Роды одноплодные, родоразрешение путем кесарева сечения

Клинические рекомендации Минздрава России · взрослые, дети · редакция 2024 г., статус «Применяется» на 04.11.2026 · МКБ-10: O32.0, O32.2, O32.4, O32.8, O34.0, O34.4, O82, O82.0 · Российское общество акушеров-гинекологов

Кесарево сечение — оперативный способ родоразрешения с рассечением стенки беременной матки, извлечением плода и последа и последующим восстановлением целостности матки. Рекомендация описывает показания к плановому, неотложному и экстренному КС, предоперационное обследование, технику операции, анестезию и ведение после родоразрешения.

Главное

- Экстренное КС I категории выполняют при угрозе жизни матери или плода; если пациентка уже в стационаре, интервал от диагноза до операции должен быть не более 30 минут.
- Плановое КС обычно проводят в 39–40 недель беременности; при ВИЧ для профилактики передачи инфекции — с 38 недель при отсутствии родовой деятельности, если вирусная нагрузка >1000 копий/мл, неизвестна или не проводилась терапия/профилактика.
- Абсолютные плановые показания: полное предлежание и врастание плаценты, предлежание сосудов плаценты; при неполном предлежании плаценты на расстоянии ≤2 см от внутреннего зева чаще выполняют КС, но способ зависит от акушерской ситуации.
- Перед КС рекомендованы ОАК до операции и не позднее 72 часов после нее, определение группы крови АВ0 и резус-фактора; нормальный гемоглобин во 2–3 триместре — ≥105 г/л. Для ОАК: УУР С, УДД 4; для АВ0 и резус-фактора: УУР С, УДД 5.
- Для профилактики кровопотери после извлечения плода вводят утеротоник: окситоцин 5 МЕ в/в медленно за 1–2 минуты или инфузионно; карбетоцин 100 мкг в/в медленно за 1 минуту — только при факторах риска интра- и послеоперационного кровотечения. УУР А, УДД 1.
- Антибиотикопрофилактику проводят однократно за 30–60 минут до операции; при ИМТ ≥30 кг/м² дозу антибиотика увеличивают в 2 раза, при операции >4 часов для цефазолина или кровопотере >1500 мл вводят дополнительную интраоперационную дозу. УУР В, УДД 1.
- После КС: раннее обезболивание, тромбопрофилактика, раннее питание и мобилизация; мочевой катетер удаляют после активизации, но не раньше чем через 2–4 часа после последней эпидуральной дозы анестетика. УУР С, УДД 5.

Диагностика

1. Отдельных диагностических критериев для КС нет: это метод родоразрешения, а не заболевание; рекомендации относятся ко всем пациенткам перед родоразрешением путем КС, если не указано иное.
2. При поступлении и перед родоразрешением оценивают состояние матери: ЧСС, АД, ЧДД, сознание, кожу, размеры таза, высоту дна матки, тонус и болезненность матки, влагалищные выделения, данные влагалищного исследования. УУР С, УДД 5.
3. Оценивают плод: аускультация сердцебиения, положение, предлежание и размеры плода. УУР С, УДД 5.
4. Лабораторно перед КС выполняют ОАК, группу крови АВ0 и резус-фактор; при отсутствии исследований в 3-м триместре — ВИЧ с Ag p24, сифилис, HBsAg/антитела к HBsAg, anti-HCV IgM/IgG, обследование на стрептококк группы В, если не сделано в 35–37 недель.
5. Перед плановой операцией проводят УЗИ плода: уточняют расположение плаценты относительно предполагаемого разреза, предлежание сосудов, миому в нижнем сегменте, размеры и некоторые аномалии плода. УУР С, УДД 5.
6. Перед операцией рекомендована консультация анестезиолога-реаниматолога: физический статус, метод обезболивания, риск трудной интубации, ВТЭО, аспирации и анафилаксии. УУР С, УДД 5.
7. После КС при подозрении на осложнения и на 3-и сутки выполняют комплексное УЗИ малого таза для исключения гематом, остатков плацентарной ткани и оценки шва на матке. УУР С, УДД 5.

