження шляхом кесарева розтину. Уніфікувати показання до КР, методику виконання операції, принципи до-, інтра- та післяопераційного ведення, впровадити індикатори якості. В остаточному підсумку очікується зниження кількості необґрунтованих КР, асоційованої з КР материнської та неонатальної захворюваності та смертності.

А1.5 Дата складання протоколу: 2011

А 1.6 Дата перегляду протоколу: 2016

А1.7 Список та контактна інформація осіб, які брали участь в розробці протоколу

Моїсеєнко Р.О.	Перший заступник Міністра охорони здоров'я України, голова робочої групи.
Коломейчук В.М.	Заступник директора Департаменту - начальник відділу акушерсько-гінекологічної допомоги Департаменту охорони материнства, дитинства та санаторного забезпечення, заступник голови робочої групи.
Чибісова І.В.	Головний спеціаліст відділу акушерсько-гінекологічної допомоги Департаменту материнства,

- дитинства та санаторного забезпечення МОЗ України.
- Камінський В.В. Головний спеціаліст зі спеціальності «акушерство та гінекологія» МОЗ України, професор, завідувач кафедри акушерства, гінекології та репродуктології Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л.Шупика,
- Жук С.І. Завідувачка кафедри акушерства, гінекології та медицини плода НМАПО ім.П.Л.Шупика, професор.
- Герман Ю.В. Головний спеціаліст з акушерства та гінекології Управління охорони здоров'я Херсонської ОДА.
- Іркіна Т.К. Клінічний директор проекту «Здоров'я матері та дитини».
- Голяновський В.О. Клінічний спеціаліст проекту «Здоров'я матері та дитини».
- Квашенко В.П. Професор кафедри акушерства, гінекології та перинатології Донецького національного медичного університету ім. М.Горького..
- Ткаченко Р.О. Професор кафедри акушерства, гінекології та репродуктології НМАПО ім. П.Л. Шупика, доктор медичних наук, головний позаштатний спеціаліст з питань акушерської реанімації ГУОЗ м.Києва.
- Медведь В.І. Завідувач відділенням внутрішньої патології вагітних ДУ «ІПАГ НАМН України», професор.
- Чернов А.В. Експерт-консультант Українсько-Швейцарської Програми «Здоров'я матері та дитини».
- Остапенко О.І. Головний спеціаліст з акушерства та гінекології УОЗ Донецької міської ради.
- Давидова Ю.В. Завідувачка відділення акушерських проблем екстрагенітальної патології та постнатальної реабілітації, ДУ «ІПАГ НАМН України».
- Пирогова В.І. Завідувачка кафедри акушерства, гінекології та перинатології Львівського національного медичного університету, професор.
- Галич С.Р. Професор кафедри акушерства та гінекології Одеського національного медичного університету.
- Могілевкіна І.О. Професор кафедри акушерства, гінекології та перинатології Донецького національного медичного університету ім. М.Горького.
- Дудіна О.О. зав. відділом охорони здоров'я матері та дитини ДУ «Український Інститут стратегічних досліджень».

Рецензенти

Венцковський Б.М. – чл.-кор. НАМН України, завідувач кафедру акушерства і гінекології №1 Національного медичного університету ім. О.О. Богомольця

Донець В.Е. – головний акушер-гінеколог управління охорони здоров'я Житомирської ОДА

Протокол розглянутий і затверджений:

ЗЦЗМС – 2011

МОЗ – 2011

A1.8 Коротка епідеміологічна інформація

Частота КР в Україні постійно зростає (з 9,58% у 1999 до 16,10% у 2009), що збільшує ризик материнської та перинатальної захворюваності та смертності.

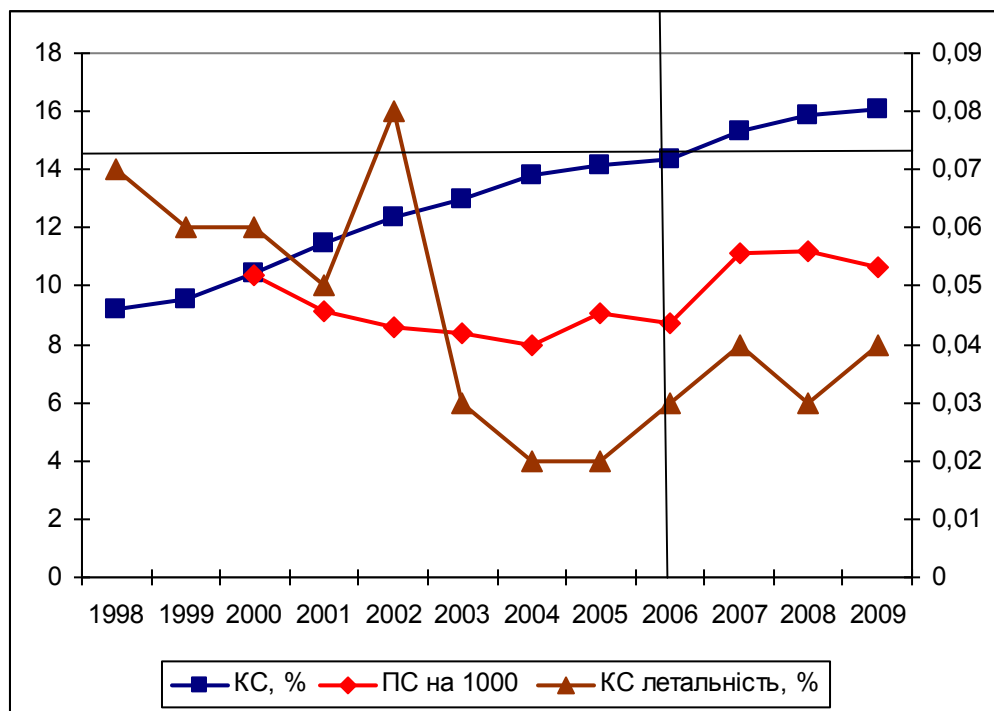


Рис. 1 Частота кесарева розтину (КР), рівень перинатальної смертності (ПС) (на 1000 народжених живими і мертвими), та летальність в разі КР в Україні за даними Держкомстату та ЦМС МОЗ України, 1998-2009рр.

З 2006 року в Україні спостерігається підвищення ПС водночас із підвищенням частоти розродження шляхом КР вище 14% та збільшення летальності серед жінок, яких було розроджено оперативним шляхом.

Показник материнської смертності, асоційованої із КР (близько 40 на 100,000 живонароджених) в 4 рази вище, ніж для всіх типів вагінальних пологів (10

на 100,000 живонароджених), та в 8 разів вище, ніж для нормальних вагінальних пологів (5 на 100 000).

КР збільшує ризик серйозних ускладнень при наступній вагітності. Збільшення частоти абдомінального розродження створює проблему ведення вагітності та пологів у жінок з рубцем на матці, що стає показанням до повторного оперативного розродження в 15-23 %, а частота інтраопераційних ускладнень під час повторного КР в 5 разів перевищує аналогічну при першому КР. Все це потребує збільшення моральних та матеріальних витрат на їх подолання. Тому діяльність акушерської служби має бути спрямована на збільшення безпеки абдомінального розродження та зменшення частоти не обгрунтованого оперативного втручання.

A2. Загальна частина

Протокол базується на даних клінічних настанов, висновках систематичних оглядів і мета-аналізів, а також результатах окремих контрольованих **рандомізованих** та інших надійних клінічних та експериментальних досліджень щодо ефективності і безпечності діагностичних та лікувальних втручань. У якості прототипу використано протокол Королівського коледжу акушерів та гінекологів (Велика Британія). Дана настанова відповідає рекомендаціям ВООЗ та визначає порядок здійснення операції КР для всіх закладів охорони здоров'я (ЗОЗ), незалежно від їх форми власності і підпорядкування; встановлює форми облікової документації, інструкції щодо їх заповнення.

Принципи організації медичної допомоги при операції КР

A.2.1. Для установ, що надають первинну медичну допомогу

Положення протоколу	Обгрунтування	Необхідні дії
1.Первинна профілактика		
1.1.Догоспітальний етап Організація та забезпечення діючої системи інформаційно-просвітницьких, організаційних заходів з метою визначення когорти жінок, яким показаний плановий КР та скерування їх на належний рівень надання медичної допомоги	Вагітним протягом антенатального періоду надаватиметься інформація, заснована на доказах, з метою допомогти їм зробити правильний вибір відносно методу розродження. Думка жінки має бути важливою складовою прийняття рішення про оперативне розродження Кесарів розтин проводиться в родопомічних закладах другого та третього рівня надання стаціонарної	Обов'язкові: Забезпечується відбір жінок для планового кесаревого розтину суворо у відповідності до показань, викладених у даному протоколі, за її інформованою згодою (додаток 1) Бажані: консультування щодо планованого оперативного розродження, післяпологової контрацепції (С).

	допомоги, незалежно від їх форми власності та підпорядкування	
2. Діагностика		
2.1. Встановлення показань до планового КР та оцінка ступеня перинатального ризику	Визначення медичного закладу відповідного рівню акредитації для надання адекватної медичної допомоги	Встановлення жінок групи високого перинатального ризику для направлення на II –III рівень надання спеціалізованої стаціонарної допомоги
3. Методи лікування		
Направлення для планової госпиталізації на II-III рівень надання спеціалізованої стаціонарної допомоги	Розродження шляхом КР можливе в медичних установах, де забезпечено цілодобове чергування акушер-гінеколога, анестезіолога, неонатолога	Розродження шляхом КР можливе в медичних установах II-III рівня надання спеціалізованої стаціонарної допомоги
4. Подальше спостереження		
<p>Догляд за дитиною, яка народилась шляхом КР, проводиться у відповідності до догляду за новонародженим, який народився через природні пологові шляхи.</p> <p>Жінка, якій проведено КР, має бути проінформована, що:</p> <p>Повторна вагітність, яка виникає протягом 2 років після попереднього КР, супроводжується підвищеним ризиком передлежання плаценти (у 1,5 рази за наявності одного КР в анамнезі, та у 2 рази за наявності двох КР в анамнезі), відшарування плаценти (у 1,3 рази) у порівнянні з повторною вагітністю після попередніх вагінальних пологів (В)¹, а також підвищеним ризиком розриву матки при спробі вагінальних пологів після КР. Найвищий ризик виникнення цих ускладнень спостерігається у разі виникнення вагітності протягом першого року після КР.</p> <p>Повторна вагітність</p>	<p>Методи контрацепції для жінок, які перенесли КР, не відрізняються від контрацепції, що рекомендується жінкам в післяпологовому періоді. ВМК може застосовуватися у жінок після КР.</p>	<p>Огляд породіллі після проведення КР та виписки зі стаціонару</p> <p>Рекомендації щодо диспансерного спостереження, контрацепції та грудного вигодовування.</p> <p><u>Обов'язкові:</u></p> <p>Вибір методу контрацепції є рішенням жінки, яке вона приймає після консультування з питань планування сім'ї.</p> <p><u>Бажані:</u></p> <p>Під час консультування необхідно надати інформацію про засоби та методи, що існують, їх переваги та недоліки. Медичний працівник повинен допомогти жінці обрати метод контрацепції, що найбільше їй підходить, а також навчити жінку та її партнера використовувати цей метод ефективно.</p>

протягом 2-х років після попереднього КР не є показанням до переривання вагітності.		
---	--	--

А.2.2. Для установ, що надають вторинну амбулаторну медичну допомогу

Положення протоколу	Обґрунтування	Необхідні дії
1.Первинна профілактика		
Забезпечується відбір жінок для планового кесаревого розтину. Жінки з важкою екстрагенітальною патологією направляються на III рівень надання спеціалізованої медичної допомоги.	Жінкам з екстрагенітальною патологією необхідно отримати висновок, який містить діагноз та рекомендації зі способу розродження профільного експерта медичної установи III рівня (згідно показань з екстрагенітальної патології – дивись «Показання до КР» з протоколу).	<u>Обов'язкові:</u> Вагітним протягом антенатального періоду надаватиметься інформація, заснована на доказах, з метою допомогти їм зробити правильний вибір відносно методу розродження. Думка жінки має бути важливою складовою прийняття рішення про оперативне розродження <u>Бажані:</u> консультування щодо планового оперативного розродження і післяпологової контрацепції
2.Діагностика		
Обов'язковий огляд терапевта, профільних спеціалістів. Проведення перинатального консилиуму при встановленні діагнозу ВВР у плода. Обстеження вагітної згідно діючого Наказу МОЗ України з надання амбулаторної акушерсько-гінекологічної допомоги.	При проведенні перинатального консилиуму визначається вітальність або летальність ВВР, можливість, місце та час проведення розродження з подальшим наданням відповідної хірургічної корекції у новонародженого	<u>Обов'язкові:</u> Надання жінці інформації щодо можливості хірургічної корекції виявленої ВВР у визначеному медичному закладі після проведеного КР. <u>Бажані :</u> Консультування жінки щодо нормативної правової бази з переривання вагітності за медичними показаннями у разі визнання летальності ВВР
3. Лікування		
Виявлення та санація вогнищ інфекції (патологія сечовивідних шляхів, санація порожнини рота, санація статевих шляхів та	На думку експертів, наявність не санованих вогнищ інфекції призводить до ускладнень в післяопераційному періоді	<u>Обов'язкові:</u> Враховується згода жінки на проведення КР. У разі відмови жінки від запропонованого планового

