

Сучасні аспекти проведення кесарева розтину

О.В. Голяновський¹, О.Ю. Качур², В.В. Мехедко¹, К.В. Супрунюк¹, С.В. Фролов¹

¹Національний університет охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика, м. Київ

²КНП КОР «Київський обласний перинатальний центр»

Зростання частоти кесарева розтину (КР) залишається однією з актуальних проблем сучасного акушерства і викликає стурбованість усієї світової спільноти. Сьогодні прийнято вважати, що абдомінальне розродження є більш безпечним і атравматичним методом розродження в інтересах плода, ніж вагінальні пологи. Відносний показник кількості випадків абдомінального розродження, за даними ВООЗ, не повинен перевищувати 10% від загальної кількості пологів, що мінімізує виникнення ускладнень та профілактику розвитку кровотеч і гнійно-запальних захворювань у післяпологовий період. Але останні дані свідчать, що в усьому світі цей відсоток становить 18,6%, тобто кожен п'ятий випадок пологів закінчується КР. Частота КР за останні роки стрімко зростає у більшості країн світу, і в цьому контексті Україна не є виключенням (14,2% – у 2006 р., до 25,08% – у 2020 р.). Це підвищує ризик материнської і перинатальної захворюваності та смертності.

У представленому матеріалі для дистанційного навчання, що стосується оперативного розродження, лікарі знайдуть сучасні відомості щодо показань, протипоказань, методики проведення КР, а також питань консультування вагітних перед виконанням операції КР та профілактичних заходів стосовно мінімізації ускладнень під час проведення цієї акушерської операції. Із сучасних позицій показання до КР розділяють на планові та ургентні, які чітко визначені у даній статті.

Приділяється значна увага проведенню консультування перед застосуванням цієї операції і обов'язковому ознайомленню вагітної з методикою виконання КР, методом знеболювання та потенційними періопераційними ускладненнями і підписанню нею інформованої згоди щодо можливого розширення об'єму хірургічного втручання. З позицій доказової медицини представлена найбільш оптимальна методика проведення КР, яка суттєво зменшує вірогідність геморагічних, гнійно-запальних ускладнень як під час операції, так і у післяопераційний період. Також визначені питання стосовно сучасних методик знеболювання КР із застосуванням мультимодальної анальгезії, ранньої мобілізації породіль та профілактики тромбоемболічних ускладнень, проведення реабілітаційних заходів.

Ключові слова: кесарів розтин, лапаротомія за Джоел-Коеном, кесарів розтин за Штарком, ускладнення кесарева розтину, знеболювання кесарева розтину.

Modern aspects of cesarean section

O.V. Golyanovskiy, O.Yu. Kachur, V.V. Mehedko, K.V. Supruniuk, S.V. Frolov

The increase in the frequency of cesarean section (CS) remains one of the actual problems of modern obstetrics and causes the concern to the world community. Today, it is believed that the abdominal delivery is a safer and more non-traumatic method of delivery for the benefit of the fetus than vaginal delivery.

The relative number of cases of abdominal delivery, according to the WHO, should not exceed 10 % of the total number of births, which minimizes the occurrence of complications and prevents the development of bleeding and purulent-inflammatory diseases in the postpartum period. But the latest data demonstrate that this percentage is 18.6 % worldwide, that is one in five births ends in CS. The frequency of CS has been growing rapidly in recent years in most countries of the world, and in this context Ukraine is no exception (14.2 % in 2006, to 25.08 % in 2020). This increases the risk of maternal and perinatal morbidity and mortality.

In the presented material for the distance learning about the operative delivery, doctors will find up-to-date information on indications, contraindications, methods of CS, as well as recommendations on counseling of pregnant women before surgery and preventive measures to minimize complications during obstetric surgery. According to the modern approach, the indications for the CS are divided into planned and urgent ones, which are clearly defined in this article. Considerable attention is paid to counseling of the patients before this operation and the obligatory acquaintance of the pregnant woman with the method of performing CS, anesthesia and potential perioperative complications and signing her the informed consent on the possible expansion of surgery. According to the standpoint of evidence-based medicine, the most optimal method of CS is presented, which significantly reduces the likelihood of hemorrhagic, purulent-inflammatory complications during surgery and in the postoperative period. The issues related to modern methods of anesthesia of CS with the use of multimodal analgesia, early mobilization of women in labor and prevention of thromboembolic complications, rehabilitation measures are also identified.

Keywords: cesarean section, Joel-Cohen laparotomy, Stark cesarean section, complications of cesarean section, cesarean section anesthesia.

Современные аспекты проведения кесарева сечения**О.В. Голяновский, А.Ю. Качур, В.В. Мехедко, Е.В. Супрунюк, С.В. Фролов**

Рост частоты кесарева сечения (КС) остается одной из актуальных проблем современного акушерства и вызывает обеспокоенность всего мирового сообщества. Сегодня принято считать, что абдоминальное родоразрешение является более безопасным и атравматичным методом родоразрешения в интересах плода, чем вагинальные роды.

Относительный показатель количества случаев абдоминального родоразрешения, по данным ВОЗ, не должен превышать 10% от общего количества родов, что минимизирует возникновение осложнений и профилактирует развитие кровотечений и гнойно-воспалительных заболеваний в послеродовой период. Но последние данные свидетельствуют, что во всем мире этот процент составляет 18,6%, то есть каждый пятый случай родов заканчивается КС. Частота КС за последние годы стремительно растет в большинстве стран мира, и в этом контексте Украина не является исключением (14,2% – в 2006 г. до 25,08% – в 2020 г.). Это повышение риска материнской и перинатальной заболеваемости и смертности.

В представленном материале для дистанционного обучения, который касается оперативного родоразрешения, врачи найдут современные сведения по показаниям, противопоказаниям, методике проведения КС, а также вопросам консультирования беременных перед выполнением операции КС и профилактических мероприятий по минимизации осложнений во время проведения этой акушерской операции. С современных позиций показания к КС разделяют на плановые и ургентных, которые четко определены в данной статье.

Уделяется значительное внимание проведению консультирования перед применением этой операции и обязательно ознакомлению беременной с методикой проведения КС, методом обезболивания и потенциальными периоперационными осложнениями и подписанию ею информированного согласия с возможным расширением объема хирургического вмешательства. С позиций доказательной медицины представлена наиболее оптимальная методика проведения КС, которая существенно уменьшает вероятность геморрагических, гнойно-воспалительных осложнений как во время операции, так и в послеоперационный период. Также определены вопросы, касающиеся современных методов обезболивания КС с применением мультимодальной анальгезии, ранней мобилизации рожениц и профилактики тромбозных осложнений, проведения реабилитационных мероприятий.

