

ЗАТВЕРДЖЕНО
Наказ Міністерства охорони
здоров'я України

_____ № _____

**УНІФІКОВАНИЙ КЛІНІЧНИЙ ПРОТОКОЛ ПЕРВИННОЇ, ВТОРИННОЇ
(СПЕЦІАЛІЗОВАНОЇ) ТА ТРЕТИННОЇ (ВИСОКОСПЕЦІАЛІЗОВАНОЇ)
МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ**

«КЕСАРІВ РОЗТИН»

ВСТУП

Актуальність питання втручання у ведення пологів шляхом кесаревого розтину (КР) не зменшується в сучасному акушерстві. Проблема оперативного розродження шляхом кесаревого розтину є предметом науково-практичної дискусії в усьому світі. Це пов'язано, перш за все, з високим ризиком ускладнень як з боку матері, так і з боку плода, незважаючи на удосконалення сучасних технологій виконання оперативного втручання з доведеною ефективністю. Необґрунтованість показань до кесаревого розтину ВООЗ визначає, як ятрогенне втручання.

Вищезазначене спонукає робочу групу до створення клінічного протоколу із впровадженням доказових даних щодо технологій виконання операції кесарів розтин (КР) із ретельним підходом до визначення показань, фактору своєчасності надання медичної допомоги та вибору закладу охорони здоров'я (ЗОЗ), в якому виконується оперативне втручання.

Робочу групу для розробки медико-технологічних документів за темою «Кесарів розтин» створено наказом Міністерства охорони здоров'я України від 18 серпня 2020 року № 1908 (у редакції наказів Міністерства охорони здоров'я України від 18 травня 2021 року № 967; від 13 серпня 2021 року № 1731).

Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги (УКПМД) «Кесарів розтин» розроблений на основі Клінічної настанови «Кесарів розтин», основна мета якої застосування найкращих світових практик в процесі надання акушерської допомоги шляхом застосування оперативного розродження для зменшення материнських та перинатальних ускладнень. В УКПМД запропоновані нові підходи до визначення показань щодо КР, залучення вагітної та її родини до вибору методу розродження, виключення явища патерналізму при виборі методу КР, виключення випадків КР за бажанням вагітної та методики виконання операції КР в Україні.

Обґрунтування та положення УКПМД побудовані на доказах та засновані на рекомендаціях Клінічної настанови **NICE guideline Caesarean birth (NG 192): 31 березня 2021 року** (інтернет-посилання на документ: www.nice.org.uk/guidance/ng192).

Перелік скорочень, що використовуються в протоколі

БДВ – без додаткових вказівок

ВД – вагінальне дослідження

ВМК – внутрішньоматковий контрацептив

ВООЗ – Всесвітня організація охорони здоров'я

ВП – вагінальні пологи

ВРІТ – відділення реанімації та інтенсивної терапії

ЗОЗ – заклад охорони здоров'я

ІМТ – індекс маси тіла (маса/зріст²)

КМП – клінічний маршрут пацієнта

КН – клінічна настанова

КР – кесарів розтин

КТГ – кардіотокографія

МОЗ – Міністерство охорони здоров'я

ПКР – плановий кесарів розтин

ПС – планування сім'ї

РДС – респіраторний дистрес синдром

ТЕЛА – тромбоемболія легеневої артерії

УКПМД – уніфікований клінічний протокол медичної допомоги

Форма 096/о - Історія вагітності та пологів, затверджена наказом Міністерства охорони здоров'я України від 14 лютого 2012 року № 110 «Про затвердження форм первинної облікової документації та інструкцій щодо їх заповнення, що використовуються у закладах охорони здоров'я незалежно від форми власності та підпорядкування», зареєстрованим в Міністерстві юстиції України 28 квітня 2012 року за № 661/20974 (зі змінами)

Форма 113/о - Обмінна карта пологового будинку, пологового відділення лікарні, затверджена наказом Міністерства охорони здоров'я України від 13 лютого 2006 року № 67 «Про затвердження форм первинної облікової документації в закладах, що надають медичну допомогу вагітним, роділлям та породіллям, та інструкцій щодо їх заповнення», зареєстрованим в Міністерстві юстиції України 02 березня 2006 року за № 221/12095

I. ПАСПОРТНА ЧАСТИНА

1.1. Діагноз: Даний протокол не стосується якоїсь специфічної нозологічної форми, а представляє сучасні рекомендації щодо проведення оперативного розродження шляхом кесаревого розтину (КР).

1.2. Коди стану або захворювання. НК 025:2021 «Класифікатор хвороб та споріднених проблем охорони здоров'я»:

O82 - пологи одноплідні, розродження за допомогою кесарева розтину

O82.0 – проведення елективного кесаревого розтину

O82.1 – проведення термінового кесаревого розтину

O82.2 – проведення кесарева розтину з гістеректомією

O82.8 – інші одноплідні пологи шляхом кесарева розтину

O82.9 – пологи шляхом кесарева розтину неуточнені

1.2. Для кого призначений протокол

Для керівників закладів охорони здоров'я (ЗОЗ) та їх заступників, фізичних осіб-підприємців, які одержали ліцензію на провадження господарської діяльності з медичної практики та надають медичну допомогу відповідного виду, лікарів-акушерів-гінекологів, лікарів загальної практики – сімейної медицини, лікарів анестезіологів, лікарів-неонатологів, медичних сестер, акушерок, студентів медичних вищих навчальних закладів, лікарів-інтернів, організаторів охорони здоров'я.

1.3. Мета протоколу

Забезпечити якість, ефективність та рівні можливості доступу до акушерської допомоги пацієнтам на основі доказів ефективності медичних втручань шляхом операції кесарів розтин.

1.4. Дата складання протоколу: 2021 рік.

1.5. Дата перегляду протоколу: 2025 рік.

1.6. Список та контактна інформація осіб, які брали участь в розробці протоколу

Жилка Надія Яківна	професор кафедри акушерства, гінекології та перинатології Національного університету охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика, заступник голови робочої групи з клінічних питань
Голяновський Олег Володимирович	завідувач кафедри акушерства, гінекології № 1 Національного університету охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика
Грищенко Ольга Валентинівна	завідувач кафедри перинатології, акушерства та гінекології Харківської медичної академії післядипломної освіти
Жук Світлана Іванівна	завідувач кафедри акушерства, гінекології та медицини плода Національного університету охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика
Камінський В'ячеслав	завідувач кафедри акушерства, гінекології та репродуктології, Національного університету охорони

Володимирович	здоров'я України імені П.Л. Шупика
Клименко Тетяна Михайлівна	завідувач кафедри неонатології Харківської медичної академії післядипломної освіти, доктор медичних наук, професор
Малачинська Марія Йосипівна	директор комунального некомерційного підприємства Львівської обласної ради «Львівський обласний клінічний перинатальний центр» (за згодою)
Медведь Володимир Ісаакович	керівник відділу державної установи «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології імені академіка О.М. Лук'янової Національної академії медичних наук України», член-кореспондент Національної академії медичних наук України (за згодою)
Назаренко Лариса Григорівна	завідувачка кафедри генетики, акушерства, гінекології та медицини плода Харківської медичної академії післядипломної освіти
Пирогова Віра Іванівна	завідувач кафедри акушерства, гінекології та перинатології факультету післядипломної освіти Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького
Посохова Світлана Петрівна	професор кафедри акушерства та гінекології Одеського національного медичного університету
•	
Федько Руслан Михайлович	завідувач відділенням патології вагітних Ужгородського міського пологового будинку (за згодою)
Ткаченко Руслан Опанасович	професор кафедри акушерства, гінекології та репродуктології Національного університету охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика
•	

Методологічний супровід та інформаційне забезпечення

Гуленко Оксана Іванівна	начальник відділу стандартизації медичної допомоги Департаменту оцінки медичних технологій, адміністрування державних реєстрів та моніторингу цін Державного підприємства «Державний експертний центр Міністерства охорони здоров'я України», заступник голови робочої групи з методологічного супроводу
Шилкіна Олена Олександрівна	заступник начальника відділу стандартизації медичної допомоги Департаменту оцінки медичних технологій, адміністрування державних реєстрів та моніторингу цін Державного підприємства «Державний експертний центр Міністерства охорони здоров'я України»

Електронна версія документа знаходиться на офіційному веб-сайті МОЗ: <http://www.moz.gov.ua> та в Реєстрі медико-технологічних документів: <https://www.dec.gov.ua/mtd/home/>.

Рецензенти:

Артьоменко	Професор кафедри акушерства і гінекології Одеського
Володимир	національного медичного університету, заслужений лікар
Вікторович	України, д.мед.н., професор

Резніченко Галина Іванівна	Професор кафедри акушерства і гінекології Державного закладу «Запорізька медична академія післядипломної освіти МОЗ України», заслужений лікар України, д.мед.н., професор
----------------------------	--

1.7. Коротка епідеміологічна інформація

Частота КР в Україні постійно зростає, що збільшує ризик материнської та перинатальної захворюваності та смертності.

Рівень пологів шляхом кесаревого розтину є одним із показників діяльності акушерської служби. За визначенням ВООЗ показник кесаревого розтину, як результат позитивного впливу на здоров'я матерів та дітей має складати біля 7%. В Україні динаміка показника кесаревого розтину вважається негативною. Лише за період 2015-2020 рр. відбулося його зростання на 26,3% (2015 р. – 18,5%, 2020 р. – 25,1%), що значно підвищує ризик материнського та перинатального здоров'я. Післяопераційна летальність знижується, проте у 2019 р. померло 8 жінок після операції кесарів розтин.

КР збільшує ризик серйозних ускладнень при наступній вагітності. Збільшення частоти абдомінального розродження створює проблему ведення вагітності та пологів у жінок з рубцем на матці, що стає показанням до повторного оперативного розродження у 15-23 %, а частота інтраопераційних ускладнень під час повторного КР в 5 разів перевищує аналогічну при першому КР. Все це також потребує збільшення моральних та матеріальних витрат на їх подолання. Тому діяльність акушерської служби має бути спрямована на збільшення безпеки абдомінального розродження та зменшення частоти необґрунтованого оперативного втручання.

II. ЗАГАЛЬНА ЧАСТИНА

Основні заходи щодо зниження смертності новонароджених та запобігання материнській смертності:

кесарів розтин має бути за показаннями з боку матері і плода;

виявлення та лікування інфекцій, корекція факторів ризику інфекцій, в тому числі профілактичне застосування антибіотиків при кесаревому розтині;

антенатальна коріткостероїдна терапія не рекомендується для жінок із запланованим кесаревим розтином на пізній стадії недоношеності (34-36⁺⁶ тижні);

пологи шляхом кесаревого розтину для поліпшення результатів у недоношених дітей не рекомендуються, не дивлячись на головне або сідничне передлежання, як оптимальний спосіб розродження.

