

ПОКАЗАНИЯ К КЕСАРЕВУ СЕЧЕНИЮ



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.

Показания к КС могут быть плановые как во время беременности (чаще), так и в начале родовой деятельности, а также экстренные как во время беременности, так и во время родов.

Классификация неотложности КС

Категории:

I категория неотложности - экстренный порядок - при угрозе жизни женщины или плода (должно проводиться настолько быстро, насколько возможно, но не позднее 30 мин от постановки диагноза до оперативного родоразрешения при нахождении пациентки в стационаре).

II категория неотложности - неотложный порядок - отсутствие экстренных показаний, но возникла необходимость раннего родоразрешения, при наличии осложнений у матери или плода, которые являются жизнеугрожающими, но не требуют экстренного родоразрешения.

III категория неотложности - плановый порядок - время родоразрешения определяется в соответствии с оптимальным временем родоразрешения для женщины и плода.

Определение показаний к родоразрешению путем КС

- В плановом порядке (III категория неотложности) родоразрешение путем КС рекомендовано при полном или неполном предлежании плаценты до 2-х см от внутреннего зева, патологии плацентации (врастание плаценты). Данное показание является абсолютным, проведение рандомизированных исследований невозможно. Родоразрешение при частичном предлежании менее 2 см от внутреннего зева по данным УЗИ через естественные родовые пути в ряде случаев возможно у повторнородящих, а также при поступлении в стационар в 1-м периоде родов, при отсутствии кровотечения, проведения амниотомии в условиях развернутой операционной.

- В плановом порядке (III категория неотложности) родоразрешение путем КС рекомендовано при предлежании сосудов плаценты. Данное показание является абсолютным, проведение рандомизированных исследований невозможно.

- В плановом порядке (III категория неотложности) родоразрешение путем КС рекомендовано при следующих предшествующих операциях на матке: два и более КС; миомэктомия (2-5 тип по классификации FIGO или неизвестное расположение миоматозного узла).

- В плановом порядке (III категория неотложности) родоразрешение путем КС рекомендовано при гистеротомии в анамнезе (перфорация матки, иссечение трубного угла, иссечение рудиментарного рога, корпоральное КС в анамнезе, Тобразный или J-образный разрез) или при наличии препятствия со стороны родовых путей для рождения ребенка. Основными препятствиями для родов являются: 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.

- В плановом порядке (III категория неотложности) родоразрешение путем КС рекомендовано при предполагаемых чрезмерно крупных размерах плода (≥ 4500 г при отсутствии сахарного диабета и ≥ 4000 г при наличии сахарного диабета). Возможность самопроизвольных родов при предполагаемой массе плода ≥ 4500 г без сахарного диабета зависит от многих обстоятельств (готовность родовых путей, размеры таза, акушерско-гинекологический анамнез, возраст, паритет и др.).

- В плановом порядке (III категория неотложности) родоразрешение путем КС рекомендовано при тазовом предлежании плода при сроке беременности менее 32 недель, сочетании с другими показаниями к КС, рубцом на матке после КС, ножном предлежании плода, предполагаемой массе плода < 2500 г или > 3600 г. : Рождение плода < 2500 г или > 3600 г в тазовом предлежании несмотря на предполагаемую массу плода < 2500 г или > 3600 г по данным УЗИ до родоразрешения не является нарушением клинических рекомендаций. Оперативное родоразрешение женщин с тазовым предлежанием носит рекомендательный характер и зависит от желания, паритета женщины и акушерской ситуации.

- В плановом порядке (III категория неотложности) родоразрешение путем КС рекомендовано при устойчивом поперечном положении плода.

- В плановом порядке (III категория неотложности) родоразрешение путем КС рекомендовано при дистоции плечиков плода в анамнезе с неблагоприятным материнским или перинатальным исходом (тяжелая гипоксия, энцефалопатия, травма ребенка и матери (лонного сочленения). 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.

- В плановом порядке (III категория неотложности) родоразрешение путем КС рекомендовано при высыпаниях генитального герпеса (первичный эпизод или рецидив) в течение 6 недель до родоразрешения. Риск развития раннего неонатального герпеса составляет 41% при родах через естественные родовые пути. Диагноз должен быть подтвержден (при наличии диагностической возможности) исследованием отделяемого везикул или соскоба с мест высыпаний методом полимеразной цепной реакции, ИФА сыворотки крови на наличие антител IgG, IgM.

