



МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

Н А К А З

27.12.2011 N 977

**Про внесення змін до наказу МОЗ України
від 15.12.2003 року N 582 "Про затвердження
клінічних протоколів з акушерської
та гінекологічної допомоги"**

{ Наказ фактично втратив чинність у зв'язку з втратою чинності
Наказу Міністерства охорони здоров'я N 582 (v0582282-03)
від 15.12.2003, до якого вносились зміни }

На виконання доручення Президента України від 06.03.2003
N 1-1/152 п. а. 2 та з метою уніфікації вимог до обсягів і якості
надання акушерської допомоги **Н А К А З У Ю:**

1. Внести зміни до наказу МОЗ України від 15.12.2003 року
N 582 (v0582282-03) "Про затвердження клінічних протоколів з
акушерської та гінекологічної допомоги", виклавши Розділ "Кесарів
розтин" в редакції, що додається.

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

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

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

2.3. Забезпечити розробку локальних протоколів.

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

4. Контроль за виконанням наказу покласти на першого
заступника Міністра Моїсеєнко Р.О.

Міністр

О.В.Аніщенко

ЗАТВЕРДЖЕНО
Наказ Міністра
охорони здоров'я
України
27.12.2011 N 977

КЛІНІЧНИЙ ПРОТОКОЛ
з акушерської допомоги "Кесарів розтин"

з акушерської допомоги кесарів розтин**Вступ**

Використання клінічного протоколу в діяльності лікаря дозволить стандартизувати та уніфікувати діагностику, встановлення показань та протипоказань до виконання операції кесаревого розтину, надання анестезіологічної допомоги, техніки проведення оперативного втручання, ведення післяопераційного періоду та профілактики ускладнень, застосувати методики ведення з доведеною ефективністю, що знижують захворюваність і смертність пацієнта. Це дасть можливість вагітним, роділлям та породіллям, яким проводитиметься кесарів розтин, отримувати обґрунтовані діагностику, показання, оперативне втручання, післяопераційний нагляд, а лікарям застосовувати сучасні методики, засновані на науково-доказових засадах.

**Шкала градації доказів і сили рекомендацій,
застосованих в протоколі**

Рівні достовірності первинних даних RC-G	
Градація сили настанов	
A	Дані отримані з систематичного огляду, матаналізу рандомізованих контрольованих досліджень або одного рандомізованого контрольованого дослідження.
B	Дані отримані з якісних контрольованих досліджень без проведення рандомізації, квазі-експериментальні дослідження або когортні дослідження.
C	Добре організовані не експериментальні описові дослідження, такі як: порівняльні, корелятивні, дослідження випадок-контроль та серії випадків.
D	Звіти експертних комітетів або точка зору та/або клінічний досвід експертів.

КЕСАРІВ РОЗТИН**Загальні положення**

Протягом останніх десятиріч частота кесаревого розтину (КР) зростала в розвинутих країнах та країнах, що розвиваються. Дослідження, проведене ВООЗ, показало (2005 р.), що збільшення частоти КР асоціюється із підвищенням частоти призначення антибіотиків в післяпологовому періоді, збільшенням частоти важкої материнської захворюваності та смертності. Збільшення частоти КР вище, ніж 15%, не рекомендовано ВООЗ, тому що не впливає на зниження показників перинатальної захворюваності та смертності серед дітей, які народились шляхом КР у порівнянні з таким серед немовлят, що народились природним шляхом.

Враховуючи частоту оперативного розродження, будь-яка спроба зменшити асоційовані з КР ризики буде мати суттєві переваги з точки зору як економічних витрат, так і покращення здоров'я жінок.

Перелік скорочень, що використовуються в протоколі

КР – кесарів розтин

ПС – перинатальна смертність

ПКР – плановий кесарів розтин

РДС – респіраторний дистрес синдром

КТГ – кардіотокографія

БДВ – без додаткових вказівок

ВРІТ – відділення реанімації та інтенсивної терапії

ВІТ – відділення інтенсивної терапії

2

ІМТ – індекс маси тіла (маса/зріст)
 ВД – вагінальне дослідження
 ВООЗ – Всесвітня організація охорони здоров'я
 ВП – вагінальні пологи
 ЗОЗ – заклад охорони здоров'я
 ЛПМД – локальний протокол медичної допомоги
 УКПМД – уніфікований клінічний протокол медичної допомоги
 КН – клінічні настанови
 СМД – стандарт медичної допомоги
 ТЕЛА – тромбоемболія легеневої артерії
 ГСЗ – гнійно-септичні захворювання

А.1.1. Діагноз та термінологія для його формування

Визначення:

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

А.1.2. Коди стану та захворювання (КЛАСИФІКАЦІЯ за МКХ – Х)

082.0 – проведення елективного кесаревого розтину
 082.1 – проведення термінового кесаревого розтину
 082.2 – проведення кесарева розтину з гістеректомією
 082.8 – інші одноплідні пологи шляхом кесарева розтину
 082.9 – пологи шляхом кесарева розтину неуточнені

Категорії ургентності:

1 категорія – існує значна загроза життю матері та/або плода (наприклад, дистрес плода, розрив матки тощо) (082.1) – операцію має бути розпочато не пізніше, ніж через 15 хвилин від визначення показань (С);

2 категорія – стан матері та/або плода порушені, але безпосередньої загрози життю матері та/або плода немає (наприклад, аномалії пологової діяльності в разі порушеного стану матері чи плода) (082.1) – операцію має бути розпочато не пізніше 30 хвилин від визначення показань (С);

3 категорія – стан матері та плода не порушені, однак потребують абдомінального розродження (наприклад, допологове злиття вод в разі запланованого КР; аномалії пологової діяльності за відсутності скомпрометованого стану матері чи плода) (082.1) – операцію має бути розпочато впродовж 75 хвилин (С);

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

А.1.3. Для кого призначений протокол (потенційні користувачі):

Лікарі-акушери-гінекологи, сімейні лікарі, лікарі анестезіологи, лікарі-неонатологи, медичні сестри, акушерки, студенти медичних ВНЗів, лікарі-інтерни, організатори охорони здоров'я.

А.1.4. Мета протоколу: Надати користувачам доказові дані, застосування яких дозволить поліпшити якість допомоги жінкам, що потребують розродження шляхом кесарева розтину. Уніфікувати показання до КР, методику виконання операції, принципи до-, інтра- та післяопераційного ведення, впровадити індикатори якості. В остаточному підсумку очікується зниження кількості необґрунтованих КР, асоційованої з КР материнської та неонатальної захворюваності та смертності.

А.1.5. Дата складання протоколу: 2011

А.1.6. Дата перегляду протоколу: 2016

А.1.7. Список та контактна інформація осіб, які брали участь в розробці протоколу

Моїсеєнко Р.О. – Перший заступник Міністра охорони здоров'я України. голова робочої гвппи.

- Коломейчук В.М. – Заступник директора Департаменту – начальник відділу акушерсько-гінекологічної допомоги Департаменту охорони материнства, дитинства та санаторного забезпечення, заступник голови робочої групи.
- Чибісова І.В. – Головний спеціаліст відділу акушерсько-гінекологічної допомоги Департаменту материнства, дитинства та санаторного забезпечення МОЗ України.
- Камінський В.В. – Головний спеціаліст зі спеціальності "акушерство та гінекологія" МОЗ України, професор, завідувач кафедри акушерства, гінекології та репродуктології Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л.Шупика.
- Жук С.І. – Завідувачка кафедри акушерства, гінекології та медицини плода НМАПО ім. П.Л.Шупика, професор.
- Герман Ю.В. – Головний спеціаліст з акушерства та гінекології Управління охорони здоров'я Херсонської ОДА.
- Іркіна Т.К. – Клінічний директор проекту "Здоров'я матері та дитини".
- Голяновський В.О. – Клінічний спеціаліст проекту "Здоров'я матері та дитини".
- Квашенко В.П. – Професор кафедри акушерства, гінекології та перинатології Донецького національного медичного університету ім. М.Горького.
- Ткаченко Р.О. – Професор кафедри акушерства, гінекології та репродуктології НМАПО ім. П.Л.Шупика, доктор медичних наук, головний позаштатний спеціаліст з питань акушерської реанімації ГУОЗ м. Києва.
- Медведь В.І. – Завідувач відділенням внутрішньої патології вагітних ДУ "ІПАГ НАМН України", професор.
- Чернов А.В. – Експерт-консультант Українсько-Швейцарської Програми "Здоров'я матері та дитини".
- Остапенко О.І. – Головний спеціаліст з акушерства та гінекології УОЗ Донецької міської ради.
- Давидова Ю.В. – Завідувачка відділення акушерських проблем екстрагенітальної патології та постнатальної реабілітації, ДУ "ІПАГ НАМН України".
- Пирогова В.І. – Завідувачка кафедри акушерства, гінекології та перинатології Львівського національного медичного університету, професор.
- Галич С.Р. – Професор кафедри акушерства та гінекології Одеського національного медичного університету.
- Могілевкіна І.О. – Професор кафедри акушерства, гінекології та перинатології Донецького національного медичного університету ім. М.Горького.

