

Утвержден
протоколом заседания Экспертной комиссии
по вопросам развития здравоохранения МЗ РК
№ 23 от «12» декабря 2013 года

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЕ

I. ВВОДНАЯ ЧАСТЬ

1. Название протокола: Кесарево сечение

2. Код протокола:

3. Код(ы) МКБ-10:

082-Роды одноплодные, родоразрешенные посредством кесарева сечения

082.0-Проведение elective кесарева сечения

082.1-Проведение экстренного кесарева сечения

082.2- проведение кесарева сечения с гистерэктомией

082.8-Другие одноплодные роды путем кесарева сечения

082.9- Роды путем кесарева сечения неуточненного

084.2-Роды многоплодные, полностью путем кесарева сечения

4. Сокращения, используемые в протоколе:

5. Дата разработки протокола: май 2013 года

6. Категория пациентов: беременные

7. Пользователи протокола: врачи акушеры - гинекологи, неонатологи, анестезиологи-реаниматологи

8. Указание на отсутствие конфликта интересов: Разработчики протокола не имеют конфликта интересов и не сотрудничают с фармацевтическими компаниями.

9. Определение: Кесарево сечение - операция, завершающая беременность, при котором плод извлекается через разрез передней стенки живота и матки.

В данном клиническом протоколе используется следующая градация рекомендаций по уровню доказательности:

А	Существуют хорошие доказательства, чтобы рекомендовать клинические профилактические меры.
---	---

	Доказательства получены по меньшей мере из одного рандомизированного контролируемого исследования проведенного должным образом.
В	Существуют достаточные доказательства, чтобы рекомендовать клинические меры. Доказательства из хорошо организованного контролируемого исследования без рандомизации.
С	Существующие доказательства противоречивы и не позволяют сделать рекомендации за или против использования клинических профилактических мероприятий; однако, другие факторы могут повлиять на принятие решения. Доказательства из хорошо-организованного когортного исследования или исследования случай-контроль, предпочтительно из более, чем одного центра или исследовательской группы.
Д	Доказательства получены от сравнений между кратностями или местами с или без вмешательств. Значительные результаты в неконтролируемых экспериментах также могут быть включены в эту категорию.
GPP (Баллы надлежащей практики)	Рекомендованная наилучшая практика, основанная на клиническом опыте.

II. МЕТОДЫ, ПОДХОДЫ И ПРОЦЕДУРЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ

10. Клиническая классификация:

По срочности:

- Плановое (чаще во время беременности)
- Экстренное

Классификация категории срочности:

Категории ургентности:

1 категория - существует значительная угроза жизни матери и /или плода - операцию должно быть начато не позднее 15-30 минут от определения показаний (С).

2 категория - состояние матери и /или плода нарушены, но непосредственной угрозы жизни матери и/или плода нет - операцию должно быть начато не позднее 30 минут от определения показаний (С).

3 категория - состояние матери и плода не нарушены, однако нуждаются в абдоминальном родоразрешении (например, дородовое излитие вод в случае

запланированного кесарева сечения; аномалии родовой деятельности при отсутствии угрожающего состояния матери или плода) (O82.1) – (С).сроки

4 категория - по предварительному плану в запланированный день и время.

Необходимо помнить, что быстрое проведение родов может быть вредным в определенных ситуациях. Необходимо использовать следующие промежутки времени для принятия решения проведения родов для измерения общего потенциала акушерского отделения:

- 30 минут для кесарева сечения 1 категории.
- От 30 до 75 минут для кесарева сечения 2 категории.

Необходимо применять их только в качестве стандартов аудита, а не для оценки эффективности междисциплинарной команды в отдельных категориях кесарева сечения.

Классификация в зависимости от локализации разреза на матке:

- Корпоральное кесарево сечение
- Кесарево сечение в нижнем маточном сегменте.

Классификация в зависимости от доступа к матке.

- Абдоминальное кесарево сечение
- Влагалищное кесарево сечение.

Классификация в зависимости от отношения к париетальной брюшине.

- Интраперитонеальное кесарево сечение
- Экстраперитонеальное кесарево сечение.

11. Показания для госпитализации с указанием типа госпитализации:
плановая, экстренная.