III. ОСНОВНА ЧАСТИНА

3.1. Первинна медична допомога

Положення протоколу	Обґрунтування	Необхідні дії
Первинна профілактика		
Забезпечення жінок на догоспітальному етапі, яким планується розродження методом планового кесаревого розтину, інформацією щодо обґрунтування необхідності операції КР та своєчасної госпіталізації до рекомендованого лікуючим лікарем ЗОЗ, а також дотримання діагностично-лікувальних технологій з метою зниження материнських та перинатальних ускладнень.	Забезпечення своєчасної госпіталізації вагітних жінок, яким відповідно до показань планується розродження шляхом планового КР, а також проведення діагностично-лікувальних заходів з доведеною ефективністю знижує рівень материнських та перинатальних ускладнень.	1. Направлення вагітної після першого візиту у разі наявних показань до проведення операції КР (див. Розділ IV, п. 4.4) для спостереження за перебігом вагітності до лікаря акушера-гінеколога. 2. Моніторинг періодичності спостереження та виконання призначень лікаря акушера-гінеколога. 3. Контроль за визначеним терміном планової госпіталізації до акушерського стаціонару, що надає вторинну або третинну медичну допомогу (див. Розділ IV, п. 4.5).
Подальше спостереження		
Жінка, якій проведено КР, має бути проінформована, що- повторна вагітність, яка виникає протягом 2 років після попереднього КР, супроводжується підвищеним ризиком передлежання плаценти, відшарування плаценти у порівнянні з повторною вагітністю після попередніх вагінальних пологів, а також підвищеним ризиком розриву матки у разі вагінальних пологів після КР. Інформування жінок, які перенесли операцію КР, про показані методи та засоби планування сім'ї.	Доведено, що повторна вагітність у жінок після операції КР, яка виникає протягом 2-х років після попереднього КР, супроводжується підвищеним ризиком розвитку ускладнень (передлежання плаценти, відшарування плаценти, підвищений ризик розриву матки при спробі вагінальних пологів. Найвищий ризик виникнення цих ускладнень спостерігається у разі виникнення вагітності протягом першого року після КР. Повторна вагітність протягом 2-х	1. Спостереження за жінкою після операції кесаревого розтину та її дитиною здійснюється у відповідності до рекомендацій, наданих після виписки. 2. Консультування щодо здорового способу життя у післяпологовому періоді, в т.ч. статевих стосунків у ранньому післяпологовому періоді. 3. Надання рекомендацій щодо планування сім'ї, починаючи з раннього післяпологового періоду (див. Розділ IV, п. 4.2.) 4. Надання рекомендацій щодо профілактики ІПСШ, в т.ч. ВІЛ та сифілісу. 5. Консультування з питань грудного вигодовування новонародженого та рекомендації

Положення протоколу	Обґрунтування	Необхідні дії
	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.	щодо припинення лактації у разі припинення грудного вигодовування дитини.

3.2. Вторинна амбулаторна медична допомога

Положення протоколу	Обґрунтування	Необхідні дії
Первинна профілактика		
Своєчасність госпіталізації забезпечується веденням централізованого електронного Реєстру ускладненого перебігу вагітності в перинатальному центрі III рівня перинатальної допомоги.	Забезпечення своєчасної госпіталізації вагітних жінок, яким відповідно до показань планується розродження шляхом планового КР, а також проведення діагностично-лікувальних заходів з доведеною ефективністю знижує рівень материнських та перинатальних ускладнень.	1. Розробка індивідуального плану спостереження з відповідним графіком відвідувань та моніторингом виконання вагітною призначень. 2. Консультування вагітної жінки щодо проведення операції КР та пов'язаних з нею ризиків (див. Розділ IV, п. 4.1, 4.3). 3. Надання інформації щодо можливості застосування методу контрацепції – добровільної хірургічної стерилізації під час проведення операції КР у разі виконання жінкою репродуктивних планів або у випадку високого ступеню ризику для здоров'я та життя жінки у випадку наступної вагітності. 4. Організація своєчасної госпіталізації (див. Розділ IV, п. 4.5) до закладів охорони здоров'я відповідного рівня перинатальної допомоги, визначених чинним нормативно-правовим актом

Положення протоколу	Обґрунтування	Необхідні дії
		МОЗ з питань організації надання медичної допомоги матерям та новонародженим у перинатальних центрах.
Діагностика		
1. Своєчасне виявлення показань до проведення операції КР в рамках стандартного обстеження під час спостереження за перебігом вагітності. 2. Додатковий обсяг обстеження у відповідності до виявленої патології.	Своєчасне виявлення та обґрунтування показань до проведення КР сприяє зменшенню перинатальних наслідків як для матері, так і для дитини.	1. Забезпечується необхідний обсяг обстеження. 2. Весь обсяг обстеження заноситься до талону 1 Обмінної карти пологового будинку, пологового відділення лікарні (форма № 113/о) з рекомендацією орієнтовної дати госпіталізації до закладів охорони здоров'я відповідного рівня перинатальної допомоги, 3. Проводиться пренатальний консилиум при встановленні діагнозу ВВР у плода.
Лікування		
Виявлення та лікування вогнищ інфекції, а також супутньої патології у вагітної.	Наявність несанованих вогнищ інфекції призводить до ускладнень в післяопераційному періоді та виникненню необхідності додаткового обстеження, призначення антибіотиків, збільшення тривалості перебування в стаціонарі.	1. Здійснюється лікування виявленої патології, що є показанням для планового КР. 2. Проводиться профілактика або, у разі необхідності, лікування вогнищ інфекцій. 3. Здійснюються заходи щодо профілактики ускладнень внутрішньоутробного стану плода.
Подальше спостереження		
Жінка, якій проведено КР, має бути проінформована, що- повторна вагітність, яка виникає протягом 2 років після попереднього КР, супроводжується підвищеним ризиком передлежання плаценти, відшарування плаценти у порівнянні з повторною вагітністю після попередніх вагінальних пологів, а також підвищеним ризиком розриву матки у разі вагінальних пологів	Доведено, що повторна вагітність у жінок після операції КР, яка виникає протягом 2-х років після попереднього КР, супроводжується підвищеним ризиком розвитку ускладнень (передлежання плаценти, відшарування плаценти,	1. Застосування засобів контрацепції у відповідності до репродуктивних планів, віку та стану здоров'я жінки і її статевого партнера. Консультування щодо планування наступної вагітності відповідно до Розділу IV, п. 4.2. 2. Консультування з питань профілактики ПІСШ та ВІЛ.

Положення протоколу	Обґрунтування	Необхідні дії
після КР. Інформування жінок, які перенесли операцію КР, про показані методи та засоби планування сім'ї.	підвищений ризик розриву матки при спробі вагінальних пологів. 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.	3. Консультування з питань грудного вигодовування новонародженого та рекомендації щодо припинення лактації у разі припинення грудного вигодовування дитини.

3.3. Вторинна (спеціалізована) та третинна (високоспеціалізована) стаціонарна медична допомога

Положення протоколу	Обґрунтування	Необхідні дії
Госпіталізація		
Патологія вагітної, яка потребує госпіталізації до акушерського стаціонару, що надають вторинну та третинну медичну допомогу, визначається чинним нормативно-правовим актом МОЗ з питань організації надання медичної допомоги матерям та новонародженим у перинатальних центрах. Моніторинг своєчасності госпіталізації здійснюється за Реєстром вагітних із ускладненим перебігом вагітності у перинатальних центрах III рівня перинатальної допомоги	Своєчасна госпіталізація до відповідного ЗОЗ, визначених чинним нормативно-правовим актом МОЗ з питань організації надання медичної допомоги матерям та новонародженим у перинатальних центрах, а також проведення обґрунтованого КР зменшує частоту післяопераційних ускладнень та оптимізує	1. Організація цілодобової діяльності ЗОЗ щодо забезпечення розродження шляхом операції КР. 2. Проведення консилиуму лікарів для прийняття остаточного рішення щодо доцільності та терміну проведення КР з визначенням складності оперативного втручання та складу операційної бригади (див. Додаток 7). 3. Після проведення консультування пацієнтка підписує поінформовану згоду на медичне втручання (див. Додаток 1).

Положення протоколу	Обґрунтування	Необхідні дії
Госпіталізація		
.	перинатальні наслідки.	4. У разі відмови жінки від запропонованого планового КР (за її особистим підписом), даний факт документується медичними спеціалістами у складі не менше трьох осіб. У разі неможливості отримання інформованої згоди (непритомний стан та інше) за наявності ургентної ситуації категорії 1, рішення приймається консилиумом лікарів. 5. У разі відмови жінки від планового КР має бути поінформована її родина за згодою вагітної. 6. Проведення лікувальних заходів відповідно до патології, що передбачає проведення КР. 7. Виявлення та лікування вогнищ інфекції. 8. Забезпечення ургентного КР у разі необхідності (див. Розділ IV, п. 4.6). 9. Перед оперативним втручанням уточнюється можливість застосування методу контрацепції – добровільної хірургічної стерилізації під час проведення операції КР у разі виконання жінкою репродуктивних планів або у випадку високого ризику для здоров'я та життя жінки у випадку наступної вагітності. Згода пацієнтки підтверджується її особистим підписом. В ЗОЗ здійснюються заходи профілактики інфекцій та інфекційного контролю, визначених чинним нормативним актом з організації профілактики інфекцій та інфекційного контролю в закладах охорони здоров'я та установах/закладах надання соціальних послуг/соціального захисту населення (див.

Положення протоколу	Обґрунтування	Необхідні дії
Госпіталізація		
		Розділ VII).
Діагностика		
1. Дообстеження вагітної, якій показаний КР, не здійсненого на етапі антенатального спостереження за перебігом вагітності. 2. Оптимальний метод обстеження вагітної у разі ургентного КР.	Достатній обсяг обстеження вагітних, яким показаний КР, мінімізує виникнення материнських та перинатальних ускладнень.	1. Забезпечення дообстеження вагітної, не здійсненого на етапі антенатального спостереження за перебігом вагітності. 2. Проведення передопераційного обстеження та підготовки до КР (див. Розділ IV, п. 4.8). 3. Огляд вагітної анестезіологом та визначення методу анестезії (див. Розділ IV, п. 4.10).
Лікування		
Забезпечення профілактики ускладнень, анестезіологічного забезпечення, проведення оперативного втручання та післяопераційного догляду.	Застосування лікувально-профілактичних втручань з доведеною ефективністю щодо КР сприяє зменшенню несприятливих материнських та перинатальних наслідків.	1. Проведення профілактики ускладнень КР (див. Розділ IV, п. 4.9). 2. Проведення операції КР за однією з методик відповідно до розділу IV, п. 4.11, Додатків 2, 7. Рішення про розширення об'єму оперативного втручання приймається консилиумом у складі операційної бригади. Анестезіологічне забезпечення проводиться відповідно до розділу IV, п. 4.10, додатків 3 та 4.
Виписка породіллі з акушерського стаціонару		

Положення протоколу	Обґрунтування	Необхідні дії
Госпіталізація		
Під час виписки породіллі з акушерського стаціонару надаються рекомендації щодо поведінки та способу життя після операції КР.	Правильність визначення показань до КР та адекватна підготовка на антенатальному етапі, своєчасність операції та дотримання технологій оперативного втручання зменшує тривалість перебування пацієнтки в акушерському стаціонарі та полегшує післяопераційне спостереження.	1. Виписка породіллі після неускладненого перебігу післяопераційного періоду здійснюється через 3 доби після оперативного втручання. 2. У жінок з тяжкою екстрагенітальною патологією або ускладненням післяопераційного періоду час виписки визначається лікуючим лікарем та узгоджується з профільним спеціалістом. 3. Перед випискою з акушерського стаціонару породіллі надаються рекомендації щодо: індивідуально визначеного методу контрацепції; грудного вигодовування дитини; поведінки та способу життя; подальшого спостереження. (див. Додаток 6). 4. Породіллі надаються рекомендації у талоні 2 і 3 Обмінної карти пологового будинку, пологового відділення лікарні (форма № 113/о) та стану їх здоров'я. 5. Лікарю ЗПСМ, з яким у породіллі укладена декларація, надається телефоном інформацію про виписку її з акушерського стаціонару.

