



# Вагинальные роды после кесарева сечения

- TOLAC, TOL – попытка вагинальных родов после КС
- VBAC – вагинальные роды после КС
- ERCD – запланированное повторное КС

# Вероятность успеха

	Всего попыток	Успешные вагинальные роды
<b>Gregory, 1999</b>	39096	61,4%
<b>Landon, 2004</b>	17898	73,4%
<b>Macones, 2005:</b> всего	13706	75,4%
1 КС	12535	75,4%
более одного КС	1171	74,9%

## Увеличивают шансы на успех

- Предыдущие вагинальные роды
- Предыдущие успешные VBAC
- Самопроизвольное начало родов
- Неосложненная беременность без других факторов риска

## Уменьшают шансы на успех

- Дискоординация как причина КС
- Индукция родов
- Осложнения со стороны ребенка, плаценты или матери
- избыточный вес с ИМТ больше 30
- Вес плода более 4 кг
- Возраст матери
- Невысокий рост
- Более одного кесарева сечения в анамнезе
- Факторы риска разрыва матки



The American College of  
Obstetricians and Gynecologists  
WOMEN'S HEALTH CARE PHYSICIANS

# ACOG PRACTICE BULLETIN

Clinical Management Guidelines for Obstetrician–Gynecologists

NUMBER 184, NOVEMBER 2017

(Replaces Practice Bulletin Number 115, August 2010)

Committee on Practice Bulletins—Obstetrics. This Practice Bulletin was developed by the American College of Obstetricians and Gynecologists' Committee on Practice Bulletins—Obstetrics in collaboration with William Grobman, MD.

## Vaginal Birth After Cesarean Delivery

*Trial of labor after cesarean delivery (TOLAC) refers to a planned attempt to deliver vaginally by a woman who has had a previous cesarean delivery, regardless of the outcome. This method provides women who desire a vaginal delivery the possibility of achieving that goal—a vaginal birth after cesarean delivery (VBAC). In addition to fulfilling a patient's preference for vaginal delivery, at an individual level, VBAC is associated with decreased maternal morbidity and a decreased risk of complications in future pregnancies as well as a decrease in the overall cesarean delivery rate at the population level (1–3). However, although TOLAC is appropriate for many women, several factors increase the likelihood of a failed trial of labor, which in turn is associated with increased maternal and perinatal morbidity when compared with a successful trial of labor (ie, VBAC) and elective repeat cesarean delivery (4–6). Therefore, assessing the likelihood of VBAC as well as the individual risks is important when determining who is an appropriate candidate for TOLAC. Thus, the purpose of this document is to review the risks and benefits of TOLAC in various clinical situations and to provide practical guidelines for counseling and management of patients who will attempt to give birth vaginally after a previous cesarean delivery.*

### Background

Between 1970 and 2016, the cesarean delivery rate in the United States increased from 5% to 31.9% (7, 8). This dramatic increase was a result of several changes in the practice environment, including the introduction of electronic fetal monitoring and a decrease in operative vaginal deliveries and attempts at vaginal breech deliveries (8–11). The dictum “once a cesarean always a cesarean” also partly contributed to the increase in the rate of cesarean deliveries (12). However, in the 1970s, some investigators began to reconsider this paradigm, and accumulated data have since supported TOLAC as a reasonable approach in select pregnancies (5, 6, 13–15).

Recommendations favoring TOLAC were reflected in increased VBAC rates (VBAC per 100 women with a prior cesarean delivery) from slightly more than 5% in 1985 to 28.3% by 1996. Concomitantly, the overall cesarean delivery rate decreased from 22.8% in 1989 to approximately 20% by 1996 (16). Yet, as the number of

women pursuing TOLAC increased, so did the number of reports of uterine rupture and other complications related to TOLAC (17–19). These reports, and the professional liability pressures they engendered, contributed in part to a reversal of the VBAC and cesarean delivery trend, and by 2006, the VBAC rate had decreased to 8.5% and the total cesarean delivery rate had increased to 31.1% (16, 20, 21). Some hospitals stopped offering TOLAC altogether (22).

