Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования "Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф.Войно-Ясенецкого"

Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра оперативной гинекологии ИПО

Зав. кафедрой: д.м.н., доцент Макаренко Т.А.

Реферат

Кесарево сечение в современном акушерстве. Показания. Методы обезболивания. Хирургическая техника. Предоперационная подготовка. Ведение послеоперационного периода.

Автор: клинический ординатор

Покояков Даниил Андреевич.

**Содержание**

**1. Введение**

**2. Показания к кесареву сечению (абсолютные и относительные)**

**3. Противопоказания к кесареву сечению**

**4. Виды кесарева сечения**

**5. Подготовка больной к операции кесарева сечения**

**6. Профилактика осложнений операции кесарева сечения**

**7. Ведение пациенток в послеоперационном периоде**

**8. Заключение**

**9. Список используемой литературы**

**Введение.**

При отсутствии возможности рождения ребёнка через естественные родовые пути, единственным способом родоразрешения остаётся операция кесарева сечения. Кесарево сечение — это хирургическая операция, позволяющая ребёнку появиться на свет путём извлечения его из живота матери, которая не может родить его обычным способом. Существует определённая структура показаний для проведения данной операции.

**Показания к операции кесарево сечение.**

Все показания к такого рода операции подразделяются на абсолютные (которые не дают возможности провести роды через естественные родовые пути ни при каких обстоятельствах) и относительные (наличие которых не всегда приводит к оперативному родоразрешению женщины). В свою очередь все показания к выполнению операции кесарева сечения подразделяются на показания со стороны матери и со стороны плода.

***Абсолютные показания к кесареву сечению со стороны матери.***

1. Анатомически узкий таз, III–IV степень сужения таза. Анатомически узкий таз классифицируют по форме и степени сужения:

1) поперечно суженный таз;

2) плоский таз – простой плоский таз, плоскорахитический таз, таз с уменьшенным прямым размером плоскости широкой части полости малого таза;

3) общеравномерносуженный таз;

4) кососмещенный и кососуженный таз;

5) таз деформированный переломами, опухолями, экзостозами (костные наросты на костях).

2. Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты (при отсутствии условий быстрого родоразрешения через естественные родовые пути).

В норме плацента отделяется только после рождения плода. При отделении плаценты раньше этого времени (во время беременности, в I или II периоде родов) такое состояние называется преждевременной отслойкой нормально расположенной плаценты.

3. Угрожающий или начавшийся разрыв матки. Частота разрывов матки составляет 0,1–0,05 % от общего числа родов. Угрожающий и тем более начавшийся разрыв матки, происшедший в стационаре, всегда является следствием неправильного ведения родов.

4. Полное предлежание плаценты или кровотечение при неполном её предлежании. Предлежание плаценты характеризуется неправильным её расположением: вместо тела матки плацента в той или иной степени захватывает нижний сегмент. Частота этого осложнения составляет 0,5–0,8 % от общего числа родов.

5. Эклампсия во время беременности или в первом периоде родов; отсутствие возможности достаточно быстро родоразрешить беременную с тяжёлым гестозом, не поддающимся терапии. Появление почечно-печёночной недостаточности.

***Абсолютные показания к кесареву сечению со стороны плода.***

1. Неправильное положение плода: поперечное, косое или тазовое положение, если предполагается рождение крупного плода.

2. Неправильное вставление головки. К неправильным вставлениям головки можно отнести *разгибательные вставления головки во вход в малый таз.* В зависимости от степени разгибания возникает то или иной вариант вставления: переднеголовное – умеренное разгибание, лобное – средняя степень разгибания, лицевое – максимальное разгибание.

3. Предлежание и выпадение пуповины. Выпадение пуповины более опасно при головном предлежании плода, нежели тазовом, т. к. головка плотно примыкает к стенкам малого таза, из-за чего возможно более сильное пережатие пуповины. Попытки вправления петель выпавшей пуповины за предлежащую головку всегда оказываются неэффективными. Единственной возможностью при выпадении пуповины получить живого ребенка является экстренная операция кесарева сечения.

