Одобрен
Объединенной комиссией
по качеству медицинских услуг
Министерства здравоохранения
Республики Казахстан
от «02» сентября 2026 года
Протокол №260

КЛИНИЧЕСКИ ПРОТОКОЛ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ

РОДЫ ЧЕРЕЗ ВЛАГАЛИЩЕ ПОСЛЕ ПРЕДЫДУЩЕГО КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ

1. ВВОДНАЯ ЧАСТЬ

1.1 Код(ы) Код(ы) Международной классификации болезней 10-го пересмотра (далее – МКБ-10) / Международной классификации болезней 11-го пересмотра (далее – МКБ-11):

МКБ-10		МКБ-11	
Код	**Название**	**Код**	**Название**
O75.7	Роды через влагалище после предшествовавшего кесарева сечения	JB0D.6	Роды через естественные родовые пути после предшествовавшего кесарева сечения

1.2 Дата разработки/пересмотра клинического протокола: 2018 (пересмотр 2024/2026 год)

1.3 Сокращения, используемые в клиническом протоколе:

ВОП	–	врач общей практики
ВРКС	–	вагинальные роды после кесарева сечения
ПМСП	–	первичная медико-санитарная помощь
ЭПКС	–	элективное повторное кесарево сечение
ЭГП	–	Экстрагенитальная патология

1.4 Пользователи протокола: акушер-гинекологи, акушерки, врачи общей практики, анестезиологи-реаниматологи.
Врач общей практики (ВОП): осуществляет консультирование беременной в рамках ПМСП, раннюю диагностику экстрагенитальной патологии и своевременную маршрутизацию в стационар для решения вопроса о методе родоразрешения. Функциональные обязанности ВОП, терапевтов и акушер-гинекологов прописаны в приказе МЗРК «Об утверждении стандарта организации оказания акушерско-гинекологической помощи в Республике Казахстан».

1.5 Категория пациентов: беременные, роженицы, родильницы.

1.6 Шкала уровня доказательности:

A	Высококачественный мета-анализ, систематический обзор РКИ или крупное РКИ с очень низкой вероятностью (++) систематической ошибки, результаты которых могут быть распространены на соответствующую популяцию
B	Высококачественный (++) систематический обзор когортных или исследований случай-контроль или высококачественное (++) когортное или исследований случай-контроль с очень низким риском систематической ошибки или РКИ с невысоким (+) риском систематической ошибки, результаты которых могут быть распространены на соответствующую популяцию
C	Когортное или исследование случай-контроль или контролируемое исследование без рандомизации с невысоким риском систематической ошибки (+), результаты которых могут быть распространены на соответствующую популяцию или РКИ с очень низким или невысоким риском систематической ошибки (++ или +), результаты которых не могут быть непосредственно распространены на соответствующую популяцию
D	Описание серии случаев или неконтролируемое исследование или мнение экспертов

1.7 Термины и определения:

Родоразрешение через влагалище после предыдущего кесарева сечения – это роды через естественные родовые пути с рубцом на матке [1].

NB! Роды через естественные родовые пути с рубцом на матке могут проводиться в стационарах, имеющих возможность постоянного мониторинга за состоянием роженицы и плода в родах, и проведения экстренного кесарева сечения круглосуточно. (УД-В) [1].

У женщин со спонтанной родовой деятельностью в доношенном сроке благоприятный исход вагинальных родов после предыдущего кесарева сечения составляет до 75%, при наличии в анамнезе вагинальных родов после предыдущего кесарева сечения – до 90% (УД-С) [1, 7].

Разрыв матки – термин «разрыв» используется для обозначения клинически значимого повреждения матки, которое можно определить как полное разрыв всех слоев матки, включая серозную оболочку, приводящее к заметным изменениям в состоянии матери или плода.

Расхождение швов – термин «расхождение швов» используется для обозначения клинически скрытого разрыва матки (или «маточного окна»), который можно условно определить как неполное нарушение, не поддающееся легкому выявлению по признакам или симптомам и не приводящее к каким-либо серьезным последствиям для матери или новорожденного. Часто его обнаруживают случайно при кесаревом сечении.

1.8 Классификация: нет.

2. МЕТОДЫ, ПОДХОДЫ И ПРОЦЕДУРЫ ДИАГНОСТИКИ

2.1. Диагностические критерии:

1) Жалобы: нет

Анамнез: указание на кесарево сечение поперечным разрезом в нижнем сегменте матки.

2) Физикальное обследование:

- Осмотр и пальпация кожного рубца на передней брюшной стенке, пальпация области предполагаемого рубца на матке безболезненная.
- Факторы, положительно влияющие на успех естественного родоразрешения после предыдущего кесарева сечения (УД-В) [2,3,6-12]:

- предыдущие вагинальные роды;
- предыдущие вагинальные роды после кесарева сечения;
- спонтанное начало родовой деятельности;
- неосложненная беременность
- Зрелая шейка матки на момент начала родовой деятельности

- Факторы, снижающие успех естественного родоразрешения после предыдущего кесарева сечения (УД-В) [2,3,6-12]:

- предшествующее кесарево сечение произведено в связи с аномалией родовой деятельности;
- предшествующее кесарево сечение во 2-ом триместре беременности;
- однослойное ушивание разреза на матки при предыдущем кесаревом сечении
- предшествующее кесарево сечение: 2 и более;
- антенатальная гибель плода в анамнезе;
- факторы, связанные с повышением риска разрыва матки по рубцу.
- индекс массы тела беременной больше 30 кг/м2;
- материнский возраст 40 лет и более;
- рост женщины менее 150 см;
- гестационный и прегестационный диабет
- многоплодная беременность;
- индукция текущих родов;
- макросомия плода 4 000 грамм и более;
- одновременное сочетание рисков со стороны плода, плаценты и матери;

