Приложение к Приказу

Министерства здравоохранения

Приднестровской Молдавской Республики

от «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2023 года № \_\_\_\_\_

**Клинические рекомендации**

«Послеоперационный рубец на матке, требующий предоставления медицинской помощи матери во

время беременности, родов и в послеродовом периоде»

**Коды по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ 10**): О34.2, О75.7.

**Год утверждения (частота пересмотра):** 2023 (пересмотр каждые 5 лет)

**Возрастная категория:** Взрослые**/**дети

**Оглавление**

[**Список сокращений 3**](#_Toc144467715)

[**Термины и определения 3**](#_Toc144467716)

[**1. Краткая информация 4**](#_Toc144467717)

[**1.1 Определение 4**](#_Toc144467718)

[**1.2 Этиология и патогенез 4**](#_Toc144467719)

[**1.3 Эпидемиология 4**](#_Toc144467720)

[**1.4 Кодирование по МКБ 10 5**](#_Toc144467721)

[**1.5 Классификация 5**](#_Toc144467722)

[**1.6 Клиническая картина 5**](#_Toc144467723)

[**2. Диагностика 5**](#_Toc144467724)

[**2.1 Жалобы и анамнез 6**](#_Toc144467725)

[**2.2 Физикальное обследование 6**](#_Toc144467726)

[**2.3 Лабораторная диагностика 7**](#_Toc144467727)

[**2.4 Инструментальная диагностика 7**](#_Toc144467728)

[**2.5 Иная диагностика 7**](#_Toc144467729)

[**3. Лечение 8**](#_Toc144467730)

[**4. Реабилитация 8**](#_Toc144467731)

[**5. Профилактика и диспансерное наблюдение 8**](#_Toc144467732)

[**6. Организация медицинской помощи 8**](#_Toc144467733)

[**7. Дополнительная информация, влияющая на исход заболевания/синдрома 8**](#_Toc144467734)

[**Критерии оценки качества медицинской помощи 9**](#_Toc144467735)

[**Cписок литературы 10**](#_Toc144467736)

[**Приложение А1.**](#_Toc144467737) [**Состав рабочей группы 17**](#_Toc144467738)

[**Приложение А2.**](#_Toc144467739) [**Справочные материалы, включая соответствие показаний к применению и противопоказаний, способов применения и доз лекарственных препаратов, инструкции по применению лекарственного препарата. 18**](#_Toc144467740)

[**Приложение Б.**](#_Toc144467741) [**Алгоритмы действий врача 20**](#_Toc144467742)

[**Приложение В.**](#_Toc144467743) [**Информация для пациента 22**](#_Toc144467744)

Список сокращений

ВР – влагалищные роды

КС – кесарево сечение

КТГ – кардиотокография

УЗИ – ультразвуковое исследование

ЭПА – эпидуральная анестезия (анальгезия)

Термины и определения

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

Плановое/запланированное повторное кесарево сечение (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 пациенток 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 перемещения 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.

1. Краткая информация

## 1.1 Определение

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 операций КС в анамнезе, либо других хирургических вмешательств на матке.

## 1.2 Этиология и патогенез

Рубец на матке возникает вследствие следующих оперативных вмешательств на матке:

* Родоразрешение путем операции КС в анамнезе (78 -84%):

- одна операция КС (86-88%);

- две операции КС (10-13%);

- три и более операции КС (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 не известно, какой процент пациенток с рубцом на матке после КС может быть отобран для попытки ВР из всей популяции пациенток с рубцом на матке. По данным статистики разных стран, от 13 до 30-50% пациенток с рубцом на матке могут быть отобраны для попытки ВР.

## **1.3 Эпидемиология**

 По данным различных авторов, частота успешных ВР с рубцом на матке варьирует от 50% до 85%. Средний показатель успешных ВР при рубце на матке после одного КС - 72-76% при отсутствии факторов, которые снижают вероятность успеха ВР, и 30-50% при наличии указанных факторов. Данный показатель рассчитывается от числа попыток ВР с рубцом на матке, но не от общего количества пациенток с рубцом на матке. Материнская заболеваемость при удачной попытке ВР с рубцом на матке низкая. Материнская смертность связана преимущественно с разрывом матки (22-75/10000), кровотечением, тромбоэмболическими и инфекционными осложнениями - частота эндометрита в послеродовом периоде увеличивается на 1% (289/10000 в сравнении с 180/10000 при проведении элективного кесарева сечения). Риск осложнений при запланированном КС у пациенток с рубцом на матке существенно превышает риск при удачной попытке ВР. Материнская смертность при попытке ВР с рубцом на матке составляет 17/100 000 попыток ВР в сравнении с 44/100 000 при плановом КС. За счет ВР с рубцом на матке, возможно, уменьшить риск неонатальных респираторных заболеваний на 15-20% в сравнении с плановым КС. При плановом КС увеличивается риск тромбоэмболических осложнений 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 и детского церебрального паралича.

