**Нормальные роды**- это своевременные (в 37- 41 недель беременности) роды одним плодом, начавшиеся самостоятельно, с низким риском акушерских осложнений к началу родов (при отсутствии преэклампсии, задержки роста плода, нарушения состояния плода, предлежания плаценты и других осложнений), прошедшие без осложнений, при которых ребенок родился самопроизвольно в головном предлежании, после которых пациентка и новорожденный находятся в удовлетворительном состоянии.

**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.  
**Определение показаний к родоразрешению путем КС**  
**В плановом порядке родоразрешение путем КС рекомендовано при:**  
• при  врастании плаценты.  
• 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.  
• при наличии одного рубца на матке и категорическом отказе пациентки от родоразрешения через естественные   
• родовые пути возможно родоразрешение путем КС.  
  
  Родоразрешение путем КС рекомендовано при гистеротомии в анамнезе (перфорация матки, иссечение трубного угла, иссечение рудиментарного рога, корпоральное КС 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 32 недель, сочетании с другими показаниями к КС, рубцом на матке после КС, 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 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.   
• 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 (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.  
• 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 КС рекомендовано проводить в 39-40 недель беременности.**