4. Острая гипоксия плода. Это состояние характеризуется нехваткой плоду кислорода и питательных веществ, поступающих от матери. При отсутствии эффекта от проводимого лечения данного состояния необходимо менять тактику родоразрешения в пользу кесарева сечения, так как дальнейшее страдание плода неоправданно и приведет к тяжелой асфиксии новорожденного или его гибели.

5. Состояние агонии (предсмертное состояние) или смерть матери при живом плоде. На настоящий момент законодательство нашей страны не регламентирует тактику поведения врачей о кесаревом сечении на мёртвой и умирающей женщине. В современной литературе чрезвычайно редко встречаются сообщения об этой операции. Некоторые авторы определяют максимальное время для получения живого ребенка 21–23 мин. Иногда особое значение приобретает операция кесарево сечение на умирающей женщине, т. к. в отдельных случаях состояние женщины после извлечения плода улучшается, и она выживает.

***Относительные показания к кесареву сечению со стороны матери.***

К относительным показаниям относят ситуации, когда не исключена возможность родоразрешения естественным путём, однако опасность осложнений для матери и (или) ребёнка превышает риск осложнений абдоминального родоразрешения (операцией кесарева сечения).

1. Клинически узкий таз – ситуация, возникающая в процессе родов и характеризующаяся несоответствием головки плода размерам таза матери. В то же время анатомически узкий таз при I, II степенях сужения таза может быть нормальным для прохождения небольшого плода и хорошей родовой деятельности. Осложнения, которые могут возникнуть для матери и плода при клиническом узком тазе, достаточно серьезны и многочисленны. К ним относятся: несвоевременное излитие околоплодных вод, длительное стояние головки в одной плоскости приводит к образованию в дальнейшем мочеполовых и кишечно-половых свищей, разрыву матки, слабости родовой деятельности, гипоксии и черепно-мозговой травме плода, вплоть до его гибели. Поэтому при выставлении несовместимости размеров таза женщины и размеров плода целесообразнее прибегнуть к операции кесарева сечения.

2. Заболевания органов и систем, не связанные с репродуктивной системой, при которых родоразрешение через естественные родовые пути представляет повышенную опасность для здоровья женщины (миопия с дистрофическими изменениями глазного дна, эпилепсия, посттравматические нарушения работы мозга и др.). Беременные женщины, страдающие *заболеваниями сердечно-сосудистой системы* должны находиться под тщательным наблюдением в женской консультации и при необходимости обследоваться и получать лечение в специализированном стационаре. Первое место среди *эндокринных заболеваний* , вынуждающих прибегать к родоразрешению абдоминальным путем занимает, сахарный диабет. Самостоятельным показанием к экстренному кесареву сечению при сахарном диабете является нарастание явлений декомпенсации процессов обмена веществ и выраженное ухудшение со стороны органов и систем беременной женщины. Также чревата прогрессированием во время беременности патология – *миопия высокой степени (свыше 6 диоптрий)* . Особенно часто прогрессирование миопии высокой степени отмечается при наличии гестоза второй половины беременности, гипертонической болезни. Во второй период родов у них происходит отслойка сетчатки. При уже возникшей отслойке сетчатки таким женщинам требуется проведение экстренного кесарева сечения. Как правило, наличие неосложненных *заболеваний почек* не является показанием для абдоминального родоразрешения (путём операции кесарева сечения). Однако заболевания почек настолько часто осложняются акушерской патологией (поздними гестозами, преждевременной отслойкой нормально расположенной плаценты, фетоплацентарной недостаточностью, нарушением кровообращения между плацентой и плодом), что вызывают решение родоразрешать таких женщин путём операции кесарева сечения.

