

Клинические рекомендации

**Послеоперационный рубец на матке, требующий
предоставления медицинской помощи матери во время
беременности, родов и в послеродовом периоде**

МКБ-10: O34.2, O75.7

Год утверждения: **2024**

Год пересмотра: **2026**

ID: 635

URL

Возрастная группа: **Взрослые / дети**

Профессиональные ассоциации:

- **ООО «Российское общество акушеров-гинекологов» (РОАГ)**

Оглавление

Список сокращений.....	3
Термины и определения.....	4
1. Краткая информация по заболеванию или состоянию (группе заболеваний или состояний).....	5
1.1 Определение заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний).....	5
1.2 Этиология и патогенез заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний).....	5
1.3 Эпидемиология заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний).....	6
1.4 Особенности кодирования заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний) по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем.....	6
1.5 Классификация заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний).....	7
1.6 Клиническая картина заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний).....	7
2. Диагностика заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний), медицинские показания и противопоказания к применению методов диагностики.....	8
2.1 Жалобы и анамнез.....	8
2.2 Физикальное обследование.....	9
2.3 Лабораторные диагностические исследования.....	10
2.4 Инструментальные диагностические исследования.....	10
2.5 Иные диагностические исследования.....	10
3. Лечение, включая медикаментозную и немедикаментозную терапии, диетотерапию, обезболивание, медицинские показания и противопоказания к применению методов лечения.....	12
3.1 Немедикаментозные методы лечения.....	12
3.2 Медикаментозные методы лечения.....	12
3.3 Хирургические методы лечения.....	12
4. Медицинская реабилитация, медицинские показания и противопоказания к применению методов реабилитации.....	19
5. Профилактика и диспансерное наблюдение, медицинские показания и противопоказания к применению методов профилактики.....	19
6. Организация оказания медицинской помощи.....	19
7. Дополнительная информация (в том числе факторы, влияющие на исход заболевания или состояния).....	19
Критерии оценки качества медицинской помощи.....	20
Список литературы.....	21
Приложение А1. Состав рабочей группы по разработке и пересмотру клинических рекомендаций.....	27
Приложение А2. Методология разработки клинических рекомендаций.....	29
Приложение А3. Справочные материалы, включая соответствие показаний к применению и противопоказаний, способов применения и доз лекарственных препаратов, инструкции по применению лекарственного препарата.....	31
Приложение Б. Алгоритмы действия врача.....	32
Приложение В. Информация для пациента.....	34
Приложение Г1-ГN. Шкалы оценки, вопросники и другие оценочные инструменты состояния пациента, приведенные в клинических рекомендациях.....	36

Список сокращений

АД	артериальное давление
ВРКС	влагалищные роды после кесарева сечения
ВР	влагалищные роды
КС	кесарево сечение
ШМ	шейка матки
РД	родовая деятельность
РМ	разрыв матки
ГСГ	гистеросальпингография
ДИ	доверительный интервал
КТГ	кардиотокография
МРТ	магнитно-резонансная томография
ОШ	отношение шансов
УЗИ	ультразвуковое исследование
ЧД	частота дыхательных движений
ЭПА	эпидуральная анестезия
ACOG	The American College of Obstetricians and Gynecologists
SOGC	Society of Obstetricians and Gynecologists of Canada
RANZCOG	Royal Australian and New Zealand College of Obstetricians and Gynecologists
VBAC	Vaginal Birth After Cesarean

Термины и определения

Влагалищные роды при наличии рубца на матке – самопроизвольное родоразрешение через естественные родовые пути у пациентки с рубцом на матке после хирургического вмешательства.

Плановое/запланированное повторное КС при наличии рубца на матке – родоразрешение путем КС в плановом порядке до начала родовой деятельности и разрыва плодных оболочек при рубце на матке.

Попытка влагалищных родов при наличии рубца на матке – запланированная попытка родов через естественные родовые пути у женщин с рубцом на матке после хирургического вмешательства в анамнезе с целью достичь успешного рождения ребенка.

Полный разрыв матки – разрыв матки, проникающий в брюшную полость (повреждение миометрия и висцеральной брюшины) или нарушение целостности миометрия с продолжением разрыва на мочевой пузырь или круглую связку матки с/без перемещением частей плода в брюшную полость матери.

Неполный разрыв матки – нарушение целостности миометрия, не проникающее в брюшную полость, без нарушения целостности висцеральной брюшины, нарушения целостности плодного пузыря и без выхождения частей плода в брюшную полость матки.

Ниша (истмоцеле) – дефект мышечной стенки матки различной формы глубиной ≥ 2 мм.

1. Краткая информация по заболеванию или состоянию (группе заболеваний или состояний)

1.1 Определение заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

Послеоперационный рубец на матке, требующий предоставления медицинской помощи матери во время беременности, родов и в послеродовом периоде – состояние, осложняющее течение беременности, родов и послеродового периода, связанное с наличием рубца на матке после одного или нескольких кесаревых сечений в анамнезе, либо других хирургических вмешательств на матке [1–3].

1.2 Этиология и патогенез заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

Рубец на матке возникает вследствие следующих оперативных вмешательств на матке:

- Родоразрешение путем операции кесарева сечения в анамнезе (78 -84%):
 - Одна операция кесарева сечения (86-88%).
 - Две операции кесарева сечения (10-13%).
 - Три и более операции кесарева сечения (1%).
- Миомэктомия в анамнезе (10-12%).
- Рассечение перегородки полости матки (4-5%).
- Хирургические вмешательства, связанные с аномалиями развития матки (до 1%).

Существует две теории разрыва матки – механическая, согласно которой разрывы возникают вследствие пространственного несоответствия между предлежащей частью плода и тазом матери; и гистопатическая, согласно которой основная причина разрывов – глубокие гистопатические изменения миометрия, возникающие в результате атрофических, дистрофических и воспалительных процессов в миометрии. Основными причинами гистопатического разрыва матки является рубец на матке после различных операций, а также – многочисленные внутриматочные вмешательства.

На сегодняшний день неизвестно, какой процент женщин с рубцом на матке после кесарева сечения может быть отобран для попытки влагалищных родов из всей популяции женщин с рубцом на матке. По данным национальной статистики разных стран, от 13 до 30 – 50% женщин с рубцом на матке могут быть отобраны для попытки влагалищных родов [1, 4–6].

1.3 Эпидемиология заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

Общемировой уровень оперативного родоразрешения за последние 15 лет вырос 21% и продолжает неуклонно возрастать [7]. Несмотря на рекомендации ВОЗ и FIGO по оптимальной частоте КС в странах Европы частота родоразрешения путём КС варьирует в диапазоне 16,1-56,9%, а в странах Азии и Латинской Америки превышает 60-70% [8]. Высокая частота оперативного родоразрешения приводит к росту числа пациенток репродуктивного возраста с рубцом на матке [9]. В Российской Федерации данный показатель также возрастает и к 2023 году достиг 31,8%.

В Российской Федерации частота влагалищных родов у пациенток с рубцом на матке не превышает 1,5% [10]. По данным различных авторов, частота успешных влагалищных родов с рубцом на матке варьирует от 50 до 85% [3]. Средний показатель успешных влагалищных родов при рубце на матке после одного КС – 72 – 76% при отсутствии факторов, которые снижают вероятность успеха влагалищных родов, и 30 – 50% при наличии указанных факторов. Данный показатель рассчитывается от числа попыток влагалищных родов с рубцом на матке, но не от общего количества женщин с рубцом на матке [11]. Материнская заболеваемость при удачной попытке влагалищных родов с рубцом на матке низкая. Материнская смертность связана преимущественно с разрывом матки (22-75/10000), кровотечением, тромбоэмболией и инфекционными осложнениями – частота эндометрита в послеродовом периоде увеличивается на 1% (289/10000 в сравнении с 180/10000 при проведении elective кесарева сечения) [10, 12, 13]. Риск осложнений при запланированном кесаревом сечении у женщин с рубцом на матке существенно превышает риск при удачной попытке вагинальных родов. Материнская смертность при попытке влагалищных родов с рубцом на матке составляет 17/100 000 попыток влагалищных родов в сравнении с 44/100000 при плановом кесаревом сечении. За счет влагалищных родов с рубцом на матке возможно уменьшить риск неонатальных респираторных заболеваний на 15–20% в сравнении с плановым кесаревым сечением [14–16]. При плановом КС увеличивается риск тромбоэмболии в 3,8 раз; разрыва матки при последующих беременностях в 42 раза; абдоминальных болей в 2 раза; травмы мочевого пузыря в 36 раз. Нет достоверных различий в объеме кровотечения (> 1000 мл); диспареунии; детского церебрального паралича.