Ключевые слова: кесарево сечение, лапаротомия по Джоэл-Коэну, кесарево сечение по Штарку, осложнения кесарева сечения, обезболивание кесарева сечения.

Проблема абдоминального розродження є предметом обговорення та науково-практичної дискусії в усьому світі, що пов'язано з високим ризиком ускладнень як з боку матері, так і з боку плода, незважаючи на удосконалення сучасних технологій виконання хірургічного втручання з доведеною ефективністю. Необґрунтованість показань до кесарева розтину (КР) ВООЗ визначає як ятрогенне втручання.

Частота КР за останні роки стрімко зростає у більшості країн світу, і в цьому контексті Україна не є виключенням (14,2% у 2006 р., до 25,08% – у 2020 р.). Це підвищує ризик материнської та перинатальної захворюваності і смертності. Рівень пологів шляхом КР є одним із показників діяльності акушерської служби. За визначенням ВООЗ, показник КР як інструмент позитивного впливу на здоров'я матерів та дітей має становити близько 7%. В Україні динаміка показника КР вважається негативною. Післяопераційна летальність знижується, проте у 2019 р. померло 8 породіль після операції КР.

КР збільшує ризик серйозних ускладнень під час наступної вагітності. Підвищення частоти абдоминального розродження створює проблему ведення вагітності та пологів у жінок з рубцем на матці, що стає показанням до повторного абдоминального розродження, а частота інтраопераційних ускладнень під час повторного КР у 4–5 разів перевищує аналогічну за першого КР. Усе це також потребує збільшення моральних та матеріальних витрат на їхнє подолання. Тому діяльність акушерської служби має бути спрямована на підвищення безпеки проведення КР і зниження частоти необґрунтованого хірургічного втручання.

У відповідь на Концептуальні завдання Глобальної стратегії ВООЗ до 2030 року, основним з яких є «кож-

на мати – кожна дитина», розроблені заходи щодо ліквідації смертності новонароджених і запобігання материнській смертності з конкретизацією заходів, які стосуються проведення КР:

- КР має бути проведений за показаннями з боку матері та плода;
- виявлення та лікування інфекцій, корекція терапії з урахуванням факторів ризику інфекційних ускладнень з профілактичним застосуванням антибіотиків у периопераційний період;
- пологи шляхом КР як оптимальний спосіб розродження для поліпшення результатів у недоношених новонароджених не рекомендують, незважаючи на головне або сідничне передлежання плода.

Консультування вагітної перед застосуванням КР

Під час консультування перед КР вагітній необхідно повідомити таке:

1. Кесарів розтин – це хірургічна операція, під час якої акушер-гінеколог вилучає дитину через розріз передньої черевної стінки та матки. Частіше обидва розрізи поперечні. У разі нижньосереднього розрізу жінку необхідно поінформувати про причини і додаткові ризики.
2. Анестезіолог має надати загальну інформацію про методи знеболювання КР, ризики, переваги та можливі ускладнення.
3. КР проводять за чіткими показаннями; в Україні за відсутності перелічених нижче показань і за бажанням жінки дану операцію не проводять. Інформацію треба надати у зрозумілій і доступній формі з урахуванням будь-яких особистих, культурних чи релігійних факторів, які могли б вплинути на вибір жінки.

4. Повідомляють, що після абдомінального розродження збільшуються шанси повторного КР.
5. Після проведення консультування пацієнтка підписує поінформовану згоду на хірургічне втручання. У разі відмови від показаної операції жінка має власноручно підписати поінформовану відмову. У такому випадку необхідно провести більш детальне консультування з доказами ризику для жінки та плода. За відмови підписати поінформовану відмову даний факт документується медичними працівниками записом в історії пологів у складі не менше трьох осіб.

Консультування з питань планування сім'ї

Жінка, якій пропонують КР, має бути поінформована, що:

1. Повторна вагітність після попереднього КР супроводжується підвищеним ризиком передлежання/врослення плаценти, відшарування плаценти і розриву матки при спробі вагінальних пологів після КР. Найвищий ризик виникнення цих ускладнень спостерігають у разі настання вагітності протягом першого року після КР.
2. Повторна вагітність протягом двох років після КР не є показанням до її переривання. Методи контрацепції для жінок, які перенесли КР, не відрізняються від тих, що рекомендують жінкам у післяпологовий період.
3. За бажання жінки провести добровільну хірургічну стерилізацію під час КР показано додаткове консультування з отриманням поінформованої згоди на розширення хірургічного втручання. У разі ургентного КР (категорії ургентності 1,2) питання про хірургічну стерилізацію є недоцільним, тому що жінка не має достатнього часу для прийняття рішення.
4. Вибір методу контрацепції є рішенням жінки, яке вона приймає після консультування з питань планування сім'ї.
5. Жінкам з ВІЛ-інфекцією застосовують методи планування сім'ї відповідно до клінічного стану та виконання репродуктивних планів. Зважаючи на взаємодію естрогенів з антиретровірусними препаратами, пріоритетом є застосування ВМК або добровільної хірургічної стерилізації.
6. Жінкам з активним використанням психоактивних речовин, у тому числі опіоїдів, після появи у них свідомого та адекватного відношення до обставин рекомендують зворотні довготривалі методи контрацепції (ВМК).
7. Під час консультування необхідно надати інформацію про засоби та методи контрацепції, що існують, їхні переваги та недоліки. Медичний працівник повинен допомогти жінці обрати оптимальний для неї метод контрацепції.

