

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ КРАСНОЯРСКОГО КРАЯ

П Р И К А З

29.06.2015

№ 411-ор

г. Красноярск

1. В соответствии с пунктами 3.6, 3.13, 3.17, 3.61, 3.72 Положения о министерстве здравоохранения Красноярского края, утвержденного постановлением Правительства Красноярского края от 07.08.2008 № 31-п, приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 01.11.2012 № 572 н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология» (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)» руководителям краевых государственных учреждений здравоохранения:

организовать оказание медицинской помощи при разрыве матки во время беременности и в родах согласно приложению № 1;

обеспечить соблюдение алгоритма оказания медицинской помощи пациентам при начавшемся и совершившемся разрыве матки во время беременности и в родах;

разработать алгоритм действия медицинских работников при оказании медицинской помощи пациентам при начавшемся и совершившемся разрыве матки во время беременности и в родах;

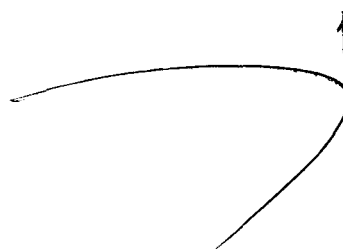
организовать проведение ролевых игр пошаговых действий медицинских работников учреждения при начавшемся и совершившемся разрыве матки во время беременности и в родах;

организовать оказание медицинской помощи женщинам во время беременности и родов с разрывом матки по рубцу после операции кесарева сечения согласно приложению № 2;

организовать маршрутизацию женщин с рубцом на матке в период беременности и родов в целях оказания медицинской помощи в соответствии с приложением № 2.

2. Контроль за исполнением приказа возложить на заместителя министра здравоохранения Красноярского края Д.В. Попова.

Министр здравоохранения
Красноярского края



В.Н. Янин

Согласовано

начальник отдела организации
педиатрической и акушерско-
гинекологической помощи

начальник юридического отдела



Г.З. Слепнева



Е.А. Толокина

Подготовила
Хоменко Наталья Владимировна



Протокол оказания медицинской помощи при разрыве матки во время беременности и в родах

Классификация разрыва матки

Классификация разрыва матки по МКБ X

- 0.71 – Другие акушерские травмы.
- 071.0 – Разрыв матки до начала родов.
- 071.1 – Разрыв матки во время родов.
- 071.2 – Послеродовой выворот матки.
- 071.7 – Акушерская гематома таза.

Классификация разрыва матки

А. По времени происхождения:

1. разрыв во время беременности;
2. разрыв во время родов.

Б. По патогенетическому признаку:

1. самопроизвольный разрыв матки:
 - a. механический — при наличии механического препятствия для рождения плода;
 - b. гистопатический — при патологических изменениях стенки матки;
 - c. механогистохимический — сочетание механического препятствия и изменения стенки.
2. насильственный разрыв матки:
 - a. травматический (грубое вмешательство во время родов при отсутствии перерастяжения нижнего сегмента или случайная травма);
 - b. смешанный (внешнее воздействие при наличии перерастяжения нижнего сегмента).

В. По клиническому течению:

1. угрожающий разрыв;
2. начавшийся разрыв;
3. совершившийся разрыв.

Г. По характеру повреждения:

1. трещина (надрыв);
2. неполный разрыв (не проникающий в брюшную полость);
3. полный разрыв (проникающий в брюшную полость).

***Полный разрыв матки** – это разрыв, захватывающий все оболочки стенки матки;

****Неполный разрыв матки**, когда разрыв захватывает эндометрий и миометрий, в то время как серозный слой и периметрий остаются неповрежденными.

*****Неполный разрыв матки может начинаться с серозного слоя, тогда отмечается повреждение серозного и мышечного слоев, а эндометрий остается неповрежденным.**

Д. По локализации:

1. разрыв дна матки;
2. разрыв тела матки;
3. разрыв нижнего сегмента;
4. отрыв матки от сводов.

Факторы риска разрыва матки

1. Механические препятствия в родах (несоответствие головки плода и размеров малого таза: крупный плод, переношенная беременность, поперечное положение плода, анатомически узкий таз; миома матки, особенно в нижнем сегменте).