1.4 Особенности кодирования заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний) по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем

О34.2 Послеоперационный рубец матки, требующий предоставления медицинской помощи матери.

О75.7 Роды через влагалище после предшествовавшего кесарева сечения.

1.5 Классификация заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

По степени состоятельности рубца на матке: состоятельный рубец на матке; несостоятельный рубец на матке. По локализации рубца на матке: в нижнем сегменте матки, в теле матки; частично в нижнем сегменте, частично в теле (после истмико-корпорального разреза на матке), в дне матки.

1.6 Клиническая картина заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

Не применимо.

2. Диагностика заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний), медицинские показания и противопоказания к применению методов диагностики

Диагноз послеоперационный рубец матки, требующий предоставления медицинской помощи матери, устанавливается на основании наличия миомэктомии (или других операций) со вскрытием полости матки или родоразрешения путем операции кесарева сечения в анамнезе. К состоятельным относятся рубцы толщиной 2,5 мм и более, при отсутствии или минимальном количестве эхопозитивных включений (элементы соединительной ткани), с хорошей васкуляризацией.

Однако, согласно современным данным, отсутствие у беременной локальной болезненности при пальпации рубца на матке после кесарева сечения, а также кровянистых выделений из половых путей и гипоксии плода по данным КТГ указывает на состоятельность рубца и возможность самопроизвольного родоразрешения [10, 17], что не противоречит указанному выше документу.

2.1 Жалобы и анамнез

- Рекомендован сбор акушерско-гинекологического анамнеза и жалоб с целью оценки вероятности успешных влагалищных родов с рубцом на матке [11, 18–24].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 4).

Комментарий: К факторам, повышающим вероятность успешных влагалищных родов, относятся: наличие в анамнезе влагалищных родов до или после проведенного кесарева сечения [11, 17–20, 22–26]. Снижают вероятность успешных влагалищных родов с рубцом на матке: показания к предшествующему КС: диспропорция размеров таза и плода, слабость родовой деятельности, дистоция шейки матки, острая гипоксия плода [17, 24, 27–29].

- Рекомендован сбор соматического анамнеза и жалоб с целью оценки вероятности успешных влагалищных родов с рубцом на матке [21, 24, 27, 30–33].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5).

Комментарий: снижают вероятность успешных влагалищных родов с рубцом на матке: ожирение у матери: индекс массы тела более 30 кг/м² [24, 34–36]; сахарный диабет [11, 36] (сахарный диабет не является противопоказанием к попытке влагалищных родов при наличии рубца на матке [36–38]).

2.2 Физикальное обследование

- Рекомендована оценка антропометрических данных пациентки с целью оценки вероятности успешных влагалищных родов с рубцом на матке [21, 27, 30–33].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 4).

Комментарий: снижают вероятность успешных влагалищных родов с рубцом на матке: возраст матери более 40 лет [11, 27, 33, 39, 40].

- Рекомендована оценка степени зрелости шейки матки по шкале Бишоп (приложение Г1) при поступлении в стационар с целью оценки вероятности успешных влагалищных родов с рубцом на матке [21, 22, 27, 30–33, 41].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 4).

Комментарий: зрелая шейка матки на момент начала родов повышает вероятность успешных влагалищных родов [21, 22, 27, 30–33, 41].

- Рекомендована оценка осложнений течения данной беременности с целью оценки вероятности успешных влагалищных родов с рубцом на матке [11, 41–44].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 4).

Комментарий: снижают вероятность успешных влагалищных родов с рубцом на матке: необходимость индукции родов, которая требует использования мероприятий по созреванию шейки матки, необходимость стимуляции родовой деятельности, многоводие [11]; преэклампсия [11, 42, 43], макросомия плода. Не влияют на вероятность успешных влагалищных родов: компенсированный гестационный диабет без макросомии плода и недоношенная беременность [11, 36, 37].

- Рекомендована оценка интранатальных факторов, влияющих на вероятность успешных влагалищных родов с рубцом на матке [10, 11, 24, 28, 39, 41, 45–47].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 4).

Комментарий: повышают вероятность успешных влагалищных родов с рубцом на матке: спонтанное развитие родовой деятельности [10, 11, 45, 46], снижают – индукция

родов [41, 47–51], клинически узкий таз, особенно при массе плода более 4000 г [28, 44, 52, 53], слабость родовой деятельности и дистоция шейки матки [11, 39].

2.3 Лабораторные диагностические исследования

См. клинические рекомендации «Роды одноплодные, родоразрешение путем кесарева сечения».

2.4 Инструментальные диагностические исследования

- При проведении УЗИ плода не рекомендовано проведение оценки толщины нижнего маточного сегмента до начала родовой деятельности [51, 54, 55].

Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств – 2).

Комментарий: Толщина нижнего сегмента матки, измеренная до начала родовой деятельности, не имеет принципиального значения и при отсутствии других признаков неполноценности рубца может не измеряться [51, 54, 55].

- Рекомендовано проведение ультразвукового исследования органов малого таза в раннем послеродовом периоде [3, 11, 54, 56, 57].

Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств – 2).

- Рекомендовано проведение ультразвукового исследования матки на 7-9 день менструального цикла у пациенток, относящихся к группе риска формирования клинически значимой ниши рубца на матке [58].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5).

Комментарий: Всех пациенток с рубцом на матке после операции кесарева сечения и вторичным бесплодием следует относить к группе риска формирования клинически значимой ниши рубца на матке [58].

2.5 Иные диагностические исследования

- Рекомендовано проводить патолого-анатомическое и цитологическое исследование аспирата полости матки на прегравидарном этапе у пациенток с жидкостным образованием ниши для диагностики хронического эндометрита и урогенитальной инфекции [58].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5).

- Рекомендовано использование шкалы оценки выраженности ниши на этапе прегравидарной подготовки с целью определения необходимости оперативной коррекции ниши [58].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5).

3. Лечение, включая медикаментозную и немедикаментозную терапии, диетотерапию, обезболивание, медицинские показания и противопоказания к применению методов лечения

3.1 Немедикаментозные методы лечения

Не применимо.

3.2 Медикаментозные методы лечения

- Не рекомендовано применение простагландинов с целью преиндукции родов [59–63].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 4).

Комментарии: применение простагландинов повышает риск разрыва матки в 2,9 раза по сравнению с пациентками без индукции, в 1,3 раза по сравнению с применением окситоцина** [64, 65]. Преиндукция родов механическими расширителями не противопоказана беременным с рубцом на матке после кесарева сечения²⁴ [11, 50, 57, 66]. Преиндукция и индукция родов должна проводиться после тщательной оценки акушерской ситуации и имеющихся факторов риска: решение о возможности проведения индукции принимает консилиум врачей. Индукция родов проводится путем внутривенного введения окситоцина** [10, 11, 17, 64, 65, 67].

3.3 Хирургические методы лечения

- Рекомендовано на этапе предгравидарной подготовки оперативное лечение в объёме гистероскопического ремоделирования ниши при оценке 3-4 балла по шкале оценки выраженности ниши [58].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5).

- Рекомендовано на этапе предгравидарной подготовки оперативное лечение в объёме метропластики с использованием видеозендоскопических технологий при оценке 5-6 баллов по шкале оценки выраженности ниши [58].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5).

- Рекомендовано женщинам, перенесшим разрыв матки в родах, повторное плановое КС не позднее 39 недель [10–12, 56, 57, 66, 68–70].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 4).

Комментарий: Отсутствие у беременной локальной болезненности при пальпации рубца на матке после кесарева сечения, а также кровянистых выделений из половых путей (при развитии родовой деятельности) и гипоксии плода по данным КТГ указывает на состоятельность рубца и возможность самопроизвольного родоразрешения [10, 17].

- Не рекомендованы ВР с рубцом на матке после предшествующего корпорального кесарева сечения [11, 17, 30, 71].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5).

Комментарий: Риск разрыва матки после предшествующего Т- и J – образного разреза 200 – 900 / 10 000 родов [10]. Если полученная информация дает основания предположить корпоральное КС, или, более вероятно, Т – образный разрез на матке, женщине рекомендуется предложить elective кесарево сечение, поскольку риск разрыва матки 190 / 10 000 родов [11, 55].

- Не рекомендованы ВР с рубцом на матке после предшествующих реконструктивных операций на матке, резекции угла матки, гистеротомии, миомэктомии с локализацией узла по задней стенке матки и проникновением в полость матки в анамнезе, миомэктомии лапароскопическим доступом при отсутствии ушивания матки современным шовным материалом [11, 20].