Показання до планового (елективного) КР

1. Передлежання плаценти (за даними УЗД у терміні 36–37 тиж).
2. Тазове передлежання плода (після невдалої спроби зовнішнього повороту плода у 36 тиж; за

- наявності протипоказань до зовнішнього повороту; за наполяганням вагітної).
3. Поперечне положення або неправильне положення першого плода за багатоплідної вагітності.
5. Моноамніотична двійня.
6. Синдром затримки росту одного з плодів за багатоплідної вагітності.
7. Рубець на матці за наявності протипоказань до вагінальних пологів (попередній корпоральний КР; Т- або J-подібний розріз матки за попередньої операції; розрив матки в анамнезі; понад один КР в анамнезі; гінекологічні втручання на матці; відмова жінки від спроби вагінальних пологів).
8. Первинний генітальний герпес за менше ніж 6 тиж до пологів.
9. Екстрагенітальні захворювання та синдроми:
 - система кровообігу: висока легенева гіпертензія, дилатація висхідної аорти >45 мм, тяжкий аортальний стеноз, вживання вагітною оральних антикоагулянтів (антагоністів вітаміну К), інфаркт міокарда за даної вагітності, тяжка серцева недостатність (функціональний клас III або IV за NYHA);
 - дихальна система: захворювання легень, що зумовлюють загрозу пневмотораксу, легенева кровотеча, діагностована менш ніж за 4 тиж до розродження;
 - нервова система; внутрішньомозкові пухлини, гіпертензивно-лікворний синдром, аневризми церебральних судин, артеріовенозні мальформації, стан після геморагічного інсульту;
 - орган зору: геморагічна форма ретинопатії, перфоративна виразка рогівки, поранення очного яблука з проникненням, гострий перебіг глаукоми (NB! Будь-яка інша офтальмологічна патологія, окрім переліченої вище, не є показанням до КР);
 - цукровий діабет: передбачувана маса плода > 4500 г;
 - гепатит С: поєднання з ВІЛ-інфекцією;
 - ВІЛ-інфекція: вірусне навантаження > 50 копій/мкл.
10. Пухлини або кісткові деформації малого таза, що перешкоджають народженню плода.
11. Рак шийки матки.
12. Розрив промежини III ступеня в анамнезі, стан після пластичних операцій на промежині.
13. Стан після хірургічного лікування сечостатевого або кишково-статевого нориць.
14. Вади розвитку плода, що підлягають хірургічній корекції у ранній неонатальний період: діафрагмальна грижа, спінальні дизрафії, гастрошизис, тератоми (за рішенням перинатального консиліуму із залученням профільного хірурга).
15. Зрощені близнюки.
16. Дострокове розродження після повторних гемотрансфузій при імунних конфліктах.

Терміни виконання планового КР

- Плановий елективний КР виконують на 39-тижній вагітності. Плановий КР раніше 39-го тижня вагітності може збільшити ризик РДС у новонародженого.
- У разі багатоплідної вагітності плановий КР виконують після 37 тиж.
- З метою профілактики вертикальної трансмісії за наявності ВІЛ-інфікування вагітної – на 38–39-тижній вагітності до відходження навколоплідних вод та/або до початку пологів.
- У разі моноамніотичної двійні операція КР повинна бути виконана у терміні 32–33 тиж після попередньої профілактики РДС у ЗОЗ, що надають третинну (високоспеціалізовану) медичну допомогу.

Показання до ургентного КР

1. Передчасне відшарування нормально розташованої плаценти до початку пологів або під час пологів за відсутності умов для швидкого розродження.
2. Кровотеча зі статевих шляхів нез'ясованої етіології у пізньому терміні вагітності чи під час пологів.
3. Розрив матки загрозований або що розпочався.
4. Дистрес плода (за даними інструментальних методів дослідження) у перший період пологів.
5. Випадіння петель пуповини, що пульсують.
6. Обструктивні пологи (задній асинклітизм, неправильне положення плода після відходження навколоплідних вод, розгинальне передлежання або вставлення головки, клінічно вузький таз).
7. Порушення пологової діяльності, що не коригуються медикаментозно.
8. Невдала спроба індукції пологів.
9. Критичний стан, смерть мозку вагітної, смерть вагітної при життєздатному плоді.

Категорії ургентності

- *I категорія* – існує значна загроза життю вагітної та/або плода (наприклад, дистрес плода, розрив матки тощо) – операція має бути розпочата не пізніше ніж **через 30 хв** від визначення показань;
- *II категорія* – стан матері та/або плода порушений, але безпосередньої загрози життю матері та/або плода немає (наприклад, аномалії пологової діяльності у разі порушеного стану матері чи плода) – операція має бути розпочата не пізніше **75 хв** від визначення показань;
- *III категорія* – стан матері та плода не порушені, однак потребують абдомінального розродження (наприклад, допологове вилиття вод у разі запланованого КР; аномалії пологової діяльності за відсутності скмпрометованого стану матері чи плода) – операція має бути розпочата **протягом 75 хв**, але якомога скоріше;
- *IV категорія* – за попереднім планом у **запланований день та час**.

Фактори, що сприяють зниженню частоти ургентного КР

- Психологічна підтримка жінки під час пологів.
- Індукція пологової діяльності у терміні вагітності 41 тиж.

- Використання партограми для моніторингу прогресу пологів.
- Прийняття рішення щодо КР консиліумом.
- Додаткові методи оцінювання стану плода (рН крові зі шкіри передлеглої головки плода та фетальна пульсоксиметрія – за наявності умов), які доповнюють результати КТГ (ізолювано асоціюється з підвищенням частоти КР).
- Перегляд показань до КР в операційній (повторне оцінювання стану плода та положення передлеглої частини плода).

Профілактика ускладнень КР

I. Профілактика інфекції.

- Усі жінки, яким проводять плановий чи ургентний КР, повинні отримати антибіотикопрофілактику.
- Препаратом вибору є ампіцилін або цефалоспорины першого покоління, які вводять одноразово внутрішньовенно у середній терапевтичній дозі.
- Немає необхідності рутинно застосовувати антибіотики більш широкого спектра дії та призначати повторні дози препаратів.
- У разі алергії на бета-лактамі антибіотики можна застосовувати кліндаміцин або еритроміцин внутрішньовенно.
- Антибіотикопрофілактику проводять за 15–60 хв до розрізу шкіри.
- У разі тривалості КР більше 3 год або крововтрати більше 1500 мл додаткову дозу антибіотика призначають через 3–4 год після першої дози.
- У разі ожиріння (ІМТ > 35), наявності ризику реалізації інфікування у післяопераційний період антибактеріальна терапія має бути розширена.
- Проводять санацію піхви повідон-йодом перед КР, що знижує ризик ендометриту, зокрема у вагітних після розриву плодових оболонок.

II. Профілактика аспіраційного пневмоніту.

За 6–8 год перед плановою операцією необхідно обмежити споживання їжі, а за 2 год – рідини. З метою попередження аспіраційного пневмоніту слід призначати метоклопрамід окремо або в комбінації з H₂-антагоністом (ранітидин) чи антагоністом протонної помпи (омепразол). Доцільно призначати протиблювотні засоби з метою зменшення нудоти та блювання.

III. Профілактика тромбоемболії.

У всіх випадках необхідності проведення КР визначають оцінку ризику легеневої тромбоемболії згідно з чинними нормативними документами. Для профілактики цього ускладнення застосовують механічні методи (еластична компресія нижніх кінцівок, рання післяопераційна активізація жінки) та, залежно від ступеня ризику, – НМГ або НФГ у відповідному режимі.

