

Клинические рекомендации – Разрывы промежности при родоразрешении и другие акушерские травмы (акушерский травматизм) – 2023-2024-2025 (23.05.2023) – Утверждены Минздравом РФ

Кодирование по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем: O70, O71, O26.7

Год утверждения (частота пересмотра): 2023

Возрастная категория: Взрослые, Дети

Пересмотр не позднее: 2025

ID: 768

По состоянию на 23.05.2023 на сайте МЗ РФ

Разработчик клинической рекомендации

- Российское общество акушеров-гинекологов

Одобрено Научно-практическим Советом Минздрава РФ

Список сокращений

ВР	влагалищные роды
КС	кесарево сечение
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 предлежащей 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 мочевой 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 [3].

1. Краткая информация по заболеванию или состоянию (группы заболеваний или состояний)

1.1. Определение заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

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

1.2. Этиология и патогенез заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

Причинами разрыва вульвы служат ограниченные возможности растяжения тканей, роды крупным, гигантским и (или) переношенным 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 [2].

Разрывы влагалища возникают при недостаточной растяжимости его стенок, инфантилизме, инфекционно-воспалительных процессах, оперативных родах, разгибательных вставлениях, крупной головке плода, затяжных родах [2]. По мере увеличения массы тела плода увеличивается вероятность родовых травм [4, 5]. Чаще разрывы возникают в нижней части влагалища, обычно одновременно с разрывом промежности. Средняя часть влагалища, как менее фиксированная и более растяжимая, травмируется редко. Причинами 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 ее 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 у пожилых первородящих или 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 [2].

Во время родов может произойти разрыв кровеносных сосудов и кровоизлияние в клетчатку наружных половых органов или под слизистую оболочку влагалища. Причинами

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.) [2]. 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 [2]. 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 [2].

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 воздействующими 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 [6], однако существует мнение, что дисплазия соединительной ткани, гипотония матки и механическое давление на нее могут быть факторами риска [2].

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 мочевого пузыря и уретра [2].

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

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 [7-9].

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 [10-12], [40], [67].

Частота разрыва промежности III-IV степени в Российской Федерации за последние 15 лет снизилась более чем в 2 раза (в 2005 г. – 0,34 на 1000 родов, в 2019 г. – 0,15 на 1000 родов). Частота разрыва промежности III-IV степени в ряде регионов на протяжении последних 15 лет остается высокой и достигает максимального значения 1,78 на 1000 родов.

Разрывы шейки матки встречаются в 6-15% родов.

Частота разрыва матки в общей популяции пациенток составляет приблизительно 0,02% [1, 13]. 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 10000 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 10000 родов и высоких – в развивающихся: Нигерии, Эфиопии, Пакистане, Йемене – 50-263 на 10000 родов [14-16].

Частота разрыва матки в Российской Федерации за последние 15 лет имеет тенденцию к росту (в 2005 г. – 0,14 на 1000 родов, в 2019 г. – 0,18 на 1000 родов). При этом обращает на себя внимание и рост частоты разрывов матки вне стационара (в 2005 г. – 25,4% от всех разрывов матки, в 2019 г. – 33,2%). Частота разрыва матки в ряде регионов на протяжении последних 15 лет остается высокой и достигает максимального значения 1,13 на 1000 родов. В Москве, согласно сведениям организационно-методического отдела Департамента здравоохранения г. Москвы, частота разрыва матки в 2018 г. – 3,2 на 10000 родов [12, 13].

1.4. Особенности кодирования заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний) по Международной статической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем

O70 Разрывы промежности при родоразрешении

O70.0 Разрыв промежности первой степени в процессе родоразрешения

O70.1 Разрыв промежности второй степени в процессе родоразрешения

O70.2 Разрыв промежности третьей степени в процессе родоразрешения

O70.3 Разрыв промежности четвертой степени в процессе родоразрешения

O70.9 Разрыв промежности в процессе родоразрешения неуточненный

O71 Другие акушерские травмы

O71.0 Разрыв матки до начала родов

O71.1 Разрыв матки во время родов

O71.2 Послеродовой выворот матки

O71.3 Акушерский разрыв шейки матки

O71.4 Акушерский разрыв только верхнего отдела влагалища

O71.5 Другие акушерские травмы тазовых органов

O71.6 Акушерские травмы тазовых суставов и связок

O71.7 Акушерская гематома таза

O71.8 Другие уточненные акушерские травмы

O71.9 Акушерская травма неуточненная

O26.7 Подвывих лонного сочленения во время беременности, родов и в послеродовом периоде

1.5. Классификация заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

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) [2].

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 околовлагалищной клетчатки;
- в области ягодичных мышц.

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

IV. Разрывы промежности:

4.1. По степени повреждения [2]:

- 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:
 - IIIа – менее 50% наружного анального сфинктера.
 - IIIб – более 50% наружного анального сфинктера.
 - IIIс – 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 [13]:

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).

Согласно классификации академика Савельевой Г.М. (2020 г.) выделяют [22]:

1. Насильственный разрыв матки

2. Самопроизвольный разрыв матки

a. Механический

i. Разрыв во время родов

b. Гистопатический

i. Разрыв оперированной матки

1. Разрыв во время беременности

2. Разрыв во время родов

ii. Разрыв неоперированной матки

1. Разрыв во время беременности

2. Разрыв во время родов

c. Механо-гистопатический

i. Разрыв во время родов

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 [22].

1.6. Клиническая картина заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

При осмотре обнаруживают нарушение целостности мягких тканей родовых путей с кровотечением или без него. Признаком разрывов влагалища может служить кровотечение сразу после родов [2].

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 [2, 13].

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.

Основные клинические признаки угрожающего разрыва промежности во время родов: выпячивание промежности, цианоз, отек и побледнение кожи. 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 глубжележащие ткани, но кожа не повреждается. В некоторых случаях разрыв начинается с кожных покровов, переходя на глубжележащие ткани, но не доходит до слизистой оболочки влагалища [13].

Неглубокие разрывы шейки матки длиной 0,5-1,0 см обычно бессимптомны, поэтому осмотр шейки матки в зеркалах обязателен для всех родильниц. Более глубокие разрывы сопровождаются кровотечением различной интенсивности. При повреждении нисходящей шейной 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 [2].

