

ПРЕПОРЪКИ И НАСОКИ ЗА ЦЕЗАРОВО СЕЧЕНИЕ В БЪЛГАРИЯ

ВЪВЕДЕНИЕ

Настоящият документ представлява набор от насоки и препоръки за вземането на решение и извършването на Цезарово сечение, базиран на клиничния опит на акушери-гинеколозите в 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 клинични индикации за извършване на абдоминално оперативно родоразрешение
- В настоящия 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 усложнени-

ята при цезарово сечение

ОПРЕДЕЛЕНИЕ

В съвременното акушерство ЦС е метод за оперативно родоразрешение, при който плодът се ражда след извършване на абдоминална инцизия (лапаротомия) и последваща маточна инцизия (хистеротомия).

ЦС се практикува като елективна (планова) или като спешна процедура. С напредъка на акушерската практика и наличието на повече усложнени раждания, тази класификация стои твърде опростена и е необходимо допълнително детайлизиране.

Днес различаваме антепартално ЦС, което може да бъде планово и спешно и интрапартално ЦС, което по подразбиране може да бъде само спешно. Класификацията на ЦС се разглежда от Лукас и сътр. Тя е възприета като най-изчерпателния и препоръчван метод за класификация от NCEPOD и е одобрена от Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG) и Royal College of Anaesthetists (RCA) в Обединеното Кралство.

Таблица 1: Класификация на ЦС

КЛАСИФИКАЦИЯ	ИНДИКАЦИИ
I степен: Спешно ЦС	Внезапна заплаха за живота на майката и плода. <i>Примери:</i> abruptio placentae; ruptura uteri ante/intrapartum.
II степен: ЦС с отложена спешност	Няма внезапна заплаха за живота на майката и плода, но ЦС трябва да се извърши при първа възможност. <i>Примери:</i> три предхождащи ЦС със СПОМ, мекониално оцветени води; незадоволителен или положителен ФОТ
III степен: Непланирано ЦС	ЦС е необходимо, но може да бъде осъществено в работен ден, след кортикостероидна профилактика на плода и в някакъв аспект може да се планира. <i>Примери:</i> заплашващо преждевременно раждане; IUGR.
IV степен: Планово ЦС	Няма наличие на спешност. Операцията се планира в работен ден, така че да има достатъчен екип от специалисти, обикновено след 39-а г.с.

Съобразно българският стандарт по акушерство и гинекология определението за ЦС е раждане, което не е през естествените родови пътища.

Различаваме 3 групи:

- планово ЦС
- спешно ЦС, което се извършва не по-късно от 2 часа от поставяне на индикациите
- ЦС с отложена спешност, при което няма непосредствена заплаха за плода и майката и операцията следва да се извърши при първа възможност

Освен това различаваме първично ЦС – когато липсва предшестващо ЦС и вторично ЦС – когато е налице предишно ЦС.

Използваните оперативни техники за ЦС, утвърдени в исторически план или култивирани индивидуално, показват широки вариации.

ЕПИДЕМИОЛОГИЯ

Честотата на ЦС се дефинира като брой новородени чрез ЦС спрямо общия брой новородени и обичайно се отбелязва в проценти.

ЦС е най-честата абдоминална оперативна намеса при жените в развитите и в развиващите се страни. Честотата варира както между отделни държави, така и между отделни лечебни заведения в една и съща държава.

Когато говорим за повишаване на честотата, не можем да споменем съществуването на причините, които водят до това.

Принос на различни фактори за увеличаване на честота на ЦС:

- Медицински фактори – 30%
- Дефанзивна медицина – 20%
- Икономически и системни фактори – 15%
- Психологически фактори (страх от раждане, болка) – 15%
- Културни фактори, социален натиск, медийно влияние – 10%
- Липса на протоколи – 10%

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 прецизират 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.

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 извършва преглед при предлежаща плацентата

Б) Ултразвук – предлежание, фетална биометрия, разположение на плацентата/плацентите, количество околоплодна течност. При случаите със съмнения за патологично прикрепена плацентата и уточняването от типа акрета/перкрета е възможно извършването на ядрено-магнитен резонанс (ЯМР)

В) Фетално мониториране - Препоръчва се предоперативно мониториране при всички жени, подлежащи на цезарово сечение, без

спешна индикация. При всички спешни случаи при възможност да се извършва 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, кръвно-захарен профил и други индивидуализирано при конкретния клиничен случай.

