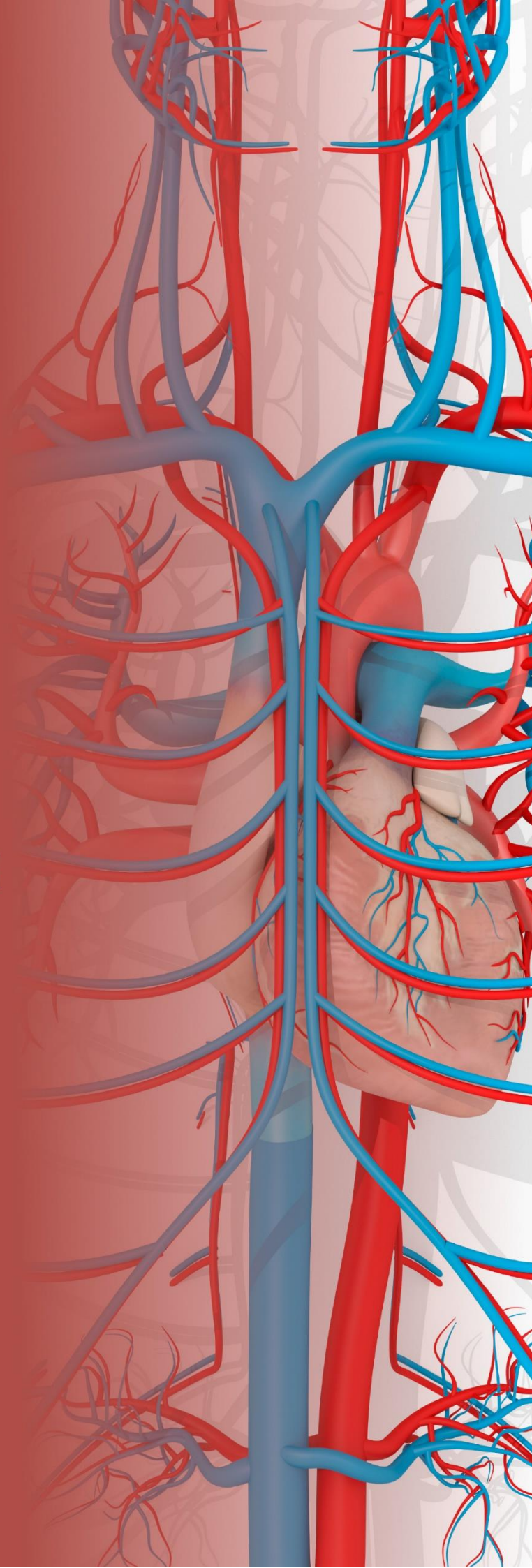


## **РОЗДІЛ 26**

ЕКСТРЕНИЙ КЕСАРІВ  
РОЗТИН: ДОСТУП ДО  
МАТКИ ТА ВИЛУЧЕННЯ  
ДИТИНИ



## Екстрений кесарів розтин: доступ до матки та вилучення дитини

У цьому розділі обговорюватиметься техніка екстреного кесаревого розтину. Основна увага буде зосереджена на хірургічній техніці при стандартному та екстремому втручанні, а також на анатомії органів малого таза та вилученні плода. Також наведені показання та техніки виконання перимортального кесаревого розтину. Післяпологову кровотечу як ускладнення пологів буде розглянуто в розділі 27.