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 [2].

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, вытянутая 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 [13].

Симптомы угрожающего разрыва матки определяются перерастяжением нижнего маточного сегмента [22]:

- жалобы на болезненные схватки, если не произведена эпидуральная анестезия, затрудненное мочеиспускание;
- объективно: высокое, косое расположение контракционного кольца, асимметричное по высоте расположение круглых связок, перерастянутый мочевой 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 образованием 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 [22]. 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 [13].

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 [13].

Проникающий свершившийся разрыв матки для диагностики трудностей не представляет [22]:

- 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 [22]:

- 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 [22]:

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 в месте 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 гистопатического разрыва матки по рубцу во время родов [22]:

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 пузырчаточной 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 [22].

Расползание рубца/аневризма имеет отличную картину: расхождение рубца и полупрозрачное выбухание, к которому прилежат части плода. Расползание 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 [23].

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 [13].

2. Диагностика заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний) медицинские показания и противопоказания к применению методов диагностики

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 [2].

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 [2].

При образовании больших гематом необходимо тщательное ректальное и влагалищное исследование, а также пальпация брюшной полости [2].

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 [2].

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 матку 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 [2].

Диагностика при угрожающем, начавшемся и свершившемся разрыве матки – см. [раздел 1.6](#).

2.1. Жалобы и анамнез

Жалобы – см. [раздел 1.6](#)

- Рекомендовано проводить сбор анамнеза и выявление факторов риска акушерского травматизма во II и III триместре беременности, в родах [2, 13].

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

2.2. Физикальное обследование

- Рекомендован осмотр родовых путей в зеркалах после родоразрешения с целью

своевременной диагностики травм мягких тканей родового канала в родах [2, 13].

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

- При разрыве промежности III-IV степени рекомендовано трансректальное пальцевое исследование после родоразрешения с целью оценки целостности стенки прямой кишки и ее наружного сфинктера [2, 7, 24].

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

- При разрыве матки и разрыве шейки матки III степени рекомендовано проведение ручного послеродового обследования матки с целью подтверждения или исключения разрыва матки [2, 7, 24, 25].

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

Комментарии: 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 [2].

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

Комментарий: Обращают внимание на ширину лонного сочленения, его болезненность при исследовании. Признаками повреждения лонного сочленения являются отечность и болезненность, углубление между разошедшимися концами лонных костей [2, 13]. Выраженный симфизит может являться одним из относительных показаний к плановому родоразрешению путем операции кесарева сечения.

2.3. Лабораторные диагностические исследования

- <1> При разрыве матки и вывороте матки в родах рекомендован общий (клинический) анализ крови и исследование уровня тромбоцитов крови с целью оценки наличия кровотечения [13].

<1> При кровотечении в 3-м периоде родов и в послеродовом периоде алгоритм обследования соответствует клиническим рекомендациям "Послеродовое кровотечение" https://roag-portal.ru/clinical_recommendations.

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

Комментарии: Определение уровня гемоглобина необходимо для выявления и лечения анемии, что способствует снижению риска негативных исходов [13].

2.4. Инструментальные диагностические исследования

- При разрыве матки 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 [2, 13].

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

- С целью диагностики диастаза лонного сочленения рекомендовано проведение рентгенографии лобка [2, 13].

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

- При наличии гематомы мягких тканей родовых путей рекомендована магнитно-резонансная ангиография с контрастированием при неэффективности хирургических методов остановки кровотечения при вскрытии гематомы [2, 13].

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

Комментарий: Выявление источника кровотечения в области гематомы позволяет провести селективную эндоваскулярную эмболизацию сосудов с целью устойчивого гемостаза [13].

2.5. Иные диагностические исследования

Не применимо.

3. Лечение, включая медикаментозную и немедикаментозную терапию, диетотерапию, обезболивание, медицинские показания и противопоказания к применению методов лечения

3.1. Немедикаментозные методы лечения

- При патологическом диастазе лонного сочленения рекомендовано соблюдение постельного режима в положении на боку или в гамаке [26].

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

Комментарий: Лечение назначает врач-травматолог-ортопед. При разрыве лонного сочленения или значительном расхождении костей таза требуется хирургическое вмешательство [27].

- При патологическом диастазе лонного сочленения рекомендована физиотерапия в послеродовом периоде с целью ускорения процессов репарации [27].

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

Комментарий: Лечение назначает врач-физиотерапевт.

3.2. Медикаментозные методы лечения

- При разрывах промежности III-IV степени рекомендовано применение слабительных средств и консультирование пациенток по вопросам профилактики запоров [28, 29].

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

Комментарий: Исследование демонстрирует, что 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 стационара в послеродовом периоде в сравнении с задержкой дефекации. Не было продемонстрировано значительных различий в функциональном исходе для анального сфинктера, частоте раневых инфекций. 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 [38].

- При угрожающем, начавшемся или свершившемся разрыве матки в родах рекомендовано немедленно остановить инфузию окситоцина** в случае его применения [1].

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

- При патологическом диастазе лонного сочленения в послеродовом периоде рекомендовано назначить препараты кальция перорально [13].

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

- 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 [13], [26], [80].

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

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

3.3. Хирургические методы лечения

- При наличии разрывов вульвы и влагалища рекомендовано провести зашивание разрывов в раннем послеродовом периоде [30].

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

Комментарии: 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 [81].

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

Комментарии: 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 [30].

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

Комментарии: 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 последа.

- При разрывах промежности II-IV степени рекомендовано проводить хирургическое восстановление целостности стенки влагалища и мышц промежности непрерывными швами [31].

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

Комментарии: При разрывах промежности I степени проводить хирургическое восстановление целостности кожи промежности можно как при помощи шовного материала, так и с применением адгезивного клея [32, 33]. Кроме того, при отсутствии кровотечения и небольших размерах дефекта (по мнению некоторых авторов) зашивание не является необходимым [34]. По мнению других экспертов, необходимо проводить восстановление в случае наличия кровотечения или нарушения анатомии наружных половых органов [35, 36].