**1.4 Кодирование по МКБ 10**

1. Послеоперационный рубец матки, требующий предоставления медицинской помощи матери.

О75.7 Роды через влагалище после предшествовавшего кесарева сечения.

## **1.5 Классификация**

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 матки (после истмико-корпорального разреза на матке);

- в дне матки.

1.6 Клиническая картина

 Не применимо.

**2. Диагностика**

Диагноз послеоперационный рубец матки, требующий предоставления медицинской помощи матери, устанавливается на основании указания на миомэктомию (или другие операции) со вскрытием полости матки или родоразрешение путем операции КС в анамнезе.

К состоятельным относятся рубцы толщиной 20, мм и более, при отсутствии или минимальном количестве эхопозитивных включений (элементы соединительной ткани), с хорошей васкуляризацией.

Также на состоятельность рубца на матке и возможность самопроизвольного родоразрешения указывает отсутствие у беременной локальной болезненности при пальпации рубца на матке после КС, кровянистых выделений из половых путей и гипоксии плода по данным кардиотокографии (КТГ).

## 2.1 Жалобы и анамнез

* Рекомендован сбор акушерского анамнеза с целью оценки вероятности успешных ВР с рубцом на матке.

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств

**- 3)**

*Комментарий: К факторам, повышающим вероятность успешных ВР, относят: наличие в анамнезе ВР до или после проведенного КС. К факторам, снижающим вероятность успешных ВР, относят такие показания к предшествующему КС, как диспропорция размеров таза и плода, слабость родовой деятельности, дистоция шейки матки.*

* Рекомендован сбор соматического анамнеза с целью оценки вероятности успешных ВР с рубцом на матке.

**Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств 3)**

*Комментарий: К факторам, снижающим вероятность успешных ВР, относят ожирение у матери (индекс массы тела более 30 кг/м[[1]](#footnote-1)) и сахарный диабет.*

## **2.2 Физикальное обследование**

* Рекомендован учет возраста пациентки с целью оценки вероятности успешных ВР с рубцом на матке.

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

*Комментарий: Возраст матери> 40 лет снижает вероятность успешных ВР с рубцом на матке.*

* Рекомендована оценка зрелости шейки матки по шкале Bishop при поступлении в стационар с целью оценки вероятности успешных ВР с рубцом на матке.

**Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств - 3).**

*Комментарий: Зрелая шейка матки на момент начала родов повышает вероятность успешных ВР.*

* Рекомендована оценка осложнений течения данной беременности с целью оценки вероятности успешных ВР с рубцом на матке.

**Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств - 3).**

*Комментарий: К факторам, снижающим вероятность успешных ВР, относят: индукцию родов, которая требует использования мероприятий по дозреванию шейки матки, многоводие, преэклампсию, макросомию плода. Не влияют на вероятность успешных ВР: компенсированный гестационный сахарный диабет (без макросомии плода) и недоношенная беременность.*

* Рекомендована оценка интранатальных факторов, влияющих на вероятность успешных ВР с рубцом на матке.

**Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств** **- 3).**

*Комментарий: Спонтанное развитие родовой деятельности повышает вероятность успешных ВР с рубцом на матке. Индукция родов, клинически узкий таз (особенно при массе плода >4000 г), слабость родовой деятельности и дистоция шейки матки снижают вероятность успешных ВР с рубцом на матке.*

## **2.3 Лабораторная диагностика**

См. клинические рекомендации «Об утверждении Клинического протокола по антенатальному ведению физиологически протекающей беременности».

## **2.4 Инструментальная диагностика**

* При проведении ультразвукового исследования (УЗИ) плода не рекомендовано проведение оценки толщины нижнего маточного сегмента до начала родовой деятельности.

**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.*

* Рекомендовано проведение УЗИ органов малого таза в раннем послеродовом периоде для оценки состояния стенки матки.

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

## 2.5 Иная диагностика

Не применимо.

