Информация для пациента

 ПОКАЗАНИЯ К КЕСАРЕВУ СЕЧЕНИЮ

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

• при полном предлежании и врастании плаценты

Комментарии: 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 (2-5 тип по классификации FIGO или неизвестное расположение миом. узла)

Комментарий: При наличии одного рубца на матке и категорическом отказе пациентки от родоразрешения через естественные родовые пути возможно родоразрешение путем КС.

• при гистеротомии в анамнезе (корпоральное КС в анамнезе, Т-образный или J-образный разрез, перфорация матки, иссечение трубного угла, иссечение рудиментарного рога)

• 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 (≥ 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, ПМП < 2500 или > 3600

Комментарий: Рождение плода <2500г или >3600г 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

Комментарий: в ряде случаев возможно проведение наружного поворота плода в 37 недель беременности. Если попытка неудачная, возможно повторное проведение в 390 - 396 недель или перед плановой операцией. Если в этом сроке удается провести наружный поворот плода, то необходимо проводить преиндукцию или индукцию родов в связи с тем, что нестабильное положение плода обусловливает повышенный риск пролапса пуповины

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

Комментарий: Плановое КС проводится для предотвращения повторной дистоции плечиков, если в анамнезе имела место дистоция плечиков с неблагоприятным исходом, при предполагаемой массе плода в данной беременности равной или большей, чем была при предыдущей беременности. При интранатальной гибели или постнатальной инвалидизацией ребенка в предыдущих родах и категорическом отказе пациентки от родоразрешения через естественные родовые пути возможно родоразрешение путем КС.

• рекомендовано 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 вирусовыделения во время родов.

• рекомендовано для профилактики неонатального герпеса при излитии ок/вод у пациенток с клиническими проявлениями генитального герпеса рассмотреть вопрос о родоразрешении путем кесарева сечения в неотложном порядке.

• 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

Комментарий: Плановое КС с целью профилактики передачи ВИЧ от матери ребенку рекомендовано проводить по достижении 38 недель беременности при отсутствии признаков родовой деятельности.

• при некоторых аномалиях развития плода (гастрошизис, омфалоцеле, крестцово-копчиковая тератома больших размеров)

Комментарии: в данных случаях требуется родоразрешение путем КС для более бережного нетравматичного излечения плода. При небольших и средних размерах омфалоцеле, в состав которых в эмбриональный грыжевой мешок не входит печень, а также при крестцово-копчиковых тератомах небольших размеров, может быть рассмотрен вопрос о родоразрешении через естественные родовые пути.

• при соматических заболеваниях, требующих исключения потуг (декомпенсация сердечно-сосудистых заболеваний, осложненная миопия, трансплантированная почка)

Комментарий: в ряде случаев вопрос должен решаться на консилиуме с участием смежных специалистов.

 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, HELLP синдроме при беременности и в родах (при отсутствии условий для быстрого родоразрешения через естественные родовые пути)

• при некорригируемых нарушениях сократительной деятельности матки (СРД, 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 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 допплерографии

 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)

Комментарий: во всех случаях экстренного родоразрешения при полном открытии и низко расположенной предлежащей части плода в малом тазу вариант родоразрешения решается индивидуально исходя из клинической ситуации.

• Родоразрешение путем КС не рекомендовано при аномалии плода, не совместимых с жизнью (за исключением тех аномалий, которые могут привести к КУТ, и ситуаций, при которых родоразрешение через естественные родовые пути представляет более высокий риск, чем путем КС)

• Родоразрешение путем КС не рекомендовано при внутриутробной смерти плода (за исключением ситуаций, при которых родоразрешение через ЕРП представляет более высокий риск, чем путем КС)

• Родоразрешение путем КС не рекомендовано при сроке беременности <240 недель при наличии показаний со стороны плода (за исключением ситуаций, при которых родоразрешение через естественные родовые пути представляет более высокий риск, чем путем КС)

Комментарий: Требуется письменное согласие пациентки в связи с неблагоприятным прогнозом для жизни и здоровья новорожденного.

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

Комментарии: Риск респираторных дыхательных нарушений выше у детей, рожденных путем КС до начала родовой деятельности, однако он значительно снижается после 39 недель беременности. При сочетании некоторых показаний сроки родоразрешения могут быть изменены согласно клинической ситуации.