Показания для планового кесарево сечения:

- предлежание плаценты;
- рубец на матке после двух и более кесаревых сечений;
- корпоральное кесарево сечение в анамнезе;
- тазовое предлежание плода в случаях, когда наружный поворот плода на головку противопоказан или оказался безуспешным; масса плода 4000
- многоплодная беременность, когда первый плод предлежит тазовым концом или расположен поперечно, косо;
- опухоли органов малого таза и деформации костей таза, препятствующие рождению плода;
- ВИЧ-инфицированные, не получившие антиретровирусную терапию;
- ВИЧ-инфицированные с вирусной нагрузкой более или равно 400 копий на мл, независимо от ретровирусной терапии ВИЧ в сочетании с гепатитом С;

- первичная генитальная вирусная инфекция простого герпеса, который проявился на третьем триместре беременности.

Показания для кесарева сечения в родах:

- угрожающее состояние плода;
- отслойка нормально или низко расположенной плаценты при отсутствии условий для быстрого родоразрешения;
- угрожающий или начавшийся разрыв матки;
- предлежание и выпадение петель пуповины;
- хориоамнионит при отсутствии условий для вагинального родоразрешения; сроки
- обструктивные роды;
- состояние агонии или внезапная смерть роженицы при живом плоде.

NB! Не показано плановое кесарево сечение женщинам с:

- неосложненной беременностью двойне, где первый близнец предлежит головкой;
- преждевременными родами;
- низкой массой плода для гестационного возраста (ЗВУРП);
- ВИЧ-инфицированные, которые получают высокоактивную антиретровирусную терапию с вирусной нагрузкой менее 400 копий /мл;
- ВИЧ-инфицированные, которые получают какую-либо ретровирусную терапию с вирусной нагрузкой менее 50 копий/мл;
- вирусным гепатитом В;
- вирусным гепатитом С;
- рецидивирующим генитальным герпесом;
- индексом массы тела более 50.

Возможно проведение естественных вагинальных родов для беременных, находящихся на антиретровирусной терапии с вирусной нагрузкой 50-400 копий/мл.

Противопоказания:

- Внутриутробная гибель плода.

Однако, это противопоказание имеет значение только в том случае, когда операция производится в интересах плода; при наличии жизненных показаний со стороны матери они не принимаются во внимание (например, при кровотечении, связанном с отслойкой или предлежанием плаценты и др.).

12. Перечень основных и дополнительных диагностических мероприятий.

Предоперационные анализы и подготовка к проведению кесарева сечения:

- определение гемоглобина если в последний месяц он не проводился;
- группа крови и резус-фактор.

У здоровых женщин с неосложненной беременностью **не следует** регулярно проводить следующие анализы:

- типирование и сохранение сыворотки крови;
- перекрестная совместимость крови;
- анализ свертывания крови;
- предоперационная ультразвуковое исследование для локализации плаценты, поскольку оно не улучшает результаты, состояния);
- постоянный мочевой катетер у женщин, подвергающимся кесареву сечению с регионарной анестезией.

13. Диагностические критерии:

Условия для проведения кесарева сечения:

- Живой и жизнеспособный плод. Кесарево сечение в плановом порядке желательно проводить после 39 недель беременности для снижения риска респираторных расстройств у новорожденного
- Квалифицированный персонал, владеющий техникой операции и борьбы с осложнениями;
- Информированное согласие пациентки, при тяжелом состоянии - решение консилиума, информированное согласие родственников.

Анестезия при проведении кесарева сечения

Беременным женщинам, подвергающимся кесарева сечению, необходимо предоставить информацию относительно различных видов обезболивания после кесарева сечения, чтобы они могли выбрать метод обезболивания, который более всего подходит их нуждам.

Профилактика синдрома Мендельсона и синдрома компрессии нижней полой вены и аорты проводится при любом виде общей и регионарной анестезии.

А. Общая анестезия показана:

- при тяжелом, или крайне тяжелом, состоянии матери (какой бы причиной это состояние не было вызвано);
- когда требуется срочное родоразрешение;
- при наличии противопоказаний к регионарной анестезии;
- наличие инфекции, повреждения, или опухоли в месте предполагаемой пункции при региональной анестезии;
- кровотечения и гипотензии;
- тромбоцитопения менее 50000;
- врожденные и приобретенные нарушения свертываемости крови;
- при отказе больной от регионарной анестезии.