NB! *Запланированное естественное родоразрешение рекомендовано беременным после предыдущего кесарева сечения при сочетании следующих условий (УД-В)* [1, 6, 8, 15-21]:

- срок 37 недель беременности и более;
- наличие одного рубца после поперечного разреза в нижнем сегменте матки, независимо от предыдущего исхода родоразрешения (кесарево сечение или вагинальные роды);
- одноплодная беременность;
- головное предлежание плода;
- интервал времени между беременностями более 18 месяцев;
- при отсутствии противопоказаний к вагинальным родам;
- отсутствие клинических признаков подозрения о разрыве матки

Калькуляторы и модели для оценки вероятности вагинальных родов после кесарева сечения:

Калькулятор включает возраст матери, рост, вес и индекс массы тела (ИМТ) до беременности, акушерский анамнез (отсутствие предыдущих вагинальных родов; предыдущие вагинальные роды до кесарева сечения; предыдущие вагинальные роды после кесарева сечения, предыдущего кесарева сечения по причине

остановки родов (т.е. потенциально повторяющегося показания к кесареву сечению) и лечения гипертонии (да/нет). Наилучшие результаты были достигнуты у пациенток с прогнозируемой вероятностью вагинальных родов более 35 %. УД В [1,2,3]
Также доступен калькулятор UpToDate для прогнозирования вероятности вагинальных родов после кесарева сечения у пациенток, основанный на том же источнике, что и калькулятор MFMU

Абсолютные противопоказания к родам через влагалище после предыдущего кесарева сечения (УД-В) [2, 3, 8,10]:
• предыдущее корпоральное кесарево сечение;
• предыдущий разрез матки, перевернутый «Т» или «J»;
• предыдущий низкий вертикальный разрез матки;
• предшествующий разрыв матки;
• расположение плаценты в области рубца на матке;
• любое другое противопоказание для родов через естественные родовые пути
• наличие рубца на матке после консервативной миомэктомии, метропластики и корпорального продольного разреза матки;
• трансмиометриальные разрезы для открытой внутриутробной хирургии плода;

Относительные противопоказания к родам через влагалище после предыдущего кесарева сечения (УД-В) [2, 4, 8,9]:
• предполагаемый вес плода ≥4 000 грамм;
• неизвестный тип разреза на матке;
• более чем один рубец на матке после кесарева сечения;
• тазовое предлежание плода;
• многоплодная беременность;
• отказ пациентки от естественных родов.
NB! Беременные, у кого были предшествующие вагинальные роды и/или благоприятное состояние шейки матки, не подвергаются повышенному риску разрыва матки при индукции [3].

3) Лабораторные и инструментальные исследования:
Основные лабораторные исследования:
● ОАК – снижение гематокрита при скрытом внутрибрюшинном кровотечении (УД С)
Дополнительные лабораторные исследования: нет.

Основные инструментальные исследования:
● **УЗИ плода:**
При проведении УЗИ плода не рекомендовано проведение оценки толщины нижнего маточного сегмента до начала родовой деятельности, так как этот параметр не имеет принципиального значения, при этом **следует обращать внимание на неравномерное критическое истончение зоны рубца на матке с признаками деформации и явлениями болезненности при надавливании трансвагинальным датчиком**. [1,21]
Невозможно установить определенный предел УЗИ, который мог бы служить критерием для принятия клинического решения о выборе естественных родов

через влагалище или повторного кесарева сечения; толщину рубца ≤5,0 мм следует оценивать осторожно [2,18,19,20,]. Ни одно пороговое значение толщины миометрия не работает адекватно для прогнозирования возможности разрыва рубца на матке [4].
Полная толщина нижнего сегмента матки <2 мм является предиктором повышенного риска разрыва или расхождения и включают эту информацию в клиническое консультирование (УД В) [4]

● **КТГ плода** (см. КП «Ведение родов»**,** КП «Оценка функционального состояния плода»): **в родах проводится непрерывно**. (УД А)
Разрыв матки необходимо заподозрить в следующих ситуациях:
✓ аномалии сердечного ритма плода, такие как вариабельные или поздние децелерации, длительная брадикардия плода;
✓ вагинальное кровотечение или гематурия;
✓ надлобковая чувствительность или болезненность;
✓ постоянная боль в животе, которая продолжается между схватками;
✓ тахикардия, гипотония или шок у роженицы;
✓ боль в груди или в плече, внезапная одышка у роженицы;
✓ боль в области рубца на матке;
✓ прекращение предыдущей эффективной родовой деятельности;
✓ изменение контура брюшной полости и невозможность определить предлежащую часть плода; [1,2,13]:
Часто встречаются бессимптомные расхождения рубцов на матке. [3,4,5,6]

Дополнительные инструментальные исследования: нет.

4) Консультация профильного специалиста:
➢ Терапевт – с целью определения тактики ведения родов при ЭГП
➢ Анестезиолог-реаниматолог – при болезненных схватках с информированного согласия роженицы проводится консультация анестезиолога-реаниматолога для решения вопроса обезболивания родов (регионарная/эпидуральная анестезия). А также в случае возникновения осложнений со стороны матери или плода для проведения обезболивания операции кесарева сечения.

