**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 кесаревому сечению.***

 **I категория - в Экстренной Форме** - 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).

1. При любом варианте предлежания плаценты с кровотечением.
2. При прогрессирующей преждевременной отслойке нормально расположенной плаценты.
3. При угрожающем, начавшемся или свершившемся разрыве матки.
4. При дистресс-синдроме плода, сопровождающемся признаками прогрессирующего метаболического ацидоза по данным КТГ или уровня лактата.
5. При клинически узком тазе.
6. При выпадении петель пуповины или ручки плода при головном предлежании.
7. При приступе эклампсии в родах.
8. При агонии или внезапной смерти женщины при наличии живого плода.

**II категория - в Неотложной Форме** - без явных признаков угрозы жизни, при наличии осложнений у матери или плода, которые требуют неотложного родоразрешения.

1. При преждевременном излитии околоплодных вод при доношенной беременности и наличии показаний к плановому КС.
2. При преэклампсии тяжелой степени, HELLP синдроме при беременности и в родах синдроме при беременности и в родах (при отсутствии условий для быстрого родоразрешения через естественные родовые пути).
3. При некорригируемых нарушениях сократительной деятельности матки (слабость родовой деятельности, дискоординация родовой деятельности, дистоция шейки матки), не сопровождающихся дистрессом плода.
4. При отсутствии эффекта от родовозбуждения окситоцином.
5. При хориоамнионите и неготовности естественных родовых путей к родам.
6. 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 данным допплерографии .

 **III категория - в плановой Форме** - время родоразрешения определяется в соответствии с оптимальным временем родоразрешения для женщины и плода.

1. При полном или врастании плаценты, предлежании сосудов плаценты.
2. При следующих предшествующих операциях на матке: два и более КС; миомэктомия (2-5 тип по классификации FIGO или неизвестное расположение миоматозного узла). При наличии одного рубца на матке и категорическом отказе пациентки от родоразрешения через естественные родовые пути возможно родоразрешение путем КС.
3. При гистеротомии в анамнезе (перфорация матки, иссечение трубного угла, иссечение рудиментарного рога, корпоральное КС в анамнезе, Тобразный или 1-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 ПНУ степени; рак шейки матки, кроме преинвазивных и микроинвазивных форм рака шейки матки).
4. При предполагаемых крупных размерах плода (> 4500 г).
5. 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 3600 г.
6. При устойчивом поперечном положении плода. В ряде случаев возможно проведение наружного поворота плода в 37 недель беременности. Если попытка неудачная, возможно повторное проведение в 39°-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
7. При дистоции плечиков плода в анамнезе с неблагоприятным исходом (мертворождение, тяжелая гипоксия, энцефалопатия, травма ребенка и матери (лонного сочленения).
8. 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.
9. 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.
10. При некоторых аномалиях развития плода (гастрошизис, омфалоцеле, крестцово-копчиковая тератома больших размеров).
11. При соматических заболеваниях, требующих исключения потуг (декомпенсация сердечно-сосудистых заболеваний, осложненная миопия, трансплантированная почка).