**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ’Я УКРАЇНИ**

**ЗАПОРІЗЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ**

**А.В. Жарких, В.Г. Сюсюка, А.О. Шевченко**

**Кесарів розтин у сучасному акушерстві**

*Навчальний посібник*

*для студентів вищих медичних навчальних закладів*

*ІІІ-ІV рівнів акредитації та лікарів-інтернів*

Запоріжжя

2014

***Автори:***

**Жарких А.В.**, професор кафедри акушерства і гінекології

(Запорізький державний медичний університет)

**Сюсюка В.Г.**, доцент кафедри акушерства і гінекології, к.мед.н.

(Запорізький державний медичний університет)

**Шевченко А.О.**, аспірант кафедри акушерства і гінекології, к.мед.н.

(Запорізький державний медичний університет)

***Рецензенти:***

**Луценко Н.С.** – завідувачка кафедрою акушерства і гінекології, д.мед.н., професор (Запорізька медична академія післядипломної освіти)

**Авраменко Н.В. –** завідувачка кафедрою акушерства, гінекології та репродуктивної медицини, доцент, доктор наук з державного управління (Запорізький державний медичний університет)

**Перелік скорочень**

АТ – артеріальний тиск

БДВ – без додаткових вказівок

ВД – вагінальне дослідження

ВІТ - відділення інтенсивної терапії

ВООЗ –Всесвітня організація охорони здоров’я

ВП – вагінальні пологи

ВПКР – вагінальні пологи після кесаревого розтину

ВРІТ – відділення реанімації та інтенсивної терапії

ГСЗ – гнійно-септичні захворювання

ЕФМ – електронний фетальний моніторинг

ЗОЗ – заклад охорони здоров’я

ІМТ – індекс маси тіла (маса/зріст2)

КН – клінічні настанови

КР – кесарів розтин

КТГ – кардіотокографія

ЛПМД – локальний протокол медичної допомоги

ПКР – плановий кесарів розтин

ППКР – планований повторний кесарів розтин

ПС – перинатальна смертність

РДС – респираторний дистрес синдром

СМД – стандарт медичної допомоги

ТЕЛА – тромбоемболія легеневої артерії

УЗД – ультразвукове дослідження

УКПМД – уніфікований клінічний протокол медичної допомоги

ЧСС – частота серцевих скорочень

**Діагноз та термінологія для його формування**

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

**Коди стану та захворювання (КЛАСИФІКАЦІЯ за МКХ – Х)**

О82.0 – проведення елективного кесаревого розтину

О82.1 – проведення термінового кесаревого розтину

О82.2 – проведення кесарева розтину з гістеректомією

О82.8 – інші одно плідні 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 скомпрометованого стану матері чи плода) (О82.1) – операцію має бути розпочато впродовж 75 хвилин (С);

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

**Принципи організації медичної допомоги при операції кесарів розтин**

**Для установ, що надають первинну медичну допомогу**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Положення протоколу** | **Обґрунтування** | **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 допомоги, незалежно від їх форми власності та підпорядкування | 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**). |
| **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 ІІ –ІІІ рівень надання спеціалізованої стаціонарної допомоги |
| 3. Методи лікування | | |
| Направлення для планової госпиталізації на ІІ-ІІІ 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 ІІ-ІІІ рівня надання спеціалізованої стаціонарної допомоги |
| 4. Подальше спостереження | | |
| Догляд за дитиною, яка народилась шляхом КР, проводиться у відповідності до догляду за новонародженим, який народився через природні пологові шляхи.  Жінка, якій проведено 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 (B)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.  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. | Огляд породіллі після проведення КР та виписки зі стаціонару  Рекомендації щодо диспансерного спостереження, контрацепції та грудного вигодовування.  *Обов’язкові:*  Вибір методу контрацепції є рішенням жінки, яке вона приймає після консультування з питань планування сім’ї.  *Бажані:*  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. |

**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 ІІІ рівень надання спеціалізованої медичної допомоги. | Жінкам з екстрагенітальною патологією необхідно отримати висновок, який містить діагноз та рекомендації зі способу розродження профільного експерта медичної установи ІІІ рівня (згідно показань з екстрагенітальної патології – дивись «Показання до КР» з протоколу). | *Обо’вязкові:*  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  *Бажані:*  консультування щодо планового оперативного розродження і післяпологової контрацепції |
| **2.Діагностика** | | |
| Обов’язковий огляд терапевта, профільних спеціалістів.  Проведення перинатального консиліуму при встановленні діагнозу ВВР у плода.  Обстеження вагітної згідно діючого Наказу МОЗ України з надання амбулаторної акушерсько-гінекологічної допомоги. | При проведенні перинатального консиліуму визначається вітальність або летальність ВВР, можливість, місце та час проведення розродження з подальшим наданням відповідної хірургічної корекції у новонародженого | *Обов’язкові:*  Надання жінці інформації щодо можливості хірургічної корекції виявленої ВВР у визначеному медичному закладі після проведеного КР.  *Бажані :*  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 ін.) | На думку експертів, наявність не санованих вогнищ інфекції призводить до ускладнень в післяопераційному періоді та виникненню необхідності додаткового обстеження, призначення антибіотиків, збільшення тривалості перебування в стаціонарі. | *Обов’язкові:*  Враховується згода жінки на проведення КР.  У разі відмови жінки від запропонованого планового 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.  *Бажані:*  У разі відмови жінки від планового КР має бути поінформована її родина |
| **4. Подальше спостереження** | | |
| Догляд за дитиною, яка народилась шляхом КР, проводиться у відповідності до догляду за новонародженим, який народився через природні пологові шляхи.  Жінка, якій проведено 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 (B), 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.  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. | Огляд породіллі після проведення КР та виписки зі стаціонару  Рекомендації з диспансерного спостереження, контрацепції та грудного вигодовування.  *Обов’язкові:*  Вибір методу контрацепції є рішенням жінки, яке вона приймає після консультування з питань планування сім’ї.  *Бажані:*  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. |

**Для установ, що надають вторинну (третинну)**

**стаціонарну медичну допомогу**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Положення протоколу** | **Обґрунтування** | **Необхідні дії** |
| **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.  Госпіталізацію для планового КР бажано здійснювати за добу до планованого оперативного втручання. | *Обов’язкові:* Забезпечується відбір жінок для планового кесаревого розтину  *Бажані:*  Консультування щодо планованого оперативного розродження і післяпологової контрацепції. |
| **2. Госпіталізація** | | |
| Госпіталізацію для планового КР бажано здійснювати за добу до планованого оперативного втручання.  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 Ш рівня. | Проводиться консиліум лікарів для прийняття остаточного рішення про доцільність та термін проведення КР з визначенням складності оперативного втручання та складу операційної бригади (додаток 7).  Своєчасне проведення обґрунтованого КР зменшує кількість післяопераційних ускладнень та оптимізує перинатальні наслідки | Обов’язкові:  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.  Забезпечити огляд вагітної анестезіологом та визначити вибір методу анестезії.  Рішення про розширення об’єму оперативного втручання приймається консиліумом 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 :  Обстеження:  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 ІІ -ІІІ рівень надання спеціалізованої медичної допомоги, проводиться операція КР за однією з методик згідно додатків 2, 8.  Анестезіологічне забеспечення 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». | *Обов’язкове:*  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.  *Бажане:*  раннє прикладання до грудей, грудне вгодовування, відкрите ведення післяопераційної рани через 24 год., застосування самоконтрольованої аналгезії.  Катетерізація периферічної 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.  *Післяопераційне знеболення:*  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 ефективне |
| **5. Виписка з рекомендаціями.** | | |
| Виписка з рекомендаціями на післягоспітальному етап.  Необхідність огляду у акушера-гінеколога або сімейного лікаря в післяпологовому періоді | На думку експертів операція КР пов’язана з можливістю виникнення наступних ускладнень:  повторні хірургічні втручання; тромбоемболічні ускладнення, інфекційні ускладнення. | 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 післяпологовому періоді, початок статевого життя, рекомендації щодо контрацепції. |

**Консультування вагітної перед**

**операцією Кесарів розтин**

**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)

1. 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 порівняні 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 (B)1, а також підвищеним ризиком розриву матки при спробі вагінальних пологів після КР (B). 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.