2.2. Алгоритм диагностики: см. КП «Ведение родов».

Первый триместр	Объяснить в доступной форме беременной о возможных методах родоразрешения (ЭПКС и ВРКС) (Приложение 1)
18-21 недель	Ультрасонографическое исследование с целью диагностики патологии плода и определения локализации плаценты. При низкой плацентации повторить ультразвуковое исследование на 32-34неделе

21-28 недель	Консультирование по течению беременности и методам родоразрешения (по рискам и преимуществам ВРКС по сравнению с ЭПКС) для женщин с неосложненной одноплодной беременностью после одного предыдущего кесарева сечения поперечным разрезом в нижнем сегменте матки. Консультация проводится акушер-гинекологом ПМСП. Получить документальную информацию о предыдущем кесаревом сечении для дальнейшего принятия решения о методе родоразрешения – копия выписки из истории родов.
32-34 недели	Исключить placenta previa и placenta accreta у беременных с ранее установленной низкой плацентацией. Определить возможные сопутствующие акушерские и экстрагенитальные осложнения, которые исключают естественное родоразрешение. Женщинам с неосложненной одноплодной беременностью после одного предыдущего кесарева сечения поперечным разрезом в нижнем сегменте матки с нормальным расположением плаценты – запланировать ВРКС.
На 36 неделе	Уточнить у беременной окончательный выбор способа родоразрешения и определить противопоказания к вагинальным родам (Приложение 2).
39 недель	Плановая госпитализация в стационар при выборе женщиной ЭПКС.
40 недель + 6 дней	Плановая госпитализация в стационар при выборе женщиной ВРКС и отсутствии спонтанной родовой деятельности.

2.3. Дифференциальный диагноз и обоснование дополнительных исследований:

Диагноз	Обоснование для дифференциальной диагностики	Обследование	Критерии исключения диагноза
Рубец на матке после консервативной миомэктомии	Наличие рубца на матке и передней брюшной стенке	Сбор анамнеза, наличие выписки об оперативных вмешательствах,	УЗИ для определения наличия рубцов на теле матке
Рубец на матке корпорального кесарево сечения	Наличие рубца на матке и передней брюшной стенке	Сбор анамнеза, наличие выписки об оперативных вмешательствах,	УЗИ наличия продольного рубца на матке

III. ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ:

3.1. Немедикаментозное лечение: нет.

3.2. Медикаментозное лечение: нет.

3.3. Хирургическое лечение: нет.

IV. ПОКАЗАНИЯ ДЛЯ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ С УКАЗАНИЕМ ТИПА ГОСПИТАЛИЗАЦИИ:

4.1. Показания для плановой госпитализации:
- при выборе женщиной ВРКС и неосложненном течении беременности в сроке беременности 40 недель + 6 дней.

4.2. Показания для экстренной госпитализации.
- развитие и наличие родовой деятельности;
- кровянистых выделений из половых путей;
- дородовый разрыв плодных оболочек;
- угроза разрыва матки (локальные боли) по рубцу;
- ухудшение шевеления плода

V. ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ В СТАЦИОНАРНЫХ УСЛОВИЯХ:

5.1. Немедикаментозное лечение:
- внимательно изучить все записи о предшествовавших хирургических вмешательствах, а также провести оценку на наличие абсолютных и относительных противопоказаний к ВРКС;
- письменное согласие беременной на родоразрешение через естественные родовые пути с объяснением всех преимуществ и рисков (Приложение 2);
- ведение родов проводится опытным, наиболее квалифицированным акушер-гинекологом;
- роженица должна наблюдаться в родовом блоке с начала родовой деятельности (в учреждении госпитального типа, с круглосуточным доступом к анестезии и возможностью в случае возникновения неотложной ситуации провести срочное оперативное родоразрешение, согласно КП «Кесарево сечение» от 17.03.2023г. № 180;
- всем роженицам рекомендуется профилактика тромбоэмболических осложнений – эластическая компрессия нижних конечностей.

NB! *Индукция родов с использованием механических методов (амниотомия или баллонный катетер Фолея) имеет в 2 раза меньший риск разрыва рубца по сравнению с применением простагландинов* (УД–В) [1];

Противопоказания к индукции родов с рубцом на матке:
- предшествующий классический (корпоральный) и/или «Т» или «J»-образный разрез на матке;
- разрыв матки в анамнезе;
- предыдущий низкий вертикальный разрез матки;
- расположение плаценты в области рубца на матке;
- наличие рубца на матке после консервативной миомэктомии, метропластики и других видов разреза матки.

I период родов, особенности ведения:
- установить внутривенный доступ (оставить внутривенную канюлю G 14 или G 16) для возможного последующего проведения инфузии;
- проверить и обеспечить наличие в стационаре препаратов крови (эритроцитарная масса, свежезамороженная плазма);
- роженица должна соблюдать легкую диету до окончания родов (УД-В) [2];
- проводить непрерывный электронный мониторинг плода (УД-С) [9], см. КП диагностики и лечения «Оценка функционального состояния плода»;

Вертикальное положение в ранней фазе, свободный выбор положения в родах, отдавать преимущество технике неуправляемых (спонтанных) потуг в условиях