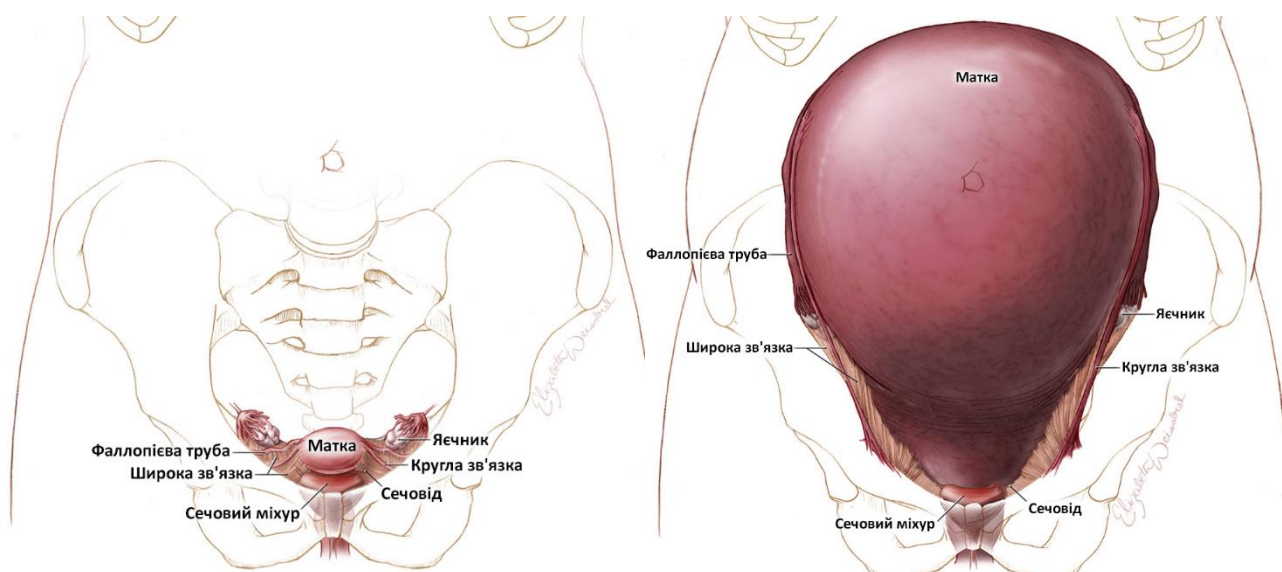
### Цілі навчання

До кінця курсу ASSET учасники повинні вміти наступне:

1. Назвати показання до екстреного кесаревого розтину.
2. Описати техніки та відповідну анатомію при кесаревому розтині.
3. Продемонструвати етапи екстреного кесаревого розтину.
4. Знати показання та техніку проведення перимортального кесаревого розтину.

### Загальні принципи

- Потенційні показання до екстреного кесаревого розтину не є чітко визначеними, але їх можна розділити на показання з боку матері або з боку плода:
  - До показань з боку матері належать:
    - Дистрес (тяжкий стан) матері
    - Відсутність прогресування пологів (слабкість пологової діяльності)
    - Аномальне прикріплення плаценти зі справжнім прирощенням (placenta accreta) або проростанням плаценти (placenta percreta)
    - Випадіння петель пуповини або кінцівок плода
    - Раптова зупинка серця (у тому числі травматичного походження)
    - Захворювання серцево-судинної та дихальної систем, аневризма судин головного мозку, а також активна інфекція, викликана вірусом простого герпесу (зазвичай виконують плановий кесарів розтин)



**Малюнок 1.** Зміни анатомії органів малого таза у жінок при вагітності.

- До показань з боку плода належать:
  - Ознаки дистресу плода, такі як патологічний серцевий ритм плода
  - Тазове або поперечне передлежання
  - Травма матки з її перфорацією або розривом

## Анатомія органів малого таза у жінок

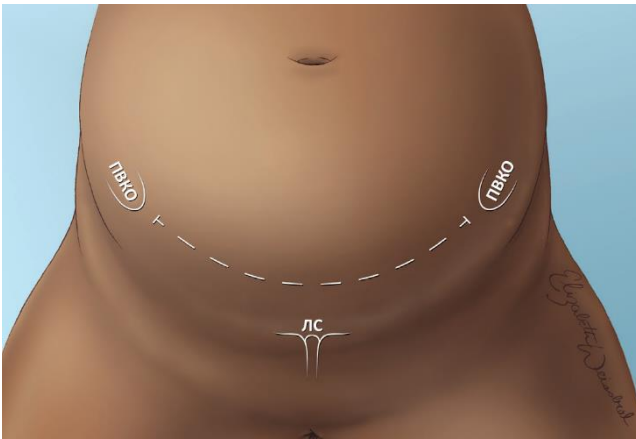
- Анатомія органів малого таза у жінок з розташуванням Фаллопієвих труб, круглої зв'язки, широкої зв'язки матки, яєчників і сечового міхура навколо вагітної матки (Мал.1).