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 3).

- Не рекомендованы ВР с рубцом на матке при тазовом предлежании плода [11, 72].

Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств – 1).

- Не рекомендованы ВР с рубцом на матке при расположении плаценты в области рубца на матке [11, 73, 74].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5).

- Не рекомендованы ВР с рубцом на матке при наличии более одного кесарева сечения в анамнезе [11, 75–79].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 4).

- Не рекомендованы ВР с рубцом на матке при отказе женщины от попытки влагалищных родов после кесарева сечения [10, 11, 45, 70].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5).

- Не рекомендованы ВР при наличии несостоятельного рубца на матке – неравномерное критическое истончение зоны рубца на матке с признаками деформации и явлениями болезненности при надавливании влагалищным датчиком [20, 68, 71, 80–82].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5).

- Пациенткам с одноплодной беременностью и рубцом на матке после одного предшествующего кесарева сечения в нижнем маточном сегменте, без разрыва матки в анамнезе, при нормальной локализации плаценты вне рубца на матке, головном предлежании плода, при отсутствии неравномерного критического истончения зоны рубца на матке с признаками деформации и явлениями болезненности при надавливании влагалищным датчиком, при условии согласия пациентки рекомендовано самопроизвольное ведение родов [4].

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 1).

- Для ведения родов через естественные родовые пути у пациентки с рубцом на матке рекомендован непрерывный контроль состояния роженицы (пульс, артериальное давление, сознание, ЧДД) и плода (кардиотокография плода) в родильном зале [17, 57].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5).

- При начале родовой деятельности рекомендована катетеризация вены (катетер не менее 16G). Рекомендовано в активную фазу I периода родов ограничение перорального приема жидкости и отказ от приема пищи [10, 11].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5).

- При влагиалищных родах пациенток с рубцом на матке при необходимости обезболивания родов рекомендована эпидуральная анестезия. Во время проведения эпидуральной анестезии следует использовать низкие концентрации анестетика для достижения аналгезии без развития моторного блока [11, 83].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5).

Комментарии: ЭПА не «маскирует» симптомы разрыва матки, при котором на первое место выходят признаки дистресса плода [3, 57]. К преимуществам ЭПА следует отнести наиболее эффективное обезболивание в сравнении с другими методами; исключение наркотической депрессии плода; не увеличивает продолжительности 1-го периода родов; не увеличивает риск кесарева сечения; адекватное обезболивание в случае необходимости экстренного КС. Недостатки ЭПА могут проявиться в увеличении продолжительности II периода родов и повышении риска инструментальных влагиалищных родов [57, 83].

- Решение о необходимости стимуляции родов рекомендовано принимать на основании партограммы после получения письменного согласия роженицы и проводить исключительно путем в/венного введения окситоцина** в дозе, не превышающей 20 мЕд/минуту [10, 11, 48, 49, 57, 84].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 4).

Комментарии: Стимуляция родов не противопоказана беременным с рубцом на матке после кесарева сечения. Контроль за эффективностью родостимуляции проводить с помощью партограммы.

- Рекомендован тщательный контроль инфузии окситоцина**, обеспечивающий ритм, не превышающий 4 схватки за 10 минут с продолжительностью каждой от 45 до 60 секунд [10, 11, 48, 56, 57].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5).

- Рекомендовано проведение бимануального влагалищного исследования для определения адекватности прогресса родов и принятия решения о целесообразности продолжения влагалищных родов с рубцом на матке [10, 11, 49, 57, 85].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5).

Комментарии: Если в активной фазе раскрытие шейки матки менее 1 см/час, допустимо выполнение амниотомии с последующей оценкой характера родовой деятельности и раскрытия шейки матки через 2 часа. При достижении скорости раскрытия шейки матки ≥ 1 см/час следует продолжать ведение влагалищных родов. Если при наличии активных схваток и выраженной конфигурации головки скорость раскрытия шейки матки ≤ 1 см/час пересмотр тактики родоразрешения в пользу кесарева сечения. Слабые схватки при отсутствии признаков диспропорции размеров головки плода и таза матери при удовлетворительном состоянии матери и плода можно рассматривать как показание к родостимуляции окситоцином [10, 11, 49, 57, 84].

- Рекомендовано абдоминальное родоразрешение при отсутствии эффекта от стимуляции родовой деятельности у пациентки с рубцом на матке, если скорость раскрытия шейки матки менее 1 см/час через 2 часа от начала родостимуляции [10, 47–49, 57].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5).

- Рекомендовано пациенткам с рубцом на матке производить абдоминальное родоразрешение, в случае если график раскрытия шейки матки достигает или пересекает линию действия на партограмме [10, 11, 17, 25].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5).

Комментарий: Затяжные роды у женщины с рубцом на матке опасны и повышают риск разрыва матки [14, 50, 55, 66, 81, 86, 87].

- Рекомендовано пересмотреть тактику ведения родов в сторону кесарева сечения при отказе роженицы от родостимуляции, при появлении признаков угрожающего разрыва

матки, клинически узкого таза, слабости родовой деятельности, не поддающейся лечению в течении 2-х часов [10, 11, 57].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5).

Комментарий: Операция должна быть начата как можно раньше, но не позднее 30 минут после принятия решения [56, 88].

- Рекомендовано ведение II периода согласно принятой тактике ведения нормальных родов: вертикальное положение в ранней фазе; свободный выбор положения в родах; отдавать предпочтение технике неуправляемых (спонтанных) потуг в условиях непрерывного фетального мониторинга и присутствия врача-анестезиолога-реаниматолога в родильном зале; проведение эпизиотомии и вакуум – экстракции плода по акушерским показаниям [89–94].

Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств – 3).

- Рекомендовано при ведении III периода родов отдавать преимуществу методики активного ведения [93, 95–98].

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 2).

Комментарий: активное ведение III периода родов на 60% снижает частоту послеродовых кровотечений, обусловленных тонусом матки [56, 99].

- При успешных влагалищных родах не рекомендовано рутинное ручное обследование матки послеродовое у пациенток с рубцом на матке при отсутствии симптомов разрыва [3, 11].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5).

Комментарий: Ручное обследование полости матки проводится по показаниям: кровотечение, абдоминальная боль, неясный коллапс у матери после родов, дефект плацентарной ткани, оперативные вагинальные роды [3, 56].

- Рекомендовано каждой родильнице обеспечить: тщательное мануальное наблюдение за тонусом матки в течении 6 часов после родов: в течении первых двух часов – каждые 15 минут, в течении 3-го часа – каждые 30 минут, в течении следующих 3-х часов

– каждые 60 минут; оценку состояния матери: пульс и АД; определение возможности внутреннего кровотечения (расчет шокового индекса) и оценку объема кровопотери (волюметрическим методом) [100–104].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5).

4. Медицинская реабилитация и санаторно-курортное лечение, медицинские показания и противопоказания к применению методов медицинской реабилитации, в том числе основанных на использовании природных лечебных факторов

Не применимо.

5. Профилактика и диспансерное наблюдение, медицинские показания и противопоказания к применению методов профилактики

- Рекомендовано соблюдение интергравидарного интервала не менее 2 лет и не более 10 лет [105, 106].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 4).

6. Организация оказания медицинской помощи

Плановое родоразрешение пациенток с рубцом на матке рекомендуется проводить в медицинских организациях акушерского профиля 2го и 3го уровня. Влагалищные роды при наличии рубца на матке после кесарева сечения допустимо проводить в отдельных учреждениях 2-й группы, если: отсутствуют показания для направления в 3-ью группу; обеспечена необходимая инфраструктура и организационные условия; достаточное количество опытного персонала [10, 11, 14, 30]. При возникновении неотложных и экстренных показаний к родоразрешению путем операции кесарева сечения, операция выполняется в стационаре того лечебного учреждения, где пациентка находится на момент установления диагноза, при условии наличия необходимого медицинского оборудования и медицинского персонала для оказания помощи матери и новорожденному [10, 11, 17].

7. Дополнительная информация (в том числе факторы, влияющие на исход заболевания или состояния)

Не применимо.