3. Аномалии родовой деятельности, в частности стойкая слабость родовой деятельности. Данная патология заключается в снижении активности родового акта. Вообще слабость родовой деятельности можно подразделить на первичную и вторичную. Первичная слабость родовой деятельности характеризуется снижением активности с самого начала родовой деятельности, тогда как для вторичной будет характерным снижение активности в конце родового акта, непосредственно перед рождением плода.

4. Пороки развития матки и влагалища. Некоторые виды аномалий развития половой системы затрудняют роды через естественные родовые пути и вызывают необходимость проведения кесарева сечения. К таким врождённым аномалиям относятся: перегородка влагалища, седловидная или двурогая матка, двойная матка и двойное влагалище, двурогая матка с одним замкнутым рудиментарным рогом, однорогая матка.

5. Переношенная беременность. Беременность считается переношенной, если она продолжается на 14 дней дольше физиологической и заканчивается рождением плода с признаками переношенности и патологическими изменениями в плаценте.

6. Наличие у женщины до настоящей беременности бесплодия, привычного невынашивания беременности и других заболеваний репродуктивной системы. Большая степень в возможности выбора как метода родоразрешения – операцию кесарева сечения при наличии такой патологии до беременности принадлежит страху женщины потерять такого долгожданного ребенка. В настоящее время применяют методы искусственного оплодотворения, что также повышает ценность этого с таким трудом получившегося ребенка. Такие женщины именно из-за психоэмоциональных переживаний (боязни потерять ребенка в родах) не могут зачастую настроиться на роды, что может привести к дискоординированной родовой деятельности или ее слабости.

7. Возраст первородящей женщины более 30 лет. Зачастую женщины, рожающие, первого ребенка в возрасте старше 30 лет, долго не могли до этого забеременеть (вследствие бесплодия самой женщины или мужа, привычных выкидышей и т. д.), поэтому ребенок для таких женщин очень желанен. Такие женщины практически всегда переживают страх потерять ребёнка всю беременность и в родах тем более, и, как следствие, им трудно настроиться на нормальное течение родового акта, что и обусловливает выбор метода родоразрешения.

***Относительные показания к кесареву сечению со стороны плода.***

1. Хроническая фетоплацентарная недостаточность (нарушение кровообращения между плацентой и плодом в течение всей беременности). В 20 % случаев именно это состояние приводит к смерти плода.

2. Преждевременное излитие околоплодных вод, особенно в сочетании с тазовым предлежанием плода. Возраст женщины старше 30 лет, наличие в прошлом бесплодия и лечение по поводу этого, т. е. ситуации, при которых данный ребёнок является первым и, возможно, последним, все эти ситуации склоняют акушеров-гинекологов в сторону выбора метода родоразрешения операции кесарево сечение.

3 Крупный плод. Крупным считается плод, масса которого при рождении составляет 4000 г и более, а если его масса, составляет 5000 г, плод считается гигантским.

***Сочетанные показания.***

Сочетанными можно назвать такую совокупность показаний, при которой выделить какое-либо показание как главное для выбора оперативного метода родоразрешения невозможно. Общее показание к операции может состоять из двух, трёх и более равнозначных показаний. Примером может послужить следующая ситуация: возраст женщины старше 30 лет, анатомически узкий таз I степени сужения и крупный плод. Как следует из всего вышеперечисленного, отдельно любое из них не является абсолютным показанием в отдельности, а вместе взятые, они являются достаточно серьёзным показанием к кесареву сечению. В результате выделение какого-либо одного главного показания просто не имеет смысла. Другое дело, когда одно из показаний по своей значимости настолько преобладает над остальными, что они перестают иметь какое-либо значение. Примером такой ситуации может послужить наличие у беременной женщины полного предлежания плаценты и тазового предлежания плода, где показанием к операции кесарева сечения будет, конечно же, полное предлежание плода, а тазовое предлежание в расчет приниматься не будет. Также возможно и сочетание показаний в интересах плода, их достаточно много – слабость родовой деятельности, преждевременное или раннее излитие околоплодных вод, перенашивание беременности, возраст женщины старше 35 лет, крупный плод, наличие в прошлом абортов, выкидышей или родов с осложнениями (воспалением матки и др.), тазовое предлежание плода, наличие поздних гестозов различной степени тяжести, переднеголовное вставление, сахарный диабет и многие другие. В современном акушерстве за последние 10 лет отмечается изменение структуры показаний к операции кесарева сечения. На первый план выходят относительные показания, которые в большей степени учитывают интересы плода. В настоящее время в нашей стране показаниями для кесарева сечения наиболее часто являются: возраст первородящей старше 30 лет в сочетании с различной акушерской патологией, рубец на матке, тазовое предлежание, аномальное течение родовой деятельности, фетоплацентарная недостаточность, анатомически и клинически узкий таз, преждевременная отслойка и предлежание плаценты, тяжелые формы гестоза. Из этих данных видно, что около 64 % всех операций осуществляется по показаниям, которые в первую очередь учитывают интересы плода.