непрерывного фетального мониторинга [1].
• Наличие рубца на матке является обязательным показанием для непрерывного проведения электронного мониторинга плода (УД-С) [9];
• роженица должна быть письменно предупреждена о возможных рисках при перерывах постоянного электронного мониторинга плода (угрожающее состояние плода, интранатальная гибель плода, разрыв матки) в следующих ситуациях:
- с момента установления регулярной родовой деятельности;
- с момента начала введения окситоцина.
• возможно применять короткие перерывы электронного мониторинг плода в следующих случаях (УД-В) [2]: электронный мониторинг сердечного ритма плода был и считается нормальным; прерывание происходит в течение короткого промежутка времени, т.е. 15 минут;
• следует избегать прерывания электронного мониторинга плода;
• при любом вмешательстве, которое может изменить частоту сердечных сокращений плода (вагинальный осмотр, изменение положения женщины, внутривенная регидратация роженицы);
• при любом негативном изменении сердечного ритма плода необходим немедленный осмотр акушер-гинеколога для выявления причины.
Разрыв матки (УД-В) [1,2,13]:
Необходимо заподозрить разрыв матки в следующих ситуациях:
- аномалии в сердечном ритме плода, такие как вариабельные или поздние децелерации, длительная брадикардия плода;
- вагинальное кровотечение или гематурия;
- надлобковая болезненность;
- постоянная боль в животе, которая продолжается между схватками;
- тахикардия, гипотония или шок у роженицы;
- боль в груди или в плече, внезапная одышка у роженицы;
- боль в области рубца на матке;
- прекращение предыдущей эффективной родовой деятельности;
- изменение контура брюшной полости и невозможность определить предлежащую часть плода;
Мониторинг признаков разрыва матки является важнейшим компонентом ведения родов. Клиническая бдительность и тщательная оценка особенно необходимы пациентам с постоянной болью, несмотря на нейроаксиальную анестезию или необходимость частого повторного введения анестетика для достижения адекватного контроля боли. [3]
III период родов: см. протокол диагностики и лечения «Ведение родов».

5.2. Медикаментозное лечение:

Важно избегать приема простагландинов для созревания шейки матки, так как это связано с повышенным риском разрыва матки у пациенток, перенесших ранее кесарево сечение, и мнение экспертов в целом сходится в том, что его не следует использовать при вагинальных родах с рубцом на матке [3]. (УД-С) [1].
При необходимости индукции родов окситоцином, рекомендуется решение консилиума врачей и согласие беременной, индукцию с применением окситоцина проводить крайне осторожно, согласно КП, «Индукция родов». Включение окситоцина не противопоказано, но требует строгого протокола «низких доз» с

обязательным контролем сократительной активности, чтобы избежать чрезмерной стимуляции (гипертонуса).

5.3. Хирургическое лечение:

Методы созревания шейки матки.

Варианты индукции родов у пациенток с рубцом на матке включают механическое созревание с помощью трансцервикального баллонного катетера, последующей амниотомии при зрелой шейке матки [3] (см. КП «Индукция родов»)

Кесарево сечение в экстренном порядке при наличии показаний осложнений со стороны матери или плода. (см. КП «Кесарево сечение»)

Противопоказаний к проведению эпидуральной анестезии нет. Любые опасения, что эпидуральная анестезия может маскировать симптомы разрыва матки не имеют доказательств (УД-В) [2]; Оценка анестезиологической бригадой при поступлении целесообразна в случае необходимости кесарева сечения, а также для рассмотрения вариантов обезболивания родов. Нейраксиальная анестезия не маскирует симптомы разрыва матки и не снижает вероятность вагинальных родов после кесарева сечения. Нейраксиальная анестезия также позволяет быстро вмешаться в случае разрыва матки. [3]

5.4 . Дальнейшее ведение:

Активное наблюдение в раннем послеродовом периоде (измерение пульса, артериального давления, температуры тела, контроль выделений) - см. КП «Ведение родов».

5.5. Индикаторы эффективности лечения:

- рождение живого доношенного плода;
- сохранение репродуктивной функции женщины;
- отсутствие осложнений в родах и послеродовом периоде.

VI. ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ КЛИНИЧЕСКОГО ПРОТОКОЛА:

6.1. Наименование организации разработчика:

1) НАО «Медицинский университет Семей»
2) НАО «Казахский национальный медицинский университет имени С.Д. Асфендиярова»
3) НАО «Казахский национальный университет имени Аль-Фараби»
4) НАО «Медицинский университет Астана»

6.2. Пофамильный список разработчиков клинического протокола:

1) Танышева Гульяш Алтынгазиновна – кандидат медицинских наук, профессор, заведующая кафедрой акушерства и гинекологии имени А.А. Козбагарова НАО «Медицинский университет Семей», врач акушер-гинеколог высшей категории.
2) Омарова Гульжахан Кашкинбаевна – доктор медицинских наук, НАО «Казахский национальный медицинский университет имени С.Д. Асфендиярова», профессор кафедры акушерства и гинекологии с курсом клинической генетики имени Г.Д. Асфендиярова, врач акушер-гинеколог высшей категории.
3) Юлдашева Айнура Имаржановна – MD, MPH, PhD, ассистент профессора кафедры акушерства и гинекологии с курсом клинической генетики имени Г.Д.