ін.)	та виникненню необхідності додаткового обстеження, призначення антибіотиків, збільшення тривалості перебування в стаціонарі.	КР (за її особистим підписом), цей факт документується не менш, ніж трьома лікарями за участю керівника ЗОЗ. У разі вихідних або святкових днів керівник ЗОЗ має бути проінформованим по телефону. <u>Бажані:</u> У разі відмови жінки від планового КР має бути поінформована її родина
------	--	--

4. Подальше спостереження

<p>Догляд за дитиною, яка народилась шляхом КР, проводиться у відповідності до догляду за новонародженим, який народився через природні пологові шляхи.</p> <p>Жінка, якій проведено КР, має бути проінформована, що:</p> <p>Повторна вагітність, яка виникає протягом 2 років після попереднього КР супроводжується підвищеним ризиком передлежання плаценти (у 1,5 рази за наявності одного КР в анамнезі, та у 2 рази за наявності двох КР в анамнезі), відшарування плаценти (у 1,3 рази) у порівнянні з повторною вагітністю після попередніх вагінальних пологів (В), а також підвищеним ризиком розриву матки при спробі вагінальних пологів після КР. Найвищий ризик виникнення цих ускладнень спостерігається у разі виникнення вагітності протягом першого року після КР.</p> <p>Повторна вагітність протягом 2-х років після попереднього КР не є показанням до переривання вагітності.</p>	<p>Методи контрацепції для жінок, які перенесли КР, не відрізняються від контрацепції, що рекомендується жінкам в післяпологовому періоді. ВМК може застосовуватися у жінок після КР.</p>	<p>Огляд породіллі після проведення КР та виписки зі стаціонару</p> <p>Рекомендації з диспансерного спостереження, контрацепції та грудного вигодовування.</p> <p><u>Обов'язкові:</u></p> <p>Вибір методу контрацепції є рішенням жінки, яке вона приймає після консультування з питань планування сім'ї.</p> <p><u>Бажані:</u></p> <p>Під час консультування необхідно надати інформацію про засоби та методи, що існують, їх переваги та недоліки. Медичний працівник повинен допомогти жінці обрати метод контрацепції, що найбільше їй підходить, а також навчити жінку та її партнера використовувати цей метод ефективно.</p>
--	---	---

А.2.3. Для установ, що надають вторинну (третинну) стаціонарну медичну допомогу

Положення протоколу	Обґрунтування	Необхідні дії
1. Догоспітальний етап		
<p>Організація та забезпечення діючої системи інформаційно-просвітницьких, організаційних заходів з метою визначення когорти жінок, яким показаний плановий КР та скерування їх на належний рівень надання медичної допомоги.</p>	<p>Вагітним протягом антенатального періоду надаватиметься інформація, заснована на доказах, з метою допомогти їм зробити правильний вибір відносно методу розродження. Думка жінки має бути важливою складовою прийняття рішення про оперативне розродження.</p> <p>Госпіталізацію для планового КР бажано здійснювати за добу до планованого оперативного втручання.</p>	<p><u>Обов'язкові:</u> Забезпечується відбір жінок для планового кесаревого розтину</p> <p><u>Бажані:</u> Консультування щодо планованого оперативного розродження і післяпологової контрацепції.</p>
2. Госпіталізація		
<p>Госпіталізацію для планового КР бажано здійснювати за добу до планованого оперативного втручання.</p> <p>Плановий елективний КР виконують після повних 39 тижнів вагітності.</p> <p>У разі багатоплідної вагітності плановий елективний КР виконують після 38 тижнів.</p> <p>З метою профілактики вертикальної трансмісії при ВІЛ-інфікуванні матері у 38 тижнів вагітності до відходження навколоплідних вод та/або до початку пологів.</p> <p>У разі моноамніотичної двійні операція КР повинна бути виконана у терміні 32 тижні після попередньої профілактики РДС у ЗОЗ III рівня.</p>	<p>Проводиться консиліум лікарів для прийняття остаточного рішення про доцільність та термін проведення КР з визначенням складності оперативного втручання та складу операційної бригади (додаток 7).</p> <p>Своєчасне проведення обґрунтованого КР зменшує кількість післяопераційних ускладнень та оптимізує перинатальні наслідки</p>	<p>Обов'язкові:</p> <p>Вагітній при проведенні ургентного КР слід надати доказову інформацію про можливі ускладнення, для прийняття свідомого рішення щодо методу розродження. Отримати поінформовану згоду вагітної на проведення оперативного розродження. У разі неможливості консультування жінки, отримання інформованої згоди (непритомний стан та інше) за наявності ургентної ситуації категорії 1, прийняття рішення залишається за консиліумом лікарів.</p> <p>Забезпечити огляд вагітної анестезіологом та визначити вибір методу анестезії.</p> <p>Рішення про розширення об'єму оперативного</p>

		втручання приймається консилиумом у складі операційної бригади.
3. Діагностика		
Визначити ризик тромбоемболічних ускладнень та методику їх профілактики. Провести профілактику аспіраційного пневмоніку. Визначення характеру антибіотикопрофілактики	На думку експертів	Обов'язкове : <u>Обстеження:</u> Визначення показників гемоглобіну, гематокриту, тромбоцитів у аналізі крові напередодні планового КР або безпосередньо перед операцію КР 2,3 ступеню ургентності. У разі КР категорії ургентності 1 лабораторне обстеження проводиться під час операції; Група крові та резус-фактор Додаткові клініко-лабораторне обстеження проводяться лише за наявності показань Бажане: консультування вагітної з питань планування сім'ї в разі проведення КР.
4. Лікування		
Жінкам, які направлені на II-III рівень надання спеціалізованої медичної допомоги, проводиться операція КР за однією з методик згідно додатків 2, 8. Анестезіологічне забезпечення проводиться згідно додатку 4 та алгоритму проведення анестезії.	На думку експертів, жінкам та їх партнерам необхідно рекомендувати за наявності показань плановий КР. У разі виникнення показань до ургентного КР жінка (у разі можливості – її партнер інформується про наявність показань до оперативного розродження). Показання до планового та ургентного КР (згідно алгоритму) викладені у розділі «Показання».	<u>Обов'язкове:</u> Катетеризація периферичної вени Катетеризація сечового міхура за показаннями Профілактика інфекцій Профілактика аспіраційного пневмоніту Профілактика тромбоемболічних ускладнень Профілактика гіпотензії у матері Післяопераційна аналгезія. Післяопераційний нагляд згідно додатку 5. <u>Бажане:</u> раннє прикладання до грудей, грудне вгодовування, відкрите ведення післяопераційної рани через 24 год.,

		<p>застосування самоконтрольованої аналгезії. Катетеризація периферичної вени. Катетеризація сечового міхура. У разі втрати свідомості або недієздатності показання до операції встановлюються не менш, ніж трьома лікарями, керівник ЗОЗ має бути поінформованим по телефону. <u>Післяопераційне знеболення:</u> Додавання 3-4 мг морфіну у епідуральний простір забезпечує аналгезію впродовж 18–24 годин після операції. Для покращення якості аналгезії у ранньому післяопераційному періоді в цих випадках необхідно додаткове введення нестероїдних протизапальних засобів. Знеболення після операції, яка проводилася із застосуванням загальної або спінальної анестезії полягає у поєднаному введенні опіоїдів у комбінації з нестероїдними протизапальними засобами. Застосування самоконтрольованої аналгезії більш ефективно</p>
5. Виписка з рекомендаціями.		
<p>Виписка з рекомендаціями на післягоспітальному етап. Необхідність огляду у акушера-гінеколога або сімейного лікаря в післяпологовому періоді</p>	<p>На думку експертів операція КР пов'язана з можливістю виникнення наступних ускладнень: повторні хірургічні втручання; тромбоемболічні ускладнення, інфекційні ускладнення.</p>	<p>Обов'язкові : Тривалість госпіталізації на 3-4 доби довша за вагінальні пологи. Заповнення епікризу (додаток 6). Критерії виписки: відсутність ознак післяопераційних ускладнень. Бажані: надання інформації про режим жінки в післяопераційному</p>

		післяпологовому періоді, початок статевого життя, рекомендації щодо контрацепції.
--	--	---

А.3.1. Консультування вагітної перед операцією КР

При консультуванні жінки перед КР їй необхідно повідомити наступне:

1. Кесарів розтин – це хірургічна операція, під час якої лікар акушер-гінеколог вилучає дитину через розріз черевної стінки та матки. Частіше обидва розрізи поперечні. Якщо розглядається можливість нижньосерединного розрізу черевної стінки або класичного корпорального на матці, жінку необхідно поінформувати про причини і додаткові ризики.

2. Жінку необхідно поінформувати про можливі види анестезії, вона повинна мати можливість зробити свідомий вибір. Анестезіолог має надати загальну інформацію про обраний метод, ризики, переваги та можливі ускладнення.

3. Перед операцією здійснюється катетеризація периферичної вени і сечового міхура (**D**), обробка антисептиками передньої черевної стінки.

4. Серйозні ризики, що пов'язані з операцією кесарева розтину:

Для матері:

- гістеректомія (7-8 на 1000)
- повторні хірургічні втручання (5 на 1000)
- перебування у відділенні інтенсивного спостереження (залежить від причини операції) (9 на 1000)
- тромбоемболічні ускладнення (4-16 на 10 000)
- пошкодження сечового міхура (1 на 1000)
- пошкодження сечоводу (3 на 10 000)
- смерть (1 на 12000)

Для наступних вагітностей:

- розрив матки під час наступних пологів (2-7 на 1000)
- ризик антенатальної загибелі плода (4 на 1000)
- передлежання та прирощення плаценти (4-8 на 1000)

5. Часті явища та можливі ускладнення:

з боку матері:

- біль внизу живота у перші дні після операції
- абдомінальний дискомфорт та/або дискомфорт у ділянці рани упродовж кількох місяців (9 на 100),
- повторний КР при наступній вагітності (1 з 4)
- повторна госпіталізація з різних причин (5 на 100),
- підвищена крововтрата у порівнянні з вагінальними пологами: кровотеча – 5 на 1000, приблизно 12 з 1000 жінок можуть потребувати переливання крові
- інфекція (6 на 100).

З боку плода:

- пошкодження шкіри (2 на 100)
- дихальні розлади (35 на 1000) (С)

У жінок з ожирінням, тяжкою соматичною патологією, з оперативними (абдомінальними) втручаннями в анамнезі ризик ускладнень збільшується.

Додаткова інформація:

- знаходження у лікарні після операції триватиме на 2-3 доби більше, ніж після вагінальних пологів
- рання ініціація грудного вигодовування
- доцільно здійснювати контакт «шкіра до шкіри» батька та малюка

Результатом проведення консультування повинно бути підписання жінкою поінформованої згоди на медичне втручання (Додаток 1).

Консультування з питань планування сім'ї в разі КР:

Жінка, якій пропонується КР має бути проінформована, що:

- Повторна вагітність, яка виникає протягом 2 років після попереднього КР супроводжується підвищеним ризиком передлежання плаценти (у 1,5 рази за наявності одного КР в анамнезі, та у 2 рази за наявності двох КР в анамнезі), відшарування плаценти (у 1,3 рази) у порівнянні з повторною вагітністю після попередніх вагінальних пологів (В)¹, а також підвищеним ризиком розриву матки при спробі вагінальних пологів після КР (В). Найвищий ризик виникнення цих ускладнень спостерігається у разі виникнення вагітності протягом першого року після КР.
- Повторна вагітність протягом 2-х років після попереднього КР не є показанням до переривання вагітності.
- Методи контрацепції для жінок, які перенесли КР, не відрізняються від контрацепції, що рекомендується жінкам в післяпологовому періоді. ВМК може застосовуватися у жінок після КР.
- В разі запланованого КР до оперативного втручання з жінкою потрібно обговорити методи контрацепції, які вона планує застосувати у майбутньому. В разі бажання жінки провести хірургічну стерилізацію під час КР, додаткове консультування та отримання поінформованої згоди на розширення оперативного втручання є обов'язковим. В разі ургентного КР (*категорії ургентності 1,2*) питання про хірургічну стерилізацію є недоцільним, тому що жінка не має достатнього часу для прийняття рішення щодо втручання яке призводить до необоротної втрати фертильності.
- Вибір методу контрацепції є рішенням жінки, яке вона приймає після консультування з питань планування сім'ї.

Під час консультування необхідно надати інформацію про засоби та методи, що існують, їх переваги та недоліки. Медичний працівник повинен допомогти жінці обрати метод контрацепції, що найбільше їй підходить, а також навчити жінку та її партнера використовувати цей метод ефективно.

