

Клинические рекомендации – Послеоперационный рубец на матке, требующий предоставления медицинской помощи матери во время беременности, родов и в послеродовом периоде – 2021-2022-2023 (20.01.2023) – Утверждены Минздравом РФ

Кодирование по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем: O34.2, O75.7

Год утверждения (частота пересмотра): 2021

Возрастная категория: Взрослые, Дети

Пересмотр не позднее: 2023

ID: 635

По состоянию на 20.01.2023 на сайте МЗ РФ

Разработчик клинической рекомендации

- Российское общество акушеров-гинекологов

Одобрено Научно-практическим Советом Минздрава РФ

Список сокращений

ВР	влагалищные роды
КС	кесарево сечение
КТГ	кардиотокография
УЗИ	ультразвуковое исследование
ЭПА	эпидуральная аналгезия

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 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 перемещением частей плода в брюшную полость матери.

Неполный разрыв матки – нарушение целостности миометрия, не проникающее в брюшную полость, без нарушения целостности пузырно-маточной складки, нарушения целостности плодного пузыря и без выхождения частей плода в брюшную полость матки.

Расползание матки по рубцу – нарушение целостности миометрия, не проникающее в брюшную полость, без нарушения целостности висцеральной и париетальной брюшины,

нарушения целостности плодного пузыря и без выхождения частей плода в брюшную полость матки.

1. Краткая информация по заболеванию или состоянию (группы 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 операций кесарево сечение (КС) в анамнезе, либо других хирургических вмешательств на матке [1-6].

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 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%).
- Перфорация матки (до 1%).

Существует две теории разрыва матки – механическая, согласно которой разрывы возникают вследствие пространственного несоответствия между подлежащей 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 влагалищных родов 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 влагалищных родов [1, 7], [8, 9].

1.3. Эпидемиология заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

В Российской Федерации частота влагалищных родов (ВР) у пациенток с рубцом на матке не превышает 1,5% [6]. По данным различных авторов, частота успешных ВР с рубцом на матке варьирует от 50% до 85% [3]. 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 [4]. 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 elective кесарева сечения) [6, 10, 11]. 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 17/100000 попыток ВР в сравнении с 44/100000 при плановом КС. За счет ВР с рубцом на матке возможно уменьшить риск неонатальных респираторных заболеваний на 15-20% в сравнении с плановым КС [12-15]. 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 [16].

1.4. Особенности кодирования заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний) по Международной статической 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 [5].

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 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 указания на миомэктомию (или другие операции) со вскрытием полости матки или родоразрешение путем операции КС в анамнезе.

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) [6, 17].

2.1. Жалобы и анамнез

- Рекомендован сбор акушерского анамнеза с целью оценки вероятности успешных ВР с рубцом на матке [4, 18-20].

Уровень убедительности рекомендаций **B** (уровень достоверности доказательств – 3).

Комментарий: К факторам, повышающим вероятность успешных ВР, относят: наличие в анамнезе ВР до или после проведенного КС [4, 15-22]. К факторам, снижающим вероятность успешных ВР, относят такие показания к предшествующему КС, как диспропорция размеров таза и плода, слабость родовой деятельности, дистоция шейки матки [17, 23-25], а также гнойно-воспалительные заболевания органов малого таза в послеоперационном периоде. Для оценки вероятности успешных ВР с рубцом на матке возможно использование калькуляторов риска [26, 27].

- Рекомендован сбор соматического анамнеза с целью оценки вероятности успешных ВР с рубцом на матке [23, 28-31].

Уровень убедительности рекомендаций **C** (уровень достоверности доказательств – 4).

Комментарий: К факторам, снижающим вероятность успешных ВР, относят ожирение у матери (индекс массы тела более 30 кг/м²) [32-34] и сахарный диабет [4, 15, 16, 34].

2.2. Физикальное обследование

- Рекомендован учет возраста пациентки с целью оценки вероятности успешных ВР с рубцом на матке [23, 28-31].

Уровень убедительности рекомендаций **C** (уровень достоверности доказательств – 4).

Комментарий: Возраст матери > 40 лет снижает вероятность успешных ВР с рубцом на матке [4, 15, 23, 31, 35, 36].

- Рекомендована оценка зрелости шейки матки по шкале Бишоп при поступлении в стационар с целью оценки вероятности успешных ВР с рубцом на матке [23, 28-31].

Уровень убедительности рекомендаций **C** (уровень достоверности доказательств – 4).

Комментарий: Зрелая шейка матки на момент начала родов повышает вероятность успешных ВР [23, 28-31] (Приложение Г).