In 2010, the National Institutes of Health convened a consensus conference to examine the safety and outcomes of TOLAC and VBAC as well as factors associated with their decreasing rates. The National Institutes of Health panel recognized that TOLAC was a reasonable option for many women with a prior cesarean delivery (23) and called on organizations to facilitate access to TOLAC. In addition, the panel recognized that “concerns over liability have a major impact on the willingness of physicians and healthcare institutions to offer trial of labor.” (23)

# ACOG: практический бюллетень, ноябрь 2017

<b>Риск осложнений для матери</b>	<b>Запланированное повторное КС (после одной операции), %</b>	<b>Попытка вагинальных родов, %</b>
Инфекционные осложнения	3,2	4,6
Хирургические повреждения	0,30-0,60	0,37-1,3
Переливание крови	0,46	0,66
Гистерэктомия	0,16	0,14
Разрыв матки	0,02	0,71
Смерть	0,0096	0,0019

<b>Риск осложнений для ребенка</b>	<b>Запланированное повторное КС (после одной операции), %</b>	<b>Попытка вагинальных родов, %</b>
Аntenатальная смерть	0,21	0,10
Интранатальная смерть	0-0,004	0,01-0,04
Гипоксическая ишемическая энцефалопатия	0-0,32	0-0,89
Перинатальная смертность (от 20 нб до 28 дн после родов)	0,05	0,13
Неонатальная смертность (от рождения до 28 дней)	0,06	0,11
ПИТ	1,5-17,6	0,8-26,2
Дыхательные расстройства	2,5	5,4
Транзиторное тахипноэ	4,2	3,6

# Рекомендации, основанные на доказательствах уровня А

- Большинство женщин с одним предшествующим кесаревым сечением с поперечным разрезом в низком сегменте матки – кандидаты на успешные вагинальные роды после кесарева; им следует предлагать VBAC и консультировать относительно их возможностей.
- Мизопростол не должен быть использован для созревания шейки или индукции родов при доношенной беременности у женщин с предшествующим кесаревым сечением или большой операцией на матке.
- Эпидуральная анестезия может быть использована при VBAC

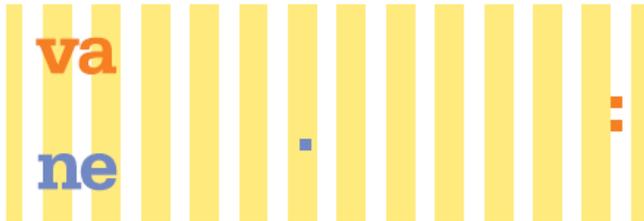
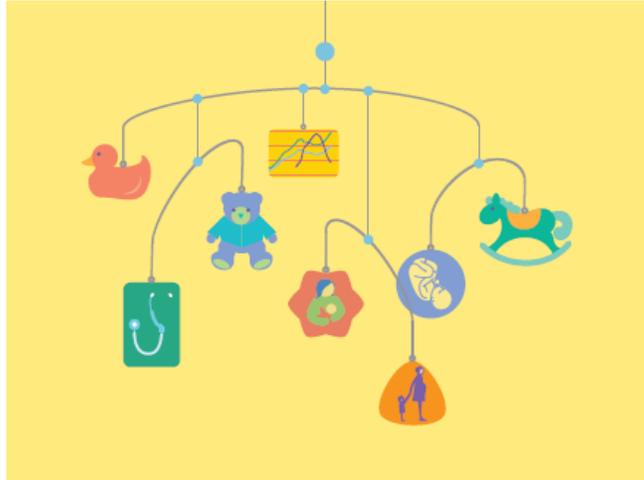
# Рекомендации, основанные на доказательствах уровня В

- Женщины с высоким риском разрыва рубца (классический доступ при КС, разрыв рубца или большая операция на матке в анамнезе) и те, кому противопоказаны вагинальные роды по другим причинам (предлежание плаценты), не являются кандидатами для VBAC
- При наличии двух предшествующих кесаревых сечений с поперечным доступом в нижнем сегменте матки стоит рассматривать возможность VBAC, обсуждая другие факторы, влияющие на вероятность успеха вагинальных родов
- Женщины с неизвестным типом рубца на матке могут быть кандидатами для VBAC, если только нет указаний на наличие классического доступа (например, КС при сильно недоношенной беременности)
- Женщины, беременные двойней с рубцом от поперечного доступа в нижнем сегменте матки могут быть кандидатами для VBAC, если по другим параметрам им подходят вагинальные роды
- Индукция родов может быть использована при VBAC
- Наружный акушерский поворот не противопоказан при наличии рубца от поперечного доступа в нижнем сегменте матки
- При VBAC следует проводить непрерывный КТГ-мониторинг