IV. ОПИС ЕТАПІВ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

4.1. Консультування вагітної перед операцією КР

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. Жінці надається інформація в зрозумілій та доступній для неї формі та з проявами толерантності з урахуванням будь-яких особистих, культурних чи релігійних факторів, які могли б вплинути на вибір жінки.

4. Повідомляється про наслідки для майбутніх вагітностей та пологів, а саме, що після оперативних пологів збільшуються шанси повторного кесаревого розтину.

5. КР за бажанням жінки за відсутності перелічених нижче показань не проводиться.

6. Інформується, що можливе перебування в стаціонарі довше, ніж за умови вагінальних пологів.

7. Після проведення консультування пацієнтка підписує поінформовану згоду на медичне втручання (Додаток 1).

8. 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 дитини. За відмови пацієнтки від документування власного рішення, даний факт документується в історії пологів медичними працівниками у складі не менше трьох осіб.

4.2. Консультування з питань планування сім'ї

Жінка, якій пропонується КР має бути проінформована, що:

1. Повторна вагітність, яка виникає протягом 2-х 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, а також підвищеним ризиком розриву матки при спробі вагінальних пологів після КР. Найвищий ризик виникнення цих ускладнень спостерігається у разі настання вагітності протягом першого року після КР.

2. Повторна вагітність протягом 2-х років після попереднього КР не є показанням до переривання вагітності.

3. Методи контрацепції для жінок, які перенесли КР, не відрізняються від контрацепції, що рекомендується жінкам в післяпологовому періоді. ВМК може застосовуватися у жінок після КР.

4. В разі запланованого КР до оперативного втручання з жінкою потрібно обговорити методи контрацепції, які вона планує застосовувати у майбутньому. В разі бажання жінки провести добровільну 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.

5. Вибір методу контрацепції є рішенням жінки, яке вона приймає після консультування з питань планування сім'ї.

6. Жінки 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.

7. Жінкам з активним використання психоактивних речовин, в т.ч. опіоїдів після набуття ними свідомого та адекватного відношення до обставин рекомендуються зворотні довготривалі методи контрацепції (ВМК).

8. Під час консультування необхідно надати інформацію про засоби та методи контрацепції, 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.

4.3. Ризики, пов'язані з операцією кесаревого розтину

Результати для жінок:

тромбоемболічна хвороба,
масивні акушерські кровотечі,
постнатальна депресія,
нетримання калу (виникає більше ніж через 1 рік після пологів; порівняно з вагінальними пологами).

Результати для дітей:

госпіталізація до відділення новонароджених,
інфекційна захворюваність,
стійка словесна затримка мовного розвитку,
дитяча смертність (до 1 року).

Результати для жінок та немовлят, що мають суперечливі або обмежені дані

Результати для жінок:

поступлення до ВАІТ,
мертвонародження при наступній вагітності.

Результати для дітей:

захворюваність дихальних шляхів,
дитячий церебральний параліч,
розлад аутистичного спектру,
діабет 1 типу.

4.4. Показання до планового (елективного) кесаревого розтину

1. Передлежання плаценти (за даними УЗД у терміні 36+тиж. нижній край плаценти розташований на $< 2\text{см}$ від внутрішнього вічка).
2. Тазове передлежання плода (після невдалої спроби зовнішнього повороту плода у 36 тижнів; за наявності протипоказань до зовнішнього повороту за наполяганням вагітної).
3. Поперечне положення плода.
4. Тазове передлежання 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 кесарів розтин, Т- або J-подібний розріз матки за попередньої операції, розрив матки в анамнезі, понад один кесарів розтин в анамнезі, стан після гінекологічних втручань з проникненням у порожнину матки, відмова жінки від спроби вагінальних пологів).
8. Первинний генітальний герпес менше ніж 6 тижнів до пологів.
9. Екстрагенітальні захворювання та синдроми:
система кровообігу: висока легенева гіпертензія, дилатація висхідної аорти $> 45\text{ мм}$, тяжкий аортальний стеноз, прийом 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 обумовлюють загрозу пневмотораксу, легенева кровотеча, що мала місце менш ніж за 4 тижні до розродження;
нервова система; внутрішньомозкові пухлини, гіпертензивно-лікворний синдром, аневризми церебральних судин, артеріо-венозні мальформації, стан після геморагічного інсульту;
орган зору: геморагічна форма ретинопатії, перфоративна виразка рогівки, поранення очного яблука з проникненням, гострий приступ глаукоми. (NB! Будь-яка інша офтальмологічна патологія, окрім вищезазначеної, не є показанням до кесаревого розтину);
цукровий діабет: передбачувана маса плода $> 4500\text{ г}$;
гепатит С у поєднанні з ВІЛ-інфекцією;
ВІЛ-інфекція: вірусне навантаження $> 50\text{ копій/мкл}$.
10. Пухлини або кісткові деформації малого тазу, що перешкоджають народженню дитини.
11. Рак шийки матки.

12. Розрив промежини III ступеня в анамнезі, стан після пластичних операцій на промежині.

13. Стан після хірургічного лікування сечостатевих або кишково-статевих нориць.

14. Вади розвитку плода, що підлягають хірургічній корекції у ранньому неонатальному періоді: діафрагмальна кила, спінальні дизрафії, гастрошизис, тератоми (за рішенням перинатального консилиуму з залученням профільного хірурга).

15. Зрощені близнюки.

16. Дострокове розродження після повторних гемотрансфузій при імунних конфліктах.

4.5. Терміни виконання планового кесаревого розтину

Плановий елективний КР виконують після повних 39 тижнів вагітності. Не виконуйте плановий кесарів розтин раніше 39 тижня вагітності, оскільки це може збільшити ризик патології дихальних шляхів у новонародженого.

У разі багатоплідної вагітності плановий елективний КР виконують після 38 тижнів.

З метою профілактики вертикальної трансмісії при ВІЛ-інфікуванні матері у 38-39 тижнів вагітності до відходження навколоплідних вод та/або до початку пологів.

У разі моноамніотичної двійні операція КР повинна бути виконана у терміні 32-33 тижні після попередньої профілактики РДС у ЗОЗ, що надають третинну (високоспеціалізовану) медичну допомогу.

4.6. Ургентний кесарів розтин

Ургентний КР виконується відповідно до клінічної ситуації за наявності показань та інформованої згоди пацієнтки.

Категорії ургентності:

1 категорія - існує значна загроза життю матері та/або плода (наприклад, дистрес плода, розрив матки тощо) – операцію має бути розпочато не пізніше, ніж через 30 хвилин від визначення показань;

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) – операцію має бути розпочато не пізніше 75 хвилин від визначення показань;

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) – операцію має бути розпочато впродовж 75 хвилин, але якомога скоріше;

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

Показання до ургентного кесаревого розтину

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 загрозливий або що розпочався.
4. Дистрес плода (за даними інструментальних методів дослідження) у першому періоді пологів.
5. Випадіння петель пуповини, що пульсують.
6. Обструктивні пологи (задній асинклітизм, неправильне положення плода після відходження навколоплідних вод, розгинальне передлежання або вставлення голівки, 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.

4.7. Фактори, що сприяють зниженню частоти ургентного КР

Психологічна підтримка жінки під час пологів.

Індукція пологової діяльності при досягненні терміну 41 тиждень вагітності.

Використання партограми для моніторингу прогресу пологів.

Прийняття рішення щодо КР консиліумом.

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 ізолювано асоціюється з підвищенням частоти КР).

Перегляд показань до КР в операційній (переоцінка стану плода та положення передлежачої частини).

4.8. Передопераційне обстеження та підготовка

Обстеження:

Визначення показників гемоглобіну, гематокриту, тромбоцитів у аналізі крові напередодні планового КР або безпосередньо перед операцією КР 2,3 категорії ургентності. У разі КР категорії ургентності 1 лабораторне обстеження проводиться під час операції.

Група крові та резус-фактор.

Додаткове клініко-лабораторне обстеження проводяться лише за наявності показань.

Підготовка до КР:

Катетеризація периферичної вени.

Катетеризація сечового міхура за показаннями.

4.9. Профілактика ускладнень КР

Повільне прогресування пологів та кесарів розтин

Не пропонуйте наступні заходи:

активне ведення пологів (включаючи чітке визначення тривалості встановлених пологів, ранню планову амніотомію, плановий 2-годинний вагінальний огляд, окситоцин, якщо пологи сповільнюються);
рання амніотомія.

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. 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.

В разі алергії на бета-лактамі антибіотики, можуть застосовуватись кліндаміцин або еритроміцин внутрішньовенно.

Антибіотикопрофілактику потрібно проводити за 15-60 хвилин до розрізу шкіри.

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.

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.

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 пацієток з підвищеним ризиком аспірації (ожиріння, цукровий діабет, складні дихальні шляхи), необхідно обмежувати і вживання рідини.

З метою попередження аспіраційного пневмоніту, жінкам слід призначати метоклопрамід окремо або в комбінації з H_2 антагоністом (ранітидин) чи інгібітором протонної помпи (омепразол).

Доцільно призначати протиблювотні засоби з метою зменшення виразності нудоти та блювання.

Профілактика тромбоемболії

В усіх випадках, коли прийнято рішення про виконання КР, слід провести 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 - використовуються механічні методи тромбопрофілактики. Еластична компресія нижніх кінцівок повинна використовуватись у всіх вагітних, які ще не отримували фармакологічну тромбопрофілактику до кесаревого розтину. Еластична компресія нижніх кінцівок розпочинається в передопераційному періоді, продовжується під час операції та післяопераційного періоду, до моменту повної активізації жінки. Також рекомендується рання післяопераційна активізація жінки.

Жінкам з високим рівнем ризику - використовуються механічні та фармакологічні методи тромбопрофілактики. Таким жінкам еластична компресія нижніх кінцівок розпочинається в передопераційному періоді, продовжується під час операції та післяопераційного періоду. Також рекомендується рання післяопераційна активізація жінки.