Б. Регионарная анестезия

1. Эпидуральная анестезия

Преимущества:

- 1) Большая длительность анестезии.
- 2) Возможность проведения послеоперационной анальгезии.
- 3) По эпидуральному катетеру можно вводить для послеоперационной анальгезии опиоиды и местные анестетики.

Недостатки:

- 1) Риск внутрисосудистого введения.
- 2) Риск субарахноидального введения.
- 3) Удлинение времени между введением анестетика и началом операции. Требуется 15-25 минут от начала манипуляции до развития анестезии. Эпидуральная анестезия не должна применяться в тех случаях, когда временной промежуток ограничен (например - угрожающая гипоксия плода).
- 4) Технические трудности.

2. Спинальная анестезия

Достоинства:

- 1) Проявления системной токсичности препарата встречаются чрезвычайно редко. Угнетающее действие анестетика на плод отсутствует.
- 2) Более простое выполнение. Появление спинномозговой жидкости - идеальный ориентир для идентификации положения иглы.
- 3) Хорошее качество анестезии. Спинальная анестезия, по сравнению с эпидуральной, дает более глубокую моторную и сенсорную блокаду, что облегчает работу хирурга, и снижает вероятность травмы плода.
- 4) Быстрое начало. После введения анестетика, вмешательство может быть начато через 3-4 минуты.
- 5) При использовании стандартных дозировок анестетика, спинальная анестезия, по сравнению с эпидуральной, имеет меньшую индивидуальную вариабельность распространенности зоны анестезии.

Недостатки:

- 1) Гипотензия, поэтому рекомендуется рутинно проводить предварительную нагрузку жидкостями внутривенно.
- 2) Ограниченная длительность (не более 2 часов)
- 3) Постпункционная головная боль (для профилактики необходимы иглы G 27, 29, которые не вызывают ликворею).

С целью снижения риска аспирационного пневмонита ввести антациды и лекарственные препараты (например, H_2 рецепторы антагонисты или ингибиторы протонной помпы), противорвотные средства (фармакологические или акупрессура) для уменьшения тошноты и рвоты во время проведения кесарева сечения.

Операционный стол для проведения кесарева сечения должен иметь 15° боковой наклон, поскольку он снижает уровень материнской гипотензии. [А].

14. Цели лечения: Снижение материнской и неонатальной заболеваемости и смертности.

Цель внедрения протокола. Предоставить пользователям доказательные данные, применение которых позволит улучшить качество помощи женщинам, которые нуждаются в родоразрешении путем кесарева сечения. Унифицировать показания к КС, методику выполнения операции, принципы ведения, внедрить индикаторы качества. В конечном итоге ожидается снижение количества необоснованных КС, ассоциированной с КС материнской и неонатальной заболеваемости и смертности.

15. Тактика лечения:

15.1. Немедикаментозное лечение: режим, диета и пр.

15.2. Медикаментозное лечение:

- Полусинтетические пенициллины (ампициллин)
- Цефалоспорины когда до, во время
- Кетотоп
- Трамадол
- Фраксипарин
- Аспирин
- Парацетамол
- Карбетоцин
- Окситоцин
- Физиологический раствор натрия хлорида
- Антагонисты H_2 рецепторов или ингибиторы протонной помпы.

15.3. Другие виды лечения: нет.

15.4. Хирургическое лечение: операция кесарево сечения.

Техника операции кесарева сечения

Врачам необходимо одевать двойные (латексные) перчатки во время проведения кесарева сечения у ВИЧ положительных женщин для снижения риска заражения [А]. Общие рекомендации по безопасной хирургической практике должны соблюдаться во время проведения кесарева сечения для снижения риска заражения медицинского персонала ВИЧ инфекцией [С].