Д) Консултация с анестезиолог, интернист и извършване на електрокардиограма са задължителни 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, белодробни, очни, 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.

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

ИНДИКАЦИИ

Класическото акушерство определя индикациите като абсолютни и относителни, от страна на майката или от страна на плода както и комбинирани индикации. Все повече така определените индикации взаимно се преплитат, дапълват и като цяло се разширяват.

Таблица 2: По-важни индикации за оперативно родоразрешение чрез ЦС.

ИНДИКАЦИИ ОТ СТРАНА НА МАЙКАТА	ИНДИКАЦИИ ОТ СТРАНА НА ПЛОДА	ИНДИКАЦИИ ОТ СТРАНА НА МАЙКАТА И ПЛОДА
Соматични заболявания на бременната, при които тя няма възможност да се напъва или напъните крият риск за нейното здраве (сърдечно-съдови, белодробни, очни, неврологични и др. заболявания).	Данни за продължително или остро интраутеринно страдание на плода при липса на условия за бързо вагинално раждане. Раждания, при които рискът от родов травматизъм за плода е необосновано висок. Пролапс на пъпна връв и инсерцио веламентоза.	Патологична инсерция на плацентата (placenta praevia, placenta accreta ÷ percreta). Абрупцио на плацентата с обилно кървене и/или хемодинамична нестабилност на майката и/или фетално страдание
Пелви-фетална диспропорция, довела до ненапредване на раждането. Препятствия пред слизането на плода (включва тумори, обеимисти остри кондиломи, някои вагинални септуми и др.).	Положение на плода, различно от надлъжно.	Хипертонна родова дейност и клинично състояние на заплашваща или настъпила руптура на матката
Състояние след прекарано цезарово сечение (когато жената не отговаря на условията за вагинално раждане след цезарово сечение)	Патологични главични предлежания.	
	Седалищно предлежание <ul style="list-style-type: none"> • при незрял плод • краково/колянно 	
	Някои вродени малформации и заболявания на скелета.	

Повишаване честотата на родоразрешение-то чрез ЦС в последните години е и резултат от причини произтичащи от пациентите и/или от медицинския персонал. Индикации свързани с немедицински причини (т. н. Секцио по желание) е обсъждано, но не е юридически регламентирано понастоящем.

Продължават търсенията за максимално удовлетворяваща оперативна техника за ЦС. Техниката трябва да е безопасна, отнемаща малко време, лесна, с минимални интра- и постоперативни усложнения, осигуряваща здрав маточен цикатрикс и не на последно място евтина и бързо усвояема.

ПРЕПОРЪЧИТЕЛНИ ОПЕРАТИВНИ ТЕХНИКИ

Таблица 3: Сравнение на най-често прилаганите техники за ЦС. Действия на оператора до визуализация на плода.

ТЕХНИКА	РАЗРЕЗ НА КОЖА	ОТВАРЯНЕ НА ПОДКОЖИЕ	ОТВАРЯНЕ НА ФАСЦИЯ	РАЗДЕЛЯНЕ НА МУСКУЛИ	ОТВАРЯНЕ НА ПЕРИТОНЕУМ	ОТВАРЯНЕ НА МАТКА
Pfannenstiel (1896)	Напречен	Остро	Напречно – остро	Тъпо и остро	Надлъжно – остро	Напречно – остро и тъпо
Joel-Cohen (1954)	Напречен	2 cm инцизия, после – тъпо	Инцизия в средата, после – тъпо	Тъпо	Тъпо	Напречно – тъпо
Maylard	Хоризонтален	3-4 cm. над Joel-Cohen	Остър начин	Разрязване на правите коремни мускули	Надлъжно – остро	Надлъжно – остро и тъпо
Misgav-Ladach (1983)	Напречен	2 cm инцизия, после – тъпо	Остро	Тъпо	Тъпо	Напречно – тъпо

Pelosi (1995)	Напречен	Електронож	Електронож	Тъпо	Тъпо	Напречно – остро и тъпо
Долна срединна лапаротомия	Надлъжен	Остро	Остро	Остро и тъпо	Надлъжно – остро	Напречно – остро и тъпо

Таблица 4: Сравнение на най-често прилаганите техники за ЦС. Действия на оператора след раждането на плод и плацента и ревизия на маточната кухина.

