**Определение показаний к родоразрешению путем КС**

*Роды одноплодные, родоразрешение путем кесарева сечения (КС*) – это способ родоразрешения, при котором рождение ребенка происходит посредством хирургического вмешательства с рассечением стенки беременной матки, извлечением плода, последа и последующим восстановлением целостности матки.

**В плановом порядке (III категория неотложности) родоразрешение путем КС рекомендовано:**

-при полном или неполном предлежании плаценты до 2-х см от внутреннего зева;

- при предлежании сосудов плаценты;

- при предшествующих операциях на матке: два и более КС; миомэктомия (2-5 тип по классификации FIGO или неизвестное расположение

миоматозного узла);

-при гистеротомии в анамнезе (перфорация матки, иссечение

трубного угла, иссечение рудиментарного рога, корпоральное КС в анамнезе, Тобразный или J-образный разрез);

-при наличии препятствия со стороны родовых путей для рождения ребенка, а именно:

*-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 чрезмерно крупных размерах плода (≥ 4500 г

при отсутствии сахарного диабета и ≥4000 г при наличии сахарного диабета);

- при тазовом предлежании плода при сроке беременности менее 32 недель, сочетании с другими показаниями к КС, рубцом на матке после КС;

При ножном предлежании плода, предполагаемой массе плода <2500 г или >3600 г;

- при устойчивом поперечном положении плода;

- при дистоции плечиков плода в анамнезе с неблагоприятным

материнским или перинатальным исходом (тяжелая гипоксия, энцефалопатия,

травма ребенка и матери (лонного сочленения);

Комментарий: Плановое КС проводится для предотвращения повторной

дистоции плечиков, если в анамнезе имела место тяжелая дистоция плечиков

(например, мертворождение, паралич плечевого сплетения, перелом ключицы или плеча, асфиксия плода) при предполагаемой массе плода, равной или большей, чем была при предыдущих родах;

-при высыпаниях генитального герпеса (первичный эпизод или

рецидив) в течение 6 недель до родоразрешения;

-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 и др.).

- при соматических заболеваниях, требующих исключения потуг

(декомпенсация сердечно-сосудистых заболеваний, осложненная миопия:

периферическая витреохориоретинальная дистрофия, трансплантированная

почка);

-при желании пациентки в сочетании с тазовым предлежанием плода,

- женщинам с рубцом на матке после КС, гибелью и инвалидизацией ребенка в предыдущих родах.

**• В неотложном порядке (II категория неотложности) родоразрешение путем КС рекомендовано:**

- при преждевременном излитии околоплодных вод при доношенной

беременности и наличии показаний к плановому КС;

- при преэклампсии тяжелой степени, критической преэклампсии,

нарастании степени тяжести преэклампсии, HELLP синдроме при беременности и в родах (при отсутствии условий для быстрого родоразрешения через естественные родовые пути);

-при нарушении состояния плода, представляющего высокий риск неблагоприятного исхода в родах, но не требующего экстренного родоразрешения;

-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 вне родовой деятельности и отсутствии

-при дистресс-синдроме плода, сопровождающегося сомнительным

типом КТГ, прогрессирующим, несмотря на меры внутриутробной терапии.

**• В экстренном порядке (I категория неотложности) родоразрешение путем КС рекомендовано**

-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).