- Рекомендована оценка осложнений течения данной беременности с целью оценки вероятности успешных ВР с рубцом на матке [4, 37-39].

Уровень убедительности рекомендаций **C** (уровень достоверности доказательств – 5).

Комментарий: К факторам, снижающим вероятность успешных ВР, относят: индукцию родов, которая требует использования мероприятий по созреванию шейки матки, многоводие [4, 16], преэклампсию [4, 15, 37, 38], макросомию плода. Не влияют на вероятность успешных ВР: компенсированный гестационный сахарный диабет (без макросомии плода) и недоношенная беременность [4, 15, 27, 34, 40].

- Рекомендована оценка интранатальных факторов, влияющих на вероятность успешных ВР с рубцом на матке [4, 6, 24, 35, 41-43].

Уровень убедительности рекомендаций **C** (уровень достоверности доказательств – 4).

Комментарий: Спонтанное развитие родовой деятельности повышает вероятность успешных ВР с рубцом на матке [4, 6, 15, 16, 41, 42]. Индукция родов [43-46], клинически узкий таз (особенно при массе плода > 4000 г) [24, 39, 47, 48], слабость родовой деятельности и дистоция шейки матки [4, 16, 35] снижают вероятность успешных ВР с рубцом на матке.

2.3. Лабораторные диагностические исследования

См. клинические рекомендации "Нормальные роды или роды одноплодные, самопроизвольное родоразрешение в затылочном предлежании". <1>

<1> http://roag-portal.ru/clinical_recommendations.

2.4. Инструментальные диагностические исследования

- При проведении ультразвукового исследования (УЗИ) плода не рекомендовано проведение оценки толщины нижнего маточного сегмента до начала родовой деятельности [49, 50].

Уровень убедительности рекомендаций **C** (уровень достоверности доказательств – 1).

Комментарий: Толщина нижнего сегмента матки, измеренная до начала родовой деятельности, не имеет принципиального значения и при отсутствии других признаков неполноценности рубца может не измеряться [49, 50], при этом следует обращать внимание на неравномерное критическое истончение зоны рубца на матке с признаками деформации и явлениями болезненности при надавливании трансвагинальным ультразвуковым датчиком.

- Рекомендовано проведение УЗИ матки и придатков в раннем послеродовом периоде для оценки состояния стенки матки [3, 4, 49, 51].

Уровень убедительности рекомендаций **B** (уровень достоверности доказательств – 1).

Комментарий: В сложных клинических ситуациях с целью дифференциальной диагностики возможно проведение магнитно-резонансной томографии органов малого таза.

2.5. Иные диагностические исследования

Не применимо.

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 [52, 53].

Уровень убедительности рекомендаций **B** (уровень достоверности доказательств – 2).

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** [52, 53]. Преиндукция родов механическими расширителями не противопоказана беременным с рубцом на матке после КС [4, 46, 54]. Преиндукция и индукция родов должна проводиться после оценки акушерской ситуации и факторов риска. Решение о возможности проведения индукции родов принимает консилиум врачей. Индукция родов проводится путем внутривенного введения окситоцина** [4, 6, 17, 52, 53].

3.3. Хирургические методы лечения

- Пациенткам, перенесшим разрыв матки в родах, рекомендовано повторное плановое КС не позднее 39 недель [4-6, 10, 51, 54-56].

Уровень убедительности рекомендаций **C** (уровень достоверности доказательств – 4).

- Пациенткам с одноплодной беременностью и рубцом на матке после одного предшествующего КС 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 трансвагинальным ультразвуковым датчиком, при условии согласия пациентки рекомендовано самопроизвольное ведение родов [7].

Уровень убедительности рекомендаций **A** (уровень достоверности доказательств – 1).

- Не рекомендованы ВР с рубцом на матке после предшествующего корпорального КС [4, 17, 28, 57].

Уровень убедительности рекомендаций **C** (уровень достоверности доказательств – 5).

Комментарий: Риск разрыва матки после предшествующего Т- и J-образного разреза составляет 200-900/10000 родов [6, 16]. В этом случае пациентку следует родоразрешать путем операции КС, поскольку риск разрыва матки составляет 190/10000 родов [4, 50].

- Не рекомендованы ВР с рубцом на матке после предшествующих реконструктивных операций на матке, резекции угла матки, рудиментарного рога матки, гистеротомии, миомэктомии (2-5 тип по классификации FIGO или неизвестное расположение миоматозного узла) [4, 15, 16, 20].

Уровень убедительности рекомендаций **C** (уровень достоверности доказательств – 5).

- Не рекомендованы ВР с рубцом на матке при тазовом предлежании плода [4, 15, 16, 58].