## Етапи хірургічного втручання

- Пацієнтки з раптовою зупинкою серця, зокрема травматичного походження, анестезії не потребують.
- За можливості слід провести передопераційну антибіотикопрофілактику.
- Позиціювання слід проводити обережно, розмістивши пацієнтку в положенні на спині, з нахилом ліворуч на 15–30°, щоб змістити матку від нижньої порожнистої вени.
- Найчастіше виконують розріз за Пфанненштілем.
- Хірург, який стикається з перспективою виконання екстреного кесаревого розтину, може вважати більш доцільним (і звичним) виконання розрізу по серединній лінії, особливо у випадку перимортального оперативного втручання.
- Орієнтирами для розрізу за Пфанненштілем є лобковий симфіз і передня верхня клубова ость з обох боків.
- Розріз виконують на два поперечні пальці вище лобкового симфізу і продовжують в обидва боки приблизно на 6 см у формі вигнутої лінії (Мал. 2).
- Розріз поглиблюють до нижче розташованої фасції за допомогою

відсепарування гострим шляхом/розсічення. У підшкірній жировій клітковині візуалізують поверхнево розташовані надчеревні судини, які за потреби перев'язують для забезпечення гемостазу (Мал. 3).

- Передню пластинку фасції прямого м'яза живота очищають від залишків підшкірної жирової клітковини, а потім розсікають по середній лінії перед тим, як розширити розріз фасції в обидва боки.
- Фасцію піднімають, відділяючи від нижче розташованого прямого м'яза живота, і розрізають білатерально у поперечному напрямку вигнутими тупокінцевими ножицями Мейо (Мал. 4).
- Верхній край фасції захоплюють затискачем Кохера з обох боків від серединної лінії; проводять дисекцію фасціальної піхви від нижче розташованого прямого м'яза живота гострим шляхом (Мал. 5). Дисекцію продовжують вниз до рівня лобкового симфізу.
- Будь-які перфорантні кровеносні судини між фасцією і прямими м'язами живота необхідно коагулювати для досягнення гемостазу.
- Потім прямі м'язи живота відсепаровують по серединній лінії, оголюючи очеревину під ними. Після цього виконують розріз очеревини (Мал. 6).
- Розріз очеревини слід продовжити білатерально на таку ж ширину, як розріз шкіри.
- Якщо сечовий міхур знаходиться в безпосередній близькості від передбачуваного місця розрізу матки, потрібно відділити його у вигляді «клаптя» (англ., «bladder flap»). Для цього розрізають матково-міхурову складку та пальцями відділяють сечовий міхур від нижнього сегмента матки.



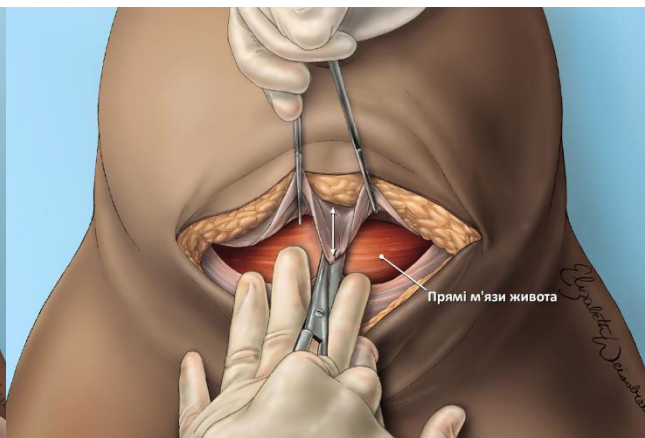
**Малюнок 2.** Класичний розріз за Пфанненштілем, виконаний на два поперечні пальці вище лобкового симфізу (ЛС) та подовжений до передніх верхніх клубових остей (ПВКО) з обох боків.