Жінкам з низьким рівнем ризику – використовують механічні методи тромбoproфілактики. Еластичну компресію нижніх кінцівок застосовують у всіх вагітних, які не отримували фармакологічної тромбoproфілактики до КР. Еластичну компресію розпочинають у передопераційний період й продовжують періопераційно до повної ранньої післяопераційної активізації породіллі.

Жінкам з високим рівнем ризику – використовують механічні та фармакологічні методи тромбопрофілактики. Таким жінкам еластичну компресію нижніх кінцівок проводять періопераційно з ранньою післяопераційною активізацією жінки. Фармакологічну профілактику починають через 6–12 год після закінчення КР і продовжують до повної активізації жінки, за винятком жінок зі значними факторами ризику розвитку післяпологового тромбоемболізму.

Тривалість тромбопрофілактики у цієї категорії породіль необхідно проводити шість тижнів. Такі жінки можуть бути переведені на пероральні антикоагулянти (наприклад, варфарин – можна застосовувати під час лактації) або прямий пероральний антикоагулянт (не слід застосовувати у період лактації). Еластична компресія продовжується до початку фармакологічної профілактики і залишається до виписки пацієнтки (це надає додаткові переваги породіллям після КР, які отримують гепарини).

Можна використовувати нефракціонований гепарин або НМГ, дози яких визначають відповідно до ступеня ризику ВТЕ та маси тіла.

IV. Профілактика артеріальної гіпотензії у матері.

Артеріальна гіпотензія часто виникає у разі проведення КР на фоні спінальної анестезії, що може нашкодити матері та плоду. Гіпотензія у вагітної може спровокувати інтраопераційну нудоту/блювання та різко зменшити матково-плацентарний кровотік і призвести до асфіксії новонародженого.

Для профілактики артеріальної гіпотензії рекомендують використовувати положення жінки на операційному столі з нахилом 15° у лівий бік та профілактичну інфузію фенілефрину зі швидкістю 25–50 мкг/хв у поєднанні зі швидкою інфузією розчинів електролітів об'ємом до 2 л.

V. Профілактика гіпотермії.

Підтримання періопераційної нормотермії у хірургічній практиці знижує ризик виникнення післяопераційних ускладнень (інфікування рани, коагулопатія, крововтрата і гемотрансфузія). Частота переохолодження жінок, які перенесли КР на фоні спінальної анестезії, становить > 60%. Ауторегуляція температури тіла порушується під час спінальної анестезії через гальмування вазомоторних реакцій і перерозподілен-

ня тепла від серця до периферійних тканин породіллі. Упровадження термозберігальних технологій (підігрівання розчинів і обдування теплим повітрям) знижує частоту переохолодження і тремтіння.

Анестезіологічне забезпечення КР

Анестезіолог повинен провести передопераційний огляд вагітної, основною метою якого є оцінювання загального статусу пацієнтки та визначення ступеня анестезіологічного ризику, вірогідності розвитку аортокавального й аспіраційного синдромів та оцінити наявність ознак складної інтубації.

Жодна з існуючих класифікацій анестезіологічного ризику проведення КР повною мірою не враховує стан плода, наявність небезпечної для життя вагітної і плода акушерської та екстрагенітальної патології.

Вагітній необхідно пояснити, яку анестезію планують проводити, та отримати інформовану згоду на її проведення. У разі наявності високого анестезіологічного ризику проведення КР необхідно заздалегідь пояснити це жінці та її сім'ї.

КР може бути виконаний під загальною, регіонарною (спінальною, епідуральною) або комбінованою (спінально-епідуральною) чи місцевою інфільтраційною анестезією.

Вибір методу анестезії визначається такими факторами:

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

Під час вибору методу анестезії необхідно враховувати розвиток тих чи інших потенційних ускладнень: складна інтубація (частота 1:300 анестезій), неадекватна аналгезія, розвиток артеріальної гіпотензії (частота значно вище при застосуванні спінальної чи епідуральної анестезії), респіраторна депресія, нудота, блювання, свербіж шкіри.

Вагітним, які потребують КР, слід запропонувати регіонарну анестезію (за відсутності протипоказань) з метою підвищення безпеки, зниження материнської та перинатальної захворюваності. У разі застосування спінальної анестезії може знадобитися лікування гіпотензії фенілефрином.

Загальні рекомендації щодо лікування болю у жінок, які перенесли плановий КР

До операції рекомендовано:

Інтракальне введення 50–100 мкг морфіну або 2–3 мг морфіну епідурально як альтернативний засіб, коли епідуральний катетер застосовують як частину спінально-епідуральної методики або як епідуральну анестезію для знеболювання пологів. Пероральний парацетамол.

Під час операції після народження рекомендовано:

Внутрішньовенне введення парацетамолу, якщо його не вводили до операції. Внутрішньовенне введення нестероїдних протизапальних препаратів. Внутрішньовенне введення дексаметазону. Якщо інтракальний морфін не застосовували, рекомендована одномоментна інфільтрація місцевими анестетиками рани або безперервна їхня інфузія в рану та/або регіонарна аналгезія (фасціальні блокади, такі, як TAP-блок або QL-блок).

Післяопераційно рекомендовано:

Пероральний або внутрішньовенний парацетамол. Пероральне або парентеральне введення нестероїдних протизапальних препаратів. Опіоїди вводять тільки у випадках неадекватного знеболювання у разі застосування інших методів аналгезії або коли інші рекомендовані знеболювальні стратегії неможливі (наприклад, протипоказання до регіонарної анестезії).

Загальна анестезія порівняно з регіонарною зменшує час до початку розрізу шкіри, однак знижує оцінку за шкалою Апгар на 1-й та 5-й хвилини. Спінальна анестезія порівняно з епідуральною скорочує час до початку операції і не має відмінностей в оцінках за шкалою Апгар та частоті розвитку гіпотензії.

У більшості випадків перевагу слід надавати нейроаксіальним методам анестезії, які дозволяють жінці бути більш активною та раніше контактувати з новонародженим (таблиця).

Методика проведення операції КР

На сьогодні існують декілька методик виконання КР, рекомендовані ВООЗ. Можливе застосування окремих компонентів зазначеної методики за вибором хірурга відповідно до клінічної ситуації.

За останні роки широко впроваджена методика виконання КР за допомогою поперечного розрізу живота. Основні переваги проведення етапів цієї методики представлені нижче.