2. Функциональные препятствия при прохождении плода по родовым путям (чрезмерно бурная родовая деятельность, дискоординация родовой деятельности, дистоция шейки матки).

3. Акушерские пособия в родах (поворот плода на ножку, наложение акушерских щипцов, экстракция плода за тазовый конец, плодоразрушающие операции).

4. Рубец на матке после операции кесарева сечения (особенно опасны в плане разрыва корпоральные, Т-образные или «якорные» рубцы).

5. Невостановленные глубокие разрывы шейки матки III степени (после предыдущих родов).

6. Рубцы на матке после консервативной миомэктомии (особенно после лапароскопических операций).

7. Врожденные аномалии развития матки (двурогая, седловидная, с рудиментарным рогом, удвоение матки) и половой инфантилизм.

8. Произведенная ранее метропластика (либо по поводу врожденной аномалии внутренних половых органов, либо по поводу распространенного аденомиоза – операция Осада).

9. Состояния после хирургической травмы матки (аборты, диагностические выскабливания, удаление перегородки в матке, гистероскопия, гистерорезектоскопия, травмы при введении внутриматочного контрацептива, иссечение или коагуляция очагов эндометриоза).

10. Состояния после операций на шейке матки (диатермоэксцизия, конизация, лазерная деструкция, аргоноплазменная коагуляция, радиоволновая хирургия, криодеструкция).

11. Состояние после тубэктомии по поводу внематочной беременности (особенно после тубэктомии с иссечением трубного угла).

12. Большое количество родов в анамнезе.
13. Травмы органов малого таза, в том числе автодорожные травмы
14. Чрезмерная стимуляция родовой деятельности окситоцином и/или простагландинами.

Любое наружное насильственное воздействие на матку (в том числе запрещенные, но до сих пор применяемые «выдавливающие» плод пособия), а также внутриматочное ручное или инструментальное вмешательство являются существенным фактором риска разрыва матки во время родов или в послеродовом периоде.

Основные принципы оказания неотложной помощи при начавшемся и совершившемся разрывах матки

При начавшемся и совершившемся разрывах матки всегда показано чревосечение, целью которого является устранение источника кровотечения, восстановление анатомии органов малого таза, предупреждение распространения инфекции. Одновременно с хирургической помощью до начала операции, во время операции и после нее проводят борьбу с шоком и кровотечением по общепринятым методам.

Лечение начавшегося и совершившегося разрыва матки включает срочное и одновременное выполнение:

1. Оперативного вмешательства.
2. Адекватного анестезиологического пособия.
3. Адекватного возмещения кровопотери и проведения противошоковой терапии.
4. Коррекции нарушений с системе гемостаза.

Организационные мероприятия при начавшемся и совершившемся разрыве матки во время беременности и в родах проводятся в соответствии с приказом министерства здравоохранения Красноярского края от 30.07.2013 № 387-орг (приложение 7, раздел V. «Мероприятия по организации оказания медицинской помощи женщинам при неотложных состояниях в период беременности, родов и в послеродовой период»).

Алгоритм оказания медицинской помощи женщинам при начавшемся и совершившемся разрыве матки во время беременности и в родах (выполнение чревосечения в экстренном порядке)

Догоспитальный этап:

1. Транспортировка пациентки на всех этапах в положении «лежа на спине» или «лежа на боку» (для беременных).
2. Обеспечение венозного доступа в периферическую вену.
3. Введение раствора кристаллоидов в вену.
4. Контроль артериального давления (АД), числа сердечных сокращений (ЧСС), числа дыхательных движений (ЧД) каждые 30 минут.
5. Сообщение о пациентке в акушерский реанимационно-консультативный центр КГБУЗ «Красноярский краевой клинический центр охраны материнства и детства» (АРКЦ) тел 2220269 и/или в межрайонный в акушерский реанимационно-консультативный центр (МАРКЦ) и/или в ближайшее родовспомогательное учреждение, куда осуществляется транспортировка пациентки.