**3. Лечение**

Cм. клинические рекомендации «Роды через естественные родовые пути с рубцом на матке» (Приказ Министерства здравоохранения Приднестровской Молдавской Республики от 13.10.2017 года № 537 «Об утверждении Клинических рекомендаций (протоколов лечения) в сфере акушерства и гинекологии», Приложение № 7).

4. Реабилитация

Не применимо.

**5. Профилактика и диспансерное наблюдение**

* Рекомендовано соблюдение интергравидарного интервала не менее 2-х лет.

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

6. Организация медицинской помощи

Плановое родоразрешение пациенток с рубцом на матке рекомендовано в медицинских организациях акушерского профиля 3-го уровня.

При возникновении неотложных и экстренных показаний к родоразрешению путем операции КС, операция выполняется в стационаре медицинской организации, где пациентка находится на момент установления диагноза, при условии наличия необходимого медицинского оборудования и медицинского персонала для оказания помощи матери и новорожденному.

7. Дополнительная информация, влияющая на исход заболевания/синдрома

Не применимо.

**Критерии оценки качества медицинской помощи**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № | Критерии качества | Уровеньубедительностирекомендаций | Уровеньдостоверностидоказательств |
| 1. | Проведен сбор акушерского и соматического анамнеза с целью оценки вероятности успешных влагалищных родов с рубцом на матке | B | 3 |
| 2. | Проведена оценка зрелости шейки матки по шкале Bishop при поступлении в стационар с целью оценки вероятности успешных влагалищных родов с рубцом на матке | B | 3 |
| 3. | При начале родовой деятельности выполнена установка внутривенного катетера роженице | B | 3 |
| 4. | Проведен непрерывный контроль состояния роженицы (пульс, артериальное давление, сознание, частота дыхания) и плода (кардиотокография плода) в родах | B | 2 |
| 5. | Проведено наблюдение за состоянием роженицы и плода во время родов в соответствии с партограммой | В | 2 |
| 6. | Проведено тщательное мануальное наблюдение за тонусом матки в течении 6 часов после родов: в течении первых 2-х часов - каждые 15 минут, в течении 3-го часа - каждые 30 минут, в течении следующих 3-х часов - каждые 60 минут; оценка состояния матери: пульс и артериальное давление, определение возможности внутреннего кровотечения (расчет шокового индекса) и оценка объема кровопотери (волюметрическим методом) | А | 2 |
| 7. | Проведено ультразвуковое исследование органов малого таза в раннем послеродовом периоде для оценки состояния стенки матки | А | 2 |