Уровень убедительности рекомендаций **A** (уровень достоверности доказательств – 1).

- Не рекомендованы ВР с рубцом на матке при расположении плаценты в области рубца на матке [4, 15, 59].

Уровень убедительности рекомендаций **C** (уровень достоверности доказательств – 5).

- Не рекомендованы ВР с рубцом на матке при наличии более одного КС в анамнезе [4, 6, 27, 60-62].

Уровень убедительности рекомендаций **C** (уровень достоверности доказательств – 5).

- Не рекомендованы ВР с рубцом на матке при отказе пациентки от попытки ВР после КС [4, 6, 16, 41, 56].

Уровень убедительности рекомендаций **C** (уровень достоверности доказательств – 5).

- Не рекомендованы ВР при наличии признаков несостоятельного рубца на матке [5, 20, 57, 63-65].

Уровень убедительности рекомендаций **C** (уровень достоверности доказательств – 5).

Комментарии: К признакам несостоятельности рубца на матке относятся неравномерное критическое истончение зоны рубца на матке с признаками деформации и явлениями болезненности при надавливании трансвагинальным ультразвуковым датчиком, наличие у беременной локальной болезненности при пальпации рубца на матке после КС,

наличие кровянистых выделений из половых путей или гипоксии плода по данным КТГ [5, 6, 17, 20, 57, 63-65]. Есть данные отечественных авторов о наличии ультразвуковых критериев несостоятельности рубца на матке, к которым относятся: баллонная/конусовидная форма нижнего маточного сегмента; наличие локальных втяжений/утолщений или локальных утолщений + эконегативность окружающей ткани; участки микроабсцедирования передней стенки матки; выраженная гиперэхогенность области рубца; локальное истончение рубца между маткой и мочевым пузырем; отсутствие диастолического компонента кровотока в области рубца, резкое снижение кровоснабжения передней стенки матки; деформация полости: ниша конусовидной формы > 0,5 см до наружного контура передней стенки [66]. Однако данные критерии несостоятельности рубца на матке остаются дискуссионным вопросом.

- Для ведения родов через естественные родовые пути у пациентки с рубцом на матке рекомендован непрерывный контроль состояния роженицы (пульс, артериальное давление, сознание, частота дыхания) и плода (КТГ плода) в родах [4, 17, 67].

Уровень убедительности рекомендаций **C** (уровень достоверности доказательств – 5).

- При начале родовой деятельности рекомендована установка внутривенного катетера (не менее 16G) с целью своевременного начала интенсивной терапии при возникновении критической ситуации в родах и раннем послеродовом периоде [6, 68, 69].

Уровень убедительности рекомендаций **C** (уровень достоверности доказательств – 5).

- Рекомендовано в активную фазу I периода родов ограничение перорального приема жидкости и отказ от приема пищи с целью профилактики осложнений при необходимости хирургического вмешательства [4, 6, 15, 16, 70, 71].

Уровень убедительности рекомендаций **C** (уровень достоверности доказательств – 5).

- При ВР у пациенток с рубцом на матке при необходимости обезболивания родов рекомендована эпидуральная аналгезия (ЭПА) [4, 70].

Уровень убедительности рекомендаций **C** (уровень достоверности доказательств – 5).

Комментарии: Во время проведения ЭПА следует использовать низкие концентрации анестетика для достижения анальгезии без развития моторного блока [4, 70]. ЭПА не "маскирует" симптомы разрыва матки, при котором на первое место выходят признаки дистресса плода [3, 4]. К преимуществам ЭПА относят наиболее эффективное обезболивание в сравнении с другими методами, исключение наркотической депрессии плода. ЭПА не увеличивает продолжительность 1-го периода родов, не увеличивает риск КС, обеспечивает адекватное обезболивание в случае необходимости экстренного КС. Недостатками ЭПА являются увеличение продолжительности II периода родов и повышение риска инструментальных ВР [4, 70].

- Рекомендовано наблюдение за состоянием роженицы и плода во время родов в соответствии с партограммой с целью динамической оценки состояния роженицы, плода и родовой деятельности [72, 73].

Уровень убедительности рекомендаций **C** (уровень достоверности доказательств – 4).

Комментарий: Образец партограммы – см. клинические рекомендации "Нормальные роды или роды одноплодные, самопроизвольное родоразрешение в затылочном предлежании". <1>

<1> http://roag-portal.ru/clinical_recommendations.

- 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 [4, 6, 43-45, 74, 75].

Уровень убедительности рекомендаций **B** (уровень достоверности доказательств – 3).

Комментарии: Стимуляция родов не противопоказана беременным с рубцом на матке после КС.

