Послеоперационный рубец на матке, требующий предоставления медицинской помощи матери во время беременности, родов и в послеродовом периоде

Клинические рекомендации Минздрава России · взрослые, дети · редакция 2024 г., статус «Применяется» на 04.11.2026 · МКБ-10: O34.2, O75.7 · Российское общество акушеров-гинекологов

Послеоперационный рубец на матке осложняет беременность, роды и послеродовой период; чаще он связан с кесаревым сечением, реже — с другими операциями на матке. Рекомендация определяет, когда возможны влагалищные роды после кесарева сечения, как оценивать рубец и вести роды с непрерывным мониторингом.

Главное

- Влагалищные роды допустимы при одноплодной беременности, одном кесаревом сечении в нижнем сегменте в анамнезе, головном предлежании, нормальном расположении плаценты вне рубца, отсутствии разрыва матки и неравномерного критического истончения зоны рубца с признаками деформации и болезненностью при надавливании влагалищным датчиком, если женщина согласна. УУР В, УДД 1.
- Влагалищные роды не рекомендуются после корпорального кесарева сечения; при предполагаемом Т-образном разрезе рекомендуется предложить элективное кесарево сечение. Также влагалищные роды не рекомендуются после реконструктивных операций на матке, резекции угла матки, гистеротомии, ряда вариантов миомэктомии, при тазовом предлежании, плаценте в области рубца, более чем одном кесаревом сечении, отказе женщины или несостоятельном рубце.
- Для оценки вероятности успеха учитывают предшествующие влагалищные роды, показания к прежнему кесареву сечению, ИМТ более 30 кг/м² и сахарный диабет. УУР С, УДД 4–5.
- Толщина рубца 2,5 мм и более при отсутствии либо минимальном количестве эхопозитивных включений и хорошей васкуляризации соответствует состоятельному рубцу.
- До начала родовой деятельности рутинно измерять толщину нижнего сегмента матки при УЗИ не следует: показатель не имеет принципиального значения без других признаков неполноценности рубца. УУР А, УДД 2.
- При влагалищных родах необходимы непрерывная кардиотокография и наблюдение за пульсом, артериальным давлением, сознанием и частотой дыхания роженицы. При начале родовой деятельности устанавливают венозный катетер не менее 16G.
- Простагландины для преиндукции не применяют: они повышают риск разрыва матки в 2,9 раза по сравнению с отсутствием индукции и в 1,3 раза по сравнению с окситоцином. Механическая преиндукция не противопоказана; решение об индукции принимает консилиум после оценки акушерской ситуации.

Диагностика

1. Уточнить акушерско-гинекологический анамнез: кесарево сечение, миомэктомию или другую операцию на матке, факт вскрытия полости матки, число операций и показания к прежнему кесареву сечению.
2. Собрать соматический анамнез и оценить факторы, влияющие на вероятность влагалищных родов: ИМТ более 30 кг/м², сахарный диабет и другие особенности здоровья. УУР С, УДД 5.
3. Оценить антропометрические данные, возраст и осложнения беременности; при поступлении в стационар определить зрелость шейки матки по шкале Бишоп. Зрелая шейка — 8 баллов и более, недостаточно зрелая — 6–7, незрелая — 5 и менее. УУР С, УДД 4.
4. Оценить состоятельность рубца: толщину, эхопозитивные включения и васкуляризацию; во время родов учитывать локальную болезненность, кровянистые выделения и признаки гипоксии плода по КТГ. Отсутствие этих признаков указывает на состоятельность рубца и возможность самопроизвольного родоразрешения.
5. Не использовать измерение толщины нижнего маточного сегмента до родов как самостоятельный критерий тактики. В раннем послеродовом периоде выполнить УЗИ органов малого таза; у пациенток с риском клинически значимой ниши — УЗИ матки на 7–9-й день менструального цикла. УУР А, УДД 2; УУР С, УДД 5.

6. При жидкостном образовании ниши на прегравидарном этапе провести патолого-анатомическое и цитологическое исследование аспирата полости матки для диагностики хронического эндометрита и урогенитальной инфекции; выраженность ниши оценить по специальной шкале. УУР С, УДД 5.

Лечение

- При нише 3–4 балла на этапе прегравидарной подготовки выполнить гистероскопическое ремоделирование; при 5–6 баллах — метропластику с использованием видеоэндоскопических технологий. УУР С, УДД 5.
- После перенесённого разрыва матки планировать повторное кесарево сечение не позднее 39 недель. УУР С, УДД 4.
- Преиндукцию механическими расширителями проводить можно; простагландины не использовать. Индукцию выполнять внутривенным окситоцином после тщательной оценки рисков и решения консилиума.
- При стимуляции родов получить письменное согласие, ориентироваться на партограмму и вводить окситоцин только внутривенно, не превышая 20 мЕд/мин. Частота сокращений не должна быть более 4 за 10 минут, продолжительность каждого — 45–60 секунд. УУР С, УДД 4–5.
- В активной фазе I периода ограничить приём жидкости внутрь и исключить пищу. Для обезболивания возможна эпидуральная анестезия с низкими концентрациями анестетика без моторного блока. УУР С, УДД 5.
- Прогресс родов контролировать бимануальным влагалищным исследованием. Если раскрытие менее 1 см/ч, допустима амниотомия и повторная оценка через 2 часа; при сохранении скорости раскрытия менее 1 см/ч через 2 часа от начала стимуляции рекомендовано кесарево сечение. При достижении или пересечении линией раскрытия линии действия на партограмме также переходят к абдоминальному родоразрешению. УУР С, УДД 5.
- При признаках угрожающего разрыва матки, клинически узком тазе, слабости родовой деятельности, не поддающейся лечению в течение 2 часов, или отказе от стимуляции изменить тактику в пользу кесарева сечения; операцию начать не позднее 30 минут после принятия решения. УУР С, УДД 5.
- II период вести по тактике нормальных родов при непрерывном фетальном мониторинге и присутствии врача-анестезиолога-реаниматолога; III период вести активно. После успешных влагалищных родов ручное обследование матки рутинно не выполнять без симптомов разрыва, а тонус матки и состояние матери контролировать 6 часов по установленному графику. УУР А, УДД 3; УУР В, УДД 2; УУР С, УДД 5.

Когда направить и как наблюдать

- Плановое родоразрешение проводить в акушерских организациях 2-го или 3-го уровня. Влагалищные роды после кесарева сечения допустимы в отдельных учреждениях 2-й группы только при отсутствии показаний к 3-й группе, наличии необходимой инфраструктуры и достаточного числа опытных специалистов.
- При экстренных показаниях к кесареву сечению операцию выполняют в том стационаре, где находится пациентка, если доступны необходимое оборудование и персонал для помощи матери и новорождённому.
- При более чем одном кесаревом сечении, корпоральном или вероятном Т-образном разрезе, тазовом предлежании, плаценте в области рубца, несостоятельном рубце либо после ряда реконструктивных операций следует выбирать повторное кесарево сечение вместо попытки влагалищных родов.

Частые вопросы

Кому можно планировать влагалищные роды после кесарева сечения?

При одном кесаревом сечении в нижнем сегменте, одноплодной беременности, головном предлежании, плаценте вне рубца, отсутствии разрыва матки и неравномерного критического истончения зоны рубца с признаками деформации и болезненностью при надавливании влагалищным датчиком — при согласии пациентки. УУР В, УДД 1.

Какие признаки говорят о состоятельном рубце?

Критерий — толщина рубца 2,5 мм и более, отсутствие или минимальное количество эхопозитивных включений и хорошая васкуляризация. Во время родов в пользу состоятельности говорят отсутствие локальной болезненности, кровянистых выделений и гипоксии плода по КТГ.

Нужно ли измерять толщину нижнего сегмента матки перед родами?

Нет, рутинная оценка толщины нижнего сегмента до начала родовой деятельности не рекомендована: без других признаков неполноценности рубца она не имеет принципиального значения. УУР А, УДД 2.

Можно ли индуцировать роды при рубце на матке?

Механическая преиндукция не противопоказана. Простагландины не применяют; индукцию проводят внутривенным окситоцином после оценки акушерской ситуации и решения консилиума.

Когда во время родов после кесарева сечения нужно переходить к кесареву сечению?

Тактику меняют при признаках угрожающего разрыва матки, клинически узком тазе, слабости родовой деятельности, не поддающейся лечению в течение 2 часов, отказе от стимуляции, достижении или пересечении линией раскрытия линии действия партограммы либо отсутствии эффекта от стимуляции при раскрытии менее 1 см/ч через 2 часа.

Выжимка сделана по тексту рекомендации и не заменяет его. Полный официальный текст, калькуляторы и сокращённая версия: https://школасеченова.рф/cr/635-posleoperacionnyj-rubec-na-matke-trebuyushchij-predostavleniya. Официальный источник: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/635_2