Фармакологічна профілактика починається через 6-12 годин після закінчення КР і продовжується до повної активізації жінки, за винятком жінок із значними факторами ризику розвитку післяпологового тромбоемболізму. Тривалість тромбопрофілактики у цієї категорії пацієнтів повинна здійснюватися шість тижнів. Такі жінки можуть бути переведені на пероральні антикоагулянти (наприклад, варфарин [можна застосовувати жінкам, що годують груддю], або прямий пероральний антикоагулянт [не слід застосовувати при годуванні груддю]). Еластична компресія нижніх кінцівок продовжується до початку фармакологічної профілактики і залишається до виписки пацієнта, оскільки це може принести додаткові переваги оперованим пацієнтам, які отримують низькомолекулярні гепарини.

Можна використовувати нефракціонований або низькомолекулярні гепарини, дозування яких проводиться відповідно до ступеня ризику ВТЕ та маси тіла.

Профілактика артеріальної гіпотензії у матері

Артеріальна гіпотонія часто трапляється у жінок, які перенесли кесарів розтин під спінальною анестезією, і це може нашкодити матері та плоду. Гіпотонія може спровокувати інтраопераційну нудоту та блювання у матері та зменшити матково-плацентарний кровотік, що погіршує оксигенацію плода.

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

Використовуйте внутрішньовенне введення кристалоїдів, як спільне навантаження на додаток до вазопресорів, щоб зменшити ризик виникнення гіпотензії під час кесаревого розтину.

Профілактика гіпотермії та тремтіння

Підтримання періопераційної нормотермії у загальній хірургічній популяції знижує ризик післяопераційної інфекції рани, коагулопатії,

крововтрати та переливання крові. Частота переохолодження у жінок, які перенесли кесарів розтин під спинномозковою анестезією, становить > 60%. Ауторегуляція температури порушується під час спінальної анестезії через гальмування вазомоторних реакцій та перерозподіл тепла від серця до периферичних тканин у матері.

Впровадження термозберігаючих технологій (підігрівання розчинів і обдування теплим повітрям) зменшує частоту переохолодження та тремтіння.

Застосовуйте розчини для внутрішньовенного введення (500 мл і більше) та препарати крові, що використовуються під час кесаревого розтину до 37 градусів Цельсія за допомогою пристрою для зігрівання рідини.

Підігрійте всі внутрішньовенні рідини, які використовуються під час кесаревого розтину, до 38-40 градусів за Цельсієм у шафі з термостатичним управлінням.

4.10. 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 внутрішньоутробний стан плода, наявність у жінки небезпечної для її життя 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 (див. Додатки 3, 4).

Кесарів розтин може бути виконаний під загальною, регіональною (спінальною, епідуральною) або комбінованою (спінально-епідуральною) чи місцевою інфільтраційною анестезією.

Вибір методу анестезії визначається наступними 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 гіпотензії (частота значно вище при застосуванні спінальної чи епідуральної анестезії), респіраторна депресія, нудота, блювання, свербіння шкіри.

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

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 новонародженим.

Переваги нейроаксіальної анестезії крім тих, що стосуються медичного стану пацієнта:

Дозволяє провести шкірний контакт мати-дитина в перші хвилини життя новонародженого та отримати позитивні психоемоційні враження від народження малюка.

Мінімізує внутрішньоопераційний системний вплив на плід.

Дозволяє уникнути проблем з дихальними шляхами у вагітної.

Полегшує мультимодальну післяопераційну аналгезію з нейроаксіальними опіоїдами та мінімізує потребу в системному введенні опіоїдів.

Може бути пов'язано зі зниженою частотою періопераційної венозної тромбоемболії та хірургічної інфекції в порівнянні із загальною анестезією.

Зменшується загальна крововтрата.

Для невідкладних випадків нейроаксіальної анестезії, зокрема спінальна анестезія, може бути доцільнішою, особливо для пацієнтів, які мають підвищені ризики, пов'язані із загальною анестезією (тобто відомі важкі дихальні шляхи, недавнє пероральне вживання їжі або схильність до злоякісної гіпертермії).

Протипоказання до нейроаксіальної аналгезії / анестезії в акушерстві:

Важка гіповолемія (геморагічний шок, дегідратація).

Порушення згортання крові в бік гіпокоагуляції (АЧТЧ більш ніж в 1,5 рази, МНВ більше 1,5) і тромбоцитопенії – менше $70 \times 10^9/\text{л}$, набуті або вроджені коагулопатії. При тромбоцитопенії від 70 до 100×10^9 і при відсутності гіпокоагуляції можливе застосування тільки спінальної анестезії (обов'язково використання голок типу «pencil point» - 25-27 G).

Гнійне ураження шкіри в місці пункції.

Непереносимість місцевих анестетиків (непереносимість, як і анафілаксія для місцевих анестетиків амідної групи зустрічається вкрай рідко).

Наявність фіксованого серцевого викиду у пацієнток з штучним водієм ритму серця, стенозом аортального клапана, коарктацією аорти, вираженим стенозом мітрального клапана. У даній ситуації можливість проведення регіонарної анестезії оцінюється індивідуально і узгоджується з кардіохірургом, оскільки велике значення має ступінь компенсації порушень гемодинаміки, викликаних вадою (розглядаються індивідуально).

Тяжка печінкова недостатність, яка супроводжується порушенням коагуляції та метаболізму місцевих анестетиків (розглядаються індивідуально).

Демієлінізуючі захворювання нервової системи і периферична нейропатія (розглядаються індивідуально).

Захворювання, які супроводжуються підвищенням внутрішньочерепного тиску.

Патологія хребта – нейроаксіальна анестезія може бути важкою, неможливою або протипоказаною для деяких пацієнтів з аномальною анатомією хребта, хірургічним зрощенням, або ураженнями в межах спинного мозку.

За 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 слід проводити загальну анестезію.

Інфузійна терапія

Періопераційне підтримання належного ОЦК є важливим для досягнення оптимальних результатів після операції. Підтримання внутрішньосудинної еуволемії протягом періопераційного періоду є ідеальним. І гіповолемія, і гіперволемія пов'язані з підвищенням післяопераційної захворюваності.

Основні положення при проведенні інфузійної терапії під час анестезіологічного забезпечення операції КР:

Інфузійна терапія проводиться з врахуванням загального стану, рівня передопераційної гідратації та супутніх захворювань пацієнта.

Збалансовані розчини електролітів є кращими для рутинної інфузійної терапії неускладненого КР.

Потрібно уникати розчинів глюкози через ймовірні несприятливі ефекти гіперглікемії.

Потрібно уникати введення великого об'єму 0,9% розчину натрію хлориду (>1000 мл.), оскільки це пов'язано з гіперхлоремічним ацидозом.

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.

Сьогодні підтримуються стратегії реалізації різних варіантів інтра- та післяопераційного знеболення, щоб мінімізувати системне введення опіоїдів і зменшити невинуватене їх споживання після кесаревого розтину.

Таблиця 1. Загальні рекомендації щодо лікування болю у пацієнтів, які перенесли плановий кесарів розтин

До операції рекомендовано:

Інtrateкальне введення 50–100 мкг морфіну або 2 – 3 мг морфіну епідурально як альтернативний засіб коли епідуральний катетер використовується як частина комбінованої спінально-епідуральної методики або була проведена попередня катетеризація епідурального простору для знеболення 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 інтратекальний морфін не застосовували рекомендована одномоментна інфільтрація місцевими анестетиками рани або безперервна їх інфузія в рану та/або регіонарна аналгезія (фасціальні блокади, такі як ТАР-блок або QL-блок).

Післяопераційно рекомендовано:

Пероральний або внутрішньовенний парацетамол.

Пероральне або парентеральне введення нестероїдних протизапальних препаратів.

Опіїди вводять тільки у випадках неадекватного знеболення при застосуванні інших методів аналгезії або коли інші рекомендовані знеболюючи стратегії неможливі (наприклад, протипоказання до регіональної анестезії).

4.11. Методика проведення операції кесарів розтину

На сьогодні існують декілька методик виконання операцій КР, рекомендовані ВООЗ (див. Додаток 7). Можливе застосування окремих компонентів зазначеної методики за вибором хірурга відповідно до клінічної ситуації

За останні роки широко впроваджена методика КР за допомогою поперечного розрізу живота (див. Додаток 2). Основні переваги проведення етапів цієї методики представлені нижче.

1. Заходи щодо зниження ризику інфекційного ускладнення безпосередньо застосованої методики КР:

перед проведенням кесаревого розтину необхідно застосувати розчин хлоргексидину спиртовий, щоб зменшити ризик зараження ран. Якщо такий препарат відсутній, можна застосовувати розчин йоду спиртовий.

інтравагінально перед оперативним втручанням необхідно здійснити застосування розчин йоду водний у жінок з ПРПО, щоб зменшити ризик розвитку ендометриту. Якщо розчин йоду водний відсутній або протипоказаний, можна використовувати розчин хлоргексидину водний інтравагінально.

2. Розріз черевної стінки

Методика КР за допомогою поперечного розрізу живота, що:

зменшує ймовірність післяопераційного болю;

є кращим косметичним ефектом у порівнянні з серединною лапаротомією.

Виконайте поперечний розріз (прямий розріз шкіри, на 3 см вище лобкового симфізу; наступні шари тканин розкриваються тупо і при необхідності подовжується ножицями, а не скальпелем). Це дозволяє скоротити тривалість операції та зменшує кількість випадків післяопераційної лихоманки.

Інструменти для розтину шкіри:

Не використовуйте окремі хірургічні скальпелі для розтину шкіри та глибших тканин, оскільки це збільшує вірогідність кровотечі й не зменшує інфікування рани.

Розширення розрізу матки

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

Застосування щипців при КР

Використовуйте щипці під час КР лише у випадку, коли виникають труднощі з народженням голівки плода.

Застосування утеротоніків

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

Вимірювання рН пуповинної артеріальної крові

Виконайте вимірювання в парних пуповинних артеріях та вені газів пуповинної крові після кесаревого розтину за підозри на порушення плода, щоб дати можливість оцінити стан плода та потреби в постійному догляді за дитиною.

Вилучення плаценти

Вилучайте плаценту при КР, використовуючи контрольовану тракцію за пуповину, а не шляхом ручного видалення, щоб зменшити крововтрату і ризик ендометриту.

Відновлення та ушивання рани

Виконайте внутрішньочеревне відновлення цілісності матки після кесаревого розтину. Рутинна екстеріоризація матки не рекомендується, оскільки вона пов'язана з посиленням болю і не покращує післяопераційні результати, такі як кровотеча та інфекція.

Застосовуйте одношарове або двошарове ушивання матки залежно від клінічних обставин. Ушивання в один шар не збільшує ризик післяопераційних кровотеч або розриву матки за наступної вагітності.