**Cписок 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
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. American College of Obstetricians and Gynecologists. Vaginal birth after cesarean delivery. ACOG Practice Bulletin No. 205. Obstet Gynecol 2019; 133: e110-27.
5. 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 p.
6. Шмаков Р.Г., Баев О.Р., Пекарев О.Г., Пырегов А.В., Карапетян А.О., Приходько А.М., et al. Хирургическая тактика операции кесарева сечения. Учебное пособие. /­М: Издательский дом «Бином». 2019. 82 стр.
7. 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.
8. Little M.O., Lyerly 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.
9. Categorisation of urgency for caesarean section RANZCOG July 2018.
10. 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.
11. 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.
12. 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.
13. 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.
14. 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.
15. Clinical management Guidelines for Obstetrician-Gynecologists. ACOG PRACTICE BULLETIN. Number 184, November 2017.
16. Birth After Previous Caesarean Birth RCOG Green-top Guideline No. 45 October 2015.
17. Кан НЕ., Шмаков Р.Г., Кесова М.И., Тютюнник В.Л., Баев О.Р., Пекарев О.Г., et al. 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., Dube 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. 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).
22. 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.
23. 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.
24. 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. Committee on Practic
25. 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.
26. Committee on Practice Bulletins—Obstetrics. Practice Bulletin No 178: Shoulder Dystocia. Obstet Gynecol. 2017; 129(5): e123-33.
27. Grobman W.A., Lai Y., Landon M.B., Spong C.Y., Leveno K.J., Rouse D.J., et al.Development of a nomogram for prediction of vaginal birth after cesarean delivery. Obstet Gynecol. 2007; 109(4):806-12.
28. Metz T.D., Allshouse A.A., Faucett A.M., Grobman W.A. Validation of a vaginal birth after cesarean delivery prediction model in women with two prior cesarean deliveries. Obstet Gynecol. 2015; 125(4):948-52.
29. Coassolo K.M., Stamilio D.M., Pare 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.
30. 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.
31. Obstetric Care Consensus No. 2. Obstet Gynecol. 2015; 125(2):502-15.
32. 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.
33. 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.
34. 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): 1423­6.
35. 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.
36. 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.
37. 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.
38. Goetzinger K.R., Macones G.A. Operative vaginal delivery: current trends in obstetrics. Womens Health (Lond Engl). 2008; 4(3):281-90.
39. ACOG Practice Bulletin No. 202: Gestational Hypertension and Preeclampsia. Obstet Gynecol. 2019; 133(1): e1-25.
40. 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.
41. Committee on Practice Bulletins—Obstetrics. ACOG Practice Bulletin No. 190: Gestational Diabetes Mellitus. Obstet Gynecol. 2018; 131(2): e49-64.
42. 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.
43. Obeidat N., Meri Z.B., Obeidat M., Khader Y., Al-Khateeb M., Zayed F., et al. Vaginal birth after caesarean section (VBAC) in women with spontaneous labour: predictors of success. J Obstet Gynaecol. 2013; 33(5):474-8.
44. 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.
45. 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.
46. 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.
47. 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.
48. Flamm B.L., Goings J.R. Vaginal birth after cesarean section: is suspected fetal macrosomia a contraindication? Obstet Gynecol. 1989; 74(5):694-7.
49. 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.
50. 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.
51. 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.
52. 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.
53. Goyal V. Uterine rupture in second-trimester misoprostol-induced abortion after cesareandelivery: a systematic review. Obstet Gynecol. 2009; 113(5): 1117—23.
54. Berghella V., Airoldi 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.
55. 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.
56. 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.
57. 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.
58. 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.
59. Hofmeyr G.J., Hannah M., Lawrie T.A. Planned caesarean section for term breech delivery. Cochrane database Syst Rev. 2015; (7):CD000166.
60. 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.
61. Nisenblat V., Barak S., Griness O.B., Degani S., Ohel G., Gonen R. Maternal complications associated with multiple cesarean deliveries. Obstet Gynecol. 2006; 108(1):21-6.
62. 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.
63. Pruett K.M., Kirshon B., Cotton D.B., Poindexter A.N. Is vaginal birth after two or more cesarean sections safe? Obstet Gynecol. 1988; 72(2):163-5.
64. 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.
65. 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.
66. 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.
67. Classification of Urgency of Caesarean Section - a Continuum of Risk (Good Practice No. 11). Published: 20/04/2010.
68. Tan P.C., Mackeen A., Khong S.Y., Omar S.Z., Noor Azmi M.A. Peripheral Intravenous Catheterisation in Obstetric Patients in the Hand or Forearm Vein: A Randomised Trial. Sci Rep. 2016; 6:23223.
69. Webster J., Larsen E., Booker C., Laws J., Marsh N. Prophylactic insertion of large bore peripheral intravenous catheters in maternity patients for postpartum haemorrhage: A cohort study. Aust N Z J Obstet Gynaecol. 2018; 58(5):548-52.
70. 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.
71. Committee on Obstetric Practice A.C. of O. and G. ACOG Committee Opinion No. 441: Oral intake during labor. Obstet Gynecol. 2009; 114(3):714.
72. Gama S.G.N. da, Viellas E.F., Torres J.A., Bastos M.H., Bruggemann O.M., Theme Filha M.M., et al. Labor and birth care by nurse with midwifery skills in Brazil. Reprod Health. 2016; 13(S3): 123.
73. WHO recommendations for augmentation of labour. WHO 2014.
74. Familiari A., Neri C., Caruso A., Airoldi 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.
75. Landon M.B., Hauth J.C., Leveno K.J., Spong C.Y., Leindecker S., Varner M.W., et al. Maternal and perinatal outcomes associated with a trial of labor after prior cesarean delivery. N Engl J Med. 2004; 351(25):2581-9.
76. 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.
77. 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 study of 30-minute decision to delivery intervals for “emergency” caesarean section. BMJ. 2001; 322(7298):1334-5.
78. Shorten A., Shorten B., Keogh J., West S., Morris J. Making choices for childbirth: a randomized controlled trial of a decision-aid for informed birth after cesarean. Birth. 2005; 32(4):252-61.

79. Айгырбаева 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—1.

# **Приложение А1**

# **Состав рабочей группы**

 **Председатель:**

 Слепуха Н.В. – главный врач государственного учреждения «Республиканский центр матери и ребенка», главный внештатный акушер-гинеколог Министерства здравоохранения Приднестровской Молдавской Республики.