Критерии оценки качества медицинской помощи

№	Критерии качества	Да/Нет
1.	Проведена оценка зрелости шейки матки по шкале Бишоп с целью оценки возможности вагинальных родов с рубцом на матке	Да/Нет
2.	Выполнена установка внутривенного катетера роженице при начале родовой деятельности	Да/Нет
3.	При ведении родов через естественные родовые пути с рубцом на матке проведен непрерывный КТГ-мониторинг в родах	Да/Нет
4.	В раннем послеродовом периоде проведено УЗИ органов малого таза или ручное обследование полости матки	Да/Нет

Список литературы

1. Hamilton B., Martin J., Osterman M., Driscoll A., Rossen L. Births: provisional data for 2016. Vital Statistics Rapid Release No 2. Hyattsville (MD): National Center for Health Statistics; 2017.
2. Curtin S.C., Gregory K.D., Korst L.M., Uddin S.F. Maternal Morbidity for Vaginal and Cesarean Deliveries, According to Previous Cesarean History: New Data From the Birth Certificate, 2013. Natl Vital Stat Rep. 2015; 64(4):1–13, back cover.
3. Guise J.-M., Eden K., Emeis C., Denman M.A., Marshall N., Fu R.R., et al. Vaginal birth after cesarean: new insights. Evid Rep Technol Assess (Full Rep). 2010; (191):1–397.
4. Dodd J.M., Crowther C.A., Huertas E., Guise J.-M., Horey D. Planned elective repeat caesarean section versus planned vaginal birth for women with a previous caesarean birth. Cochrane database Syst Rev. 2013; (12):CD004224.
5. Little M.O., Lysterly A.D., Mitchell L.M., Armstrong E.M., Harris L.H., Kukla R., et al. Mode of delivery: toward responsible inclusion of patient preferences. Obstet Gynecol. 2008; 112(4):913–8.
6. Categorisation of urgency for caesarean section RANZCOG July 2018.
7. The Lancet. Stemming the global caesarean section epidemic. Lancet. 2018; 392(10155):1279.
8. Zeitlin J., Durox M., Macfarlane A., Alexander S., Heller G., Loghi M., et al. Using Robson's Ten-Group Classification System for comparing caesarean section rates in Europe: an analysis of routine data from the Euro-Peristat study. BJOG An Int J Obstet Gynaecol. 2021; 128(9):1444–53.
9. Савельева Н.А. Вторичное бесплодие, ассоциированное с нишей рубца на матке после кесарева сечения: автореф. дисс. канд. мед. наук: 3.1.4. 2022. 25 с.
10. Шмаков Р.Г., Баев О.Р., Пекарев О.Г., Пырегов А.В., Карапетян А.О., Приходько А.М., и др. Хирургическая тактика операции кесарева сечения. Учебное пособие. /– М: Издательский дом «Бином». 2019. 82 стр.
11. American College of Obstetricians and Gynecologists. Vaginal birth after cesarean delivery. ACOG Practice Bulletin No. 205. Obstet Gynecol 2019; 133:e110–27.
12. Macones G.A., Peipert J., Nelson D.B., Odibo A., Stevens E.J., Stamilio D.M., et al. Maternal complications with vaginal birth after cesarean delivery: a multicenter study. Am J Obstet Gynecol. 2005; 193(5):1656–62.
13. Costantine M.M., Fox K.A., Pacheco L.D., Mateus J., Hankins G.D. V, Grobman W.A., et al. Does information available at delivery improve the accuracy of predicting vaginal birth after cesarean? Validation of the published models in an independent patient cohort. Am J Perinatol. 2011; 28(4):293–8.
14. Chauhan S.P., Martin J.N., Henrichs C.E., Morrison J.C., Magann E.F. Maternal and perinatal complications with uterine rupture in 142,075 patients who attempted vaginal birth after cesarean delivery: A review of the literature. Am J Obstet Gynecol. 2003; 189(2):408–17.
15. Silver R.M., Landon M.B., Rouse D.J., Leveno K.J., Spong C.Y., Thom E.A., et al. Maternal morbidity associated with multiple repeat cesarean deliveries. Obstet Gynecol. 2006; 107(6):1226–32.
16. Grantz K.L., Gonzalez-Quintero V., Troendle J., Reddy U.M., Hinkle S.N., Kominiarek M.A., et al. Labor patterns in women attempting vaginal birth after cesarean with normal neonatal outcomes. Am J Obstet Gynecol. 2015; 213(2):226.e1-6.
17. Кан Н.Е., Шмаков Р.Г., Кесова М.И., Тютюнник В.Л., Баев О.Р., Пекарев О.Г., и др. Самопроизвольное родоразрешение пациентов с рубцом на матке после операции кесарева сечения. Клинический протокол. Акушерство и гинекология. 2016; (12):12–9.
18. Chaillet N., Bujold E., Dubé E., Grobman W.A. Validation of a prediction model for vaginal

- birth after caesarean. *J Obstet Gynaecol Can.* 2013; 35(2):119–24.
19. Yokoi A., Ishikawa K., Miyazaki K., Yoshida K., Furuhashi M., Tamakoshi K. Validation of the prediction model for success of vaginal birth after cesarean delivery in Japanese women. *Int J Med Sci.* 2012; 9(6):488–91.
 20. Gambacorti-Passerini Z., Gimovsky A.C., Locatelli A., Berghella V. Trial of labor after myomectomy and uterine rupture: a systematic review. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2016; 95(7):724–34.
 21. Li H., Sheng W., Cai M., Chen Q., Lin B., Zhang W., et al. A predictive nomogram for a failed trial of labor after cesarean: A retrospective cohort study. *J Obstet Gynaecol Res.* 2022; 48(11):2798–806.
 22. Mekonnen B.D., Asfaw A.A. Predictors of successful vaginal birth after a cesarean section in Ethiopia: a systematic review and meta-analysis. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2023; 23(1):65.
 23. Atia O., Rotem R., Reichman O., Jaffe A., Grisaru-Granovsky S., Sela H.Y., et al. Number of prior vaginal deliveries and trial of labor after cesarean success. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2021; 256:189–93.
 24. Lazarou A., Oestergaard M., Netzl J., Siedentopf J.-P., Henrich W. Vaginal birth after cesarean (VBAC): fear it or dare it? An evaluation of potential risk factors. *J Perinat Med.* 2021; 49(7):773–82.
 25. Пекарев О.Г., Майбородин И.В., Пекарева Е.О., Поздняков И.М. Самопроизвольное родоразрешение пациенток с рубцом на матке после кесарева сечения. Реалии и перспективы. *Женское здоровье и репродукция.* 2018; 9(28).
 26. Mone F., Harrity C., Mackie A., Segurado R., Toner B., McCormick T.R., et al. Vaginal birth after caesarean section prediction models: a UK comparative observational study. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2015; 193:136–9.
 27. Palatnik A., Grobman W.A. Induction of labor versus expectant management for women with a prior cesarean delivery. *Am J Obstet Gynecol.* 2015; 212(3):358.e1-6.
 28. Peaceman A.M., Gersnoviez R., Landon M.B., Spong C.Y., Leveno K.J., Varner M.W., et al. The MFMU Cesarean Registry: impact of fetal size on trial of labor success for patients with previous cesarean for dystocia. *Am J Obstet Gynecol.* 2006; 195(4):1127–31.
 29. Committee on Practice Bulletins—Obstetrics. Practice Bulletin No 178: Shoulder Dystocia. *Obstet Gynecol.* 2017; 129(5):e123–33.
 30. Coassolo K.M., Stamilio D.M., Paré E., Peipert J.F., Stevens E., Nelson D.B., et al. Safety and efficacy of vaginal birth after cesarean attempts at or beyond 40 weeks of gestation. *Obstet Gynecol.* 2005; 106(4):700–6.
 31. Kiran T.S.U., Chui Y.K., Bethel J., Bhal P.S. Is gestational age an independent variable affecting uterine scar rupture rates? *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2006; 126(1):68–71.
 32. Obstetric Care Consensus No. 2. *Obstet Gynecol.* 2015; 125(2):502–15.
 33. Grobman W.A., Gilbert S., Landon M.B., Spong C.Y., Leveno K.J., Rouse D.J., et al. Outcomes of induction of labor after one prior cesarean. *Obstet Gynecol.* 2007; 109(2 Pt 1):262–9.
 34. Hibbard J.U., Gilbert S., Landon M.B., Hauth J.C., Leveno K.J., Spong C.Y., et al. Trial of labor or repeat cesarean delivery in women with morbid obesity and previous cesarean delivery. *Obstet Gynecol.* 2006; 108(1):125–33.
 35. Goodall P.T., Ahn J.T., Chapa J.B., Hibbard J.U. Obesity as a risk factor for failed trial of labor in patients with previous cesarean delivery. *Am J Obstet Gynecol.* 2005; 192(5):1423–6.
 36. Bujold E., Hammoud A., Schild C., Krapp M., Baumann P. The role of maternal body mass index in outcomes of vaginal births after cesarean. *Am J Obstet Gynecol.* 2005; 193(4):1517–21.
 37. Committee on Practice Bulletins—Obstetrics. ACOG Practice Bulletin No. 190:

- Gestational Diabetes Mellitus. *Obstet Gynecol.* 2018; 131(2):e49–64.
38. Levin G., Tsur A., Tenenbaum L., Mor N., Zamir M., Meyer R. Prediction of successful vaginal birth after cesarean in women with diabetic disorders and no prior vaginal delivery. *Int J Gynaecol Obstet.* 2022; 157(1):165–72.
 39. Lappen J.R., Hackney D.N., Bailit J.L. Outcomes of Term Induction in Trial of Labor After Cesarean Delivery: Analysis of a Modern Obstetric Cohort. *Obstet Gynecol.* 2015; 126(1):115–23.
 40. Stock S.J., Ferguson E., Duffy A., Ford I., Chalmers J., Norman J.E. Outcomes of induction of labour in women with previous caesarean delivery: a retrospective cohort study using a population database. *PLoS One.* 2013; 8(4):e60404.
 41. Levin G., Tsur A., Tenenbaum L., Mor N., Zamir M., Meyer R. Prediction of successful trial of labor after cesarean among grand-multiparous women. *Arch Gynecol Obstet.* 2022; 306(2):373–8.
 42. Goetzinger K.R., Macones G.A. Operative vaginal delivery: current trends in obstetrics. *Womens Health (Lond Engl).* 2008; 4(3):281–90.
 43. ACOG Practice Bulletin No. 202: Gestational Hypertension and Preeclampsia. *Obstet Gynecol.* 2019; 133(1):e1–25.
 44. Zelop C.M., Shipp T.D., Repke J.T., Cohen A., Lieberman E. Outcomes of trial of labor following previous cesarean delivery among women with fetuses weighing >4000 g. *Am J Obstet Gynecol.* 2001; 185(4):903–5.
 45. American College of Obstetricians and Gynecologists' Committee on Ethics. Committee Opinion No. 664: Refusal of Medically Recommended Treatment During Pregnancy. *Obstet Gynecol.* 2016; 127(6):e175-82.
 46. Obeidat N., Meri Z.B., Obeidat M., Khader Y., Al-Khateeb M., Zayed F., et al. Vaginal birth after cesarean section (VBAC) in women with spontaneous labour: predictors of success. *J Obstet Gynaecol.* 2013; 33(5):474–8.
 47. Cahill A.G., Waterman B.M., Stamilio D.M., Odibo A.O., Allsworth J.E., Evanoff B., et al. Higher maximum doses of oxytocin are associated with an unacceptably high risk for uterine rupture in patients attempting vaginal birth after cesarean delivery. *Am J Obstet Gynecol.* 2008; 199(1):32.e1-5.
 48. Horenstein J.M., Phelan J.P. Previous cesarean section: the risks and benefits of oxytocin usage in a trial of labor. *Am J Obstet Gynecol.* 1985; 151(5):564–9.
 49. Flamm B.L., Goings J.R., Fuelberth N.J., Fischermann E., Jones C., Hersh E. Oxytocin during labor after previous cesarean section: results of a multicenter study. *Obstet Gynecol.* 1987; 70(5):709–12.
 50. Bujold E., Blackwell S.C., Gauthier R.J. Cervical ripening with transcervical foley catheter and the risk of uterine rupture. *Obstet Gynecol.* 2004; 103(1):18–23.
 51. He X., Dai Q., Wu X., Zhou J., Li J. Outcomes and risk factors for failed trial of labor after cesarean delivery (TOLAC) in women with one previous cesarean section: a Chinese population-based study. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2022; 22(1):676.
 52. Flamm B.L., Goings J.R. Vaginal birth after cesarean section: is suspected fetal macrosomia a contraindication? *Obstet Gynecol.* 1989; 74(5):694–7.
 53. Elkousy M.A., Sammel M., Stevens E., Peipert J.F., Macones G. The effect of birth weight on vaginal birth after cesarean delivery success rates. *Am J Obstet Gynecol.* 2003; 188(3):824–30.
 54. Kok N., Wiersma I.C., Opmeer B.C., de Graaf I.M., Mol B.W., Pajkrt E. Sonographic measurement of lower uterine segment thickness to predict uterine rupture during a trial of labor in women with previous Cesarean section: a meta-analysis. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2013; 42(2):132–9.
 55. Joura E.A., Nather A., Hohlagschwandtner M., Husslein P. The impact of a single- or double-layer closure on uterine rupture. *Am J Obstet Gynecol.* 2003; 189(3):895.
 56. West H.M., Jozwiak M., Dodd J.M. Methods of term labour induction for women with a

- previous caesarean section. *Cochrane database Syst Rev.* 2017; 6:CD009792.
57. ACOG Practice Bulletin No. 205. *Obstet Gynecol.* 2019; 133(2):e110–27.
 58. Савельева Н.А. Вторичное бесплодие, ассоциированное с нишей рубца на матке после кесарева сечения: дисс. канд. мед. наук: 3.1.4. 2022. 152 с.
 59. Maumon R., Shulman A., Pomeranz M., Holtzinger M., Haimovich L., Bahary C. Uterine rupture at term pregnancy with the use of intracervical prostaglandin E2 gel for induction of labor. *Am J Obstet Gynecol.* 1991; 165(2):368–70.
 60. Raskin K.S., Dachauer J.D., Doeden A.L., Rayburn W.F. Uterine rupture after use of a prostaglandin E2 vaginal insert during vaginal birth after cesarean. A report of two cases. *J Reprod Med.* 1999; 44(6):571–4.
 61. Zelop C.M., Shipp T.D., Repke J.T., Cohen A., Caughey A.B., Lieberman E. Uterine rupture during induced or augmented labor in gravid women with one prior cesarean delivery. *Am J Obstet Gynecol.* 1999; 181(4):882–6.
 62. Cogan A., Barlow P., Benali N., Murillo D., Manigart Y., Belhomme J., et al. An audit about labour induction, using prostaglandin, in women with a scarred uterus. *Arch Gynecol Obstet.* 2012; 286(6):1399–406.
 63. Vause S., Macintosh M. Evidence based case report: use of prostaglandins to induce labour in women with a caesarean section scar. *BMJ.* 1999; 318(7190):1056–8.
 64. Goyal V. Uterine rupture in second-trimester misoprostol-induced abortion after cesarean delivery: a systematic review. *Obstet Gynecol.* 2009; 113(5):1117–23.
 65. Berghella V., Airoidi J., O’Neill A.M., Einhorn K., Hoffman M. Misoprostol for second trimester pregnancy termination in women with prior caesarean: a systematic review. *BJOG.* 2009; 116(9):1151–7.
 66. Hoffman M.K., Sciscione A., Srinivasana M., Shackelford D.P., Ekbladh L. Uterine rupture in patients with a prior cesarean delivery: the impact of cervical ripening. *Am J Perinatol.* 2004; 21(4):217–22.
 67. Zhang H., Liu H., Luo S., Gu W. Oxytocin use in trial of labor after cesarean and its relationship with risk of uterine rupture in women with one previous cesarean section: a meta-analysis of observational studies. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2021; 21(1):11.
 68. Акушерство: национальное руководство / под ред. Г. М. Савельевой, Г. Т. Сухих, В. Н. Серова, В. Е. Радзинского. - 2-е изд., перераб. и доп. М.: ГЭОТАР-Медиа. – 2018. – 1088 с.;
 69. Eshkoli T., Weintraub A.Y., Baron J., Sheiner E. The significance of a uterine rupture in subsequent births. *Arch Gynecol Obstet.* 2015; 292(4):799–803.
 70. Boyle A., Preslar J.P., Hogue C.J.R., Silver R.M., Reddy U.M., Goldenberg R.L., et al. Route of Delivery in Women With Stillbirth: Results From the Stillbirth Collaborative Research Network. *Obstet Gynecol.* 2017; 129(4):693–8.
 71. Краснопольский В.И., Логутова Л.С., Буянова С.Н. Несостоятельный рубец на матке после кесарева сечения: причины формирования и лечебная тактика. *Акушерство и гинекология.* 2013; (12):28–33.
 72. Hofmeyr G.J., Hannah M., Lawrie T.A. Planned caesarean section for term breech delivery. *Cochrane database Syst Rev.* 2015; (7):CD000166.
 73. Ananth C. V, Smulian J.C., Vintzileos A.M. The association of placenta previa with history of cesarean delivery and abortion: a metaanalysis. *Am J Obstet Gynecol.* 1997; 177(5):1071–8.
 74. Акушерство: национальное руководство / под ред. Г. М. Савельевой, Г. Т. Сухих, В. Н. Серова, В. Е. Радзинского. - 2-е изд., перераб. и доп. М.: ГЭОТАР-Медиа; 2018. 1088 с.
 75. Farmakides G., Duvivier R., Schulman H., Schneider E., Biordi J. Vaginal birth after two or more previous cesarean sections. *Am J Obstet Gynecol.* 1987; 156(3):565–6.
 76. ACOG Practice Bulletin No. 205: Vaginal Birth After Cesarean Delivery. *Obstet Gynecol.* 2019; 133(2):e110–27.