**Плановий кесарів розтин**

**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 (В)
* Розрив матки в анамнезі
* Попередні реконструктивні операції на матці, резекція кута матки, гістеротомія, міомектомія із проникненням у порожнину матки в анамнезі [С], 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.

1. Тазове передлежання плода після невдалої спроби зовнішнього повороту плода в 36 тижнів, за наявності протипоказань до нього (А) чи за наполяганням жінки (D).
2. Тазове передлежання або неправильне положення I плода при багатоплідній вагітності (D)
3. Поперечне положення плода
4. Моноамніотична двійня (D) (найкращим методом розродження є операція КР у 32 тижні вагітності після проведення профілактики РДС), у ЗОЗ Ш рівня
5. Синдром затримки росту одного із плодів при багатоплідній вагітності
6. ВІЛ-інфіковані:

* Жінки, які приймають антиретровірусну терапію трьома препаратами та мають вірусне навантаження більше 50 копій в 1 мл (А);
* Жінки, які приймають монотерапію зидовудином (А);
* 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.

1. Первинний генітальний герпес за 6 тижнів до пологів (В).
2. Екстрагенітальна патологія (після встановлення діагнозу профільним експертом):

* кардіологічна - артеріальна гіпертензія ІІІ 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 кила;
* неврологічна - гіпертензійно-лікворний синдром, стан після геморагічного інсульту, артеріо-венозні мальформації мозку (D).

1. Пухлини органів малого тазу або наслідки травми тазу, що перешкоджають народженню дитини (D).
2. Рак шийки матки (D).
3. Стани після розриву промежини ІІІ ступеню або пластичних операцій на промежині (D).
4. Стани після хірургічного лікування сечостатевих і кишково-статевих нориць (D)
5. Гастрошизіс, діафрагмальна кила, spina bifida, тератома у плода, зрощення близнюків - за умови можливості надання оперативної допомоги новонародженій дитині (за наявності рішення перинатального консиліуму 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 Ш рівня

**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 прееклампсія або еклампсія 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

1. Аномалії пологової діяльності за даними партограми, які не піддаються медикаментозній корекції
2. Невдала спроба індукції пологів
3. Агональний стан або клінічна смерть вагітної при живому плоді.

**Фактори, що сприяють зниженню частоти ургентного КР**

* + Психологічна підтримка жінки під час пологів (А)
  + Індукція пологової діяльності по досягненні терміну 41 тиждень вагітності (А)
  + Використання партограми для моніторингу прогресу пологів (А)
  + Прийняття рішення щодо КР консиліумом (С)
  + 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).

**Передопераційне обстеження та підготовка**

**Обстеження:**

1. Визначення показників гемоглобіну, гематокриту, тромбоцитів у аналізі крові напередодні планового КР або безпосередньо перед операцію 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.

**Схема медикаментозного лікування**

**Профілактика інфекції**

* + Усі жінки, яким роблять плановий чи ургентний КР, повинні отримати антибіотикопрофілактику (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-лактамні антибіотики, можуть застосовуватись кліндаміцин або еритроміцин внутрішньовенно. (А)
  + Антибіотикопрофілактику 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).

**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 пацієнток 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).

**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).

**Профілактика гіпотензії у матері**

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

**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 гіпотензіїї (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 реґіонарної 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 поєднанному введенні опіоїдів у комбінації з нестероїдними протизапальними засобами. Застосування самоконтрольованої аналгезії більш ефективне (C).

**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 15º.

Моніторинг: вимірювання АТ кожні 5 хв, ЧСС, SpO2 та РЕТСО2 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 пацієнток 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 або1 – 3 мг фенілефрину.

У разі розвитку недостатньої анестезії проводять додаткову седацію 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 Th5) 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 (C).

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 безпечне 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, наступає 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.

**Техніка виконання операції Кесарів розтин**

На сьогоднішній день в світі існують декілька технологій виконання операцій КР.За останні роки впроваджена техніка операції, що ґрунтується на доказах.

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 (A):

* 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%CI 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% (A) .

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) (B).

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

Рутинне дренування підапоневротичного простору та підшкірної клітковини не рекомендується, оскільки не має переваг над відсутністю дренування з огляду на частоту інфікування рани, лихоманки та ендометриту [A]. Але необхідність дренування 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% [A]. Ризик виникнення гематоми та сероми у разі ушивання підшкірної клітковини на 48% менше у порівнянні з відсутністю ушивання [A].

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 компонентнів зазначеної методики за вибором хірурга.

**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 зробіть 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 колючу 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.

1. Контроль гемостазу. Переконайтесь, що АТ та пульс в межах норми. Якщо гемостаз недостатній, накладіть додаткові шви для впевненості у відсутності кровотечі.
2. 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.
3. Ушивання вісцеральної очеревини:

Залиште вісцеральну та парієтальну очеревину незашитими. 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.

1. Захопіть краї обох листків апоневрозу в кутах рани затискачами. Ще два затискача накладіть на верхній та нижній краї апоневрозу посередині.
2. 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 краях розрізу, щоб не пошкодити судини.
3. Рутинне ушивання підшкірної клітковини є необов’язковим за винятком випадків, коли її товщина більше 2 см.
4. 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.
5. 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 тромбоемоблічних ускладнень та зменшує інтенсивність та тривалість післяопераційного болю. Зменшення відчуття болю полегшує грудне вигодовування, а це в свою чергу сприяє скороченню та інволюції матки.
6. Зніміть шви на 5-у добу після операції. Це знижує ризик розвитку інфекції та колоїдних рубців.

**Післяопераційний догляд**

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 седації та болю протягом перших 24 години (морфін).

Жінкам, яким вводились опіоїди в епідуральний простір, контроль частоти дихань, рівню седації 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).

**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 внутрішньошлуночкових 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 траспортуванням 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

**Алгоритм виписки зі стаціонару**

Тривалість госпіталізації на 3-4 доби довша за ВП.

Критерії виписки: відсутність ознак післяопераційних ускладнень.

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

При необхідності мають бути виконані додаткові обстеження.

**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.

**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).

**Особливості надання антенатальної допомоги жінкам з кесаревим розтином в анамнезі**

1. Досвід попередніх пологів та очікування жінки повинні бути обговорені під час першого антенатального візиту.
2. Інформація щодо ВПКР в письмовій формі надається вагітній під час першого візиту (Додаток №1 «Пам’ятка»).
3. Бажано отримати інформацію щодо особливостей попереднього КР з лікувального закладу, де він проводився .

* Якщо не має можливості отримати протокол попередньої операції, припустіть, що мав місце КР поперечним розрізом в нижньому матковому сегменті за виключенням випадків поперечного положення плода або передчасного розродження в попередніх пологахдо початку пологової діяльності. [B]

1. Для якомога більш повної оцінки можливості вагітної здійснити спробу ВПКР слід зібрати анамнестичні та клінічні дані, користуючись Таблицею 1 (Додаток 2) . Додаток передається в пологове відділення.

* За допомогою Таблиці 1 слід визначити: 1) протипоказання до спроби ВПКР; 2) фактори, які підвищують ймовірність успішних ВПКР; 3) фактори, які можуть знижувати ймовірність успішних ВПКР; 4) фактори, які можуть підвищити ризик розриву матки.
* Якщо впродовж вагітності виникають ті чи інші нові фактори їх слід відмітити в таблиці та провести з вагітною повторне обговорення існуючих індивідуальних факторів, сприятливих та/або несприятливих для здійснення спроби ВПКР.

**Протипоказання для ВПКР (повинні бути задокументовані):**

* Наявність будь-яких протипоказань для вагінальних пологів (передлежання плаценти, неправильне положення плода та ін.)
* Попередній корпоральний КР (ризик розриву матки 200-900/10000)

Попередній Т та J-подібний розріз на матці (ризик розриву матки 190/10000) [В]. Якщо отримана інформація дає підстави припустити корпоральний КР або, що більш імовірно, Т-подібний розріз на матці, жінці варто запропонувати елективний КР. [В]

* Розрив матки в анамнезі
* Попередні реконструктивні операції на матці, резекція кута матки, гістеротомія, міомектомія із проникненням у порожнину матки в анамнезі [С], лапароскопічна міомектомія за відсутності ушивання матки сучасним шовним матеріалом [D]
* Тазове передлежання плода [D]
* Розташування плаценти у ділянці рубця на матці [D]
* Більше одного КР в анамнезі
* Відмова жінки від спроби ВПКР

**Фактори, які можуть підвищити ризик розриву матки (повинні бути задокументовані):**

* Короткий інтервал після попереднього КР (<24 місяців)

Жінки з коротким інтервалом після попередніх пологів (< 24 місяців) повинні бути проінформовані про підвищений ризик розриву матки у пологах [B]

* Макросомія плода
* Багатоплодова вагітність
* Однорядний (проти дворядного) шов на матці

Суперечливі дані відносно ризику розриву матки в залежності від ушивання матки одно або дворядним швом. Одне дослідження показало однаковий ризик, тоді як інше - підвищення ризику розриву матки в разі ушивання матки під час попереднього КР однорядним швом в порівнянні з дворядним, але ці знахідки потребують подальшого дослідження [С].

* Попередній КР при терміні <37 тижнів вагітності

Жінки, що мають в анамнезі КР у терміні до 37 тижнів, мають у два рази більший ризик розриву матки в наступній вагітності та у 1,6 рази - у випадку спроби ВПКР в порівнянні з жінками, які мали в анамнезі КР при доношеній вагітності.

* Септичне ускладнення з лихоманкою після попереднього КР.[С]

**Фактори, які підвищують ймовірність успішних ВПКР:**

* Наявність в анамнезі успішних ВПКР
* Наявність в анамнезі вагінальних пологів [В]

Серед жінок, що мають в анамнезі два КР, можуть бути відібрані як кандидати для спроби ВПКР, тільки такі, хто має в анамнезі хоча б одні вагінальні пологи.

* Зріла шийка матки на момент початку пологів
* Спонтанний початок пологів
* Показання до попереднього КР, що не повторюються (неправильне положення плода, тазове передлежання плода, передлежання плаценти)
* Вік матері менше 40 років
* Бажання жінки народити через природні пологові шляхи

**Фактори, які можуть знижувати ймовірність успішних ВПКР**

* Показання до попереднього КР, що повторюються (диспропорція розмірів тазу та плода та неможливість виключити диспропорцію в даних пологах), слабкість пологової діяльності, дистоція шийки матки)
* Потреба індукції пологів, що потребує застосування заходів щодо дозрівання шийки матки
* Потреба стимуляції пологової діяльності
* Вік матері більше 40 років
* Багатоводдя
* Прееклампсія
* Затримка внутрішньоутробного розвитку плода(ЗВУРП)
* Макросомія плода
* Ожиріння у матері : індекс маси тіла більше 30 кг/м2 
  + Цукровий діабет [В]. Цукровий діабет не є протипоказанням до спроби ВПКР [B]

**Фактори, які не впливають на ймовірність успішних ВПКР**

* Гестаційний діабет
* Недоношена вагітність
* Успіх спроби передчасних ВПКР такий же як при доношеній вагітності
* Ризик розриву матки достовірно нижчий у порівнянні з доношеною вагітністю (повний розрив - 34/10 000 проти 74/10 000; неповний розрив - 26/10000 проти 67/10000) [В].
* Термін вагітності ≥ 40 тижнів [B]
  + Частота успіху ВПКР і ризик розриву матки в жінок, які народили до 40 тижнів вагітності, у порівнянні з тими, у кого пологи почалися після 40 тижнів, були однакові
  + Ризик розриву матки після 40 тижнів достовірно не збільшувався як для спонтанних, так і для індукованих пологів
  + Термін гестації більше 40 тижнів не є протипоказанням для спроби ВПКР

Кандидати на спробу ВПКР (Спроба вагінальних пологів після кесаревого розтину – запланована спроба пологів у жінки, яка мала кесарів розтин в анамнезі, з метою досягнути успішного вагінального народження дитини):

* Відсутність протипоказань для ВПКР
* Наявність в анамнезі однієї операції КР, при якій проведено поперечний розріз на матці в нижньому сегменті [В]
* Головне передлежання плода
* Бажана наявність документації щодо попередньої операції

1. Обговорення переваг та ризиків спроби ВПКР проводиться лікарем з вагітною у якої не виявлено протипоказань до спроби ВПКР при першому відвідуванні.

**Переваги ВПКР для жінки:**

* Для жінок з одним КР в анамнезі в разі поперечного розрізу на матці в нижньому сегменті частота вдалих спроб ВПКР вагінальних пологів складає 73-76%. [В] Рівень успіху залежить від показань до переднього КР, наявності ВП та ВПКР в анамнезі, індексу маси тіла, наявності макросомії плода, положення плода, тощо.
* У жінок з вдалими ВПКР спостерігається менша частота ускладнень в порівнянні з жінками, яким виконано елективний КР: рідше спостерігаються кровотечі, післяпологові інфекційні ускладнення, скорочується термін перебування у стаціонарі. [В]
* У разі вдалих ВПКР, в порівнянні з ППКР, достовірно знижується ризик серйозних ускладнень під час наступних вагітностей: передлежання плаценти, прирощення плаценти, ектопічної вагітності, травми сечового міхура, кишківнику чи сечоводу, кишкової непрохідності, гемотрансфузії. [В]
* Материнська смертність в разі спроби ВПКР нижче, ніж у разі ППКР [С].

**Ризики ВПКР для жінки:**

* В разі невдалої спроби ВП та необхідності проведення ургентного КР збільшується ризик крововтрати, переливання крові та розвитку післяопераційних інфекційних ускладнень в порівнянні з елективним КР, хоча абсолютний ризик цих ускладнень залишається низьким.
* Ризик невдалої спроби ВПКР підвищується в разі індукції пологів, відсутності вагінальних пологів в анамнезі, індекса маси тіла більше 30, проведення попереднього КР з приводу слабкості пологової діяльності. При наявності цих факторів рівень успіху складає 30-50%.
* Ризик розриву матки в разі ВПКР складає 22-74/10 000. Даний ризик практично відсутній в разі ППКР [В]
* Спроба ВПКР підвищує ризик розвитку гемотрансфузії та ендометриту в порівнянні із ППКР [В]

Переваги ВПКР для новонародженого:

* ВПКР зменшують ризик неонатальної респіраторної захворюваності, яка може потребувати госпіталізації в неонатальне відділення (2-3% в порівнянні з 3-4% після ППКР) [В].

Можливі негативні наслідки для плода, пов’язані з розривом матки при спробі ВПКР:

* *Неонатальна респіраторна захворюваність* – складається з випадків транзиторного тахіпноє новонароджених та респіраторного дистрес синдрому
* *Гіпоксично-ішемічна енцефалопатія* – порушення неврологічної функції, яке виникло протягом 72 годин після пологів

**Ризики ВПКР для новонародженого:**

* Спроба ВПКР асоціюється з підвищеним ризиком перинатальної захворюваності та смертності в порівнянні з ППКР, проте абсолютний ризик є дуже низьким (1/1000).
* Гіпоксично-ішемічна енцефалопатія суттєво частіше спостерігається в разі ВПКР (8/10 000) в порівнянні з ППКР. Вплив даного ускладнення на подальший розвиток малюка невідомий [В].
* Додатковий ризик перинатальної смертності в разі ВПКР складає 2-3/10000 при порівнянні з ППКР і є таким, що можна порівняти з ризиком ПС у жінок, які народжують вперше [В].

1. Отримується поінформована згода на спробу ВПКР, яка підписується особисто вагітною (Додаток 3).

В разі відсутності протипоказань у вагітної з одним КР поперечним розрізом у нижньому матковому сегменті треба їй запропонувати спробу ВПКР з відповідним обговоренням материнських та перинатальних ризиків та переваг. Отримання поінформованої згоди відповідно задокументованої є важливим компонентом плану розродження у жінок з попереднім КР [B].

Наміри жінки щодо спроби ВПКР повинні бути чітко задокументовані. Бажано представити в карті вагітної інформацію щодо попереднього КР [B].

Рішення щодо спроби ВПКР повинно бути прийнято під час антенатального спостереження.

1. Очікуваний термін пологів повинен бути підтверджений за допомогою УЗД до 24 тижнів вагітності. УЗД проводиться в стандартні терміни з обов`язковою вказівкою локалізації плаценти та патологічної плацентації (в разі локалізації плаценти в області післяопераційного рубця).
2. Кожна вагітна з рубцем на матці має бути навчена розпізнаванню небезпечних симптомів (загрозливих станів), поява хоча б одного з яких є приводом до негайного звернення за медичною допомогою. При цьому слід оцінити можливості екстреного транспортування вагітної до відповідного ЗОЗ (особливо у жінок, які проживають у гірській місцевості, віддалених селах, в регіонах з поганими дорогами та в зимовий період).
3. Можливості госпіталізації та транспортування вагітної до відповідного ЗОЗ (згідно розділу А4).
4. Всі жінки з рубцем на матці мають бути госпіталізовані у відповідний ЗОЗ в 38 тижнів вагітності для моніторингу стану жінки та плода, проведення консиліуму для остаточного узгодження тактики розродження.

**Роль УЗД**

Наразі відсутні доказові дані відносно здатності ультразвукової оцінки товщини та структури ділянки рубця на матці передбачити його спроможність під час спроби ВПКР.

**СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ**

1. Наказ МОЗ України №976 від 27.12.2011 «Вагінальні пологи після кесаревого розтину (ВПКР)».
2. Жарких А.В. Барковський Д.Є., Особливості фетоплацентарного комплексу у жінок з рубцем на матці після кесарева розтину// Тез. доп. Х з’їзду акушерів- гінекологів України.- Одеса, 1996.- С. 72.
3. Барковський Д.Є., Мамедов А.М. Вплив санітарного оздоровлення на стан фетоплацентарного комплексу вагітних з рубцем на матці після кесарева розтину// Фізичні чинники в медичній реабілітації: 36 наук. пр. (додаток до журналу «Медична реабілітація, курортологія, фізіотерапія» №1, 1998).- 1998.- С. 257-258.

4. Адамян Л.В. Высокие технологии в диагностике и лечении патологии репродуктивной системы / Современные технологии в диагностике и лечении гинекологических заболеваний. – 2007. – С.20-32.

5. Айламазян Э.К. Неотложная помощь при экстремальных состояниях в акушерской практике. Руководство. – СПб.: ООО «Издательство Н-Л». – 2002г.

6. Баев О.Р., Хаттабе М.И. Совершенствование эхографической оценки факторов риска гнойно-септических осложнений после кесарева сечения // Акуш. и гин. – 1994. - №5. – С.64-65.

7. Болвачева Е.В. Особенности течения беременности и родов у женщин с рубцом на матке // Автореф.дисс. … канд.мед.наук. М., 2007. – 19с.

8. Габидуллина Р.И. Рубец на матке после кесарева сечения: хирургические и диагностические аспекты. Автореф.дис. … д-ра мед.наук. – Казань, 2004. – 37с.

9. Густоварова Т.А. Иванян А.Н., Болвачева Е.В. ведение родов через естественные родовые пути у женщин с оперированной маткой / Вестник Смоленской медицинской академии. – 2005. – С.100-101.

10. Гущин И.В., Меншиязов З.Г., Онищенко С.А., Майборозова О.В. Роль эхографической оценки состояния зоны послеоперационного рубца в определении тактики родоразрешения у беременных, перенесших в прошлом кесарево сечение // IV российский форум «Мать и дитя»: тез.докл. – Москва, 2002. – С.262-263.

11. Гюльмамедова И.Д., Акимова И.К. // Здоровье. – 1998. – Т. 3, N1. – С.33-37.

12. Катюхина Е.Г. течение послеоперационного периода и особенности адаптации новорожденных в зависимости от вида анестезии при операции кесарева сечения // Автореф. дис. … канд.мед.наук. – Москва. – 2003. – 28с.

13. Комиссарова Л.М., Токова З.З., Мекша Ю.В. Абдоминальное родоразрешение первобеременных женщин / Акуш. и гин. – 2006. - №2. – С.18-21.

14. Комиссарова Л.М., Чернуха Е.А., Пучко О.Н. Оптимизация кесарева сечения // Акушерство и гинекология. – 2006. – №6. – С14-16.

15. Краснопольский В.И., Левашова И.И., Зыряева Н.В., Мареева Л.С. Некоторые проблемы и перспективы улучшения исходов операции кесарева сечения // Акуш. и гин. – 1989. – №3. – С.18-21.

16. Краснопольский В.И., Логунова Л.С. Самопроизвольные роды у беременных с рубцом на матке как альтернативный и безопасный метод разрешения / Акуш. и гин. – 2000. – №5. – С17-22.

17. Кулаков В.И., ,Чернуха Е.А. Комиссарова Л.М. Кесарево сечение. – М.: - 2004.

18. Кулаков В.И. Репродуктивное здоровье – проблемы и решения. Материалы VIII Российского форума «Мать и дитя». – М.: - 2006. – С.3.

19. Кулич С.И., Крамарский В.А., Дудакова В.Н., Мащикевич Л.И. Роль гистероскопии в оценке заживления швов после операции кесарева сечения // Актуальные вопросы акушерства и гинекологии – 2001-2002. – Т.1. – С.42-43.

20. Логутова Л.С., Гаспарян Н.Д., Ахвледиани К.Н. Критерии диагностики состояния рубца на матке после кесарева сечения // IV Российский форум «Мать и дитя»: тез.докл. – Москва, 2002. – С.376-377.

21. Обоскалова Т.А. Структура и причины перинатальной смертности недоношенных / Акуш. и гин. – 2005. – №5. – С.39-41.

22. Пекарев О.Г., Майбородин И.В., Поздняков И.М., Моторина И.П., Альхимович В.А. Прогноз и перспективы самопроизвольного родоразрешения у женщин с рубцом на матке после кесарева сечения / Акуш. и гин. – 2007. – №3. – С.33-37.

23. Персианинов Л.С. Разрывы матки. – М., Медгиз. – 1952.

24. Погорелова А.Б., Кузин В.Ф. Прогнозирование функциональной несостоятельности матки и выбор метода родоразрешения у женщин после бывшей операции кесарева сечение // Вопросы охраны материнства и детства. – 1991. – №6. – С.38-41.

25. Прилепская В.Н. Хроника /Акуш. и гин. – 2007. – №3. – С.78-79.

26. Радзинский В.Е., Иткес А.В., Ордиянц И.М. и др. Генетические детерминанты гиперпластических заболеваний репродуктивной системы // Журнал акуш. и жен. болезней. – 2002. №3. – С.25-27.