- Рекомендован тщательный контроль инфузии окситоцина**, обеспечивающий ритм, не превышающий 4 схватки за 10 минут с продолжительностью каждой от 45 до 60 секунд с целью обеспечения эффективности и безопасности родовозбуждения [4, 6, 44, 51].

Уровень убедительности рекомендаций **C** (уровень достоверности доказательств – 5).

- Рекомендовано проведение бимануального влагалищного исследования для определения адекватности прогресса родов и принятия решения о целесообразности продолжения ВР с рубцом на матке [4, 6, 15, 16, 45].

Уровень убедительности рекомендаций **C** (уровень достоверности доказательств – 5).

Комментарии: Если в активной фазе родов 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 ВР. Если при наличии активных схваток и выраженной конфигурации головки скорость раскрытия шейки матки ≤ 1 см/час рекомендован пересмотр тактики родоразрешения в пользу КС. 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** [4, 6, 15, 45, 74].

- Рекомендовано родоразрешение путем КС при отсутствии эффекта от стимуляции родовой деятельности у пациентки с рубцом на матке, если скорость раскрытия шейки матки составляет < 1 см/час через 2 часа от начала родостимуляции [4, 6, 43-45].

Уровень убедительности рекомендаций **C** (уровень достоверности доказательств – 5).

- Рекомендовано пациенткам с рубцом на матке производить родоразрешение путем КС в случае, если график раскрытия шейки матки достигает или пересекает линию действия на партограмме [4, 6, 17, 21].

Уровень убедительности рекомендаций **C** (уровень достоверности доказательств – 5).

Комментарий: Затяжные роды у пациенток с рубцом на матке опасны и повышают риск разрыва матки [12, 46, 50, 54, 64, 76, 77].

- Рекомендовано пересмотреть тактику ведения родов в сторону КС при отказе роженицы от родостимуляции, при появлении признаков угрожающего разрыва матки, клинически узкого таза, слабости родовой деятельности, не поддающейся лечению в течение 2-х часов [4, 6].

Уровень убедительности рекомендаций **C** (уровень достоверности доказательств – 5).

Комментарий: КС должно быть начато как можно раньше, но не позднее 30 минут после принятия решения [51, 78].

- 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. [4, 16, 61, 79].

Уровень убедительности рекомендаций **A** (уровень достоверности доказательств – 2).

- Рекомендовано при ведении III периода родов отдавать предпочтение методике активного ведения родов [3, 51, 61].

Уровень убедительности рекомендаций **A** (уровень достоверности доказательств – 2).

Комментарий: Активное ведение III периода родов на 60% снижает частоту послеродовых гипотонических кровотечений [51, 61].

- При успешных ВР не рекомендовано рутинное послеродовое ручное обследование матки у пациенток с рубцом на матке при отсутствии симптомов разрыва матки [3, 4].

Уровень убедительности рекомендаций **C** (уровень достоверности доказательств – 5).

Комментарий: Ручное обследование матки послеродовое проводится по показаниям: кровотечение, абдоминальная боль, неясный коллапс у матери после родов, дефект плацентарной ткани, оперативные ВР [3, 51].

- Рекомендовано каждой родильнице обеспечить тщательное мануальное наблюдение за тонусом матки в течение 6 часов после родов: в течение первых 2-х часов – каждые 15 минут, в течение 3-го часа – каждые 30 минут, в течение следующих 3-х часов – каждые 60 минут; оценку состояния матери: пульс и артериальное давление, определение возможности внутреннего кровотечения (расчет шокового индекса) и оценку объема кровопотери (волюметрическим методом) с целью профилактики послеродовых осложнений [3, 4, 51].

Уровень убедительности рекомендаций **C** (уровень достоверности доказательств – 5).

4. Медицинская реабилитация, медицинские показания и противопоказания к применению методов реабилитации

Не применимо.

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

- Пациенткам с рубцом на матке рекомендовано соблюдение интергравидарного интервала не менее 2-х лет с целью профилактики разрыва матки во время беременности и родов [80].

Уровень убедительности рекомендаций **C** (уровень достоверности доказательств – 4).

6. Организация оказания медицинской помощи

- Плановое родоразрешение пациенток с рубцом на матке рекомендовано в медицинских организациях акушерского профиля 2-й и 3-й группы.

- ВР при наличии рубца на матке после КС допустимо проводить в отдельных учреждениях 2-й группы, если отсутствуют показания для направления в 3-ю группу, обеспечена необходимая инфраструктура и организационные условия, достаточное количество опытного персонала [4, 6, 12, 28].

- 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 [4, 6, 17].

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

Не применимо.