А.3.2. Плановий кесарів розтин

А.3.2.1. Показання до планового кесарева розтину

1. Передлежання плаценти, підтверджене при ультразвуковому дослідженні після 36 тижнів (край плаценти менше ніж на 2 см від внутрішнього вічка) (D)
2. Рубець на матці за наявності протипоказань до вагінальних пологів
 - Наявність будь-яких протипоказань для вагінальних пологів
 - Попередній корпоральний КР
 - Попередній Т та J-подібний розріз на матці (B)
 - Розрив матки в анамнезі
 - Попередні реконструктивні операції на матці, резекція кута матки, гістеротомія, міомектомія із проникненням у порожнину матки в анамнезі [C], лапароскопічна міомектомія за відсутності ушивання матки сучасним шовним матеріалом [D]
 - Більше одного КР в анамнезі (серед жінок, що мають в анамнезі два КР, можуть бути відібрані як кандидати для спроби вагінальних пологів після КР, тільки такі, хто має в анамнезі хоча б одні вагінальні пологи (ВП).
 - Відмова жінки від спроби ВП.
3. Тазове передлежання плода після невдалої спроби зовнішнього повороту плода в 36 тижнів, за наявності протипоказань до нього (A) чи за наполяганням жінки (D).
4. Тазове передлежання або неправильне положення I плода при багатоплідній вагітності (D)
5. Поперечне положення плода
6. Моноамніотична двійня (D) (найкращим методом розродження є операція КР у 32 тижні вагітності після проведення профілактики РДС), у 303 III рівня
7. Синдром затримки росту одного із плодів при багатоплідній вагітності
8. ВІЛ-інфіковані:
 - Жінки, які приймають антиретровірусну терапію трьома препаратами та мають вірусне навантаження більше 50 копій в 1 мл (A);
 - Жінки, які приймають монотерапію зидовудином (A);
 - Ко-інфіковані жінки ВІЛ та вірусним гепатитом С (D).

Операція має бути виконана у 38 тижнів вагітності до початку пологової діяльності та/або розриву навколоплідних оболонок.
9. Первинний генітальний герпес за 6 тижнів до пологів (B).

10. Екстрагенітальна патологія (після встановлення діагнозу профільним експертом):

- кардіологічна - артеріальна гіпертензія III стадії, коарктація аорти (без оперативної корекції вади), аневризма аорти чи іншої крупної артерії, систолічна дисфункція лівого шлуночка з фракцією викиду < 40%, констриктивний перикардит ;
- офтальмологічна - геморагічна форма ретинопатії, перфоративна виразка рогівки, поранення очного яблука з проникненням, «свіжий» опік (інша, окрім вищеперерахованої, патологія органу зору не є показанням до КР);
- пульмонологічна - захворювання легень, що обумовлюють загрозу пневмотораксу, легенева кровотеча менш ніж за 4 тижні до розродження;
- органів травлення - портальна гіпертензія з варикозним розширенням вен стравоходу та шлунку, спленомегалія, діафрагмальна кіла;
- неврологічна - гіпертензійно-лікворний синдром, стан після геморагічного інсульту, артеріо-венозні мальформації мозку (D).

11. Пухлини органів малого тазу або наслідки травми тазу, що перешкоджають народженню дитини (D).

12. Рак шийки матки (D).

13. Стани після розриву промежини III ступеню або пластичних операцій на промежині (D).

14. Стани після хірургічного лікування сечостатевих і кишково-статевих нориць (D)

15. Гастрошизис, діафрагмальна кіла, spina bifida, тератома у плода, зрощення близнюків - за умови можливості надання оперативної допомоги новонародженій дитині (за наявності рішення перинатального консилиуму або консультативного висновку профільного експерта) (D).

КР за бажанням жінки за відсутності перелічених показань не проводиться.

У разі відмови жінки від показаної операції вона має власноручно підписати поінформовану відмову (D).

За відмови пацієнтки від документування власного рішення, даний факт документується в історії пологів медичними працівниками у складі не менше трьох осіб.

Терміни виконання планового кесаревого розтину

- Плановий елективний КР виконують після повних 39 тижнів вагітності.
- У разі багатоплідної вагітності плановий елективний КР виконують після 38 тижнів.

- З метою профілактики вертикальної трансмісії при ВІЛ-інфікуванні матері у 38 тижнів вагітності до відходження навколоплідних вод та/або до початку пологів.
- У разі моноамніотичної двійні операція КР повинна бути виконана у терміні 32 тижні після попередньої профілактики РДС у ЗОЗ III рівня

А.3.2.2. Ургентний кесарів розтин

Ургентний КР виконується відповідно до клінічної ситуації за наявності показань та інформованої згоди пацієнтки.

Показання до операції ургентного кесарева розтину (D)

1. Кровотеча до пологів або в першому періоді пологів за відсутності умов для швидкого розродження через природні пологові шляхи.
2. Розрив матки, що загрожує або почався.
3. Тяжка преeklampsія або eklampsія за відсутності умов для екстреного розродження через природні пологові шляхи.
4. Дистрес плода, підтверджений об'єктивними методами обстеження (КТГ, рН передлежачої частини, фетальна пульсоксиметрія за наявності умов, доплерометрія), за відсутності умов для термінового розродження через природні пологові шляхи.
5. Випадіння пульсуючих петель пуповини.
6. Обструктивні пологи:
 - Асинклітичні вставлення голівки плода (задній асинклітизм)
 - Поперечне та косе положення плода при відходженні навколоплідних вод
 - Розгинальні вставлення голівки плода (лобне, передній вид лицьового)
 - Клінічно вузький таз
7. Аномалії пологової діяльності за даними партограми, які не піддаються медикаментозній корекції
8. Невдала спроба індукції пологів
9. Агональний стан або клінічна смерть вагітної при живому плоді.

Фактори, що сприяють зниженню частоти ургентного КР

- Психологічна підтримка жінки під час пологів (A)
- Індукція пологової діяльності по досягненні терміну 41 тиждень вагітності (A)
- Використання партограми для моніторингу прогресу пологів (A)
- Прийняття рішення щодо КР консиліумом (C)
- Використання додаткових методів оцінки стану плода (визначення рН зі шкіри передлежачої голівки та фетальна пульсоксиметрія за наявності умов для їх проведення), що

доповнює електронний фетальний моніторинг (який ізольовано асоціюється з підвищенням частоти КР) (В).

- Перегляд показань до КР в операційній (переоцінка стану плода та положення передлежачої частини).

А.3.2.3. Передопераційне обстеження та підготовка:

Обстеження:

1. Визначення показників гемоглобіну, гематокриту, тромбоцитів у аналізі крові напередодні планового КР або безпосередньо перед операцією КР 2,3 ступеню ургентності (С). У разі КР категорії ургентності 1 лабораторне обстеження проводиться під час операції (D);
2. Група крові та резус-фактор
3. Додаткове клініко-лабораторне обстеження проводяться лише за наявності показань;

Підготовка до КР:

1. Катетеризація периферичної вени.
2. Катетеризація сечового міхура за показаннями.

А.3.3. Схема медикаментозного лікування

А.3.3.1. Профілактика інфекції

- Усі жінки, яким роблять плановий чи ургентний КР, повинні отримати антибіотикопрфілактику (А).
- Препаратом вибору є ампіцилін або цефалоспорини першого покоління, які вводять одноразово внутрішньовенно у середній терапевтичній дозі. Необхідно враховувати рівень контамінації родових шляхів та фоновий рівень контамінації стаціонару, зокрема при тривалому знаходженні жінки в даному стаціонарі
- Немає необхідності рутинно застосовувати антибіотики більш широкого спектру дії та призначати повторні дози препаратів(А).
- В разі алергії на бета-лактамі антибіотики, можуть застосовуватись кліндаміцин або еритроміцин внутрішньовенно. (А)
- Антибіотикопрфілактику потрібно проводити за 15-60 хвилин до розрізу шкіри (А).
- В разі, якщо оперативне втручання продовжується більше 3 годин або крововтрата перевищує 1500 мл, додаткова доза профілактичного антибіотика може бути призначена через 3-4 години після початкової дози (D).
- В разі ожиріння (ІМТ більше 35), наявності ризику реалізації інфікування в післяопераційному періоді (хронічні запальні процеси,) антибактеріальна терапія має бути розширена

- Проводиться санація піхви повідон-йодом безпосередньо перед КР, що знижує ризик післяопераційного ендометриту, зокрема у жінок, яким КР проводиться після розриву плодових оболонок (А).

А.3.3.2.Профілактика аспіраційного пневмоніту

За 6–8 годин перед плановою операцією необхідно обмежити вживання їжі, а за 2 години - рідини (води, спортивних напоїв, соків без м'якоті тощо). Однак, у пацієток з підвищеним ризиком аспірації (ожиріння, цукровий діабет, складні дихальні шляхи), необхідно обмежувати і вживання рідини. Вживання рідини під час пологів не підвищує ризик материнських ускладнень, а вживання їжі під час пологів – підвищує (В).

З метою попередження аспіраційного пневмоніту, жінкам слід призначати метоклопрамід окремо або в комбінації з H₂ антагоністом (ранітидин) чи антагоністом протонної помпи (омепразол).

Доцільно призначати протиблювотні засоби з метою зменшення виразності нудоти та блювоти (А).

А.3.3.3.Профілактика тромбоемболії

В усіх випадках, коли прийнято рішення про виконання КР, слід провести оцінку ризику легеневої тромбоемболії згідно з діючими нормативними документами. Для профілактики цього ускладнення застосовують механічні методи (еластична компресія нижніх кінцівок, рання післяопераційна активізація жінки) та, залежно від ступеня ризику, НМГ у відповідному режимі (D).

А.3.3.4.Профілактика гіпотензії у матері

1. Положення жінки на операційному столі з нахилом у лівий бік у 15° (А).
2. Передопераційна інфузія кристалоїдів, використання ефедрину чи фенілефрину при застосуванні регіональної анестезії (А).

А.3.3.5. Анестезіологічне забезпечення кесарева розтину.

Анестезіолог повинен провести передопераційний огляд вагітної, основною метою якого є оцінка загального статусу пацієнтки та визначення ступеню анестезіологічного ризику. Крім з'ясування загального стану жінки анестезіолог має визначити можливість розвитку аортокавального і аспіраційного синдрому та оцінити наявність ознак складної інтубації.

Жодна з існуючих класифікацій операційно - анестезіологічного ризику не враховує стан внутрішньоутробного плода, наявність у жінки небезпечної для життя її та плода патології (передлежання плаценти).

Жінці необхідно пояснити яку анестезію планується проводити та отримати інформовану згоду на її проведення. У разі високого анестезіологічного ризику оперативного втручання необхідно заздалегідь пояснити це жінці та її сім'ї.

Вибір методу анестезіологічного забезпечення (додаток 3, додаток 4).

Кесарів розтин може бути виконаний під загальною, регіональною (спінальною, епідуральною) або комбінованою (спінально-епідуральною) чи місцевою інфільтраційною анестезією.

Вибір методу анестезії визначається багатьма факторами:

- ступенем терміновості операції (категорії ургентності)
- станом матері і плода
- досвідом, кваліфікацією анестезіолога та хірурга,
- бажанням пацієнтки

При виборі методу анестезії необхідно враховувати розвиток тих чи інших потенційних ускладнень: складна інтубація (частота 1:300 анестезій), неадекватна аналгезія, розвиток артеріальної гіпотензії (частота значно вище при застосуванні спінальної чи епідуральної анестезії), респіраторна депресія, нудота, блювота, свербіння шкіри.

Жінкам, які потребують КР, слід запропонувати регіональну анестезію (за відсутності протипоказань), з метою підвищення безпеки, зниження материнської та перинатальної захворюваності (А). В разі спінальної анестезії може знадобитися лікування гіпотензії.

Не існує доказів переваг регіонарної чи загальної анестезії з точки зору материнських та неонатальних наслідків (А). Загальна анестезія у порівнянні з регіонарною зменшує час до початку розрізу шкіри, однак знижує оцінки за шкалою Апгар на 1 та 5 хв. Спінальна анестезія у порівнянні з епідуральною скорочує час до початку операції і не має відмінностей у оцінках за шкалою Апгар та частоті розвитку гіпотензії.

У більшості випадків перевагу слід надавати нейроаксіальним методам анестезії, які дозволяють жінці бути більш активними та раніше контактувати з малюком.

При наявності тяжкої брадикардії у плода, розвитку геморагічного шоку (розрив матки, значне відшарування плаценти), екламптичних судом, алергії на місцеві анестетики, гіпокоагуляції, значних анатомічних аномалій хребта, генералізованої інфекції та відсутності обладнання для постійного моніторингу слід проводити загальну анестезію.

Післяопераційна аналгезія

Жінка має бути проінформована щодо різних типів післяопераційної аналгезії.

Адекватне знеболення після операції особливо важливо тому, що у породіль існує підвищений ризик розвитку тромбоемболічних ускладнень, а ефективна аналгезія дає можливість ранньої мобілізації і забезпечення догляду за новонародженою дитиною.