 **Члены:**

 Тостановская С.В. – заместитель главного врача, заведующая обсервационным родовым отделением государственного учреждения «Республиканский центр матери и ребенка»;

Манучаров А.А. – заведующий акушерским отделением патологии беременности государственного учреждения «Республиканский центр матери и ребенка»;

Чолак О.Н. – заместитель главного врача по гинекологии, заведующая гинекологическим отделением государственного учреждения «Республиканский центр матери и ребенка»;

Ткачук Л.А. – врач-акушер-гинеколог гинекологического отделения государственного учреждения «Республиканский центр матери и ребенка»;

Борисова Е.С. – заместитель главного врача по акушерству и гинекологи государственного учреждения «Бендерский центр амбулаторно-поликлинической помощи»;

Берлинская Н.С. – заместитель главного врача по акушерству и гинекологии государственного учреждения «Бендерский центр матери и ребенка»;

Баранова Н.Ю. – заместитель главного врача по акушерству и гинекологии государственного учреждения «Тираспольский клинический центр амбулаторно-поликлинической помощи».

**Конфликт интересов:** конфликт интересов отсутствует.

Экспертизу проекта клинических рекомендаций провел эксперт по клиническому направлению (специальности) «Акушерство и гинекология» Чебан О.С**. –** заведующая Центром репродуктивного здоровья и планирования семьи государственного учреждения «Республиканский центра матери и ребенка», кандидат медицинских наук, доцент кафедры педиатрии, акушерства и гинекологии медицинского факультета государственного образовательного учреждения «Приднестровский государственный университет им. Т.Г. Шевченко».

**Конфликт интересов:** конфликт интересов отсутствует.

# **Приложение А2**

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

Настоящие клинические рекомендации несут рекомендательный характер для организаторов здравоохранения и практикующих специалистов соответствующего клинического направления. Виды и объём медицинской помощи населению Приднестровской Молдавской Республики, в соответствии с данными клиническими рекомендациями, могут быть обеспечены за счет средств и в пределах лимитов финансирования, предусмотренных законами о республиканском бюджете, при наличии источников финансирования, а также других поступлений, не запрещенных действующим законодательством Приднестровской Молдавской Республики.

Объём диагностических и лечебных мероприятий для конкретного пациента определяет лечащий врач, в соответствии с требованиями к объёму исследований при определенных заболеваниях, состояниях, с учетом возможностей лечебно-профилактических организаций по предоставлению определенных видов исследований и лечения.

Актуализация данных клинических рекомендаций будет проводиться не реже, чем один раз в пять лет. Принятие решения об обновлении будет принято на основании предложений, представленных медицинскими профессиональными некоммерческими организациями с учетом результатов комплексной оценки лекарственных препаратов, медицинских изделий, а также результатов клинической апробации. Рекомендации к схемам применения и дозам лекарственных препаратов, прописаны в тексте данных клинических рекомендаций.

Данные клинические рекомендации разработаны с учетом следующих нормативных правовых документов:

1. Закон Приднестровской Молдавской Республики от 16 января 1997 года № 2 «Об основах охраны здоровья граждан» (СЗМР 97-1).
2. Постановление Правительства Приднестровской Молдавской Республики от 31 января 2020 года № 16 «Об утверждении Программы государственных гарантий оказания гражданам Приднестровской Молдавской Республики бесплатной медицинской помощи» (САЗ 20-6).
3. Приказ Министерства здравоохранения Приднестровской Молдавской Республики от 4 мая 2022 года № 404 «Об утверждении Порядка оказания акушерско-гинекологической помощи и неонатальной помощи» (регистрационный № 11153 от 19 июля 2022 года) (САЗ 22-28).
4. Приказ Министерства здравоохранения Приднестровской Молдавской Республики от 31 января 2023 года № 64 «О трехуровневой системе оказания медицинской помощи населению Приднестровской Молдавской Республики» (регистрационный № 11564 от 21 февраля 2023 года) (САЗ 23-8).

**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 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 пути 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 врастание плаценты в стенку матки. Попытка влагалищных родов с рубцом на матке после кесарева сечения завершается удачно в 75% случаев.

В целом влагалищные роды являются безопасным методом рождения ребенка у пациенток с кесаревым сечением в анамнезе. Однако в ряде случаев попытка влагалищных родов с рубцом на матке после кесарева сечения завершается 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.

**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.

1. [↑](#footnote-ref-1)