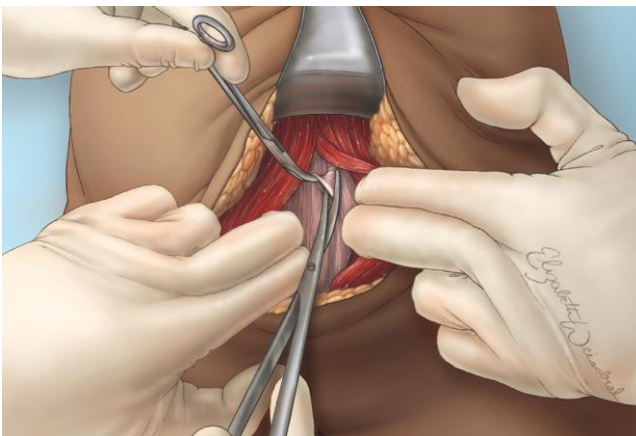
**Малюнок 3.** При поглибленні розрізу візуалізуються поверхнево розташовані надчревні судини, які необхідно перев'язати або коагулювати.



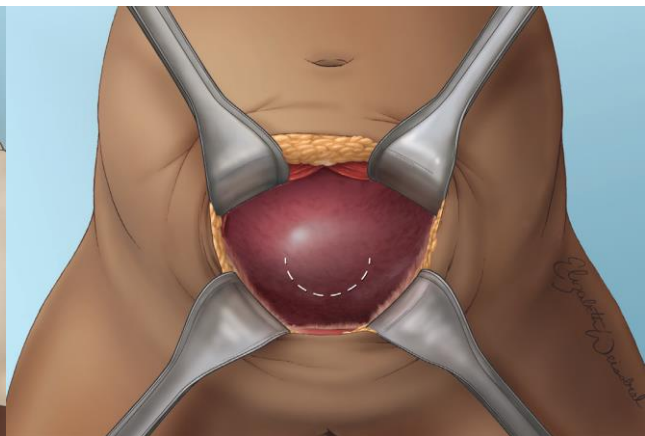
**Малюнок 4.** Передню пластинку фасції прямого м'яза живота піднімають від прямого м'яза та поперечно розсікають.



**Малюнок 5.** Верхній край фасції захоплюють з обох боків від серединної лінії та відсепаровують фасціальну піхву від нижче розташованого прямого м'яза живота.



**Малюнок 6.** Очеревину розрізають по серединній лінії та розтягують білатерально, уникаючи при цьому розташованих нижче структур.

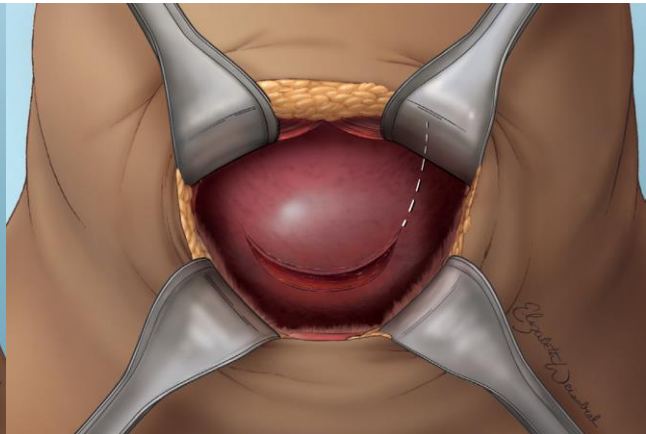


**Малюнок 7.** Гістеротомію виконують у нижньому сегменті матки розрізом у формі розширеної літери U, щоб уникнути пошкодження маткових артерій.

- Поперечний розріз матки (гістеротомію) слід виконувати приблизно на 1 см нижче верхнього краю сечового міхура (Мал. 7) або вище, якщо пацієнтка була в пологах, щоб не зачепити шийку матки та піхву.
- Розріз для гістеротомії виконується у формі розширеної літери U, щоб уникнути його поширення до маткових артерій (Мал. 7).
- Розріз виконують в одній площині, шар за шаром, до амніотичних оболонок. Для очищення розрізу від крові слід використовувати аспіратор.