Додавання 3-4 мг морфіну у епідуральний простір забезпечує аналгезію впродовж 18–24 годин після операції. Для покращення якості аналгезії у

ранньому післяопераційному періоді в цих випадках необхідно додаткове введення нестероїдних протизапальних засобів.

Знеболення після операції, яка проводилася із застосуванням загальної або спінальної анестезії полягає у поєднанні введенні опіоїдів у комбінації з нестероїдними протизапальними засобами. Застосування самоконтрольованої аналгезії більш ефективне (С).

А.3.3.6.Техніка виконання КР

На сьогоднішній день в світі існують декілька технологій виконання операцій КР (додатки 2,8)

За останні роки впроваджена техніка операції, що ґрунтується на доказах (додаток 2).

Поперечний абдомінальний розріз асоціюється зі зменшенням післяопераційного болю, кращим косметичним ефектом у порівнянні з нижньосерединною лапаротомією (В).

Поперечний розріз за Джоел-Кохен у порівнянні з розрізом за Пфанненштилем має наступні переваги (А):

- На 65% знижує післяопераційну захворюваність
- На 45% зменшує потребу у використанні анальгетиків у післяопераційному періоді
- Зменшує час операції в середньому на 18,6 хвилини
- Зменшує час вилучення плода на 1,9 хвилини
- Зменшує крововтрату на 64 мл
- Зменшує тривалість перебування в стаціонарі на 1,5 дні

Не має різниці в частоті виникнення:

- лихоманки,
- інфекції рани,
- гемотрансфузії,
- фізичної сили м'язів через 3 місяці після операції.

За наявності розгорнутого нижнього сегменту перевагу слід надавати розведенню рани на матці тупим способом, який асоціюється із зменшенням крововтрати, частоти післяпологових кровотеч та потреби у гемотрансфузії (А).

Акушерські щипці можуть бути використані лише у разі утруднень при виведенні голівки (С).

Уведення 5 ОД окситоцину (внутрішньовенно повільно) після народження дитини дозволяє досягнути ефективних скорочень матки та зменшити крововтрату (С).

Перевагу слід надавати народженню плаценти шляхом тракції за пуповину, тому що рутинне ручне відокремлення плаценти та виділення посліду асоціюється з (А):

- достовірно більшим ризиком ендометриту (ВР 1.64, 95% ДІ 1.42 до 1.90; 4134 жінок, 13 досліджень);

- більшою крововтратою, в середньому на 94,4 мл (95%СІ 17.19 до 171.64; 2001 жінка, 8 досліджень);
- більшою частотою крововтрати об'ємом > 1000 мл (ВР 1.81, 95% ДІ 1.44 до 2.28; 872 жінки, 2 дослідження);
- більш низьким рівнем гематокриту у післяпологовому періоді – в середньому на 1,5%;
- більшою тривалістю госпіталізації (на 0,39 доби, 95% ДІ 0,17 до 0,61; 546 жінок, 3 дослідження)

Рутинне виведення матки в рану з метою ушивання у порівнянні з відсутністю виведення не має достовірної різниці у більшості наслідків (А).

Однорядний шов у порівнянні з дворядним асоціюється з достовірним зниженням тривалості операції (на 7,43 хв) та об'єму крововтрати на 70 мл; зменшує післяопераційний біль на 31% (А).

Однорядний шов у порівнянні з дворядним асоціюється з більшою імовірністю розриву матки у разі спроби вагінальних пологів після попереднього кесарева розтину (за даними різних авторів у 2,69 - 3,95 рази) (В).

Відмова від ушивання очеревини (парієтальної та вісцеральної) зменшує (А):

- час операції на 6 хвилин
- частоту лихоманки у післяопераційному періоді
- тривалість перебування в стаціонарі
- кількість доз анальгетиків у післяопераційному періоді

Рутинне дронування черевної порожнини не рекомендується [С]. Але необхідність дронування може бути зумовлена особливостями операції, тому остаточне рішення залишається на розсуд хірурга.

Рутинне дронування підпонефротичного простору та підшкірної клітковини не рекомендується, оскільки не має переваг над відсутністю дронування з огляду на частоту інфікування рани, лихоманки та ендометриту [А]. Але необхідність дронування може бути зумовлена особливостями операції, тому остаточне рішення залишається на розсуд хірурга.

Рутинне ушивання підшкірної клітковини є необов'язковим за винятком випадків, коли її товщина більше 2 см (А).

Ушивання підшкірної клітковини знижує комплексний ризик ускладнень з боку післяопераційної рани (гематома, серома, інфекція рани, розходження країв рани) на 32% [А]. Ризик виникнення гематоми та сероми у разі ушивання підшкірної клітковини на 48% менше у порівнянні з відсутністю ушивання [А].

Дані відносно того, яка техніка ушивання шкіри є оптимальною, наразі відсутні. Вибір методики ушивання шкіри залишається на розсуд хірурга.

Техніка оперативного втручання, рекомендована ВООЗ представлена у додатку 4. Можливо застосування окремих компонентів зазначеної методики за вибором хірурга.

А.3.3.7. Доказова база післяопераційного догляду

Після закінчення КР здійснюється випорожнення сечового міхура (D)/

Після КР породілля має доглядатись спеціально підготовленим персоналом. Протягом перших 30 хвилин після проведення оперативного втручання породілля має спостерігатися кожні 5 хвилин в операційній або в палаті інтенсивного нагляду. Необхідно здійснювати контроль за кардіо-респіраторною стабільністю (додаток 5).

Подальший нагляд здійснюється у палаті сумісного перебування за попереднім узгодженням пацієнтки з адміністрацією. Протягом двох годин кожні півгодини проводиться контроль частоти дихання, ЧСС, АТ, після цього періоду до 6 годин – кожну годину у разі стабільного стану жінки.(додаток 5).

Якщо використовуються інтратекально опіоїди, необхідним є погодинне спостереження за частотою дихань, рівнем седатії та болю протягом перших 24 години (морфін).

Жінкам, яким вводились опіоїди в епідуральний простір, контроль частоти дихань, рівню седатії та болю має проводитись кожну годину та принаймні 2 години після закінчення введення.

Жінці має запропоновуватись морфін (0,15-0,25 мг інтратекально) для інтраопераційної та післяопераційної аналгезії, тому що це зменшує потребу у додатковій аналгезії після КР. Морфін 2,5-5,0 мг може пропонуватись альтернативно в епідуральний простір (А).

За відсутності протипоказань до застосування нестероїдних протизапальних засобів вони можуть призначатись в післяопераційному періоді, оскільки знижують необхідність в опіоїдних препаратах (А).

Жінкам в післяопераційному періоді за відсутності ускладнень пропонується вживання рідини та їжі за бажанням (А).

Видалення сечового катетеру проводиться після мобілізації жінки після регіональної анестезії не раніше ніж через 12 годин після останнього введення знеболюючих препаратів (D).

Догляд за післяопераційною раною: пов'язка знімається через 24 години після проведення КР, щоденно контролюється стан рани (біль, почервоніння, виділення з рани), здійснюється її обробка, контролюється температура тіла (D).

Тривалість госпіталізації в разі КР на 3-4 доби більш, ніж після ВП (1-2 доби) (А).

А.3.3.8. Догляд за дитиною, яка народилась шляхом операції кесаревого розтину

- Догляд за дитиною, яка народилась шляхом КР, проводиться у відповідності до догляду за немовлям, яке народилось через природні пологові шляхи, але має деякі особливості.
- З метою профілактики анемії та внутрішньошлункових крововиливів у новонароджених дітей доцільним є розтин пуповини не раніше ніж через 30 сек після вилучення дитини (за відсутністю показань до проведення реанімаційних заходів). Дитина повинна знаходитися нижче рівня розрізу під час КР (А).
- У разі проведення операції кесарева розтину із застосуванням епідуральної анестезії, контакт "шкіра-до-шкіри" здійснюється в операційній за умови задовільного стану матері та дитини протягом 2 годин. У разі проведення операції КР під загальним знеболенням, або при відсутності умов з боку матері в разі епідуральної анестезії, контакт "шкіра-до-шкіри" дитини проводиться з батьком, або з одним із членів родини жінки протягом 2-х годин.(В).
- У випадку застосування регіональної анестезії, перше прикладання дитини до грудей відбувається при появі у дитини ознак готовності до початку годування, незалежно від моменту закінчення оперативного втручання. Перше прикладання дитини до грудей у випадку загального знеболення жінки повинно відбуватися одразу після відновлення свідомості матері у відділенні інтенсивної терапії (ВІТ) або палаті спільного перебування. Акушерка допомагає здійснити перше прикладання дитини до грудей.
- Перед транспортуванням медичні працівники зобов'язані забезпечити підтримку та контроль температури тіла для запобігання виникнення гіпотермії. У ВІТ або палату спільного перебування новонароджений повинен транспортуватися на грудях у матері або в кювезі, чи в дитячому ліжечку з підігрівом, вкритий теплою ковдрою.
- Грудне вигодовування після оперативного втручання відбувається за вимогою дитини.
- Якщо стан дитини не дозволяє прикладати до грудей акушерка допомагає матері розпочати зціджування грудного молока після становлення лактації

А.3.4.Алгоритм виписки зі стаціонару

Тривалість госпіталізації на 3-4 доби довша за ВП.

Критерії виписки: відсутність ознак післяопераційних ускладнень.

У жінок з тяжкою екстрагенітальною патологією час виписки узгоджується з терапевтом (профільним спеціалістом).

При необхідності мають бути виконані додаткові обстеження.

А.3.5. Алгоритм реабілітації

Надання інформації про режим жінки в післяопераційному післяпологовому періоді, початок статевого життя, рекомендації щодо контрацепції.

Для жінок з тяжкою екстрагенітальною патологією спостереження у профільного спеціаліста з виконанням його рекомендацій.

А.3.6. Алгоритм профілактики

Огляд акушером-гінекологом або сімейним лікарем в післяопераційному періоді.

Для жінок з тяжкою екстрагенітальною патологією у разі необхідності проводиться профілактика ускладнень основного захворювання, узгоджена с профільним спеціалістом.

Дотримання принципів індивідуальної гігієни в післяопераційному періоді.

Дотримання ефективної контрацепції протягом 1 року після операції, включаючи метод лактаційної аменореї (МЛА).

А.4 Ресурсне забезпечення виконання протоколу

А.4.1. Вимоги для установ, які надають амбулаторну медичну допомогу.

А.4.1.1 Кадрові ресурси (перелік персоналу та вимоги до них).

Забезпечення медичним персоналом (лікар акушер-гінеколог, сімейний лікар, акушерка), який пройшов навчання і володіє медико - організаційними технологіями антенатального догляду за вагітними.

А.4.1.2 Матеріально-технічне забезпечення

Наявність УПМД та ЛПМД з КР на електронних та паперових носіях.

Наявність бланків поінформованої згоди на КР.

Наявність обладнання, яке передбачено табелем оснащення для даного закладу.

А.4.2. Вимоги для установ, які надають стаціонарну допомогу.

А.4.2.1 Кадрові ресурси (кваліфікаційні вимоги).

Цілодобова наявність персоналу (акушер-гінеколог, анестезіолог, неонатолог, акушерка, медичні сестри, лаборант), який пройшов навчання і володіє технологіями виконання та анестезіологічного забезпечення КР, ведення післяопераційного періоду, надання екстреної акушерської, та неонатальної допомоги.

А.4.2.2 Матеріально-технічне забезпечення.

Наявність УПМД та ЛПМД з КР на електронних та паперових носіях.

Наявність бланків поінформованої згоди на КР, епікризу КР.

Наявність лікувально-діагностичного обладнання згідно таблицю оснащення, можливості для лабораторного обстеження, проведення КР, розширеного

оперативного втручання, а також реанімації та інтенсивної терапії матері і новонародженої дитини.