**Противопоказания к кесареву сечению.**

Абсолютных противопоказаний к операции кесарева сечения не существует. Это связано с серьезностью причин, обусловливающих выбор операции кесарева сечения. Противопоказания к кесареву сечению, проводимому по относительным показаниям:  
1) неблагоприятное состояние плода (внутриутробная гибель плода, глубокая недоношенность плода, пороки развития плода, выраженная или длительно существующая гипоксия плода), при которых нельзя исключить мертворождение или раннюю постнатальную смерть плода;  
2) наличие потенциальной или клинически выраженной инфекции: большой безводный промежуток (более 12 ч), затяжные роды (более 24 ч), большое количество вагинальных исследований в родах (более 5), внутриматочный мониторный контроль в родах, повышение температуры тела в родах выше 37,5 °С (подозрение на хорионамнионит), неудавшаяся попытка влагалищного родоразрешения (наложение акушерских щипцов).  
Возможные противопоказания, как правило, связаны с риском развития гнойно-септических осложнений в послеоперационный период.

**Виды кесарева сечения.**

*Разновидности кесарева сечения в зависимости от характера разреза на матке:* 1) Кесарево сечение поперечным разрезом в нижнем сегменте — операция выбора в настоящее время. Обеспечивает меньшую кровопотерю, более легкое зашивание раны на матке, лучшее заживление раны, формирование состоятельного рубца на матке.  
2) Корпоральное (классическое) кесарево сечение. Применяется при выраженном спаечном процессе в нижнем сегменте матки, выраженном варикозе нижнего маточного сегмента, наличии в области нижнего сегмента матки большого миоматозного узла, неполноценности рубца после предыдущего кесарева сечения, при полном предлежании плаценты с переходом её на переднюю стенку матки, при недоношенном плоде и неразвернутом нижнем сегменте матки, при сросшейся двойне и запущенном поперечном положении плода, при умирающей или мертвой женщине и живом плоде. Этот вариант разреза матки более травматичен, чаще происходит образование спаек между рубцом на матке, сальником, петлями кишечника, чаще образуется несостоятельный рубец на матке.  
3) Истмико-корпоральное кесарево сечение. Применяется при недоношенной беременности и неразвернутом нижнем маточном сегменте.  
4) Влагалищное кесарево сечение. Применяется очень редко при необходимости быстрого одномоментного бережного родоразрешения у беременных во II триместре беременности. Очень часто это женщины с тяжелыми заболеваниями внутренних органов (тяжелыми формами туберкулёза, пороками сердца, тяжёлым течением бронхиальной астмы и сахарного диабета и др.) или осложнениями беременности (поздним гестозом, эклампсией и т. п.). Для выполнения операции влагалищного кесарева сечения необходимы ряд условий: 1) в первую очередь это срок беременности до 25 недель; 2) неподготовленные для родоразрешения родовые пути; 3) наличие опытного врача, владеющего методами влагалищных операций. Методика влагалищного кесарева сечения по техническому выполнению очень трудна для оперирующего врача. Данной методике необходимо длительно обучаться. Все эти доводы объясняют **редкое применение** данного метода операции кесарева сечения для родоразрешения женщин. *В зависимости от вовлечения в операционный процесс брюшной полости выделяют:*1) **интраперитонеальное** кесарево сечение, при котором производят вскрытие брюшины;  
2) **экстраперитонеальное**кесарево сечение, при котором производят паравезикальное или ретровезикальное обнажение нижнего сегмента без вскрытия брюшины.