Операция кесарево сечение состоит из следующих этапов:

- Лапаротомия
- Гистеротомия и извлечение плода
- Ушивание разреза на матке
- Восстановление передней брюшной стенки

А. Корпоральное (классическое) кесарево сечение:

Показания:

- отсутствие доступа к нижнему сегменту матки после предшествующих операций;
- выраженное варикозное расширение вен нижнего сегмента матки;
- рак шейки матки и патологические образования в нижнем сегменте матки (миома);
- запущенное поперечное положение плода;
- при операции на агонирующей женщине.

Б. Кесарево сечение в нижнем маточном сегменте:

Преимуществами разреза матки в нижнем сегменте поперечным разрезом являются - меньшая кровопотеря, более легкое зашивание раны на матке, лучшая репарация тканей.

Ход операции:

Разрез кожи может быть выполнен по Джоел-Кохену – поверхностный поперечный прямолинейный разрез кожи на 3 см ниже линии, соединяющей передне-верхние ости подвздошных костей. При разрезе по Джоел-Кохену скальпелем производят углубление разреза по средней линии в подкожной жировой клетчатке и одновременно надсекают апоневроз, затем ножницами рассекают апоневроз в поперечном направлении. Данный разрез связан с более коротким периодом времени работы и снижением послеоперационных септических осложнений. [А]

Подкожную жировую клетчатку и прямые мышцы живота хирург ассистент одновременно разводят путем бережной билатеральной тракции по линии разреза кожи. Брюшину тупо вскрывают и разводят в поперечном направлении.

После осмотра брюшины пузырно-маточного углубления ее захватывают пинцетом ниже линии перехода с тела матки на переднюю околоматочную и околопузырную клетчатку, приподнимают и рассекают поперек ножницами. Передняя стенка нижнего сегмента матки становится доступной для вскрытия. При наличии хорошо сформированного нижнего сегмента матки необходимо применить тупое расширение разреза матки, поскольку оно снижает уровень кровопотери и частоту послеродового кровотечения, потребность в переливании крови во время проведения кесарева сечения. [А]. Вскрыть матку поперечным разрезом 2 см, в сделанное отверстие вводят кончики обоих указательных пальцев и рану растягивают в стороны, тупым путем разъединяя циркулярные мышечные волокна нижнего сегмента). При этом не следует разрывать ткани, так как можно повредить и маточные сосуды. После вскрытия матки разрывают плодные оболочки и приступают к извлечению плода. Извлекают плод, выкладывают на грудь матери. В мышцу матки вводится 10 ЕД окситоцина или в/в одномоментно карбетоцин 100 МЕ на физрастворе, особенно у женщин с факторами риска развития кровотечения. Послед выделяется потягиванием за пуповину и наружным массажем матки через переднюю брюшную стенку, без введения руки

в полость матки, что снижает риск развития эндометрита. [A]. Выворачивание матки наружу не рекомендуется, поскольку оно связано с большей степенью боли и не улучшают операционные результаты, такие как кровотечение и инфекции. [A]. Ушивание раны на матке 2-х рядным викриловым швом [B].

Восстановление передней брюшной стенки. Следует ушивать только апоневроз и кожу, так как сокращается продолжительность операционного времени, снижается необходимость в анальгезии и улучшается материнское самочувствие. [A]. Для этого должен быть использован специальный шовный материал – викрил, дексон, максон, ПДС, дермалон, этилон, а не шелк, лавсан или кетгут. (нельзя описывать торговое название) Если перечисленных шовных материалов нет, следует шить традиционно – послойно. Не следует закрывать пространство подкожной ткани, кроме случаев, когда у женщины имеется более 2 см подкожного жира, поскольку закрытие пространства подкожной ткани не снижает уровень раневой инфекции. [A]. При кесаревом сечении не следует использовать дренирование неглубоких (поверхностных) ран, поскольку оно не снижает уровень раневой инфекции и раневой гематомы. [A]. При срединном абдоминальном разрезе, необходимо применять сшивание через все слои с помощью медленно рассасывающихся непрерывных швов, поскольку данный метод приводит к меньшим послеоперационным грыжам и раскрытиям, нежели при сшивании слоями. [B].

NB!

Для профилактики септических осложнений рекомендуется ПАП (после перерезания пуповины) интраоперационное внутривенное введение антибиотика. (как в Руководстве?)