Госпитальный этап:		
<p>1. После получения информации от врача (фельдшера) бригады скорой медицинской помощи и/или при поступлении больной с начавшемся и совершившемся разрывах матки акушерка приемного покоя срочно вызывает заведующего родовым отделением (или ответственного дежурного врача), который вызывает в приемный покой бригаду: 2-ого врача акушера-гинеколога (хирурга), заведующего отделением реанимации и интенсивной терапии (или ответственного дежурного врача анестезиолога-реаниматолога), трансфузиолога (или врача, ответственного за переливание препаратов крови), лаборанта.</p> <p>2. Ответственный врач акушер-гинеколог дает распоряжение: развернуть операционную; подготовить необходимый набор лекарственных средств (протромплекс, Ново-Севен, коагил).</p> <p>3. Руководство оказанием помощи осуществляет заведующий родовым отделением, по дежурству – ответственный дежурный врач с обязательным информированием заместителя главного врача и/или главного врача учреждения.</p>		
Организационные мероприятия:		
<p>Бригада дежурных врачей, включая анестезиолога-реаниматолога:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Проводит осмотр пациентки в приемном покое. 2. Оценивает состояние пациентки: уровень сознания, артериальное давление (АД), пульс, число дыхательных движений (ЧДД), sO_2, и величину кровопотери. 3. Проводит катетеризацию 2 периферических вен и катетеризацию мочевого пузыря. 4. Осуществляет забор крови для определения анализов: группы крови, развернутого анализа крови (РАК), время свертывания крови (ВСК) методом Ли-Уайта, гемостазиограммы (концентрация фибриногена, протромбиновый индекс (ПТИ), активированное частичное тромбопластиновое время (АЧТВ), продукты деградации фибрина/фибриногена (ПДФ/Ф), тромбоэластограмма (ТЭГ). 5. Обеспечивает согревание пациентки. 6. Проводит инфузионную терапию. 7. Заказывает компоненты крови. 		
Объем лабораторных исследований		
<ol style="list-style-type: none"> 1. Уровень гемоглобина, гематокрита, эритроциты. 2. Количество тромбоцитов, концентрация фибриногена, протромбиновое время; (ПТИ, МНО), активированное парциальное тромбопластиновое время (АПТВ), продукты деградации фибрина/фибриногена (ПДФ), тромбоэластограмма (при возможности), время свертывания цельной крови по Ли-Уайт. 3. Кислотно-основное состояние, газы крови и уровень лактата в плазме (для оценки тяжести шока и тканевой гипоксии). 4. Биохимические параметры крови: общий белок и альбумин, мочевины, креатинин, билирубин, АСТ, АЛТ. 5. Электролиты плазмы: натрий, калий, хлор, кальций. 6. Анализ мочи. 7. При известной врожденной патологии системы гемостаза – определить уровень дефицита соответствующего фактора свертывания (например, фактора Виллебранда). <p>Кратность проведения анализов зависит от клинической ситуации: при продолжающемся кровотечении каждые 15-30 мин, в зависимости от темпа кровотечения, при остановившемся кровотечении каждый час.</p> <p>Диагностические и лечебные мероприятия проводятся параллельно с момента диагностированного начавшегося или свершившегося разрыва матки.</p>		
Начальные действия (предоперационная подготовка)		
Манипуляции:	Операционная бригада:	Аппаратура:
<ol style="list-style-type: none"> 1. Катетеризация центральной и периферических вен 2. Катетеризация мочевого пузыря 	<ol style="list-style-type: none"> 3 врача акушера-гинеколога 2 врача анестезиолога 1 врач 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Приготовить к работе аппарат Cell Saver 2. Разморозить