- В плановом порядке (III категория неотложности) 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. Плановое КС с целью профилактики передачи ВИЧ от матери ребенку рекомендовано проводить по достижении 38 недель беременности при отсутствии признаков родовой деятельности.

- В плановом порядке (III категория неотложности) родоразрешение путем КС рекомендовано при некоторых аномалиях развития плода (гастрошизис, омфалоцеле, крестцово-копчиковая тератома больших размеров и др.). В данных случаях требуется родоразрешение путем КС для более бережного нетравматичного извлечения 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.

- В плановом порядке (III категория неотложности) родоразрешение путем КС рекомендовано при соматических заболеваниях, требующих исключения потуг (декомпенсация сердечно-сосудистых заболеваний, осложненная миопия: периферическая витреохориоретинальная дистрофия, трансплантированная почка). В ряде случаев вопрос должен решаться на консилиуме с участием смежных специалистов.

- В плановом порядке (III категория неотложности) родоразрешение путем КС рекомендовано при желании пациентки в сочетании с тазовым предлежанием плода, 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.

- В неотложном порядке (II категория неотложности) родоразрешение путем КС рекомендовано 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).

- В неотложном порядке (II категория неотложности) родоразрешение путем КС рекомендовано при нарушении состояния плода, представляющего высокий риск неблагоприятного исхода в родах, но не требующего экстренного родоразрешения.

- В неотложном порядке (II категория неотложности) родоразрешение путем КС рекомендовано при некорректируемых нарушениях сократительной деятельности матки (слабость родовой деятельности, дискоординация родовой деятельности, дистоция шейки матки), не сопровождающихся дистрессом плода.

- В неотложном порядке (II категория неотложности) родоразрешение путем КС рекомендовано при отсутствии эффекта от родовозбуждения окситоцином.

- В неотложном порядке (II категория неотложности) родоразрешение путем КС рекомендовано при хориоамнионите вне родовой деятельности и отсутствии условий для родоразрешения через естественные родовые пути.

- В неотложном порядке (II категория неотложности) родоразрешение путем КС рекомендовано при дистресс-синдроме плода, сопровождающегося сомнительным типом КТГ, прогрессирующим, несмотря на меры внутриутробной терапии (может быть использован увлажненный кислород и/или быстрое введение электролитного раствора, и/или смена положения тела и/или острый токолиз (гексопреналин сульфат)).

- В экстренном порядке (I категория неотложности) родоразрешение путем КС рекомендовано при любом варианте предлежания плаценты с кровотечением.
- В экстренном порядке (I категория неотложности) родоразрешение путем КС рекомендовано при прогрессирующей преждевременной отслойке нормально расположенной плаценты.
- В экстренном порядке (I категория неотложности) родоразрешение путем КС рекомендовано при угрожающем, начавшемся или свершившемся разрыве матки.
- В экстренном порядке (I категория неотложности) родоразрешение путем КС рекомендовано при дистресс-синдроме плода, сопровождающемся признаками прогрессирующего метаболического ацидоза по данным КТГ или уровня лактата.
- В экстренном порядке (I категория неотложности) родоразрешение путем КС рекомендовано при клинически узком тазе.
- В экстренном порядке (I категория неотложности) родоразрешение путем КС рекомендовано при выпадении петель пуповины или ручки плода при головном предлежании.
- В экстренном порядке (I категория неотложности) родоразрешение путем КС рекомендовано при приступе эклампсии в родах.
- В экстренном порядке (I категория неотложности) родоразрешение путем КС рекомендовано при агонии или внезапной смерти женщины при наличии живого плода (при наличии возможности). 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, которые могут привести к клинически узкому тазу).
- Родоразрешение путем КС не рекомендовано при внутриутробной смерти плода (за исключением дородового кровотечения, предлежания плаценты, тяжелого соматического заболевания, эклампсии, и других ситуаций, при которых родоразрешение через естественные родовые пути представляет более высокий риск, чем путем КС).
- Родоразрешение путем КС не рекомендовано при сроке беременности <24 недель при наличии показаний со стороны плода (за исключением дородового кровотечения, предлежания плаценты, тяжелого соматического заболевания, эклампсии и других ситуаций, при которых родоразрешение через естественные родовые пути представляет более высокий риск, чем путем КС). 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. 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.