**Подготовка больной к операции кесарево сечение.**

При подготовке беременной к плановой операции кесарева сечения проводится подробное обследование, включающее исследование биохимических показателей крови, ЭКГ, определение группы крови и резус-фактора, исследование мазков на наличие гонококков, определение степени чистоты влагалища, осмотр терапевтом и другими специалистами, накануне и в день операции осмотр анестезиологом. Если гематокрит у пациентки меньше 30 %, проводят инфузионную терапию для возмещения дефицита жидкости. Необходимо подготовиться к возможному переливанию крови во время операции. При посещении беременной или роженицы перед операцией необходимо тщательно собрать анамнез и провести предоперационный осмотр. Особенно важно определить состояние её сердечно-сосудистой системы, оценить вероятность трудной интубации и статус плода. Назначение антацидов целесообразно проводить согласно схеме. Обязательно проводится комплексная оценка состояния плода (УЗИ, амниоскопия, кардиотокография). Во многих случаях перед операцией требуется проведение санации влагалища. В случае экстренной операции необходимо подробно собрать анамнез, включая аллергический и гемотрансфузионный, провести объективное обследование беременной или роженицы и оценить состояние плода. Следует помнить, что во всех случаях, когда кесарево сечение производится по относительным показаниям, одним из основных условий для его выполнения является живой и жизнеспособный плод. Другим условием является определение оптимального времени операции, когда хирургическое родоразрешение не будет слишком поспешным вмешательством или, наоборот, запоздалым. Женщине необходимо рассказать о том, какая анестезия ей будет проводиться и о событиях до, во время и после операции. Необходимо получить согласие больной и её родственников на предложенный метод обезболивания, на операцию. При высоком риске вмешательства нужно предварительно объяснить это семье женщины. До операции проводится комплекс гигиенических мероприятий: сбриваются волосы на лобке и животе, опорожняется кишечник и мочевой пузырь. Беременная или роженица должна принять гигиенический душ. Предоперационная медикаментозная подготовка проводится в следующих целях: 1) достижение психического покоя и устранение страха; 2) предупреждение побочных влияний наркотических и анестезирующих средств, устранение нежелательных нейровегетативных реакций; 3) профилактика и лечение некоторых осложнений беременности и родов; 4) профилактика и лечение гипоксии плода. В обеспечении операции участвуют бригада хирургов, операционная сестра, анестезиолог, медсестра-анестезистка, акушерка, врач-неонатолог. Операционная сестра готовит стол со стерильными инструментами, перевязочным материалом, шприцами с иглами для проведения местной анестезии. Другой столик, накрываемый медсестрой-анестезисткой, служит для размещения принадлежностей, необходимых для проведения наркоза. Наряду с этим всегда заранее готовят всё необходимое для оживления ребёнка, родившегося в асфиксии. На операционном столе необходимо выпустить мочу роженице катетером. Брюшную стенку обработать трёхкратно современным антисептиком. Операционная сестра должна хорошо знать инструменты, применяемые для выполнения основных аку­шерских операций.