3. Мониторирование жизненно важных функций (АД, частоту сердечных сокращений, пульс, частоту дыхания, диурез) 4. Мониторирование сатурации кислорода	гемотрансфузиолог	аутоплазму (при наличии заранее подготовленной)
Поставить в известность заведующего акушерским отделением, заведующего отделением анестезиологии и реанимации, главного врача учреждения здравоохранения, заместителя главного врача (ответственного врача) по акушерско-гинекологической помощи		
Операция		
При подозрении на разрыв матки	При свершившемся разрыве матки	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Нижне-срединная лапаротомия с обходом пупка 2. Оценить целостность матки 3. Выполнить операцию кесарева сечения и извлечь плод 4. Ручное отделение плаценты, выделение последа. 5. При наличии разрыва матки решить вопрос об объеме оперативного вмешательства – ушивание разрыва или гистерэктомия (См. Врачебная тактика при разрыве матки) 6. Коррекция нарушений в системе гемостаза. 7. Продолжить введение кристаллоидных растворов и компонентов крови для поддержания нормального артериального давления, диуреза и свертывания крови. 8. Реинфузия аутокрови. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Нижне-срединная лапаротомия с обходом пупка. 2. Определить характер разрыва матки 3. Оценить объем кровопотери 4. Удалить плод и послед 5. Возможно применение дополнительных методов деваскуляризации (перевязка маточных и яичниковых сосудов, перевязка внутренних подвздошных артерий) 6. При наличии гематомы - опорожнение гематомы, остановка кровотечения путем лигирования поврежденных сосудов, дренирование гематомы 7. При наличии разрыва матки решить вопрос об объеме оперативного вмешательства – ушивание разрыва или гистерэктомия (см. Врачебная тактика при разрыве матки) 8. При разрыве матки независимо от объема оперативного вмешательства показано адекватное дренирование брюшной полости 9. Коррекция нарушений в системе гемостаза 10. Продолжить введение кристаллоидных растворов и компонентов крови для поддержания нормального артериального давления, диуреза и свертывания крови 11. Реинфузия аутокрови 	

При начавшемся или совершившемся разрыве матки чревосечение производят только нижнесрединным разрезом. Из брюшной полости удаляют плод, послед, кровь, околоплодные воды, определяют источник кровотечения и производят возможный гемостаз.

Если разрыв матки не диагностировали во время родов, то роженица либо погибает от кровотечения, либо в течение ближайших суток у нее развиваются симптомы разлитого перитонита. В последнем случае показана экстренная операция - чревосечение, экстирпация матки с трубами,

с последующим дренированием брюшной полости, массивной антибактериальной терапией.

При глубоких разрывах шейки матки 3 степени обязательным является проведение ручного обследования полости матки для исключения разрыва шейки матки, продлившегося в разрыв матки (нижнего сегмента).

Врачебная тактика при разрыве матки

В настоящее время при разрыве матки методом выбора являются органосохраняющие операции (в том числе в учреждениях 1 и 2 группы):

при полном разрыве матки следует наложить отдельные швы, при необходимости иссечь рваные края раны;

при неполном разрыве матки сначала опорожняют гематому, останавливают кровотечение путем лигирования поврежденных сосудов, затем ушивают разрыв;

в зависимости от степени инфекционного риска и характера повреждения матки разрыв ушивают или крайне редко проводят экстирпацию матки;

в случае одновременного разрыва матки и разрыва мочевого пузыря, последний ушивают со стороны брюшной полости.

Гистерэктомия выполняется только по строгим жизнеугрожающим показаниям.

Абсолютные показания к экстирпации матки:

1. Тяжелое состояние больной, обусловленное геморрагическим шоком, при невозможности проведения окончательного хирургического гемостаза.

2. Наличие явных признаков инфицирования.

3. При, так называемых, «низких разрывах матки» с образованием параметральных, интралигаментарных и забрюшинных гематом (переходящие разрывы с шейки матки, неполные разрывы, разрывы матки с отрывом сводов влагалища).

Ведение послеродового/послеоперационного периода (12–24 ч).

В послеродовом/послеоперационном периоде:

обезболивание (наркотические анальгетики в первые 6–12 ч, нестероидные противовоспалительные анальгетики в первые 1–2 сутки);

продолжить инфузию утеротоников – окситоцин при сохраненной матке;

антибактериальные препараты по показаниям;

инфузионная терапия сокращается до 10–15 мл/кг в сутки – кристаллоиды, коррекция гипокалиемии;

начало энтерального питания лечебными смесями с первых 4–6 часов;

тромбопрофилактика: низкомолекулярный гепарин в профилактической дозе п/к (дальтепарин 5000 ЕД/сутки, эноксапарин

(клексан) – 40 мг/сутки) через 24 ч после остановки кровотечения и профилактика продолжается до выписки из стационара.