Підписано 08.08.2022

Заступник голови робочої групи з питань акушерства та гінекології

дудіна О.О.

– зав. відділом охорони здоров'я матері та дитини ДУ "Український Інститут стратегічних досліджень".

Рецензенти

Венцовський Б.М. – чл. – кор. НАМН України, завідувач кафедру акушерства і гінекології N 1 Національного медичного університету ім. О.О.Богомольця

Донець В.Е. – головний акушер-гінеколог управління охорони здоров'я Житомирської ОДА

Протокол розглянутий і затверджений:

ЗЦЗМС – 2011

МОЗ – 2011

А.1.8. Коротка епідеміологічна інформація

Частота КР в Україні постійно зростає (з 9,58% у 1999 до 16,10% у 2009), що збільшує ризик материнської та перинатальної захворюваності та смертності.

Рис. 1 Частота кесарева розтину (КР),
рівень перинатальної смертності (ПС)
(на 1000 народжених живими і мертвими),
та летальність в разі КР в Україні
за даними Держкомстату та ЦМС МОЗ України,
1998 – 2009 р.р.
(va977282-11).

З 2006 року в Україні спостерігається підвищення ПС водночас із підвищенням частоти розродження шляхом КР вище 14% та збільшення летальності серед жінок, яких було розроджено оперативним шляхом.

Показник материнської смертності, асоційованої із КР (близько 40 на 100000 живонароджених) в 4 рази вище, ніж для всіх типів вагінальних пологів (10 на 100000 живонароджених), та в 8 разів вище, ніж для нормальних вагінальних пологів (5 на 100000).

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 в 15 – 23%, а частота інтраопераційних ускладнень під час повторного КР в 5 разів перевищує аналогічну при першому КР. Все це потребує збільшення моральних та матеріальних витрат на їх подолання. Тому діяльність акушерської служби має бути спрямована на збільшення безпеки абдомінального розродження та зменшення частоти не обґрунтованого оперативного втручання.

А.2. Загальна частина

Протокол базується на даних клінічних настанов, висновках систематичних оглядів і мета-аналізів, а також результатах окремих контрольованих рандомізованих та інших надійних клінічних та експериментальних досліджень щодо ефективності і безпечності діагностичних та лікувальних втручань. У якості прототипу використано протокол Королівського коледжу акушерів та гінекологів (Велика Британія). Дана настанова відповідає рекомендаціям ВООЗ та визначає порядок здійснення операції КР для всіх закладів охорони здоров'я (ЗОЗ), незалежно від їх форми власності і підпорядкування; встановлює форми облікової документації, інструкції щодо їх заповнення.

Принципи організації медичної допомоги при операції КР

А.2.1. Для установ, що надають первинну медичну допомогу

Положення протоколу	Обґрунтування	Необхідні дії
1. Первинна профілактика		

1.1. Догоспітальний етап Організація та забезпечення діючої системи інформаційно-просвітницьких, організаційних заходів з метою визначення когорти жінок, яким показаний плановий КР та скерування їх на належний рівень надання медичної допомоги	Вагітним протягом антенатального періоду надаватиметься інформація, заснована на доказах, з метою допомогти їм зробити правильний вибір відносно методу розродження. Думка жінки має бути важливою складовою прийняття рішення про оперативне розродження. Кесарів розтин проводиться в родопомічних закладах другого та третього рівня надання стаціонарної допомоги, незалежно від їх форми власності та підпорядкування	Обов'язкові: Забезпечується відбір жінок для планового кесаревого розтину суворо у відповідності до показань, викладених у даному протоколі, за її інформованою згодою (додаток 1) Бажані: консультування щодо планового оперативного розродження, післяпологової контрацепції (С).
2. Діагностика		
2.1. Встановлення показань до планового КР та оцінка ступеня перинатального ризику	Визначення медичного закладу відповідного рівню акредитації для надання адекватної медичної допомоги	Встановлення жінок групи високого перинатального ризику для направлення на II – III рівень надання спеціалізованої стаціонарної допомоги
3. Методи лікування		
Направлення для планової госпіталізації на II – III рівень надання спеціалізованої стаціонарної допомоги	Розродження шляхом КР можливе в медичних установах, де забезпечено цілодобове чергування акушер-гінеколога, анестезіолога, неонатолога	Розродження шляхом КР можливе в медичних установах II – III рівня надання спеціалізованої стаціонарної допомоги
4. Подальше спостереження		
Догляд за дитиною, яка народилась шляхом КР, проводиться у відповідності до догляду за новонародженим, який народився через природні пологові шляхи. Жінка, якій проведено КР, має бути проінформована, що: Повторна вагітність, яка виникає протягом 2 років після попереднього КР, супроводжується	Методи контрацепції для жінок, які перенесли КР, не відрізняються від контрацепції, що рекомендується жінкам в післяпологовому періоді. ВМК може застосовуватися у жінок після КР.	Огляд породіллі після проведення КР та виписки зі стаціонару. Рекомендації щодо диспансерного спостереження, контрацепції та грудного вигодовування. Обов'язкові: Вибір методу контрацепції є рішенням жінки, яке вона приймає після консультування з питань планування сім'ї.

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 (В)1, а також підвищеним ризиком розриву матки при спробі вагінальних пологів після КР. Найвищий ризик 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.	Бажані: Під час консультування необхідно надати інформацію про засоби та методи, що існують, їх переваги та недоліки. Медичний працівник повинен допомогти жінці обрати метод контрацепції, що найбільше їй підходить, а також навчити жінку та її партнера використовувати цей метод ефективно.
---	---

А.2.2. Для установ, що надають вторинну амбулаторну медичну допомогу

Положення протоколу	Обґрунтування	Необхідні дії
1. Первинна профілактика		
Забезпечується відбір жінок для планового кесаревого розтину. Жінки з важкою екстрагенітальною патологією направляються на III рівень надання спеціалізованої медичної допомоги.	Жінкам з екстрагенітальною патологією необхідно отримати висновок, який містить діагноз та рекомендації зі способу розродження профільного експерта медичної установи III рівня (згідно показань з екстрагенітальної патології – дивись "Показання до КР" з протоколу).	Обов'язкові: Вагітним протягом антенатального періоду надаватиметься інформація, заснована на доказах, з метою допомогти їм зробити правильний вибір відносно методу розродження. Думка жінки має бути важливою складовою прийняття рішення про оперативне розродження. Бажані: консультування щодо планового оперативного розродження і післяпологової контрацепції
2. Діагностика		

Обов'язковий огляд терапевта, профільних спеціалістів. Проведення перинатального консилиуму при встановленні діагнозу ВВР у плода. Обстеження вагітної згідно діючого наказу МОЗ України з надання амбулаторної акушерсько-гінекологічної допомоги.	При проведенні перинатального консилиуму визначається вітальність або летальність ВВР, можливість, місце та час проведення розродження з подальшим наданням відповідної хірургічної корекції у новонародженого	Обов'язкові: Надання жінці інформації щодо можливості хірургічної корекції виявленої ВВР у визначеному медичному закладі після проведеного КР. Бажані: Консультування жінки щодо нормативної правової бази з переривання вагітності за медичними показаннями у разі визнання летальності ВВР
3. Лікування		
Виявлення та санація вогнищ інфекції (патологія сечовивідних шляхів, санація порожнини рота, санація статевих шляхів та ін.)	На думку експертів, наявність не саниованих вогнищ інфекції призводить до ускладнень в післяопераційному періоді та виникненню необхідності додаткового обстеження, призначення антибіотиків, збільшення тривалості перебування в стаціонарі.	Обов'язкові: Враховується згода жінки на проведення КР. У разі відмови жінки від запропонованого планового КР (за її особистим підписом), цей факт документується не менш, ніж трьома лікарями за участю керівника 303. У разі вихідних або святкових днів керівник 303 має бути проінформованим по телефону. Бажані: У разі відмови жінки від планового КР має бути поінформована її родина
4. Подальше спостереження		
Догляд за дитиною, яка народилась шляхом КР, проводиться у відповідності до догляду за новонародженим, який народився через природні пологові шляхи. Жінка, якій проведено КР, має бути проінформована, що: Повторна вагітність, яка виникає протягом 2 років після попереднього КР супроводжується підвищеним ризиком	Методи контрацепції для жінок, які перенесли КР, не відрізняються від контрацепції, що рекомендується жінкам в післяпологовому періоді. ВМК може застосовуватися у жінок після КР.	Огляд породіллі після проведення КР та виписки зі стаціонару Рекомендації з диспансерного спостереження, контрацепції та грудного вигодовування. Обов'язкові: Вибір методу контрацепції є рішенням жінки, яке вона приймає після консультування з сім'ї. Бажані:

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 (В), а також підвищеним ризиком розриву матки при спробі вагінальних пологів після КР. Найвищий ризик виникнення цих ускладнень спостерігається у разі виникнення вагітності протягом першого року після КР. Повторна вагітність протягом 2-х років після попереднього КР не є показанням до переривання вагітності.	Під час консультування необхідно надати інформацію про засоби та методи, що існують, їх переваги та недоліки. Медичний працівник повинен допомогти жінці обрати метод контрацепції, що найбільше їй підходить, а також навчити жінку та її партнера використовувати цей метод ефективно.
--	---

А.2.3. Для установ, що надають вторинну (третинну) стаціонарну медичну допомогу

Положення протоколу	Обґрунтування	Необхідні дії
1. Догоспітальний етап		
Організація та забезпечення діючої системи інформаційно-просвітницьких, організаційних заходів з метою визначення когорти жінок, яким показаний плановий КР та скерування їх на належний рівень надання медичної допомоги.	Вагітним протягом антенатального періоду надаватиметься інформація, заснована на доказах, з метою допомогти їм зробити правильний вибір відносно методу розродження. Думка жінки має бути важливою складовою прийняття рішення про оперативне розродження. Госпіталізацію для планового КР бажано здійснювати за добу до планованого оперативного втручання.	Обов'язкові: Забезпечується відбір жінок для планового кесаревого розтину. Бажані: Консультування щодо планованого оперативного розродження і післяпологової контрацепції.
2. Госпіталізація		
Госпіталізацію для планового КР бажано	Проводиться консилиум лікарів	Обов'язкові: Вагітний при

планового КР об'явлено здійснювати за добу до планованого оперативного втручання. Плановий елективний КР виконують після повних 39 тижнів вагітності. У разі багатоплідної вагітності плановий елективний КР виконують після 38 тижнів. З метою профілактики вертикальної трансмісії при ВІЛ-інфікуванні матері у 38 тижнів вагітності до відходження навколоплідних вод та/або до початку пологів. У разі моноамніотичної двійні операція КР повинна бути виконана у терміні 32 тижні після попередньої профілактики РДС у 303 III рівня.	консилиум лікарів для прийняття остаточного рішення про доцільність та термін проведення КР з визначенням складності оперативного втручання та складу операційної бригади (додаток 7) (va977282-11). Своєчасне проведення обґрунтованого КР зменшує кількість післяопераційних ускладнень та оптимізує перинатальні наслідки	вигляду при проведенні ургентного КР слід надати доказову інформацію про можливі ускладнення, для прийняття свідомого рішення щодо методу розродження. Отримати поінформовану згоду вагітної на проведення оперативного розродження. У разі неможливості консультування жінки, отримання інформованої згоди (непритомний стан та інше) за наявності ургентної ситуації категорії 1, прийняття рішення залишається за консилиумом лікарів. Забезпечити огляд вагітної анестезіологом та визначити вибір методу анестезії. Рішення про розширення об'єму оперативного втручання приймається консилиумом у складі операційної бригади.
3. Діагностика		
Визначити ризик тромбоемболічних ускладнень та методику їх профілактики. Провести профілактику аспіраційного пневмоніку. Визначення характеру антибіотикопрофілактики.	На думку експертів	Обов'язкове: Обстеження: Визначення показників гемоглобіну, гематокриту, тромбоцитів у аналізі крові напередодні планового КР або безпосередньо перед операцією КР 2,3 ступеню ургентності. У разі КР категорії ургентності 1 лабораторне обстеження проводиться під час операції; Група крові та резус-фактор Додаткові клініко-лабораторне

		обстеження проводяться лише за наявності показань. Бажане: консультування вагітної з питань планування сім'ї в разі проведення КР.
4. Лікування		
Жінкам, які направлені на II – III рівень надання спеціалізованої медичної допомоги, проводиться операція КР за однією з методик згідно додатків 2 (va977282-11), 8. Анестезіологічне забезпечення проводиться згідно додатку 4 та алгоритму проведення анестезії.	На думку експертів, жінкам та їх партнерам необхідно рекомендувати за наявності показань плановий КР. У разі виникнення показань до ургентного КР жінка (у разі можливості – її партнер інформується про наявність показань до оперативного розродження). Показання до планового та ургентного КР (згідно алгоритму) викладені у розділі "Показання".	Обов'язкове: Катетеризація периферичної вени Катетеризація сечового міхура за показаннями Профілактика інфекцій Профілактика аспіраційного пневмоніту Профілактика тромбоемболічних ускладнень Профілактика гіпотензії у матері Післяопераційна аналгезія. Післяопераційний нагляд згідно додатка 5. Бажане: раннє прикладання до грудей, грудне вгодовування, відкрите ведення післяопераційної рани через 24 год., застосування самоконтрольованої аналгезії. Катетеризація периферичної вени. Катетеризація сечового міхура. У разі втрати свідомості або недієздатності показання до операції встановлюються не менш, ніж трьома лікарями, керівник 303 має бути поінформованим по телефону. Післяопераційне знеболення: Додавання 3 – 4 мг морфіну у епідуральний простір забезпечує аналгезію впродовж 18 – 24 годин після операції. Для покращення якості аналгезії у ранньому

		післяопераційному періоді в цих випадках необхідно додаткове введення нестероїдних протизапальних засобів. Знеболення після операції, яка проводилася із застосуванням загальної або спінальної анестезії полягає у поєднаному введенні опіоїдів у комбінації з нестероїдними протизапальними засобами. Застосування самоконтрольованої анальгезії більш ефективне.
5. Виписка з рекомендаціями		
Виписка з рекомендаціями на післягоспітальному етапі. Необхідність огляду у акушера-гінеколога або сімейного лікаря в післяпологовому періоді	На думку експертів операція КР пов'язана з можливістю виникнення наступних ускладнень: повторні хірургічні втручання; тромбоемболічні ускладнення, інфекційні ускладнення.	Обов'язкові: Тривалість госпіталізації на 3 – 4 доби довша за вагінальні пологи. Заповнення епікризу (додаток 6). Критерії виписки: відсутність ознак післяопераційних ускладнень. Бажані: надання інформації про режим жінки в післяопераційному післяпологовому періоді, початок статевого життя, рекомендації щодо контрацепції.

А.3.1. 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 нижньосереднього розрізу черевної стінки або класичного корпорального на матці, жінку необхідно поінформувати про причини і додаткові ризики.

2. Жінку необхідно поінформувати про можливі види анестезії, вона повинна мати можливість зробити свідомий вибір. Анестезіолог має надати загальну інформацію про обраний метод, ризики, переваги та можливі ускладнення.

3. Перед операцією здійснюється катетеризація периферичної

всипи і сечового міхура (В), обробка антисептиками передньої черевної стінки.

4. Серйозні ризики, що пов'язані з операцією кесарева розтину:

Для матері:

- гістеректомія (7 – 8 на 1000)
- повторні хірургічні втручання (5 на 1000)
- перебування у відділенні інтенсивного спостереження (залежить від причини операції) (9 на 1000)
- тромбоемболічні ускладнення (4 – 16 на 10000)
- пошкодження сечового міхура (1 на 1000)
- пошкодження сечоводу (3 на 10000)
- смерть (1 на 12000)

Для наступних вагітностей:

- розрив матки під час наступних пологів (2 – 7 на 1000)
- ризик антенатальної загибелі плода (4 на 1000)
- передлежання та прирощення плаценти (4 – 8 на 1000)

5. Часті явища та можливі ускладнення:

з боку матері:

- біль внизу живота у перші дні після операції
- абдомінальний дискомфорт та/або дискомфорт у ділянці рани упродовж кількох місяців (9 на 100),
- повторний КР при наступній вагітності (1 з 4)
- повторна госпіталізація з різних причин (5 на 100),
- підвищена крововтрата у порівнянні з вагінальними пологами: кровотеча – 5 на 1000, приблизно 12 з 1000 жінок можуть потребувати переливання крові
- інфекція (6 на 100).