Критерии оценки качества медицинской помощи

N	Критерии качества	Уровень убедительности рекомендаций	Уровень достоверности доказательств
1.	Проведен сбор акушерского и соматического анамнеза с целью оценки вероятности успешных влагалищных родов с рубцом на матке	В	3
2.	Проведена оценка зрелости шейки матки по шкале Бишоп при поступлении в стационар с целью оценки вероятности успешных влагалищных родов с рубцом на матке	В	3
3.	При начале родовой деятельности выполнена установка внутривенного катетера роженице	В	3
4.	Проведен непрерывный контроль состояния роженицы (пульс, артериальное давление, сознание, частота дыхания) и плода (кардиотокография плода) в родах	В	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 течение 6 часов после родов: в течение первых 2-х часов – каждые 15 минут, в течение 3-го часа – каждые 30 минут, в течение 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	А	2

	методом)		
7.	Проведено ультразвуковое исследование матки и придатков в раннем послеродовом периоде для оценки состояния стенки матки	А	2

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. 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 р.
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., 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.
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 Cesarean Birth RCOG Green-top Guideline No. 45 October 2015.

17. Кан Н.Е., 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., 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. 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.
25. Committee on Practice Bulletins-Obstetrics. Practice Bulletin No 178: Shoulder Dystocia. Obstet Gynecol. 2017; 129(5): e123 – 33.
26. 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.
27. 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.
28. 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.
29. 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.
30. Obstetric Care Consensus No. 2. Obstet Gynecol. 2015; 125(2): 502 – 15.
31. 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.
32. 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.
33. 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.
34. 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.
35. 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.

36. 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.

37. Goetzinger K.R., Macones G.A. Operative vaginal delivery: current trends in obstetrics. *Womens Health (Lond Engl)*. 2008; 4(3): 281 – 90.

38. ACOG Practice Bulletin No. 202: Gestational Hypertension and Preeclampsia. *Obstet Gynecol*. 2019; 133(1): e1 – 25.

39. 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.

40. Committee on Practice Bulletins-Obstetrics. ACOG Practice Bulletin No. 190: Gestational Diabetes Mellitus. *Obstet Gynecol*. 2018; 131(2): e49 – 64.

41. 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.

42. 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.

43. 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.

44. 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.

45. 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.

46. 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.

47. Flamm B.L., Goings J.R. Vaginal birth after cesarean section: is suspected fetal macrosomia a contraindication? *Obstet Gynecol*. 1989; 74(5): 694 – 7.

48. 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.

49. 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.

50. 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.

51. 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.

52. Goyal V. Uterine rupture in second-trimester misoprostol-induced abortion after cesarean delivery: a systematic review. *Obstet Gynecol*. 2009; 113(5): 1117 – 23.

53. 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.

54. 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.

55. 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.

56. 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.

57. 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.

58. Hofmeyr G.J., Hannah M., Lawrie T.A. Planned caesarean section for term breech delivery. *Cochrane database Syst Rev.* 2015; (7): CD000166.

59. 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.

60. 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.

61. 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.

62. Pruet 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.

63. 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.

64. 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.

65. 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.

66. Papyshva O., Esipova L., Radzinskiy V. Natural Childbirth after the Previous Caesarian Section is a Solved Problem. *Probl Soc Hyg Public Heal Hist Med.* 2019; 27 (Special Issue).

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., **Brüggemann** 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., 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.

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 cesarean delivery: a case-control study. Am J Obstet Gynecol. 1993; 168(5): 1358 – 63.

78. 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.

79. 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.

80. 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): 9-11.

81. Nice. NICE Guidance: Induction of labour Evidence Update July 2013. Evidence. 2013; 44(July): 1-124.

82. Consultation D.F.O.R. NICE – Induction of Labour guidelines. Induction labour 2008 Updat. 2007; 2007 (December 2007): 1-107.

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 им. акад. В.И. Кулакова" Минздрава России (г. Москва)

Конфликт интересов отсутствует

2. Адамян Лейла Вагоевна – Заслуженный деятель науки Российской Федерации, д.м.н., профессор, академик РАН, заместитель директора по науке ФГБУ "Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. акад. В.И. Кулакова" Минздрава России, главный внештатный специалист Минздрава России по гинекологии (г. Москва)

Конфликт интересов отсутствует

3. 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, главный внештатный специалист Минздрава России по гинекологии, главный внештатный специалист по репродуктивному здоровью женщин в СФО (г. Кемерово)

Конфликт интересов отсутствует

4. Баранов Игорь Иванович – д.м.н., профессор, заведующий отделом научных и образовательных программ ФГБУ "Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. акад. В.И. Кулакова" Минздрава России (г. Москва)