1. Заходи щодо зниження ризику інфекційних ускладнень найбільш оптимальної методики проведення КР:

- перед проведенням КР необхідно застосувати препарат хлоргексидину на спиртовій основі, щоб зменшити ризик зараження рани. Якщо такий препарат відсутній, можна застосувати йодний препарат на спиртовій основі.
- інтравагінально перед оперативним втручанням необхідно застосувати водний йодовмісний засіб у жінок з ПРПО, щоб зменшити ризик розвитку ендометриту. Якщо водний йодовмісний засіб відсутній або протипоказаний, можна використовувати водний розчин хлоргексидину інтравагінально.

2. Розріз черевної стінки

Методика КР за допомогою поперечного розрізу живота:

- зменшує ймовірність післяопераційного болю;
- має кращий косметичний ефект порівняно із серединною лапаротомією.
- необхідно зробити поперечний розріз за Джоел-Коеном (прямий розріз шкіри на 3 см нижче рівня передньовіршніх клубових остей; наступні шари тканин тупим способом відводять і за необхідності розширюють ножицями, а не скальпелем). Це дозволяє скоротити час операції та зменшує кількість випадків післяопераційної лихоманки.

Інструменти для розтину шкіри

Не слід використовувати хірургічний скальпель для розтину глибших тканин, оскільки це збільшує вірогідність кровотечі й не зменшує інфікування рани.

Розширення розрізу матки

Коли є добре сформований нижній сегмент матки, використовують тупе, а не гостре розширення розрізу матки, щоб зменшити крововтрату, знизити частоту післяпологових кровотеч та необхідність переливання крові під час КР.

Застосування щипців при КР

Ложку щипців під час КР використовують лише у випадку, коли виникають труднощі з народженням головки плода.

Застосування утеротоніків

Необхідно використовувати окситоцин 5 МО шляхом повільної внутрішньовенної ін'єкції під час КР, щоб стимулювати скорочення матки та зменшити крововтрату.

Вимірювання рН пуповинної артеріальної крові

Потрібно вимірювати рН пуповинної крові плода після КР за підозри порушення стану плода, щоб забезпечити контроль за його станом.

Відділення плаценти і вилучення посліду

Вилучають послід під час КР після уведення окситоцину і перетину пуповини (після припинення пульсації пуповини), використовуючи контрольовану тракцію за пуповину, а не шляхом ручного видалення, з метою профілактики кровотечі й ендометриту.

Відновлення та ушивання рани

Рутинна екстеріоризація матки не рекомендується, оскільки вона пов'язана з посиленням болю і не покращує післяопераційні результати. Застосовують одношарове або двошарове ушивання матки залежно від клінічних обставин. Ушивання в один шар не збільшує ризику післяопераційних кровотеч або розриву матки за наступної вагітності. Не ушивають вісцеральну і парієтальну очеревину для зменшення тривалості операції, потреби у післяопераційному знеболюванні та покращення якості життя породіллі у ранній післяопераційний період.

У разі застосування серединної лапаротомії під час КР використовуйте ушивання всіх шарів одночасно безперервним швом шовним матеріалом, який повільно розсмоктується, оскільки це приводить до меншої кількості післяопераційних гриз на місцях розрізу і вірогідності розвитку спайкової хвороби органів малого таза, ніж при поширеному ушиванні.

Немає потреби ушивати підшкірно-жирову клітковину, якщо у жінки не більше 2 см підшкірного жиру, оскільки це не знижує частоти інфікування рани.

Необхідно використовувати шовний матеріал, а не скоби, для відновлення цілісності шкіри, щоб зменшити ризик порушення загоєння рани. У жінок з ІМТ 35 кг/м² або більше ведення рани проводять під негативним тиском, щоб зменшити ризик розвитку гематоми та інфікування рани.

Аномальна інвазія плаценти

Виконуючи КР у жінки, у якої є підозра на патологічну інвазію плаценти, потрібно переконаватися, що:

- присутні досвідчений акушер-гінеколог (зав. відділення) та лікар-анестезіолог;
- присутній неонатолог;
- присутній судинний хірург, уролог, трансфузіолог;
- доступне ліжко у ВАІТ;
- доступна достатня кількість препаратів крові.

Перед тим як проводити КР у вагітних з підозрою на патологічно інвазивну плаценту, мультидисциплінарна команда лікарів має узгодити, консультації яких інших медичних спеціалістів стануть необхідними під час хірургічного втручання, а також відповідальність кожного члена групи.

Запобігання інфікуванню ВІЛ в операційній

Одягайте дві пари рукавичок під час проведення КР або допомоги жінкам з позитивним ВІЛ-результатом, щоб зменшити ризик зараження ВІЛ персоналу. Дотримуйтесь загальних рекомендацій щодо безпечної хірургічної практики під час КР, щоб зменшити ризик зараження ВІЛ персоналу.

Ведення післяопераційного догляду

Протягом перших 2 год після проведення хірургічного втручання породіллю спостерігають кожні 15 хв у палаті інтенсивного нагляду; кожні півгодини проводять контроль частоти дихання, ЧСС, АТ, температури тіла, а після цього періоду до 6 год – кожну годину у разі стабільного стану жінки. Необхідно здійснювати контроль за кардіореспіраторною стабільністю. За відсутності ускладнень у ранній післяопераційний період подальший нагляд можна здійснювати у палаті спільного перебування за попереднім узгодженням пацієнтки з адміністрацією.

Якщо використовували інтратекально морфін, необхідне погодинне спостереження за частотою дихання, рівнем седатції та болю протягом перших 12 год. Жінкам, яким вводили опіоїди в епідуральний простір, контроль частоти дихання, рівня седатції та болю проводять кожну годину та принаймні 12 год після закінчення уведення. За відсутності протипоказань до застосування нестероїдних протизапальних засобів і парацетамолу їх потрібно призначати у післяопераційний період, оскільки вони знижують необхідність в опіоїдних препаратах. Породіллям у післяопераційний період за відсутності ускладнень пропонують вживання рідини та їжі за бажанням.

Видалення сечового катетера проводять після мобілізації жінки, але не раніше ніж через 12 год після останнього епідурального уведення морфіну.

Критерії переведу пацієнтки з ВАІТ. Переведення пацієнток з ВАІТ можна здійснювати в будь-яку пору доби. Основною вимогою є безпека пацієнтки. Відповідність до критеріїв безпечного переведення визначає лікар-анестезіолог. Питання переведення узгоджується з акушером-гінекологом.