- При разрывах промежности III-IV степени рекомендовано проводить хирургическое восстановление целостности анального сфинктера и прямой кишки [35-37].

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

Комментарии: 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 [29, 38, 39].

- При разрывах шейки матки II-III степени рекомендовано зашивание разрывов [2, 37, 40].

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

Комментарии: 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 околоматочной 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 [2, 41-43].

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

- 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 [1].

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

- При разрыве матки в родах рекомендована катетеризация мочевого пузыря с целью контроля диуреза [1].

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

- Рекомендовано определить объем оперативного вмешательства при совершившемся разрыве матки после проведения лапаротомии и извлечения плода [44].

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

Комментарии: 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 [2, 13, 45, 46].

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

- 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 [2, 13, 45, 46].

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

- Рекомендовано определять объем операции при полном разрыве матки исходя из навыков врача-хирурга, степени повреждения матки, показателей гемодинамики. [47, 48].

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

Комментарий: 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 [13, 82].

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

Комментарий: 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 [82].

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

- Рекомендована разработка индивидуальных программ реабилитации пациенток после разрывов промежности III-IV степени, нарушения функции лонного сочленения в родах [83, 84].

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

- Рекомендована консультация врача по медицинской реабилитации после разрывов промежности III-IV степени, нарушения функции лонного сочленения в родах [50, 51].

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

Комментарии: 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. Комплекс реабилитационных мероприятий может включать физиотерапевтические методы, лечебную физкультуру, санаторно-курортное лечение [49].

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

Специфической профилактики родового травматизма матери не существует.

- Рекомендовано своевременное проведение эпизиотомии по показаниям (дистресс плода, вакуум-экстракция плода, наложение акушерских щипцов, дистоция плечиков плода [66, 67]) м, 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 [2, 49].

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

Комментарий: см. Клинические рекомендации "Нормальные роды" (РОАГ, 2021). <1>

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

- 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 [49].

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

- Рекомендовано адекватное обезболивание, предупреждение преждевременных потуг (до полного открытия шейки матки), рациональное применение утеротонизирующих средств

с целью профилактики разрывов шейки матки [37].

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

- Не рекомендовано настаивать на определенном положении пациентки во время первого и второго периодов родов с целью снижения акушерского травматизма [25, 49].

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

Комментарий: Пациентка должна иметь возможность самостоятельно определить наиболее комфортное для нее положение в первом и втором периодах родов [49].

- Рекомендовано выведение мочи пациенткам с эпидуральной анальгезией в случаях, когда самостоятельное мочеиспускание невозможно с целью профилактики аномалий родовой деятельности [49].

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

Комментарий: Может использоваться как непрерывная, так и прерывистая катетеризация [49].

- Рекомендовано проведение массажа промежности во втором периоде родов с целью профилактики разрывов промежности III-IV степени [52].

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

- Рекомендовано прикладывание теплых компрессов на промежность во время потуг с целью профилактики разрывов промежности III-IV степени [52].

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

- Не рекомендована рутинная эпизиотомия с целью профилактики разрывов промежности [40, 65].

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

- Рекомендовано проведение медиолатеральной эпизиотомии при наличии показаний с целью профилактики разрыва прямой кишки [66].

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

Комментарий: Показаниями к проведению эпизиотомии могут служить: дистресс плода, вакуум-экстракция плода, наложение акушерских щипцов, дистоция 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 [67].

- Рекомендовано соблюдение техники контролируемых тракций за пуповину в III периоде родов с целью профилактики выворота матки [13, 50].

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

- При разрывах промежности III-IV степени рекомендована антибиотикопрофилактика в послеродовом периоде [68-71].

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

- При вывороте матки рекомендована антибиотикопрофилактика в послеродовом периоде [2, 72].

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

- Пациенткам при доношенной одноплодной беременности, в анамнезе перенесшим разрыв матки в родах, рекомендовано повторное плановое КС не позднее 38 недель [2, 50, 51, 73-79]. <2>

<2> https://roag-portal.ru/clinical_recommendations

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

6. 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 свершившимся 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 °С) 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.

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

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) [2].

Критерии оценки качества медицинской помощи

N	Критерии качества	Оценка выполнения (да/нет)
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. Maternity & Children's Services Clinical Governance Committee. Ruptured Uterus guideline (GL908). 7th June 2019.
2. Акушерство: национальное руководство/под ред. Г.М. Савельевой, Г.Т. Сухих, В.Н. Серова, В.Е. Радзинского. – 2-е изд., перераб. и доп. М.: ГЭОТАР-Медиа; 2018. 1088 р.
3. Norvilaite K., Kezeviciute M., Ramauskaite 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. World J Clin cases.

2020; 8(1): 110 – 9.

4. Macrosomia: ACOG Practice Bulletin, Number 216. *Obstet Gynecol.* 2020; 135(1): e18 – 35.

5. Practice Bulletin No. 173 Summary: Fetal Macrosomia. *Obstet Gynecol.* 2016; 128(5): 1191 – 2.

6. Deneux-Tharoux C., Sentilhes L., Maillard F., Closset E., Vardon D., Lepercq J., et al. Effect of routine controlled cord traction as part of the active management of the third stage of labour on postpartum haemorrhage: multicentre randomised controlled trial (TRACOR). *BMJ.* 2013; 346: f1541.

7. Smith L.A., Price N., Simonite V., Burns E.E. Incidence of and risk factors for perineal trauma: a prospective observational study. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2013; 13(1): 59.

8. Rogers R., Leeman L., Borders N., Qualls C., Fullilove A., Teaf D., et al. Contribution of the second stage of labour to pelvic floor dysfunction: a prospective cohort comparison of nulliparous women. *BJOG An Int J Obstet Gynaecol.* 2014; 121(9): 1145 – 54.

9. Vale de Castro Monteiro M., Pereira G.M.V., Aguiar R.A.P., Azevedo R.L., Correia-Junior M.D., Reis Z.S.N. Risk factors for severe obstetric perineal lacerations. *Int Urogynecol J.* 2016; 27(1): 61 – 7.

10. Delgado Nunes V., Gholitabar M., Sims J.M., Bewley S., Guideline Development Group. Intrapartum care of healthy women and their babies: summary of updated NICE guidance. *BMJ.* 2014; 349: g6886.