З боку плода:

- пошкодження шкіри (2 на 100)
- дихальні розлади (35 на 1000) (С)

У жінок з ожирінням, тяжкою соматичною патологією, з оперативними (абдомінальними) втручаннями в анамнезі ризик ускладнень збільшується.

Додаткова інформація:

- знаходження у лікарні після операції триватиме на 2 – 3 доби більше, ніж після вагінальних пологів
- рання ініціація грудного вигодовування
- доцільно здійснювати контакт "шкіра до шкіри" батька та маляка

Результатом проведення консультування повинно бути підписання жінкою поінформованої згоди на медичне втручання (Додаток 1).

Консультування з питань планування сім'ї в разі КР:

Жінка, якій пропонується КР має бути проінформована, що:

- Повторна вагітність, яка виникає протягом 2 років після попереднього КР супроводжується підвищеним ризиком передлежання плаценти (у 1,5 рази за наявності одного КР в анамнезі, та у 2 рази за наявності двох КР в анамнезі), відшарування плаценти (у 1,3 рази) у порівнянні з повторною вагітністю після попередніх вагінальних (В)1, а також підвищеним ризиком розриву матки при спробі вагінальних пологів після КР (В). Найвищий ризик виникнення цих ускладнень спостерігається у разі виникнення вагітності протягом першого року після КР.

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

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

- В разі запланованого КР до оперативного втручання з жінкою потрібно обговорити методи контрацепції, які вона планує застосувати у майбутньому. В разі бажання жінки провести хірургічну стерилізацію під час КР, додаткове консультування та отримання поінформованої згоди на розширення оперативного втручання є обов'язковим. В разі ургентного КР (категорії ургентності 1,2) питання про хірургічну стерилізацію є

недоцільним, тому що жінка не має достатнього часу для прийняття рішення щодо втручання яке призводить до необоротної втрати фертильності.

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

Під час консультування необхідно надати інформацію про засоби та методи, що існують, їх переваги та недоліки. Медичний працівник повинен допомогти жінці обрати метод контрацепції, що найбільше їй підходить, а також навчити жінку та її партнера використовувати цей метод ефективно.

A.3.2. Плановий кесарів розтин

A.3.2.1. Показання до планового кесарева розтину

1. Передлежання плаценти, підтверджене при ультразвуковому дослідженні після 36 тижнів (край плаценти менше ніж на 2 см від внутрішнього вічка) (D)

2. Рубець на матці за наявності протипоказань до вагінальних пологів

– Наявність будь-яких протипоказань для вагінальних пологів

– Попередній корпоральний КР

– Попередній Т та J-подібний розріз на матці (B)

– Розрив матки в анамнезі

– Попередні реконструктивні операції на матці, резекція кута матки, гістеротомія, міомектомія із проникненням у порожнину матки в анамнезі (C), лапароскопічна міомектомія за відсутності ушивання матки сучасним шовним матеріалом (D)

– Більше одного КР в анамнезі (серед жінок, що мають в анамнезі два КР, можуть бути відібрані як кандидати для спроби вагінальних пологів після КР, тільки такі, хто має в анамнезі хоча б одні вагінальні пологи (BП).

– Відмова жінки від спроби ВП.

3. Тазове передлежання плода після невдалої спроби зовнішнього повороту плода в 36 тижнів, за наявності протипоказань до нього (A) чи за наполяганням жінки (D).

4. Тазове передлежання або неправильне положення I плода при багатоплідній вагітності (D)

5. Поперечне положення плода

6. Моноамніотична двійня (D) (найкращим методом розродження є операція КР у 32 тижні вагітності після проведення профілактики РДС), у 303 III рівня

7. Синдром затримки росту одного із плодів при багатоплідній вагітності

8. ВІЛ-інфіковані:

– Жінки, які приймають антиретровірусну терапію трьома препаратами та мають вірусне навантаження більше 50 копій в 1 мл (A);

– Жінки, які приймають монотерапію зидовудином (A);

– Ко-інфіковані жінки ВІЛ та вірусним гепатитом С (D).

Операція має бути виконана у 38 тижнів вагітності до початку пологової діяльності та/або розриву навколоплідних оболонок.

9. Первинний генітальний герпес за 6 тижнів до пологів (B).

10. Екстрагенітальна патологія (після встановлення діагнозу профільним експертом):

– кардіологічна – артеріальна гіпертензія III стадії, коарктація аорти (без оперативної корекції вади), аневризми аорти чи іншої крупної артерії, систолічна дисфункція лівого шлуночка з фракцією викиду < 40%, констриктивний перикардит;

– офтальмологічна – геморагічна форма ретинопатії, периферична виразка погіршення. пошкодження очного яблука з

проникненням, "свіжий" опік (інша, окрім вищеперерахованої, патологія органу зору не є показанням до КР);

- пульмонологічна - захворювання легень, що обумовлюють загрозу пневмотораксу, легенева кровотеча менш ніж за 4 тижні до розродження;
- органів травлення - портальна гіпертензія з варикозним розширенням вен стравоходу та шлунку, спленомегалія, діафрагмальна кила;
- неврологічна - гіпертензійно-лікворний синдром, стан після геморагічного інсульту, артеріо-венозні мальформації мозку (D).

11. Пухлини органів малого тазу або наслідки травми тазу, що перешкоджають народженню дитини (D).

12. Рак шийки матки (D).

13. Стани після розриву промежини III ступеню або пластичних операцій на промежині (D).

14. Стани після хірургічного лікування сечостатевих і кишково-статевих нориць (D)

15. Гастрошизис, діафрагмальна кила, spina bifida, тератома у плода, зрощення близнюків - за умови можливості надання оперативної допомоги новонародженій дитині (за наявності рішення перинатального консилиуму або консультативного висновку профільного експерта) (D).

КР за бажанням жінки за відсутності перелічених показань не проводиться.

У разі відмови жінки від показаної операції вона має власноручно підписати поінформовану відмову (D).

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

Терміни виконання планового кесаревого розтину

- Плановий елективний КР виконують після повних 39 тижнів вагітності.

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

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

- У разі моноамніотичної двійні операція КР повинна бути виконана у терміні 32 тижні після попередньої профілактики РДС у 303 III рівня.

A.3.2.2. Ургентний кесарів розтин

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

Показання до операції ургентного кесарева розтину (D)

1. Кровотеча до пологів або в першому періоді пологів за відсутності умов для швидкого розродження через природні пологові шляхи.

2. Розрив матки, що загрожує або почався.

3. Тяжка прееклампсія або еклампсія за відсутності умов для екстреного розродження через природні пологові шляхи.

4. Дистрес плода, підтверджений об'єктивними методами обстеження (КТГ, рН передлежачої частини, фетальна пульсоксиметрія за наявності умов, доплерометрія), за відсутності умов для термінового розродження через природні пологові шляхи.

5. Випадіння пульсуючих петель пуповини.

6. Обструктивні пологи:

- Асинклітичні вставлення голівки плода (задній асинклітизм)
- Поперечне та косе положення плода при відходженні навколоплідних вод
- Розгинальні вставлення голівки плода (лобне, передній вид лицьового)
- Клінічно вузький таз.

7. Аномалії пологової діяльності за даними партограми, які не піддаються медикаментозній корекції.

8. Невдала спроба індукції пологів.

9. Агональний стан або клінічна смерть вагітної при живому плоді.

Фактори, що сприяють зниженню частоти ургентного КР

- Психологічна підтримка жінки під час пологів (А)
- Індукція пологової діяльності по досягненні терміну 41 тиждень вагітності (А)
- Використання партограми для моніторингу прогресу пологів (А)
- Прийняття рішення щодо КР консилиумом (С)
- Використання додаткових методів оцінки стану плода (визначення рН зі шкіри передлежачої голівки та фетальна пульсоксиметрія за наявності умов для їх проведення), що доповнює електронний фетальний моніторинг (який ізолювано асоціюється з підвищенням частоти КР) (В).
- Перегляд показань до КР в операційній (переоцінка стану плода та положення передлежачої частини).

A.3.2.3. Передопераційне обстеження та підготовка:

Обстеження:

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

2. Група крові та резус-фактор

3. Додаткове клініко-лабораторне обстеження проводяться лише за наявності показань;

Підготовка до КР:

1. Катетеризація периферичної вени.

2. Катетеризація сечового міхура за показаннями.