27. Радзинский В.Е., Костин И.Н., Златовратская Т.В., Котайш Г.А., Фаткуллин И.Ф., Григорьева Е.Е. Доношенные дети, подвергшиеся реанимации. Анализ акушерской тактики / Акуш. и гин. – 2007. – №3. – С.42-47.

28. Савельева Г.М. (под редакцией). Акушерство // М., Медицина. – 2000. – С.686-705.

29. Серова О.Ф. Кесарево сечение с использованием синтетических рассасывающихся нитей: Автореф. дис. … канд.мед.наук. – Москва. – 1993. – 28с.

30. Стрижаков А.Н., Баев О.Р. Техника операции кесарева сечения / Вопросы акуш, гин. и перинатологии. – 2004. – том 3. – №6. – С 55-61.

31. Стрижаков А.Н., Баев О.Р., Шлапников М.Е. Гистероскопия в диагностике и лечении осложнений операции кесарева сечения / Современные технологии в диагностике и лечении гинекологических заболеваний. – 2007. – С.531-533.

32. Стрижаков А.Н., Кузьмина Т.Е. Беременность после кесарева сечения: течение, осложнения, исходы / Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. – 2002. – том 1. – №2 – С.40-46.

33. Титченко Л.И., Белоусов М.А., Жиленко М.И. Оценка состояния рубца на матке после кесарева сечения с помощью эхографии // Акуш. и гин. – 1990. – №11. – С.69-70.

34. Чернуха Е.А. Какова оптимальная частота кесарева сечения в современном акушерстве? / Акуш. и гин. – 2005. – №5. – С.8-12.

35. Чернуха Е.А., Побединский Н.И., Ананьев В.А. и соавт. Психологические аспекты кесарева сечения. / Акуш. и гин. – 2005. – №2. – С.52-53.

36. Энкин М., Кейрс М., Рефрью М., Нейлсон Д. Руководство по эффективной помощи при беременности и родах. – СПб: Нордмед – издат., - 1999. – 544с.

37. Benchekroun A., Lachkar A., Soumana A. et al. Vesico- uterine fistulas. Report of 30 cases // Ann. Urol. (Paris). - 1999. – V.33. – N.2. – P.75-79.

38. Chandhiok N., Kambo I., Dhillon B.S., Saxena N.C. // XVII FIGO World Congress, Nov. 2-7, 2003, Santiago, Chile: Book of Abstracts. – Santiago, 2003. – Thursday, nov. 6. – P.6.

39. Churchill H. Caesarean Birth: Experience Practice and History Hale. – Cheshire. – 1997.

40. Clemeat J. Psychological Perspectives on Pregnancy and Childbirth. – Edinburg. – 1998.

41. Cunningham F.C. et al. Williams Obstetrics. – 21th Ed. – New York, 2001.

42. Fisher J.W.R., Stanley R.O., Burrous G., DM J. Psychoson. Obstetrics Gynecol. – 1990. – vol.11. – P.91-106.

43. Guise J-M., McDonagh M.S., Osterweil P., Nygren P., Chan B.K.S., Helfand M., Systematic review of the incidence and consequences of uterine rupture in women with previous caesarean section / Department of Obstetrics and Gynecology, Oregon Health & Science University, USA, Evidence-based Practice Center // BMJ 2004;329:19 (3 July).

44. Guise J-M., McDonagh M.S., Osterweil P.et al. Systematic review of the incidence and consequences of uterine rupture in with previous caesarean section // Oregon Health & Science University, BMJ 2004;329:19 (3 July).

45. Lewine E.M., Ghai V., Barton J.J., Strom C.M. // Obstetr. and Gynecol. – 2001. – Vol.97. – P.439-442.

46. Matthews T.G., Crowley T.G., Chong A. et al. // Br. J. Obstetr. Gynaecol. – 2003. – Vol. 110. – P.346-349.

47. Mazurkewich E.L., Hutton E.K. // Am. J. Obstetr. Gynecol. – 2000. – Vol.183. – P.1187-1197.

48. Report on Maternity 2000 and 2001. Ministry of Health. New Zeland Health Information Service, 2003.

49. Robson M.S. Can we reduce the caesarean section rate? // Best Practice a Research Clin. Obstet. Gynecol. – 2001. - №151. – P.234.

50. Spaans W.A., Sluijs M.B., van Roosmalen J. et al. // Eur. J. Obstetr. Gynecol. Reprod. Biol. – 2002. – Vol.100. – P.163-166.

51. Stark M., Finkel A.R. Comparison between the Joel-Cohen and Pfannenstieel incisious in cesarean section // Eur. J. Obstetr. Gynecol. Reprod. Biol. – 1994. – V.53. – P.121-122.

52. Suneet P.C., Everett F.M., Christopher D.W. et al. Pregnancy after classic cesarean delivery // Obstetrics and Gynecology. – 2002. – V.100. – N.5. – P.946-950.

53. The National Sentinel Section Caesarean Audit RCOG Clinical Effectiveness Unit< Royal College of Obstetricians and Gynecologists. – London, 2001. – P.1.

54. Van den Berg A., van Elburg R.M., van Geijn H.P. et al. / Eur. J. Obstetr. Gynecol. Reprod. Biol. – 2001. – Vol.98. – P.9-13.

55. Wright J.B., Wright A.L., Simpson N.A.B. et al. // Eur. J. Obstetr. Gynecol. Reprod. Biol. – 2001. – Vol.97. – P.23-25.

56. Dodd JM, Crowther CA. Elective repeat caesarean section versus induction of labour for women with a previous caesarean birth. Cochrane Database Syst Rev 2006;CD004906.

57. Man kuta DD, Leshno MM, Menasche MM, Brezis MM. Vaginal birth

after cesarean section: trial of labor or repeat cesarean section? A decision analysis.

Am J Obstet Gynecol 2003;189:714–19.

58. Dunn EA, O’Herlihy C. Comparison of maternal satisfaction following vaginal delivery after caesarean section and caesarean section after previous vaginal delivery. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 2005;121:56–60.

59. Landon MB, Spong CY, Thom E, Hauth JC, Bloom SL, Varner MW,

et al. Risk of uterine rupture with a trial of labor in women with multiple and single prior cesarean delivery. Obstet Gynecol 2006;108:12–20.

60. Guise JM, Hashima J, Osterweil P. Evidence–based vaginal birth after Caesarean section. Best Prac Res Clin Obstet Gynaecol 2005;19:117–30.

61. Macones GA, Cahill A, Pare E, Stamilio DM, Ratcliffe S, Stevens E, et al. Obstetric outcomes in women with two prior cesarean deliveries: is vaginal birth after cesarean delivery a viable option? Am J Obstet Gynecol 2005;192:1223–8.

62. Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada. SOGC Clinical Practice Guidelines. Guidelines for vaginal birth after previous caesarean birth. Number 155 (Replaces guideline Number 147), February 2005. Int J Gynaecol Obstet 2005;89:

319–31.

63. Goodall PT, Ahn JT, Chapa JB, Hibbard JU. Obesity as a risk factor

for failed trial of labor in patients with previous cesarean delivery. Am J Obstet Gynecol

2005;192:1423–6.

64. Yeh J, Wactawski-Wende J, Shelton JA, Reschke J. Temporal trends in the rates of trial of labor in low-risk pregnancies and their impact on the rates and success of vaginal birth after cesarean delivery. Am J Obstet Gynecol 2006;194:144.

65. Chauhan SP, Martin JN, Jr., Henrichs CE, Morrison JC, Magann EF. Maternal and perinatal complications with uterine rupture in 142,075 patients who attempted vaginal birth after cesarean delivery: a review of the literature. Am J Obstet Gynecol 2003; 189:408–17.

66. Landon MB, Leindecker S, Spong CY, Hauth JC, Bloom S, Varner MW, et al.

The MFMU Cesarean Registry: factors affecting the success of trial of labor after previous cesarean delivery. Am J Obstet Gynecol 2005;193:1016–23.