ТЕХНИКА	ШЕВ НА МАТКА	ШЕВ НА ПЕРИТОНЕУМ	ШЕВ НА ФАСЦИЯ	ШЕВ НА ПОДКОЖИЕ	ШЕВ НА КОЖА	ДОПЪЛНЕНИЯ
Pfannenstiel	1-2 етажа, продължит. шев или единични лигатури	Висцер. и париег. перитонизация	Продължит. шев или единични лигатури	Единични лигатури (при необходимост)	Единични лигатури или интрадермален шев	—
Joel-Cohen	2 етажа, единични лигатури	—	Продължит. шев	—	По преценка	—
Misgav-Ladach	1 етаж, продължит. шев	—	Продължит. шев	—	2 или 3 единични лигатури	—
Pelosi	1 етаж, продължит. шев	—	Продължит. шев	По преценка	По преценка	Пик. мехур не се отпрепарира
Долна срединна лапаротомия	1-2 етажа, продължит. или единични лигатури	Висцер. и париег. перитонизация	Продължит. шев или единични лигатури	Единични лигатури	Единични лигатури	—
Maylard	1-2 етажа	-	Продължителен шев, включително и мускул	При нужда	Единични лигатури	Добър достъп при затруднени случаи; по-голяма следоперативна болка



Трите разреза са най-честите за отваряне на матката и зависят от гестационната седмица, разположението на плода, разположението на плацентата, наличието на тумори и от личния опит на оператора. Съществуват и други варианти, които могат да бъдат използвани. При липса на категорични индикации за друг вид

разрез на матката, истмико-трансверзалният разрез следва да бъде предпочитания.

УСЛОЖНЕНИЯ

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 началото на анестезията

ПОСТОПЕРАТИВНИ ГРИЖИ

- Наблюдение – препоръчително е 24-часово активно наблюдение на жени след цезарово сечение – пулсоксиметрия, апарат за кръвно налягане, контролна кръвна картина (по преценка).
- 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 – 7-10 и ден
- Медикаменти, влияещи върху маточния тонус – по преценка

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Стандартизацията на техниката при цезарово сечение е ключов елемент в глобалните усилия за намаляване на заболеваемостта и смъртността. Подробните препоръки от систематични прегледи и рандомизирани клинични проучвания показват, че унифицираните протоколи намаляват инфекциите, кръвозагубата и усложненията, като същевременно подобряват обучението на специалистите. Комбинацията от ограничаване на ненужните ЦС и прилагането на стандартизирани техники е основа

за безопасност, ефективност и устойчивост на здравните системи.

Предлагаме въвеждането на примерен чек лист за отразяване на всички процедури по подготовката, извършването и извършването на ЦС, който се надяваме да бъде полезен за практиката.

ПРИМЕРЕН СТАНДАРТИЗИРАН ЧЕКЛИСТ ЗА ЦС

I. Подготовка:

- Антибиотици (широкоспектърни – напр. цефалоспорини).
- Тромбопрофилактика.
- Уретрален катетър – премахване по преценка.

II. Хирургична техника:

- Кожен разрез съобразно избраната техника.
- Отпрепариране на пикочния мехур – съобразно използвания метод.
- Остър напречен маточен разрез съобразно избора на оператора и допълващо тъпо или остро разширяване (напречно или кранио-каудално).
- Спонтанно отделяне на плацентата при липса на кръвене.
- Допустима екстериоризация при възстановяване на маточната стена особено при пообилно кръвотечение.

III. Зашиване:

- Еднослойно/двуслойно според дебелината на матката.
- Перитонизация – по преценка съобразно избрания оперативен метод.
- Реприближаване и шев на правите коремни мускули – по преценка.
- Фасция – непрекъснат шев без заматане.
- Подкожие – затваряне при 3-4 см дебелина на подкожието или по преценка.
- Кожа – за предпочитане – интрадермален шев, по преценка – единични конци.

IV. Следоперативни грижи:

- Окситоцин i.v. (10-40 IU/4-8 часа).
- Ранна мобилизация – по преценка.
- Ранно премахване на катетъра – по преценка.
- Рутинно наблюдение за инфекции и кръвозагуба.