# Рекомендации, основанные на доказательствах уровня С (экспертное мнение)

- Окончательное решение о выборе метода родов должна делать женщина после консультации со специалистом. Следует предоставлять женщине информацию и рисках и преимуществах обоих вариантов. Записи консультаций и план родов должны быть сохранены в медицинской документации
- Вагинальные роды после кесарева следует проводить в медицинских учреждениях с возможностью проведения ЭКС
- Домашние вагинальные роды после кесарева сечения не рекомендуются из-за непредсказуемости серьезных осложнений, требующих немедленной госпитализации

**NIH Consensus Development Conference Statement on  
Vaginal Birth After Cesarean: New Insights**



**NIH Consensus and State-of-the-Science Statements**

Volume 27, Number 3  
March 8–10, 2010

NATIONAL INSTITUTES OF HEALTH  
Office of the Director



Консенсус Национального  
Института Здоровья (НИН),  
март 2010

	Преимущества		Риски	
	Краткосрочные	Долгосрочные	Краткосрочные	Долгосрочные
<b>Высокая степень доказательности</b>	Материнская смертность			
<b>Средняя степень доказательности</b>	Гистерэктомия Переливание крови	Аномалии прикрепления плаценты	Разрыв матки	
<b>Низкая степень доказательности</b>	Время выписки Тромбоз глубоких вен			
<b>Недостаточная степень доказательности</b>			Инфекционные осложнения	Дисфункции МТД

## Birth After Previous Caesarean Birth

Green-top Guideline No. 45  
October 2015

# Руководство Королевской коллегии акушеров и гинекологов (RCOG) Октябрь 2015

## Матери

VBAC	ERCD с 39 недели
<ul style="list-style-type: none"><li>• Шансы на успех 72-75%. При успешных вагинальных родах – более короткое пребывание в больнице и более быстрое восстановление</li><li>• Частота разрыва матки около 0,5%. В случае разрыва – увеличение рисков материнской заболеваемости и смертности</li> <li>• Повышение вероятности будущих вагинальных родов</li> <li>• Риск повреждения анального сфинктера около 5% (крупный плод увеличивает вероятность), частота инструментальных родов – около 39%</li><li>• Риск материнской смертности – около 4 на 100000</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Можно планировать дату родов</li> <li>• Потенциально нулевой риск разрыва (около 0,02%)</li> <li>• Более длительное восстановление</li><li>• Ниже риск опущения тазовых органов и недержания мочи в сравнении с вагинальными родами (чем больше количество родов, тем выше риск), как минимум в краткосрочной перспективе</li><li>• Более высокий риск аномалий прикрепления и расположения плаценты, необходимость повторного кесарева</li> <li>• Риск материнской смертности около 13 на 100000</li></ul>

# Младенцы

VBAC	ERCD с 39 недели
<ul style="list-style-type: none"><li>• Риск респираторных осложнений – 2-3%</li><li>• Предполагаемый риск антенатальной гибели – 0.1%, после 39 недель, при ожидании спонтанных родов (совпадает с риском для первородящих)</li><li>• Риск гипоксической ишемической энцефалопатии – 0,08%</li><li>• Риск гибели в родах 0,04%, сравним с риском для первородящих женщин.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Риск респираторных осложнений – 4-5% (6%, если КС выполнено на сроке 38 недель). Этот риск снижается при антенатальном применении кортикостероидов, одна в этом случае возникают вопросы о побочных эффектах в долгосрочной перспективе</li><li>• Риск гибели в родах или гипоксической ишемической энцефалопатии – менее 0,01%</li></ul>

# Если срок гестации больше 40 недель (Coasollo, 2005)

	До 40 недель (6907)	После 40 недель (4680)
Частота неудачи *	22,2%	31,3%
Разрыв матки/рубца	1%	1,1%
Материнская заболеваемость (одно или больше осложнений: разрыв матки, повреждение МП, кишечника или сосудов)	2,1%	2,7%
Индукция *	28,9%	32,7%

# Если срок гестации больше 41 недели (Coasollo, 2005)

	До 41 недели (9944)	После 41 недели (1643)
Частота неудачи *	24,3%	35,4%
Разрыв матки/рубца	0,97%	1,5%
Материнская заболеваемость (одно или больше осложнений: разрыв матки, повреждение МП, кишечника или сосудов)	2,2%	3,2%
Индукция	Нет данных	