11. Jiang H., Qian X., Carroli G., Garner P. Selective versus routine use of episiotomy for vaginal birth. *Cochrane database Syst Rev.* 2017; 2: CD000081.

12. LaCross A., Groff M., Smaldone A. Obstetric anal sphincter injury and anal incontinence following vaginal birth: a systematic review and meta-analysis. *J Midwifery Womens Health.* 60(1): 37-47.

13. Радзинский В.Е., Фукса А.М. Акушерство. М.: ГЭОТАР-Медиа; 2016. 1040 p.

14. Motomura K., Ganchimeg T., Nagata C., Ota E., Vogel J.P., Betran A.P., et al. Incidence and outcomes of uterine rupture among women with prior caesarean section: WHO Multicountry Survey on Maternal and Newborn Health. *Sci Rep.* 2017; 7: 44093.

15. Augustin G. Spontaneous Uterine Rupture. In: *Acute Abdomen During Pregnancy.* Cham: Springer International Publishing; 2018. p. 621 – 62.

16. 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.

17. Sultan A.H. Obstetric perineal injury and anal incontinence. *Clin Risk.* 1999; (5): 193 – 6.

18. Koelbl H, Igawa T, Salvatore S, Laterza RM, Lowry A, Sievert KD, et al. Pathophysiology of urinary incontinence, faecal incontinence and pelvic organ prolapse. In: Abrams P, Cardozo L, Khoury S, Wein A, editors. *Incontinence.* 5th ed. [place unknown]: ICUD.

19. Roos A.-M., Thakar R., Sultan A.H. Outcome of primary repair of obstetric anal sphincter injuries (OASIS): does the grade of tear matter? *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2010; 36(3): 368 – 74.

20. De Leeuw J.W., Vierhout M.E., Struijk P.C., Hop W.C., Wallenburg H.C. Anal sphincter damage after vaginal delivery: functional outcome and risk factors for fecal incontinence. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2001; 80(9): 830 – 4.

21. Visscher A.P., Lam T.J., Hart N., Felt-Bersma R.J.F. Fecal incontinence, sexual complaints, and anorectal function after third-degree obstetric anal sphincter injury (OASI): 5-year follow-up. *Int Urogynecol J.* 2014; 25(5): 607 – 13.

22. Савельева Г.М., Курцер М.А., Бреслав И.Ю., Конопляников А.Г., Латышкевич О.А. Разрывы матки в современном акушерстве. *Акушерство и гинекология.* 2020; (9): 48-55.

23. Савельева Г.М., Курцер М.А., Бреслав И.Ю., Караганова Е.Я., Неклюдова Ю.В. Непроницающий разрыв матки по рубцу после кесарева сечения и расползание/аневризма

рубца на матке во второй половине беременности и родах. *Акушерство и гинекология*. 2021; (6).

24. Andrews V., Sultan A.H., Thakar R., Jones P.W. Occult anal sphincter injuries-myth or reality? *BJOG An Int J Obstet Gynaecol*. 2006; 113(2): 195-200.

25. Le Ray C., Pizzagalli F. [Which interventions during labour to decrease the risk of perineal tears? CNGOF Perineal Prevention and Protection in Obstetrics Guidelines]. *Gynecol Obstet Fertil Senol*. 2018; 46(12): 928 – 36.

26. Hou Z., Riehl J.T., Smith W.R., Strohecker K.A., Maloney P.J. Severe postpartum disruption of the pelvic ring: report of two cases and review of the literature. *Patient Saf Surg*. 2011; 5(1): 2.

27. Urraca-Gesto M.A., Plaza-Manzano G., Ferragut-Garcías A., Pecos-Martín D., Gallego-Izquierdo T., Romero-Franco N. Diastasis of symphysis pubis and labor: Systematic review. *J Rehabil Res Dev*. 2015; 52(6): 629 – 40.

28. Mahony R., Behan M., O'Herlihy C., O'Connell P.R. Randomized, clinical trial of bowel confinement vs. laxative use after primary repair of a third-degree obstetric anal sphincter tear. *Dis Colon Rectum*. 2004; 47(1): 12 – 7.

29. American College of Obstetricians and Gynecologists' Committee on Practice Bulletins-Obstetrics. Practice Bulletin No. 165: Prevention and Management of Obstetric Lacerations at Vaginal Delivery. *Obstet Gynecol*. 2016; 128(1): e1 – 15.

30. Kettle C., Dowswell T., Ismail K.M. Absorbable suture materials for primary repair of episiotomy and second degree tears. *Cochrane Database Syst Rev*. 2010;

31. Kettle C., Dowswell T., Ismail K.M. Continuous and interrupted suturing techniques for repair of episiotomy or second-degree tears. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012;

32. Feigenberg T., Maor-Sagie E., Zivi E., Abu-Dia M., Ben-Meir A., Sela H.Y., et al. Using Adhesive Glue to Repair First Degree Perineal Tears: A Prospective Randomized Controlled Trial. *Biomed Res Int*. 2014; 2014: 1-5.

33. Mota R., Costa F., Amaral A., Oliveira F., Santos C.C., Ayres-De-Campos D. Skin adhesive versus subcuticular suture for perineal skin repair after episiotomy – a randomized controlled trial. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2009; 88(6): 660 – 6.

34. Lundquist M., Olsson A., Nissen E., Norman M. Is It Necessary to Suture All Lacerations After a Vaginal Delivery? *Birth*. 2000; 27(2): 79-85.

35. Gilstrap L.I., Cunningham F., Vandorsten J. *Operative obstetrics*. 2nd ed. NY: McGraw-Hill; 2002.

36. Cunningham F., Leveno K., Bloom S., Spong C., Dashe J., Hoffman B. *Williams obstetrics*. 24th ed. NY: McGraw-Hill; 2014.

37. Sultan A.H., Thakar R. Lower genital tract and anal sphincter trauma. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2002; 16(1): 99-115.

38. The Management of Third-and Fourth-Degree Perineal Tears Green-top Guideline No. 29 June 2015.

39. Care of a third-or fourth-degree tear that occurred during childbirth (also known as obstetric anal sphincter injury – OASI). October 2019 RCOG.