Асфендиярова, НАО «Казахский национальный медицинский университет имени С.Д. Асфендиярова».
4) Велиева Айнура Теймуркызы – PhD, и.о. доцента кафедры акушерства и гинекологии НАО «Казахский национальный университет имени Аль-Фараби».
5) Аманжолова Балхаш Керихановна – кандидат медицинских наук, и.о. профессора кафедры акушерства и гинекологии НАО «Казахский национальный университет имени Аль-Фараби».
6) Акылжанова Жансулу Егизбаевна – кандидат медицинских наук, и.о. ассоциированного профессора кафедры акушерства и гинекологии №2 «Медицинский университет Астана».
7) Шарипова Меруерт Гарифуллаевна – PhD, ассистент кафедры акушерства и гинекологии им. А.А. Козбагарова НАО «Медицинский университет Семей», врач акушер-гинеколог высшей категории.
8) Тулеутаева Райхан Есенжановна – кандидат медицинских наук, НАО «Медицинский университет Семей», заведующая кафедрой фармакологии имени доктора медицинских наук, профессора Мусина М.Н., главный внештатный клинический фармаколог Управление здравоохранения области Абай.

6.3. Информация о наличии/отсутствия конфликта интересов: нет.

6.4. Данные рецензентов:
1) Курманова Алмагуль Медеубаевна – доктор медицинских наук, профессор, заведующая кафедрой акушерства и гинекологии НАО «Казахский национальный университета имени Аль-Фараби», врач акушер-гинеколог высшей категории.
2) Бапаева Гаури Биллахановна – доктор медицинских наук, профессор, Директор департамента женского здоровья Корпоративного фонда «University Medical Center», главный внештатный акушер-гинеколог Министерства здравоохранения Республики Казахстан, Председатель Казахстанской ассоциации акушеров-гинекологов «Женское здоровье», г. Астана, врач акушер-гинеколог высшей квалификационной категории.

6.5. Указание условий пересмотра клинического протокола:
1) пересмотр не реже 1 раза в 5 лет и не чаще 1 раза в 3 года при наличии новых методов диагностики и лечения с уровнем доказательности;
2)включение/исключение лекарственных средств в соответствии с рекомендациями Формулярной комиссии.

6.6. Список использованной литературы:
1) Grobman WA, Sandoval G, Rice MM, Bailit JL, Chauhan SP, Costantine MM, Gyamfi-Bannerman C, Metz TD, Parry S, Rouse DJ, Saade GR, Simhan HN, Thorp JM, Tita ATN, Longo M, Landon MB for the *Eunice Kennedy Shriver* National Institute of Child Health and Human Development Maternal-Fetal Medicine Units (MFMU) Network. Prediction of vaginal birth after cesarean in term gestations: A calculator without race and ethnicity. Am J Obstet Gynecol 2021;225:664.e1-664.e7.https://www.ajog.org/article/S0002-9378(21)00587-1/pdf
2) (https://mfmunetwork.bsc.gwu.edu/web/mfmunetwork/vaginal-birth-after-cesarean-calculator)

3) «Эффективность трансабдоминального ультразвукового сканирования для прогнозирования толщины рубца на матке» Джей Аюб Мед Колл Абботтабад. Январь–март 2021 г.;32(1):68–72.
4) Grobman WA, Sandoval GJ, Rice MM, Chauhan SP, Clifton RG, Costantine MM, Gibson KS, Metz TD, Parry S, Reddy UM, Rouse DJ, Saade GR, Simhan HN, Thorp JM, Tita ATN, Yee L, Longo M, Landon MB for the *Eunice Kennedy Shriver* National Institute of Child Health and Human Development Maternal-Fetal Medicine Units (MFMU) Network. Prediction of vaginal birth after cesarean using information at admission for delivery: A calculator without race and ethnicity. Am J Obstet Gynecol. Published online: July 13, 2023. doi: 10.1016/j.ajog.2023.02.008
5) Goodman LH, Allshouse AA, Metz TD, Bruno AM. Uterine Rupture Trends in Patients Pursuing Trial of Labor After Cesarean in the United States from 2010 to 2022. Obstet Gynecol. 2025 May 1;145(5):511-513. doi: 10.1097/AOG.0000000000005882. Epub 2025 Mar 13. PMID: 40080823; PMCID: PMC12005960.
6) Mustafa HJ, Abiad M, Grobman WA, Mosesso KM, Daggy JK, Javinani A, Khalil A, Berghella V, Landon MB, Shamshirsaz AA. Trial of Labor After Cesarean Delivery in Individuals With Twin Pregnancies and Two Prior Cesarean Deliveries. Obstet Gynecol. 2025 Mar 1;145(3):325-334. doi: 10.1097/AOG.0000000000005830. Epub 2025 Jan 16. PMID: 39820347.
7) Ukoha EP, Wen T, Reddy UM. Induction of labor vs expectant management among low-risk patients with 1 prior cesarean delivery. Am J Obstet Gynecol. 2025 Mar;232(3):321.e1-321.e10. doi: 10.1016/j.ajog.2024.06.001. Epub 2024 Jun 7. PMID: 38852849.
8) Hu Y, Chen B, Wang X, Zhu S, Bao S, Lu J, Wang L, Wang W, Wu C, Qi L, Wang Y, Li F, Xie W, Wu Y, Hu L, Xia Y, Lou B, Guo R, Xie B, Chen X, Han Y, Chen D, Ma H, Liang Z. Association between timing of labor induction and neonatal and maternal outcomes: an observational study from China. Am J Obstet Gynecol MFM. 2024 Oct;6(10):101456. doi: 10.1016/j.ajogmf.2024.101456. Epub 2024 Aug 15. PMID: 39151749.
9) Ukoha EP, Wen T, Reddy UM. Induction of labor vs expectant management among low-risk patients with 1 prior cesarean delivery. Am J Obstet Gynecol. 2025 Mar;232(3):321.e1-321.e10. doi: 10.1016/j.ajog.2024.06.001. Epub 2024 Jun 7. PMID: 38852849.
10) Goodman LH, Allshouse AA, Metz TD, Bruno AM. Uterine Rupture Trends in Patients Pursuing Trial of Labor After Cesarean in the United States from 2010 to 2022. Obstet Gynecol. 2025 May 1;145(5):511-513. doi: 10.1097/AOG.0000000000005882. Epub 2025 Mar 13. PMID: 40080823; PMCID: PMC12005960.
11) Birth after previous ceasarian birth. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, Green-top Guideline No. 45 October 2021. https://www.rcog.org.uk/media/kpkjwd5h/gtg_45.pdf
12) Bujold E, Dubé E, Girard M, Chaillet N. Lower uterine segment thickness to predict uterine rupture: a secondary analysis of PRISMA cluster randomized trial. Am J Obstet Gynecol MFM. 2024 Dec;6(12):101543. doi: 10.1016/j.ajogmf.2024.101543. Epub 2024 Nov 4. PMID: 39505207.
13) Arkerson BJ, Muraca GM, Thakur N, Javinani A, Khalil A, D'Souza R, Mustafa HJ. Prediction of uterine rupture in singleton pregnancies with one prior cesarean birth undergoing TOLAC: A cross-sectional study. Acta Obstet Gynecol Scand. 2025