Не ушивайте вісцеральну і парієтальну очеревику для зменшення тривалості операції та потреби в післяопераційному знеболюванні та задля покращення якості життя породіллі в ранньому післяопераційному періоді.

У разі застосування серединної лапаротомії під час КР застосовуйте ушивання всіх шарів одночасно безперервним швом зі застосуванням шовного матеріалу що повільно розсмоктується, оскільки це призводить до меншої кількості післяопераційних гриж на місцях розрізу і меншу кількість злук, ніж при пошаровому ушиванні.

Не ушивайте підшкірно-жирову клітковину, якщо у жінки не більше 2 см підшкірного жиру, оскільки це не зменшує частоту інфікування рани.

Не використовуйте поверхневий дренаж рани при кесаревому розтині, оскільки він не зменшує частоту інфікування або гематоми рани.

Використовуйте 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 проводиться під негативним тиском, щоб зменшити ризик інфікування рани.

Аномальна інвазія плаценти

Виконуючи КР для жінки, у якої є підозра на патологічну інвазію плаценти, переконайтеся, що:

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

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

Запобігання передачі ВІЛ у операційній

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

4.12. Ведення післяопераційного догляду

Після закінчення КР здійснюється випорожнення сечового міхура.

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 (див. Додаток 5).

Подальший нагляд здійснюється у палаті сумісного перебування за попереднім обговоренням 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 (див. Додаток 5).

Якщо використовувався інтратекально морфін, необхідним є погодинне спостереження за частотою дихань, рівнем седатії та болю протягом перших 12 години.

Жінкам, яким вводились опіоїди в епідуральний простір, контроль частоти дихань, рівня седатії та болю має проводитись кожну годину та принаймні 12 годин після закінчення введення.

Жінці має запропоновуватись морфін (0,05-0,1 мг інтратекально) для інтраопераційної та післяопераційної аналгезії, тому що це зменшує потребу у додатковій аналгезії після КР. Морфін 2,0-3,0 мг може пропонуватись альтернативно в епідуральний простір.

За відсутності протипоказань до застосування нестероїдних протизапальних засобів і парацетамолу вони можуть призначатись в післяопераційному періоді, оскільки знижують необхідність в опіоїдних препаратах.

Жінкам в післяопераційному періоді за відсутності ускладнень пропонується вживання рідини та їжі за бажанням.

Видалення сечового катетеру проводиться після мобілізації жінки але не раніше ніж через 12 годин після останнього епідурального введення морфіну.

Критерії перевodu пацієнта з ВАІТ

Переведення пацієнтів з ВАІТ може здійснюватись у будь-який час доби. Основною вимогою є безпека пацієнта. Відповідність до критеріїв безпечного переведення визначає лікар-анестезіолог. Питання переведення узгоджується з лікарем акушером-гінекологом.

Основні критерії безпеки пацієнта

Адекватний психічний статус пацієнта.

Адекватна і стабільна дихальна функція включаючи частоту дихання, периферичне насичення киснем (SpO_2) та прохідність дихальних шляхів.

Стабільні показники гемодинаміки включаючи серцевий ритм (ЧСС) та артеріальний тиск (АД)

Температура $\geq 36^\circ C$ 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 з статевих шляхів.

Відсутність патологічних кров'янистих виділень з дренажів

Адекватне сечовиділення (погодинний діурез $> 0,5$ мл/кг/год.)

Додаткові критерії (пацієнти, яким проводилась нейроаксіальна анестезія)

Стабільний артеріальний тиск, коли голова ліжка піднята на 30 градусів.

Повний регрес сенсорного та моторного блоку.

Видалений епідуральний катетер.

У разі перевodu пацієнтки, якій проводилось інтратекальне введення морфіну з ВАІТ у післяпологове відділення, лікар-анестезіолог інформує медичний персонал даного відділення та чергового акушера-гінеколога про факт інтратекального введення морфіну та час введення, про що робить відповідний запис в історії пологів.

Після переведення, нагляд за пацієнткою здійснює медичний персонал в індивідуальній палаті.

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.

4.13. Догляд за дитиною, яка народилась шляхом операції кесаревого розтину

Догляд за дитиною, яка народилась шляхом КР, проводиться у порядку догляду за новонародженим, який здійснюється у порядку, визначеному при народженні через природні пологові шляхи, проте має деякі особливості.

Оскільки у дітей, народжених шляхом кесаревого розтину, частіше спостерігається нижча температура тіла, необхідно чітко переконатися, що тепла 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 дітей доцільним є перетискання пуповини не раніше ніж через 30 сек після вилучення дитини (за відсутності показань до проведення реанімаційних заходів). Дитина повинна знаходитися нижче рівня розрізу під час КР.

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-х годин. У разі проведення операції КР під загальним знеболенням або за відсутності умов з боку матері у разі епідуральної анестезії, контакт «шкіра-до-шкіри» дитини проводиться з батьком, або з одним із членів родини жінки протягом 2-х годин.

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 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 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.

4.14. Заходи у післяопераційному періоді

Надання інформації щодо поведінкового режиму жінки в безпосередньо післяопераційному та у подальшому післяпологовому періоді (статеві стосунки, рекомендації щодо контрацепції).

Для жінок з тяжкою екстрагенітальною патологією спостереження у профільного спеціаліста з виконанням його рекомендацій.

4.15. Загальні принципи профілактики ускладнень стану здоров'я пацієнтки

Для жінок з тяжкою екстрагенітальною патологією у разі необхідності проводиться профілактика ускладнень основного захворювання, узгоджена з профільним спеціалістом.

Дотримання принципів індивідуальної гігієни в післяопераційному періоді.

Дотримання індивідуально визначеного в акушерському стаціонарі ефективного методу контрацепції протягом 1 року після операції, включаючи метод лактаційної аменореї.

4.16. Планування наступної вагітності та пологів після кесаревого розтину

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

материнські переваги та пріоритети;

ризики та переваги повторного кесаревого розтину;

ризики та переваги запланованих вагінальних пологів після КР, включаючи ризик незапланованого оперативного розродження.

V. РЕСУРСНЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ВИКОНАННЯ ПРОТОКОЛУ

На момент затвердження цього уніфікованого клінічного протоколу засоби матеріально-технічного забезпечення дозволені до застосування в Україні. При розробці та застосуванні клінічних маршрутів пацієнта (КМП) необхідно перевірити реєстрацію в Україні засобів матеріально-технічного забезпечення, що включаються до КМП, та відповідність призначення лікарських засобів Інструкції для медичного застосування лікарського засобу, затвердженій Міністерством охорони здоров'я України. Державний реєстр лікарських засобів України знаходиться за посиланням <http://www.drlz.kiev.ua/>.

5.1. Первинна медична допомога

1. Кадрові ресурси

Лікарі загальної практики-сімейні лікарі, лікарі акушери-гінекологи, інші медичні працівники, які беруть участь у наданні первинної медичної допомоги вагітним.

2. Матеріально-технічне забезпечення

Оснащення: відповідно до табеля оснащення.

5.2. Вторинна (спеціалізована) медична допомога та третинна (високоспеціалізована) медична допомога

1. Кадрові ресурси

Лікарі акушери-гінекологи, лікарі-анестезіологи, лікарі-неонатологи, акушерки, медичні сестри, лаборанти, які пройшли навчання і володіють технологіями виконання та анестезіологічного забезпечення КР, ведення післяопераційного періоду, надання екстреної акушерської та неонатальної допомоги.

2. Матеріально-технічне забезпечення

Оснащення: відповідно до табеля оснащення.

Лікарські засоби (нумерація не впливає на порядок призначення):

Антибактеріальні засоби: ампіцилін, еритроміцин, кліндоміцин, цефалоспорини I покоління;

Анальгетики та антипіретики: парацетамол; нестероїдні протизапальні засоби

Протиблювотні засоби: метоклопрамід, ондасетрон;

Антагоністи H₂-гістамінових рецепторів: ранітидин;

Інгібітори протонної помпи: омепразол;

Антикоагулянти: варфарин, гепарин, еноксапарин, надропарин, бемипарин;

Адренергічні та допамінергічні препарати: фенілефрин;

Утеротонічні засоби: окситоцин;

Засоби для загальної анестезії: ізофлуран, кетамін, закис азоту, пропофол, севофлуран, тіопентал;

Засоби для опіоїдної анестезії: морфін, фентаніл;

Засоби для місцевої анестезії: бупівакаїн, лідокаїн, ропівакаїн;

Міорелаксанти: суксаметоній;

Антисептичні розчини для зовнішнього та місцевого застосування: хлоргексидин, повідон-йод;

Кортикостероїди для системного застосування: дексаметазон;

Кровозамінники та перфузійні розчини: розчини електролітів, препарати желатину.

Розчини осмотичних діуретиків: маннітол.

VI. ІНДИКАТОРИ ЯКОСТІ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

6.1. Перелік індикаторів якості медичної допомоги

1. Наявність у лікарів акушерів-гінекологів, які надають вторинну (спеціалізовану), третинну (високоспеціалізовану) медичну допомогу, КМП із проведення кесаревого розтину.
2. Відсоток вагітних, які отримали консультування перед операцією КР.
3. Відсоток випадків з ускладненим перебігом післяопераційного періоду.

6.2. Паспорти індикаторів якості медичної допомоги

1. Наявність у лікарів акушерів-гінекологів, які надають вторинну (спеціалізовану), третинну (високоспеціалізовану) медичну допомогу, КМП із проведення кесаревого розтину.

Зв'язок індикатора із затвердженими настановами, стандартами та протоколами медичної допомоги:

Індикатор ґрунтується на положеннях УКПМД «Кесарів розтин».

Зауваження щодо інтерпретації та аналізу індикатора:

Даний індикатор характеризує організаційний аспект запровадження сучасних протоколів медичної допомоги в регіоні. Якість медичної допомоги пацієнтам, відповідність надання медичної допомоги вимогам КМП, відповідність КМП чинному УКПМД даним індикатором висвітлюватися не може, але для аналізу цих аспектів необхідне обов'язкове запровадження КМП в ЗОЗ.

Бажаний рівень значення індикатора:

2022 рік - 90 %

2023 рік та подальший період - 100 %.

Інструкція з обчислення індикатора:

Організація (ЗОЗ), яка має обчислювати індикатор: структурні підрозділи з питань охорони здоров'я обласних державних адміністрацій.

Дані надаються лікарями акушерами-гінекологами, розташованими на території обслуговування, до структурних підрозділів з питань охорони здоров'я обласних державних адміністрацій.

Дані надаються поштою, в тому числі електронною поштою.

Метод обчислення індикатора: підрахунок шляхом ручної або автоматизованої обробки. Індикатор обчислюється структурними підрозділами з питань охорони здоров'я обласних державних адміністрацій після надходження інформації від всіх лікарів акушерів-гінекологів, зареєстрованих на території обслуговування. Значення індикатора обчислюється як відношення чисельника до знаменника.