Цілодобова доступність кровозамінників та препаратів крові у достатній кількості. (С)

А.5 Індикатори якості медичної допомоги

№ з/п	Індикатор	Порогове значення	Методика вимірювання (обчислення)	Фактори впливу
1	Наявність УКПМД та ЛПМД «КР»	100% від потреби	Наявність у закладі УКПМД та ЛПМД «КР» на електронних та /або паперових носіях	Наявність бази Інтернет Наявність наказу по закладу про впровадження УКПМД та ЛПМД
2	Забезпечення навчання медичного персоналу медико - організаційним технологіям УКПМД та ЛПМД «КР»	≥ 90%	Кількість медичних працівників, які задіяні в виконанні медико - організаційних технологій даного УКПМД та ЛПМД і пройшли навчання x100/ загальна кількість медичних працівників, які задіяні в виконанні технологій даного УКПМД (фізичних осіб)	Наявність наказу по закладу про впровадження УКПМД та ЛПМД, забезпечення мотивації медичного персоналу до впровадження технологій ЛПМД «КР»
3	Наявність сучасного медичного обладнання для проведення операції КР	≥ 95%	Кількість наявного сучасного медичного обладнання x100/ кількість передбаченого табелем оснащення сучасного медичного обладнання	Залучення позабюджетних джерел для придбання необхідного медичного обладнання, участь у міжнародних проєктах, державних і регіональних програмах
4	Забезпеченість лікувального закладу синтетичним шовним матеріалом, який розсмоктується	100%	Кількість синтетичного шовного матеріалу, який розсмоктується x 100 / необхідна кількість синтетичного шовного матеріалу, який розсмоктується	Наявність локального протоколу, залучення позабюджетних джерел для придбання необхідного медичного обладнання, участь у міжнародних проєктах, державних і регіональних програмах

5	Забезпеченість швидкої доступності крові	так	Кров може бути доставлена не пізніше 15хв. після визначення потреби в її переливанні	Наявність ЛПМД «КР»
6	Частка вагітних, які отримали консультування перед операцією КР	95% і більше	Кількість жінок, розроджених шляхом КР, в історіях пологів яких наявна інформована згода на оперативне втручання x100/ загальна кількість виписаних жінок, які були розроджені шляхом КР	Наявність пам'яток для вагітних з КР, навчання медичного персоналу технологіям УКПМД «КР»
7	Частка породіль, які отримували антибіотик більше однієї доби	10% і менше	Кількість породіль розроджених шляхом КР, які отримували антибіотик більше однієї доби x100/ загальна кількість виписаних породіль, розроджених шляхом КР	Наявність ЛПМД «КР», навчання медичного персоналу технологіям УКПМД «КР», клінічний аудит
8	Частка породіль, яким здійснено прикладання доношеного новонародженого до 2-х годин після закінчення операції	80% і більше	Кількість породіль, яким здійснено прикладання доношеного новонародженого до 2-х годин після проведення операції x 100/ загальна кількість виписаних породіль, розроджених шляхом КР	Наявність ЛПМД, навчання персоналу технологіям УКПМД «КР» клінічний аудит мотивація персоналу
9	Частка породіль, розроджених шляхом КР, яким проведено дронування черевної порожнини	5% і менше	Кількість породіль, розроджених шляхом КР, яким проведено дронування черевної порожнини x 100/ загальна кількість виписаних породіль розроджених шляхом КР	Навчання персоналу технологіям УКПМД «КР» клінічний аудит мотивація персоналу
10	Температура тіла породіллі $\geq 37,6^{\circ}\text{C}$ пізніше 48 годин після операції	10% і менше	Кількість породіль з розродженням шляхом КР у яких температура тіла була $\geq 37,6^{\circ}\text{C}$ хоча б одноразово пізніше 48 годин x 100/ загальна кількість виписаних породіль з розродженням шляхом КР	Наявність ЛПМД «КР», навчання персоналу технологіям УКПМД клінічний аудит

11	Частка жінок, яким під час або після планової операції КР проводилось переливання препаратів крові (за виключенням автодонорства)	10% і менше	Кількість жінок с запланованим КР, яким під час або після планової операції КР проводилось переливання препаратів крові x 100/ загальну кількість планових КР.	Наявність ЛПМД «КР», навчання персоналу технологіям УКПМД клінічний аудит
12	Частка дітей, які потребували первинної реанімації	5% і менше	Кількість народжених шляхом КР дітей, яким проведена первинна реанімація x 100 / загальна кількість народжених шляхом КР дітей	Наявність ЛПМД «КР», навчання персоналу технологіям УКПМД клінічний аудит
13	Захворюваність новонароджених СДР	10/1000 і менше	Кількість народжених шляхом КР дітей з СДРх1000/ загальна кількість народжених шляхом КР дітей	Наявність ЛПМД, забезпечення навчання та мотивації медичного персоналу до впровадження технологій ЛПМД, клінічний аудит
14	Частка дітей, що надійшли до відділення або палати інтенсивного спостереження		Кількість народжених шляхом КР дітей, які надходили до відділення або палати інтенсивної терапії x 100 / загальна кількість народжених шляхом КР дітей	

Б. Бібліографія (адаптовані КН, СМД, чинні накази МОЗ України тощо)

В. Додатки:

- Додаток 1. Інформована згода на КР.
- Додаток 2. Методика операції КР, що ґрунтується на доказах.
- Додаток 3. Показання і протипоказання до застосування різних видів анестезії при КР.
- Додаток 4. Анестезія при КР.
- Додаток 5. Спостереження за станом матері після операції КР.
- Додаток 6. Епікриз після операції КР.
- Додаток 7. Кесарів розтин (алгоритм).

Додаток 8. Типи розрізів та ушивання тканин при різних технологіях КР.

Інформована згода на кесарів розтин

Я, _____
(прізвище, ім'я, по-батькові)

була поінформована лікарем _____ про те, що для
(прізвище, ім'я, по-батькові)

мого здоров'я та здоров'я моєї дитини кращим способом розродження є кесарів розтин. Лікар пояснив в доступній для мене формі про очікувані переваги, ризики та додаткові процедури під час проведення операції кесарів розтин, а саме:

Очікувані переваги: *Народження дитини / дітей через розріз на передній черевній стінці (животі) та матці у ситуації, коли є загроза мені або моїй майбутній дитині під час вагінальних пологів.*

Вагомі ризики:

- Видалення матки, 7-8 жінок на 1000 (не часто)
- Потреба в повторній хірургічній операції, 5 жінок на 1000 (не часто)
- Госпіталізація у відділення інтенсивної терапії, 9 жінок на 1000 (не часто)
- Збільшення ризику розриву матки при подальших вагітностях, 2-7 на 1000 (не часто)
- Кровотеча, 4-16 жінок на 10 000 (рідко)
- Мертвонародження, 1-4 жінки на 1000 (не часто)
- При подальших вагітностях плацента закриває вхід в матку (передлежання плаценти), 4-8 жінок на 1000 (не часто)
- Травми сечовидільної системи, 1 жінка на 1000 (рідко)
- Смерть, приблизно 1 жінка на 12 000 (дуже рідко)

Часті ризики:

Часто: постійний дискомфорт в області рани та живота, повторний кесарів розтин при подальших вагітностях, повторна госпіталізація, незначні пошкодження шкіри дитини

Нечасто: кровотеча, інфекція

Я даю свою згоду на проведення додаткових процедур, які можуть знадобитися під час проведення цієї операції, а саме:

Переливання крові Так Ні

Також мені пояснили з чого складатиметься це оперативне втручання та можливі методи знеболення, їх переваги та ризики.

Ця процедура включатиме:

загальну анестезію регіональну анестезію місцеву анестезію

Лікар також поінформував мене, що після проведення цієї операції можливі ранні та віддалені ускладнення:

- гнійно-запальні захворювання (ендометрит, сепсис)
- розходження хірургічних швів
- гематоми
- лігатурні норичі
- злуки малого тазу
- порушення менструальної функції
- вторинне безпліддя
- синдром хронічного тазового болю

Знаючи усю вищенаведену інформацію, я свідомо даю згоду на розродження шляхом кесаревого розтину.

Підпис Дата

Підпис лікаря Дата

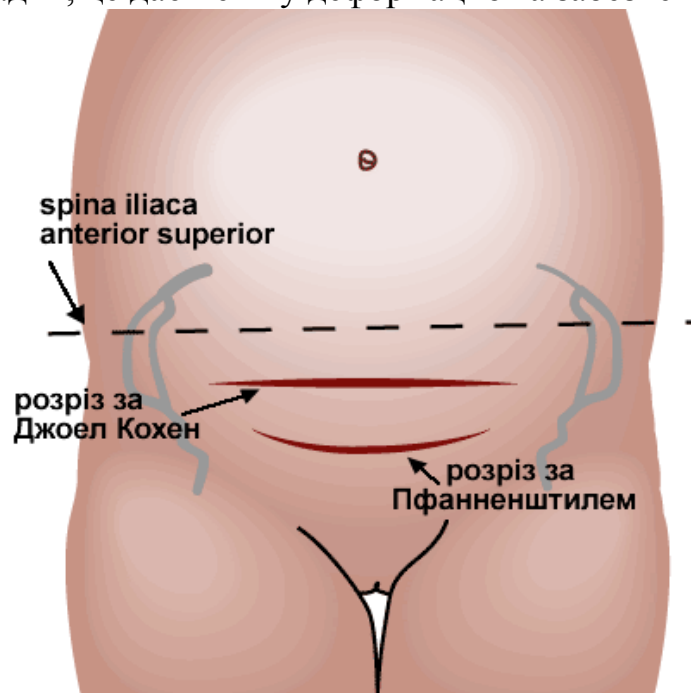
Методика операції кесарева розтину.

Хірург стоїть з правого боку від пацієнтки, якщо він правша, та з лівого – якщо лівша.

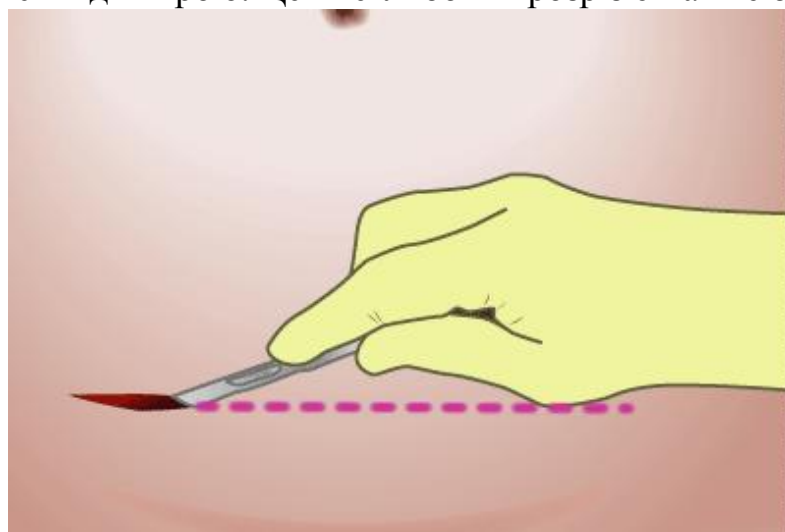
Розріз шкіри на передній черевній стінці за Джоел - Кохен (Joel-Cohen) здійснюється приблизно на 3 см нижче лінії, що з'єднує передні верхні ості клубових кісток. В деяких випадках розріз може бути проведено вище.

Техніка операції:

1. Визначте середину майбутнього розрізу та зробить три відмітки на шкірі: одну по середній лінії та по одній - на кінцях. Злегка натягніть шкіру в напрямку складки, це дає меншу деформацію та забезпечує прямий розріз.



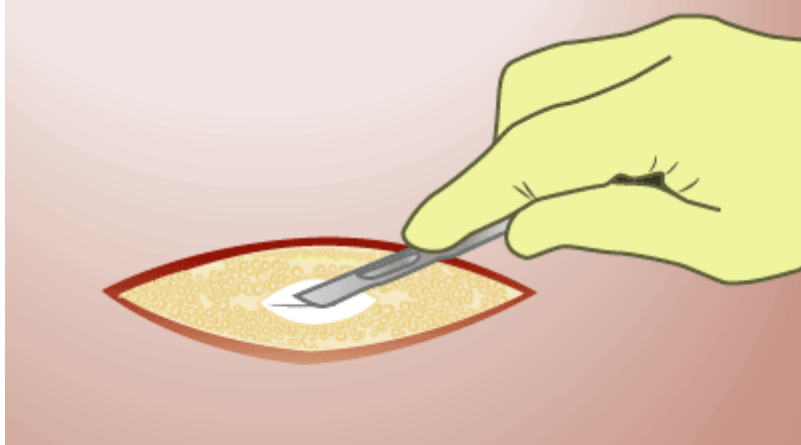
2. Зробіть розріз шкіри довжиною 17 см. Він не повинен заходити у тканини, що знаходяться під шкірою. Цей неглибокий розріз є майже безкровним.



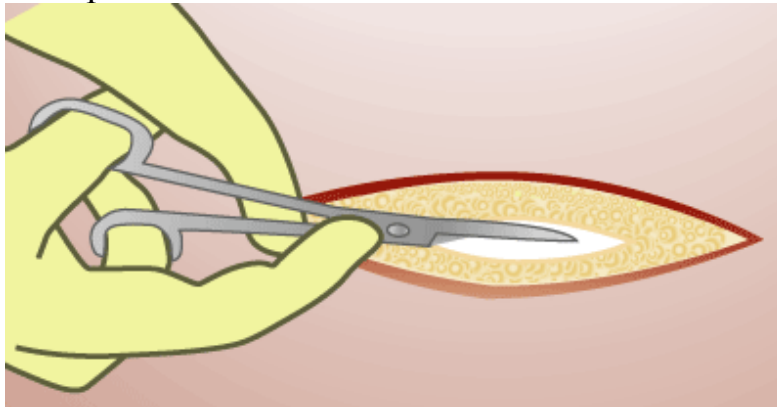
3. Заглибте розріз скальпелем на 2-3 см посередині розрізу в поперечному напрямку крізь підшкірну клітковину до апоневрозу. Не намагайтесь відсепарувати підшкірну клітковину. Кровоносні судини та нерви

залишаються при цьому інтактними оскільки зона підшкірної клітковини по середній лінії є найбільш безкровною.

