Разрывы промежности при родоразрешении и другие акушерские травмы (акушерский травматизм)

Клинические рекомендации Минздрава России · взрослые, дети · редакция 2023 г., статус «Применяется» на 04.11.2026 · МКБ-10: O26.7, O70, O71 · Российское общество акушеров-гинекологов

Акушерский травматизм — это повреждение тканей родового канала во время беременности или родов: разрывы промежности, влагалища, шейки и матки, гематомы, выворот матки и травмы лонного сочленения. Рекомендация охватывает выявление этих повреждений, экстренную тактику при разрыве матки и восстановление тканей после родов.

Главное

- Разрывы промежности классифицируют по глубине: I степень — повреждение только кожи, II — повреждение промежности с вовлечением мышц, но без повреждения анального сфинктера, III — повреждение комплекса анального сфинктера, IV — повреждение комплекса анального сфинктера и слизистой оболочки прямой кишки.
- После родоразрешения рекомендован осмотр родовых путей в зеркалах с целью своевременной диагностики травм мягких тканей родового канала в родах. УУР С, УДД 5.
- Рутинная эпизиотомия для профилактики разрывов промежности не рекомендована. При показаниях — дистрессе плода, вакуум-экстракции, наложении акушерских щипцов или дистоции плечиков — рекомендована медиолатеральная эпизиотомия; массаж промежности и тёплые компрессы во втором периоде родов рекомендованы для профилактики разрывов III–IV степени. УУР А, УДД 2; для медиолатеральной эпизиотомии — УУР В, УДД 2.
- Угрожающий разрыв матки проявляется болезненными схватками, высоким косым расположением контракционного кольца, перерастяжением нижнего сегмента и признаками дистресса плода. При свершившемся разрыве возможны прекращение родовой деятельности, шок, сильная боль и выход плода полностью или частично в брюшную полость; разрыв матки является жизнеугрожающим состоянием.
- При разрыве промежности III–IV степени рекомендовано хирургическое восстановление целостности анального сфинктера и прямой кишки. Слабительные средства рекомендованы после операции; рекомендуется использовать лактулозу в течение 10 дней после операции и консультировать пациентку по избеганию запоров. УУР С, УДД 5 для восстановления сфинктера и прямой кишки.
- При патологическом диастазе лонного сочленения в послеродовом периоде рекомендованы пероральные препараты кальция, а в качестве терапии первой линии — ибупрофен или парацетамол; терапию обычно начинают с ибупрофена 400 мг 3 раза в день, обезболивание сочетают с постельным режимом. УУР С, УДД 4–5.
- При анамнезе разрыва матки у пациентки с доношенной одноплодной беременностью повторное плановое кесарево сечение рекомендовано не позднее 38 недель. УУР С, УДД 4.

Диагностика

1. Во II–III триместре беременности и в родах рекомендовано проводить сбор анамнеза и выявление факторов риска акушерского травматизма. УУР С, УДД 5.
2. После родоразрешения рекомендован осмотр родовых путей в зеркалах с целью своевременной диагностики травм мягких тканей родового канала в родах. УУР С, УДД 5.
3. При разрыве промежности III–IV степени выполняют трансректальное пальцевое исследование после родоразрешения для оценки целостности стенки прямой кишки и её наружного сфинктера. УУР С, УДД 4.
4. При разрыве матки или разрыве шейки матки III степени проводят ручное послеродовое обследование матки; особое внимание уделяют левому ребру матки. УУР С, УДД 5.
5. Всем роженицам и родильницам рекомендована пальпация лонного сочленения, оценивая его ширину и болезненность. УУР С, УДД 5.
6. При разрыве матки или выворотe матки в родах назначают общий анализ крови и исследование уровня тромбоцитов крови; определение гемоглобина необходимо для выявления и лечения анемии. УУР С, УДД 5.

7. При разрыве матки выполняют УЗИ плода во время беременности или родов, а после родов — УЗИ органов малого таза. Для диагностики диастаза лонного сочленения проводят рентгенографию лобка; при гематоме мягких тканей родовых путей и неэффективной хирургической остановке кровотечения — МР-ангиографию с контрастированием. УУР С, УДД 5.

