# **ПОКАЗАНИЯ К КЕСАРЕВУ СЕЧЕНИЮ**

**В плановом порядке** родоразрешение путем КС рекомендовано при:

- при врастании 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

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 (≥ 4500г).

- при устойчивом поперечном положении плода.

- при дистоции плечиков плода в анамнезе с неблагоприятным исходом (мертворождение, тяжелая гипоксия, энцефалопатия, травма ребенка и матери (лонного сочленения).

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, эпилепсия).

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

****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 некорригируемых нарушениях сократительной деятельности матки (слабость родовой деятельности, дискоординация родовой деятельности, дистоция шейки матки), не сопровождающихся дистрессом плода.

- при отсутствии эффекта от родовозбуждения окситоцином.

- при хориоамнионите и неготовности естественных родовых путей к родам.

- 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).