# Макросомия (Zelop, 2001)

	<b>До 4000 гр (2384)</b>	<b>Более 4000 гр (365)</b>
<b>Частота неудачи*</b>	29%	40%
<b>Разрыв матки</b>	1,6%	1%
<b>ЭА</b>	73%	77%

# Макросомия (Jastrow, 2010)

	<b>Менее 3500 гр (1519)</b>	<b>3500-3999 гр (798)</b>	<b>4000 гр и более (269)</b>
<b>Разрыв матки</b>	0,9%	1,8%	2,6%
<b>Частота неудачи *</b>	19,1%	28,2%	38,3%

# Макросомия (Jastrow, 2010)

	<b>Менее 3500 гр (1519)</b>	<b>3500-3999 гр (798)</b>	<b>4000 гр и более (269)</b>
<b>Индукция родов *</b>	26,6%	27,9%	39,8%
<b>Окситоцин *</b>	53,5%	61,7%	70,6%
<b>ЭА *</b>	62,3%	70,9%	77,7%

# Опыт вагинальных родов (Hendler, 2004)

	Нет опыта ВР (1685)	ВР до КС (198)	ВР после КС (321)
<b>Частота успешных VBAC *</b>	70,1%	81,8%	93,1%
<b>Расхождение шва *</b>	5,3%	2,8%	20,8%
<b>Разрыв матки</b>	1,5%	0,5%	0,3%
<b>Индукция *</b>	25,9%	31,3%	31,5%

# Количество успешных VBAC (Mercer, 2008)

	0 VBAC (9012)	1 VBAC (2900)	2 и больше VBAC (1620)
<b>Частота успешных VBAC *</b>	63,3%	87,6%	90,9%
<b>Расхождение шва *</b>	0,94%	0,24%	0,25%
<b>Разрыв матки *</b>	0,87%	0,45%	0,43%
<b>Разрыв матки в индуцированных родах *</b>	1,37%	0,37%	0,63%
<b>Индукция</b>	25,9%	31,3%	31,5%

# Роды после нескольких КС (Macrones, 2005)

	<b>Одно КС (12535)</b>	<b>Два КС (1082)</b>
<b>Количество попыток</b>	62,1%	27,2%
<b>Успешные вагинальные роды</b>	75,5%	74,6%
<b>Разрыв матки</b>	0,9%	1.8%
<b>Повреждение МП</b>	0,43%	0,55%
<b>Переливание крови</b>	0,68%	0,92%
<b>Индукция</b>	29,7%	30,1%

# Роды после нескольких КС (Landon, 2006)

	VBA1C (16915)	VBAMC (975)
<b>TOL</b>	48%	9%
<b>VBAC *</b>	74%	66%
<b>Разрыв матки</b>	0,7%	0,9%
<b>Индукция</b>	26,4%	23,7%
<b>Окситоцин *</b>	32%	25%
<b>ЭА *</b>	71%	58,6%

# Индукция и VBAC (Landon, 2005)

	Количество женщин	Частота успеха
<b>Индукция</b>	2569	67,4%
<b>Стимуляция</b>	3854	73,9%
<b>Спонтанное начало родов</b>	4266	80,6%

# Индукция и разрыв матки (Lydon-Rochelle, 2001)

	Количество женщин	Частота разрыва матки
ERCD	6980	0,16%
Спонтанное начало родов	10789	0,52%
Индукция без ПГ	1960	0,77%
Индукция при помощи ПГ	366	2,45%

# Индукция и разрыв матки (Landon, 2004)

	Количество женщин	Частота разрыва матки
<b>Спонтанное начало родов</b>	6685	0,4%
<b>Стимуляция родов</b>	6009	0,9%
<b>Индукция</b>	4708	1,0%
С любыми ПГ, без или с окситоцином	926	1,4%
Индукция при помощи ПГ	227	0
Индукция без ПГ	1691	0,9%
Индукция окситоцином	1864	1,1%

# VБАС и эпидуральная анестезия (Landon, 2005)

	<b>Количество женщин</b>	<b>Процент успешных вагинальных родов</b>
<b>При наличии ЭА</b>	7850	73,4%
<b>В отсутствие ЭА</b>	1007	50,4%