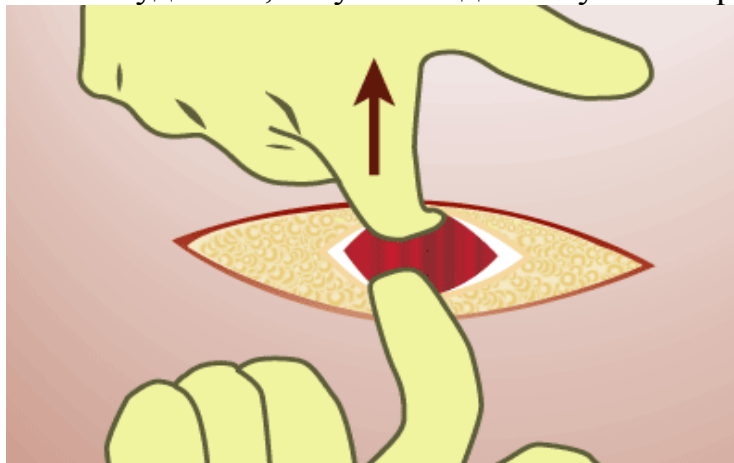
4. Зробіть невеличкий поперечний розріз апоневрозу скальпелем.



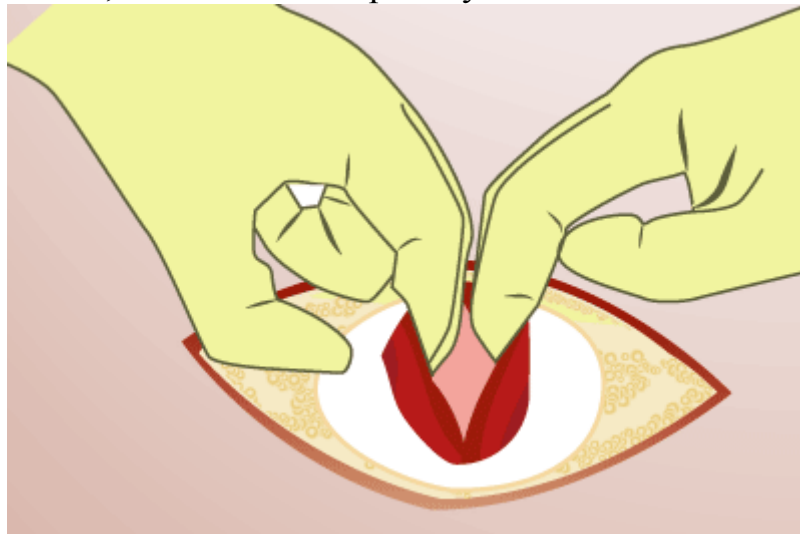
5. Продовжте поперечний розріз апоневрозу в обидві боки під підшкірною клітковиною, не порушуючи при цьому її цілості: розташуйте кінчик частково відкритих ножиців таким чином, щоб одне лезо було розташовано над, а інше - під апоневрозом (підтримуйте ножиці знизу вказівним пальцем лівої руки). Просувайте ножиці латерально спочатку від себе, а потім на себе. На цьому рівні прямі м'язи не потребують відокремлення від апоневрозу, тому що знаходяться вище рівня прикріплення пірамідальних м'язів.



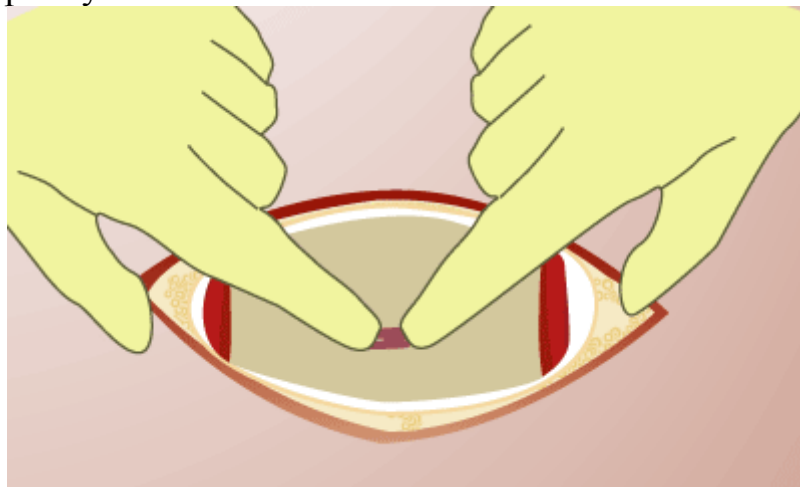
6. М'яко відділіть апоневроз від м'язів, вказівними пальцями розведіть прямі м'язи краніально та каудально, готуючись до наступного кроку.



7. Розведіть прямі м'язи. Для цього хірург та асистент розташовують вказівний та середній пальці правої руки по середній лінії між прямими м'язами, захоплюючи при цьому м'яз, а потім одночасно розводять їх шляхом тракцій зі збалансованою та зростаючою силою. Цей рух треба проводити з легкою зовнішньою ротацією, що дозволяє розвести верхню частину розрізу більше ніж нижню. Часто необхідно додаткове використання вказівного та середнього пальцю лівої руки хірурга та асистента, які розташовують поверх правої руки для забезпечення необхідної для розведення країв рани сили. Не бійтесь прикладати велику силу. Цей маневр дозволяє змістити всі судини та нерви вбік не пошкоджуючи їх, та заголити очеревину.



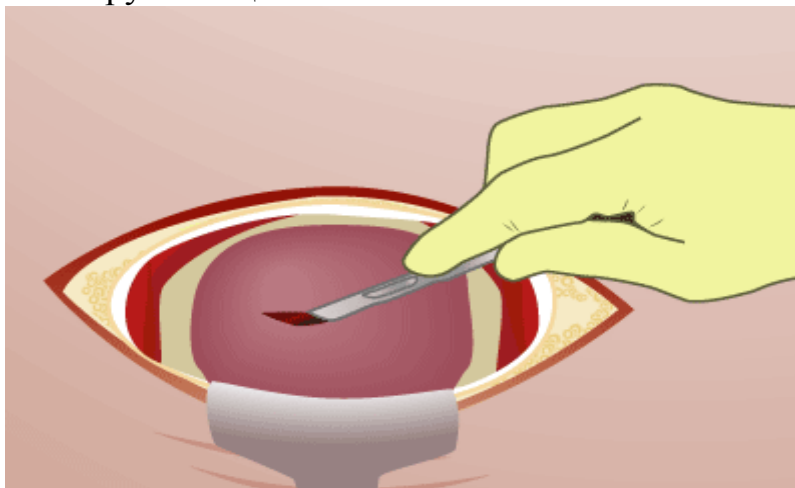
8. Вказівними пальцями розтягуйте в поперечному напрямку парієтальну очеревину у верхньому куту рани поки не утвориться невеличкий отвір. Розширте отвір вказівними пальцями у каудальному та краніальному напрямках. Якщо очеревину розтягують у краніальному та каудальному напрямках, вона рветься поперек, що запобігає травмуванню сечового міхура. Використання пальців при входженні в черевну порожнину запобігає травмуванню кишечника.



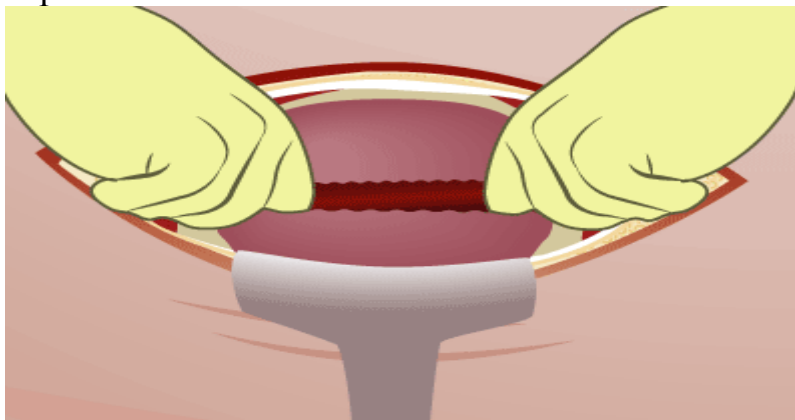
9. Ідентифікуйте нижній сегмент матки та сечовий міхур.
10. Зробіть скальпелем поперечний поверхневий розріз вісцеральної очеревини довжиною 1 см над сечовим міхуром. Уникаючи кровоносних

судин просувайтесь вправо та вліво (загалом на 10-12 см), щоб через цей отвір можна було б народити дитину. Застосовуйте ранорозширювач та дзеркала для того щоб бачити рух інструменту. Намагайтесь не опускати рівень розрізу, оскільки це може обмежити можливості розведення країв розрізу матки.

11. Опустіть вісцеральну очеревину з сечовим міхуром донизу використовуючи 2 пальці. Використання пальців запобігає травмі сечового міхура у порівнянні із використанням тампону.
12. Зробіть невеличкий поперечний розріз в нижньому сегменті матки скальпелем, або використовуйте вказівний палець правої руки для формування отвору в матці.



13. Пальцями розтягніть краї отвору на матці у поперечному напрямку. Великий палець правої руки використовуйте переважно для фіксації у дальньому куті рани, а вказівний палець лівої руки - для розведення в ближньому куті рани. Великий палець товще вказівного, що знижує ризик травмування судин на віддаленому боці матки. Продовжуйте отвір більше вправо ніж вліво тому що наприкінці вагітності матка здебільше повернута вправо.

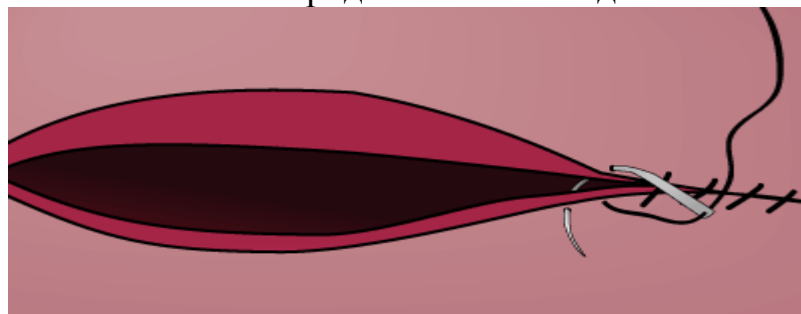


14. Підведіть два пальця під голівку плода та виведіть її з рани. Асистент натискає на дно матки, щоб допомогти вилучити дитину. Пальці займають менше місця ніж повна долоня, завдяки чому зменшується вірогідність травми матки при вилученні плода.
15. Після народження дитини анестезіолог вводить 5 ОД окситоцину внутрішньовенно. Послід видаляється шляхом контрольованої тракції за

пуповину. Для цього пуповину тримають у стані легкого натягування до початку спонтанного відокремлення плаценти. Обережно підтягуючи за пуповину послід видаляють з порожнини матки. Не слід тягнути за пуповину за відсутності скорочення матки та ознак відокремлення плаценти оскільки це може призвести до вивороту матки!

16. Також з абдомінальної рани, розміщуючи всю руку позаду матки. Проводьте масаж матки для стимуляції її скорочень. В разі сильної кровотечі з плацентарної площадки, стисніть матку між долонями. Даний метод дає суттєвий гемостаз.
17. Продовжуючи масаж матки, марлевою серветкою видаліть залишки плодових оболонок та тканин з матки, стимулюючи її скорочення.
18. Захопіть центр нижнього краю рани на матці атравматичним затискачем. Якщо необхідно, розширте цервікальний канал розширювачем Гегара, та проштовхніть розширювач у піхву, для того, щоб вилучити його після операції. Цей крок може підвищувати ризик реалізації генітальної інфекції, тобто її розповсюдження з піхви у матку.
19. Ушивання матки:

Зашийте розрізану стінку матки однорядним або дворядним безперервним швом з перекидом. Починайте з краю розрізу, що є ближчим до Вас. Застосовуйте довгу (90 см) лігатуру (надавайте перевагу синтетичному шовному матеріалу, що розсмоктується) № 1 та велику колочу голку. Відступіть 1 см від краю розрізу зверху та знизу для забезпечення достатнього гемостазу. Будьте обережним у нижньому краю розрізу, щоб запобігти травмуванню сечового міхура. В разі виразного витончення нижнього сегменту може з'явитися необхідність в накладанні другого ряду швів. Застосування безперервного шва з перекидом не асоціюється з місцевою ішемією тому, що після операції матка скорочується, зменшується об'єм тканин та знижується напруження навколо шва матки. Матка зашивається для забезпечення гемостазу під час операції, а не задля забезпечення механічної міцності шву, тому що завдяки скороченням матки шви слабшають вже впродовж кількох годин після операції.



20. Контроль гемостазу. Переконайтесь, що АТ та пульс в межах норми. Якщо гемостаз недостатній, накладіть додаткові шви для впевненості у відсутності кровотечі.
21. Видаліть згортки крові. Не застосовуйте тампон або рушник для видалення всієї рідкої крові з черевної порожнини. Рідка кров адсорбується очеревиною. Амніотична рідина, що попала в черевну

порожнину, має бактеріостатичний ефект. Мінімальні маніпуляції з кишечником дуже важливі, тому що забезпечують раннє відновлення функції кишечника.