A.3.3. Схема медикаментозного лікування

A.3.3.1. Профілактика інфекції

- Усі жінки, яким роблять плановий чи ургентний КР, повинні отримати антибіотикопрофілактику (А).

- 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 (А).

- В разі алергії на бета-лактамі антибіотики, можуть застосовуватись кліндаміцин або еритроміцин внутрішньовенно (А)

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

- В разі, якщо оперативне втручання продовжується більше 3 годин або крововтрата перевищує 1500 мл, додаткова доза профілактичного антибіотика може бути призначена через 3 - 4 години після початкової дози (D).

– В разі ожиріння (ІМТ більше 35), наявності ризику реалізації інфікування в післяопераційному періоді (хронічні запальні процеси,) антибактеріальна терапія має бути розширена

– Проводиться санація піхви повідон-йодом безпосередньо перед КР, що знижує ризик післяопераційного ендометриту, зокрема у жінок, яким КР проводиться після розриву плодових оболонок (А).

A.3.3.2. 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. Вживання рідини під час пологів не підвищує ризик материнських ускладнень, а вживання їжі під час пологів – підвищує (В).

З метою попередження аспіраційного пневмоніту, жінкам слід призначати метоклопрамід окремо або в комбінації з Н₂ антагоністом

(ранітидин) чи антагоністом протонної помпи (омепразол).

Доцільно призначати протиблювотні засоби з метою зменшення виразності нудоти та блювоти (А).

A.3.3.3. Профілактика тромбоемболії

В усіх випадках, коли прийнято рішення про виконання КР, слід провести оцінку ризику легеневої тромбоемболії згідно з діючими нормативними документами. Для профілактики цього ускладнення застосовують механічні методи (еластична компресія нижніх кінцівок, рання післяопераційна активізація жінки) та, залежно від ступеня ризику, НМГ у відповідному режимі (D).

A.3.3.4. Профілактика гіпотензії у матері

1. Положення жінки на операційному столі з нахилом у лівий бік у 15 град.С (А).

2. Передопераційна інфузія кристалоїдів, використання ефедрину чи фенілефрину при застосуванні регіональної анестезії (А).

A.3.3.5. Анестезіологічне забезпечення кесарева розтину

Анестезіолог повинен провести передопераційний огляд вагітної, основною метою якого є оцінка загального статусу пацієнтки та визначення ступеню анестезіологічного ризику. Крім з'ясування загального стану жінки анестезіолог має визначити можливість розвитку аортокавального і аспіраційного синдрому та оцінити наявність ознак складної інтубації.

Жодна з існуючих класифікацій операційно-анестезіологічного ризику не враховує стан внутрішньоутробного плода, наявність у жінки небезпечної для життя її та плода патології (передлежання плаценти).

Жінці необхідно пояснити яку анестезію планується проводити та отримати інформовану згоду на її проведення. У разі високого анестезіологічного ризику оперативного втручання необхідно заздалегідь пояснити це жінці та її сім'ї.

Вибір методу анестезіологічного забезпечення (додаток 3 (va977282-11), додаток 4).

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

Вибір методу анестезії визначається багатьма факторами:

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

При виборі методу анестезії необхідно враховувати розвиток тих чи інших потенційних ускладнень: складна інтубація (частота 1:300 анестезій), неадекватна аналгезія, розвиток артеріальної гіпотензії (частота значно вище при застосуванні спінальної чи епідуральної анестезії), респіраторна депресія, нудота, блювота, свербіння шкіри.

Жінкам, які потребують КР, слід запропонувати регіональну анестезію (за відсутності протипоказань) з метою підвищення

анестезію (за відсутності протипоказань), з метою підвищення безпеки, зниження материнської та перинатальної захворюваності (А). В разі спінальної анестезії може знадобитися лікування гіпотензії.

Не існує доказів переваг регіонарної чи загальної анестезії з точки зору материнських та неонатальних наслідків (А). Загальна анестезія у порівнянні з регіонарною зменшує час до початку розрізу шкіри, однак знижує оцінки за шкалою Апгар на 1 та 5 хв. Спінальна анестезія у порівнянні з епідуральною скорочує час до початку операції і не має відмінностей у оцінках за шкалою Апгар та частоті розвитку гіпотензії.

У більшості випадків перевагу слід надавати нейроаксіальним методам анестезії, які дозволяють жінці бути більш активними та раніше контактувати з малюком.

При наявності тяжкої брадикардії у плода, розвитку геморагічного шоку (розрив матки, значне відшарування плаценти), екламптичних судом, алергії на місцеві анестетики, гіпокоагуляції, значних анатомічних аномалій хребта, генералізованої інфекції та відсутності обладнання для постійного моніторингу слід проводити загальну анестезію.

Післяопераційна аналгезія

Жінка має бути проінформована щодо різних типів післяопераційної аналгезії.

Адекватне знеболення після операції особливо важливо тому, що у породіль існує підвищений ризик розвитку тромбоемболічних ускладнень, а ефективна аналгезія дає можливість ранньої мобілізації і забезпечення догляду за новонародженою дитиною.

Додавання 3 – 4 мг морфіну у епідуральний простір забезпечує аналгезію впродовж 18 – 24 годин після операції. Для покращення якості аналгезії у ранньому післяопераційному періоді в цих випадках необхідно додаткове введення нестероїдних протизапальних засобів.

Знеболення після операції, яка проводилася із застосуванням загальної або спінальної анестезії полягає у поєднаному введенні опіоїдів у комбінації з нестероїдними протизапальними засобами. Застосування самоконтрольованої аналгезії більш ефективне (С).

А.3.3.6. Техніка виконання КР

На сьогоднішній день в світі існують декілька технологій виконання операцій КР (додатки 2 (va977282-11), 8)

За останні роки впроваджена техніка операції, що ґрунтується на доказах (додаток 2) (va977282-11).

Поперечний абдомінальний розріз асоціюється зі зменшенням післяопераційного болю, кращим косметичним ефектом у порівнянні з нижньосерединною лапаротомією (В).

Поперечний розріз за Джоел-Кохен у порівнянні з розрізом за Фанненштилем має наступні переваги (А):

- На 65% знижує післяопераційну захворюваність
- На 45% зменшує потребу у використанні анальгетиків у післяопераційному періоді
- Зменшує час операції в середньому на 18,6 хвилини
- Зменшує час вилучення плода на 1,9 хвилини
- Зменшує крововтрату на 64 мл
- Зменшує тривалість перебування в стаціонарі на 1,5 дні

Не має різниці в частоті виникнення:

- лихоманки,
- інфекції рани,
- гемотрансфузії,
- фізичної сили м'язів через 3 місяці після операції.

За наявності розгорнутого нижнього сегменту перевагу слід надавати розведенню рани на матці тупим способом, який асоціюється із зменшенням крововтрати, частоти післяпологових кровотеч та потреби у гемотрансфузії (А).

Акушерські щипці можуть бути використані лише у разі утруднень при виведенні голівки (С).

Уведення 5 ОД окситоцину (внутрішньовенно повільно) після народження дитини дозволяє досягнути ефективних скорочень матки та зменшити крововтрату (С).

Перевагу слід надавати народженню плаценти шляхом тракції за пуповину, тому що рутинне ручне відокремлення плаценти та

виділення посліду асоціюється з (А):

- достовірно більшим ризиком ендометриту (ВР 1.64, 95% ДІ 1.42 до 1.90; 4134 жінок, 13 досліджень);
- більшою крововтратою, в середньому на 94,4 мл (95% СІ 17.19 до 171.64; 2001 жінка, 8 досліджень);
- більшою частотою крововтрати об'ємом > 1000 мл (ВР 1.81, 95% ДІ 1.44 до 2.28; 872 жінки, 2 дослідження);
- більш низьким рівнем гематокриту у післяпологовому періоді - в середньому на 1,5%;
- більшою тривалістю госпіталізації (на 0,39 доби, 95% ДІ 0,17 до 0,61; 546 жінок, 3 дослідження).

Рутинне виведення матки в рану з метою ушивання у порівнянні з відсутністю виведення не має достовірної різниці у більшості наслідків (А).

Однорядний шов у порівнянні з дворядним асоціюється з достовірним зниженням тривалості операції (на 7,43 хв.) та об'єму крововтрати на 70 мл; зменшує післяопераційний біль на 31% (А).

Однорядний шов у порівнянні з дворядним асоціюється з більшою імовірністю розриву матки у разі спроби вагінальних пологів після попереднього кесарева розтину (за даними різних авторів у 2,69 - 3,95 рази) (В).