40. Hartmann K., Viswanathan M., Palmieri R., Gartlehner G., Thorp J., Lohr K.N. Outcomes of Routine Episiotomy. *JAMA*. 2005; 293(17): 2141.

41. Tanos V., Toney Z.A. Uterine scar rupture – Prediction, prevention, diagnosis, and management. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2019; 59: 115 – 31.

42. Баскетт Т.Ф., Калдер Э.А., Арулкумаран С. *Оперативное акушерство Манро Керра*; под ред. Р. Элсивера, – М., 2015. – С. 199-214.

43. Soltsman S., Perlitz Y., Ben Ami M., Ben Shlomo I. Uterine rupture after previous low segment transverse cesarean is rarely catastrophic. *J Matern Fetal Neonatal Med*. 2018; 31(6): 708 –

12.

44. Charach R., Sheiner E. Risk factors for peripartum hysterectomy following uterine rupture. *Matern Fetal Neonatal Med.* 2013 Aug; 26(12): 1196 – 200.

45. Акушерство: учебное пособие/С.Н. Занько, Л.Е. Радецкая, Н.П. Жукова, И.М. Арестова, Н.И. Киселева, Д.М. Семенов, Е.Д. Кожар, Т.Н. Мацуганова, Н.С. Дейкало, А.Г. Бресский, О.В. Лысенко, Ю.В. Занько, М.И. Дедуль, И.В. Смирнова. – Витебск: В.

46. Акушерство: учебник для вузов/Савельева Г.М., Шалина Р.И., Сичинава Л.Г., Панина О.Б., Курцер М.А. – М. 2009. – 656 с.

47. Walsh C.A., Vaxi L. V. Rupture of the primigravid uterus: a review of the literature. *Obstet Gynecol Surv.* 2007; 62(5): 327 – 34; quiz 353 – 4.

48. Kapoor D.S., Sharma S.D., Alfirovic Z. Management of unscarred ruptured uterus. *J Perinat Med.* 2003; 31(4): 337 – 9.

49. 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.

50. Eshkoli T., Weintraub A.Y., Baron J., Sheiner E. The significance of a uterine rupture in subsequent births. *Arch Gynecol Obstet.* 2015; 292(4): 799-803.

51. Шмаков Р.Г., Баев О.Р., Пекарев О.Г., Пырегов А.В., Карапетян А.О., Приходько А.М., et al. Хирургическая тактика операции кесарева сечения. Учебное пособие./- М: Издательский дом "Бином". 2019. 82 стр.

52. Aasheim V., Nilsen A.B.V., Reinar L.M., Lukasse M. Perineal techniques during the second stage of labour for reducing perineal trauma. *Cochrane Database Syst Rev.* 2017;.

53. Riethmuller D., Ramanah R., Mottet N. Quelles interventions au cours du *dégagement* diminuent le risque de *lésions périnéales*? RPC *Prévention et protection périnéale en obstétrique CNGOF. Gynécologie Obs Fertil Sénologie*. 2018; 46(12): 937 – 47.

54. Dahlen H.G., Homer C.S.E., Cooke M., Upton A.M., Nunn R., Brodrick B. Perineal outcomes and maternal comfort related to the application of perineal warm packs in the second stage of labor: a randomized controlled trial. *Birth.* 2007; 34(4): 282 – 90.

55. Albers L.L., Sedler K.D., Bedrick E.J., Teaf D., Peralta P. Midwifery care measures in the second stage of labor and reduction of genital tract trauma at birth: a randomized trial. *J Midwifery Womens Health.* 2005; 50(5): 365 – 72.

56. Moiety F.M.S., Azzam A.Z. Fundal pressure during the second stage of labor in a tertiary obstetric center: a prospective analysis. *J Obstet Gynaecol Res.* 2014; 40(4): 946 – 53.

57. Laine K., Pirhonen T., Rolland R., Pirhonen J. Decreasing the incidence of anal sphincter tears during delivery. *Obstet Gynecol.* 2008; 111(5): 1053 – 7.

58. Parnell C., Langhoff-Roos J., Møller H. Conduct of labor and rupture of the sphincter ani. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2001; 80(3): 256 – 61.

59. Samuelsson E., Ladfors L., Wennerholm U.B., Gäreberg B., Nyberg K., Hagberg H. Anal sphincter tears: prospective study of obstetric risk factors. *BJOG.* 2000; 107(7): 926 – 31.

60. Pirhonen J.P., Grenman S.E., Haadem K., Gudmundsson S., Lindqvist P., Siihola S., et al. Frequency of anal sphincter rupture at delivery in Sweden and Finland--result of difference in manual help to the baby's head. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 1998; 77(10): 974 – 7.

61. McCandlish R., Bowler U., van Asten H., Berridge G., Winter C., Sames L., et al. A randomised controlled trial of care of the perineum during second stage of normal labour. *Br J Obstet Gynaecol.* 1998; 105(12): 1262 – 72.

62. Mayerhofer K., Bodner-Adler B., Bodner K., Rabl M., Kaider A., Wagenbichler P., et al. Traditional care of the perineum during birth. A prospective, randomized, multicenter study of 1,076 women. *J Reprod Med.* 2002; 47(6): 477 – 82.