Основні критерії безпеки пацієнтки:

- Адекватний психічний статус пацієнтки.
- Адекватна і стабільна дихальна функція, включаючи частоту дихання, периферійне насичення киснем (SpO₂) та прохідність дихальних шляхів.
- Стабільні показники гемодинаміки, включаючи серцевий ритм (ЧСС) та артеріальний тиск (АТ).
- Температура тіла ≥ 36 °C та прийнятний рівень комфорту без симптомів переохолодження або тремтіння.
- Адекватне післяопераційне знеболювання.

- Відсутність нудоти та / або блювання.
- Адекватна післяопераційна гідратація.
- Відсутність патологічних кров'янистих виділень зі статевих шляхів.
- Відсутність патологічних кров'янистих виділень із дренажів.
- Адекватне сечовиділення (погодинний діурез $> 0,5$ мл/кг на 1 год).

Після переведення нагляд за пацієнткою здійснює медичний персонал в індивідуальній палаті. Догляд за післяопераційною раною: пов'язку знімають через 24 год після проведення КР з подальшим відкритим веденням; щоденно контролюють стан рани (біль, почервоніння, виділення з рани), також контролюють температуру тіла.

Догляд за дитиною, яка народилась шляхом КР

Догляд за дитиною, яка народилась шляхом КР, проводять у порядку догляду за новонародженими, які народилися через природні пологові шляхи, проте має деякі особливості:

- необхідно чітко переконатися, що теплова підтримка відповідає належній практиці «теплого ланцюжка». Необхідно забезпечити ранній контакт «шкіра-до-шкіри» між породіллею та її дитиною;
- з метою профілактики анемії та внутрішньошлункових крововиливів у новонароджених пупочковий крововилив у новонароджених пульсуючу пуповину перетискають не раніше ніж через 30 с після вилучення плода (за відсутності показань до реанімаційних заходів). Новонароджений повинен знаходитися не вище рівня розрізу під час КР;
- у разі проведення КР із застосуванням епідуральної анестезії контакт «шкіра-до-шкіри» здійснюють в операційній за умови задовільного стану матері та дитини протягом 2 год;
- у разі проведення КР під загальним знеболюванням або за відсутності умов з боку матері у разі епідуральної анестезії контакт «шкіра-до-шкіри» дитини проводять з батьком протягом 2 год;
- у випадку застосування регіонарної анестезії перше прикладання дитини до грудей відбувається при появі у дитини ознак готовності до початку годування, незалежно від моменту закінчення КР. Перше прикладання дитини до грудей у випадку загального знеболювання повинно відбуватися одразу після відновлення свідомості матері у ВАІТ або палаті спільного перебування. Акушерка допомагає здійснити перше прикладання дитини до грудей;
- перед транспортуванням медичні працівники зобов'язані забезпечити підтримку та контроль температури тіла для запобігання виникнення гіпотермії. У ВАІТ або палату спільного перебування новонародженого транспортують на грудях матері або у кюветі чи в дитячому ліжечку з підігрівом, вкритого теплою ковдрою;
- грудне вигодовування після КР відбувається за вимогою дитини;
- якщо стан дитини не дозволяє прикладати її до грудей, акушерка допомагає матері розпочати зціджування грудного молока після становлення лактації.

Реабілітаційні заходи

Надання інформації щодо поведінкового режиму жінки у безпосередньо післяопераційний та у подальший післяпологовий періоди (статеві стосунки, рекомендації щодо контрацепції). Для жінок з тяжкою екстрагенітальною патологією – спостереження у профільного спеціаліста з виконанням його рекомендацій.

Загальні принципи профілактики ускладнень стану здоров'я пацієнтки

- Огляд вдома шляхом активного патронажу акушером-гінекологом або лікарем ЗПСМ у післяопераційний період на наступний день після виписки з акушерського стаціонару.
- Для жінок з тяжкою екстрагенітальною патологією у разі необхідності проводять профілактику ускладнень основного захворювання, узгоджену з профільним спеціалістом.

- Дотримання принципів індивідуальної гігієни у післяопераційний період.
- Дотримання індивідуально визначеного в акушерському стаціонарі ефективного методу контрацепції протягом 1 року після операції, включаючи метод лактаційної аменореї.

Планування наступної вагітності та пологів після КР

Під час обговорення способу народження після попереднього КР необхідно спільно з пацієнткою врахувати такі чинники:

- материнські переваги та пріоритети;
- ризики та переваги повторного КР;
- ризики та переваги запланованих вагінальних пологів після КР, включаючи ризик незапланованого оперативного розродження.

Відомості про авторів

Голяновський Олег Володимирович – Кафедра акушерства та гінекології №1 Національного університету охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика, 04107, м. Київ, вул. Дорогожицька, 9; тел.: (044) 489-35-64. *E-mail: obstet.gynec.1@gmail.com*
ORCID: 0000-0002-5524-4411

Качур Олександр Юрійович – КНП КОР «Київський обласний перинатальний центр», 04107, м. Київ, вул. Багговутівська, 1; тел.: (044) 489-35-64. *E-mail: oblroddom.adm@gmail.com*

Мехедко Віктор Володимирович – Кафедра акушерства та гінекології №1 Національного університету охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика, 04107, м. Київ, вул. Дорогожицька, 9; тел.: (044) 489-35-64. *E-mail: docmekhedko@gmail.com*

Супрунюк Катерина Вікторівна – Кафедра акушерства та гінекології №1 Національного університету охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика, 04107, м. Київ, вул. Дорогожицька, 9; тел.: (044) 489-35-64. *E-mail: katerynkaS93@gmail.com*
ORCID: 0000-0002-1363-311X

Фролов Сергій Володимирович – Кафедра акушерства та гінекології №1 Національного університету охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика, 04107, м. Київ, вул. Дорогожицька, 9; тел.: (044) 489-35-64. *E-mail: serhiy.frolov.1995@gmail.com*
ORCID: 0000-0003-4154-6969

Information about the authors

Golyanovskiy Oleg V. – Department of Obstetrics and Gynecology №1 Shupyk National Healthcare University of Ukraine, 04107, Kyiv, 9 Dorohozhytska Str.; tel.: (044) 489-35-64. *E-mail: obstet.gynec.1@gmail.com*
ORCID: 0000-0002-5524-4411

Kachur Oleksandr Yu. – Kyiv Regional Perinatal Center, 04107, Kyiv, 1 Baggoutovska str.; tel.: (044) 489-35-64. *E-mail: oblroddom.adm@gmail.com*