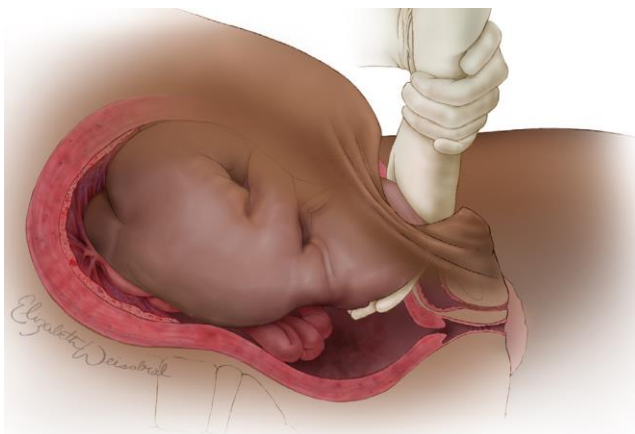


**Малюнок 8.** Гістеротомний розріз розширюють вручну.

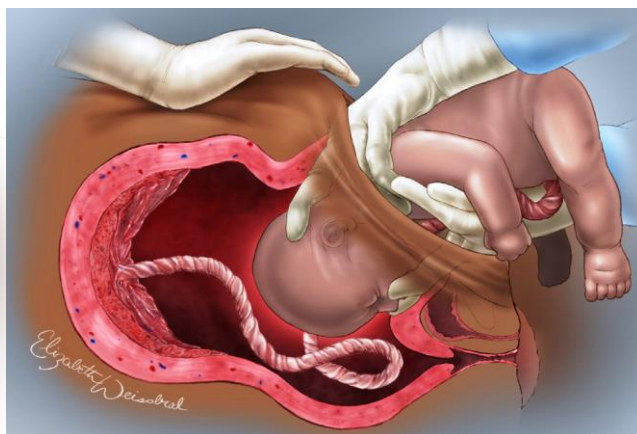


**Малюнок 9.** За потреби гістеротомний розріз можна продовжити у формі літери J.

- Якщо гістеротомний розріз недостатньо великий для вилучення дитини, можна ножицями продовжити розріз до форми літери J (Мал. 9).
- При головному передлежанні (голівка плода направлена до гістеротомного розрізу) рука хірурга повинна охопити голівку дитини, потім підняти дитину до рівня розрізу, в той час як асистент здійснює тиск на дно матки (Мал.10).
- Після народження голівки, слід прибрати обвиття пуповиною (будь-яку частину пуповини, яка обвиває шию немовляти). Переднє плече виводиться за допомогою тракції вниз, а потім за допомогою тракції вгору виводиться заднє плече та решта тіла дитини.
- При тазовому передлежанні плода стегна/крижі дитини слід підняти до рівня розрізу та вивести назовні ніжки. Тиск на дно матки використовують, щоб допомогти народитися плоду до рівня лопаток. Далі виводять одну руку, а потім повертають дитину на 180° для виведення другої руки. Після виведення рук стабілізують та виводять голівку (Мал.11).
- Після народження плода пуповину слід перетиснути двома затискачами, а потім перерізати.
- Після цього видаляють плаценту обережною тракцією за пуповину, здійснюючи внутрішній масаж матки, щоб полегшити відокремлення плаценти (Мал.12).



**Малюнок 10.** При головному передлежанні рука хірурга охоплює голівку дитини і виводить її назовні через гістеротомний розріз.

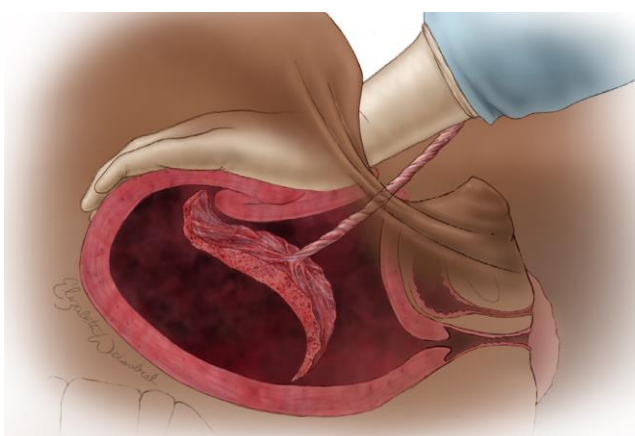


**Малюнок 11.** Кесарів розтин при тазовому передлежанні плода.

- Після народження плаценти слід вивести матку назовні через рану. Дно матки обгортають вологою марлевою серветкою та продовжують ручний масаж матки.
- Матку очищають від вмісту за допомогою сухої абсорбуючої марлевої серветки, обгорнутої навколо руки хірурга (Мал. 13).
  - У випадку значної маткової кровотечі слід тампонувати матку і застосувати ручну компресію, як описано у розділі 27.
- Ушивання гістеротомної рани матки виконується за допомогою

розсмоктувального шовного матеріалу безперервним обвивним швом, що закріплюється на кожному кінці розрізу (Мал. 14). За потреби можна накласти додатковий шов із захлестом (шов Ревердена-Мультиановського).