67. Gyamfi C, Juhasz G, Gyamfi P, Stone JL. Increased success of trial of labor after previous vaginal birth after cesarean. Obstet Gynecol 2004;104:715–19.

68. Hibbard JU, Gilbert S, Landon MB, Hauth JC, Leveno KJ, Spong CY, et al. Trial of labor or repeat cesarean delivery in women with morbid obesity and previous cesarean delivery. Obstet Gynecol 2006;108:125–33.

69. Coassolo KM, Stamilio DM, Pare E, Peipert JF, Stevens E, Nelson DB, et al. Safety and efficacy of vaginal birth after cesarean attempts at or beyond 40 weeks of gestation. Obstet Gynecol 2005;106:700–6.

70. Rochelson B, Pagano M, Conetta L, Goldman B, Vohra N, Frey M, et al. Previous preterm cesarean delivery: identification of a

new risk factor for uterine rupture in VBAC candidates. J Matern Fetal Neonatal Med

2005;18:339–42.

71. Durnwald C, Mercer B. Vaginal birth after cesarean delivery: predicting success, risks of failure. J Matern Fetal Neonatal Med 2004;15:388–93.

72. Macones GA, Hausman N, Edelstein R, Stamilio DM, Marder SJ. Predicting outcomes of trials of labor in women attempting vaginal birth after cesarean delivery: a comparison of multi- variate methods with neural networks. Am J Obstet Gynecol

2001;184:409–13.

73. Hashima JN, Eden KB, Osterweil P, Nygren P, Guise JM. Predicting vaginal birth after cesarean delivery: a review of prognostic factors and screening tools. Am J Obstet Gynecol 2004;190:547–55.

74. Macones GA, Cahill AG, Stamilio DM, Odibo A, Peipert J, Stevens EJ. Can uterine rupture in patients attempting vaginal birth after cesarean delivery be predicted?

Am J Obstet Gynecol 2006;195:1148–52.

75. Lieberman E, Ernst EK, Rooks JP, Stapleton S, Flamm B. Results of the national study of vaginal birth after cesarean in birth centers. Obstet Gynecol 2004;104:933–42.

**ЗМІСТ**

Перелік скорочень

Діагноз та термінологія для його формування

Cтан проблеми кесарева розтину в Україні та світі

Принципи організації медичної допомоги при операції кесарів розтин

Консультування вагітної перед операцією кесарів розтин та з питань планування сім’ї

Плановий кесарів розтин

Ургентний кесарів розтин

Передопераційне обстеження та підготовка

Схема медикаментозного лікування

Анестезіологічне забезпечення кесарева розтину

Техніка виконання кесарева розтину

Післяопераційний догляд

Догляд за дитиною, яка народилась шляхом операції кесаревого розтину

Алгоритми виписки зі стаціонару, реабілітація та профілактика

Особливості надання антенатальної допомоги жінкам з кесаревим розтином в анамнезі

Додаток 1. Шкала градації доказів і сили рекомендацій

Додаток 2. Наказ МОЗ України від 27.12.2011 № 977

Додаток 3. Наказ МОЗ України від 27.12.2011 № 976

Додаток 4.  Інформована згода на кесарів розтин

Додаток 5.  Алгоритм анестезіологічного забезпечення кесарева розтину

Додаток 6. Спостереження за станом матері після операції кесарів розтин

Додаток 7. Епікриз після операції кесарів розтин

Додаток 8. Типи розрізів та ушивання тканин при різних технологіях кесарів розтин

Додаток 9. Пам’ятка для пацієнта

Додаток 10. Додаток до медичної карти амбулаторного хворого

Додаток 11. Форма поінформованої згоди пацієнта на медичну допомогу

Додаток 12. Карта нагляду за перебігом ІІІ та післяпологового періодів

**Додаток 1**

**Шкала градації доказів і сили рекомендацій**

|  |  |
| --- | --- |
| **Рівні достовірності первинних даних RCOG** | |
| **Градація сили настанов** | |
| А | Дані отримані з систематичного огляду, матаналізу рандомізованих контрольованих досліджень або одного рандомізованого контрольованого дослідження. |
| В | Дані отримані з якісних контрольованих досліджень без проведення рандомізації, квазі-експериментальні дослідження або когортні дослідження. |
| С | 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. |

**Додаток 2**

**Наказ МОЗ України від 27.12.2011 № 977**

**"Про внесення змін до наказу МОЗ України від 15.12.2003 року №582 "Про затвердження клінічних протоколів з акушерської та гінекологічної допомоги"**

На виконання доручення Президента України від 06.03.2003 №1-1/152 п.а.2 та з метою уніфікації вимог до обсягів і якості надання акушерської допомоги

НАКАЗУЮ:

1. Внести зміни до наказу МОЗ України від 15.12.2003 року №582 "Про затвердження клінічних протоколів з акушерської та гінекологічної допомоги", виклавши Розділ "Кесарів розтин" в редакції, що додається.

2. Міністру охорони здоров'я Автономної Республіки Крим, начальникам управлінь (головних управлінь) охорони здоров'я обласних Київської та Управління охорони здоров'я Севастопольської міських державних адміністрацій:

2.1. Забезпечити вивчення і впровадження Клінічного протоколу "Кесарів розтин" в діяльність підпорядкованих закладів охорони здоров'я, починаючи з 01.01.2012 року;

2.2.Організувати здійснення контролю за веденням вагітності, пологів та післяпологового періоду у жінок, яких було розроджено шляхом кесаревого розтину у родопомічних закладах охорони здоров'я України у відповідності до Клінічного протоколу.

2.3. Забезпечити розробку локальних протоколів.

3. Ректорам закладів післядипломної освіти забезпечити використання Клінічного протоколу "Кесарів розтин" в навчальному процесі для лікарів-інтернів та лікарів-акушер-гінекологів, лікарів-анестезіологів, лікарів-неонатологів, лікарів загальної практики/сімейної медицини, медичних сестер.

**Додаток 3**

**Наказ МОЗ України від 27.12.2011 № 976**

**"Про затвердження клінічного протоколу з акушерської допомоги "Вагінальні пологи після кесаревого розтину"**

На виконання п.а. 2 доручення Президента України від 06.03.2003 №1-1/152 та з метою уніфікації вимог до обсягів і якості надання акушерської допомоги

НАКАЗУЮ:

1. Затвердити клінічний протокол з акушерської допомоги " Вагінальні пологи після кесаревого розтину", (далі Клінічний протокол, що [додається](http://moz.gov.ua/docfiles/N27122011n976dodatok.rar)).

2. Міністру охорони здоров'я Автономної Республіки Крим, начальникам управлінь (головних управлінь) охорони здоров'я обласних державних адміністрацій, Головного управління охорони здоров'я Київської та управління охорони здоров'я Севастопольської міських державних адміністрацій:

2.1 Забезпечити вивчення та впровадження Клінічного протоколу в діяльність підпорядкованих закладів охорони здоров'я, починаючи 01.01.2012 року;

2.2. Забезпечити розробку локальних протоколів.

2.3. Організувати здійснення контролю за наданням медичної допомоги вагітним жінкам з рубцем на матці у підпорядкованих закладах охорони здоров'я у відповідності до Клінічного протоколу.

3. Контроль за виконанням наказу покласти на Першого заступника Міністра охорони здоров'я Моісеєнко Р. О.

**Додаток 4**

**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 хірургічний 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 нориці*
* *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

**Додаток 5**

**Алгоритм**

**анестезіологічного забезпечення кесарева розтину**

**Плановий**

**Категорія ургентності 4\***

**Регіонарна анестезія**

**Ургентний**

**Категорія ургентності 1\***

**Загальна анестезія**

**Категорія ургентності 2 та 3\***

**Спінальна або загальна анестезія**

**Кесарів розтин**

\* - 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.

