

Показания к кесареву сечению

Плановое родоразрешение путём КС

Рекомендовано при:

1. Полном или неполном предлежании плаценты до 2-ух см от внутреннего зева, патологии плацентации (врастание плаценты).
2. Предлежании сосудов плаценты.
3. Следующих предшествующих операциях на матке: два и более КС; миомэктомия (2-5 тип по классификации FIGO или неизвестное расположение миоматозного узла)
4. 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 ребёнка (Основными препятствиями для родов являются: 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.)
5. Предполагаемых чрезмерно крупных размерах плода (≥ 4500 г при отсутствии сахарного диабета и ≥ 4000 г при наличии сахарного диабета).
6. Тазовом предлежании плода при сроке беременности менее 32-ух недель, сочетании с другими показаниями к КС, рубцом на матке после КС, ножном предлежании плода, предполагаемой массе плода < 2500 г или > 3600 г. Оперативное родоразрешение женщин с тазовым предлежанием носит рекомендательный характер и зависит от желания, паритета женщины и акушерской ситуации.
7. Устойчивом поперечном положении плода.
8. Дистоции плечиков плода в анамнезе с неблагоприятным материнским или перинатальным исходом (тяжелая гипоксия, энцефалопатия, травма ребёнка и матери (лонного сочленения).
9. Высыпаниях генитального герпеса (первичный эпизод или рецидив) в течение 6 недель до родоразрешения.
10. 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.

11. Некоторых аномалиях развития плода (гастрошизис, омфалоцеле, крестцово-копчиковая тератома больших размеров и др.)
12. Соматических заболеваниях, требующих исключения потуг (декомпенсация сердечно-сосудистых заболеваний, осложнённая миопия: периферическая витреохориоретинальная дистрофия, трансплантированная почка).
13. Желании пациентки в сочетании с тазовым предлежанием плода, рубцом на матке после КС, гибелью и инвалидизацией ребёнка в предыдущих родах.

Родоразрешение путём КС в неотложном порядке

Рекомендовано при:

1. Преждевременном излитии околоплодных вод при доношенной беременности и наличии показаний к плановому КС.
2. Преэклампсии тяжёлой степени, критической преэклампсии, нарастании степени тяжести преэклампсии, HELLP синдроме при беременности и в родах (при отсутствии условий для быстрого родоразрешения через естественные родовые пути).
3. Нарушении состояния плода, представляющего высокий риск неблагоприятного исхода в родах, но не требующего экстренного родоразрешения.
4. Некорректируемых нарушениях сократительной деятельности матки (слабость родовой деятельности, дискоординация родовой деятельности, дистония шейки матки), не сопровождающихся дистрессом плода.
5. Отсутствии эффекта от родовозбуждения окситоцином.
6. Хориоамнионите вне родовой деятельности и отсутствии условий для родоразрешения через естественные родовые пути.
7. Дистресс-синдроме плода, сопровождающегося сомнительным типом КТГ, прогрессирующим, несмотря на меры внутриутробной терапии (может быть использован увлажнённый кислород и/или быстрое введение электролитного раствора, и/или смена положения тела и/или острый токолиз).

Родоразрешение путём КС в экстренном порядке

Рекомендовано при:

1. Любом варианте предлежания плаценты с кровотечением.
2. Прогрессирующей преждевременной отслойке нормально расположенной плаценты.
3. Угрожающем, начавшемся или свершившемся разрыве матки.
4. Дистресс-синдроме плода, сопровождающемся признаками прогрессирующего метаболического ацидоза по данным КТГ или уровня лактата.

5. При клинически узком тазе.
6. Выпадении петель пуповины или ручки плода при головном предлежании.
7. Приступе эклампсии в родах.
8. Агонии или внезапной смерти женщины при наличии живого плода (при наличии возможности).