Конфликт интересов отсутствует

5. Башмакова Надежда Васильевна – д.м.н., профессор, главный научный сотрудник ФГБУ "НИИ ОММ" 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 УФО (г. Екатеринбург)

Конфликт интересов отсутствует

6. Беженарь Виталий Федорович – д.м.н., профессор, заведующий кафедрами акушерства, гинекологии и неонатологии/репродуктологии, руководитель клиники акушерства и гинекологии ФГБОУ ВО "Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова" Минздрава России, главный внештатный специалист по акушерству и гинекологии Комитета по здравоохранению Правительства Санкт-Петербурга (г. Санкт-Петербург). Конфликт интересов отсутствует

7. Белокриницкая Татьяна Евгеньевна – д.м.н., профессор, заведующая кафедрой акушерства и гинекологии ФПК и ППС 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

8. Долгушина Наталия Витальевна – д.м.н., профессор, заместитель директора – руководитель департамента организации научной деятельности ФГБУ "Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. акад. В.И. Кулакова" Минздрава России, главный внештатный специалист Минздрава России по репродуктивному здоровью женщин (г. Москва).

Конфликт интересов отсутствует

9. 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 им. акад. В.И. Кулакова" Минздрава России (г. Москва)

Конфликт интересов отсутствует

10. Краснопольский Владислав Иванович – д.м.н., профессор, академик РАН, Президент ГБУЗ МО МОНИИАГ, заведующий кафедрой акушерства и гинекологии факультета усовершенствования врачей Московской области при ГБУЗ МО МОНИКИ имени М.Ф. Владимирского, Заслуженный врач Российской Федерации (г. Москва)

Конфликт интересов отсутствует

11. 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

12. 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

13. Мартиросян Сергей Валерьевич – к.м.н., главный врач МБУ "ЕКПЦ" (г. Екатеринбург)

Конфликт интересов отсутствует

14. Николаева Анастасия Владимировна – к.м.н., главный врач ФГБУ "Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. акад. В.И. Кулакова" Минздрава России (г. Москва)

Конфликт интересов отсутствует

15. Петрухин Василий Алексеевич – д.м.н., профессор, директор ГБУЗ МО МОНИИАГ, Заслуженный врач Российской Федерации (г. Москва)

Конфликт интересов отсутствует

16. Пырегов Алексей Викторович – д.м.н., доцент, заведующий отделением анестезиологии и реанимации ФГБУ "Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. акад. В.И. Кулакова" Минздрава России (г. Москва)

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 (г. Москва)

Конфликт интересов отсутствует

18. Романов Андрей Юрьевич – научный сотрудник отдела наукометрии департамента организации научной деятельности ФГБУ "Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. акад. В.И. Кулакова" Минздрава России (г. Москва)

Конфликт интересов отсутствует

19. Фаткуллин Ильдар Фаридович – д.м.н., профессор, Заслуженный деятель науки Республики Татарстан, Заслуженный врач Республики Татарстан, 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, главный внештатный специалист Минздрава России по гинекологии в ПФО (г. Казань)

Конфликт интересов отсутствует

20. Филлипов Олег Семенович – д.м.н., профессор, профессор кафедры акушерства и гинекологии ФППОВ ФГБОУ ВО "Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова" Минздрава России, заместитель директора Департамента медицинской помощи детям и службы родовспоможения Минздрава России (г. Москва)

Конфликт интересов отсутствует

21. Шмаков Роман Георгиевич – д.м.н., профессор РАН, директор института акушерства ФГБУ "Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. акад. В.И. Кулакова" Минздрава России, главный внештатный специалист Минздрава России по акушерству, (г. Москва)

Конфликт интересов отсутствует

Методология разработки клинических рекомендаций

Целевая аудитория данных клинических рекомендаций:

1. врачи акушеры-гинекологи
2. ординаторы акушеры-гинекологи
3. преподаватели, научные сотрудники.

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 метаанализа
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 метаанализа
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 метаанализа
2	Отдельные РКИ и систематические обзоры исследований любого дизайна, за исключением РКИ, с применением метаанализа
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