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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, °C |  |  |  |  |  |  |  |
| 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 |  |  |  |  |  |  |  |

**Додаток 6**

**ЕПІКРИЗ 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)** | |  | | | *Інше \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*  *Профілактика інфекції*  *Препарат, доза*  *Кратність*  *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* | | |
| **Термінові (37-42 тижнів)** | |  | | |
| **Після 42 тижнів** | |  | | | **Ушивання розтину матки** | | |
| Плановий кесарів розтин | |  | | | Шовний матеріал \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | |
| Ургентний кесарів розтин  **Категорія ургентності: 1, 2, 3** | |  | | |  | Однорядний шов |  | |
| **Показання**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | | | | | Дворядний шов |  | |
|  | **Загальна крововтрата** | | |
| 500 – 999 мл  >1000 мл | |  |
| **Анестезія** | Загальна | | |  |  | Переливання | |  |
|  | | |  |  | плазми | |  |
|  | | |  |  | еритроцитарної маси | |  |
| Спінальна | | |  |  | **Мати переведено до:** | | |
| Епідуральна | | |  |  | | |
| *Інше* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | 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 | Антенатальна загибель плода | | | Інтранатальна загибель плода | Жива | Антенатальна загибель плода | | | Інтранатальна загибель плода | Жива | Антенатальна загибель плода | | Інтранатальна 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 | |
| **Новонародженого переведено до:** | |  | | | | |  | | | | |  | | | |
| Відділення спільного перебування | |  | | | | |  | | | | |  | | | |
| Палати інтенсивної терапії | |  | | | | |  | | | | |  | | | |
| Дитячого відділення | |  | | | | |  | | | | |  | | | |
| Іншого стаціонару | |  | | | | |  | | | | |  | | | |

**Перебіг післяопераційного періоду**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Тривалість перебування в стаціонарі | Температура тіла породіллі ≥ 37,6º С 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**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Додаток 7**

Аспіраційного пневмоніту

ТЕЛА

Інфекції

Гіпотензії

**КЕСАРІВ РОЗТИН**

Плановий (елективний)-

4 ступінь ургентності

Ургентний

1 ступінь - 15 хв

Визначення показань та ступеню ургентності

Інформування та отримання згоди пацієнтки

Анестезіологічне забезпечення

2 ступінь – 30 хв

Інформування

пацієнтки

Прийняття рішення

Вибір методу втручання, анестезії, операційної бригади

Передопераційне обстеження

Визначення ризиків

Регіонарна анестезія

Епідуральна

Загальний аналіз крові, тромбоцити

Лапаротомний доступ

3 ступінь – 75 хв

Розріз на матці

Група крові,

резус-фактор

Спінальна

За Пфанненштілем

За Джоел -Кохен

За Місгав Ладах

У нижньому сегменті поперечний

Корпоральний

Ступені ургентності

Загальна анестезія

Нижньосерединна

Кровотечі

Місцева анестезія

Профілактика

**Операція**

**Передопераційний етап**

**Типи розрізів та ушивання тканин при різних техніках КР** (Бібліотека репродуктивного здоров’я, ВООЗ) **Додаток 8**

| **Техніка** | **Розріз** | | | | | | **Ушивання** | | | | | **Інше** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Шкіра** | **Підшкірна клітковина** | **Апоневроз** | **Прямі м’язи** | **Очеревина** | **Матка** | **Матка** | **Очеревина** | **Апоневроз** | **Підшкірна клітковина** | **Шкіра** |
| **За Пфанненштилем** | * поперечний * гострий | *Не уточнено* | * поперечний   гострийвідокремлення м’язів від апоневрозу | *Не уточнено* | * поздовжній гострий | * поперечний * нижній сегмент | * дворядний * безперервний шов | * ушивання обох листків * безперервний шов | * безперервний або окремі шви | *Не уточнено* | * окремі шви або безперервний внутрішньошкірний шов |  |
| **За Пелозі** | * поперечний * гострий | * електрокоагуляція * поперечний | * електрокоагуляція * поперечний | тупий метод розведення | * тупий метод   розведення | * поперечний * нижній сегмент * тупий або гострий метод розведення | * однорядний * безперервний шов | * не ушивається | * безперервний шов | * окремі шви за показаннями | клеми Мішеля | * сечовий міхур не опускається донизу * спонтанне народження плаценти |
| **За Джоел-Кохен** | * поперечний * гострий   вище, ніж за Пфанненштилем | розріз у середині, потім тупе розведення разом з апоневрозом | * розріз у середині, потім тупе розведення разом з підшкірною. клітковиною | тупий метод розведення | * тупий метод розведення | * поперечний * нижній сегмент * тупий метод розведення | * окремі шви | * не ушивається | * безперервний шов | *Не уточнено* | *Не уточнено* | * сечовий міхур опускається донизу |
| **За**  **Місгав-Ладах** | * поперечний * гострий   вище, ніж за Пфанненштилем | *Не уточнено* | * сліпий метод розведення кінчиками частково відкритих ножиць | *Не уточнено* | * тупий метод розведення | * поперечний * нижній сегмент * тупий метод розведення | * однорядний * безперервний шов | * не ушивається | * безперервний шов | *Не уточнено* | * два-три матрацних шва | * плацента видаляється рукою * матка виводиться в рану для ушивання |
| **Модифікований Місгав- Ладах** | * поперечний * гострий * вище, ніж за Пфанненштилем   може бути на рівні Пфанненштиля з косметичних причин | *Не уточнено* | * сліпий метод розведення кінчиками частково відкритих ножиць | *Не уточнено* | вісцеральна очеревина не розтинається | * поперечний * нижній сегмент * тупий метод розведення | * однорядний безперервний шов без перекиду або * дворядний безперервний шов без перекиду | * не ушивається | * безперервний шов | *Не уточнено* | * підшкірний шов або різні методики ушивання |  |
| **Вертикальний** | * вертикальний * гострий | * вертикальний * гострий | * вертикальний * гострий | тупий або гострий метод розведення | * поздовжній * гострий | * поперечний * нижній сегмент * тупий або гострий метод розведення | * однорядний або дворядний * безперервний або окремі шви | * ушивання обох листків * безперервний шов | * безперервний або окремі шви | * окремі шви | * окремі шви або безперервний шов | * 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 взращены на поперечном разрезе, как традиционном.

*Додаток 9*

ПАМ’ЯТКА

Вагінальні пологи після попереднього кесаревого розтину (ВПКР)

*Чи може жінка народжувати через природні пологові шляхи після попереднього кесаревого розтину?*

Багато жінок, які в минулому народжували шляхом кесаревого розтину (КР), все ще можуть народити дитину через природні пологові шляхи, без ризику для свого здоров’я. Спроби вагінальних пологів після попереднього кесаревого розтину (ВПКР) мають високу частоту вдачі та багато переваг.

У випадках, коли спроби вагінальних пологів виявляються невдалими, проводять повторний кесарів розтин.

Нажаль, наявність певних проблем із здоров’ям або неналежні медичні умови роблять проведення ВПКР у деяких жінок занадто ризиковими – в такому випадку, буде рекомендовано проведення повторного кесаревого розтину.

*Які переваги та які ризики мають вагінальні пологи після попереднього кесаревого розтину?*

Розродження шляхом кесаревого розтину стає все частішим. Їх проводять з різних причин. Інколи, лікарі можуть рекомендувати вагітній жінці проведення повторного кесаревого розтину замість спроби вагінальних пологів, тому що після попереднього кесаревого розтину на стінці матки залишився рубець.

Однак, вагінальні пологи все ще залишаються безпечною можливістю народити дитину для жінок, які мали кесарів розтин в минулому.