Знаменник індикатора складає загальна кількість лікарів акушерів-гінекологів, зареєстрованих на території обслуговування. Джерелом інформації є звіт структурних підрозділів з питань охорони здоров'я обласних державних адміністрацій, який містить інформацію про кількість лікарів акушерів-гінекологів, зареєстрованих на території обслуговування.

Чисельник індикатора складає загальна кількість лікарів акушерів-гінекологів, зареєстрованих на території обслуговування, для яких задокументований факт наявності КМП з проведення операції кесарів розтин.

Джерелом інформації є КМП, наданий лікарями акушерами-гінекологами. Значення індикатора наводиться у відсотках.

2. Відсоток вагітних, які отримали консультування перед операцією КР.

Зв'язок індикатора із затвердженими настановами, стандартами та протоколами медичної допомоги

Індикатор ґрунтується на положеннях Уніфікованого клінічного протоколу первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Кесарів розтин».

Зауваження щодо інтерпретації та аналізу індикатора

Цільовий (бажаний) рівень значення індикатора на етапі запровадження УКПМД не визначається заради запобігання викривленню реальної ситуації внаслідок адміністративного тиску.

Інструкція з обчислення індикатора

Організація (заклад охорони здоров'я), яка має обчислювати індикатор: родопомічний лікувальний заклад, структурні підрозділи з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій.

Дані надаються лікарями-акушерами-гінекологами (закладами охорони здоров'я, що надають спеціалізовану (високоспеціалізовану) медичну допомогу), розташованими на території обслуговування, до структурних підрозділів з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій.

Дані надаються поштою, в тому числі електронною поштою.

Метод обчислення індикатора: підрахунок шляхом ручної або автоматизованої обробки. При наявності автоматизованої технології закладу охорони здоров'я, в якій обробляються формалізовані дані щодо медичної допомоги в обсязі, що відповідає Історії вагітності і пологів (Форма 096/о) – автоматизована обробка.

Індикатор обчислюється регіональним управлінням охорони здоров'я після надходження від всіх лікарів-акушерів-гінекологів, зареєстрованих в районі обслуговування, інформації щодо загальної кількості пацієнтів, які складають чисельник та знаменник індикатора.

Знаменник індикатора складає загальна кількість випадків кесаревого розтину у ЗОЗ.

Джерелом інформації є:

Історія вагітності і пологів (Форма 096/о).

Чисельник індикатора складає загальна кількість вагітних, яким було проведено консультування перед операцією КР.

Джерелом інформації є:

Історія вагітності і пологів (Форма 096/о).

Значення індикатора наводиться у відсотках.

3. Відсоток випадків з ускладненим перебігом післяопераційного періоду.

Зв'язок індикатора із затвердженими настановами, стандартами та протоколами медичної допомоги

Індикатор ґрунтується на положеннях Уніфікованого клінічного протоколу первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Кесарів розтин».

Зауваження щодо інтерпретації та аналізу індикатора

Цільовий (бажаний) рівень значення індикатора на етапі запровадження УКПМД не визначається заради запобігання викривленню реальної ситуації внаслідок адміністративного тиску.

Інструкція з обчислення індикатора

Організація (заклад охорони здоров'я), яка має обчислювати індикатор: родопомічний лікувальний заклад, структурні підрозділи з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій.

Дані надаються лікарями-акушерами-гінекологами (закладами охорони здоров'я, що надають спеціалізовану (високоспеціалізовану) медичну допомогу), розташованими на території обслуговування, до структурних підрозділів з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій.

Дані надаються поштою, в тому числі електронною поштою.

Метод обчислення індикатора: підрахунок шляхом ручної або автоматизованої обробки. При наявності автоматизованої технології закладу охорони здоров'я, в якій обробляються формалізовані дані щодо медичної допомоги в обсязі, що відповідає Історії вагітності і пологів (Форма 096/о) – автоматизована обробка.

Індикатор обчислюється регіональним управлінням охорони здоров'я після надходження від всіх лікарів-акушерів-гінекологів, зареєстрованих в районі обслуговування, інформації щодо загальної кількості пацієнтів, які складають чисельник та знаменник індикатора.

Знаменник індикатора складає загальна кількість випадків кесаревого розтину у ЗОЗ.

Джерелом інформації є:

Історія вагітності і пологів (Форма 096/о).

Чисельник індикатора складає загальна кількість випадків ускладненого післяопераційного періоду КР.

Джерелом інформації є:

Історія вагітності і пологів (Форма 096/о).

Значення індикатора наводиться у відсотках.

VII. Перелік літературних джерел, використаних при розробці уніфікованого клінічного протоколу медичної допомоги

1. Електронний документ «Клінічна настанова, заснована на доказах «Кесарів розтин», 2021.
2. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 13 лютого 2006 року № 67 «Про затвердження форм первинної облікової документації в закладах, що надають медичну допомогу вагітним, роділлям та породіллям, та інструкцій щодо їх заповнення», зареєстрованим в Міністерстві юстиції України 02 березня 2006 року за № 221/12095.
3. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 15 липня 2011 року № 417 «Про організацію амбулаторної акушерсько-гінекологічної допомоги в Україні».
4. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 31 жовтня 2011 року № 726 «Про вдосконалення організації надання медичної допомоги матерям та новонародженим у перинатальних центрах», зареєстрований в Міністерстві юстиції України 19 січня 2012 року за № 68/20381.
5. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 14 лютого 2012 року № 110 «Про затвердження форм первинної облікової документації та інструкцій щодо їх заповнення, що використовуються у закладах охорони здоров'я незалежно від форми власності та підпорядкування», зареєстрований в Міністерстві юстиції України 28 квітня 2012 року за № 661/20974.
6. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 28 вересня 2012 року № 751 «Про створення та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги в системі Міністерства охорони здоров'я України», зареєстрований в Міністерстві юстиції України 29 листопада 2012 року за № 2001/22313.
7. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 29 травня 2013 року № 435 «Про затвердження форм первинної облікової документації та інструкцій щодо їх заповнення, що використовуються у закладах охорони здоров'я, які надають амбулаторно-поліклінічну та стаціонарну допомогу населенню, незалежно від підпорядкування та форми власності», зареєстрований в Міністерстві юстиції України 17 червня 2013 року за № 990/23522.
8. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 28 липня 2014 року № 527 «Про затвердження форм первинної облікової документації та інструкцій щодо їх заповнення, що використовуються у закладах охорони здоров'я, які надають амбулаторно-поліклінічну допомогу населенню, незалежно від підпорядкування та форми власності», зареєстрований в Міністерстві юстиції України 13 серпня 2014 року за № 959/25736.
9. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 21 січня 2016 року № 29 «Про внесення змін до первинних облікових форм та інструкцій щодо їх заповнення», зареєстрований в Міністерстві юстиції України 12 лютого 2016 року за № 230/28360.

10. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 28 лютого 2020 року № 587 «Деякі питання ведення Реєстру медичних записів, записів про направлення та рецептів в електронній системі охорони здоров'я», зареєстрований в Міністерстві юстиції України 05 березня 2020 року за № 236/34519.

11. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 18 вересня 2020 року № 2136 «Деякі питання ведення Реєстру медичних висновків в електронній системі охорони здоров'я», зареєстрований в Міністерстві юстиції України 30 вересня 2020 року за № 952/35235.

12. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 30 листопада 2020 року № 2755 «Про затвердження Порядку ведення Реєстру пацієнтів в електронній системі охорони здоров'я», зареєстрований в Міністерстві юстиції України 13 січня 2021 року за № 44/35666.

13. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 10 грудня 2020 року № 2857 «Про внесення змін до Примірного табеля матеріально-технічного оснащення закладів охорони здоров'я та фізичних осіб-підприємців, які надають первинну медичну допомогу».

14. Наказ МОЗ України від 22 квітня 2021 року № 792 «Про затвердження тринадцятого випуску Державного формуляра лікарських засобів та забезпечення його доступності».

15. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 01 червня 2021 року № 1066 «Деякі питання формування медичних висновків про тимчасову непрацездатність та проведення їхньої перевірки», зареєстрований в Міністерстві юстиції України 02 червня 2021 року за № 728/36350.

16. Наказ МОЗ України від 03 серпня 2021 року № 1614 «Про організацію профілактики інфекцій та інфекційного контролю в закладах охорони здоров'я та установах / закладах надання соціальних послуг / соціального захисту населення», зареєстрований в Міністерстві юстиції України 11 жовтня 2021 року за № 1318/36940.

**Генеральний директор Директорату
медичних послуг**

Олександра МАШКЕВИЧ

VIII. ДОДАТКИ

Додаток 1
до Уніфікованого клінічного
протоколу первинної, вторинної
(спеціалізованої) та третинної
(високоспеціалізованої) медичної
допомоги «Кесарів розтин»
(пункт 3.3 розділу III)

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 хірургічній 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 пори*
- *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 2

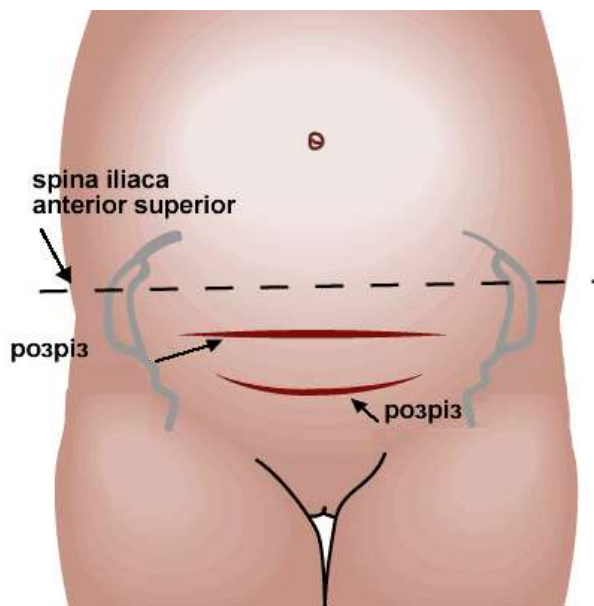
до Уніфікованого клінічного протоколу первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Кесарів розтин» (пункт 3.3 розділу III)

Основні етапи проведення операції кесарева розтину

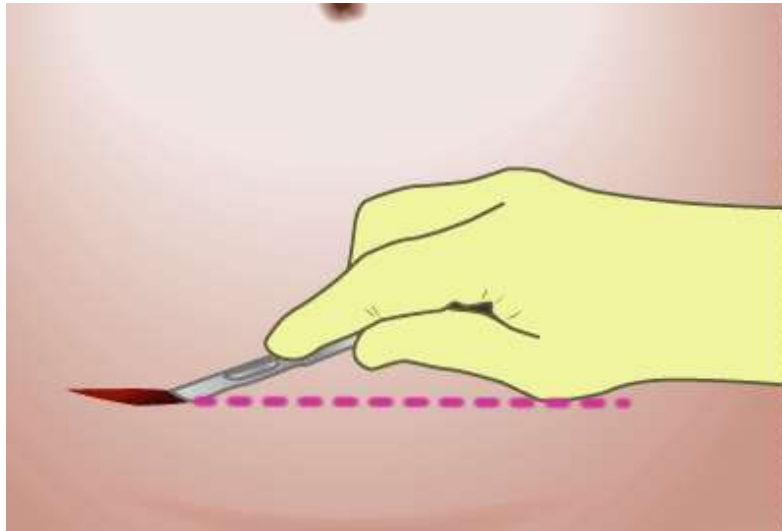
Хірург стоїть з правого боку від вагітної, якщо він правша, та з лівого – якщо лівша. Розріз шкіри на передній черевній стінці здійснюють приблизно на 3 см вище лобкового симфізу. У деяких випадках розріз може бути проведено вище.