Jan;104(1):185-193. doi: 10.1111/aogs.15009. Epub 2024 Nov 17. PMID: 39552150; PMCID: PMC11683537.
14) Rasiah SS, Young A, Raker C, Lewkowitz AK, Gupta M, Bartal MF, Wagner SM. The association between gestational age and maternal adverse outcomes in patients undergoing trial of labor after cesarean. Minerva Obstet Gynecol. 2024 Aug;76(4):312-318. doi: 10.23736/S2724-606X.22.05174-0. Epub 2022 Nov 7. PMID: 36345903.
15) Markovic ES, Fox NS. Morbidity of Repeat Cesarean Delivery after a Trial of Labor as Compared with Elective Repeat Cesarean Delivery. Am J Perinatol. 2024 May;41(S 01):e2582-e2586. doi: 10.1055/a-2126-7613. Epub 2023 Jul 11. PMID: 37433313.
16) Horgan R, Hossain S, Fulginiti A, Patras A, Massaro R, Abuhamad AZ, Kawakita T, Graebe R. Trial of labor after two cesarean sections: A retrospective case-control study. J Obstet Gynaecol Res. 2022 Oct;48(10):2528-2533. doi: 10.1111/jog.15351. Epub 2022 Jul 6. PMID: 35793784; PMCID: PMC9796916.
17) Lopian M, Perlman S, Cohen R, Rosen H, Many A, Kashani-Ligumsky L. The Feasibility of a Trial of Labor after Two Cesarean Deliveries: Outcomes and Prognostic Factors for Success. Am J Perinatol. 2024 May;41(S 01):e2636-e2644. doi: 10.1055/a-2135-6962. Epub 2023 Jul 24. PMID: 37487547.
18) Atia O, Rotem R, Reichman O, Jaffe A, Grisaru-Granovsky S, Sela HY, Rottenstreich M. Number of prior vaginal deliveries and trial of labor after cesarean success. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2021 Jan;256:189-193. doi: 10.1016/j.ejogrb.2020.11.009. Epub 2020 Nov 12. PMID: 33246204.
19) Nahum-Yerushalmy A, Walfisch A, Lipschuetz M, Rosenbloom JI, Kabiri D, Hochler H. Uterine rupture risk in a trial of labor after cesarean section with and without previous vaginal births. Arch Gynecol Obstet. 2022 Jun;305(6):1633-1639. doi: 10.1007/s00404-021-06368-1. Epub 2022 Jan 30. PMID: 35094107.
20) Zhang H, Liu H, Luo S, Gu W. Oxytocin use in trial of labor after cesarean and its relationship with risk of uterine rupture in women with one previous cesarean section: a meta-analysis of observational studies. BMC Pregnancy Childbirth. 2021 Jan 6;21(1):11. doi: 10.1186/s12884-020-03440-7. PMID: 33407241; PMCID: PMC7786988.
21) Dick A, Gutman-Ido E, Chill HH, Karavani G, Ryvkin I, Porat S, Rosenbloom JI. Artificial rupture of membranes as a mode for induction of labor in women with a previous cesarean section- a retrospective cohort study. BMC Pregnancy Childbirth. 2022 Nov 30;22(1):886. doi: 10.1186/s12884-022-05237-2. PMID: 36447150; PMCID: PMC9710010.
22) Hautakangas TM, Uotila JT, Huhtala H, Palomäki OL. How does uterine contractile activity affect the success of trial of labour after caesarean section, and the risk of uterine rupture? An exploratory, blinded analysis of a cohort from a randomised controlled trial. BJOG. 2022 May;129(6):976-984. doi: 10.1111/1471-0528.17005. Epub 2021 Nov 30. PMID: 34773355; PMCID: PMC9299582.
23) Barnea ER, Ramasauskaite D, Ubom AE, Di Simone N, Mueller M, Borovac-Pinheiro A, Guarano A, Benedetto C, Beyeza-Kashesya J, Nunes I, Jacobsson B, Wright A; FIGO Childbirth and Postpartum Hemorrhage Committee. FIGO good practice recommendations for vaginal birth after cesarean section. Int J Gynaecol Obstet. 2025 Oct;171(1):17-31. doi: 10.1002/ijgo.70406. Epub 2025 Jul 29. PMID: 40728304; PMCID: PMC12447697.