77. Modzelewski J., Jakubiak-Proc M., Materny A., Sotniczuk M., Kajdy A., Rabijewski M. Safety and success rate of vaginal birth after two cesarean sections: retrospective cohort study. *Ginekol Pol.* 2019; 90(8):444–51.
78. Bretelle F., Cravello L., Shojai R., Roger V., D'ercole C., Blanc B. Vaginal birth following two previous cesarean sections. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2001; 94(1):23–6.
79. Hansell R.S., McMurray K.B., Huey G.R. Vaginal birth after two or more cesarean sections: a five-year experience. *Birth.* 1990; 17(3):146–50; discussion 150-1.
80. Приходько А.М., Баев О.Р., Луньков С.С., Еремина О.В., Гус А.И. Возможности методов оценки состояния стенки матки после операции кесарева сечения. *Акушерство и гинекология.* 2013; (10):12–6.
81. Grobman W.A., Lai Y., Landon M.B., Spong C.Y., Leveno K.J., Rouse D.J., et al. Prediction of uterine rupture associated with attempted vaginal birth after cesarean delivery. *Am J Obstet Gynecol.* 2008; 199(1):30.e1-5.
82. Schoorel E.N.C., Melman S., van Kuijk S.M.J., Grobman W.A., Kwee A., Mol B.W.J., et al. Predicting successful intended vaginal delivery after previous caesarean section: external validation of two predictive models in a Dutch nationwide registration-based cohort with a high intended vaginal delivery rate. *BJOG.* 2014; 121(7):840–7; discussion 847.
83. Practice Guidelines for Obstetric Anesthesia: An Updated Report by the American Society of Anesthesiologists Task Force on Obstetric Anesthesia and the Society for Obstetric Anesthesia and Perinatology. *Anesthesiology.* 2016; 124(2):270–300.
84. Familiari A., Neri C., Caruso A., Airoidi C., Barone-Adesi F., Zanconato G., et al. Vaginal birth after caesarean section: a multicentre study on prognostic factors and feasibility. *Arch Gynecol Obstet.* 2020; 301(2):509–15.
85. Jo Y.S., Lee G.S.R., Kim N., Jang D.G., Kim S.J., Lee Y. Clinical efficacy of cervical length and volume for prediction of labor onset in VBAC candidates. *Int J Med Sci.* 2012; 9(9):738–42.
86. Shipp T.D., Zelop C.M., Repke J.T., Cohen A., Caughey A.B., Lieberman E. Intrapartum uterine rupture and dehiscence in patients with prior lower uterine segment vertical and transverse incisions. *Obstet Gynecol.* 1999; 94(5 Pt 1):735–40.
87. Leung A.S., Farmer R.M., Leung E.K., Medearis A.L., Paul R.H. Risk factors associated with uterine rupture during trial of labor after cesarean delivery: a case-control study. *Am J Obstet Gynecol.* 1993; 168(5):1358–63.
88. MacKenzie I.Z., Cooke I. Prospective 12 month study of 30 minute decision to delivery intervals for “emergency” caesarean section. *BMJ.* 2001; 322(7298):1334–5.
89. Yildirim G., Beji N.K. Effects of pushing techniques in birth on mother and fetus: a randomized study. *Birth.* 2008; 35(1):25–30.
90. Senécal J., Xiong X., Fraser W.D., Pushing Early Or Pushing Late with Epidural study group. Effect of fetal position on second-stage duration and labor outcome. *Obstet Gynecol.* 2005; 105(4):763–72.
91. Thomson A.M. Pushing techniques in the second stage of labour. *J Adv Nurs.* 1993; 18(2):171–7.
92. Pervin J., Aktar S., Nu U.T., Rahman M., Rahman A. Associations between improved care during the second stage of labour and maternal and neonatal health outcomes in a rural hospital in Bangladesh. *Midwifery.* 2018; 66:30–5.
93. Hehir M.P., Rouse D.J., Miller R.S., Ananth C. V, Wright J.D., Siddiq Z., et al. Second-Stage Duration and Outcomes Among Women Who Labored After a Prior Cesarean Delivery. *Obstet Gynecol.* 2018; 131(3):514–22.
94. Broberg J.C., Caughey A.B. A randomized controlled trial of prophylactic early manual rotation of the occiput posterior fetus at the beginning of the second stage vs expectant management. *Am J Obstet Gynecol MFM.* 2021; 3(2):100327.
95. Thapa M., Saha R., Pradhan S., Thakur S., Rana A.S. Active management of third stage of labor. *Nepal J Obstet Gynaecol.* 1970; 1(2):25–7.

96. Jangsten E., Mattsson L.-Å., Lyckestam I., Hellström A.-L., Berg M. A comparison of active management and expectant management of the third stage of labour: a Swedish randomised controlled trial. *BJOG*. 2011; 118(3):362–9.
97. Begley C.M. A comparison of “active” and “physiological” management of the third stage of labour. *Midwifery*. 1990; 6(1):3–17.
98. Lan Y., Pan S., Chen B., Peng L., Chen R., Hua Y., et al. Labor characteristics and intrapartum interventions in women with vaginal birth after cesarean section. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2022; 22(1):589.
99. Tahseen S., Griffiths M. Vaginal birth after two caesarean sections (VBAC-2)-a systematic review with meta-analysis of success rate and adverse outcomes of VBAC-2 versus VBAC-1 and repeat (third) caesarean sections. *BJOG*. 2010; 117(1):5–19.
100. Phelan J.P., Korst L.M., Settles D.K. Uterine activity patterns in uterine rupture: a case-control study. *Obstet Gynecol*. 1998; 92(3):394–7.
101. Cai Y.-Q., Liu W., Zhang H., He X.-Q., Zhang J. Laparoscopic repair of uterine rupture following successful second vaginal birth after caesarean delivery: A case report. *World J Clin cases*. 2020; 8(13):2855–61.
102. Wang P.H., Yuan C.C., Chao H.T., Yang M.J., Ng H.T. Posterior uterine wall rupture during labour. *Hum Reprod*. 2000; 15(5):1198–9.
103. Majumdar S., Warren R., Ifaturoti O. Fetal survival following posterior uterine wall rupture during labour with intact previous caesarean section scar. *Arch Gynecol Obstet*. 2007; 276(5):537–40.
104. Gato M., Castro C., Pinto L. Antepartum Rupture of the Posterior Uterine Wall in a Woman With Two Previous Cesarean Deliveries. *Cureus*. 2024; 16(1):e52517.
105. Айғырбаева А.Н. Актуальность соблюдения интергенетического интервала и принципов прегравидарной подготовки женщин на уровне первичного звена акушерско-гинекологической помощи. *Вестник Казахского Национального медицинского университета*. 2018; (3):9–11.
106. Rao J., Fan D., Ma H., Lin D., Zhang H., Zhou Z., et al. Is there an optimal inter-delivery interval in women who underwent trial of labor after cesarean delivery (TOLAC)? *Reprod Health*. 2022; 19(1):14.