Профилактика разрывов матки

Пациентке репродуктивного возраста в обязательном порядке выдается на руки не только выписка из стационара, но и полная копия протокола операции после операции малого кесарева сечения, консервативной миомэктомии, метропластики, тубэктомии по поводу внематочной беременности, ушивания перфорации и разрыва матки.

Профилактика разрывов матки заключается.

1. **Перед планированием беременности** у пациенток с рубцом на матке – полное клиническое и инструментальное обследование с оценкой состоятельности рубца (ультразвуковое исследование, по показаниям – гистероскопия, магнитно-резонансная томография рубца на матке).

Вопрос о методе консервативной миомэктомии (лапаротомным или лапароскопическим способом) у женщин репродуктивного возраста, планирующих беременность, наблюдающихся в учреждениях здравоохранения не зависимо от формы собственности, решать коллегиально в консультативной поликлинике КГБУЗ «Красноярский краевой клинический центр охраны материнства и детства».

2. **При постановке на учет и диспансерном наблюдении беременной женщины:**

2.1. Тщательное изучение специального анамнеза.

2.2. Выделить группу риска беременных женщин, угрожаемых по родовому травматизму.

2.3. Провести полное клиническое и инструментальное обследование в условиях женской консультации (акушерско-гинекологического кабинета): ультразвуковое исследование (органов малого таза, области рубца на матке, расположение плаценты и плода; размеры плода), магнитно-резонансная томография рубца на матке (МРТ), доплерометрия, кардиотокография плода.

2.4. Под особым наблюдением врача акушера-гинеколога женской консультации (акушерско-гинекологический кабинет) должны находиться беременные женщины с рубцом на матке. Очень важна объективная оценка состояния рубца на матке (объективная оценка возможна только при рубце на матке в нижнем сегменте). Метод ультразвуковой-диагностики мало информативен в оценке состоятельности корпорального рубца на матке, а также рубцов после консервативной миомэктомии (как во время беременности, так и в родах).

2.5. Дистанционное динамическое наблюдение в программе «Пренатальный мониторинг» беременных женщин с наличием факторов риска разрыва матки во время беременности и в родах.

2.6. Госпитализация беременных женщин, угрожаемых по родовому травматизму, в учреждение родовспоможения согласно маршрутизации.

2.7. Строгое соблюдение маршрутизации беременных, родильниц и рожениц в соответствии с приказом Министерства здравоохранения

Российской Федерации от 01.11.2012 № 572н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология» (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)» (далее – приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 01.11.2012 № 572н) и приказом министерства здравоохранения Красноярского края от 30.07.2013 № 387-орг.

2.8. Планировать родоразрешение женщины естественным путем с рубцом на матке в учреждении родовспоможения 3 группы. Ориентировать беременных женщин с оперированной маткой на возможное родоразрешение естественным путем при наличии состоятельного рубца на матке (не настраивать их только на оперативное родоразрешение).

3. При госпитализации беременной женщины в стационар учреждения родовспоможения (отделение патологии беременности и родовое отделение):

3.1. Правильно оценить совокупность анамнестических и объективных данных для выработки рационального плана ведения родов, выделить группу риска беременных женщин, угрожаемых по родовому травматизму.

3.2. Рационально вести роды. Своевременно диагностировать угрожающий разрыв матки. При ведении родов у женщин с отягощенным акушерским анамнезом на фоне перерастяжения матки и аномалий родовой деятельности противопоказано форсированное родоразрешение. Необходимо соблюдать принципы бережного родоразрешения, отказаться от «акушерской агрессии», выбрать оптимальное родоразрешение.

3.3. Оптимизировать показания к операции кесарева сечения с целью снижения частоты оперативного родоразрешения.

3.4. Родоразрешение женщины естественным путем с рубцом на матке в учреждении родовспоможения 3 группы.

3.5. Обеспечить выдачу «паспорта операции кесарева сечения» при выписке пациентам после операции кесарева сечения в соответствии с клиническими рекомендациями (протоколом) Министерства здравоохранения РФ от 06.05.2014 «Кесарево сечение, показания, методы обезболивания, хирургическая техника, антибиотикопрофилактика, ведение послеоперационного периода».

3.6. На всех уровнях оказания акушерской помощи врачам важно сохранять высокую настороженность к возможному разрыву матки, независимо от паритета, наличия рубца на матке и факторов риска разрыва матки.