**Потенцирование**местной анестезии при кесаревом сечении путём назначения различных препаратов может быть проблемой из-за их влияния на плод. Наиболее распространенным подходом является следующий: не вводить никаких средств до пережатия пуповины, после которого могут быть использованы небольшие дозы наркотиков или седативных препаратов. Возможно, самым безопасным назначением в родах служит ингаляция закиси азота с кислородом или трилена в смеси воздуха с кислородом. Анестезия при кесаревом сечении требует наличия чётко отлаженного алгоритма действий. Должны быть предусмотрены различные варианты развития событий, в том числе трудная интубация, массивное кровотечение и др. При отсутствии достаточной подготовки как общая, так и региональная анестезия при данной операции могут сопровождаться значительной заболеваемостью и смертностью. Наконец, при проведении анестезии во время кесарева сечения необходимо всегда помнить об её основных четырех составных частях: наличие отсоса, давление на перстневидный хрящ, положение на левом боку и интенсивное наблюдение.

**Профилактика осложнений операции кесарева сечения.** Осложнения возникают менее чем в 5 % случаев всех кесаревых сечений. При плановой операции число послеоперационных осложнений - в 2-5 раз меньше, чем при экстренной операции. Возможные осложнения – эндометрит, перитонит, сальпингит, инфицирование раны, кровотечение, ателектаз лёгкого, тромбоз глубоких вен, эмболия лёгочной артерии, осложнения анестезии (например, синдром Мендельсона). Профилактика кровотечений осуществляется ещё в родах: вводится специальный комплекс препаратов, направленный на предотвращение их возникновения. Однако при наличии явно выраженной патологии такие осложнения всё-таки возникают, что приводит к необходимости продолжения интенсивной терапии, вплоть до операции при отсутствии эффекта от применения терапии. Основным моментом в лечении данного осложнения является быстрое и адекватное применение всех имеющихся в наличии медикаментозных и других методов остановки кровотечения. К ним относятся средства, повышающие тонус матки, донорская кровь (эритромасса, плазма), кровезаменяющие препараты, механическое удаление возможных остатков плацентарной ткани и сгустков и так далее. В случае отсутствия эффекта от проведённого лечения целесообразно удалить матку, на фоне продолжающейся интенсивной терапии. Тщательный осмотр наружных половых органов и влагалища, выполняемый каждой родильнице, обеспечивает своевременное выявление разрывов слизистой оболочки вульвы и влагалища. Главным методом профилактики разрыва промежности является *рассечение промежности* – перенеотомия или эпизиотомия. Профилактика разрыва матки в первую очередь проводится еще в начале беременности в женской консультации, где определяются группы риса по возможному разрыву матки. Желательно этим женщинам во время беременности обследоваться в стационаре, где будет подробно разобрана именно данная ситуация женщины, а также подберут метод родоразрешения и необходимые мероприятия по ведению беременности у данной женщины индивидуально. В профилактике послеоперационных (послеродовых) гнойно-септических осложнений в первую очередь должна быть заинтересована сама женщина. Нужно чётко уяснить, что ответственность за состояние здоровья в полной мере лежит на плечах самой беременной женщины. Начальные меры профилактики выполняются при условии своевременного посещения женской консультации, где проведут весь необходимый комплекс обследований. Если в женской консультации у беременной выявили наличие воспаления влагалища (кольпит), желательно провести весь комплекс обследований для определения возбудителя и проведения адекватного курса лечения. Мерой профилактики послеродовых гнойно-септических осложнений ещё в женской консультации является обязательное исследование биохимического состава крови. В случае нарушений в биохимическом составе крови, таких как снижение объёма циркулирующей крови, снижение количества белка, нарушение электролитного баланса, микроциркуляции проводятся необходимые мероприятия по их ликвидации. Чрезвычайно важное значение имеет стимуляция факторов иммунной защиты организма беременной женщины. Для коррекции иммунологических нарушений используются различные препараты, подбираемые каждой беременной женщине индивидуально. Важным моментом в профилактике гнойно-инфекционных осложнений является предупреждение восходящей инфекции, что в настоящее время является обязательным. В настоящее время с целью профилактики материнской заболеваемости после кесарева сечения применяют современные высокоэффективные антибиотики широкого спектра действия, поскольку в развитии инфекции велика роль микробных ассоциаций, вирусов, микоплазм, хламидий и др. Во время операции кесарева сечения профилактическое введение антибиотиков проводят после пересечения пуповины, чтобы уменьшить их отрицательное воздействие на ребёнка. В послеоперационном периоде предпочтение отдается коротким курсам антибиотикотерапии, чтобы уменьшить поступление препаратов к ребёнку через молоко матери; при благоприятном течении кесарева сечения после операции антибиотики не вводят вовсе. Важно в профилактике послеродовых гнойно-воспалительных осложнений и активное ведение послеоперационного и послеродового периода раннее вставание (в конце первых суток послеоперационного периода, а при родах через естественные родовые пути через 6 ч). Это усиливает моторную деятельность матки, что предотвращает развитие застойных явлений в матке и улучшает кровообращение. Общим для всех женщин является применение у них в послеродовый (послеоперационный) период средств, усиливающих тонус матки и обезболивающих препаратов. При отсутствии самостоятельного стула проводится очищение кишечника при помощи очистительной клизмы. Однако нельзя забывать и немаловажный фактор: это настрой женщины на роды (операцию кесарева сечения) и её желание побыстрее выписаться из родильного дома. Как правило, хороший оптимистичный настрой во многом помогает в послеродовом (послеоперационном периоде) не возникнуть осложнениям или благополучно справиться с ними.