63. Jönsson E.R., Elfaghi I., Rydhström H., Herbst A. Modified Ritgen's maneuver for anal sphincter injury at delivery: a randomized controlled trial. *Obstet Gynecol.* 2008; 112(2 Pt 1): 212 – 7.
64. Hals E., Øian P., Pirhonen T., Gissler M., Hjelle S., Nilsen E.B., et al. A multicenter interventional program to reduce the incidence of anal sphincter tears. *Obstet Gynecol.* 2010; 116(4): 901 – 8.
65. Carroli G., Mignini L. Episiotomy for vaginal birth. In: Carroli G, editor. *Cochrane Database of Systematic Reviews.* Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd; 2009.
66. Pergialiotis V., Vlachos D., Protopapas A., Pappa K., Vlachos G. Risk factors for severe perineal lacerations during childbirth. *Int J Gynecol Obstet.* 2014; 125(1): 6-14.
67. WHO recommendations Intrapartum care for a positive childbirth experience. *World Health Organization.* 2018.
68. van Schalkwyk J., Van Eyk N., INFECTIOUS DISEASES COMMITTEE. Antibiotic prophylaxis in obstetric procedures. *J Obstet Gynaecol Can.* 2010; 32(9): 878 – 84.
69. Stock L., Basham E., Gossett D.R., Lewicky-Gaupp C. Factors associated with wound complications in women with obstetric anal sphincter injuries (OASIS). *Am J Obstet Gynecol.* 2013; 208(4): 327. e1-6.
70. Lewicky-Gaupp C., Leader-Cramer A., Johnson L.L., Kenton K., Gossett D.R. Wound complications after obstetric anal sphincter injuries. *Obstet Gynecol.* 2015; 125(5): 1088 – 93.
71. Duggal N., Mercado C., Daniels K., Bujor A., Caughey A.B., El-Sayed Y.Y. Antibiotic prophylaxis for prevention of postpartum perineal wound complications: a randomized controlled trial. *Obstet Gynecol.* 2008; 111(6): 1268 – 73.
72. Zahn C.M., Yeomans E.R. Postpartum hemorrhage: placenta accreta, uterine inversion, and puerperal hematomas. *Clin Obstet Gynecol.* 1990; 33(3): 422 – 31.
73. Boyle A., Preslar J.P., Hogue C.J.R., Silver R.M., Reddy U.M., Goldenberg R.L., et al. Route of Delivery in Women With Stillbirth: Results From the Stillbirth Collaborative Research Network. *Obstet Gynecol.* 2017; 129(4): 693 – 8.
74. Hoffman M.K., Sciscione A., Srinivasana M., Shackelford D.P., Ekblad L. Uterine rupture in patients with a prior cesarean delivery: the impact of cervical ripening. *Am J Perinatol.* 2004; 21(4): 217 – 22.
75. Macones G.A., Peipert J., Nelson D.B., Odibo A., Stevens E.J., Stamilio D.M., et al. Maternal complications with vaginal birth after cesarean delivery: a multicenter study. *Am J Obstet Gynecol.* 2005; 193(5): 1656 – 62.
76. West H.M., Jozwiak M., Dodd J.M. Methods of term labour induction for women with a previous caesarean section. *Cochrane database Syst Rev.* 2017; 6: CD009792.
77. American College of Obstetricians and Gynecologists. Vaginal birth after cesarean delivery. *ACOG Practice Bulletin No. 205.* *Obstet Gynecol* 2019; 133: e110 – 27.
78. Клинические рекомендации "Послеоперационный рубец на матке, требующий предоставления медицинской помощи матери во время беременности, родов и в послеродовом периоде", М., РОАГ, 2021.
79. Клинические рекомендации "Роды одноплодные, самопроизвольное родоразрешение в затылочном предлежании (нормальные роды)", М., РОАГ, 2021.
80. Spigset O., Hägg S. Analgesics and breast-feeding. *Paediatric drugs.* 2000; 2(3): 223-238.
81. Kawashima M., Tokushige H. Analysis of puerperal hematoma: a retrospective study. *J Rural Med.* 2021 Jul; 16(3): 139-142.
82. 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.

83. 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.

84. Howell E. R. Pregnancy-related symphysis pubis dysfunction management and postpartum rehabilitation: two case reports. J Can Chiropr Assoc. 2012 Jun; 56(2): 102 – 11.

Приложение А1

Состав рабочей группы по разработке и пересмотру клинических рекомендаций

1. Пекарев Олег Григорьевич – д.м.н., профессор, заместитель директора института акушерства ФГБУ "Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. акад. В.И. Кулакова" Минздрава России (г. Москва). Конфликт интересов отсутствует.

2. Артымук Наталья Владимировна – д.м.н., профессор, заведующая кафедрой акушерства и гинекологии имени профессора Г.А. Ушаковой ФГБОУ ВО "Кемеровский государственный медицинский университет" Минздрава России, главный внештатный специалист Минздрава России по акушерству и гинекологии в Сибирском федеральном округе (г. Кемерово). Конфликт интересов отсутствует.

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

4. Башмакова Надежда Васильевна – д.м.н., профессор, главный научный сотрудник ФГБУ "НИИ ОММ" Минздрава России, заслуженный врач Российской Федерации, главный внештатный специалист Минздрава России по акушерству и гинекологии в Уральском федеральном округе (г. Екатеринбург). Конфликт интересов отсутствует.

5. Беженарь Виталий Федорович – д.м.н., профессор, заведующий кафедрой акушерства, гинекологии и репродуктологии ФГБОУ ВО "Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова" Минздрава России, главный внештатный специалист Минздрава России по акушерству и гинекологии в Северо-Западном федеральном округе (г. Санкт-Петербург). Конфликт интересов отсутствует.

6. Белокрыницкая Татьяна Евгеньевна – д.м.н., профессор, заведующая кафедрой акушерства и гинекологии ФПК и ППС ФГБОУ ВО "Читинская государственная медицинская академия" Минздрава России, заслуженный врач Российской Федерации, главный внештатный специалист Минздрава России по акушерству и гинекологии в Дальневосточном федеральном округе (г. Чита). Конфликт интересов отсутствует.

7. Десятник Кирилл Александрович – врач акушер-гинеколог организационно-методического отдела ГБУЗ СО "Екатеринбургский клинический перинатальный центр". (г. Екатеринбург). Конфликт интересов отсутствует.

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

9. Климов Владимир Анатольевич – к.м.н., руководитель службы организации медицинской помощи и информационного сервиса, начальник отдела ООМП ФГБУ

"Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. акад. В.И. Кулакова" Минздрава России (г. Москва). Конфликт интересов отсутствует.

10. Крутова Виктория Александровна – д.м.н., профессор, главный врач клиники, проректор по лечебной работе ФГБОУ ВО Кубанский Государственный университет Минздрава России, главный внештатный специалист Минздрава России по акушерству и гинекологии в ЮФО (г. Краснодар). Конфликт интересов отсутствует.

11. Малышкина Анна Ивановна – д.м.н., профессор, директор ФГБУ "Ивановский НИИ материнства и детства им. В.Н. Городкова". заведующая кафедрой акушерства и гинекологии, медицинской генетики лечебного факультета ФГБОУ ВО "Ивановская государственная медицинская академия" Минздрава России, главный внештатный специалист Минздрава России по акушерству и гинекологии в Центральном федеральном округе (г. Иваново). Конфликт интересов отсутствует.

12. Мартиросян Сергей Валерьевич – к.м.н., главный врач ГБУЗ СО "Екатеринбургский клинический перинатальный центр", доцент кафедры акушерства и гинекологии лечебно-профилактического факультета Уральского государственного медицинского университета (г. Екатеринбург). Конфликт интересов отсутствует.

13. Михайлов Антон Валерьевич – д.м.н., профессор, главный врач СПб ГУЗ "Родильный Дом N 17", профессор кафедры акушерства и гинекологии ФГБОУ ВО "СЗГМУ им. И.И. Мечникова" Минздрава России, и кафедры акушерства, гинекологии и перинатологии ФГБОУ ВО "Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова" Минздрава России, главный внештатный специалист Минздрава России по акушерству и гинекологии в Северо-Западном федеральном округе (г. Санкт-Петербург). Конфликт интересов отсутствует.

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

15. Оленев Антон Сергеевич – к.м.н., главный внештатный специалист по акушерству и гинекологии Департамента здравоохранения г. Москвы, заведующий филиалом "Перинатальный центр" ГБУЗ "Городская клиническая больница N 24 ДЗМ", доцент кафедры акушерства и гинекологии с курсом перинатологии медицинского института РУДН. Конфликт интересов отсутствует.

16. Перевозкина Ольга Владимировна – к.м.н., заведующая организационно-методическим отделом ГБУЗ СО "Екатеринбургский клинический перинатальный центр" (г. Екатеринбург). Конфликт интересов отсутствует.

17. Петрова Ульяна Леонидовна – аспирант ФГБУ "Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. акад. В.И. Кулакова" Минздрава России (г. Москва). Конфликт интересов отсутствует.

18. Петрухин Василий Алексеевич – д.м.н., профессор, заслуженный врач РФ, директор ГБУЗ МО МОНИИАГ (г. Москва). Конфликт интересов отсутствует.

19. Прялухин Иван Александрович – к.м.н., заместитель руководителя департамента организации проектной деятельности ФГБУ "Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова" Минздрава России (г. Москва). Конфликт интересов отсутствует.

20. Радзинский Виктор Евсеевич – Заслуженный деятель науки Российской Федерации, д.м.н., профессор, член-корреспондент РАН, заведующий кафедрой акушерства и гинекологии с курсом перинатологии ГАОУ ВПО "Российского университета дружбы народов" Министерства образования России (г. Москва). Конфликт интересов отсутствует.

21. Романов Андрей Юрьевич – научный сотрудник отдела наукометрии департамента организации научной деятельности ФГБУ "Национальный медицинский исследовательский

центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. акад. В.И. Кулакова" Минздрава России (г. Москва). Конфликт интересов отсутствует.

22. Савельева Галина Михайловна – академик РАН, д.м.н., профессор, заслуженный деятель науки РФ, Герой Труда Российской Федерации (г. Москва). Конфликт интересов отсутствует.

23. Серов Владимир Николаевич – академик РАН, д.м.н., профессор, заслуженный деятель науки РФ, президент Российского общества акушеров-гинекологов, главный научный сотрудник ФГБУ "Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова" Минздрава России (г. Москва). Конфликт интересов отсутствует.

24. Фаткуллин Ильдар Фаридович – д.м.н., профессор, Заслуженный деятель науки Республики Татарстан, Заслуженный врач Республики Татарстан, заведующий кафедрой акушерства и гинекологии им. проф. В.С. Груздева ФГБОУ ВО "Казанский государственный медицинский университет" Минздрава России, главный внештатный специалист Минздрава России по акушерству и гинекологии в Приволжском федеральном округе (г. Казань). Конфликт интересов отсутствует.

25. Шешко Елена Леонидовна – к.м.н., руководитель департамента организации проектной деятельности ФГБУ "Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова" Минздрава России (г. Москва). Конфликт интересов отсутствует.

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

Приложение А2

Методология разработки клинических рекомендаций

Целевая аудитория данных клинических рекомендаций:

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

Таблица 1. Шкала оценки уровней достоверности доказательств (УДД) для методов диагностики (диагностических вмешательств)

УДД	Расшифровка
1	Систематические обзоры исследований с контролем референсным методом или систематический обзор рандомизированных клинических исследований с применением метаанализа
2	Отдельные исследования с контролем референсным методом или отдельные рандомизированные клинические исследования и систематические обзоры исследований любого дизайна, за исключением рандомизированных клинических исследований, с применением метаанализа

3	Исследования без последовательного контроля референсным методом или исследования с референсным методом, не являющимся независимым от исследуемого метода или нерандомизированные сравнительные исследования, в том числе когортные исследования
4	Несравнительные исследования, описание клинического случая
5	Имеется лишь обоснование механизма действия или мнение экспертов

Таблица 2. Шкала оценки уровней достоверности доказательств (УДД) для методов профилактики, лечения и реабилитации (профилактических, лечебных, реабилитационных вмешательств)

УДД	Расшифровка
1	Систематический обзор РКИ с применением метаанализа
2	Отдельные РКИ и систематические обзоры исследований любого дизайна, за исключением РКИ, с применением метаанализа
3	Нерандомизированные сравнительные исследования, в т.ч. когортные исследования
4	Несравнительные исследования, описание клинического случая или серии случаев, исследования "случай-контроль"
5	Имеется лишь обоснование механизма действия вмешательства (доклинические исследования) или мнение экспертов

Таблица 3. Шкала оценки уровней убедительности рекомендаций (УУР) для методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации (профилактических, диагностических, лечебных, реабилитационных вмешательств)

УУР	Расшифровка
А	Сильная рекомендация (все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются важными, все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество, их выводы по интересующим исходам являются согласованными)
В	Условная рекомендация (не все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются важными, не все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество и/или их выводы по интересующим исходам не являются согласованными)
С	Слабая рекомендация (отсутствие доказательств надлежащего качества (все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются неважными, все исследования имеют низкое методологическое качество и их выводы по интересующим исходам не являются согласованными)

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

- Федеральный закон "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" от 21.11.2011 г. N 323-ФЗ.
- Сборник ФГБУ "Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения" Минздрава РФ "Основные показатели здоровья матери и ребенка, деятельность службы охраны детства и родовспоможения в Российской Федерации", Москва 2019.
- Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 20.10.2020 г. N 1130н "Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю "акушерство и гинекология".
- Приказ Минздрава России от 13.10.2017 N 804н (ред. от 16.04.2019 г.) "Об утверждении номенклатуры медицинских услуг".

