

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН
РЕСПУБЛИКАНСКИЙ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫЙ
НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЦЕНТР ЗДОРОВЬЯ
МАТЕРИ И РЕБЁНКА**

**НАЦИОНАЛЬНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ
«РАЗРЫВЫ ПРОМЕЖНОСТИ ПРИ
РОДОРАЗРЕШЕНИИ И ДРУГИЕ АКУШЕРСКИЕ
ТРАВМЫ (АКУШЕРСКИЙ ТРАВМАТИЗМ)»**

ТАШКЕНТ – 2025

«УТВЕРЖДАЮ»
Министр здравоохранения
Республики Узбекистан
_____ **А.А. Худаяров**
“ ” _____ **2025 г.**

НАЦИОНАЛЬНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ
«РАЗРЫВЫ ПРОМЕЖНОСТИ ПРИ
РОДОРАЗРЕШЕНИИ И ДРУГИЕ АКУШЕРСКИЕ
ТРАВМЫ (АКУШЕРСКИЙ ТРАВМАТИЗМ)»

ТАШКЕНТ – 2025

«СОГЛАСОВАНО»
Директор РСНМН
здоровья матери и ребенка

“ *Hay* ” _____
И.С. Насырханова
2025 г.



НАЦИОНАЛЬНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ
«РАЗРЫВЫ ПРОМЕЖНОСТИ ПРИ
РОДОРАЗРЕШЕНИИ И ДРУГИЕ АКУШЕРСКИЕ
ТРАВМЫ (АКУШЕРСКИЙ ТРАВМАТИЗМ)»

ТАШКЕНТ – 2025

Вводная часть

Цель протокола: предоставления научно-обоснованных рекомендаций для единого подхода по диагностике и лечению акушерских травм при родоразрешении. Протокол ориентирован на снижение рисков осложнений, улучшение результатов лечения пациенток с данной патологией.

Категории пациентов: Пациентки с акушерскими травмами – разрывами вульвы, влагалища, шейки матки, матки, гематомами мягких родовых путей, выворотом матки, разрывом лонного сочленения.

Пользователи клинического протокола: врачи акушеры-гинекологи, хирурги, врачи семейной медицины, клинические фармакологи, лаборанты, организаторы здравоохранения, студенты, клинические ординаторы, магистранты, аспиранты, преподаватели медицинских ВУЗов, пациенты с акушерскими травмами, члены их семей и лица, осуществляющие уход.

Приверженность рекомендациям протокола:

В протоколе представлены рекомендации общего характера, разработанные на основе имеющихся на момент публикации доказательств.

Если в практической деятельности принимается решение отойти от рекомендаций данного протокола, то врачи-клиницисты должны задокументировать в истории болезни/амбулаторной карте пациента следующие данные:

- кем принято такое решение;
- подробное обоснование решения отхода от протокола;
- какие рекомендации по ведению пациента были приняты.

Рекомендации не охватывают все элементы клинической практики, это означает, что врачи должны обсуждать с пациентами индивидуальную тактику ведения, принимая во внимание потребности пациента, придерживаясь принципа уважительного конфиденциального общения. Это включает:

- использование услуг переводчика в случае необходимости;
- консультирование пациента и получение информированного согласия на ту или иную манипуляцию или тактику введения;
- обеспечение ухода в рамках требований законодательства и соблюдения стандартов профессионального поведения;
- документирование любой тактики ведения и ухода в соответствии с общими и местными требованиями.

Дата разработки и пересмотра протокола: 2025 год, дата пересмотра 2030 г. или по мере появления новых ключевых доказательств. Все поправки к представленным рекомендациям будут опубликованы в соответствующих документах.

Ответственное учреждение по разработке данного клинического протокола и стандарта: Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр здоровья матери и ребенка.

Руководители рабочей группы:

№	Ф.И.О.	Должность	Место работы
1	Надырханова Н.С.	Директор, д.м.н.	РСНПМЦЗМиР
2	Абдуллаева Л.М.	Главный акушер-гинеколог Министерства здравоохранения Республики	ТМА

	Узбекистан, д.м.н., профессор	
--	----------------------------------	--

Список составителей:

№	Ф.И.О.	Должность	Место работы
1	Юсупов У.Ю.	акушер-гинеколог, д.м.н.	РСНПМЦЗМиР
2	Нишанова Ф.П.	акушер-гинеколог, к.м.н.	РСНПМЦЗМиР
3	Микиртичев К.Д.	акушер-гинеколог, к.м.н.	РСНПМЦЗМиР
4	Каримова Л.А.	акушер-гинеколог	РСНПМЦЗМиР
5	Зарефова Д.И.	акушер-гинеколог	РСНПМЦЗМиР
6	Нурова А.А.	акушер-гинеколог	РСНПМЦЗМиР
7	Шукурова М.Р.	акушер-гинеколог	РСНПМЦЗМиР
8	Усмонов С.К.	главный специалист Проектного офиса «Центра проектов здравоохранения»	

Рецензенты:

№	Ф.И.О.	Должность	Место работы
1	Юсупбаев Р.Б.	Д.м.н., профессор	РСНПМЦЗМиР
2	Каримова Ф.Д.	Д.м.н., профессор, заведующая кафедрой акушерства и гинекологии №2	Центр развития профессиональной квалификации медицинских работников

РСНПМЦЗМиР – Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр здоровья матери и ребёнка

ТМА – Ташкентская медицинская академия

Клинический протокол обсужден и рекомендован к утверждению путем достижения неформального консенсуса на заключительном Совещании рабочей группы с участием профессорско-преподавательского состава высших учебных заведений, членов ассоциации акушеров-гинекологов Узбекистана, организаторов здравоохранения (директоров филиалов ГУ РСНПМЦЗМиР и их заместителей), врачей региональных учреждений системы родовспоможения в онлайн-формате «_14_» _марта_ 2025 г., протокол №3. Руководитель рабочей группы – д.м.н. Надырханова Н.С., директор ГУ «РСНПМЦЗМиР».

Клинический протокол рассмотрен и утвержден Ученым Советом Республиканского Специализированного Научно-Практического Медицинского Центра здоровья матери и ребенка» «_27_» _марта_ 2025 г., протокол №_4_

Председатель Ученого Совета – д.м.н., профессор Асатова М.М.

Внешняя экспертная оценка:

№	Ф.И.О.	Должность	Место работы
1	Мухамадиева С.М.	Заведующая кафедрой, д.м.н. профессор	Государственное образовательное Учреждение «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения» Республики Таджикистан, кафедра акушерства и гинекологии №1

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)

Список сокращений

ВР	влагалищные роды
КС	кесарево сечение
ПР	преждевременные роды
УЗИ	ультразвуковое исследование

Термины и определения

Разрыв вульвы – нарушение целостности мягких тканей вульвы в процессе изгнания плода.

Разрыв влагалища – нарушение целостности влагалища в процессе изгнания плода.

Гематома мягких тканей родовых путей – ограниченное скопление крови при закрытых повреждениях, сопровождающихся разрывом сосуда и образованием полости, заполненной кровью.

Разрыв промежности – нарушение целостности тканей промежности в процессе рождения плода.

Разрыв шейки матки – нарушение целостности шейки матки вследствие повреждений при прохождении подлежащей части плода.

Выворот матки – смещение матки, при котором она частично или полностью выворачивается слизистой оболочкой наружу.

Полный разрыв матки – разрыв матки, проникающий в брюшную полость (повреждение миометрия и висцеральной брюшины) или нарушение целостности миометрия с продолжением разрыва на мочевого пузырь 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 и листков широкой связки, без нарушения целостности плодного пузыря.

Лобковый симфиз – соединение правой и левой верхних ветвей лобковых костей с нормальным разделением от 4 до 5 мм на рентгенограмме.

Физиологический диастаз лонного сочленения – увеличение на 2-3 мм вследствие физиологических процессов во время беременности.

Патологический диастаз лонного сочленения – расхождение правой и левой верхних ветвей лобковых костей более чем на 10 мм.

Разрыв лонного сочленения – расхождение более чем на 25 мм с повреждением связочного аппарата.

Акушерский травматизм – повреждения тканей родового канала, произошедшие во время беременности и в родах.

Этиология и патогенез

Причинами разрыва вульвы служат ограниченные возможности растяжения тканей, роды крупным, гигантским и (или) переносным плодом, быстрые и стремительные роды, а также их затяжное течение, неправильные вставления головки, узкий таз, тазовое предлежание плода, ригидность, дисплазия соединительной ткани, рубцовые или воспалительные изменения тканей, применение акушерских операций (наложение акушерских щипцов, вакуум -экстрактора) или неправильно проведенная защита промежности. Иногда описываемые травматические повреждения могут возникать при нормальных родах без всякой видимой внешней причины.

Разрывы влагалища возникают при недостаточной растяжимости его стенок, инфантилизме, инфекционно-воспалительных процессах, оперативных родах, разгибательных вставлениях, крупной головке плода, затяжных родах. По мере увеличения массы тела плода увеличивается вероятность родовых травм. Чаще разрывы возникают в нижней части влагалища, обычно одновременно с разрывом промежности. Средняя часть влагалища, как

менее фиксированная и более растяжимая, травмируется редко. Причиной повреждения этой части влагалища во время родов могут быть анатомические особенности стенки (рубцовые изменения, инфантилизм и др.) или акушерские операции (наложение щипцов, вакуум-экстракция). Отрывы сводов влагалища могут возникнуть самопроизвольно или, чаще, в результате акушерских вмешательств.

При недостаточной эластичности тканей или быстром растяжении под напором головки плода промежность истончается, что может приводить к возникновению её разрывов. К основным причинам возникновения разрывов промежности относят: предшествующие изменения в области промежности и наружных половых органов (могут происходить на почве инфантилизма, вследствие ригидности тканей при рубцовых изменениях после предшествующих разрывов), быстрое прохождение головки плода через вульварное кольцо, акушерские операции, предполагающие быстрое извлечение плода, прохождение головки плода через вульварное кольцо большим размером.

Во время родов может произойти разрыв кровеносных сосудов и кровоизлияние в клетчатку наружных половых органов или под слизистую оболочку влагалища. Причиной образования гематом служат, как правило, изменения сосудистой стенки (повышенная ломкость сосудов, варикозная болезнь), быстрое течение родов, сдавливание тканей головкой плода, а также проведение акушерских операций (акушерские щипцы и др.). Кроме того, повреждение может произойти при проведении парацервикальной или пудендальной анестезии. Гематомы могут образоваться также по краю раны при рассечении промежности или вокруг разрывов.

Возникновению разрывов шейки матки способствуют ее ригидность, чрезмерное растяжение краев маточного зева (крупный плод, разгибательные вставления головки плода), быстрые и стремительные роды, длительное сдавление краев шейки матки при клинически узком тазе, рубцовая деформация шейки матки, оперативные роды. Разрывы обычно происходят по бокам шейки матки, чаще слева. Разрывы чаще отмечаются на той стороне, где при сгибательном положении головки плода находятся теменные и затылочный бугры, а при разгибательном - лобные.

К разрыву матки могут привести следующие причины: перерастяжение нижнего сегмента матки вследствие узкого таза, крупного плода, неправильного положения плода (поперечное, косое) или вставления головки (лобное, лицевое), гидроцефалии, опухолей родовых путей (миома матки); затяжные роды; рубцы на матке после ранее проведенных хирургических вмешательств (перфорация матки, энуклеация миоматозных узлов, кесарево сечение, особенно корпоральное). В группу беременных, у которых возможен разрыв матки во время беременности, входят: беременные с рубцом на матке после операции кесарева сечения, энуклеации миоматозных узлов с ушиванием ложа, энуклеация узлов с коагуляцией ложа после эндоскопического вмешательства, ушивания стенки матки после перфорации, тубэктомия по поводу интрамуральной трубной беременности; беременности после многочисленных аборт, особенно осложненных воспалительными процессами матки; многорожавшие женщины. В группу беременных с риском разрыва матки во время родов входят: перечисленное в предшествующем разделе; беременные с крупным или гигантским плодом; патологическое положение плода (поперечное, косое); анатомически узком тазе; анатомических изменениях шейки матки вследствие рубцов после диатермокоагуляции, криодеструкции, пластических операций; опухолях матки, блокирующих выход из малого таза.

Разрыв матки возникает при одновременном существовании патологических процессов в матке и каких-либо затруднений изгнания плода. Патологические изменения в стенке матки являются предрасполагающими, а механические - непосредственно действующими

факторами. При наличии препятствий для изгнания плода развивается бурная родовая деятельность, верхний сегмент матки все больше сокращается, плод постепенно перемещается в тонкостенный, растянутый нижний сегмент матки. При продолжающейся родовой деятельности перерастяжение и истончение нижнего сегмента достигают наивысшего предела, и происходит его разрыв.

Связь между ведением третьего периода родов и выворотом матки не доказана, однако существует мнение, что дисплазия соединительной ткани, гипотония матки и механическое давление на нее могут быть факторами риска.

Во время беременности происходит умеренное размягчение сочленений таза, поэтому давление головки плода на костное кольцо таза может привести к расхождению лонных костей. Это чаще происходит у женщин с узким тазом или при самопроизвольных родах крупным плодом. При патологических родах и оперативных вмешательствах (наложение акушерских щипцов, извлечение плода за тазовый конец, плодоразрушающие операции), особенно у женщин с узким тазом, может произойти значительное расхождение и разрыв лонного сочленения. Иногда при разрыве лонного сочленения одновременно повреждаются мочевой пузырь и уретра.

Эпидемиология

Родовые пути матери во время родов подвергаются значительному растяжению, вследствие чего могут быть повреждены. Хотя частота разрывов различается в зависимости от особенностей пациентки и условий ведения родов, от 53 до 79% женщин переносят какой-либо тип разрыва во время родов через естественные родовые пути.

Число разрывов промежности в настоящее время составляет 10—12%. Эпизиотомия не рекомендована для профилактики разрывов промежности. Ограничение в использовании рутинной эпизиотомии, снижает разрывы третьей и четвертой степени. Эпизиотомия не имеет краткосрочной и долгосрочной пользы в профилактике тяжести разрыва промежности, дисфункции органов тазового дна или пролапса органов малого таза.

Эпизиотомия ассоциирована с увеличением риска послеродовой анальной инконтиненции в сравнении с отсутствием проведения эпизиотомии.

Разрывы шейки матки встречаются в 6—15% родов.

Частота разрыва матки в общей популяции пациенток составляет приблизительно 0,02%. Разрывы матки составляют 0,05—0,1% от общего числа родов и чаще встречаются у многорожавших. Во время беременности разрывы матки возникают значительно реже, чем в родах, и составляют 9,1% (от всех разрывов матки). Частота разрыва матки в среднем, по данным ВОЗ, в мире составляет 0,053–0,07%, или 5,3–7 на 10 000 родов, при достаточно низких показателях в развитых странах: в Австралии – 8,6, в Канаде – 3, в Ирландии – 2,3, в Сингапуре – 1,6, в США – 0,67–1,3 на 10 000 родов и высоких – в развивающихся: Нигерии, Эфиопии, Пакистане, Йемене – 50–263 на 10 000 родов.

Кодирование по МКБ-10/МКБ-11

Код по МКБ-10	Код по МКБ-11	Нозологическая единица
O70	JB0B–JB0B.Z	Разрывы промежности при родоразрешении
O70.0	JB0B.0	Разрыв промежности первой степени в процессе родоразрешения
O70.1	JB0B.1	Разрыв промежности второй степени в процессе родоразрешения
O70.2	JB0B.2	Разрыв промежности третьей степени в процессе родоразрешения

Код по МКБ-10	Код по МКБ-11	Нозологическая единица
O70.3	JB0B.3	Разрыв промежности четвертой степени в процессе родоразрешения
O70.9	JB0B.Z	Разрыв промежности в процессе родоразрешения неуточненный
O71	JB0C–JB0C.Z	Другие акушерские травмы
O71.0	JB0C.0	Разрыв матки до начала родов
O71.1	JB0C.1	Разрыв матки во время родов
O71.2	JB0C.2	Послеродовой выворот матки
O71.3	JB0C.3	Акушерский разрыв шейки матки
O71.4	JB0C.4	Акушерский разрыв только верхнего отдела влагалища
O71.5	JB0C.Y	Другие акушерские травмы тазовых органов
O71.6	JB0C.5	Акушерские травмы тазовых суставов и связок
O71.7	JB0C.6	Акушерская гематома таза
O71.8	JB0C.Y	Другие уточненные акушерские травмы
O71.9	JB0C.Z	Акушерская травма неуточненная
O26.7	JA63.0	Подвывих лонного сочленения во время беременности, родов и в послеродовом периоде

Классификация

Различают родовые травмы матки самопроизвольные и насильственные, возникшие в результате акушерских вмешательств. Выделяют механические (связанные с перерастяжением тканей), морфологические (обусловленные гистохимическими изменениями в тканях) и смешанные (механо-гистопатические).

Виды родовой травмы матери: разрывы вульвы, разрывы влагалища, гематомы мягких тканей родовых путей, разрывы промежности, разрывы шейки матки, разрывы матки, выворот матки, повреждения лонного сочленения.

I. Классификация разрывов вульвы:

1.1. По величине:

- поверхностные;
- глубокие.

1.2. По локализации:

- разрыв малых половых губ;
- разрыв в области преддверия влагалища;
- разрыв в области клитора;
- разрыв больших половых губ.

II. Классификация разрывов влагалища:

2.1. По величине:

- поверхностные;
- глубокие.

2.2. По локализации:

- разрывы верхней трети влагалища;
- разрывы средней трети влагалища;
- разрывы нижней трети влагалища.

III. Классификация гематом мягких тканей родовых путей:

3.1. По локализации:

- в области больших половых губ;
- в области промежности;
- в области стенки влагалища;
- в области околосагитальной клетчатки;
- в области ягодичных мышц.

По локализации гематомы подразделяют на лежащие выше или ниже мышц, поднимающей задний проход.

IV. Разрывы промежности:

4.1. По степени повреждения:

- разрыв I степени – повреждение только кожи;
- разрыв II степени – повреждение промежности, включающее повреждение мышц, но не включает в себя повреждение анального сфинктера;
- разрыв III степени – повреждение промежности, включающее в себя повреждение комплекса анального сфинктера:
 - III а – менее 50% наружного анального сфинктера.
 - III б – более 50% наружного анального сфинктера.
 - III с – повреждение наружного и внутреннего анального сфинктера.
- разрыв IV степени – повреждение промежности, которое включает в себя повреждение комплекса анального сфинктера (наружного и внутреннего) и слизистой оболочки прямой кишки.

V. Разрывы шейки матки:

- I степень — разрыв шейки матки с 1 или 2 сторон длиной не более 2 см.
- II степень — разрыв шейки матки с 1 или 2 сторон длиной более 2 см, но на 1 см не достигающий до свода влагалища.
- III степень — разрыв шейки матки с 1 или 2 сторон, достигающий до свода влагалища или переходящий на него.

VI. Разрывы матки:

6.1. По этиологии и патогенезу:

- самопроизвольные (возникают без каких-либо внешних воздействий):
 - механические;
 - гистопатические;
 - смешанные.
- насильственные (связаны с неправильно примененными вмешательствами или травмами):
 - травматические;
 - смешанные.

6.2. По локализации:

- в дне матки;
- в теле матки;
- в нижнем маточном сегменте;
- отрыв матки от сводов влагалища.

6.3. По характеру повреждения:

- полный разрыв;
- неполный разрыв.

VII. Выворот матки:

7.1. Частичный (выворот только тела матки или ее верхней трети);

7.2. Полный (матка целиком вывернута наружу).

Насильственные разрывы матки отличаются по патогенезу от самопроизвольных. К насильственным относятся травматические, вызванные травмой, полученной извне, и ятрогенные – полученные в результате осуществления акушерских операций без соблюдения должных условий: при наложении акушерских щипцов на головку, находящуюся выше, чем в узкой части полости малого таза, или при вакуум-экстракции плода.

Клиническая картина

При осмотре обнаруживают нарушение целостности мягких тканей родовых путей с кровотечением или без него. Признаком разрывов влагалища может служить кровотечение сразу после родов.

При локализации гематомы во влагалище за счет большого скопления крови она выступает в его просвет и флюктуирует. При большом скоплении крови возникает напряжение тканей и болезненность. Отмечают такие клинические симптомы, как боль, чувство давления на прямую кишку или мочевого пузыря, тенезмы. Гематомы небольших размеров не вызывают нарушения функций соседних органов.

Травмы таза вызывают боли в области лонного сочленения, крестца, копчика в первые 3 дня послеродового периода, которые усиливаются при разведении ног и ходьбе. Нарушается походка.

Основным клиническим признаком разрыва промежности являются кровяные выделения сразу после рождения ребенка. Клинически выделяют редкий вид разрыва промежности – центральный разрыв промежности, когда ни задняя спайка, ни наружный анальный сфинктер не нарушены – рвутся только ткани промежности, лежащие между этими двумя границами. При таком повреждении промежности разрыв не всегда бывает сквозным - разрывается ткань влагалища и глубже лежащие ткани, но кожа не повреждается. В некоторых случаях разрыв начинается с кожных покровов, переходя на глубже лежащие ткани, но не доходит до слизистой оболочки влагалища.

Неглубокие разрывы шейки матки длиной 0,5-1,0 см обычно бессимптомны, более глубокие разрывы сопровождаются кровотечением различной интенсивности. При повреждении нисходящей шеечной ветви маточной артерии кровотечение бывает обильным, начинается сразу после рождения ребенка. Кровь вытекает алой струйкой, кровотечение сохраняется и после отделения последа и при хорошо сократившейся матки.

Характерные симптомы выворота матки: внезапные сильные боли внизу живота, признаки шока, маточное кровотечение. Из половой щели пролабирует вывернутая матка. При пальпации над лоном в месте ее обычного расположения определяется воронка. Кровотечение может начаться до выворота матки, вследствие ее гипотонии и продолжаться после завершения выворота.

При угрожающем механическом разрыве матки при осмотре и объективном обследовании отмечается бурная родовая деятельность, схватки резко болезненны, иногда приобретают судорожный характер, матка недостаточно расслабляется между схватками, вытянута в длину с отклоненным от средней линии дном, нижний сегмент матки резко растянут и истончен, ретракционное (пограничное) кольцо поднимается высоко, доходит до уровня пупка, располагается косо (матка приобретает форму «песочных часов»), состояние внутриутробного плода страдает, появляются признаки дистресса плода, затруднено самопроизвольное мочеиспускание, при влагалищном исследовании края шейки матки

отечны.

Симптомы угрожающего разрыва матки определяются перерастяжением нижнего маточного сегмента:

- жалобы на болезненные схватки, если не произведена эпидуральная анестезия, затрудненное мочеиспускание;
- объективно: высокое, косое расположение контракционного кольца, асимметричное по высоте расположение круглых связок, перерастянутый мочевого пузырь, пальпирующийся над лоном;
- при влагалищном исследовании края шейки матки отечные, открытие маточного зева полное или почти полное, значительная родовая опухоль на головке плода.

Симптомы начавшегося разрыва матки связаны с нарушением целостности стенки матки и о бразованием в ней гематомы, что приближает признаки разрыва к таковым при отслойке нормально расположенной плаценты (гипертонус матки, нарушение сердечной деятельности плода, появление кровяных выделений из половых путей). Сочетание давления выраженной родовой опухоли головки плода на крестец и диафрагму таза приводит к тому, что схватки приобретают «потужной» характер. При начавшемся разрыве матки кровь может не вытекать из половых путей (необязательный симптом), но ее появление всегда свидетельствует о начавшемся разрыве матки. При начавшемся разрыве матки к симптомам угрожающего разрыва присоединяются признаки болевого шока, а также наружное кровотечение, возможно появление крови в моче. У плода возникает тахикардия или брадикардия, повышается двигательная активность, появляется меконий в околоплодных водах.

При свершившемся разрыве матки роженица, как правило, испытывает сильную режущую боль в животе, родовая деятельность прекращается; наблюдаются симптомы шока. При разрыве матки плод полностью или частично выходит в брюшную полость, при пальпации части плода отчетливо определяются непосредственно под брюшной стенкой. Наружное кровотечение обычно незначительное, кровь изливается в брюшную полость. Возможна внутриутробная гибель плода.

Проникающий свершившийся разрыв матки для диагностики трудностей не представляет:

- родовая деятельность прекращается, наступает «тишина»;
- появляются признаки болевого шока в сочетании с геморрагическим, которые в той или иной степени были у всех рожениц;
- симптомы гипоксии плода (чаще брадикардия) вплоть до его гибели.

При непроникающем разрыве гематома образуется либо под *plica vesico-uterina*, либо между листками широкой связки матки. Клиническими симптомами непроникающего разрыва матки являются:

- болевые ощущения внизу живота в III и/или раннем послеродовом периоде;
- ухудшение общего состояния: слабость, головокружение, тахикардия, гипотония;
- кровотечение из половых путей;
- пальпаторно и/или с помощью УЗИ диагноз может быть подтвержден.

Разрывы оперированной матки становятся доминирующими во многих странах мира. Очевидна прямая связь увеличения частоты разрыва матки по рубцу с повсеместным прогрессивным ростом частоты кесарева сечения, выполняемого у более 30% женщин в России, Европе, США. В Китае, некоторых странах Южной Америки показатель достигает 50–70%. Гистопатический разрыв матки отличается отсутствием четких симптомов, «стертым» течением.

Симптомы гистопатического разрыва матки по рубцу во время беременности:

- Для угрожающего разрыва матки по рубцу во время беременности характерны жалобы на тошноту, рвоту, боли в эпигастрии и внизу живота.
- Начавшийся разрыв матки определяется надрывом стенки матки по рубцу с образованием вместе разрыва гематомы, что приводит к гипертонусу матки и гипоксии плода (брадикардия). Могут быть кровяные выделения, что в 100% подтверждает диагноз начавшегося разрыва матки. Характерным симптомом являются боли в животе без четкой локализации, а также в области рубца.
- Признаки свершившегося разрыва матки зависят от локализации рубца и характера нарушения целостности матки: проникающий и непроникающий, клиническая картина не отличается от таковой при механических разрывах.

Симптомы угрожающего разрыва матки по рубцу во время родов совпадают с таковыми во время беременности и заключаются в появлении тошноты, рвоты, болей в животе и в рубце. Специфическим признаком угрозы разрыва матки по рубцу является слабость или дискоординация родовой деятельности.

При начавшемся разрыве матки по рубцу во время родов боли в животе усиливаются, матка находится в гипертонусе, что сопровождается нарушением плацентарного кровотока, гипоксией плода в виде брадикардии. Совершившийся разрыв матки по рубцу во время беременности и родов может быть как полным (проникающим), так и неполным (непроникающим).

Свершившийся непроникающий разрыв матки по рубцу характеризуется формированием гематомы под пузырноматочной складкой или между листками широкой маточной складки.

Если это происходит во время беременности, то появляются боли в животе, в области рубца на фоне гипертонуса матки и гипоксии плода. Во время родов к перечисленным симптомам присоединяется прекращение родовой деятельности. Объем гематомы и быстрота ее нарастания определяют выраженность симптомов: слабость, боли внизу живота, бледность кожных покровов, снижение артериального давления. При проникающем разрыве выраженность клинической картины определяется величиной кровопотери.

Расположение рубца/аневризма имеет отличную картину: расхождение рубца и полупрозрачное выбухание, к которому подлежат части плода. Расположение рубца/аневризма может выявляться с 17 недель гестации. Беременность при этом пролонгируется. Основанием для пренатальной диагностики данной патологии является толщина нижнего маточного сегмента в области предполагаемого рубца менее 1 мм, по данным ультразвукового исследования.

Симптомы разрыва матки, которые диагностируются в послеродовом периоде: кровотечение из половых путей, выраженная болезненность всех отделов живота, сильные боли при пальпации матки, иногда отсутствие отделения плаценты, возможно вздутие живота, тошнота, рвота, дно матки четко не контурируется (симптом «перекрытого» дна матки), по ребру матки пальпируется болезненное образование (гематома), появление гипертермии, симптомов геморрагического и болевого шока.

Диагностика

Диагностика разрывов вульвы доступна при визуальном осмотре наружных половых органов.

Диагностика разрывов влагалища и шейки матки основана на данных осмотра родовых путей в зеркалах после завершения послеродового периода. При осмотре обнаруживают нарушение целостности мягких тканей родовых путей с кровотечением или без него.

Факт разрыва и степень повреждения промежности также выявляют при осмотре родовых путей. При подозрении на разрыв промежности III-IV степени необходимо ввести палец в прямую кишку. Ненарушенный сфинктер создает сопротивление при введении пальца в прямую кишку. Разрыв стенки кишки легко определяется по специфическому виду вывернутой слизистой кишки.

При образовании больших гематом необходимо тщательное ректальное и влагалищное исследование, а также пальпация брюшной полости.

Единственный признак разрыва шейки матки – кровотечение. Если при хорошо сократившейся матке и отсутствии наружных повреждений кровь выделяется непрерывно струей сразу после рождения ребенка или в виде большого количества кровяных сгустков, следует заподозрить разрыв шейки матки.

При вывороте матки из половой щели показывается вывернутая слизистая оболочка матки ярко-красного цвета. Иногда матка выворачивается с неотделившимся последом. Полный выворот матки может сопровождаться выворотом влагалища. В этом случае матка оказывается за пределами вульвы и диагноз не представляет сложности. При изолированном вывороте матки определяют во влагалище при осмотре в зеркалах. В обоих случаях при пальпации отсутствует матка над лоном. При неполном вывороте матки общее состояние менее тяжелое и ухудшается значительно медленнее.

Жалобы и анамнез

Рекомендовано проводить сбор анамнеза и выявление факторов риска акушерского травматизма во II и III триместре беременности, в родах (*шкала рекомендации C*).

https://roag-portal.ru/recommendations_obstetrics

Физикальное обследование

Рекомендован осмотр родовых путей в зеркалах после родоразрешения с целью своевременной диагностики травм мягких тканей родового канала при наличии кровотечения (*шкала рекомендации C*).

При разрыве промежности III-IV степени **рекомендовано** трансректальное пальцевое исследование после родоразрешения с целью оценки целостности стенки прямой кишки и ее наружного сфинктера (*шкала рекомендации C*).

При разрыве матки и разрыве шейки матки III степени **рекомендовано** проведение ручного послеродового обследования матки с целью подтверждения или исключения разрыва матки (*шкала рекомендации C*).

При проведении ручного обследования полости матки особое внимание следует уделить левому ребру матки, так как в силу анатомических причин, именно в этой области наиболее часто возникают разрывы.

Всем роженицам и родильницам **рекомендована** пальпация лонного сочленения с целью выявления расхождения лонных костей и симфизита (*шкала рекомендации C*).

Обращают внимание на ширину лонного сочленения, его болезненность при исследовании. Признаками повреждения лонного сочленения являются отечность и болезненность, углубление между разошедшимися концами лонных костей. Выраженный симфизит может являться одним из относительных показаний к плановому родоразрешению путем операции кесарева сечения.

https://roag-portal.ru/recommendations_obstetrics

Лабораторные диагностические исследования

При разрыве матки и вывороте матки **рекомендован** общий (клинический) анализ крови и исследование уровня тромбоцитов крови с целью оценки наличия кровотечения (*шкала рекомендации А*).

Определение уровня гемоглобина необходимо для выявления и лечения анемии, что способствует снижению риска негативных исходов и.

https://roag-portal.ru/recommendations_obstetrics

Инструментальные диагностические исследования

Рекомендовано ультразвуковое исследование плода при выявлении разрыва матки во время беременности или в родах, или ультразвуковое исследование органов малого таза при выявлении разрыва матки после родов с целью диагностики разрыва матки (*шкала рекомендации С*).

С целью диагностики диастаза лонного сочленения **рекомендовано** проведение рентгенографии лобка (*шкала рекомендации С*).

При наличии гематомы мягких тканей родовых путей **рекомендована** магнитно-резонансная ангиография с контрастированием при неэффективности хирургических методов остановки кровотечения при вскрытии гематомы (*шкала рекомендации С*).

Выявление источника кровотечения в области гематомы позволяет провести селективную эндоваскулярную эмболизацию сосудов с целью устойчивого гемостаза.

https://roag-portal.ru/recommendations_obstetrics

Лечение

Немедикаментозные методы лечения

При патологическом диастазе лонного сочленения **рекомендовано** соблюдение постельного режима в положении на боку или в гамаке (*шкала рекомендации С*).

Лечение назначает врач-травматолог-ортопед. При разрыве лонного сочленения или значительном расхождении костей таза требуется хирургическое вмешательство.

При патологическом диастазе лонного сочленения **рекомендована** физиотерапия в послеродовом периоде с целью ускорения процессов репарации (*шкала рекомендации С*).

Лечение назначает врач-физиотерапевт.

https://roag-portal.ru/recommendations_obstetrics

Медикаментозные методы лечения

При разрывах промежности III–IV степени **рекомендовано** применение слабительных средств и консультирование пациенток по вопросам профилактики запоров (*шкала рекомендации А*).

Слабительные средства рекомендованы в послеоперационном периоде. Рекомендуется использовать лактулозу – 10 дней после операции. Смягчители стула и оральные слабительные средства следует назначать женщинам с акушерским повреждением анального сфинктера, послеродовое консультирование должно включать в себя рекомендации по избеганию запоров.

При угрожающем, начавшемся или свершившемся разрыве матки в родах **рекомендовано**

немедленно остановить инфузию окситоцина в случае его применения **(шкала рекомендации C)**.

При патологическом диастазе лонного сочленения в послеродовом периоде **рекомендовано** назначить препараты кальция перорально **(шкала рекомендации C)**.

При патологическом диастазе лонного сочленения в послеродовом периоде в качестве терапии первой линии рекомендовано назначить ибупрофен или парацетамол с целью купирования болевого синдрома и воспаления **(шкала рекомендации C)**.

Терапию обычно начинают с ибупрофена 400 мг 3 раза в день. Обезболивание должно сочетаться с постельным режимом, который осуществляется на боку или в гамаке.

https://roag-portal.ru/recommendations_obstetrics

Хирургическое лечение

При наличии разрывов вульвы и влагалища **рекомендовано** провести зашивание разрывов в раннем послеродовом периоде **(шкала рекомендации C)**.

Поверхностные повреждения, не сопровождающиеся кровотечением, не требуют вмешательства. Зашивание разрывов производится под местной инфильтративной анестезией. При глубоких разрывах в области клитора с повреждением уретры необходимо накладывать швы без захвата пещеристой ткани (в условиях катетеризации мочевого пузыря). В отдельных случаях может потребоваться консультация врача-уролога. Необходимо помнить о возможных аллергических реакциях на местные анестетики. После зашивания глубоких разрывов задней стенки влагалища целесообразно провести пальцевое исследование передней стенки анального отверстия и ампулы прямой кишки для исключения их прошивания. При обнаружении прошивания стенки прямой кишки следует распустить все швы, обработать операционное поле, руки хирурга, поменять перчатки. Повторно восстановить целостность тканей влагалища, прибегнув к помощи ассистента. В случаях невозможности надежного гемостаза разрыва влагалища допустимо проведение временной тугой тампонады разрыва. Дальнейшая тактика ведения, сроки удаления тампонов и необходимость проведения зашивания решается индивидуально. Необходимо помнить о риске недооценки объема кровопотери при зашивании разрывов влагалища.

При наличии гематом мягких тканей родовых путей в раннем послеродовом периоде **рекомендован** индивидуальный выбор тактики лечения **(шкала рекомендации C)**.

При гематомах небольших размеров рекомендована выжидательная тактика с использованием локальной гипотермии в области гематомы. При отсутствии признаков увеличения гематомы, небольших ее размерах, возможно консервативное лечение. При нарастании гематомы показано хирургическое лечение – вскрытие и лигирование кровоточащих сосудов. Возможно дренирование полости гематомы при отсутствии уверенности в надежности проведенного гемостаза. Инфицированные гематомы подлежат вскрытию и ведению согласно правилам гнойной хирургии. Необходимо помнить о риске недооценки кровопотери.

При разрывах промежности II–IV степени **рекомендовано** проводить хирургическое восстановление целостности стенки влагалища и мышц промежности с использованием синтетического абсорбируемого (рассасывающегося) шовного материала **(шкала рекомендации A)**.

Необходимо максимально точно восстановить анатомические взаимоотношения тканей. Зашивание разрыва промежности необходимо провести сразу после родов. При значительном кровотечении рекомендуется наложение зажима или тампонада области

разрыва до рождения плода.

При разрывах промежности II–IV степени **рекомендовано** проводить хирургическое восстановление целостности стенки влагалища и мышц промежности непрерывными швами (*шкала рекомендации A*).

При разрывах промежности I степени проводить хирургическое восстановление целостности кожи промежности можно как при помощи шовного материала, так и с применением адгезивного клея. Кроме того, при отсутствии кровотечения и небольших размерах дефекта (по мнению некоторых авторов) зашивание не является необходимым. По мнению других экспертов, необходимо проводить восстановление в случае наличия кровотечения или нарушения анатомии наружных половых органов.

При разрывах промежности III–IV степени **рекомендовано** проводить хирургическое восстановление целостности анального сфинктера и прямой кишки (*шкала рекомендации C*).

При зашивании стенки прямой кишки и сфинктера прямой кишки оптимальным является участие врача – колопроктолога или врача – хирурга. Если такой возможности нет, сначала зашивается слизистая кишки, затем восстанавливается анальный сфинктер. После проведения зашивания разрыва промежности III – IV степени обязательным является контроль функции сфинктера прямой кишки при проведении трансректального пальцевого исследования сразу после завершения хирургического вмешательства. Использование слабительных средств у пациенток с разрывом промежности III степени ассоциировано со значительно более ранней и менее болезненной первой дефекацией после операции и более ранней выпиской из госпиталя в послеродовом периоде в сравнении с задержкой дефекации. Но не было продемонстрировано значительных различий в функционировании анального сфинктера, частоте раневых инфекций. Рекомендуется использовать лактулозу в течение 10 дней после операции. Препараты, размягчающие каловые массы, контактные слабительные средства и осмотические слабительные средства следует назначать женщинам с акушерским повреждением анального сфинктера, послеродовое консультирование должно включать в себя рекомендации по избеганию запоров. Женщинам следует избегать чрезмерной физической активности и подъема тяжести 4-6 недель, а после 4-6 недель возможно постепенное увеличение физической активности.

При разрывах шейки матки II–III степени **рекомендовано** зашивание разрывов (*шкала рекомендации A*).

При разрыве шейки матки I степени при отсутствии признаков кровотечения зашивание разрывов проводится не всегда. Разрыв шейки матки III степени является показанием к ручному контролю полости матки с целью исключения перехода разрыва на нижний сегмент тела матки. При наличии гематом в околomatочной клетчатке на фоне разрыва шейки матки ситуацию расценивают как разрыв матки, по поводу которого проводят лапаротомию, интраперитонеальное наложение швов. Вопрос об объеме хирургического вмешательства решается индивидуально, консилиумом врачей.

При угрожающем, начавшемся или свершившемся разрыве матки **рекомендовано** проведение экстренного родоразрешения путем кесарева сечения (*шкала рекомендации C*).

При разрыве матки в родах и кровотечении **рекомендована** катетеризация периферических вен на обеих руках иглами 14-16G с целью проведения инфузионной терапии и переливания компонентов крови (*шкала рекомендации C*).

При разрыве матки в родах **рекомендована** катетеризация мочевого пузыря с целью контроля диуреза (*шкала рекомендации C*).

Рекомендовано определить объем оперативного вмешательства при совершившемся разрыве матки после проведения лапаротомии и извлечения плода (*шкала рекомендации С*).

При проведении родоразрешения путем операции кесарева сечения по поводу разрыва матки после извлечения плода обязательным является выведение матки из брюшной полости и тщательная ее ревизия с целью исключения разрыва стенки матки. Возможные варианты хирургического вмешательства: зашивание разрыва матки, надвлагалищная ампутация матки или экстирпация матки с придатками или без. Объем вмешательства зависит от размера, локализации разрыва, наличия признаков инфекционного процесса, времени, прошедшего после разрыва матки, объема кровопотери, общего состояния женщины. Гистерэктомия ухудшает прогноз и проводится только по жизненным показаниям. Объем хирургического вмешательства определяется консилиумом врачей интраоперационно.

Рекомендовано органосохраняющее хирургическое вмешательство в объеме зашивания разрыва матки при: неполном разрыве матки, линейном разрыве матки с четкими краями, отсутствии признаков инфекции, сохраненной сократительной способности матки (*шкала рекомендации С*).

Рекомендована экстирпация матки (без маточных труб) при полном разрыве тела матки или ее нижнего сегмента с переходом на шейку матки, травме сосудистого пучка с формированием гематомы или продолжающемся кровотечении, невозможности определить нижний угол разрыва, разрыве шейки матки с переходом на тело (*шкала рекомендации С*).

Рекомендовано определять объем операции при полном разрыве матки исходя из навыков врача-хирурга, степени повреждения матки, показателей гемодинамики (*шкала рекомендации С*).

Решение о выполнении гистерэктомии основывается на сочетании факторов, которые включают в себя: будущие репродуктивные планы пациентки, степень повреждения матки, интраоперационную гемодинамику, навыки хирурга по восстановлению сложных разрывов. Во всех случаях полного разрыва матки во время операции проводится тщательная ревизия мочевого пузыря, мочеточников, кишечника, осуществляется дренирование брюшной полости.

Рекомендовано вправление выворота матки сразу после установления диагноза в условиях общей анестезии (*шкала рекомендации С*).

При затруднении в проведении процедуры вправления выворота матки рекомендовано использование миорелаксации. После вправления выворота рука врача не выводится из полости вправленной матки до восстановления тонуса стенок матки (но не более чем 15 минут). После вправления выворота матки необходимо введение утеротонизирующих препаратов.

https://roag-portal.ru/recommendations_obstetrics

Медицинская реабилитация

Рекомендована разработка индивидуальных программ реабилитации пациенток после разрывов промежности III–IV степени, нарушения функции лонного сочленения в родах (*шкала рекомендации С*).

Рекомендована консультация врача по медицинской реабилитации после разрывов

промежности III–IV степени, нарушения функции лонного сочленения в родах (*шкала рекомендации C*).

Мероприятия по реабилитации пациенток данной группы должны начинаться как можно раньше, уже в акушерском стационаре и продолжаться на амбулаторном этапе после выписки из стационара.

Продолжительность программы реабилитационных мероприятий индивидуальна, определяется врачом акушером-гинекологом и врачом по медицинской реабилитации.

https://roag-portal.ru/recommendations_obstetrics

Профилактика и диспансерное наблюдение

Рекомендовано своевременное проведение эпизиотомии по показаниям (дистресс плода, вакуум-экстракция плода, наложение акушерских щипцов, дистоция плечиков плода) квалифицированное оказание акушерского пособия в соответствии с клиническими рекомендациями, проведение влагалищных оперативных родов в соответствии с требованиями клинических рекомендаций, тщательный осмотр мягких тканей родовых путей после родоразрешения и полноценное восстановление целостности нарушенных тканей с целью профилактики родовых травм матери и их осложнений (*шкала рекомендации C*).

Рекомендовано обследование каждой родильницы, у которой в послеродовом периоде появился нестандартный болевой синдром в малом тазу или в области промежности, включая бимануальное влагалищное исследование, ультразвуковое исследование органов малого таза, с целью исключения гематом мягких тканей родовых путей (*шкала рекомендации C*).

Рекомендовано адекватное обезболивание, предупреждение преждевременных потуг (до полного открытия шейки матки), рациональное применение утеротонизирующих средств с целью профилактики разрывов шейки матки (*шкала рекомендации C*).

НЕ РЕКОМЕНДОВАНО настаивать на определенном положении пациентки во время первого и второго периодов родов с целью снижения акушерского травматизма (*шкала рекомендации C*).

Пациентка должна иметь возможность самостоятельно определить наиболее комфортное для нее положение в первом и втором периодах родов.

Рекомендовано выведение мочи пациенткам с эпидуральной анальгезией в случаях, когда самостоятельное мочеиспускание невозможно с целью профилактики аномалий родовой деятельности (*шкала рекомендации C*).

Может использоваться как непрерывная, так и прерывистая катетеризация.

Проведение массажа промежности во втором периоде родов может быть полезным для профилактики разрывов промежности III–IV степени (*шкала рекомендации A*).

Рекомендовано прикладывание теплых компрессов на промежность во время потуг с целью профилактики разрывов промежности III–IV степени (*класс/шкала рекомендации 2A*).

НЕ РЕКОМЕНДОВАНА эпизиотомия с целью профилактики разрывов промежности (*шкала рекомендации A*).

Рекомендовано проведение медиолатеральной эпизиотомии при наличии показаний с целью

профилактики разрыва прямой кишки (*шкала рекомендации В*).

Показаниями к проведению эпизиотомии могут служить: дистресс плода, вакуум-экстракция плода, наложение акушерских щипцов, дисточия плечиков плода. Медиолатеральная эпизиотомия является более предпочтительной, чем эпизиотомия по средней линии, так как эпизиотомия по средней линии связана с повышенным риском повреждения комплекса анального сфинктера; однако существующие данные позволяют предположить, что медиолатеральная эпизиотомия может приводить к боли в промежности и диспареунии.

Рекомендовано соблюдение техники контролируемых тракций за пуповину в III периоде родов с целью профилактики выворота (*шкала рекомендации С*).

При разрывах промежности III-IV степени **рекомендована** антибиотикопрофилактика в послеродовом периоде (*шкала рекомендации А*).

При вывороте матки **рекомендована** антибиотикопрофилактика в послеродовом периоде (*шкала рекомендации С*).

Пациенткам при доношенной одноплодной беременности, в анамнезе перенесшим разрыв матки в родах, **рекомендовано** повторное плановое КС не позднее 38 недель (*шкала рекомендации С*).

https://roag-portal.ru/recommendations_obstetrics

Организация оказания медицинской помощи

Как правило, случаи акушерского травматизма диагностируются уже при нахождении в стационаре, в родовом отделении или, в редких случаях, на этапе послеродового отделения.

Показания для госпитализации в медицинскую организацию акушерского профиля:

- 1) появление признаков угрозы разрыва матки во время беременности (экстренная госпитализация в ближайшую медицинскую организацию акушерского профиля);
- 2) появление признаков повреждения лонного сочленения во время беременности - для проведения обследования и подбора схемы терапии.

Медицинская помощь пациенткам с акушерскими травмами во время родов оказывается в экстренном порядке в медицинской организации, в которой произошло родоразрешение. Транспортировка пациенток на фоне продолжающегося кровотечения противопоказана.

Появление признаков угрозы разрыва матки во время беременности является показанием к госпитализации в ближайшую медицинскую организацию акушерского профиля, не зависимо от уровня оказываемой медицинской помощи. При угрозе разрыва матки или свершившемся разрыве матки во время беременности или в родах, показано экстренное родоразрешение путем операции кесарева сечения в медицинской организации, куда госпитализирована пациентка. При оказании медицинской помощи пациентке с разрывом матки во время беременности или в родах в акушерских стационарах I и II группы показан вызов акушерской анестезиолого- реанимационной бригады с обязательным включением в нее опытного врача акушера- гинеколога, владеющего необходимым объемом хирургических вмешательств. Включение в выездную бригаду других смежных специалистов (врача-сосудистого хирурга, врача-уролога и др.) решается индивидуально.

Показания к выписке пациента из медицинской организации: выписка рожениц из акушерского стационара проводится по общим правилам при следующих условиях:

- 1) отсутствие гипертермии (выше 37,2°C) и неосложненное течение послеоперационного

периода;

2) отсутствие патологических изменений при трансабдоминальном или трансвагинальном ультразвуковом исследовании матки и придатков;

3) отсутствие признаков мастита и лактостаза;

4) отсутствие признаков воспаления в области шва.

Выписка возможна с нерассасывающимся шовным материалом с последующим удалением шовной нити по месту жительства.

Дополнительная информация

При своевременном и адекватном хирургическом восстановлении повреждений родовых путей и при соответствующем ведении послеродового периода прогноз благоприятный.

При разрывах влагалища и осложненном течении послеродового периода (вторичное заживление швов), возможно формирование рубцовых деформаций стенок влагалища с увеличением риска травматических осложнений при последующих родах, а также несостоятельности тазового дна в отдаленном периоде.

При разрывах шейки матки, несвоевременной их диагностике и отсутствии зашивания, осложненном течении послеродового периода (вторичное заживление швов), возможно формирование рубцовых деформаций шейки матки, эктропиона с увеличением риска травматических осложнений при последующих родах.

Разрыв матки является жизнеугрожающим состоянием для матери и плода. Несвоевременная диагностика и лечение угрожающего или свершившегося разрыва матки приводит к развитию шокового состояния, кровотечению, ante- или интранатальной гибели плода.

При своевременной диагностике и правильном лечении выворота матки прогноз благоприятный. При неоказании срочной медицинской помощи возможен летальный исход вследствие шока и кровотечения, а в более позднем периоде – гнойно-септических осложнений (перитонит, сепсис).

Критерии оценки качества медицинской помощи

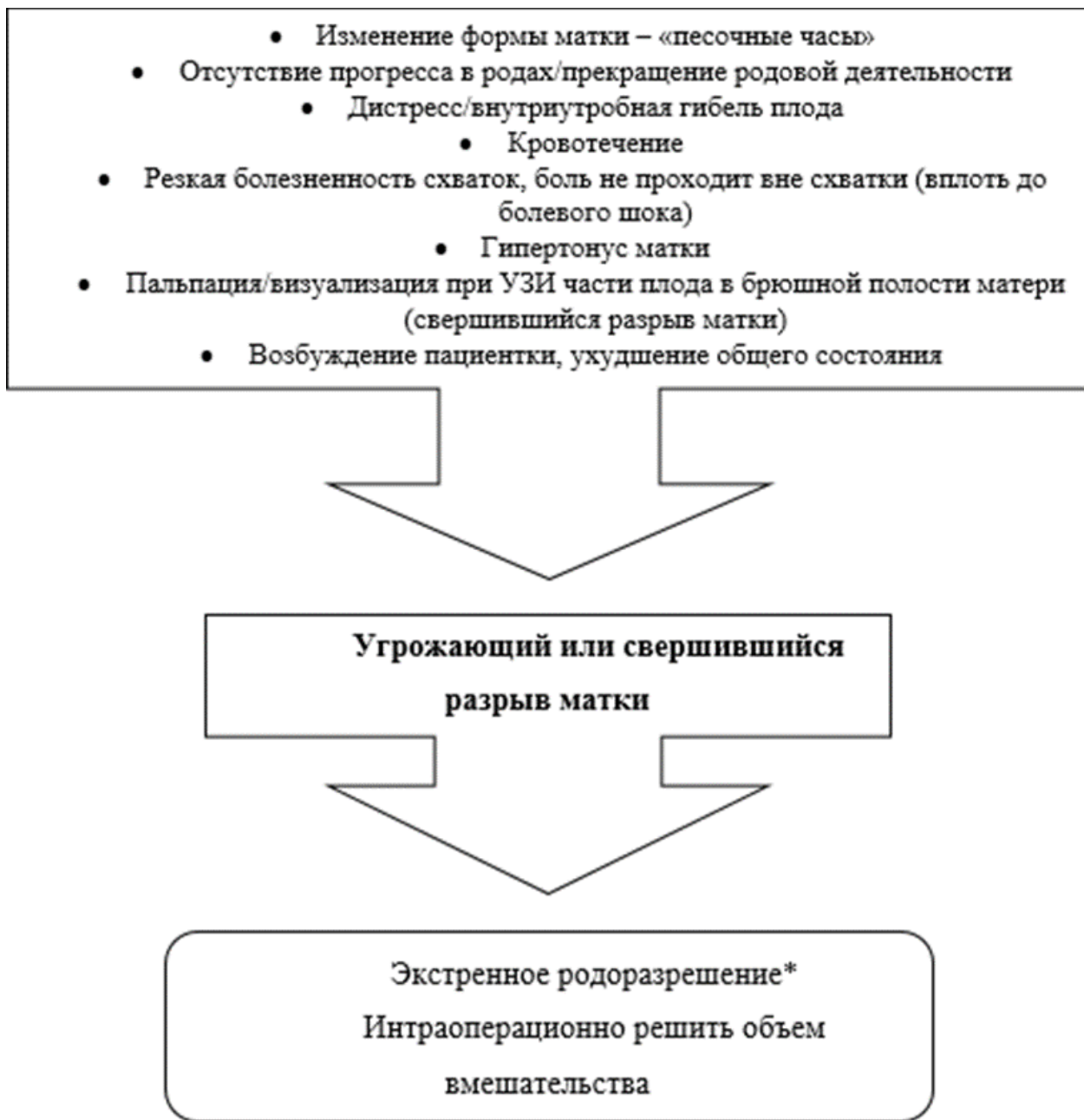
№	Критерии качества	Оценка выполнения
1.	Проведено экстренное родоразрешение путем кесарева сечения при симптомах угрожающего, начавшегося или свершившегося разрыва матки	Да/Нет
2.	Проведена антибиотикопрофилактика в послеродовом периоде при разрывах промежности III-IV степени	Да/Нет
3.	Выполнено ушивание разрывов шейки матки II-III степени	Да/Нет
4.	Выполнено хирургическое восстановление целостности стенки влагалища и мышц промежности при разрыве промежности II-IV степени	Да/Нет
5.	Назначен постельный режим в послеродовом периоде при повреждении лонного сочленения	Да/Нет
6.	Проведено вправление выворота матки сразу после установления диагноза в условиях общей анестезии	Да/Нет

Список литературы

1. Клинические рекомендации Министерства здравоохранения Российской Федерации «Разрывы промежности при родоразрешении и другие акушерские травмы (акушерский травматизм). Москва, РФ, 2024.
2. Maternity & Children's Services Clinical Governance Committee. Ruptured Uterus guideline (GL908). 7th June 2019.
3. Norvilaite K., Kezeviciute M., Ramasauskaite D., Arlauskiene A., Bartkeviciene D., Uvarovas V. Postpartum pubic symphysis diastasis-conservative and surgical treatment methods, incidence of complications: Two case reports and a review of the literature.
4. Macrosomia: ACOG Practice Bulletin, Number 216. Obstet Gynecol. 2020; 135(1):e18–35.
5. Fitzpatrick K.E., Kurinczuk J.J., Bhattacharya S., Quigley M.A. Planned mode of delivery after previous cesarean section and short-term maternal and perinatal outcomes: A population-based record linkage cohort study in Scotland. PLoS Med. 2019; 16(9):e1002913.
6. Care of a third- or fourth-degree tear that occurred during childbirth (also known as obstetric anal sphincter injury – OASI). October 2019 RCOG.
7. Tanos V., Toney Z.A. Uterine scar rupture - Prediction, prevention, diagnosis, and management. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol. 2019; 59:115–31.
8. Ducarme G., Pizzoferrato A.C., de Tayrac R., Schantz C., Thubert T., Le Ray C., et al. Perineal prevention and protection in obstetrics: CNGOF clinical practice guidelines. J Gynecol Obstet Hum Reprod. 2019; 48(7):455–60.
9. WHO recommendations Intrapartum care for a positive childbirth experience. World Health Organization. 2018.
10. American College of Obstetricians and Gynecologists. Vaginal birth after cesarean delivery. ACOG Practice Bulletin No. 205. Obstet Gynecol 2019; 133:e110–27.
11. Kawashima M., Tokushige H. Analysis of puerperal hematoma: a retrospective study. J Rural Med. 2021 Jul;16(3):139-142.
12. Michalska M., Bojar I., Borycki J., Zięba B., Brandl S., Kołaciński R., et al. Postnatal inversion of the uterus - management in specific cases. Ann Agric Environ Med. 2020 Dec 22;27(4):717-720.
13. Elliot V., Yaskina M., Schulz J. Obstetrical Anal Sphincter Injuries and the Need for Adequate Care. Female Pelvic Med Reconstr Surg. Mar/Apr 2019;25(2):109-112.

Приложения

Алгоритм ведения пациентки с угрожающим и свершившимся разрывом матки



* при свершившихся родах через естественные родовые пути следует произвести ручное обследование полости матки с целью контроля целостности стенок матки