Беременные женщины, подвергающиеся кесарева сечению, должны быть осведомлены, что риск повреждения плода составляет примерно 2 %. [C].

- при кесаревом сечении из-за нарушения состояния плода необходимо определение РН пупочной артерии.
- при проведении кесарева сечения необходимо присутствие опытного врача неонатолога, владеющего навыками в области реанимации новорожденных.

Наблюдение в послеоперационном периоде:

Регулярный мониторинг после кесарева сечения

- После выхода из наркоза необходимо продолжать наблюдение (за частотой дыхания, частотой сердечных сокращений, артериальным давлением, болями и седативным эффектом) каждые 5 минут в течение получаса, каждые полчаса в течение 2 часов и затем ежечасно. Если состояние не стабильное, рекомендуется проводить более частые наблюдения и медицинские обследования. [GPP]
- У женщин, которые получили внутривенные или внутримышечные опиоиды, необходимо наблюдать за дыхательной частотой, степенью боли и

- седативного эффекта ежечасно в течение не менее 12 часов для диаморфина, и 24 часов для морфина. [GPP]
- У женщин, которые получили эпидуральные опиоиды или контролируемую пациентом анальгезию с опиоидами, необходимо наблюдать за дыхательной частотой, степенью боли и седативного эффекта ежечасно в период всего лечения и в течение не менее 2 часов после прекращения лечения. [GPP]
 - Контроль тонуса матки, кровотечения из половых путей с записью в карте наблюдения послеоперационного периода каждые 15 минут в течение первого часа после операции, каждые 30 минут в течение второго часа, каждый час в течение 6 часов, каждые 2 часа в течение суток после операции;
 - При неосложненном кесаревом сечении, отсутствии тяжелых акушерских осложнений и экстрагенитальных болезней через 2 часа наблюдения – перевод в послеродовое отделение совместно с ребенком;
 - Подъем и активизация в пределах 6 часов после операции под контролем медицинского персонала;
 - Профилактика дегидратации (обильное питье);
 - Обезболивающие средства (нестероидные);
 - Профилактика тромбоэмболических осложнений;
 - Швы на передней брюшной стенке ведутся сухим методом;
 - При инфекции, возникшей во время родоразрешения или в послеродовом периоде, смотри протокол «Послеродовый эндометрит».

Обратить внимание на:

- боли спастического характера, обусловленные сокращением матки и боли, связанные с хирургическим вмешательством, обычно они проходят через 2-3 дня и требуют медикаментозной коррекции (не почасовое обезболивание, а по жалобе пациентки или шкале оценки боли);
- мочеиспускание в ходе операции и ранние послеоперационные часы через катетер, самостоятельное - при активации и ходьбе после операции;
- инволюция матки (каждые сутки дно матки опускается на 2 см.);
- лактация (поощрять и поддерживать грудное вскармливание);
- опорожнение кишечника (самостоятельное отхождение газов и стула) на 2-3 сутки, при отсутствии - медикаментозная стимуляция (прозерин, дюфалак).

15.5. Профилактические мероприятия:

Профилактика осложнений:

- Использование антибиотиков за 15-60 минут до кожного разреза. [A]
- Профилактика тромбоэмболических заболеваний - компрессионные чулки, восполнение потери жидкости, ранняя мобилизация, низкомолекулярный гепарин - следует учитывать степень риска и соблюдать существующие клинические руководства. [D]

Факторы, снижающие вероятность проведения кесарева сечения:

- Постоянная поддержка женщин во время родов снижает вероятность проведения кесарева сечения. [A]
- Индукция родов после 41 недели беременности, что снижает перинатальную смертность и вероятность кесарева сечения. [A]
- Партограмма с 4-часовой действующей линией для мониторинга прогресса родов. [A]
- Консультант акушер должен участвовать в принятии решения относительно проведения кесарева сечения. [C]
- При нарушении сердечного ритма плода и в случаях подозрении на ацидоз плода необходимо взять анализ крови из головки плода, если это возможно и нет противопоказаний.