Методика проведення операції:

1. Визначте середину розрізу та зробіть три відмітки на шкірі: одну по середній лінії та по одній – по боках. Злегка натягніть шкіру в напрямку складки, це дає меншу деформацію та забезпечує прямий розріз.



2. Зробіть розріз шкіри довжиною приблизно 15 см. Він не повинен заходити у підшкірну клітковину. Цей неглибокий розріз має бути майже безкровним.

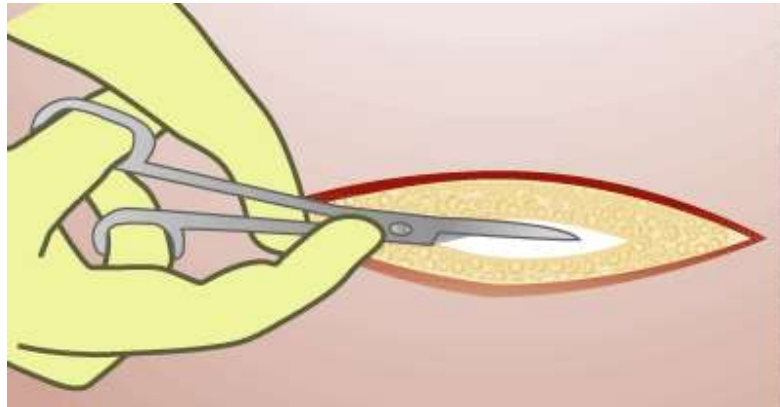


3. Заглибте розріз скальпелем на 2-3 см посередині розрізу в поперечному напрямку крізь підшкірну клітковину до апоневрозу. Не намагайтесь відсепарувати підшкірну клітковину. Кровоносні судини та нерви залишаються при цьому інтактними оскільки зона підшкірної клітковини по середній лінії є найбільш безкровною.

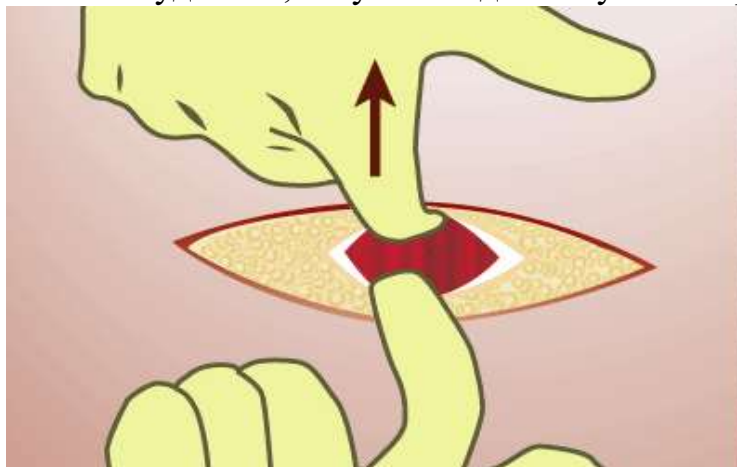
4. Зробіть невеликий поперечний розріз апоневрозу скальпелем.



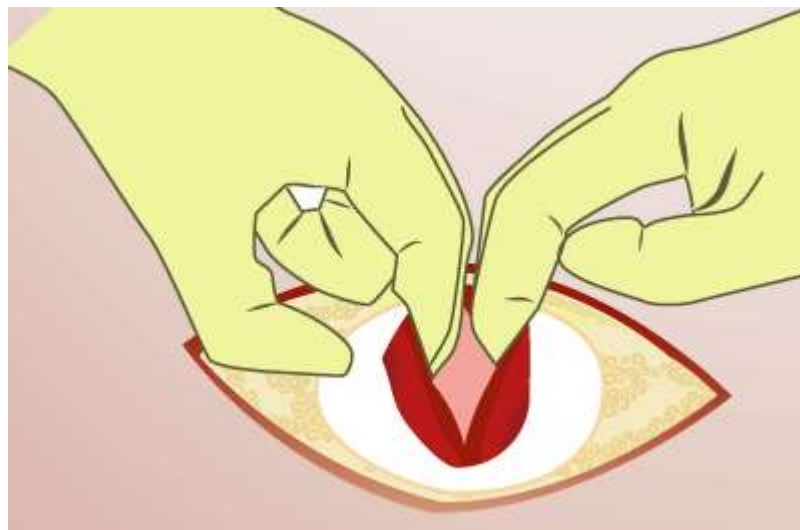
5. Подовжте поперечний розріз апоневрозу в обидва боки під підшкірною клітковиною, не порушуючи при цьому її цілості: розташуйте кінчики частково відкритих ножиць таким чином, щоб одне лезо було розташовано над, а інше – під апоневрозом (підтримуйте ножиці знизу вказівним пальцем лівої руки). Просувajte 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.



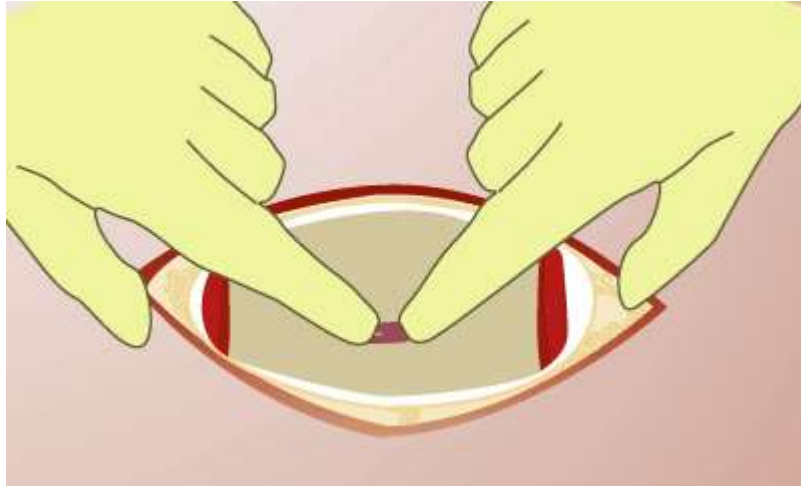
6. М'яко відділіть апоневроз від м'язів, вказівними пальцями розведіть прямі м'язи краніально та каудально, готуючись до наступного кроку.



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. Не бійтесь прикладати велику силу. Цей маневр дозволяє змістити всі судини та нерви вбік, не пошкоджуючи їх, і здійснити доступ до очеревини.



8. Вказівними пальцями розтягуйте в поперечному напрямку парієтальну очеревину у верхньому куті рани поки не утвориться невеличкий отвір. Розширте отвір вказівними пальцями в 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.

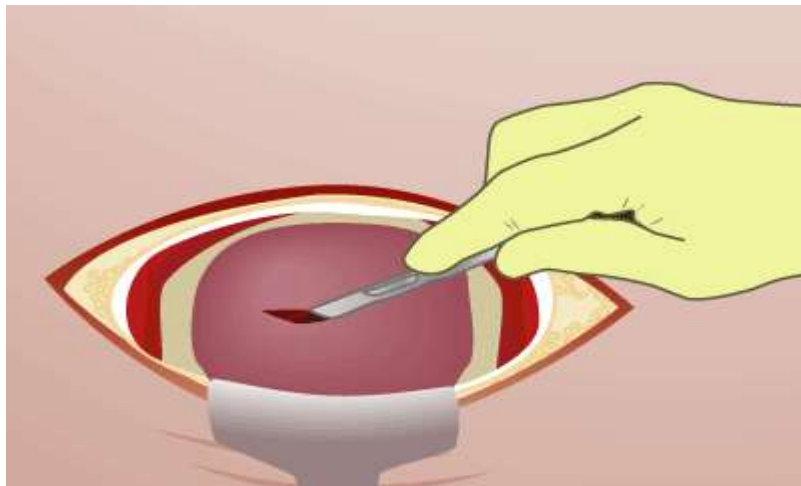


9. Ідентифікуйте нижній сегмент матки та сечовий міхур.

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 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 із 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 в абдомінальній рані, розміщуючи всю руку позаду матки, проводьте масаж матки для стимуляції її скорочень. У разі сильної кровотечі з плацентарної площадки, стисніть матку між долонями. Даний метод дає суттєвий гемостаз.

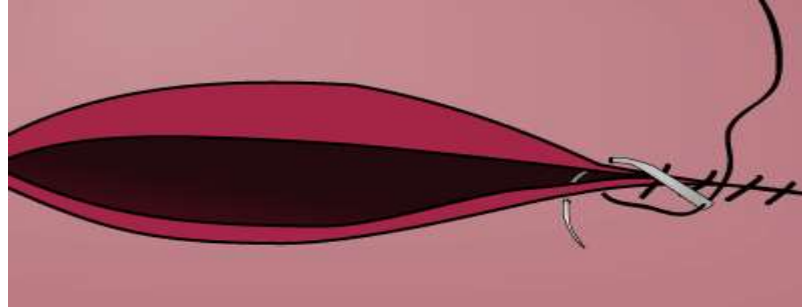
17.Продовжуючи масаж матки, марлевою серветкою видаліть залишки плодових оболонок та тканин з матки, стимулюючи її скорочення.

18.Захопіть центр нижнього краю рани на матці атравматичним затискачем. Якщо необхідно, розширте цервікальний канал розширювачем Гегара і 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:

Цілісність матки відновіть накладанням однорядного або дворядного безперервного шва через усю товщу стінки матки. 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 обережними в нижньому відділі розрізу, щоб запобігти травмуванню сечового міхура. У разі витончення нижнього сегменту може з'явитися необхідність у накладанні другого ряду швів.



20.Контроль гемостазу. Переконайтесь, що АТ та пульс в межах норми. Якщо гемостаз недостатній, накладіть додаткові шви для впевненості у відсутності кровотечі.

21.Видаліть згортки крові. Рідку кров видаліть з черевної порожнини відсмоктувачем. Мінімізуйте маніпуляції з кишечником – це забезпечить раннє відновлення функції кишечника.