- За необхідності всі кровоточиві ділянки, які залишилися, ушивають вісімкоподібними швами.
- Матку повертають у черевну порожнину, а прямим м'язам живота дозволяють повернутися у вихідне положення. Передню пластинку фасції прямих м'язів живота ушивають безперервним швом.



**Малюнок 12.** Після народження плода для полегшення відділення плаценти виконують обережну тракцію за пуповину та масаж матки.



**Малюнок 13.** Матку виводять назовні та через гістеротомну рану очищають зсередини від вмісту за допомогою обгорнутої навколо руки хірурга абсорбуючої марлевої серветки.



**Малюнок 14.** Гістеротомний розріз ушивають розсмоктувальними нитками безперервним обвивним швом. Ліворуч — процес накладання шва, праворуч — шов накладено.

## Особливості виконання перимортального кесаревого розтину (ПМКР)

- Перимортальний кесарів розтин (ПМКР), при правильному виконанні, може врятувати життя як матері, так і дитини.
- Найпоширенішими показаннями для ПМКР є травматична або нетравматична раптова зупинка кровообігу (РЗК) у матері.
- При прийнятті рішення про проведення ПМКР необхідно враховувати декілька факторів:
  - Орієнтовний гестаційний вік (ОГВ) плода:
    - Вживання плода з терміном гестації менше 24 тижнів малоймовірно.
    - В екстрених випадках може бути складно визначити ОГВ. Висота стояння дна матки використовується як приблизний показник; висота стояння дна матки на 4 см вище пупка відповідає ОГВ 24 тижні.
  - Час, який минув від моменту раптової зупинки кровообігу в матері:
    - Щоб підвищити шанси виживання дитини, процедуру слід проводити якомога швидше після РЗК у матері.
    - Найкращі результати були досягнуті при початку ПМКР в межах чотирьох хвилин після РЗК у матері,

якщо реанімаційні заходи не були ефективними.

- ПМКР слід проводити навіть у випадку тривалої клінічної смерті матері, якщо обставини вказують на потенційно життєздатний плід.
- Якщо попередні реанімаційні заходи були безуспішними, кесарів розтин є оптимальним рішенням як для дитини, так і для матері. Спорожнення матки покращує материнську фізіологію та підвищує ефективність серцево-легеневої реанімації.

## Техніка виконання перимортального кесаревого розтину (ПМКР)

- ПМКР повинен виконувати лікар з найбільшим хірургічним досвідом (з доступних лікарів).
- За можливості слід залучити неонатолога.
- Вагітна повинна лежати в положенні на спині з нахилом на лівий бік.
- Підготовка та обробка операційного поля не є обов'язковими та не повинні затримувати процедуру.
- Реанімаційні заходи матері не повинні перериватися, їх слід продовжувати під час виконання ПМКР.
- У такій ситуації показаний вертикальний розріз по серединній лінії, оскільки це дозволить оцінити та контролювати будь-які інші травматичні ушкодження в

черевній порожнині, яких могла зазнати мати.

- Також, на відміну від планового кесаревого розтину, при ПМКР розріз матки виконується вертикально, від дна матки до рівня трохи вище переднього вигину сечового міхура.
- Після входу в матку введіть всередину вказівний та середній пальці, щоб підняти стінку матки від плода та, за потреби, розширити розріз.
- Вилучіть дитину, перетисніть та переріжте пуповину, негайно передайте немовля персоналу, який володіє навичками реанімації.
- Пуповину слід перетиснути на її початку та на кінці і залишити для подальшого дослідження газів пуповинної крові.
- Потрібно видалити плаценту та виконати масаж матки.
- Якщо, на думку реанімаційної команди, у матері є шанси на виживання, виконують ретельне пошарове ушивання розрізу, як описано вище.
- Решту небезпечних для життя ушкоджень слід лікувати відповідно до принципів контролю критичних пошкоджень.