Переваги пологів через природні пологові шляхи

Існує декілька переваг від пологів через природні пологові шляхи порівняно з повторним кесаревим розтином:

* Зменшується крововтрата
* Відсутня післяопераційна рана та знижений ризик виникнення інфекції
* Відсутні ризики, пов’язані з хірургічним втручанням та анестезіологічним забезпеченням
* Коротше тривалість госпіталізації
* Менші болісні відчуття
* В наступних вагітностях знижується ризик таких ускладнень як передлежання плаценти та її прирощення до стінки матки

Ризики пологів через природні пологові шляхи

* Спроба ВПКР завершується вдало приблизно в 75% випадків.
* Завершення спроби ВПКР кесаревим розтином при виникненні певних акушерських ситуацій
* Розрив матки відбувається приблизно у 0,2%-0,7% випадків спроб ВПКР

Що необхідно знати вагітній жінці?

Можливість здійснення спроби ВПКР в кожному конкретному випадку визначає лікар.

Медична документація (виписка), яку жінка отримала після попереднього КР, може допомогти лікарю у визначенні можливості спроби ВПКР у даному випадку

Спонтанний початок пологів підвищує шанс вдалих ВПКР

Використання окситоцину з метою індукції перейм та підсилення слабких перейм не протипоказано, але супроводжується підвищенням ризику невдачі при спробі ВПКР та розриву матки.

*Додаток 10*

При взятті на облік вагітної, яка має в анамнезі кесарів розтин, необхідно мати певні анамнестичні дані. Вони дозволять визначити групи жінок які мають низький ризик розриву матки та можуть потенційно спробувати ВПКР та жінок яким ВПКР протипоказані або супроводжуватимуться високим ризиком розриву матки.

Таблиця 1. Анамнестичні та клінічні дані

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Протипоказання для спроби ВПКР | * Наявність будь-яких протипоказань для вагінальних пологів (передлежання плаценти, неправильне положення плода та ін.) * Попередній корпоральний КР * Попередній Т та J -подібний розріз на матці * Якщо отримана інформація дає підстави припустити корпоральний КР або, що більш імовірно, Т-подібний розріз на матці, жінці варто запропонувати елективний КР. * Розрив матки в анамнезі * Попередні реконструктивні операції на матці, резекція кута матки, гістеротомія або міомектомія, із проникненням у порожнину матки в анамнезі * Тазове передлежання плода (наприкінці третього триместру вагітності) * Розташування плаценти у ділянці рубця на матці * Більше одного КР в анамнезі * Відмова жінки від спроби ВПКР |  |
| Фактори, які підвищують ймовірність успішних ВПКР | * Показання до попереднього КР, що не повторюються:   + Неправильне положення плода,   + Тазове передлежання плода,   + Передлежання плаценти   + Прееклампсія   + Дистрес плода   + Відшарування нормально розташованої плаценти   + Випадіння петель пуповини, тощо * Вік матері менше 40 років * Бажання жінки/родини народити через природні пологові шляхи * ВПКР в анамнезі * Вагінальні пологі анамнезі * Зріла шийка на момент початку пологів * Спонтанний початок пологів |  |
| Фактори, які можуть знижувати ймовірність успіху ВПКР | * Ожиріння у матері * Вік матері більше 40 років * Великий плід * Показання до попереднього КР, що повторюються   + Клінічно вузький таз (особливо за наявності крупного плода)   + Слабкість пологової діяльності   + Дистоція шийки матки * Цукровий діабет * Потреба в індукції пологів * Потреба в стимуляції пологів * Багатоводдя |  |
| Фактори, асоційовані зі збільшенням ризику розриву матки при спробі ВПКР | * Проміжок між пологами менше 24 місяців * Попередній КР при терміні <37 тижнів вагітності * Великий плід (макросомія) * Септичне ускладнення з лихоманкою після попереднього КР * Багатоплодова вагітність * Однорядний (проти дворядного) шов на матці |  |

*Додаток 11*

Поінформована згода пацієнтки на метод розродження після попередньо проведеного кесаревого розтину

Після попереднього обговорення з лікарем акушером – гінекологом можливих методів розродження жінок, що вже мали кесарів розтин (спроба вагінальних пологів або повторний кесарів розтин), Ви можете обрати один з них. Просимо Вас уважно прочитати цю інформацію, якщо виникнуть питання обговорити їх з лікарем та зробити вибір методу розродження.

Я була поінформована щодо можливих методів розродження жінок, які вже мали кесарів розтин, та що я не маю медичних протипоказань до спроби вагінальних пологів.

Я розумію, що вагінальні пологи мають переваги в порівнянні з повторним кесаревим розтином:

* Зменшується крововтрата;
* Відсутня післяопераційна рана та знижений ризик виникнення інфекції;
* Відсутні ризики, пов’язані з хірургічним втручанням (травма сечового міхура, кишечнику ) та анестезіологічним забезпеченням;
* Менша тривалість перебування в лікувальному закладі;
* Більш швидке одужання.

Але існують і певні ризики:

* Розриву матки (до 0,7%)
* Спроба вагінальних пологів може вдало завершитись приблизно в 75% випадків.
* При виникненні певних акушерських ситуацій спроба вагінальних пологів може завершитись кесаревим розтином

Я підтверджую, що для прийняття рішення я достатньо інформована в доступній для мене формі.

Я\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, добровільно і свідомо хочу здійснити спробу вагінальних пологів.

Я\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, добровільно і свідомо вибираю кесарів розтин.

Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Підпис пацієнтки\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Додаток 12*

Карта нагляду за перебігом III та післяпологового періодів

ФІБ породіллі\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ № історії пологів\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Час народження дитини \_\_\_\_\_\_\_\_\_година\_\_\_\_\_\_\_\_хвилина

Інформована згода породіллі на активне ведення III періоду пологів отримана: ТАК ( ) НІ ( )

Активне ведення III періоду пологів: ТАК ( ) НІ ( )

Очікувальне ведення: ТАК ( ) НІ ( )

Ручне відділення плаценти та виділення посліду ТАК ( ) НІ ( )

Об’єм крововтрати \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Тривалість III періоду пологів \_\_\_\_хвилин

Ранній післяпологовий період (2 години)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Година | | 1 година | | | | 2 година | | | |
| Хвилини після народження плаценти | | 15 | 30 | 45 | 60 | 15 | 30 | 45 | 60 |
| ПУЛЬС (•)  Артеріальний тиск (\_I\_) | 180 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 170 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 160 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 150 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 140 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 130 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 120 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 110 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 100 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 90 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 80 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 70 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 60 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 50 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 40 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 30 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Стан матки під час масажу (щільна, м’яка, округла, асиметрична) | |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Загальний об’єм крововтрати (мл) | |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Підпис акушерки | |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Лікарські призначення | |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Підпис лікаря | |  |  |  |  |  |  |  |  |

Післяпологовий період

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Година | | 3 година | | 4 година | 5 година | 6 година |
| Хвилини | | 30 | 30 | 1 раз | 1 раз | 1 раз |
| ПУЛЬС (•)  Артеріальний тиск (\_\_I \_) | 180 |  |  |  |  |  |
| 170 |  |  |  |  |  |
| 160 |  |  |  |  |  |
| 150 |  |  |  |  |  |
| 140 |  |  |  |  |  |
| 130 |  |  |  |  |  |
| 120 |  |  |  |  |  |
| 110 |  |  |  |  |  |
| 100 |  |  |  |  |  |
| 90 |  |  |  |  |  |
| 80 |  |  |  |  |  |
| 70 |  |  |  |  |  |
| 60 |  |  |  |  |  |
| 50 |  |  |  |  |  |
| Стан матки під час масажу (щільна, м’яка, округла, асиметрична) | |  |  |  |  |  |
| Об’єм крововтрати на момент огляду (мл) | |  |  |  |  |  |
| Підпис акушерки | |  |  |  |  |  |
| Лікарські призначення | |  |  |  |  |  |
| Підпис лікаря | |  |  |  |  |  |