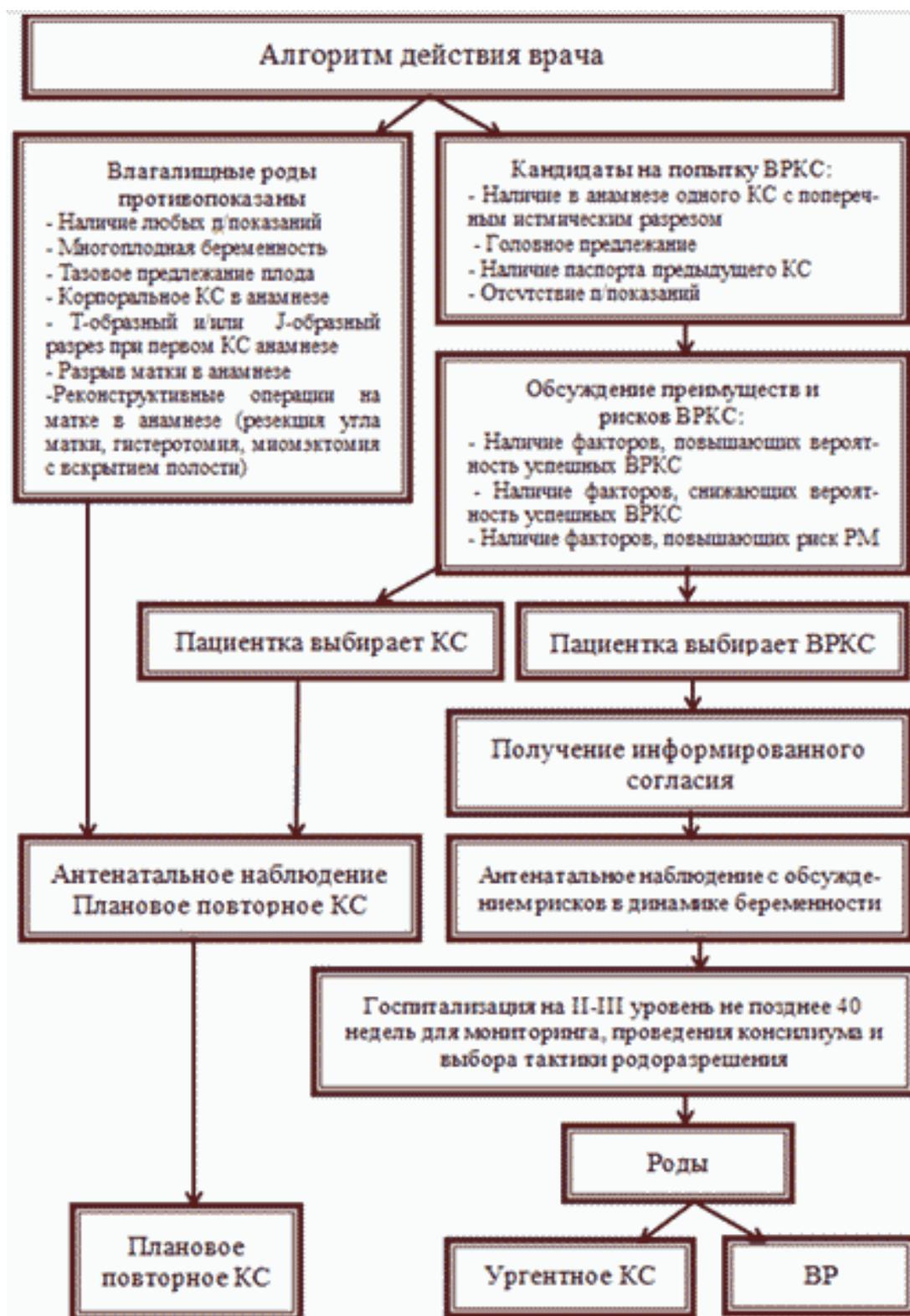
Справочные материалы, включая соответствие показаний к применению и противопоказаний, способов применения и доз лекарственных препаратов, инструкции по применению лекарственного препарата