**Ведение пациенток в послеоперационном периоде.**

Течение послеоперационного периода у больных, перенёсших операцию кесарева сечения, характеризуется двумя особенностями: с одной стороны, у них возникают явления, характерные для послеродового периода, а с другой - могут быть изменения, связанные непосредственно с операцией. Поэтому женщины, перенесшие операцию кесарева сечения, нуждаются в интенсивной терапии. После оперативного родоразрешения родильница в течение первых суток находится в специальной послеродовой палате (или палате интенсивной терапии). За ней осуществляют постоянное наблюдение анестезистка (медсестра отделения интенсивной терапии) и врач-анестезиолог. На протяжении этого времени женщина адаптируется к послеоперационному существованию: ей производят коррекцию кровопотери, начинают антибактериальную терапию для профилактики послеоперационных инфекционных осложнений, стимулируют работу кишечника. Врачи следят также за местными проявлениями в области операционного шва, реакцией брюшины, характером маточных сокращений и выделением лохий (послеродовых кровянистых выделений), за состоянием грудных желез и их лактационной функцией. Восстановление и поддержание нормального объёма циркулирующей крови может быть достигнуто соответствующей инфузионной терапией - в послеоперационном периоде всегда ставят капельницы. Инфузионная терапия начинается в первые часы после операции. Для обеспечения нормальной работы сердца применяют препараты, улучшающие сократимость миокарда (сердечные гликозиды), процессы обмена в сердечной мышце (кокарбоксилаза, АТФ, витамины), увеличивающие коронарный кровоток (эуфиллин, папаверин), противоаритмические средства. Адекватный газообмен обеспечивается ранней активизацией больных (пациентку первый раз поднимают с постели уже в первые сутки после операции); исключением из терапии наркотических препаратов, угнетающих дыхание; ранним назначением кислородотерапии, дыхательной гимнастики, перкуссионного массажа, бронхолитических средств, физиотерапевтических процедур, а в отдельных случаях - искусственной вентиляции лёгких. Обезболивание в послеоперационном периоде осуществляется путём применения комбинации наркотических и ненаркотических анальгетиков. Все препараты вводятся внутривенно или внутримышечно. Профилактику парезов (состояний, при которых кишечник не сокращается или плохо сокращается) желудочно-кишечного тракта проводят путём медикаментозной стимуляции моторики (подкожно вводится раствор прозерина). Терапия заканчивается очистительной клизмой. Энергетические потребности организма в первые 2-3 суток удовлетворяются за счёт инфузионной терапии и парентерального питания - введения растворов внутривенно. В первые сутки после кесарева сечения разрешается только пить воду с лимонным соком. На вторые сутки можно побаловать себя куриным бульоном, прокрученным через мясорубку отварным мясом, обезжиренным творогом, йогуртом без фруктовых наполнителей, морсом без сахара. Полностью вернуться к нормальному рациону можно после первого самостоятельного стула (на 4-5-е сутки). Для сокращения матки назначаются специальные препараты (окситоцин) несколько раз в день на протяжении 3-5 дней. Уже на вторые сутки маму переводят в послеродовое отделение, где она сразу же начинает вести активный образ жизни - встаёт и ходит, кормит своего малыша. В послеродовой палате мама может постоянно находиться с малышом, ухаживая за ним самостоятельно, чаще женщинам привозят детишек на кормление. Садиться маме разрешается на вторые-третьи сутки после операции. В течение 7 дней после кесарева сечения (до снятия швов) процедурная медсестра ежедневно обрабатывает послеоперационный шов антисептическими растворами (например, спиртовым раствором йода, бриллиантовой зелени) и меняет повязку. Если рана была ушита рассасывающимся шовным материалом, то обработку раны проводят в том же режиме, но швы не снимают. Кожный рубец формируется примерно на 7-е сутки после операции; следовательно, уже через неделю после кесарева сечения можно совершенно спокойно принимать душ. Кроме того, в нашей стране практикуется методика ранней выписки из родильного дома для профилактики внутрибольничных инфекций. В этих целях обычно на 5-е сутки снимают швы, и больная выписывается домой. Не удивляют факты выписки родильниц на 4 день после операции. С одной стороны, это служит одним из методов профилактики так называемой госпитальной инфекции. Но в то же время это часто сопровождается прекращением врачебного наблюдения за женщиной, что таит в себе повышенный риск возникновения послеоперационных осложнений. Поэтому в разных регионах и даже в разных клиниках сроки выписки из стационара достаточно разнятся. Многое в этом вопросе зависит от условий проживания пациентки, от степени доступности медицинской помощи. Конечно же, врачами учитывается то, как протекала беременность и роды, какая сопутствующая патология имелась у женщины до наступления беременности. Течение и ведение послеоперационного периода у больных гестозом и некоторой патологией внутренних органов отличается большей тяжестью, склонностью к осложнениям и требуют целенаправленной, сугубо дифференцированной терапии. Поэтому лечение этих больных должно проводиться врачом акушером-гинекологом совместно с соответствующими специалистами.