Приложение А1. Состав рабочей группы по разработке и пересмотру клинических рекомендаций

- 1. Пекарев Олег Григорьевич** – д.м.н., профессор, заместитель директора института акушерства ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова» Минздрава России (г. Москва). Конфликт интересов отсутствует.
- 2. Баранов Игорь Иванович** – д.м.н., профессор, заведующий отделом научных и образовательных программ ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова» Минздрава России (г. Москва). Конфликт интересов отсутствует
- 3. Долгушина Наталия Витальевна** – д.м.н., профессор, заместитель директора по научной работе ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова» Минздрава России, главный внештатный специалист Минздрава России по репродуктивному здоровью женщин (г. Москва). Конфликт интересов отсутствует.
- 4. Кан Наталья Енкиновна**, профессор, д.м.н; заместитель директора по научной работе ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова» Минздрава России (г. Москва). Конфликт интересов отсутствует.
- 5. Климов Владимир Анатольевич** – к.м.н., руководитель службы организации медицинской помощи и информационного сервиса, начальник отдела ООМП ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова» Минздрава России (г. Москва). Конфликт интересов отсутствует
- 6. Николаева Анастасия Владимировна** – к.м.н., главный врач ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова» Минздрава России (г. Москва). Конфликт интересов отсутствует
- 7. Приходько Андрей Михайлович**, доцент, д.м.н; заместитель директора по научной работе института акушерства, заведующий отделом инновационного развития института акушерства, врач акушер-гинеколог 1-го родильного отделения ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова» Минздрава России (г. Москва). Конфликт интересов отсутствует.
- 8. Романов Андрей Юрьевич** – к.м.н., заведующий отделом планирования и сопровождения научных проектов ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова» Минздрава России (г. Москва). Конфликт интересов отсутствует.
- 9. Серов Владимир Николаевич** - академик РАН, д.м.н., профессор, главный научный сотрудник ФГБУ "Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова" Минздрава России, президент ООО «Российское общество акушеров-гинекологов» (РОАГ) (г. Москва). Конфликт интересов отсутствует.
- 10. Шмаков Роман Георгиевич** – д.м.н., профессор, профессор РАН, директор ГБУЗ МО «Московский областной НИИ акушерства и гинекологии имени академика В.И. Краснопольского», главный внештатный специалист Минздрава России по акушерству (г. Москва). Конфликт интересов отсутствует.

- 11. Артымук Наталья Владимировна** – д.м.н., профессор, заведующая кафедрой акушерства и гинекологии имени профессора Г.А. Ушаковой ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, главный внештатный специалист Минздрава России по акушерству, гинекологии, репродуктивному здоровью женщин в СФО (г. Кемерово). Конфликт интересов отсутствует.
- 12. Башмакова Надежда Васильевна** – д.м.н., профессор, главный научный сотрудник ФГБУ «Уральский научно-исследовательский институт охраны материнства и младенчества» Минздрава России, главный внештатный специалист Минздрава России по акушерству, гинекологии, репродуктивному здоровью женщин в УФО. Конфликт интересов отсутствует.
- 13. Беженарь Виталий Федорович** – д.м.н., профессор, заведующий кафедрой акушерства, гинекологии и репродуктологии ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова» Минздрава России, главный внештатный специалист акушер-гинеколог Комитета по здравоохранению Правительства Санкт-Петербурга (г. Санкт-Петербург). Конфликт интересов отсутствует.
- 14. Белокриницкая Татьяна Евгеньевна** – д.м.н., профессор, заведующая кафедрой акушерства и гинекологии факультета дополнительного профессионального образования ФГБОУ ВО «Читинская государственная медицинская академия» Минздрава России, заслуженный врач Российской Федерации, главный внештатный специалист Минздрава России по акушерству, главный внештатный специалист Минздрава России по гинекологии, главный внештатный специалист по репродуктивному здоровью женщин в ДФО (г. Чита). Конфликт интересов отсутствует.
- 15. Логутова Лидия Сергеевна** – Заслуженный деятель науки Российской Федерации, д.м.н., профессор, ведущий научный сотрудник ГБУЗ МО МОНИИАГ, профессор кафедры акушерства и гинекологии ФУВ БУЗ МОНИКИ (г. Москва). Конфликт интересов отсутствует.
- 16. Малышкина Анна Ивановна** - д.м.н., профессор, директор ФГБУ «Ивановский НИИ материнства и детства им. В. Н. Городкова». заведующая кафедрой акушерства и гинекологии, медицинской генетики лечебного факультета ФГБОУ ВО «Ивановская государственная медицинская академия» Минздрава России, главный внештатный специалист Минздрава России по акушерству, главный внештатный специалист Минздрава России по гинекологии, главный внештатный специалист по репродуктивному здоровью женщин в ЦФО (г. Иваново). Конфликт интересов отсутствует.
- 17. Радзинский Виктор Евсеевич** – заслуженный деятель науки Российской Федерации, д.м.н., профессор, член-корреспондент РАН, заведующий кафедрой акушерства и гинекологии с курсом перинатологии ГАОУ ВПО «Российского университета дружбы народов» Министерства образования России. Конфликт интересов отсутствует
- 18. Фаткуллин Ильдар Фаридович** – д.м.н., профессор, заведующий кафедрой акушерства и гинекологии им. проф. В.С. Груздева ФГБОУ ВО "Казанский государственный медицинский университет" Минздрава России, главный внештатный специалист Минздрава России по акушерству, по гинекологии в ПФО (г. Казань). Конфликт интересов отсутствует.
- 19. Филиппов Олег Семенович** – д.м.н., профессор, заслуженный врач РФ, главный внештатный акушер-гинеколог ФМБА России, заместитель директора ФНКЦ детей и подростков ФМБА России, профессор кафедры акушерства, гинекологии и Репродуктивной медицины Российского Университета Медицины (г. Москва). Конфликт интересов отсутствует

Приложение А2. Методология разработки клинических рекомендаций

Целевая аудитория данных клинических рекомендаций:

1. Врачи акушеры-гинекологи.
2. Ординаторы акушеры-гинекологи.

Таблица 1. Шкала оценки уровней достоверности доказательств (УДД) для методов диагностики (диагностических вмешательств)

УДД	Расшифровка
1	Систематические обзоры исследований с контролем референсным методом или систематический обзор рандомизированных клинических исследований с применением мета-анализа
2	Отдельные исследования с контролем референсным методом или отдельные рандомизированные клинические исследования и систематические обзоры исследований любого дизайна, за исключением рандомизированных клинических исследований, с применением мета-анализа
3	Исследования без последовательного контроля референсным методом или исследования с референсным методом, не являющимся независимым от исследуемого метода или нерандомизированные сравнительные исследования, в том числе когортные исследования
4	Несравнительные исследования, описание клинического случая
5	Имеется лишь обоснование механизма действия или мнение экспертов

Таблица 2. Шкала оценки уровней достоверности доказательств (УДД) для методов профилактики, лечения и реабилитации (профилактических, лечебных, реабилитационных вмешательств)

УДД	Расшифровка
1	Систематический обзор РКИ с применением мета-анализа
2	Отдельные РКИ и систематические обзоры исследований любого дизайна, за исключением РКИ, с применением мета-анализа
3	Нерандомизированные сравнительные исследования, в т.ч. когортные исследования
4	Несравнительные исследования, описание клинического случая или серии случаев, исследования «случай-контроль»
5	Имеется лишь обоснование механизма действия вмешательства (доклинические исследования) или мнение экспертов

Таблица 3. Шкала оценки уровней убедительности рекомендаций (УУР) для методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации (профилактических, диагностических, лечебных, реабилитационных вмешательств)