Mehedko Viktor V. – Department of Obstetrics and Gynecology №1 Shupyk National Healthcare University of Ukraine, 04107, Kyiv, 9 Dorohozhytska Str.; tel.: (044) 489-35-64. *E-mail: docmekhedko@gmail.com*

Supruniuk Kateryna V. – PhD Student at the Department of Obstetrics and Gynecology №1 Shupyk National Healthcare University of Ukraine, 04107, Kyiv, 9 Dorohozhytska Str.; tel.: (044) 489-35-64. *E-mail: katerynkaS93@gmail.com*
ORCID: 0000-0002-1363-311X

Frolov Serhii V. – Resident at the Department of Obstetrics and Gynecology №1 Shupyk National Healthcare University of Ukraine, 04107, Kyiv, 9 Dorohozhytska Str.; tel.: (044) 489-35-64. *E-mail: serhiy.frolov.1995@gmail.com*
ORCID: 0000-0003-4154-6969

Сведения об авторах

Голяновський Олег Владимирович – Кафедра акушерства и гинекологии №1 Национального университета здравоохранения Украины имени П.Л. Шупика, 04107, г. Киев, ул. Дорогожицкая, 9; тел.: (044) 489-35-64. *E-mail: obstet.gynec.1@gmail.com*
ORCID: 0000-0002-5524-4411

Качур Александр Юрьевич – КНП КОС «Киевский областной перинатальный центр», 04107, г. Киев, ул. Багговутовская, 1; тел.: (044) 489-35-64. *E-mail: oblroddom.adm@gmail.com*

Мехедко Виктор Владимирович – Кафедра акушерства и гинекологии №1 Национального университета здравоохранения Украины имени П.Л. Шупика, 04107, г. Киев, ул. Дорогожицкая, 9; тел.: (044) 489-35-64. *E-mail: docmekhedko@gmail.com*

Супрунюк Екатерина Викторовна – Кафедра акушерства и гинекологии №1 Национального университета здравоохранения Украины имени П.Л. Шупика, 04107, г. Киев, ул. Дорогожицкая, 9; тел.: (044) 489-35-64. *E-mail: katerynkaS93@gmail.com*
ORCID: 0000-0002-1363-311X

Фролов Сергей Владимирович – Кафедра акушерства и гинекологии №1 Национального университета здравоохранения Украины имени П.Л. Шупика, 04107, г. Киев, ул. Дорогожицкая, 9; тел.: (044) 489-35-64. *E-mail: serhiy.frolov.1995@gmail.com*
ORCID: 0000-0003-4154-6969

ПОСИЛАННЯ

1. NICE recommendation on Caesarean birth, published: 2021 March 31.
2. WHO statement on caesarean section, published: 2015 April.
3. Allen, V.M., O'Connell, C.M., Farrell, S.A., Baskett, T.F. Economic implications of method of delivery. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 2005; 1:192-7.
4. Allen, V.M., O'Connell, C.M., Baskett, T.F. Maternal morbidity associated with cesarean delivery without labor compared with induction of labor at term. *Obstetrics and Gynecology*. 2006; 2:286-94.
5. American College of Obstetricians and Gynecologists. Vaginal birth after previous cesarean delivery. *Obstetrics and Gynecology*. 2010; 1:450-63.
6. Buekens, P., Curtis, S., Alayon, S. Demographic and Health Surveys: caesarean section rates in sub-Saharan Africa. *BMJ*. 2003; 7381:136.
7. Chaleur, C., Collet, F., Furtos, C., Nourissat, A., Seffert, P., Chauvin, F. Identification of factors influencing the decision-to-delivery interval in emergency caesarean sections. *Gynecologic and Obstetric Investigation*. 2009; 4:248-54.
8. Culligan, P.J.; Myers, J.A.; Goldberg, R.P.; Blackwell, L.; Gohmann, S.F.; Abell, T.D. Elective cesarean section to prevent anal incontinence and brachial plexus injuries associated with macrosomia—a decision analysis. *International Urogynecology Journal*. 2005; 1:19-28.
9. Dahlgren, L.S., von Dadelszen, P., Christlaw, J., Janssen, P.A., Lisonkova, S., Marquette, G.P., Liston, R.M. Caesarean section on maternal request: risks and benefits in healthy nulliparous women and their infants. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*. 2009; 9:808-17.
10. Deneux-Tharoux, C., Carmona, E., Bouvier-Colle, M.H., Breart, G. Postpartum maternal mortality and cesarean delivery. *Obstetrics and Gynecology*. 2006; 3(1):541-8.
11. Druzin, M.L. & El-Sayed, Y.Y. Caesarean delivery on maternal request: wise use of finite resources? A view from the trenches. *Seminars in Perinatology*. 2006; 5:305-8.
12. Geller, E.J., Wu, J.M., Jannelli, M.L., Nguyen, T.V., Visco, A.G. Maternal outcomes associated with planned vaginal versus planned primary cesarean delivery. *American Journal of Perinatology*. 2010a; 9:675-83.
13. Geller, E.J., Wu, J.M., Jannelli, M.L., Nguyen, T.V., Visco, A.G. Neonatal outcomes associated with planned vaginal versus planned primary cesarean delivery. *Journal of Perinatology*. 2010b; 4:258-64.
14. Guise, J.M., Eden, K., Emeis, C., Jonas, D.E., Morgan, L.C., Reuland, D., Gilchrist, M., Finkelstein, J., Wiswanathan, M., Lohr, K.N., Lyda-McDonald, B. Vaginal birth after cesarean: new insights. *Evidence Report/Technology Assessment*. 2010; 191:1-397.
15. Homer, C., Kurinczuk, J., Spark, P., Brocklehurst, P., Knight, M. Planned vaginal delivery or planned caesarean delivery in women with extreme obesity. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*. 2011; 4:480-7.
16. Law, L.W., Pang, M.W., Chung, T.K., Lao, T.T., Lee, D.T., Leung, T.Y., Sahota, D.S., Lau, T.K. Randomised trial of assigned mode of delivery after a previous cesarean section - impact on maternal psychological dynamics. *Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine*. 2010; 10:1106-13.
17. Leung, T.Y., Chung, P.W., Rogers, M.S., Sahota, D.S., Lao, T.T., Hung Chung, T.K. Urgent cesarean delivery for fetal bradycardia. *Obstetrics and Gynecology*. 2009; 5:1023-8.
18. Liu, S., Liston, R.M., Joseph, K.S., Heaman, M., Sauve, R., Kramer, M.S., Maternal Health Study Group of the Canadian Perinatal Surveillance System. Maternal mortality and severe morbidity associated with low-risk planned cesarean delivery versus planned vaginal delivery at term. *Canadian Medical Association Journal*. 2007; 4:455-60.
19. MacDorman, M.F., Declercq, E., Menacker, F., Malloy, M.H. Neonatal mortality for primary cesarean and vaginal births to low-risk women: application of an «intention-to-treat» model. *Birth: Issues in Perinatal Care*. 2008; 1:3-8.
20. McAuliffe, F., Donnelly, V., O'Herlihy, C. Prospective study of morbidity of elective cesarean section versus planned vaginal delivery. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 2002; 6:S106-16.
21. Roy, K.K., Baruah, J., Kumar, S., Deorari, A.K., Sharma, J.B., Karmakar, D. Cesarean section for suspected fetal distress, continuous fetal heart monitoring and decision to delivery time. *Indian Journal of Pediatrics*. 2008; 12:1249-52.
22. Royal College of Obstetricians & Royal College of Gynaecologists. Classification of urgency of caesarean section - a continuum of risk. 2010.
23. Schindl, M., Birner, P., Reingrabner, M., Joura, E., Husslein, P., Langer, M. Elective cesarean section vs. spontaneous delivery: a comparative study of birth experience. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*. 2003; 9:834-40.
24. Tahseen, S., Griffiths, M. Vaginal birth after two caesarean sections (VBAC-2)-a systematic review with meta-analysis of success rate and adverse outcomes of VBAC-2 versus VBAC-1 and repeat (third) caesarean sections. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*. 2010; 1:5-19.
25. Thomas, J., Paranjothy, S., Royal College of Obstetricians and Gynaecologists: Clinical Effectiveness Support Unit. The National Sentinel Caesarean Section Audit Report Thomas, J., Paranjothy, S., James, D. 2004. National cross sectional survey to determine whether the decision to delivery interval is critical in emergency caesarean section. *BMJ*. 2001; 7441:665-71.
26. Treffers, P.E., Pei, M. The rising trend for caesarean birth. *BMJ*. 1993; 6911:1017-8.
27. Tuffnell, D.J., Wilkinson, K., Beresford, N. Interval between decision and delivery by caesarean section—are current standards achievable? *Observational case series*. *BMJ*. 2001; 7298:1330-3.
28. Twickler, D.M., Lucas, M.J., Balis, A.B., Santos-Ramos, R., Martin, L., Malone, S., Rogers, B. Color flow mapping for myometrial invasion in women with a prior cesarean delivery. *Journal of Maternal-Fetal Medicine*. 2000; 6:330-5.
29. Wax, J.R., Hersey, K., Philput, C., Wright, M.S., Nichols, K.V., Eggleston, M.K., Smith, J.F. Single dose cefazolin prophylaxis for postcesarean infections: before vs. after cord clamping. *Journal of Maternal-Fetal Medicine*. 1997; 1:61-5.
30. Wiklund, I., Edman, G., Andolf, E. Cesarean section on maternal request: reasons for the request, self-estimated health, expectations, experience of birth and signs of depression among firsttime mothers. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*. 2007; 4:451-6.
31. Xu, X., Ivy, J.S., Patel, D.A., Patel, S.N., Smith, D.G., Ransom, S.B., Fenner, D., De Lancey, J.O.L. Pelvic floor consequences of cesarean delivery on maternal request in women with a single birth: a cost-effectiveness analysis. *Journal of Women's Health*. 2010; 1:147-60.
32. Yildirim, G., Gungorduk, K., Guven, H.Z., Aslan, H., Celikkol, O., Sudolmus, S., Ceylan, Y. When should we perform prophylactic antibiotics in elective cesarean cases? *Archives of Gynecology and Obstetrics*. 2009; 1:13-8.
33. Zupancic, J.A. The economics of elective caesarean section. *Clinics in Perinatology*. 2008; 3:591-9.