24) Chen YT, Hsieh YC, Shen H, Cheng CH, Lee KH, Torng PL. Vaginal birth after cesarean section: Experience from a regional hospital. Taiwan J Obstet Gynecol. 2022 May;61(3):422-426. doi: 10.1016/j.tjog.2022.03.006. PMID: 35595432.
25) Qiu L, Zhu J, Lu X. The safety of trial of labor after cesarean section (TOLAC) versus elective repeat cesarean section (ERCS): a systematic review and meta-analysis. J Matern Fetal Neonatal Med. 2023 Dec;36(1):2214831. doi: 10.1080/14767058.2023.2214831. PMID: 37217450.
26) Rozenberg P, Sénat MV, Deruelle P, Winer N, Simon E, Ville Y, Kayem G, Porcher R, Perrodeau É, Desbrière R, Boutron I; Groupe de Recherche en Obstétrique et Gynécologie. Evaluation of the usefulness of ultrasound measurement of the lower uterine segment before delivery of women with a prior cesarean delivery: a randomized trial. Am J Obstet Gynecol. 2022 Feb;226(2):253.e1-253.e9. doi: 10.1016/j.ajog.2021.08.005. Epub 2021 Aug 9. PMID: 34384777.
27) Grobman WA, Sandoval G, Rice MM, Bailit JL, Chauhan SP, Costantine MM, Gyamfi-Bannerman C, Metz TD, Parry S, Rouse DJ, Saade GR, Simhan HN, Thorp JM Jr, Tita ATN, Longo M, Landon MB; Eunice Kennedy Shriver National Institute of Child Health and Human Development Maternal-Fetal Medicine Units Network. Prediction of vaginal birth after cesarean delivery in term gestations: a calculator without race and ethnicity. Am J Obstet Gynecol. 2021 Dec;225(6):664.e1-664.e7. doi: 10.1016/j.ajog.2021.05.021. Epub 2021 May 24. PMID: 34043983; PMCID: PMC8611105.
28) Black N, Henderson I, Al Wattar BH, Quenby S. Predictive Models for Estimating the Probability of Successful Vaginal Birth After Cesarean Delivery: A Systematic Review. Obstet Gynecol. 2022 Nov 1;140(5):821-841. doi: 10.1097/AOG.0000000000004940. Epub 2022 Oct 5. PMID: 36201785.
29) Grobman WA, Sandoval GJ, Rice MM, Chauhan SP, Clifton RG, Costantine MM, Gibson KS, Metz TD, Parry S, Reddy UM, Rouse DJ, Saade GR, Simhan HN, Thorp JM Jr, Tita ATN, Yee L, Longo M, Landon MB; of the Eunice Kennedy Shriver National Institute of Child Health and Human Development Maternal-Fetal Medicine Units Network. Prediction of vaginal birth after cesarean using information at admission for delivery: a calculator without race or ethnicity. Am J Obstet Gynecol. 2024 Mar;230(3S):S804-S806. doi: 10.1016/j.ajog.2023.02.008. Epub 2023 Jul 14. PMID: 38180754; PMCID: PMC10770466.
30) Barnea ER, et al. "FIGO good practice recommendations for vaginal birth after cesarean section." Int J Gynaecol Obstet. 2025 Oct;171(1):17-31. doi: 10.1002/ijgo.70406

Приложение 1

Ф.И.О _____

Дата рождения _____

ИИН _____

Преимущества и риски вагинальных родов после предыдущего кесарева сечения

Преимущества	**Риски**
● Меньшее количество осложнений по сравнению с операцией кесарева сечения, что благоприятствует последующему исходу беременности (УД-В) [2] ● Не проводится абдоминальное хирургическое вмешательство ● Ранняя выписка из родильного дома ● Вероятность успешных вагинальных родов составляет 60-70%	● Увеличение перинатальной потери по сравнению с плановым кесаревым сечением на 39 неделе (1,8 на 1000 беременностей) за счет: - индукции родов после 39 недель беременности (УД-В) [2] - интра- или неонатальной смерти (связанной с разрывом рубца в родах) (УД-В) [2,6] ● Гипоксическая ишемическая энцефалопатия, связанная с родовой деятельностью, рождением или разрывом рубца на матке (УД-С) [2,6] ● Увеличение заболеваемости матери и плода при экстренной операции кесарева сечения по сравнению с запланированной операцией кесарева сечения при безуспешной попытке вагинального родоразрешения (УД-С) [2] ● Пролапс органов малого таза (УД-С) [2]

Преимущества и риски элективного повторного кесарева сечения в 39 недель беременности

Преимущества	**Риски**
● Предупреждает мертворождение после 39 недель беременности (УД-А) [1] ● Снижение перинатальной смертности и заболеваемости (особенно гипоксической ишемической энцефалопатии), связанной с родовой деятельностью, рождением или разрывом рубца на матке (УД-С) [2,6] ● Снижение рисков для матери,	● Placenta previa или placenta accrete (УД-С) [14, 15] ● Повышенный риск неонатальной респираторной заболеваемости. Заболеваемость снижается при сроке ≥ 39 недель беременности (УД-В) [2] ● Снижается частота грудного вскармливания (УД-С) [4,5] ● Каждое повторное элективное кесарево сечение увеличивает хирургический риск для матери (УД-С)

связанных с экстренной операцией кесарева сечения (УД-В) [2] ● Предупреждение травм и ранений органов малого таза (УД-С) [2] ● Удобство в планировании даты рождения (УД-D) [1]	[1]

Разрыв матки без рубца происходит редко с частотой 0,5-2,0 на 10 000 родов, и проявляется преимущественно у многорожавших женщин во время родовой деятельности (УД-А) [1, 6].
Частота разрыва рубца на матке при попытке вагинального родоразрешения составляет 22-74 на 10 000 родов (УД-А) [1, 6].