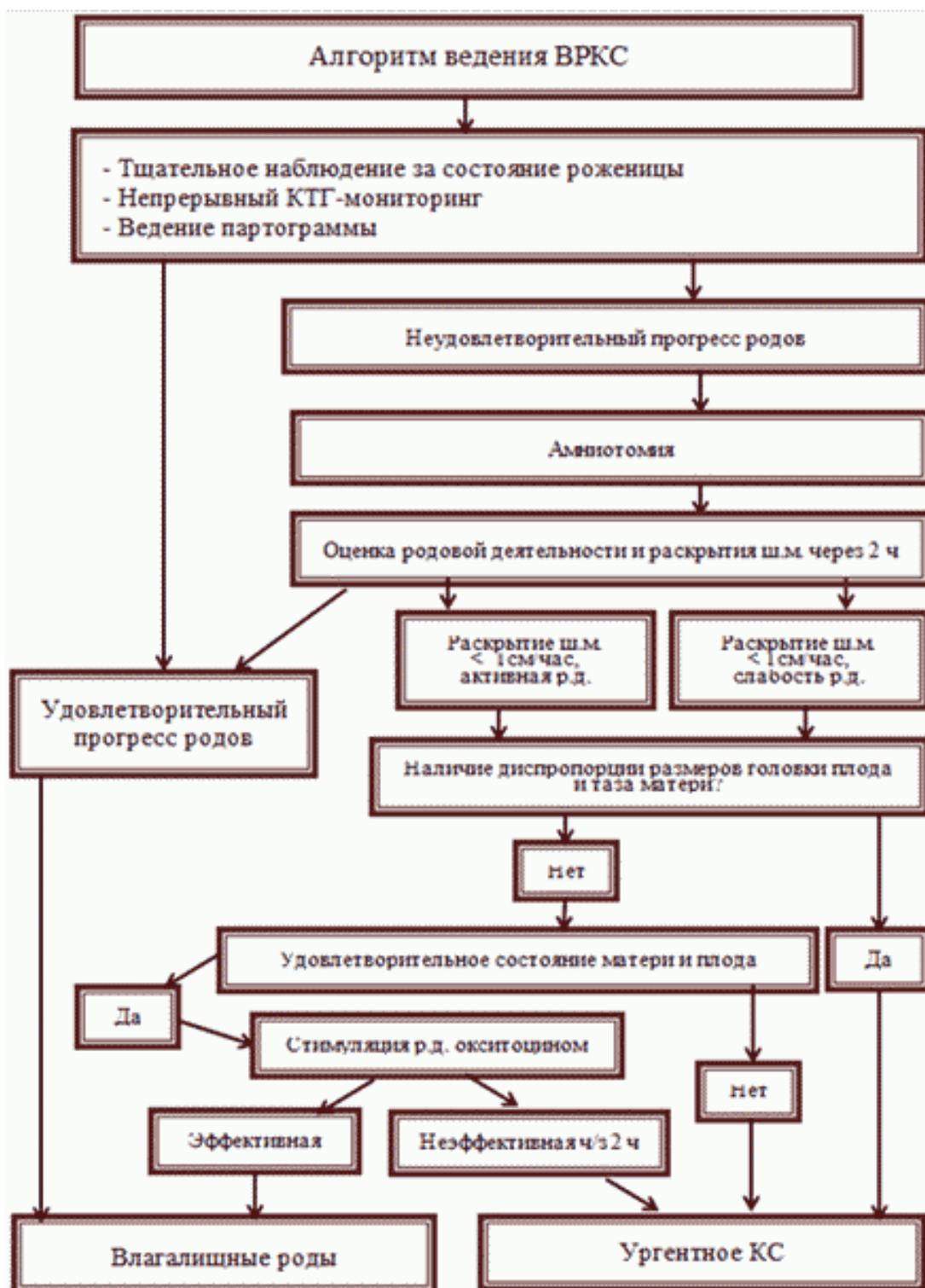
- Федеральный закон "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" от 21.11.2011 г. N 323-ФЗ.

- Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 10.05.2017 г. N 203н "Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи"

- Приказ Минздрава России от 20.10.2020 N 1130н "Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю "акушерство и гинекология" (Зарегистрировано в Минюсте России 12.11.2020 N 60869)

Алгоритмы действий врача





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 вращение 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 на матке после предшествующего кесарева сечения в данном конкретном случае. Спонтанное начало родов повышает шансы удачной попытки влагалищных родов при рубце на матке после операции кесарева сечения. Родовозбуждение и родостимуляция не противопоказаны, но сопровождается увеличением риска неудачи при попытке влагалищных родов с рубцом на матке после предшествующего кесарева сечения.

Шкалы оценки, вопросники и другие оценочные инструменты состояния пациента, приведенные в клинических рекомендациях

Шкала Бишоп (Bishop score) [81], [82].

Тип: шкала оценки

Назначение: оценка степени зрелости шейки матки

Содержание:

Состояние шейки матки	Баллы				Оценка
	0	1	2	3	
Положение шейки матки	кзади	по центру/кпереди	-	-	
Консистенция шейки матки	плотная	умеренно размягчена	мягкая	-	
Длина шейки матки, 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: 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).

Новые, изданные в 2020-2022 гг. и официально утверждённые Минздравом РФ, клинические рекомендации (руководства, протоколы лечения) – на нашем сайте.

Интернет-ссылка:

http://disuria.ru/load/zakonodatelstvo/klinicheskie_rekomendacii_protokoly_lechenija/54.



Если где-то кем-то данный документ был ранее распечатан, данное изображение QR-кода поможет вам быстро перейти по ссылке с бумажной копии – в нём находится эта ссылка.