Примечание.

В официальном тексте документа, видимо, допущена опечатка: имеется в виду письмо Минздрава России N 15-4/И/2-2535 от 26.03.2019, а не от 26.03.201.

- Письмо Министерства здравоохранения Российской Федерации 15-4/и/2-2535 от 26.03.201 г. "Профилактика, алгоритм ведения, анестезия и интенсивная терапия при послеродовых кровотечениях".
- Клинические рекомендации "Роды одноплодные, родоразрешение путем кесарева сечения", М., 2021
- Акушерство: национальное руководство/под ред. Г.М, Савельевой. Г.Т. Сухих, В.Н. Серова, В.Е. Радзинского. – 2-е изд. – М: ГЭОТАР-Медиа. 2018 г.
- Macrosomia: ACOG Practice Bulletin, Number 216. Obstet Gynecol. 2020; 135(1): e18 – 35.
- Practice Bulletin No. 173 Summary: Fetal Macrosomia. Obstet Gynecol. 2016; 128(5): 1191 – 2.
- 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.
- Cunningham F., Leveno K., Bloom S., Spong C., Dashe J., Hoffman B. Williams obstetrics. 24th ed. NY: McGraw-Hill; 2014.
- ACOG committee opinion No. 433: optimal goals for anesthesia care in obstetrics. ACOG Committee on Obstetric Practice.
- Commissioned by the National Institute for Health and Clinical Excellence "Caesarean section" National Collaborating Centre for Women's and Children's Health. Commissioned by the National Institute for Health and Clinical Excellence. November 2011
- ACOG Committee Opinion No. 382: Fetal Monitoring Prior to Scheduled Cesarean Delivery. Committee on Obstetric Practice.
- NICE Caesarean section Clinical guideline Published: 23 November 2011 Last updated August 2019
- RCOG. Placenta Praevia and Placenta Accreta: Diagnosis and Management: Green-top Guideline No. 27a.

- RCOG. Classification of urgency of caesarean section a continuum of risk. Good Practice No. 11 April 2010
- The Cochrane Collaboration. Techniques for assisting difficult delivery at caesarean section (Review) 2016 The Cochrane Collaboration. Published by John Wiley & Sons, Ltd
- WHO recommendations: uterotonics for the prevention of postpartum haemorrhage. World Health Organization. 2018; 53 p.
- Guidelines for Perinatal Care. 8th Edition. ACOG&AAP, 2017
- Antenatal Care. Routine care for the Healthy Pregnant Woman. NICE&NCCWCH, RCOG Press 2008.

Приложение Б

Алгоритмы действий врача

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.

Информация для пациента

Какие бывают швы?

Швы делятся на внутренние и внешние. Есть еще один вид швов, который накладывается на переднюю брюшную стенку после кесарева сечения.

Внутренние швы

Этот тип швов накладывается, если произошли разрывы стенок влагалища, матки или ее шейки. Процедура осуществляется сразу после родов. При зашивании разрывов стенок влагалища используется анестезия. При наложении внутренних швов используются только саморассасывающиеся нити, которые не нужно удалять.

Наружные швы

Этот тип швов накладывается при разрывах или разрезах промежности. Зашивают промежность под анестезией.

Наружные швы могут накладываться как саморассасывающимися нитями, так и теми, которые необходимо снимать спустя 5 дней после наложения.

Швы после кесарева сечения

Кесарево сечение – далеко не редкость в медицинской практике. Операцию могут назначить как планово, так и экстренно. Показаний к кесареву очень много, начиная с патологического течения беременности, заканчивая проблемами со здоровьем у мамы. Экстренное кесарево назначается в тех случаях, когда естественное родоразрешение выходит из-под контроля и существует угроза жизни и здоровью мамы или малышу. Часто при кесаревом сечении накладываются косметические саморассасывающиеся швы. Полностью они исчезают спустя 60 дней после наложения.

Когда накладывают швы и каковы причины разрывов в родах?

Разрывы в родах бывают внутренние – разрывы шейки матки и влагалища, и внешние – разрывы и разрезы промежности.

После родов, произошедших естественным путем, врач-акушер-гинеколог обязательно проверяет наличие разрывов и при необходимости производится их зашивание.

Причины разрывов могут быть разными: не следование советам акушера во время потужного периода, наличие рубцов от швов, наложенных в предыдущих родах, стремительные, затяжные, запоздалые и оперативные влагалищные роды, анатомические особенности строения таза, крупная головка у ребенка, ягодичное предлежание, низкая эластичность кожи к моменту родов.

В каких случаях стоит немедленно обратиться к врачу?

- Если боль в области швов стала острой и не прекращается в течение часа. Это может свидетельствовать о том, что шов разошелся.

- Если наблюдаются выделения из наружного шва, которые имеют неестественный вид и неприятный запах.

- Если живот после кесарева сечения стал резко увеличиваться в размерах (в течение суток, например) – это может говорить о том, что в брюшной полости скапливается жидкость.

- Если температура тела больше 38 градусов.
- Если появилась тошнота, слабость, головокружение и тупая сильная боль внизу живота.

Приложение Г1-ГN

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

Не применимо.

Новые, изданные в 2020-2023 гг. и официально утверждённые Минздравом РФ, клинические рекомендации (руководства, протоколы лечения) – на нашем сайте.

Интернет-ссылка:

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



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