Показания к кесареву сечению

Следует отметить, что в ряде случаев необходима предварительная госпитализация в родильный дом для подготовки к родоразрешению. В стационаре проводят углубленное клиническое, лабораторное и инструментальное обследования для выбора сроков и метода родоразрешения. Для каждой беременной (роженицы) составляется индивидуальный план ведения родов. Пациентку знакомят с предполагаемым планом ведения родов. Получают ее согласие на предполагаемые манипуляции и операции в родах (стимуляция, амниотомия, кесарево сечение). Кесарево сечение выполняют не по желанию женщины, так как это небезопасная операция, а только по медицинским показаниям (абсолютные или относительные). Определение показаний к родоразрешению путем кесарева сечения. В плановом порядке родоразрешение путем кесарева сечения рекомендовано:

• при врастании плаценты.

• при неполном предлежании плаценты на расстоянии 2 см и менее от внутреннего зева родоразрешение чаще проводится путем кесарева сечения, однако возможно родоразрешение через естественные родовые пути.

• при предлежании сосудов плаценты.

•при следующих предшествующих операциях на матке: два и более кесарево сечение; миомэктомия.

• при наличии одного рубца на матке и категорическом отказе пациентки от родоразрешения через естественные родовые пути возможно родоразрешение путем кесарева сечения.

Родоразрешение путем кесарево сечение рекомендовано при гистеротомиив анамнезе (перфорация матки, иссечение трубного угла, иссечение рудиментарного рога, корпоральное кесарево сечение 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 тазовом предлежании плода: при сроке беременности менее 32недель, сочетании с другими показаниями к кесареву сечению, рубцом на матке после кесарева сечения, ножном предлежании плода, предполагаемой массе плода <2500 г или >3600г.

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 вирусовыделения во время родов. Родоразрешение путем кесарева сечения 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 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 дистресс-синдроме плода, сопровождающегося сомнительным типом КТГ, прогрессирующим, несмотря на проведенную терапию или нарушением кровотока в артерии пуповины по данным допплерографии;
• 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 кесарева сечения рекомендовано проводить в 39-40 недель беременности.