

# ПОКАЗАНИЯ К КЕСАРЕВУ СЕЧЕНИЮ

В плановом порядке родоразрешение путем КС рекомендовано при:

- при вращении плаценты.
- при неполном предлежании плаценты на расстоянии 2 см и менее от внутреннего зева родоразрешение чаще проводится путем КС, однако возможно родоразрешение через естественные родовые пути в зависимости от паритета, готовности родовых путей (наличия или отсутствия кровотечения, фазы родов).
- при предлежании сосудов плаценты.
- при следующих предшествующих операциях на матке: два и более КС; миомэктомия.
- при наличии одного рубца на матке и категорическом отказе пациентки от родоразрешения через естественные родовые пути возможно родоразрешение путем КС.

Родоразрешение путем КС рекомендовано при гистеротомии в анамнезе (перфорация матки, иссечение трубного угла, иссечение рудиментарного рога, корпоральное КС в анамнезе, Т-образный или J-образный разрез) или при наличии препятствия со стороны родовых путей для рождения ребенка (анатомически узкий таз II и более степени сужения; деформация костей таза; миома матки больших размеров, особенно в области нижнего сегмента, препятствующая деторождению через естественные родовые пути; рубцовые деформации шейки матки и влагалища после предшествующих операций, в том числе после разрыва промежности III-IV степени; рак шейки матки, кроме преинвазивных и микроинвазивных форм рака шейки матки).

- при предполагаемых крупных размерах плода ( $\geq 4500$ г).
- при тазовом предлежании плода: при сроке беременности менее 32 недель, сочетании с другими показаниями к КС, рубцом на матке после КС, ножном предлежании плода, предполагаемой массе плода  $<2500$  г или  $>3600$ г.

Рождение плода  $<2500$  г или  $> 3600$  г в тазовом предлежании не является нарушением клинических рекомендаций. Оперативное родоразрешение женщин с тазовым предлежанием носит рекомендательный характер и зависит от паритета женщины и акушерской ситуации.

- при устойчивом поперечном положении плода.
- при дистоции плечиков плода в анамнезе с неблагоприятным исходом (мертворождение, тяжелая гипоксия, энцефалопатия, травма ребенка и матери (лонного сочленения).
- Для профилактики неонатального герпеса планировать родоразрешение путем кесарева сечения всем беременным, у которых первичный эпизод генитального герпеса возник после 34-й недели беременности или были выявлены клинические проявления генитального герпеса накануне родов, т.к. в этом случае существует значительный риск вирусывыделения во время родов.
- Родоразрешение путем КС рекомендовано при ВИЧ инфекции при вирусной нагрузке перед родами  $>1000$  копий/мл, неизвестной вирусной нагрузке

перед родами или неприменении противовирусной терапии во время беременности и/или непроведении антиретровирусной профилактики в родах.

- при некоторых аномалиях развития плода (гастрошизис, омфалоцеле, крестцово-копчиковая тератома больших размеров).
- при соматических заболеваниях, требующих исключения потуг (декомпенсация сердечно-сосудистых заболеваний, осложненная миопия, трансплантированная почка).

### **В неотложном порядке**

Рекомендовано при преэклампсии тяжелой степени, HELLP синдроме при беременности и в родах (при отсутствии условий для быстрого родоразрешения через естественные родовые пути).

- при некорректируемых нарушениях сократительной деятельности матки (слабость родовой деятельности, дискоординация родовой деятельности, дистония шейки матки), не сопровождающихся дистрессом плода.
- при отсутствии эффекта от родовозбуждения окситоцином.
- при хориоамнионите и неготовности естественных родовых путей к родам.
- при дистресс-синдроме плода, сопровождающегося сомнительным типом КТГ, прогрессирующим, несмотря на проведенную терапию (может быть использован увлажненный #кислород и/или быстрое введение растворов, влияющих на водно-электролитный баланс, и/или смена положения тела и/или острый токолиз (гексопреналин\*\*) или нарушением кровотока в артерии пуповины по данным доплерографии).
- при любом варианте предлежания плаценты с кровотечением.
- при прогрессирующей преждевременной отслойке нормально расположенной плаценты.
- при угрожающем, начавшемся или свершившемся разрыве матки.
- при дистресс-синдроме плода, сопровождающемся признаками прогрессирующего метаболического ацидоза по данным КТГ или уровня лактата.
- при клинически узком тазе.
- при выпадении петель пуповины или ручки плода при головном предлежании.
- при приступе эклампсии в родах.
  
- при агонии или внезапной смерти женщины при наличии живого плода (при наличии возможности).

Плановое родоразрешение путем КС рекомендовано проводить в 39-40 недель беременности.