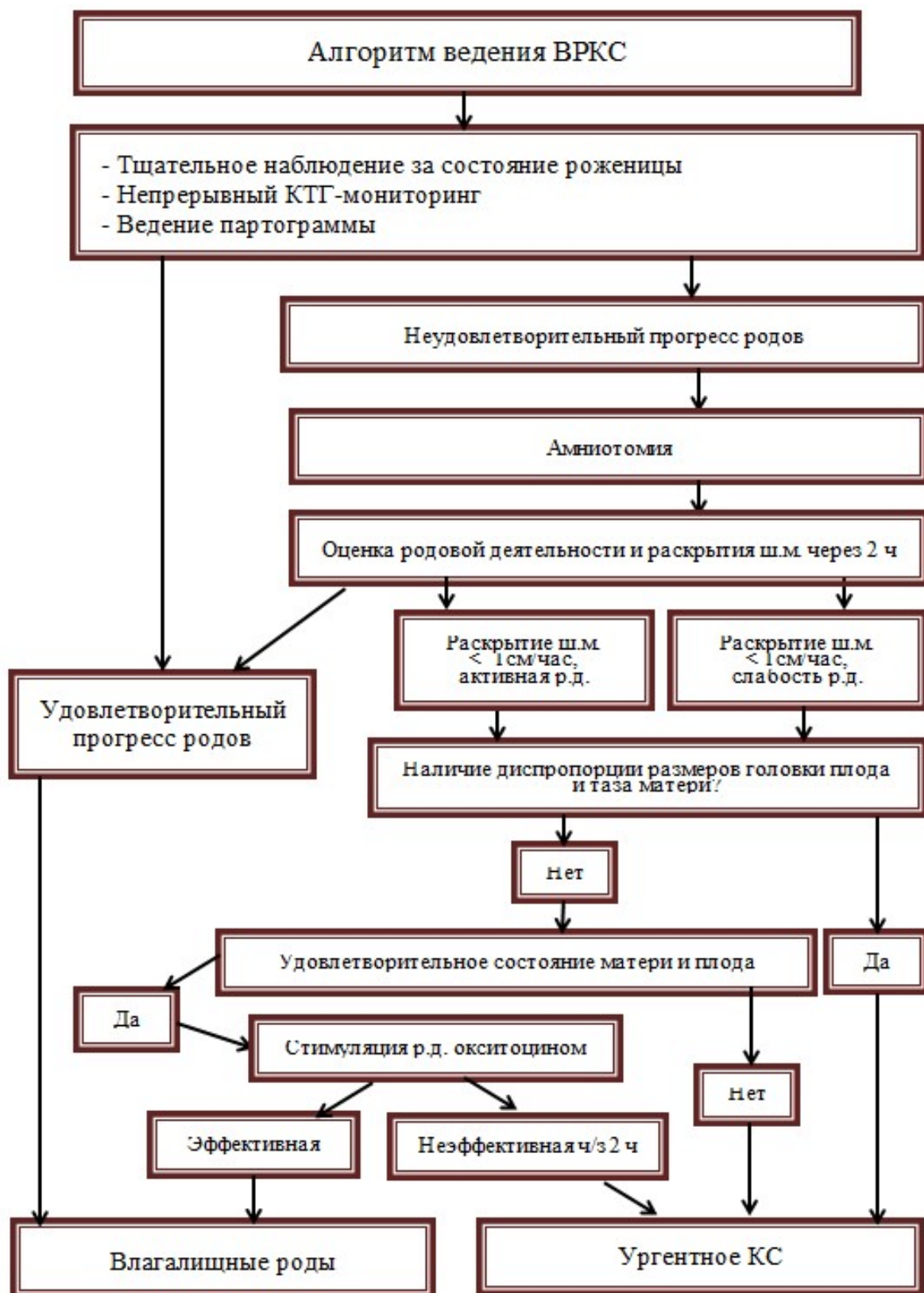
УУР	Расшифровка
А	Сильная рекомендация (все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются важными, все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество, их выводы по интересующим исходам являются согласованными)
В	Условная рекомендация (не все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются важными, не все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество и/или их выводы по интересующим исходам не являются согласованными)
С	Слабая рекомендация (отсутствие доказательств надлежащего качества (все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются неважными, все исследования имеют низкое методологическое качество и их выводы по интересующим исходам не являются согласованными)

Приложение А3. Справочные материалы, включая соответствие показаний к применению и противопоказаний, способов применения и доз лекарственных препаратов, инструкции по применению лекарственного препарата

Не применимо.

Приложение Б. Алгоритмы действий врача





Приложение В. Информация для пациента

МОЖЕТ ЛИ ЖЕНЩИНА РОДИТЬ ЧЕРЕЗ ЕСТЕСТВЕННЫЕ РОДОВЫЕ ПУТИ ПОСЛЕ ПРЕДШЕСТВУЮЩЕГО КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ?

Достаточно много женщин, которые в прошлом рожали путем операции кесарева сечения, могут родить ребенка через естественные родовые пути, без риска для своего здоровья. Попытки влагалищных родов после предшествующего кесарева сечения (ВРКС) имеют высокую частоту успешных родов через естественные родовые пути и много преимуществ перед плановым повторным кесаревым сечением.

В случаях, когда попытка влагалищных родов оказывается неудачной, проводят повторное кесарево сечение.

К сожалению, наличие определенных проблем со здоровьем или особенности течения беременности и предстоящих родов, делают попытку влагалищных родов при наличии рубца на матке, у некоторых женщин слишком рискованной – в таком случае пациентке будет рекомендовано проведение повторного кесарева сечения.

КАКИЕ ПРЕИМУЩЕСТВА И КАКИЕ РИСКИ ИМЕЮТ ВЛАГАЛИЩНЫЕ РОДЫ ПОСЛЕ ПРЕДШЕСТВУЮЩЕГО КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ?

Существует несколько преимуществ родов через естественные родовые при наличии рубца на матке в сравнении с повторным кесаревым сечением: уменьшение кровопотери; отсутствие послеоперационной раны и снижение риска возникновения инфекции; отсутствие рисков, связанных с хирургическим вмешательством и анестезиологическим обеспечением; более короткая длительность госпитализации; менее болезненные ощущения; при последующих беременностях снижается риск таких осложнений как предлежание плаценты и вращение плаценты в стенку матки. Родоразрешение путем кесарева сечения становится все более частым. Попытка влагалищных родов с рубцом на матке после кесарева сечения завершается удачно в 75% случаев. Причины выбора данного метода рождения ребенка разнообразны. Иногда, врач акушер – гинеколог может рекомендовать беременной проведение повторного кесарева сечения вместо попытки влагалищных родов в связи с наличием рубца на матке после предшествующего хирургического вмешательства. Завершение попытки влагалищных родов с рубцом на матке после кесарева сечения повторным кесаревым сечением при возникновении определенных акушерских ситуаций. Разрыв матки возникает в 0,2 – 0,7% случаев влагалищных родов с рубцом на матке после кесарева сечения. Однако, влагалищные роды являются безопасным методом рождения ребенка у пациенток с кесаревым сечением в анамнезе.

ЧТО НЕОБХОДИМО ЗНАТЬ БЕРЕМЕННОЙ ЖЕНЩИНЕ?

Возможность проведения попытки влагалищных родов с рубцом на матке после кесарева сечения в каждом конкретном случае определяет врач. Медицинская документация (выписка), которую пациентка получила после предшествующего кесарева

сечения, может помочь врачу в определении возможности попытки влагалищных родов с рубцом на матке после предшествующего кесарева сечения в данном конкретном случае. Спонтанное начало родов повышает шанс удачной попытки влагалищных родов при рубце на матке после операции кесарева сечения. Использование окситоцина** с целью индукции схваток и усиления родовой деятельности не противопоказано, но сопровождается увеличением риска неудачи при попытке влагалищных родов с рубцом на матке после предшествующего кесарева сечения и разрыва матки.

Приложение Г1-ГН. Шкалы оценки, вопросники и другие оценочные инструменты состояния пациента, приведенные в клинических рекомендациях

Приложение Г1. Шкала Бишоп (Bishop score)

Тип: шкала оценки

Источник: Teixeira C. et al. The Bishop Score as a determinant of labour induction success: a systematic review and meta-analysis //Archives of gynecology and obstetrics. – 2012. – Т. 286. – С. 739-753.

Назначение: оценка степени зрелости шейки матки (ШМ)

Содержание:

Состояние ШМ	Баллы				Оценка
	0	1	2	3	
Положение ШМ	кзади	По центру/кпереди	-	-	
Консистенция ШМ	плотная	умеренно размягчена	мягкая	-	
Длина ШМ, см	>4	2-4	1-2	<1	
Открытие, см	<1	1-2	2-4	>4	
Положение головки	-3 над входом	-2 прижата	-1/0 малый/большой сегмент	+1/+2 в полости	
Общий балл по Бишоп					

Интерпретация:

Степень зрелости шейки матки	Незрелая	Недостаточно зрелая	Зрелая
Баллы по Бишоп	0-5	6-7	8-9 и более

Пояснения:

Заполнять перед каждым этапом преиндукции/индукции родов.

Оценка по шкале Бишоп является лучшим доступным инструментом для оценки степени зрелости шейки матки.

Зрелая шейка матки - клинические признаки готовности шейки матки к родам (8 и более баллов).

Недостаточно зрелая шейка матки - клинические признаки недостаточной готовности шейки матки к родам (6-7 баллов).

Незрелая шейка матки - отсутствие клинических признаков готовности шейки матки к родам (5 баллов и менее).

Приложение Г2 Шкала оценки выраженности Клинико-инструментальные данные	Баллы		
	0	1	2
Клинические жалобы (Бесплодие II, АМК)	-	-	+

Толщина остаточного миометрия в проекции ниши (по данным СГГ/ МРТ)	мм > 3	2 - 3	< 2
Объем ниши, см ³	< 0,1	0,1 – 1,0	> 1,0

Интерпретация результатов:

0 - 2 балла – клинически малозначимая ниша

3 - 4 балла – умеренно выраженная ниша

5 - 6 баллов – критическая ниша