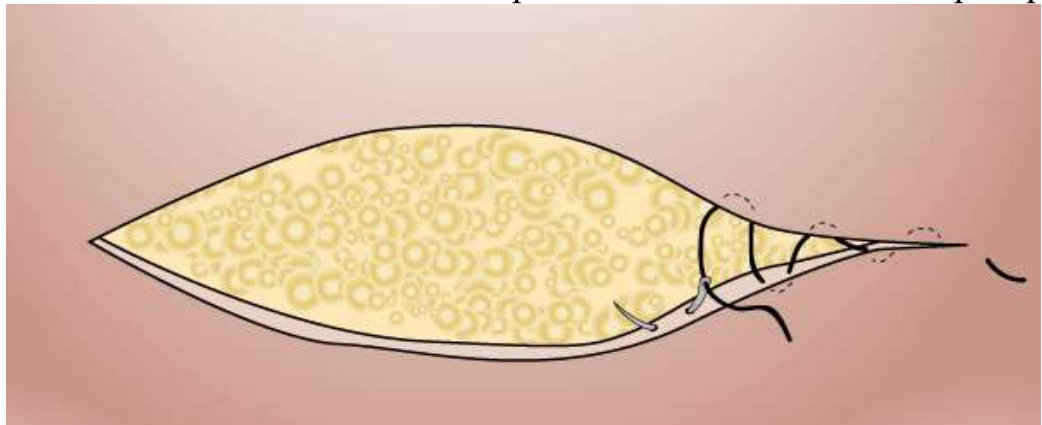
22.Ушивання вісцеральної очеревини:

Зведіть краї вісцеральної та парієтальної очеревини, не накладаючи лігатур. За короткий проміжок часу краї рани очеревини відновляться.

23.Відновіть цілість апоневрозу однорядним безперервним швом без перекиду. Надавайте перевагу синтетичному шовному матеріалу з довготривалим терміном розсмоктування. 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.

24.Рутинне ушивання підшкірної клітковини є необов'язковим за винятком випадків, коли її товщина перевищує 2 см.

25.Ушийте шкіру, застосовуючи косметичний внутрішньо-шкірний шов або декілька окремих швів за Донаті. Затисніть краї розрізу затискачами в проміжках між швами для забезпечення правильного співставлення країв рани.



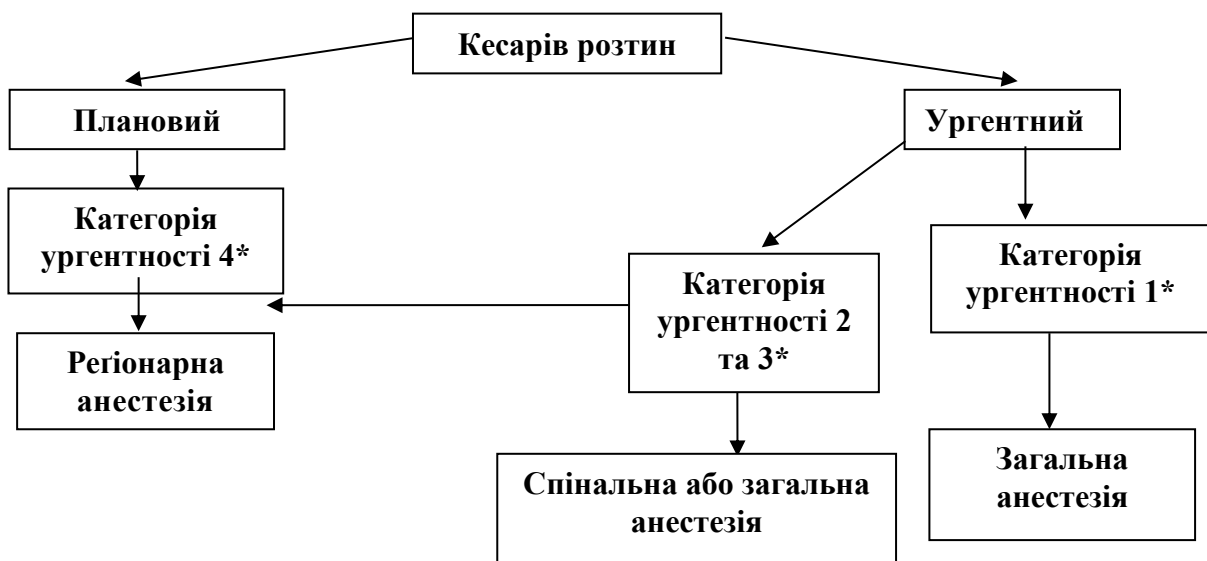
26. За відсутності інтраопераційних ускладнень пропонуйте породіллі раннє вживання рідини. Здійсніть ранню мобілізацію пацієнтки відразу по закінченню дії анестетиків. Немає необхідності в голодуванні після операції. Рання мобілізація знижує ризик тромбоемболічних ускладнень і зменшує інтенсивність й тривалість післяопераційного болю. Зменшення відчуття болю полегшує грудне вигодовування, а це в свою чергу сприяє скороченню та інволюції матки.

27. Окремі шви зніміть шви на 7-у добу після операції. Це знижує ризик розвитку інфекції та келоїдних рубців.

Додаток 3

до Уніфікованого клінічного протоколу первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Кесарів розтин» (пункт 3.3 розділу III)

Алгоритм анестезіологічного забезпечення кесарева розтину



* - 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.

Додаток 4

до Уніфікованого клінічного протоколу первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Кесарів розтин» (пункт 3.3 розділу III)

Анестезія при кесаревому розтині

Підготовчі заходи

Для запобігання розвитку аспіраційного синдрому внутрішньовенно вводять метоклопрамід 10 мг або інгібітори протонної помпи безпосередньо перед оперативним втручанням.

Пацієнтку вкладають на спину на операційний стіл з нахилом у лівий бік на 15°.

Моніторинг: вимірювання АТ кожні 5 хв, ЧСС, SpO₂ та P_{ЕТ}CO₂ 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) або пропофол (1-2,5 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 преєклампсією/еклампсією допускається застосування фентанілу 50-100 мкг до народження дитини. Міорелаксація забезпечується суксаметонієм (1,5 мг/кг).

У разі виникнення складної інтубації можливо альтернативне проведення ШВЛ через ларингеальну маску.

До вилучення плоду анестезію підтримують інгаляцією азоту оксиду у комбінації з киснем 1:1. Можлива інгаляція севофлюрану (1,0-1,5 об%) або ізофлюрану (0.75 об%). У разі відсутності інгаляційних анестетиків можливо

підтримання анестезії тим анестетиком, яким проводилася індукція. Суксаметоній вводять за необхідності підтримання міорелаксації не перевищуючи дозу у 500 мг.

ШВЛ проводять у режимі нормовентиляції. Бажано уникати гіпервентиляції, яка порушує матково-плацентарний кровообіг.

Після перетискання пуповини підтримку анестезії проводять за загальними правилами, міорелаксацію забезпечують введенням недеполяризуючих міорелаксантів короткої дії.

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 розчинів електролітів і/або колоїдних розчинів. Не доцільно використовувати преінфузію розчинів електролітів, тому що не доведено її переваг стосовно зниження частоти артеріальної гіпотензії.

До проведення регіонарної анестезії слід підготувати фенілефрин введення якого розпочинають одразу після інтратекальної ін'єкції анестетика з швидкістю 25-50 мкг/хв

Після розвитку анестезії у разі зниження вихідного систолічного АТ на 30 % або нижче 90 мм рт.ст. необхідно збільшити темп інфузії і швидкість введення фенілефрину до 100-150 мкг/хв та змістити матку у лівий бік. У випадках рефракторності АТ до проведених заходів внутрішньовенно вводять 1-3 мг фенілефрину.

У разі розвитку недостатньої анестезії проводять додаткову седацію. 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, 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 блювання.

Після вилучення плода проводять внутрішньовенну інфузію окситоцину (5 ОД). Застосування метилергометрину асоціюється із збільшенням частоти інтраопераційної нудоти та блювання.

Для запобігання розвитку інтра- та післяопераційної нудоти та блювання 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% 10-12,5 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 інтраопераційної аналгезії можливе додавання до розчину місцевого анестетика 15-20 мкг фентанілу, а для забезпечення якісної післяопераційної аналгезії можливо додавання 50-100 мкг морфіну.

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%.

Для поліпшення якості аналгезії можливе додавання до розчину місцевого анестетика 25-50 мкг фентанілу, а після народження дитини для ефективної післяопераційної аналгезії можливо епідуральне введення – 2-3мг морфіну.

Додаток 5

до Уніфікованого клінічного
протоколу первинної, вторинної
(спеціалізованої) та третинної
(високоспеціалізованої) медичної
допомоги «Кесарів розтин»
(пункт 4.12 розділу IV)

Алгоритм спостереження за породіллею після КР за часом

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

до Уніфікованого клінічного
протоколу первинної, вторинної
(спеціалізованої) та третинної
(високоспеціалізованої) медичної
допомоги «Кесарів розтин»
(пункт 3.3 розділу III)

ЕПІКРИЗ ПІСЛЯ ОПЕРАЦІЇ КЕСАРЕВА РОЗТИНУ

Прізвище, ім'я, по батькові: _____ Вік: _____
Дата народження: _____
Адреса: _____
Дата операції кесарева розтину: []/[]/20[]
Дата виписки: _____

Дата	
Вагітність № _____	
Пологи № _____	
Передчасні (до 37 тижнів)	
Термінові (37-42 тижнів)	
Після 42 тижнів	
Плановий кесарів розтин	
Ургентний кесарів розтин	
Категорія ургентності: 1, 2, 3	
Показання	

Анестезія	Загальна

	Спінальна
	Епідуральна
	Інше

Розтин матки	
В нижньому сегменті поперечний	
Корпоральний	
Інше	

Профілактика інфекції	
Препарат, доза	
Кратність	

Ушивання розтину матки	
Шовний матеріал	

Однорядний шов	
Дворядний шов	
Загальна крововтрата	
500 – 999 мл	
>1000 мл	
Переливання	
плазми	
еритроцитарної маси	
Мати переведено до:	
Палати інтенсивної терапії	
Післяпологової палати саму	

Ускладнення			Післяпологової палати разом з дитиною (дітьми)	
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	Атенаталь на загибель плода	Інтранаталь на загибель плода	Жива	Атенаталь на загибель плода	Інтранаталь на загибель плода	Жива	Атенаталь на загибель плода	Інтранаталь на 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										

* Оцінювання за шкалою Апгар здійснюють під час надання реанімаційної допомоги дитині наприкінці 1-ї та 5-ї хвилин після народження незалежно від терміну гестації і маси тіла новонародженого. Якщо результат оцінювання на 5-й хвилині менше 7 балів, додаткове оцінювання треба проводити кожні 5 хв до 20 хвилин життя дитини.

Перебіг післяопераційного періоду

Тривалість перебування в стаціонарі після операції кесарева розтину	Температура тіла породіллі $\geq 37,6^{\circ}\text{C}$ 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

до Уніфікованого клінічного протоколу первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Кесарів розтин»
(пункт 3.3 розділу III)

Загальні принципи та алгоритм проведення кесарева розтину