Частота осложнений, связанных с разрывом рубца на матке на 1000 женщин при попытке естественного родоразрешения (УД-В) [2]

Осложнения	**Риск / 1000 попыток вагинальных родов после кесарева сечения**
Разрыв матки	5-7 / 1000
Перинатальная смертность	0,4-0,7 / 1000
Материнская смертность	0,02 / 1000
Материнская заболеваемость	Приблизительно 3 / 1000
Гистерэктомия	0,5-2 / 1000
Травма мочеполовых органов	0,8 / 1000
Гемотрансфузия	1,8 / 1000
Перинатальная заболеваемость	Приблизительно 1 / 1000
Ацидоз плода (pH крови из пуповины <7,0)	1,5 / 1000
Гипоксическая ишемическая энцефалопатия	0,4 / 1000

Предыдущие вагинальные роды уменьшают риск разрыва рубца на матке (УД-В) [1].
Риск разрыва матки по рубцу увеличивается при предыдущих разрезах матки:
- корпоральном (от 20 до 90 / 1000) (УД-В) [2];
- перевернутом «Т» или «J» (19 / 1000) (УД-А) [2];
- низком вертикальном (20 / 1000) (УД-А) [2].

Поэтому имеют большое значение подробные записи о ходе операции предыдущего кесарева сечения.
Риск разрыва рубца на матке возрастает при применении простагландинов с целью индукции родов (УД-С) [1].
При интервале времени между беременностями менее 18 месяцев риск разрыва матки по рубцу увеличивается в 2-3 раза (УД-С) [1].

С информацией ознакомлена в доступной форме, мне понятно.

Дата _____ Подпись беременной _____

Приложение 2

Информационное согласие беременной с рубцом на матке после предшествующего кесарева сечения по выбору метода родоразрешения

Ф.И.О
Дата рождения
ИИН _____

Цель	Оценка благоприятности исхода	Подпись беременной, подтверждение обсуждения и уведомления, см. номера ниже
Успешные роды через влагалище (после предыдущего 1 кесарева сечения, не было вагинальных родов)	до 75%	1.
Успешные роды через влагалище (после предыдущего 1 кесарева сечения, затем были вагинальные роды)	до 90%	2.
Безуспешные роды могут быть при: индукция родов, не было предыдущих вагинальных родов, индекс массы тела более 30 кг/м^2, предыдущее кесарево сечение из-за аномалии родовой деятельности. Если все перечисленные факторы имеют место, то успешные роды через влагалище после предыдущего кесарева сечения могут быть достигнуты в 40% случаев.		3.

Беременная / роженица

Осложнения	**Роды через влагалище после предшествовавшего кесарева сечения**	**Элективное повторное кесарево сечение**	**Подпись беременной, подтверждение обсуждения и уведомления**
Разрыв матки	5 / 1000 или 0,5%	< 2 на 10 000 или < 0.02%	4.
Переливание крови	2 / 100 или 2%	1 / 100 или 1%	5.
Эндометрит	одинаковый риск		6.
Тяжелые осложнения в последующей беременности	нет	повышает риск развития предлежания и истинного	7.

Заболеваемость матери	4 / 100 000 или 0.004%	приращения плаценты 13 / 100 000 или 0.013%	8.

Плод / новорожденный

Осложнения	Роды через влагалище после предшествовавшего кесарева сечения	Элективное повторное кесарево сечение	Подпись беременной, подтверждение обсуждения и уведомления
Возможны преходящие заболевания органов дыхания	2–3 / 100 или 2–3%	4–6 / 100 или 4–6%	9.
Антенатальная гибель плода до 39 недель при ожидании спонтанной родовой деятельности	10 / 10 000 или 0.1%	нет	10.
Гипоксическая ишемическая энцефалопатия	8 / 10 000 или 0.08%	<1 / 10 000 или < 0.01%	11.
С информацией ознакомлена в доступной форме, мне понятно. Я даю свое согласие на:			12.
- Постоянный электронный мониторинг плода с начала регулярных схваток			13.
- Роды и наблюдение проводятся в родильном доме			14.
- Постановка внутривенного катетера с начала регулярных схваток			15.

В случае наступления данных событий, я даю свое согласие на:	**Поставить подпись ниже**	
	Роды через влагалище после предшествовавшего кесарева сечения	Экстренное кесарево сечение
- Преждевременные роды (до 37 недель беременности)	16.	17.
- Спонтанное начало родовой деятельности до Элективного повторного кесарева сечения	18.	19.

- Отсутствие спонтанной родовой деятельности в сроке 40 недель + 6 дней	Индукция родов 20.	Применение окситоцина 21.	Элективное повторное кесарево сечение 22.
Акушер-гинекологу указать планируемую дату элективного повторного кесарева сечения			
Дата заполнения беременной/роженицей			