3.7. Операцией выбора при разрыве матки – следует считать ушивание разрыва матки (как правило – 2-х рядный шов, 1-й ряд – отдельные мышечно-мышечные, 2-й ряд – непрерывный мышечно-серозный) с обязательным адекватным дренированием брюшной полости.

4. Расценивать каждый случай разрыва матки как случай критического состояния (тяжелое акушерское осложнение у матери без летального исхода) (случай «Near miss»), с разбором на врачебной комиссии.

5. Расценивать каждый случай гистерэктомии в акушерстве как случай критического состояния (тяжелое акушерское осложнение у матери

без летального исхода) (случай «Near miss»), с разбором на врачебной комиссии.

Начальник отдела
организации педиатрической и
акушерско-гинекологической помощи

 Г.З. Слепнева

Протокол оказания медицинской помощи женщинам во время беременности и родов с разрывом матки по рубцу после операции кесарева сечения

Оценка состоятельности рубца на матке на амбулаторном уровне.

1. Тщательный сбор анамнеза включает в себя следующие данные: течение послеоперационного периода в предыдущих родах. На руках роженица должна иметь «паспорт операции», включающий сведения о показаниях к операции кесарева сечения, особенностях оперативного вмешательства, течении послеоперационного периода, проведенном лечении, диагностических исследованиях;

результаты исследования рубца на матке, проведенные до и во время беременности;

результаты ультразвукового исследования и гистероскопии вне беременности;

высокий паритет беременности и родов;

количество беременностей между кесаревым сечением и настоящей беременностью;

наличие живых и мертворожденных детей в анамнезе;

течение настоящей беременности;

вагинальные роды в анамнезе при наличии рубца на матке.

2. Жалобы: наличие/отсутствие болезненности в нижних отделах живота, болезненности при движении плода.

3. Клинические данные.

4. Ультразвуковое исследование с целью оценки состояния рубца на матке. При этом оцениваются: анатомическая состоятельность рубца (толщина и равномерность); морфологическая состоятельность рубца (структура); васкуляризация рубца с помощью доплерометрии.

Во время беременности признаками несостоятельности рубца на матке являются эхографические критерии – истончение рубца 3 мм и менее, наличие «ниши», неоднородность рубца с гипер- и/или анэхогенными включениями, а также боли в области рубца (в том числе при его пальпации).

5. Магнитно-резонансная томография рубца на матке (МРТ).

Признаки возможной несостоятельности рубца на матке после операции кесарева сечения:

осложненное течение послеоперационного периода (эндометрит, вторичное заживление послеоперационных швов (раны), лихорадка в послеоперационном периоде, инфильтрация швов на матке);

предшествующее корпоральное кесарево сечение;

два и более кесаревых сечения в анамнезе;

рубец на коже, спаянный с подлежащими тканями;
боли в области рубца на матке;
боль, отдающая в свод влагалища;
болезненность при пальпации в области рубца на матке;
болезненное шевеление плода;
истончение брюшной стенки и матки в области рубца.

Основные правила:

При наличии несостоятельного рубца на матке беременная женщина направляется на госпитализацию в стационар 3 группы, при этом контроль за состоянием рубца должен осуществляться в динамике – УЗИ через каждые 5 дней (истончение рубца на матке 3 мм и менее).

При несостоятельном рубце на матке – возможность проведения вагинальных родов исключена.

После рождения плода и последа у женщин с рубцом на матке проведение операции ручного обследования полости матки является обязательным, даже при отсутствии клиники разрыва матки.

При подозрении на неполный разрыв матки обязательным является проведение операции ручного обследования полости матки.

Маршрутизация женщин с рубцом на матке в период беременности и родов в учреждения здравоохранения

1. Беременные женщины с рубцом на матке направляются на плановое родоразрешение в учреждения здравоохранения 2 и 3 группы.

2. Беременные женщины с рубцом на матке родоразрешаются в учреждениях здравоохранения 1 группы только по экстренным показаниям с обязательной консультацией со специалистами акушерского реанимационно-консультативного центра КГБУЗ «Красноярский краевой клинический центр охраны материнства и детства» и/или межрайонного акушерского реанимационно-консультативного центра.