Стаття надійшла до редакції 23.08.2021. – Дата першого рішення 26.08.2021. – Стаття подана до друку 25.10.2021

ТЕСТОВІ ЗАПИТАННЯ

(одна або декілька правильних відповідей)

1. У скільки разів частота інтраопераційних ускладнень під час повторного КР перевищує аналогічну за першого КР?

- 2 рази
- 4–5 разів
- 8 разів
- 10 разів.

2. Чи допускається в Україні проведення КР виключно за бажанням жінки?

- Так, за підписання розширеної інформованої згоди
- Так, за підписання простої інформованої згоди
- Ні.

3. Чи є монохоріальність двійні показанням до проведення КР?

- Так
- Ні.

4. Яке з наведених показань є обов'язковим до розродження шляхом КР у терміні 32–33 тиж вагітності?

- Плановий елективний КР
- За моноамніотичної двійні
- З метою профілактики вертикальної трансмісії за наявності ВІЛ-інфікування вагітної
- У разі дихоріальної двійні.

5. За наявності першої категорії ургентності КР необхідно розпочати не пізніше:

- 10 хв
- 20 хв
- 30 хв
- 45 хв.

6. Антибіотикопрофілактику інфекційних ускладнень КР потрібно проводити:

- За добу до операції
- За 2 год до розрізу
- За 15–60 хв до розрізу
- Дозволяється під час операції.

7. Чи доцільно проводити фармакологічну профілактику тромбоемболії у жінок з низьким рівнем ризику?

- Ні
- Так
- Тільки НМГ.

8. Основна причина гіпотермії у жінок під час КР під спінальною анестезією?

- Велика відкрита площа тіла
- Втрата тепла при крововтраті
- Періопераційна централізація кровотоку
- Вазомоторне гальмування периферійних судин.

9. Які переваги має багат шарове ушивання матки перед одношаровим?

- Менша кількість розривів матки або випадків післяопераційних кровотеч
- Менша кількість гриж та спайок
- Менша кількість випадків інфікування рани
- Не має переваг.

10. Який рекомендований час для видалення сечового катетера після КР?

- Наступний ранок після закінчення операції
- 10–12 год після закінчення операції
- 12 год після останнього епідурального уведення знеболювального засобу
- На розсуд лікаря.

Журнал сертифікований для проведення безперервного професійного післядипломного навчання лікарів

Відповіді на запитання слід надсилати до редакції поштою або на електронну адресу.

Ел. адреса: alexandra@professional-event.com

Поштова адреса: 03039, м. Київ, а / с 4.

Необхідний мінімум – 86% правильних відповідей.

Лікарям, які надіслали 86% і більше правильних відповідей, будуть вислані сертифікати Національного університету охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика.