

# Препоръки и насоки за Цезарово сечение в България

*Изготвен от работен екип на СБАЛИАГ „Майчин дом“ гр. София;*

*На базата на препоръки и ръководства на Royal College of Obstetrics and Gynecology и National Institute for Health and Care Excellence (NICE)*

## 1. Въведение:

Настоящият документ представлява набор от насоки и препоръки за вземането на решение и извършването на Цезарово сечение, базиран на клиничния опит на акушеро-гинекологичните болници в България. Той не е със задължителен характер, и може да бъде използван в зависимост от условията и ситуациите. Прилагането му е желателно при всички клинични случаи, които отговарят на условията за добра медицинска практика.

Този наръчник е изготвен с цел информация и практически насоки при следните случаи:

- Пациентки с предхождащо цезарово сечение и настояща бременност
- Пациентки с клинични индикации за извършване на абдоминално оперативно родоразрешение

В настоящият документ също така са отразени следните аспекти:

- Рискове и ползи на цезарово сечение спрямо раждане per vias naturalis
- Специфични индикации за цезарово сечение
- Анестезиологичен и хирургичен риск при извършване на цезарово сечение
- Манипулации с цел намаляване усложненията при цезарово сечение

## 2. Определение

Цезарово сечение е акушерска операция, при която плода или плодовете и техните придатъци се екстрахират посредством лапаротомия и хистеротомия.

## 3. Статистика

Наблюдава се тенденция в световен мащаб за прогресивно увеличение на броя на Цезаровите сечения – около 5.7% през 1980г.; 8.3% през 1990 г.; 12,4% през 2000г.; 21.3% през 2015 г. Множество фактори влияят върху увеличаване броя на цезаровите сечения – подобрени социално-икономически условия, повишена средна възраст на първескините, увеличаване на репродуктивните проблеми изискващи асистирана репродукция, тенденция за извършване на все повече цезарови сечения по желание на родилката и др. В България цезаровите сечения в последните години са около 43% средно за страната.

Според СЗО, цезаровите сечения трябва да бъдат в диапазона между 10-15% от общия брой раждания, като под 10% се смята че съществуват рискове за раждането на увредени плодове, а над 15% се създават повече рискове за интра- и постоперативни усложнения от страна на майката.

#### **4. Клинично обсъждане и информирано съгласие**

Според закона за здравето от 2004 г., определението е: "Информирано съгласие е съгласие, предоставено доброволно от страна на пациента след запознаване с определена информация"

Всяко цезарово сечение подлежи на вътреклинично обсъждане с хабилитирано лице и/или ръководителя на съответната клиника или отделение. Трябва ясно да се преценират и документират индикациите, като това трябва да бъде обсъдено с пациентката. Необходимо е тя да потвърди съгласието си посредством подписване на информирано съгласие, чрез което тя свидетелства, че е запозната с всички възможни рискове и усложнения свързани с операцията. При случаите, в които пациентката отказва да бъде извършено цезарово сечение това ясно трябва да бъде отразено в документацията лично от нея, като тя поема цялата отговорност, както за своето здраве, така и за това на плода/плодовете. В случаите, когато пациентката е малолетна или непълнолетна обсъждането и документацията се оформят със съответния родител/настойник. В случаите, когато пациентка е неконтактна (в безсъзнание) или невменяема, съответно неспособна да вземе решение, се действа съобразно акушерската ситуация.

#### **5. Предоперативна подготовка**

Съвкупност от клинично-лабораторни действия, които задължително трябва да се извършат преди всяко цезарово сечение:

А) Акушерски статус – всяка пациентка трябва да бъде прегледана вагинално преди извършването на операцията и да бъде определен pelvic score (консистенция, скъсяване, разширение, позиция, положение на предлежащата част). Не се изисква преглед при предлежаща плацента.

Б) Ултразвук–предлежание, фетална измерване на плода или плодовете, разположение на плацентата/плацентите, количество околоплодна течност. При случаите

със съмнения за патологично прикрепена плацента и уточняването от типа акрета/перкрета се препоръчва извършването на ядрено-магнитен резонанс (ЯМР)

В) Фетално мониториране - Препоръчва се предоперативно NST при всички жени , подлежащи на цезарово сечение , без спешна индикация. При всички спешни случаи е необходимо постоянно мониториране на плода до началото на операцията. Проследяване състоянието на плода може да се осъществи посредством акушерска слушалка, портативно доплерово устройство , пулсоксиметър, скалп-електрод, кардиотокограф.

Г) Изследвания – пълна кръвна картина, изследване на урина, кръвна група, хемостаза, биохимия, електрокардиограма, кръвно-захарен профил и други според клиничния случай

Д) Консултация с анестезиолог и интернист е задължителна при планово цезарово сечение, а при спешно - съобразно ситуацията. От анестезиологична гледна точка при плановите цезарови сечения е желателно пациентките да не са приемали храна и/или течност в рамките на около 8 часа преди операцията. При спешните случаи, когато нямаме този интервал, се препоръчва прилагането на антиацидни препарати предоперативно. При необходимост пациентите могат да бъдат консултирани с алерголог предоперативно. При съпътстващи соматично хронични заболявания( сърдечни , неврологични) е препоръчителна консултация със съответния специалист , ако говорим за планово цезарово сечение.

Е) Скарификационна проба за широкоспектърен антибиотик

Ж) При планови цезарови сечение – задължително извършване на тоалет и клизма на пациентката. Задължително поставяне на уретрален балон-катетър непосредствено преди операцията, независимо в планов или спешен порядък.

## **6. Изисквания към медицинския екип**

- А) Лекар със специалност „акушерство и гинекология“
- Б) Втори оператор – лекар специалист, специализант или ординатор
- В) Анестезиолог и анестезиологична сестра/акушерка – дежурен или на разположение
- Г) Операционна акушерка/сестра
- Д) Неонатолог – дежурен или на разположение
- Е) Дежурна акушерка

## 7. Видове цезарово сечение според времето на извършване

А) Планово (елективно) – цезарово сечение, което се извършва в предварително определено време, при напълно подготвена пациентка и медицински екип, с ясно прецизирани и документално отразени индикации. Този вид цезарово сечение носи най-малък риск в сравнение с останалите видове, тъй като се извършва във време, когато в болничното заведение има пълна готовност и възможност за поемане на евентуалните усложнения за майката и/или плода, свързани с раждането.

Б) Спешно – цезарово сечение, което се извършва в рамките на 2 часа след поставяне на индикацията. Различават се четири категории:

**Първа категория:** непосредствена заплаха за живота на майката и/или плода, при състояния като:

- Кръв от фетален скалп с рН < 7,2 – взета по метода на Salling от подлежащата глава на плода
- Пролапс на пъпна връв – при установен пролапс на пъпна връв е задължително избутването на подлежащата част и отбременяване на компресията върху нея до началото на оперативната интервенция
- Abruptio placentae – при доказани клинични, ултразвукови и мониторни данни за отлепване на плацентата, наличие на фетално страдание или майчини индикации (шок или ДИК) се пристъпва към спешно цезарово сечение, при липсващи условия за бързо вагинално раждане
- Руптура на матката – може да бъде тиха или виолентна. При тиха руптура най-често се касае за предхождаща оперативна интервенция върху матката – цезарово сечение или миомектомия, свързана с нарушаване на целостта на стената на матката

**Втора категория:** има нарушения от страна на майката или плода, но то все още не е животозастрашаващо

- Антерпартална хеморагия – начално отлепване на плацентата, без фетално страдание, без шок или ДИК с УЗД и клинични данни, vasa praevia
- Ненапредване на раждането с риск за майката и/или плода – при ненапредване на раждането или при наличие на начално фетално страдание

**Трета категория:** необходимо е извършване на цезарово сечение, без все още да са налични увреждания на майката и/или плода

- Ненапредване на раждането – при продължителен първи период на раждане без напредване на разширението или спускането на подлежащата част на плода
- Планирано елективно цезарово сечение с изтекли води и/или декларирана родова дейност – при всички случаи, в които има документиран индикатор за цезарово сечение, и има начална родова дейност и/или изтичане на околоплодни води
- Прееклампсия – повишени стойности на кръвното налягане, влошаване на мониторинга запис на плода, или влошаване на кръвните показатели на майката (спадане на хемоглобина, тромбоцитите или покачване на трансaminaзите)

**Четвърта категория:** когато цезаровото сечение се извършва в подходящо време за екипа и бременната

- Всички планови цезарови сечения по елективни причини – всички цезарови сечения, с предварителни индикации за извършването им

В) Вторично цезарово сечение – цезарово сечение, извършено в хода на раждането. Най-честите причини са ПФД, асфиксия на плода, ненапредване на раждането

Г) Повторно цезарово сечение – когато предишно, или някое от предхождащите раждания е завършило с цезарово сечение. Може да бъде планово, спешно или вторично

## 8. Индикации

А) Абсолютна индикация за секцио е тази, при която акушерът има строго медицински основания за спасяване живота и здравето на плода и/или майката.

- Пелвио-фетална диспропорция – установена преди започването на раждането, или в хода на раждането – едър плод и/или тесен таз
- Хориоамнионит, нечувствителен на стимулация – клинични и лабораторни данни за инфекция
- Тесен таз, промени в тазовите кости – conjugate vera <11 см ако има рентгенова пелвиметрия
- Еклампсия и HELLP синдром – клинични, лабораторни и ултразвукови данни: параклинични показатели, кръвно налягане, болка в епигастриума, влошен мониторинг запис на плода
- Фетална асфиксия – NST с променливи или късни децелерации

- Пролапс на пъпна връв – при пролапс на пъпна връв се извършва спешно секцио, като пъпната връв се репонира, или подлежащата част се избутва над входа на таза до началото на цезаровото сечение
- Placenta praevia totalis – установена ултразвуково или клинично – индикация за цезарово сечение, с подготовка и вероятност за извършване и на хистеректомия
- Патологични прикрепвания на плацентата – accreta, increta, percreta, установени ултразвуково, или чрез ЯМР
- Патологични предлежания на плода – напречно, косо, лицево, челно, асинклитично
- Руптура на матката – тиха или виолентна, със или без клинична картина и/или ултразвукови данни
- Abruptio placentae – клинични, ултразвукови и мониторни данни за отлепване на плацентата

Б) Релативна индикация е тази, при която се преценяват рисковете за майката и плода при раждането. Релативните индикации подлежат на обсъждане и оценка на риска за майката и/или плода:

- Отклонения в мониторния запис - децелерации
- Протрахирано раждане – напредване на разширението с по-малко от 1 см/час в активната му фаза
- Спиране на родовата дейност – delivery arrest – тотално спиране на родовата дейност
- Предходящо цезарово сечение – преценява се в зависимост от причината за предходното цезарово сечение
- Преeklampsия – в зависимост от клиничното състояние на майката, параклиника и мониторни данни на плода
- Седалищно предлежание – преценява се големина на плода, вид седалищно предлежание, коя настояща бременност
- Придружаващи заболявания – диабет, болести на сърдечно-съдовата система, очни заболявания и др. – според клинични и лабораторни данни
- Многоплодна бременност – зависимост от поредност на бременността, хориалност на плодовете, амниалност, предлежание на близнаците
- Възраст на майката – възраст над 35 години се приема за възрастна първеския
- Стерилитет - бременност след няколко ин-витро процедури, инсеминации
- Обременена акушерска анамнеза – поредна бременност след няколко прекарване аборта в различен срок, травматични предходящи раждания, мъртвородени плодове

Към релативно относително индицираните цезарови сечения се броят и тези, при които лекарят предприема дефанзивно поведение, базирано на организацията на клиниката, на

наличието на персонал, липса на опит, предвид притесненията от нанасяне на вреди и голямата юридическа отговорност.

-

В) Секцио по желание на пациентка – това е цезарово сечение, извършено без наличие на медицински индикации.

При изразяване на родилката желание за първично секцио, то се причислява почти винаги като мотивирано от чувство за страх и следователно като „слаба” релативна, общо/медицинска индикация за секцио. Мотивите на жените могат да се разпределят в три групи:

- Сигурност на детето, особено след раждането на дете, увредено от предшестващо раждане
- Страх от болката, особено след преживяно тежко психическо травматично раждане
- Страх от органични късни щети като десцензус и инконтиненция (нарушена функция на сфинктера на пикочния мехур и ректума), притеснения от постпартални нарушения на сексуалната функция или страх от резултата на операция в областта на гениталиите.

## **9. Препоръчителни оперативни техники:**

А) Разрези

- При секцио след 34 г.с., и по елективни показания, без спешност и утежняващи операцията обстоятелства, се препоръчва трансверзален разрез на кожата и трансверзално-истмичен разрез на матката
- При недоносеност ( под 32-34 г.с.) и недобре сформиран долен утеринен сегмент се препоръчва лонгитудинален разрез на матката, като кожният разрез може да бъде трансверзален или надлъжен
- При спешни случаи, прееклампися се препоръчва лапаротомията да е срединна, като маточният разрез може да бъде траснверзален или лонгитудинален
- При спешни случаи, съчетани с неправилни предлежания ( косо, напречно), недоносеност, тумори в истмичната област, се препоръчва лапаротомията да е срединна, а разрезът на матката да е лонгитудинален за максимално оперативно поле
- При случаите, когато се извърши траснверзален разрез на матката, но има затруднена екстракция на плода, се препоръчва разширяване на разреза – Т-образен, J-образен, Double-J образен разрез

Б) Сутури

- При трансверзален разрез на матката, сутурата може да бъде с единични конци, или с продължителен шев
- При лонгитудинален разрез на матката, същата се зашива с единични конци на един или повече етажа
- Т-образен, J-образен, Double-J образен разрез се зашиват с единични конци
- При трансверзална лапаротомия фасцията се възстановява с продължителен шев, докато при срединна лапаротомия се препоръчва зашиване на фасцията с единични конци
- Кожата при трансверзален разрез се възстановява с интрадермален шев или с единични конци при обезитет. При срединна лапаротомия кожата се възстановява с единични конци

В) Дренове – Коремен, субфасциален или подкожен по преценка на оператора

## 10.Рискове:

Цезаровото сечение е коремна операция, и като такава крие редица рискове за майката и плода – интраоперативни, ранни и късни постоперативни усложнения

### А) Рискове за майката

- Интраоперативна и постоперативна хеморагия
- Инфекции, сепсис
- Тромбемболии
- Патологично прикрепване на плацентата при последваща бременност – повишен риск за placenta accreta, increta, percreta
- Руптура на матката при последваща бременност –тиха или виолентна
- Хематоми – най-често субфасциални
- Анестезиологичен риск – алергии към упойка
- Инструментална увреда на съседни органи – пикочен мехур, ректум, оментум, черва – при такова състояние трябва да бъде извикан консултант от съответната специалност

### Б) Рискове от страна на плода

- Респираторен дистрес синдром – особено изразен колкото по-малък е срока на бременност по време на родоразрешението
- Транзиторна тахипнея
- Травматична екстракция на плода – увреда на plexus brachialis, torticollis spastica, фрактура на кости, хематоми на кожа и вътрешни органи
- Затруднена адаптация



- Инструментална увреда – порязване на плода
- Анестезиологичен риск – при интубация на майката се препоръчва плода да бъде екстрахиран до 4 минути след упойката

## **11. Постоперативни грижи**

- Наблюдение – препоръчително е 24-часово активно наблюдение на жени след цезарово сечение – пулсоксиметрия, апарат за кръвно налягане, контролна кръвна картина
- Антибиотична профилактика/терапия – по преценка
- Антикоагулантна терапия – препоръчителна в постоперативния период за профилактика на тромбемболии , след преценка на индивидуалния риск
- Превръзка на оперативната рана – през 24-48 часа
- Сваляне на конци – 7-10и ден
- Медикаменти, влияещи върху маточния тонус – по преценка