15.6. Дальнейшее ведение:

Реабилитация после кесарева сечения: женщинам, подвергшимся кесареву сечению, необходимо назначить регулярные анальгетики при послеоперационных болях:

- при сильной боли – нестероидные противовоспалительные средства; наркотические анальгетики в крайне редких ситуациях с большой осторожностью
- при умеренной боли – нестероидные противовоспалительные средства
- при легкой боли - парацетамол. [D]

Раневой уход после кесарева сечения должен включать:

- снять повязку через 16-24 часа после кесарева сечения;
- мониторинг температуры тела;
- обследование раны на признаки инфекции (например, усиление боли, покраснение или выделение), отслойки или расхождение швов;
- убеждение женщин носить свободную, удобную одежду и нижнее белье из хлопка;
- ежедневная осторожная чистка и сушка раны;
- при необходимости планирование снятия швов или скоб [D].

Ранний прием пищи и питья после кесарева сечения:

- При отсутствии осложнений во время операции, могут поесть и попить, когда они чувствуют голод или жажду. [A]
- Удаление мочевого катетера после кесарева сечения:
необходимо удалить катетер мочевого пузыря, когда женщина начинает самостоятельно передвигаться после регионарной анестезии и не раньше, чем через 12 часов после последней эпидуральной дозы. [D].

Продолжительность пребывания в больнице и повторная госпитализация:

- Продолжительность пребывания в больнице является более длительной после кесарева сечения (в среднем 3-4 дня), нежели после естественных родов (в среднем 1-2 дня). Однако женщинам, которые быстро поправляются, не имеют повышения температуры тела и осложнений, возможно предложить досрочную выписку из больницы (после 24 часов) с последующим наблюдением на дому, поскольку досрочная выписка не связана с высоким уровнем повторной госпитализации младенцев и матерей. [A].
- При обильном и/или нерегулярном вагинальном кровотечении, надо учесть, что это, скорее всего, связано с эндометритом, чем с остаточными продуктами концепции. [D].
- Женщины, подвергшиеся кесареву сечению, могут возобновить свои физические занятия, такие как вождение машины, поднятие тяжелых предметов, физические упражнения и половые акты, как только они полностью отправятся от кесарева сечения (включая от любых физических ограничений или отвлекающих эффектов из-за болей). [GPP]
- Медицинские специалисты, оказывающие уход за женщинами, подвергшимся кесареву сечению, должны проинформировать женщин, что после кесарева сечения они не подвергаются повышенному риску трудностям с грудным вскармливанием, депрессии, симптомов посттравматического стресса, полового расстройства и недержания кала. [D].

16. Индикаторы эффективности лечения:

- 1) Частота массивных кровотечений после операции кесарева сечения.
- 2) Частота госпитальной инфекции в послеоперационном периоде.
- 3) Частота региональной анестезии после операции кесарева сечения.

III. ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ ВНЕДРЕНИЯ ПРОТОКОЛА:

17. Список разработчиков протокола с указанием квалификационных данных: Укыбасова Т.М. – д.м.н., профессор, руководитель отдела акушерства и гинекологии АО «ННЦМД».

18. Рецензенты: Кудайбергенов Т.К. – главный внештатный акушер-гинеколог МЗ РК, директор РГП «Национальный центр акушерства, гинекологии и перинатологии».

19. Указание условий пересмотра протокола: Пересмотр протокола производится не реже, чем 1 раз в 5 лет, либо при поступлении новых данных, связанных с применением данного протокола.

20. Список использованной литературы:

1. Приказ МЗ РК № 239 от 7.04.2010г. «Об утверждении протоколов диагностики лечения».
2. Руководство по эффективной помощи при беременности и рождении ребенка. М. Энкин, 2007 г., 486 стр.
3. Оказание помощи при осложненном течении беременности и родов. Руководство для врачей и акушеров. ВОЗ, 2000 г.
4. Кулаков В.И., Айламазян Э.К., Савельева Г.М., Радзинский В.Е. Акушерство. Национальное руководство. – Москва, 2007 год, стр.203-217.
5. Справочник по акушерству, гинекологии и перинатологии под редакцией Г.М.Савельевой. – Москва, 2006, стр.309-315.
6. Клиническое руководство по кесареву сечению королевского колледжа: акушерства и гинекологии. Национальный центр сотрудничества по охране здоровья женщин и детей, 2 издание. Лондон, 2011.