22. Ушивання вісцеральної очеревини:

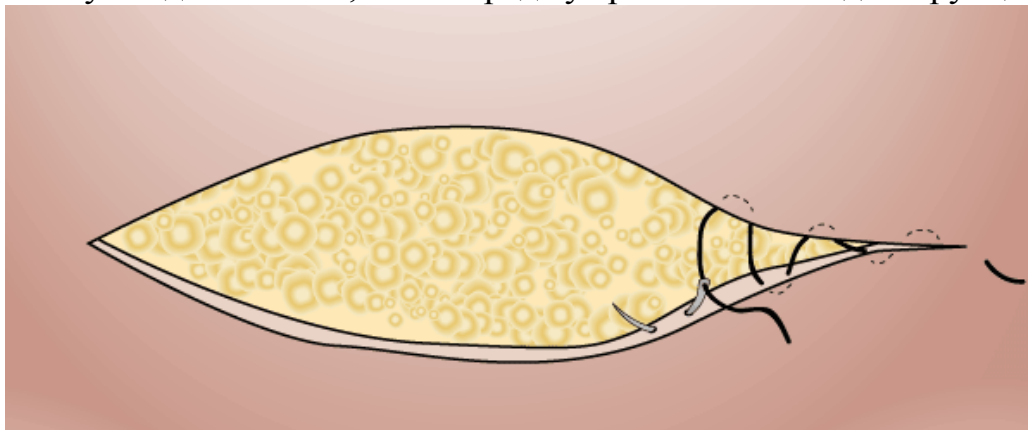
Залиште вісцеральну та парієтальну очеревину незащитими. Вкрийте сальником поновлену стінку матки. За короткий проміжок часу краї рани очеревини відновляться (12 годин). Можливо, що ушивання очеревини призводить до місцевої ішемії, що стимулює формування злук.

23. Захопіть краї обох листків апоневрозу в кутах рани затискачами. Ще два затискача накладіть на верхній та нижній краї апоневрозу посередині.

24. Відновіть цілість апоневрозу однорядним безперервним швом без перекиду. Надавайте перевагу синтетичному шовному матеріалу, що розсмоктується. Почніть з ближчого до вас краю розрізу. Накладіть перший шов таким чином, щоб вузол знаходився під апоневрозом. Кожний укол спрямовуйте злегка по діагоналі через розріз. Не застосовуйте безперервний шов з перекидом. Будьте обережним в кряях розрізу, щоб не пошкодити судини.

25. Рутинне ушивання підшкірної клітковини є необов'язковим за винятком випадків, коли її товщина більше 2 см.

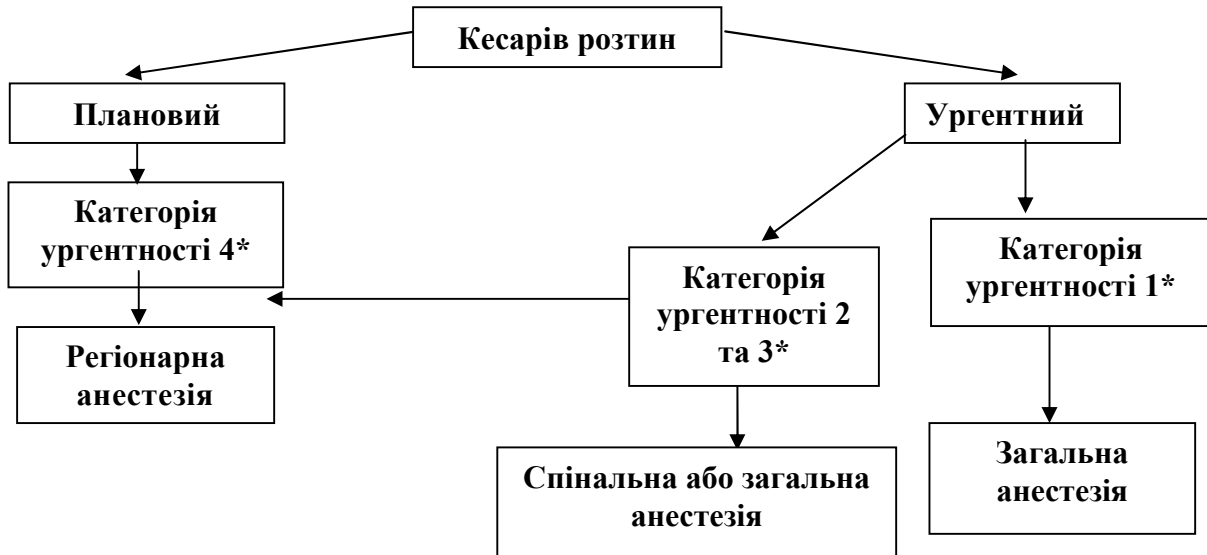
26. Ушийте шкіру, застосовуючи 2-3 матрацних шва. Затисніть краї розрізу затискачами в проміжках між швами для забезпечення правильного співставлення країв рани. Залиште затискачі на 5 - 10 хвилин. Зараз краї рани співставленні. Цей простий шлях відновлення тканин скорочує час, забезпечує надійний шов, та попереджує розвиток келоїдних рубців.



27. Розпочніть раннє вживання рідини, здійсніть ранній підйом пацієнтки відразу по закінченню дії анестетиків. Немає необхідності в голодуванні після операції, тому що парез кишечника дуже рідко виникає при застосуванні даного методу. Рання мобілізація знижує ризик тромбоемболічних ускладнень та зменшує інтенсивність та тривалість післяопераційного болю. Зменшення відчуття болю полегшує грудне вигодовування, а це в свою чергу сприяє скороченню та інволюції матки.

28. Зніміть шви на 5-у добу після операції. Це знижує ризик розвитку інфекції та келоїдних рубців.

**Алгоритм
анестезіологічного забезпечення кесарева розтину**



* - Категорія ургентності за Lukas et al, 2000:

1 категорія – негайна загроза життю матері та плоду

2 категорія – немає загрози життю матері та плоду

3 категорія – необхідне раннє виконання оперативного втручання

4 категорія – у час, який буде зручний для жінки та медичного закладу.

Анестезія при кесаревому розтині

Підготовчі заходи.

Для запобігання розвитку аспіраційного синдрому внутрішньовенно вводять метоклопрамід 10 мг або ранітидин 50 мг безпосередньо перед оперативним втручанням.

Пацієнтку вкладають на спину на операційний стіл з нахилом у лівий бік на 15°.

Моніторинг: вимірювання АТ кожні 5 хв, ЧСС, SpO₂ та P_{ET}CO₂ постійно. За необхідності – ЕКГ- моніторинг.

Необхідно забезпечити надійний доступ до венозного русла шляхом катетеризації периферичної, а при необхідності, і центральної вени. Катетери повинні мати широкий просвіт (G 16 - 14), тому що в будь-який момент може виникнути необхідність у проведенні масивної інфузійно – трансфузійної терапії.

Перевірка наявності всього необхідного комплексу медикаментів для проведення анестезії і реанімації та обладнання (наркозний апарат, ларингоскоп, відсмоктувач), роботу необхідно обов'язково перевірити перед початком анестезії.

Загальна анестезія.

Після виконання підготовчих заходів, приступають до проведення попередньої оксигенації шляхом інгаляції 100% кисню впродовж 3 хв через носо-лицеву маску наркозного апарату або 5 – 6 глибоких вдихів 100% кисню.

Індукція в наркоз має бути швидкою із застосування прийому Селліка. Для індукції використовують тіопентал натрію (4-5 мг/кг). У пацієток з нестабільною гемодинамікою та бронхіальною астмою слід застосовувати кетамін (1 – 1,5 мг/кг).

У випадках значної вихідної артеріальної гіпертензії (АТ > 190/130 мм рт.ст) у вагітних з прееклампсією/еклампсією допускається застосування фентанілу 50 – 100 мкг до народження дитини. Міорелаксація забезпечується сукцинілхоліном (1.5 мг/кг).

У разі виникнення складної інтубації можливо альтернативне проведення ШВЛ через ларингеальну маску.

До вилучення плоду анестезію підтримують інгаляцією діазоту оксиду у комбінації з киснем 1 : 1. Можлива комбінація з енфлюраном (0.5-0.75 об %) або ізофлюраном (0.75 об%). У разі відсутності інгаляційних анестетиків можливо підтримання анестезії тим анестетиком, яким проводилася індукція. Сукцинілхолін вводять за необхідності підтримання міорелаксації не перевищуючи дозу у 500 мг.

ШВЛ проводять у режимі нормовентиляції. Бажано уникати гіпервентиляції, яка порушує матково-плацентарний кровообіг(В).

Після перетискання пуповини підтримку анестезії проводять за загальними правилами, міорелаксації забезпечують введенням атракуріуму 0,5 мкг або верокуріуму 0,05 мг/кг. Після вилучення плаценти а необхідності вводять інші утеротонічні засоби (метилергометрин).

Регіонарна анестезія

Положення жінки для спінальної або епідуральної пункції може бути сидячим або лежачи на лівому боці. Не доведено переваг використання тієї чи іншої позиції, тому її вибір залежить від преференцій анестезіолога.

Після виконання підготовчих заходів, приступають до інфузії кристалоїдних і/або колоїдних розчинів. Оптимальний об'єм преінфузії на сьогоднішній день не визначено, так само як і переваги інфузії колоїдів чи кристалоїдів у запобіганні розвитку артеріальної гіпотензії при виконанні регіонарної анестезії, хоча перевагу надають використанню колоїдів.

До проведення регіонарної анестезії слід підготувати вазопресори (фенілефрин або ефедрин).

Після розвитку анестезії у разі зниження вихідного систолічного АТ на 30 % або нижче 90 мм рт.ст. необхідно збільшити темп інфузії та змістити матку у лівий бік. У випадках рефракторності АТ до проведених заходів внутрішньовенно вводять 5 – 15 мг ефедрину або 1 – 3 мг фенілефрину.

У разі розвитку недостатньої анестезії проводять додаткову седацию неінгаляційними анестетиками (наприклад, кетамін – 10-20 мг) і/або атарактиками (діазепам - 5 – 10 мг). Якщо анестезія залишається неадекватною, переходять до проведення загальної анестезії з ШВЛ.

Після розвитку анестезії проводять контроль її розповсюдження (не вище T₅) з обов'язковою відміткою у протоколі анестезії.

До народження дитини необхідно проведення інгаляції 100% киснем через носові канюлі або маску наркозного апарату, після народження - проведення оксигенотерапії бажано продовжити, якщо не має заперечень з боку пацієнтки. Проведення інгаляції кисню під час регіонарної анестезії зменшує частоту інтраопераційної нудоти та блювоти (С).

Після вилучення плода проводять внутрішньовенну інфузію окситоцину (ОД). Застосування метилергометрину асоціюється із збільшенням частоти інтраопераційної нудоти та блювоти.

Для запобігання розвитку інтра- та післяопераційної нудоти та блювоти бажано використання блокаторів 5-НТ рецепторів (ондасетрон).

Спінальна анестезія

Для спінальної пункції бажано використовувати голки розміром 25-26G карандашного (Sprotte чи Whitacre) або ріжучого типу (Quincke). Застосування голок карандашного типу асоціюється з меншою частотою постпункційної цефалгії.

Техніка спінальної пункції стандартна.

Для спінальної анестезії можливе застосування гіпербаричного бупівакаїну 0,5% 10 – 15 мг, в середньому 12,5 мг або лідокаїну 2–5%

(60-80 мг). Використання лідокаїну 5% асоціюється з більшою частотою артеріальної гіпотензії та розвитком транзиторних неврологічних порушень.

Для поліпшення якості аналгезії можливе додавання до розчину місцевого анестетика 25 мкг фентанілу.

Епідуральна анестезія

Техніка виконання пункції епідурального простору стандартна.

Після катетеризації епідурального простору обов'язкове виконання аспіраційної проби з відміткою у протоколі анестезії.

Для епідуральної анестезії використовують 18–20 мл розчинів місцевих анестетиків: бупівакаїн 0,5%, ропівакаїн 0,75% та лідокаїн 2%. Використання ропівакаїну більш безпечно ніж бупівакаїну.

Введення анестетика проводять переривчасто по 5 мл з паузами між введеннями до 1 хв та проведенням аспіраційної проби. За такої методики розвиток адекватної анестезії, як правило, настає через 10 – 15 хв.

Для поліпшення якості аналгезії можливе додавання до розчину місцевого анестетика 100 мкг фентанілу, а після народження дитини для ефективної післяопераційної аналгезії можливо епідуральне введення – мг морфіну.

Час(хв.)	5	10	15	20	25	30
Рівень свідомості (+так; - ні)						
Артеріальний тиск (мм.рт.ст)						
Пульс (уд./хв.)						
SpO2 (%)						
Частота дихання (за хв)						
Кровотеча (+ так; - ні)						
Щільність матки (Щ - щільна, М - м'яка)						
Масаж матки (+ так; - ні)						
Біль за ВАШ (від 0 -10)						
Лікарські призначення (додатково до карти інтенсивного спостереження)						
Підпис анестезіолога/анестезистки, Акушер-гінеколога/акушерки						

Час (години)	1	1,5	2	3	4	5	6
Артеріальний тиск (мм.рт.ст.)							
Пульс (уд./хв.)							
Температура, °С							
Частота дихання (за хв)							
Крововтрата (мл)							
Щільність матки (Щ - щільна, М - м'яка)							
Масаж матки (+ так; - ні)							
Біль за ВАШ (від 0 -10)							
Діурез, мл							
Лікарські призначення (додатково до карти інтенсивного спостереження)							
Підпис акушера-гінеколога/ Акушерки							

ЕПКРИЗ ПІСЛЯ ОПЕРАЦІЇ КЕСАРЕВА РОЗТИНУ

Прізвище, ім'я, по батькові: _____ Вік: _____

Дата народження: _____

Адреса: _____

Дата операції кесарева розтину: []/[]/20[]

Дата виписки: _____

Дата		Розтин матки	
Вагітність № _____		В нижньому сегменті поперечний	
Пологи № _____		Корпоральний	
Передчасні (до 37 тижнів)		<i>Інше</i> _____ <i>Профілактика інфекції</i> <i>Препарат, доза</i> <i>Кратність</i> _____	
Термінові (37-42 тижнів)			
Після 42 тижнів		Ушивання розтину матки	
Плановий кесарів розтин		Шовний матеріал	
Ургентний кесарів розтин		Однорядний шов	
Категорія ургентності: 1, 2, 3		Дворядний шов	
Показання		Загальна крововтрата	
_____		500 – 999 мл	
_____		>1000 мл	
Анестезія	Загальна	Переливання	
	_____	плазми	
	Спінальна	еритроцитарної маси	
	Епідуральна	Мати переведено до:	
<i>Інше</i>		Післяпологової палати разом з дитиною (дітьми)	
_____		Післяпологової палати саму	
Ускладнення		Палати інтенсивної терапії	
Кровотеча		Іншого закладу	
Інше		Призначені медикаменти	
_____		_____	
Гістеректомія, уточніть		_____	
_____		_____	

Інші втручання		
Тривалість операції		

Інформація про новонародженого

Новонароджений		1-ша дитина			2-га дитина			3-тя дитина			
Стан при народженні		Жива	Аntenаталь на загибель плода	Інтранаталь на загибель плода	Жива	Аntenаталь на загибель плода	Інтранаталь на загибель плода	Жива	Аntenаталь на загибель плода	Інтранаталь на загибель плода	
Оцінка за Апгар	1 хв.										
	5 хв.										
Первинна реанімація		Так	Ні		Так	Ні		Так	Ні		
При наявності видимих вад, уточніть:											
Маса / Довжина тіла		[] [] [] [] / [] [] [] []			[] [] [] [] / [] [] [] []			[] [] [] [] / [] [] [] []			
Стать		Ч Ж		Ч Ж		Ч Ж		Ч Ж		Ч Ж	
Новонародженого переведено до:											
Відділення спільного перебування											
Палати інтенсивної терапії											
Дитячого відділення											
Іншого стаціонару											

Перебіг післяопераційного періоду

Тривалість перебування в стаціонарі	Температура тіла породіллі $\geq 37,6^{\circ}\text{C}$ пізніше 48 годин після операції	Призначення антибіотків більше однієї доби	Дренування черевної порожнини	Інфекція рани	Кюретаж матки

Коментар _____

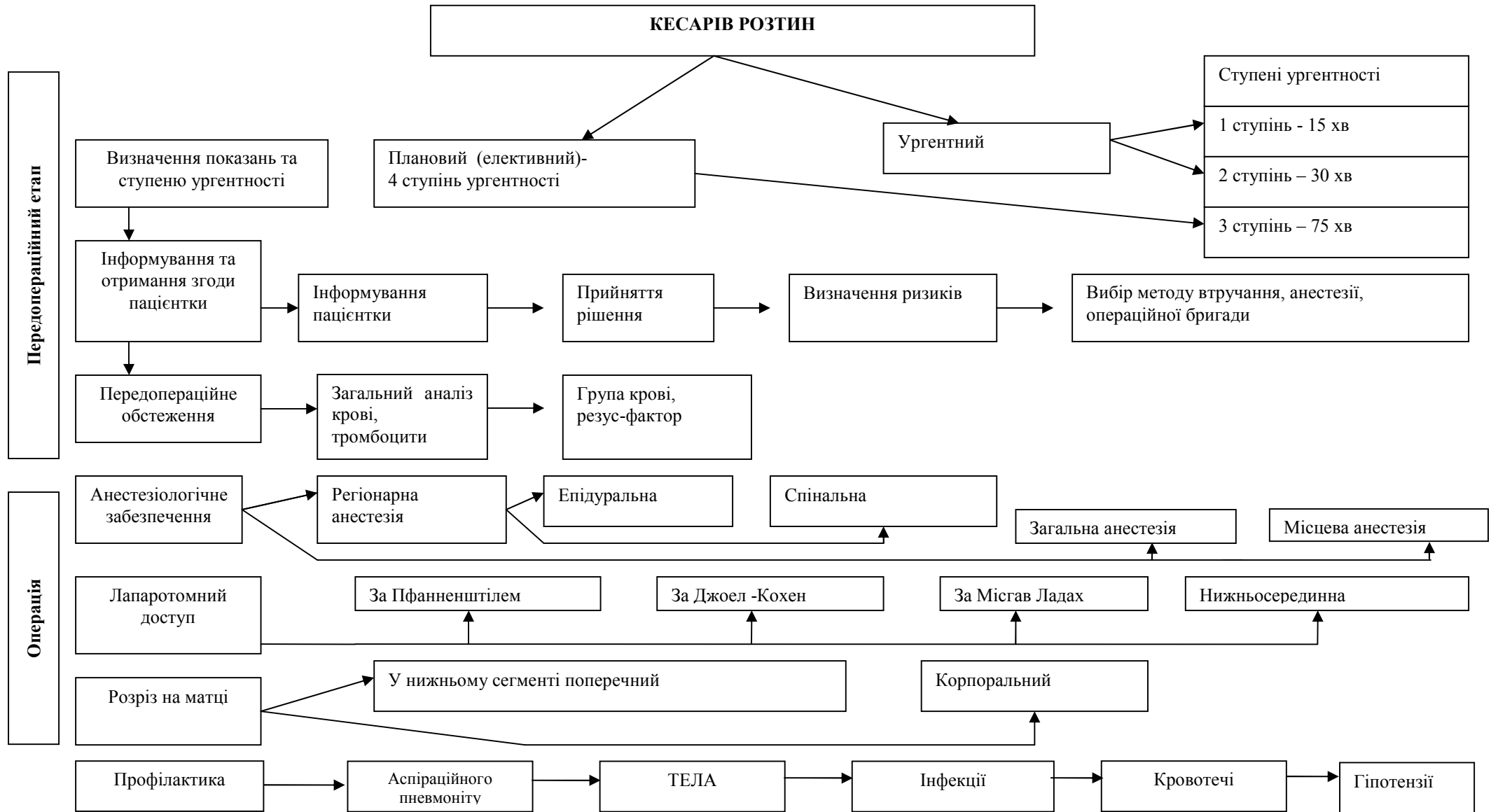
Клінічний діагноз:

Ускладнення

Інші втручання

Рекомендації по плануванню сім'ї

Акушер-гінеколог: _____ Підпис _____



Техніка	Розріз						Ушивання					Інше
	Шкіра	Підшкірна клітковина	Апоневроз	Прямі м'язи	Очеревина	Матка	Матка	Очеревина	Апоневроз	Підшкірна клітковина	Шкіра	
За Пфанненштилем	<ul style="list-style-type: none"> поперечний гострий 	<i>Не уточнено</i>	<ul style="list-style-type: none"> поперечний гострий відокремлення м'язів від апоневрозу 	<i>Не уточнено</i>	<ul style="list-style-type: none"> поздовжній гострий 	<ul style="list-style-type: none"> поперечний нижній сегмент 	<ul style="list-style-type: none"> дворядний безперервний шов 	<ul style="list-style-type: none"> ушивання обох листків безперервний шов 	<ul style="list-style-type: none"> безперервний або окремі шви 	<i>Не уточнено</i>	<ul style="list-style-type: none"> окремі шви або безперервний внутрішньошкірний шов 	
За Пелозі	<ul style="list-style-type: none"> поперечний гострий 	<ul style="list-style-type: none"> електрокоагуляція поперечний 	<ul style="list-style-type: none"> електрокоагуляція поперечний 	тупий метод розведення	<ul style="list-style-type: none"> тупий метод розведення 	<ul style="list-style-type: none"> поперечний нижній сегмент тупий або гострий метод розведення 	<ul style="list-style-type: none"> однорядний безперервний шов 	<ul style="list-style-type: none"> не ушивається 	<ul style="list-style-type: none"> безперервний шов 	<ul style="list-style-type: none"> окремі шви за показаннями 	<ul style="list-style-type: none"> клеми Мішеля 	<ul style="list-style-type: none"> сечовий міхур не опускається донизу спонтанне народження плаценти
За Джоел-Кохен	<ul style="list-style-type: none"> поперечний гострий вище, ніж за Пфанненштилем 	розріз у середині, потім тупе розведення разом з апоневрозом	<ul style="list-style-type: none"> розріз у середині, потім тупе розведення разом з підшкірною клітковиною 	тупий метод розведення	<ul style="list-style-type: none"> тупий метод розведення 	<ul style="list-style-type: none"> поперечний нижній сегмент тупий метод розведення 	<ul style="list-style-type: none"> окремі шви 	<ul style="list-style-type: none"> не ушивається 	<ul style="list-style-type: none"> безперервний шов 	<i>Не уточнено</i>	<i>Не уточнено</i>	<ul style="list-style-type: none"> сечовий міхур опускається донизу
За Місгав-Ладах	<ul style="list-style-type: none"> поперечний гострий вище, ніж за Пфанненштилем 	<i>Не уточнено</i>	<ul style="list-style-type: none"> сліпий метод розведення кінчиками частково відкритих ножиць 	<i>Не уточнено</i>	<ul style="list-style-type: none"> тупий метод розведення 	<ul style="list-style-type: none"> поперечний нижній сегмент тупий метод розведення 	<ul style="list-style-type: none"> однорядний безперервний шов 	<ul style="list-style-type: none"> не ушивається 	<ul style="list-style-type: none"> безперервний шов 	<i>Не уточнено</i>	<ul style="list-style-type: none"> два-три матрацних шва 	<ul style="list-style-type: none"> плацента видаляється рукою матка виводиться в рану для ушивання
Модифікований Місгав-Ладах	<ul style="list-style-type: none"> поперечний гострий вище, ніж за Пфанненштилем може бути на рівні Пфанненштиля з косметичних причин 	<i>Не уточнено</i>	<ul style="list-style-type: none"> сліпий метод розведення кінчиками частково відкритих ножиць 	<i>Не уточнено</i>	вісцеральна очеревина не розтинається	<ul style="list-style-type: none"> поперечний нижній сегмент тупий метод розведення 	<ul style="list-style-type: none"> однорядний безперервний шов без перекиду або дворядний безперервний шов без перекиду 	<ul style="list-style-type: none"> не ушивається 	<ul style="list-style-type: none"> безперервний шов 	<i>Не уточнено</i>	<ul style="list-style-type: none"> підшкірний шов або різні методики ушивання 	
Вертикальний	<ul style="list-style-type: none"> вертикальний гострий 	<ul style="list-style-type: none"> вертикальний гострий 	<ul style="list-style-type: none"> вертикальний гострий 	тупий або гострий метод розведення	<ul style="list-style-type: none"> поздовжній гострий 	<ul style="list-style-type: none"> поперечний нижній сегмент тупий або гострий метод розведення 	<ul style="list-style-type: none"> однорядний або дворядний безперервний або окремі шви 	<ul style="list-style-type: none"> ушивання обох листків безперервний шов 	<ul style="list-style-type: none"> безперервний або окремі шви 	<ul style="list-style-type: none"> окремі шви 	<ul style="list-style-type: none"> окремі шви або безперервний шов 	<ul style="list-style-type: none"> сечовий міхур опускається донизу

Примітка:

1. В принципі, можна писати як однорядний чи дворядний, так і одноповерховий та двоповерховий, однак в нашій літературі майже завжди мова йде про ряд шву (чи швів), а не про поверх. У російськомовному варіанті та ж система – однорядный или одноэтажный. Как мне кажется, говоря о швах, более корректно говорить о ряде, а не об этаже. (С.Р.Галич)
2. Даже если в английском варианте вертикальный разрез назван традиционным, реалии таковы, что он уже давно традиционным не является на территории нашей страны. Считаю целесообразным опустить это слово, дабы не путать врачей. Уже несколько поколений возвращены на поперечном разрезе, как традиционном.