Відмова від ушивання очеревини (парієтальної та вісцеральної) зменшує (А):

- час операції на 6 хвилин
- частоту лихоманки у післяопераційному періоді
- тривалість перебування в стаціонарі
- кількість доз анальгетиків у післяопераційному періоді

Рутинне дренивання черевної порожнини не рекомендується (С).

Але необхідність дренивання може бути зумовлена особливостями операції, тому остаточне рішення залишається на розсуд хірурга.

Рутинне дренивання підпонефротичного простору та підшкірної клітковини не рекомендується, оскільки не має переваг над відсутністю дренивання з огляду на частоту інфікування рани, лихоманки та ендометриту (А). Але необхідність дренивання може бути зумовлена особливостями операції, тому остаточне рішення залишається на розсуд хірурга.

Рутинне ушивання підшкірної клітковини є необов'язковим за винятком випадків, коли її товщина більше 2 см (А).

Ушивання підшкірної клітковини знижує комплексний ризик ускладнень з боку післяопераційної рани (гематома, серома, інфекція рани, розходження країв рани) на 32% (А). Ризик виникнення гематоми та сероми у разі ушивання підшкірної клітковини на 48% менше у порівнянні з відсутністю ушивання (А).

Дані відносно того, яка техніка ушивання шкіри є оптимальною, наразі відсутні. Вибір методики ушивання шкіри залишається на розсуд хірурга.

Техніка оперативного втручання, рекомендована В003 представлена у додатку 4. Можливо застосування окремих компонентів зазначеної методики за вибором хірурга.

А.3.3.7. Доказова база післяопераційного догляду

Після закінчення КР здійснюється випорожнення сечового міхура (D).

Після КР породілля має доглядатись спеціально підготовленим персоналом. Протягом перших 30 хвилин після проведення оперативного втручання породілля має спостерігатися кожні 5 хвилин в операційній або в палаті інтенсивного нагляду. Необхідно здійснювати контроль за кардіо-респіраторною стабільністю (додаток 5).

Подальший нагляд здійснюється у палаті сумісного перебування за попереднім узгодженням пацієнтки з адміністрацією. Протягом двох годин кожні півгодини проводиться контроль частоти дихання, ЧСС, АТ, після цього періоду до 6 годин - кожну годину у разі стабільного стану жінки (додаток 5).

Якщо використовуються інтратекально опіоїди, необхідним є погодинне спостереження за частотою дихань, рівнем седатії та болю протягом перших 24 години (морфін).

Жінкам, яким вводились опіоїди в епідуральний простір, контроль частоти дихань, рівню седатії та болю має проводитись кожну годину та принаймні 2 години після закінчення введення.

Жінці має запропоновуватись морфін (0,15 – 0,25 мг інтратекально) для інтраопераційної та післяопераційної аналгезії, тому що це зменшує потребу у додатковій аналгезії після КР. Морфін 2,5 – 5,0 мг може пропонуватись альтернативно в епідуральний простір (А).

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

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

Видалення сечового катетеру проводиться після мобілізації жінки після регіональної анестезії не раніше ніж через 12 годин після останнього введення знеболюючих препаратів (D).

Догляд за післяопераційною раною: пов'язка знімається через 24 години після проведення КР, щоденно контролюється стан рани (біль, почервоніння, виділення з рани), здійснюється її обробка, контролюється температура тіла (D).

Тривалість госпіталізації в разі КР на 3 – 4 доби більш, ніж після ВП (1 – 2 доби) (А).

A.3.3.8. Догляд за дитиною, яка народилась шляхом операції кесаревого розтину

– Догляд за дитиною, яка народилась шляхом КР, проводиться у відповідності до догляду за немовлям, яке народилось через природні пологові шляхи, але має деякі особливості.

– З метою профілактики анемії та внутрішньопуповинних крововиливів у новонароджених дітей доцільним є розтин пуповини не раніше ніж через 30 сек. після вилучення дитини (за відсутністю показань до проведення реанімаційних заходів). Дитина повинна знаходитися нижче рівня розрізу під час КР (А).

– У разі проведення операції кесарева розтину із застосуванням епідуральної анестезії, контакт "шкіра-до-шкіри" здійснюється в операційній за умови задовільного стану матері та дитини протягом 2 годин. У разі проведення операції КР під загальним знеболенням, або при відсутності умов з боку матері в разі епідуральної анестезії, контакт "шкіра-до-шкіри" дитини проводиться з батьком, або з одним із членів родини жінки протягом 2-х годин (В).

– У випадку застосування регіональної анестезії, перше прикладання дитини до грудей відбувається при появі у дитини ознак готовності до початку годування, незалежно від моменту закінчення оперативного втручання. Перше прикладання дитини до грудей у випадку загального знеболення жінки повинно відбуватися одразу після відновлення свідомості матері у відділенні інтенсивної терапії (ВІТ) або палаті спільного перебування. Акушерка допомагає здійснити перше прикладання дитини до грудей.

– Перед транспортуванням медичні працівники зобов'язані забезпечити підтримку та контроль температури тіла для запобігання виникненню гіпотермії. У ВІТ або палату спільного перебування новонароджений повинен транспортуватися на грудях у матері або в кюветі, 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

A.3.4. Алгоритм виписки зі стаціонару

Тривалість госпіталізації на 3 – 4 доби довша за ВП.

Критерії виписки: відсутність ознак післяопераційних ускладнень.

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

При необхідності мають бути виконані додаткові обстеження.

A.3.5. Алгоритм реабілітації

Надання інформації про режим жінки в післяопераційному післяопераційному періоді, початок статевого життя, рекомендації

післяопераційному періоді, початок статевого життя, рекомендації щодо контрацепції.

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

A.3.6. Алгоритм профілактики

Огляд акушером-гінекологом або сімейним лікарем в післяопераційному періоді.

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

Дотримання принципів індивідуальної гігієни в післяопераційному періоді.

Дотримання ефективної контрацепції протягом 1 року після операції, включаючи метод лактаційної аменореї (МЛА).

A.4 Ресурсне забезпечення виконання протоколу

A.4.1. Вимоги для установ, які надають амбулаторну медичну допомогу.

A.4.1.1 Кадрові ресурси (перелік персоналу та вимоги до них).

Забезпечення медичним персоналом (лікар акушер-гінеколог, сімейний лікар, акушерка), який пройшов навчання і володіє медико-організаційними технологіями антенатального догляду за вагітними.

A.4.1.2 Матеріально-технічне забезпечення.

Наявність УПМД та ЛПМД з КР на електронних та паперових носіях.

Наявність бланків поінформованої згоди на КР.

Наявність обладнання, яке передбачено табелем оснащення для даного закладу.

A.4.2. Вимоги для установ, які надають стаціонарну допомогу.

A.4.2.1 Кадрові ресурси (кваліфікаційні вимоги).

Цілодобова наявність персоналу (акушер-гінеколог, анестезіолог, неонатолог, акушерка, медичні сестри, лаборант), який пройшов навчання і володіє технологіями виконання та анестезіологічного забезпечення КР, ведення післяопераційного періоду, надання екстреної акушерської та неонатальної допомоги.

A.4.2.2 Матеріально-технічне забезпечення.

Наявність УПМД та ЛПМД з КР на електронних та паперових носіях.

Наявність бланків поінформованої згоди на КР, епікризу КР.

Наявність лікувально-діагностичного обладнання згідно табелю оснащення, можливості для лабораторного обстеження, проведення КР, розширеного оперативного втручання, а також реанімації та інтенсивної терапії матері і новонародженої дитини.

Цілодобова доступність кровозамінників та препаратів крові у достатній кількості (С).