Лечение

- Разрывы вульвы и влагалища ушивают в раннем послеродовом периоде под местной инфильтративной анестезией. Поверхностные повреждения без кровотечения не требуют вмешательства; при невозможности надёжного гемостаза разрыва влагалища допустима временная тугая тампонада.
- Разрывы промежности II–IV степени восстанавливают сразу после родов синтетическим рассасывающимся шовным материалом и непрерывными швами. При III–IV степени дополнительно восстанавливают анальный сфинктер и прямую кишку; после зашивания обязателен контроль функции сфинктера прямой кишки при трансректальном пальцевом исследовании. УУР А, УДД 1 для восстановления промежности; УУР С, УДД 5 для восстановления сфинктера и прямой кишки.
- При разрывах шейки матки II–III степени выполняют ушивание. Разрыв III степени требует ручного контроля полости матки для исключения перехода повреждения на нижний сегмент тела матки. УУР А, УДД 2.
- При угрожающем, начавшемся или свершившемся разрыве матки рекомендовано экстренное родоразрешение путём кесарева сечения. При разрыве матки в родах и кровотечении катетеризируют периферические вены на обеих руках иглами 14–16G, а также мочевой пузырь для контроля диуреза. УУР С, УДД 5.
- После лапаротомии и извлечения плода выбирают объём операции на матке. Зашивание рекомендовано при неполном разрыве матки, линейном разрыве с чёткими краями, отсутствии инфекции и сохранённой сократительной способности матки; экстирпацию выполняют при полном разрыве тела матки или нижнего сегмента с переходом на шейку, травме сосудистого пучка с гематомой или продолжающимся кровотечением, невозможности определить нижний угол разрыва, разрыве шейки матки с переходом на тело. УУР С, УДД 4–5.
- Выворот матки вправляют сразу после установления диагноза в условиях общей анестезии; при затруднении используют миорелаксацию. После вправления рука врача не выводится из полости вправленной матки до восстановления тонуса стенок матки, но не более 15 минут, затем вводят утеротонизирующие препараты. УУР С, УДД 4.
- Небольшую гематому мягких тканей ведут выжидательно с локальной гипотермией при отсутствии увеличения. При нарастании гематомы показано хирургическое лечение — вскрытие и лигирование кровоточащих сосудов; при отсутствии уверенности в надёжности гемостаза возможно дренирование. УУР С, УДД 4.
- При патологическом диастазе лонного сочленения рекомендованы постельный режим в положении на боку или в гамаке и физиотерапия в послеродовом периоде; при разрыве лонного сочленения или значительном расхождении костей таза требуется хирургическое вмешательство.

Когда направить и как наблюдать

- Признаки угрозы разрыва матки во время беременности требуют экстренной госпитализации в ближайшую акушерскую медицинскую организацию, независимо от уровня оказываемой помощи.
- Признаки повреждения лонного сочленения во время беременности — основание для госпитализации для обследования и подбора схемы терапии.
- При акушерской травме во время родов помощь оказывают экстренно в учреждении, где произошло родоразрешение; транспортировка на фоне продолжающегося кровотечения противопоказана.
- После разрыва промежности III–IV степени или нарушения функции лонного сочленения нужна индивидуальная программа реабилитации и консультация врача по медицинской реабилитации; реабилитацию начинают уже в акушерском стационаре и продолжают амбулаторно.
- Выписка возможна при отсутствии температуры выше 37,2 °C, неосложнённом послеоперационном периоде, патологических изменений матки и придатков по УЗИ, мастита, лактостаза и воспаления в области шва.

Частые вопросы

Как отличить III и IV степень разрыва промежности?

При III степени повреждён комплекс анального сфинктера: менее или более 50% наружного сфинктера либо наружный и внутренний сфинктер. IV степень включает повреждение сфинктерного комплекса и слизистой прямой кишки.

Нужно ли выполнять ректальное исследование после разрыва промежности?

Да, при разрыве промежности III–IV степени выполняют трансректальное пальцевое исследование после родоразрешения для оценки целостности стенки прямой кишки и её наружного сфинктера. УУР C, УДД 4.

Когда показана эпизиотомия?

Рутинно эпизиотомию для профилактики разрывов не выполняют. Медиолатеральная эпизиотомия может проводиться при дистрессе плода, вакуум-экстракции, наложении акушерских щипцов или дистоции плечиков; УУР B, УДД 2.

Как действовать при подозрении на разрыв матки?

При угрожающем, начавшемся или свершившемся разрыве матки рекомендовано экстренное родоразрешение путём кесарева сечения. При кровотечении обеспечивают венозный доступ на обеих руках иглами 14–16G и катетеризируют мочевой пузырь; УУР C, УДД 5.

Что назначают после восстановления разрыва промежности III–IV степени?

Назначают слабительные и консультируют по профилактике запоров; лактулозу применяют 10 дней после операции. Женщинам следует избегать чрезмерной физической активности и подъёма тяжестей 4–6 недель.

Выжимка сделана по тексту рекомендации и не заменяет его. Полный официальный текст, калькуляторы и сокращённая версия: https://школасеченова.рф/cr/768-razryvy-promezhnosti-pri-rodorazreshenii-i-drugie-akusherskie-travmy. Официальный источник: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/768_1