

KEIZARGRIEZIENA OPERĀCIJA **2008. gads**

Keizargrieziena (ĶG) – augļa dzimšana caur griezienu vēdera sienā (laporatomija) un dzemdes sienā (histerotomija).

Pēc steidzamības pakāpes keizargrieziena var iedalīt:

1. Katastrofu - lai glābtu mātes un bērna dzīvības (operācijas jāveic līdz 30 minūšu laikā)
2. Neatliekams- dzemdībā var ciest māte un/vai auglis tāpēc nepieciešams agrāk atrisināt dzemdības (operācijas jāveic līdz 60 minūšu laikā)
3. Plānots- paredzēts pirms dzemdību darbības sākšanās klīnisku indikāciju dēļ.

Akceptēts audita standarts neatliekamam ĶG-30 min no lēmuma pieņemšanas brīža līdz dzemdībām.

ĶG indikāciju grupas:

Absolūtās:

Augļa-iegurņa disproporcija
Pilnīga placentas priekšguļa

Relatīvās:

Dzemdes distocija
Daļēja placentas priekšguļa
Augļa distress
Patoloģiska augļa guļa
Priekšguļošās daļas patoloģija
Nelabvēlīga dzemdību anamnēze
Ekstraģenitāla/grūtniecības patoloģija
Mātes vēlēšanās
Placentas abrupcija

Plāna ĶG veikt rekomendē:

- Augļa iegurņa priekšguļa:
 - Ja grūtniecības laiks > 36 nedēļas un augļa ārējais apgrozījums ir kontraindicēts vai nav izdevies
- Daudzaugļu grūtniecība:
 - Ja iegurņa priekšguļa 1. dvīnim
 - Ne ātrāk kā 38. grūtniecības nedēļās
- Infekciju transmisija:
 - HIV-ĶG, jo samazinās transmisiju risks
 - HIV+HCV
 - Primārs ģenitālais HSV 3.trimestrī

ĶG pēc mātes vēlēšanās

- Pati par sevi nav indikācija
- Jānoskaidro vēlmju iemesls
- Jāizskaidro priekšrocības un riski

Grūtniecei nepieciešams sniegt uz pierādījumiem balstītu informāciju par ķeizargrieziena, ietverot indikācijas, procedūras aprakstu, risku un priekšrocības, kā arī ietekmi uz sekojošām grūtniecībām.

Procedūras pirms operācijas

- Izmeklējumu minimums veselai grūtniecei:
 - Hb
 - Asins saderība un reces faktori (APTL, PL) ir pamatoti, ja palielinās asiņošanas risks
- Pastāvīgais urīnpūšļa katetrs

Anestēzija

- Priekšroka reģionālai anestēzijai
- Hipotensijas riska samazināšana:
 - i/v efedrīna vai fenilefrīna infūzija
 - kristaloīdi vai koloīdi
 - operāciju galda novietojums 15° leņķī (laterāli)
- Antacīdi, antiemētiķi
- Vispārēja anestēzija - ja kontrindikācijas reģionālai anestēzijai

ĶG tehnika

- Priekšroka Džoela-Kohena griezienam (horizontāli 3 cm virs simfīzes)
- Dzemdi atvērt neasā ceļā
- Priekšroka placentas atdalīšanai aiz nabassaites, ne manuāli (samazinās endometrīta risks)
- Dzemdē izvadišana brūcē netiek rekomendēta (pieaug sāpes, nesamazinās asiņošana)
- Dzemdi slēdz 2 kārtās
- Nerekomendē šūt ne parietālo, ne viscerālo vēderplēvi (lai mazinātu operācijas ilgumu un sāpes)
- Zemādu nešuj, ja taukaidu biezums <2cm
- Operācijas laikā rekomendē šķidruma atsūkšanai lietot vākuma sūkni, vēdera dobumā nelikt norobežojušus tamponus un salvetes

Medikamenti

Oksitocīnu ievada lēni- i/v 5 DV pēc nabas saites noklemēšanas

Antibakteriālā profilakse 1x (1.paaudzes cefalosporīni vai ampicilīns)

Tromboprofilakse pēc DVT vadlīnijām

Ķeizargrieziena plānošana: vēlams pēc 39 gestācijas nedēļas, lai samazinātu jaundzimušā respiratoro distresa risku.

Jaundzimušā aprūpe:

- Neonatologa klātbūtne
- Augšējo elpceļu atsūkšana pēc galviņas piedzimšanas nepieciešamības gadījumā

- Siltuma nodrošināšana
- Ādas kontakts
- Krūts ēdināšana- pēc iespējas ātrāk

Postoperatīvā aprūpe:

- Novērošana, līdz stabilizējas kardiorespiratorā sistēma.
- Ik pēc 30 min- elpošana, sirdsdarbības biežums, TA, sāpes, fundus uteri, asiņošana - 2 h garumā, vēlāk pēc indikācijām.
- Pēc reģionālās anestēzijas- urīnpūšļa katetrs ne ilgāk par 12h
- Analgēzija- opioīdi pēc nepieciešamības
- Nesteroīdie pretiekaisuma preparāti
- Var izrakstīt 3.-4. dienā pēc operācijas

Keizargrieziena ietekme uz māti un jaundzimušo, salīdzinot ar vaginālām dzemdībām

Pastiprina	Neietekmē	Samazina
Abdominālas sāpes	Hemorāģijas	Perineālās sāpes
Urīnpūšļa bojājumi	Infekcijas	Urīna inkontinenci
Ureteru bojājumi	Dzimumorgānu bojājumus	Uterovaginālu prolapsu
Histerektomijas	Fekālu inkontinenci	
Trombemboliskas slimības	Dispareūniju	
Uzturēšanās ilgums hospitālī	Intrakraniālas hemorāģijas	
Placenta previa nākamās grūtniecībās	Plexus brachialis bojājumus	
Dzemdnes ruptūra	Nesamazina	
Jaundzimušā respiratorās saslimšanas, hipotermija	encefalopātijas un cerebrālā triekas	
Mātes mirstība	iespējamību jaundziomušam	

Kā samazināt KĢG skaitu:

- Piedāvāt ārējo apgrozījumu, ja auglim iegurņa priekšguļā ≥ 36 gestācijas nedēļas
- Piedāvāt dzemdību indukciju ≥ 41 grūtniecības nedēļai
- Dzemdībās regulāri izvērtēt partogrammu

Literatūra

1. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Cesarean section. April, 2004.
2. Gabbe: Obstetrics; Normal and Problem Pregnancies, 5th ed. 2007.
3. Antithrombotic therapy for venous thrombembolic disease: the Seventh ACCP conference on Antithrombotic and thrombolytic therapy. Chest 2004 Sep.; 118(3 Suppl): 4S-28S.