**Заключение.**

Любое оперативное вмешательство является своеобразным стрессом, который определяется состоянием женщины до операции, её характером (продолжительность, травматичность), степенью обезболивания. На состояние женщины в послеоперационном периоде особое влияние оказывает результат родоразрешения и состояние новорожденного. Рождение здорового ребёнка в результате операции способствует благоприятному течению послеоперационного периода. При неудачном исходе родов для плода женщина переживает тяжёлую психическую травму, что сказывается на течении послеоперационного периода. В этом случае должны проводиться специальные беседы и родильницы должны быть изолированы от матерей с детьми. Важную роль в исходе оперативного вмешательства играет ведение послеоперационного периода, т. е. время от окончания операции до выздоровления женщины.

**Список используемой литературы.**

1. Министерство здравоохранения Российской Федерации направляет клинические рекомендации (протокол лечения) "Кесарево сечение. Показания, методы обезболивания, хирургическая техника, антибиотикопрофилактика, ведение послеоперационного периода" разработанные в соответствии со статьей 76 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации"

2. Шмаков Р.Г., Баев О.Р., Пекарев О.Г., Пырегов А.В., Приходько А.М., Павлович С.В. Кесарево сечение. Показания, хирургическая техника, методы обезболивания: учебное пособие. Москва: ООО ИФП “Системные решения”; 2016. - 72 с.;

3. Кесарево сечение. Проблемы абдоминального акушерства: руководство для врачей / под общ. ред. Краснопольского В. И.- 3-е изд., перераб. и доп.- М.: СИМК; 2018. - 224 с