A.5. Індикатори якості медичної допомоги

N з/п	Індикатор	Порогове значення	Методика вимірювання (обчислення)	Фактори впливу
1	Наявність УКПМД та ЛПМД "КР"	100% від потреби	Наявність у закладі УКПМД та ЛПМД "КР" на електронних та/або паперових носіях	Наявність бази Інтернет Наявність наказу по закладу про впровадження УКПМД та ЛПМД
2	Забезпечення навчання медичного персоналу медико-	= 90%	Кількість медичних працівників, які задіяні в виконанні	Наявність наказу по закладу про впровадження УКПМД та

	організаційним технологіям УКПМД та ЛПМД "КР"		медико-організаційних технологій даного УКПМД та ЛПМД і пройшли навчання х 100/ загальна кількість медичних працівників, які задіяні в виконанні технологій даного УКПМД (фізичних осіб)	ЛПМД, забезпечення мотивації медичного персоналу до впровадження технологій ЛПМД "КР"
3	Наявність сучасного обладнання для проведення операції КР	= 95%	Кількість наявного сучасного медичного обладнання х 100 / кількість передбаченого табелем оснащення сучасного медичного обладнання	Залучення позабюджетних джерел для придбання необхідного медичного обладнання, участь у міжнародних проектах, державних і регіональних програмах
4	Забезпеченість лікувального закладу синтетичним шовним матеріалом, який розсмоктується	100%	Кількість синтетичного шовного матеріалу, який розсмоктується х 100 / необхідна кількість синтетичного шовного матеріалу, який розсмоктується	Наявність локального протоколу, залучення позабюджетних джерел для придбання необхідного медичного обладнання, участь у міжнародних проектах, державних і регіональних програмах
5	Забезпеченість швидкої доступності крові	так	Кров може бути доставлена не пізніше 15 хв. після визначення потреби в її переливанні	Наявність ЛПМД "КР"
6	Частка вагітних, які отримали консультування перед операцією КР	95% і більше	Кількість жінок, розроджених шляхом КР, в історіях пологів яких наявна інформована згода на оперативне втручання х 100 / загальна кількість виписаних	Наявність пам'яток для вагітних з КР, навчання медичного персоналу технологіям УКПМД "КР"

			жінок, які були розроджені шляхом КР	
7	Частка породіль, які отримували антибіотик більше однієї доби	10% і менше	Кількість породіль розроджених шляхом КР, які отримували антибіотик більше однієї доби $\times 100$ / загальна кількість виписаних породіль, розроджених шляхом КР	Наявність ЛПМД "КР", навчання медичного персоналу технологіям УКПМД "КР", клінічний аудит
8	Частка породіль, яким здійснено прикладання доношеного новонародженого до 2-х годин після закінчення операції	80% і більше	Кількість породіль, яким здійснено прикладання доношеного новонародженого до 2-х годин після проведення операції $\times 100$ / загальна кількість виписаних породіль, розроджених шляхом КР	Наявність ЛПМД, навчання персоналу технологіям УКПМД "КР" клінічний аудит мотивація персоналу
9	Частка породіль, розроджених шляхом КР, яким проведено дренування черевної порожнини	5% і менше	Кількість породіль, розроджених шляхом КР, яким проведено дренування черевної порожнини $\times 100$ / загальна кількість виписаних породіль розроджених шляхом КР	Навчання персоналу технологіям УКПМД "КР" клінічний аудит мотивація персоналу
10	Температура тіла породіллі = 37,6 град.С пізніше 48 годин після операції	10% і менше	Кількість породіль з розродженням шляхом КР, у яких температура тіла була = 37,6 град.С хоча б одноразово пізніше 48 годин $\times 100$ / загальна кількість виписаних породіль з	Наявність ЛПМД "КР", навчання персоналу технологіям УКПМД клінічний аудит

			розродженням шляхом КР	
11	Частка жінок, яким під час або після планової операції КР проводилось переливання препаратів крові (за виключенням автодонорства)	10% і менше	Кількість жінок с запланованим КР, яким під час або після планової операції КР проводилось переливання препаратів крові x 100 / загальну кількість планових КР	Наявність ЛПМД "КР", навчання персоналу технологіям УКПМД клінічний аудит
12	Частка дітей, які потребували первинної реанімації	5% і менше	Кількість народжених шляхом КР дітей, яким проведена первинна реанімація x 100 / загальна кількість народжених шляхом КР дітей	Наявність ЛПМД "КР", навчання персоналу технологіям УКПМД клінічний аудит
13	Захворюваність новонароджених СДР	10 / 1000 і менше	Кількість народжених шляхом КР дітей з СДР x 1000 / загальна кількість народжених шляхом КР дітей	Наявність ЛПМД, забезпечення навчання та мотивації медичного персоналу до впровадження технологій ЛПМД, клінічний аудит
14	Частка дітей, що надійшли до відділення або палати інтенсивного спостереження		Кількість народжених шляхом КР дітей, які надходили до відділення або палати інтенсивної терапії x 100 / загальна кількість народжених шляхом КР дітей	

Б. Бібліографія (адаптовані КН, СМД, чинні накази МОЗ України тощо)

В. Додатки:

Додаток 1. Інформована згода на КР.

Додаток 2. Методика операції КР, що ґрунтується на доказах (va977282-11).

Додаток 3. Показання і протипоказання до застосування різних видів анестезії при КР (va977282-11).

Додаток 4. Анестезія при КР.

Додаток 5. Спостереження за станом матері після операції КР.

Додаток 6. Епікриз після операції КР.

Додаток 7. Кесарів розтин (алгоритм) (va977282-11).

Додаток 8. Типи розрізів та ушивання тканин при різних технологіях КР.

Додаток 1

ІНФОРМОВАНА ЗГОДА на кесарів розтин

Я, _____
(прізвище, ім'я, по батькові)

була поінформована лікарем _____ про те,
(прізвище, ім'я, по-батькові)

що для 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 10000 (рідко)
- Мертвородження, 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 12000 (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	регіональну	місцеву
анестезію	анестезію	анестезію
-----	-----	-----

Лікар також поінформував мене, що після проведення цієї операції можливі ранні та віддалені ускладнення:

- гнійно-запальні захворювання (ендометрит, сепсис)
- пошкодження хірургічних швів

- гематоми
- лігатурні нориці
- злуки малого тазу
- порушення менструальної функції
- вторинне безпліддя
- синдром хронічного тазового болю

Знаючи усю вищенаведену інформацію, я свідомо даю згоду на розродження шляхом кесаревого розтину.

Підпис _____ Дата _____

Підпис лікаря _____ Дата _____

Додаток 2

МЕТОДИКА операції кесарева розтину (va977282-11)

Додаток 3

АЛГОРИТМ анестезіологічного забезпечення кесарева розтину (va977282-11)

Додаток 4

АНЕСТЕЗІЯ при кесаревому розтині

Підготовчі заходи

Для запобігання розвитку аспіраційного синдрому внутрішньовенно вводять метоклопрамід 10 мг або ранітидин 50 мг безпосередньо перед оперативним втручанням.

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

Моніторинг: вимірювання АТ кожні 5 хв., ЧСС, Sp-2 та РЕТС-2 постійно. За необхідності – ЕКГ-моніторинг.

Необхідно забезпечити надійний доступ до венозного русла шляхом катетеризації периферичної, а при необхідності, і центральної вени. Катетери повинні мати широкий просвіт (G 16 – 14), тому що в будь-який момент може виникнути необхідність у проведенні масивної інфузійно-трансфузійної терапії.

Перевірка наявності всього необхідного комплексу медикаментів для проведення анестезії і реанімації та обладнання (наркозний апарат, ларингоскоп, відсмоктувач), роботу необхідно обов'язково перевірити перед початком анестезії.

Загальна анестезія

Після виконання підготовчих заходів, приступають до проведення попередньої оксигенації шляхом інгаляції 100% кисню впродовж 3 хв. через носо-лицеву маску наркозного апарату або 5 – 6 глибоких вдихів 100% кисню.

Індукція в наркоз має бути швидкою із застосування прийому Селліка. Для індукції використовують тіопентал натрію (4 – 5 мг/кг). У пацієнток з нестабільною гемодинамікою та бронхіальною астмою слід застосовувати кетамін (1 – 1,5 мг/кг).

У випадках значної вихідної артеріальної гіпертензії (АТ > 190/130 мм рт.ст.) у вагітних з прееклампсією/еклампсією допускається застосування фентанілу 50 – 100 мкг до народження

дитини. міорелаксація забезпечується сукцинілхоліном (1,5 мг/кг).

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

До вилучення плоду анестезію підтримують інгаляцією діазоту оксиду у комбінації з киснем 1:1. Можлива комбінація з енфлюраном (0,5 – 0,75 об %) або ізофлюраном (0,75 об %). У разі відсутності інгаляційних анестетиків можливо підтримання анестезії тим анестетиком, яким проводилася індукція. Сукцинілхолін вводять за необхідності підтримання міорелаксації не перевищуючи дозу у 500 мг.

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

Після перетискання пуповини підтримку анестезії проводять за загальними правилами, міорелаксації забезпечують введенням атракуріуму 0,5 мкг або верокуріуму 0,05 мг/кг. Після вилучення плаценти за необхідності вводять інші утеротонічні засоби (метилергометрин).

Регіонарна анестезія

Положення жінки для спінальної або епідуральної пункції може бути сидячим або лежачи на лівому боці. Не доведено переваг використання тієї чи іншої позиції, тому її вибір залежить від преференцій анестезіолога.