Лечение

- Плановое КС показано при двух и более КС в анамнезе, миомэктомии 2–5 типа по FIGO или неизвестной локализации узла, гистеротомии в анамнезе, препятствии со стороны родовых путей, предполагаемой массе плода ≥4500 г, отдельных вариантах тазового предлежания, устойчивом поперечном положении, некоторых аномалиях плода и соматических заболеваниях, требующих исключить потуги.
- Неотложное КС выполняют при ПИОВ при доношенной беременности и уже имеющихся плановых показаниях, тяжелой преэклампсии/HELLP без условий для быстрого влагалищного родоразрешения, некорригируемых нарушениях родовой деятельности без дистресса плода, отсутствии эффекта от родовозбуждения окситоцином, хориоамнионите с неготовыми родовыми путями, прогрессирующем сомнительном КТГ или нарушении кровотока в артерии пуповины.
- Экстренное КС показано при предлежании плаценты с кровотечением, прогрессирующей отслойке нормально расположенной плаценты, угрожающем/начавшемся/свершившемся разрыве матки, дистрессе плода с признаками прогрессирующего метаболического ацидоза по КТГ или лактату, клинически узком тазе, выпадении пуповины или ручки при головном предлежании, эклампсии в родах, агонии или внезапной смерти женщины при живом плоде.
- Рутинная техника: предпочтительны поперечный разрез кожи и поперечный разрез в нижнем сегменте матки; рутинно не используют смещение мочевого пузыря, отдельный скальпель для кожи и глубоких тканей, кюретаж стенок матки и нестандартные разрезы матки.
- Профилактика инфекции хирургической раны: предоперационная обработка кожи спиртовым раствором хлоргексидина предпочтительнее обработки раствором повидон-йода. УУР А, УДД 2.
- Антибиотикопрофилактика: цефазолин 1 г в/в медленно, цефуроксим 1,5 г в/в медленно, амоксициллин/клавулановая кислота 1,2 г в/в медленно 3–5 минут (не используют при КС у женщин на сроке гестации <34 недель), ампициллин/сульбактам 1,5 г в/в медленно; при аллергии на пенициллины/цефалоспорины — клиндамицин 600 мг в/м или в/в капельно либо эритромицин 200 мг в/в капельно.
- Анестезия: возможны нейроаксиальные методы и общая анестезия; общую используют при отказе или противопоказаниях к нейроаксиальной. Противопоказания к нейроаксиальной включают отказ, выраженную гиповолемию, гипокоагуляцию, коагулопатии, гной в месте пункции, системные инфекции, непереносимость местных анестетиков и ряд тяжелых сердечных/неврологических состояний.
- Послеоперационная анальгезия мультимодальная: НПВП, парацетамол, инфильтрация раны местным анестетиком, ТАР-блок; парацетамол в/в 1 г в конце операции или в раннем послеоперационном периоде, максимум 4 г/сут. При ВАШ >50 мм добавляют тримеперидин до 20 мг или фентанил до 100 мкг в/в; при ВАШ 30–50 мм — трамадол.

Когда направить и как наблюдать

- Плановое КС выполняют в акушерских стационарах 2-й группы при круглосуточном дежурстве акушеров-гинекологов, неонатологов и анестезиологов либо в стационарах 3-й группы; пациенток высокого риска направляют в стационары 3А группы.
- При неотложных и экстренных показаниях операцию выполняют там, где установлен диагноз, если есть оборудование и персонал для помощи матери и новорожденному; транспортировка в стационар 2-й или 3-й группы допустима только при возможности перевозки и отсутствии противопоказаний.
- При выявлении ВИЧ перед плановой госпитализацией пациентку направляют в Центр по профилактике и борьбе со СПИДом; при сифилисе — к дерматовенерологу; при гепатите В или С — к инфекционисту.
- После КС ранний перевод из реанимации/палаты пробуждения в послеродовое отделение возможен после нейроаксиальной или общей анестезии, кроме пациенток с преэклампсией, кровотечением, тяжелыми соматическими заболеваниями, технически сложной операцией или расширением объема вмешательства.
- Выписка после КС возможна при отсутствии температуры выше 37,2 °C, неосложненном послеоперационном течении, нормальном УЗИ матки и придатков, отсутствии мастита/лактостаза и воспаления шва; нерассасывающийся шов можно удалить по месту жительства.

Частые вопросы

Когда делать плановое кесарево сечение?

Обычно плановое КС проводят в 39–40 недель беременности. Срок может быть изменен при сочетании отдельных показаний и клинической ситуации.

Какие ситуации требуют экстренного КС?

Экстренное КС показано при кровотечении на фоне предлежания плаценты, прогрессирующей отслойке плаценты, разрыве матки, дистрессе плода с признаками метаболического ацидоза, клинически узком тазе, выпадении пуповины или ручки при головном предлежании, эклампсии в родах и агонии/внезапной смерти женщины при живом плоде.

Какая антибиотикопрофилактика используется перед КС?

Антибиотик вводят однократно за 30–60 минут до операции. Возможны цефазолин 1 г в/в медленно, цефуроксим 1,5 г в/в медленно, амоксициллин/клавулановая кислота 1,2 г в/в медленно 3–5 минут (не используют при КС у женщин на сроке гестации < 34 недель) или ампициллин/сульбактам 1,5 г в/в медленно; при аллергии — клиндамицин 600 мг в/м или в/в капельно либо эритромицин 200 мг в/в капельно.

Что делать при остановке кровообращения у беременной более 20 недель?

Нужно сместить матку максимально влево, начать СЛР на спине: компрессии ≥100/мин, глубина ≥5 см, соотношение 30:2. Если реанимация неэффективна 4 минуты, выполняют реанимационную гистеротомию с родоразрешением за 5 минут.

Когда после КС можно вставать, пить и есть?

Активизацию начинают через 4–6 часов после операции, если нет противопоказаний. После нейроаксиальной анестезии жидкость разрешена сразу, после общей — через 2 часа; с третьего часа возможна пища по общему столу с ограничениями, а после общей анестезии питание начинают через 4–6 часов с бульона.

Выжимка сделана по тексту рекомендации и не заменяет его. Полный официальный текст, калькуляторы и сокращённая версия: https://школасеченова.рф/cr/639-rody-odnoplodnye-rodorazreshenie-putem-kesareva-secheniya. Официальный источник: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/639_2