

# Информация о показаниях к кесареву сечению

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.

Кесарево сечение является распространенной операцией и выполняется в 25-30% всех родоразрешений. Обычно (при отсутствии особых показаний) кесарево сечение выполняется в 39-40 недель беременности.

Для родоразрешения Вас заблаговременно госпитализируют в акушерский стационар. В случае начала родовой деятельности или разрыва плодных оболочек до предполагаемой даты родоразрешения, Вам необходимо срочно вызвать бригаду скорой помощи для госпитализации в акушерский стационар.

В стационаре Вам будет выполнен необходимый перечень лабораторных и инструментальных исследований в зависимости от акушерской ситуации. При плановой госпитализации Вы будете должны отказаться от приема пищи за 8 часов, и прозрачных жидкостей – за 2 часа до планируемого родоразрешения. К прозрачным жидкостям относятся вода, фруктовый сок без мякоти, газированные напитки, чай и кофе.

Перед операцией Вас проконсультируют врач-акушер-гинеколог и врач-анестезиолог-реаниматолог. Вы будете обязаны сообщить врачам обо всех известных Вам проблемах, связанных с Вашим здоровьем, наследственностью, аллергических реакциях, индивидуальной непереносимостью лекарственных препаратов и продуктов питания, а также о курении табака, злоупотреблении алкоголем или наркотическими препаратами в настоящее время и в прошлом. Врач-анестезиолог-реаниматолог выберет наиболее подходящий для Вас вид обезболивания во время операции. Перед операцией Вам будет необходимо надеть на ноги компрессионный трикотаж для профилактики тромбозов, который Вы будете носить на протяжении всего послеоперационного периода. Вы будете должны удалить волосы с области предполагаемого разреза (промежность, лобок, нижняя часть живота). Также перед операцией Вам проведут антибиотикопрофилактику для снижения риска гнойно-воспалительных послеоперационных осложнений.

В операционной Вам установят внутривенный катетер и мочевого катетер на время и первые часы после операции.

Вы должны быть осведомлены, что во время операции могут возникнуть различные осложнения, которые могут потребовать дополнительных вмешательств и переливания препаратов, влияющих на кроветворение и кровь.

В послеоперационном периоде Вы будете переведены в палату интенсивной терапии на необходимое время в зависимости от Вашего состояния. В послеоперационном периоде Вам продолжат обезболивание, будет предложена ранняя активизация для снижения риска послеоперационных осложнений: раннее присаживание в кровати и вставание, обычно, в 1-е сутки после родов. Прием прозрачных жидкостей возможен сразу после родоразрешения, прием пищи – через несколько часов после родов.

Время прикладывания ребенка к груди зависит от Вашего состояния и состояния Вашего ребенка, но при отсутствии показаний практикуется раннее прикладывание: во время операции или сразу после нее.

**Роды путем операции кесарева сечения проводится строго по показаниям:**

<b>Плановое кесарево сечение</b>	<b>Экстренное</b>	<b>Неотложное</b>
Полное предлежание плаценты и вращение плаценты	любом варианте предлежания плаценты с кровотечением	При преждевременном излитии околоплодных вод при

		доношенной беременности и наличии показаний к плановому КС
Предлежание сосудов плаценты	прогрессирующей преждевременной отслойке нормально расположенной плаценты	преэклампсии тяжелой степени, HELLP синдроме при беременности и в родах (при отсутствии условий для быстрого родоразрешения через естественные родовые пути)
два и более КС; миомэктомия (2-5 тип по классификации FIGO или неизвестное расположение миоматозного узла)	угрожающем, начавшемся или свершившемся разрыве матки	не корригируемых нарушениях сократительной деятельности матки, не сопровождающихся дистрессом плода
Гистеротомия в анамнезе	дистресс-синдроме плода, сопровождающемся признаками прогрессирующего метаболического ацидоза по данным КТГ или уровня лактата	отсутствии эффекта от родовозбуждения окситоцином
Наличия препятствия со стороны родовых путей для рождения ребенка	клинически узком тазе	хориоамнионите и неготовности естественных родовых путей к родам
Предполагаемый крупный плод ( $\geq 4500$ г)	выпадении петель пуповины или ручки плода при головном предлежании	дистресс-синдроме плода, сопровождающемся сомнительным типом КТГ, прогрессирующим, или нарушением кровотока в артерии пуповины по данным доплерографии
Тазовое предлежание плода: при сроке беременности менее 32 недель, тазовое предлежание + другие показаниями к КС, рубцом на матке после КС, ножном предлежании плода, предполагаемой массе плода $<2500$ г или $>3600$ г (данное показание носит рекомендательный характер)	приступе эклампсии в родах	
Устойчивое поперечное положение плода	агонии или внезапной смерти женщины при наличии живого плода (при наличии возможности)	
Дистоция плечиков плода в анамнезе с неблагоприятным исходом (мертворождение, тяжелая гипоксия, энцефалопатия, травма ребенка и матери (лонного сочленения)		
Все пациентки с первичным эпизодом генитального герпеса после 34 нед. беременности, или клинические проявления генитального герпеса возникли накануне родов		
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

---

Некоторые аномалии развития  
плода (гастрошизис,  
омфалоцеле, крестцово-  
копчиковая тератома больших  
размеров)

---

При соматических  
заболеваниях матери,  
требующих исключения  
потуг