Після виконання підготовчих заходів, приступають до інфузії кристалоїдних і/або колоїдних розчинів. Оптимальний об'єм преінфузії на сьогоднішній день не визначено, так само як і переваги інфузії колоїдів чи кристалоїдів у запобіганні розвитку артеріальної гіпотензії при виконанні регіонарної анестезії, хоча перевагу надають використанню колоїдів.

До проведення регіонарної анестезії слід підготувати вазопресори (фенілефрин або ефедрин).

Після розвитку анестезії у разі зниження вихідного систолічного АТ на 30% або нижче 90 мм рт.ст. необхідно збільшити темп інфузії та змістити матку у лівий бік. У випадках рефракторності АТ до проведених заходів внутрішньовенно вводять 5 – 15 мг ефедрину або 1 – 3 мг фенілефрину.

У разі розвитку недостатньої анестезії проводять додаткову седацию неінгаляційними анестетиками (наприклад, кетамін – 10 – 20 мг) і/або атарактиками (діазепам – 5 – 10 мг). Якщо анестезія залишається неадекватною, переходять до проведення загальної анестезії з ШВЛ.

Після розвитку анестезії проводять контроль її розповсюдження (не вище Th5) з обов'язковою відміткою у протоколі анестезії.

До народження дитини необхідно проведення інгаляції 100% киснем через носові канюлі або маску наркозного апарату, після народження – проведення оксигенотерапії бажано продовжити, якщо не має заперечень з боку пацієнтки. Проведення інгаляції кисню під час регіонарної анестезії зменшує частоту інтраопераційної нудоти та блювоти (С).

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

Для запобігання розвитку інтра- та післяопераційної нудоти та блювоти бажано використання блокаторів 5-НТ рецепторів (ондасетрон).

Спінальна анестезія

Для спінальної пункції бажано використовувати голки розміром 25 – 26G карандашного (Sprotte чи Whitacre) або ріжучого типу (Quincke). Застосування голок карандашного типу асоціюється з меншою частотою постпункційної цефалгії.

Техніка спінальної пункції стандартна.

Для спінальної анестезії можливе застосування гіпербаричного бупівакаїну 0,5% 10 – 15 мг, в середньому 12,5 мг або лідокаїну 2 – 5% (60 – 80 мг). Використання лідокаїну 5% асоціюється з більшою частотою артеріальної гіпотензії та розвитком транзиторних неврологічних порушень.

Для поліпшення якості аналгезії можливе додавання до розчину

місцевого анестетика 25 мкг фентанілу.

Епідуральна анестезія

Техніка виконання пункції епідурального простору стандартна.

Після катетеризації епідурального простору обов'язкове виконання аспіраційної проби з відміткою у протоколі анестезії.

Для епідуральної анестезії використовують 18 – 20 мл розчинів місцевих анестетиків: бупівакаїн 0,5%, ропівакаїн 0,75% та лідокаїн 2%. Використання ропівакаїну більш безпечне ніж бупівакаїну.

Введення анестетика проводять переривчасто по 5 мл з паузами між введеннями до 1 хв та проведенням аспіраційної проби. За такої методики розвиток адекватної анестезії, як правило, настає через 10 – 15 хв.

Для поліпшення якості аналгезії можливе додавання до розчину місцевого анестетика 100 мкг фентанілу, а після народження дитини для ефективної післяопераційної аналгезії можливо епідуральне введення – мг морфіну.

Додаток 5

Час (хв.)	5	10	15	20	25	30
Рівень свідомості (+ так; – ні)						
Артеріальний тиск (мм.рт.ст)						
Пульс (уд. / хв.)						
Sp-2 (%)						
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, град.С							
Частота дихання (за хв.)							
Крововтрата (мл)							
Щільність матки (Щ – щільна, М – м'яка)							
Масаж матки (+ так; – ні)							
Біль за ВАШ (від 0 – 10)							

Діурез, мл									
Лікарські призначення (додатково до карти інтенсивного спостереження)									
Підпис акушера-гінеколога/ Акушерки									

Додаток 6

ЕПІКРИЗ ПІСЛЯ ОПЕРАЦІЇ КЕСАРЕВА РОЗТИНУ

Прізвище, ім'я, по батькові: _____ Вік: _____

Дата народження: _____

Адреса: _____

Дата операції кесарева розтину: |_|_|/|_|_|/20|_|_|

Дата виписки: _____

Дата	Розтин матки
Вагітність N _____ поперечний	В нижньому сегменті
Пологи N _____ 	Корпоральний
Передчасні (до 37 тижнів)	Інше
Термінові (37 – 42 тижнів)	Профілактика інфекції
	Препарат, доза Кратність
Після 42 тижнів	Ушивання розтину матки
Плановий кесарів розтин	Шовний матеріал
Ургентний кесарів розтин	Однорядний шов
Категорія ургентності: 1, 2, 3	

Показання		Дворядний шов
Крововтрата		Загальна
		500 – 999 мл
		> 1000 мл
Анестезія	Загальна	Переливання
		плазми
		еритроцитарної маси
	Спінальна	Мати переведена до:
	Епідуральна	
	Інше	Післяпологової палати разом
з		дитиною (дітьми)
		Післяпологової палати саму
Ускладнення		Палати інтенсивної терапії
Кровотеча		Іншого закладу
Інше		Призначені медикаменти
Гістеректомія, уточніть		
Інші втручання		

Палати			
інтенсивної			
терапії			
Дитячого			
відділення			
Іншого			
стаціонару			

Перебіг післяопераційного періоду

Тривалість перебування в стаціонарі	Температура тіла породіллі = 37,6 град.С пізніше 48 годин після операції	Призначення антибіотиків 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

КЕСАРІВ РОЗТИН
(va977282-11)

Додаток 8

ТИПИ РОЗРІЗІВ

та ушивання тканин при різних техніках КР
(Бібліотека репродуктивного здоров'я, В003)

Техніка		Ушивання		Розріз	
Інше					
Очеревина	Шкіра	Підшкірна	Апоневроз	Прямі	
Апоневроз	Матка	Матка	Очеревина		
	Підшкірна	Шкіра			м'язи
		клітковина			
клітковина					
За	поперечний	Не уточнено	поперечний	Не	
поперечний	поперечний	дворядний	ушивання	поперечний	
безперервний	Не уточнено	окремі шви або			
Пфанненштилем	гострий		гострий	уточнено	
гострий	нижній	безперервний	обох листків	або окремі	
шви	безперервний				
	сегмент	шов	відокремлення		
	внутрішньошкірний		безперервний		
			м'язів від		
	шов		шов		
			апоневрозу		
За Пелозі	поперечний	електро-	електро-	тупий	
тупий	поперечний	однорядний	не		
безперервний	окремі	кліми Мішеля	сечовий		
	гострий	коагуляція	коагуляція	метод	
метод	нижній	безперервний	ушивається	шов	
шви за		міхур не			
		поперечний			
розведення	розведення	сегмент	шов		
показаннями		опускається			
	тупий				
		донизу			
	або				
		спонтанне			
	гострий				
		народження			
	метод				
		плаценти			
	розведення				
За Джоел-	поперечний	розріз у	розріз у	тупий	
тупий	поперечний	окремі шви	не		

Страница 34 из 35

		перекиду			
	з косметичних				
	причин				
Вертикальний	– вертикальний	– вертикальний	– вертикальний	тупий	
або – поздовжній	– поперечний	– однорядний	– ушивання	–	
безперервний	– окремі	– окремі шви	або – сечовий		
– гострий	– гострий	– гострий	– гострий	гострий	
шви	– нижній	або	обох листків	або окремі	
	безперервний шов	міхур			
	сегмент	дворядний	– безперервний	шви	метод
		опускається			
розведення		– тупий	– безперервний	шов	
		донизу			
	або	або окремі			
	гострий	шви			
	метод				
	розведення				

Примітка.

1. В принципі, можна писати як однорядний чи дворядний, так і одноповерховий та двоповерховий, однак в наші літературі майже завжди мова йде про ряд шву (чи швів), а не про поверх. У російськомовному варіанті та ж система – однорядний или одноэтажный. Как мне кажется, говоря о швах, более корректно говорить о ряде, а не об этаже (С.Р.Галич).

2. Даже если в английском варианте вертикальный разрез назван традиционным, реалии таковы, что он уже давно традиционным не является на территории нашей страны. Считаю целесообразным опустить это слово, дабы не путать врачей. Уже несколько поколений возвращены на поперечном разрезе, как традиционным.

