**Определение показаний к родоразрешению путем КС**

* В плановом порядке родоразрешение путем КС рекомендовано при полном и врастании плаценты
* В плановом порядке родоразрешение путем КС рекомендовано при предлежании сосудов плаценты.
* В плановом порядке родоразрешение путем КС рекомендовано при следующих предшествующих операциях на матке:  два и более КС; миомэктомия
* В плановом порядке 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).
* В плановом порядке (родоразрешение путем КС рекомендовано при предполагаемых крупных размерах плода (≥ 4500 г).
* В плановом порядке 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.
* В плановом порядке родоразрешение путем КС рекомендовано при устойчивом поперечном положении плода.

риск пролапса пуповины.

* В плановом порядке родоразрешение путем КС рекомендовано при дистоции плечиков плода в анамнезе с неблагоприятным исходом (мертворождение, тяжелая гипоксия, энцефалопатия, травма ребенка и матери (лонного сочленения).
* **Рекомендовано** 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.
* Рекомендовано для профилактики неонатального герпеса при излитии околоплодных вод у пациенток с клиническими проявлениями генитального герпеса рассмотреть вопрос о родоразрешении путем кесарева сечения в неотложном порядке.
* В плановом порядке (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.
* В плановом порядке родоразрешение путем КС рекомендовано при некоторых аномалиях развития плода (гастрошизис, омфалоцеле, крестцово-копчиковая тератома больших размеров).
* В плановом порядке родоразрешение путем КС рекомендовано при соматических заболеваниях, требующих исключения потуг (декомпенсация сердечно-сосудистых заболеваний, осложненная миопия, трансплантированная почка).
* В неотложном порядке родоразрешение путем КС рекомендовано при преждевременном излитии околоплодных вод при доношенной беременности и наличии показаний к плановому КС.
* В неотложном порядке родоразрешение путем КС рекомендовано при преэклампсии тяжелой степени, HELLP синдроме при беременности и в родах (при отсутствии условий для быстрого родоразрешения через естественные родовые пути) .
* В неотложном порядке родоразрешение путем КС рекомендовано при некорригируемых нарушениях сократительной деятельности матки (слабость родовой деятельности, дискоординация родовой деятельности, дистоция шейки матки), не сопровождающихся дистрессом плода.
* В неотложном порядке родоразрешение путем КС рекомендовано при отсутствии эффекта от родовозбуждения окситоцином.
* В неотложном порядке родоразрешение путем КС рекомендовано при хориоамнионите и неготовности естественных родовых путей к родам [56].
* В неотложном порядке родоразрешение путем КС рекомендовано 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
* В экстренном порядке родоразрешение путем КС рекомендовано при любом варианте предлежания плаценты с кровотечением.
* В экстренном порядке родоразрешение путем КС рекомендовано при прогрессирующей преждевременной отслойке нормально расположенной плаценты.
* В экстренном порядке родоразрешение путем КС рекомендовано при угрожающем, начавшемся или свершившемся разрыве матки..
* В экстренном порядке родоразрешение путем КС рекомендовано при дистресс-синдроме плода, сопровождающемся признаками прогрессирующего метаболического ацидоза по данным КТГ или уровня лактата.
* В экстренном порядке родоразрешение путем КС рекомендовано при клинически узком тазе.
* В экстренном порядке родоразрешение путем КС рекомендовано при выпадении петель пуповины или ручки плода при головном предлежании .
* В экстренном порядке родоразрешение путем КС рекомендовано при приступе эклампсии в родах
* В экстренном порядке родоразрешение путем КС рекомендовано при агонии или внезапной смерти женщины при наличии живого плода (при наличии возможности) [39, 59].
* Родоразрешение путем КС не рекомендовано при аномалии плода, не совместимых с жизнью (за исключением тех аномалий, которые могут привести к клинически узкому тазу, и ситуаций, при которых родоразрешение через естественные родовые пути представляет более высокий риск, чем путем КС).
* Родоразрешение путем КС не рекомендовано при внутриутробной смерти плода (за исключением ситуаций, при которых родоразрешение через естественные родовые пути представляет более высокий риск, чем путем КС)
* Родоразрешение путем КС не рекомендовано при сроке беременности <240 недель при наличии показаний со стороны плода (за исключением ситуаций, при которых родоразрешение через естественные родовые пути представляет более высокий риск, чем путем КС.
* Плановое родоразрешение путем КС рекомендовано проводить в 39-40 недель беременности.