3. Критериями направления беременных женщин с рубцом на матке на родоразрешение в акушерские стационары второй группы (средняя степень риска) являются:

кесарево сечение в анамнезе при отсутствии признаков несостоятельности рубца на матке;

рубец на матке после консервативной миомэктомии или перфорации матки при отсутствии признаков несостоятельности рубца на матке.

4. Критериями направления беременных женщин с рубцом на матке на родоразрешение в акушерский стационар третьей группы (высокая степень риска) являются:

кесарево сечение в анамнезе при наличии признаков несостоятельности рубца на матке;

рубец на матке после консервативной миомэктомии или перфорации матки при наличии признаков несостоятельности рубца;

рубец на матке после двух и более операций кесарева сечения;

планирование родоразрешения женщины естественным путем с рубцом на матке;

рубец на матке после разрывов матки во время беременности и в родах;

рубец на матке после лапароскопических миомэктомий, после миомэктомий с вскрытием полости матки (до наступления настоящей беременности);

рубец на матке после миомэктомии во время настоящей беременности.

С целью профилактики разрыва матки по рубцу после операции кесарева сечения необходимо:

осуществлять диспансерное наблюдение за роженицами после операции кесарева сечения;

осуществлять диспансерное наблюдение за беременными женщинами с рубцом на матке после операции кесарева сечения;

осуществлять родоразрешение беременных женщин с рубцом на матке после операции кесарева сечения.

Диспансерное наблюдение за роженицами после операции кесарева сечения

При неосложненном течении послеоперационного периода после контрольного ультразвукового исследования на 5-7 сутки после кесарева сечения роженица может быть выписана домой.

Телефонограммой из родильного дома (отделения) передаются сведения о выписке роженицы в женскую консультацию (акушерско-гинекологический кабинет), где она наблюдалась при беременности, для осуществления активного патронажа в первые двое суток после выписки.

На руках роженица должна иметь «паспорт операции», включающий сведения о показаниях к операции кесарева сечения, особенностях оперативного вмешательства, течении послеоперационного периода, проведенном лечении, диагностических исследованиях.

При развитии отсроченных осложнений операции кесарева сечения производится госпитализация в гинекологический стационар.

При восстановлении менструальной функции, но не ранее, чем через 5-6 месяцев после операции, в 1 фазу менструального цикла для оценки состояния рубца на матке необходимо провести ультразвуковое исследование.

При этом оцениваются:

анатомическая состоятельность рубца (толщина и равномерность);

морфологическая состоятельность рубца (структура);

васкуляризация рубца с помощью доплерометрии.

Если в течение первого года после операции ультразвуковое исследование не проведено, то его необходимо выполнить перед планированием следующей после операции кесарева сечения беременности.

При наличии несостоятельности рубца на матке с целью профилактики ее разрыва при последующей беременности показано производство

реконструкции операции – пластика перешейка матки, которая производится в гинекологическом стационаре многопрофильной клинической больницы.

При состоятельном рубце на матке следующая беременность может быть запланирована по желанию женщины, независимо от времени, прошедшего после первой операции кесарева сечения, но не ранее одного года.

Диспансерное наблюдение за беременными женщинами с рубцом на матке после операции кесарева сечения

При состоятельном рубце на матке после операции кесарева сечения в нижнем маточном сегменте течение беременности ничем принципиально не отличается от течения беременности при интактной матке.

Обследование беременных женщин с рубцом на матке после операции кесарева сечения.

1 этап – первое обследование, включающее ультразвуковую диагностику, проводится не позднее 4-5 недель беременности с целью определить локализацию плодного яйца в матке.

2 этап – второе и третье обследование проводится во втором и третьем триместре беременности в рамках пренатальной диагностики нарушений развития ребенка (18-21 недель, 28-32 недель беременности).

В случае, когда хорион или плацента располагается по передней стенке матки (в зоне предполагаемого рубца) при сроке 10-12 недель для оценки состояния рубца на матке необходимо провести ультразвуковое исследование.

При этом оцениваются:

анатомическая состоятельность рубца (толщина и равномерность);

морфологическая состоятельность рубца (структура);

васкуляризация рубца с помощью доплерометрии.

Во время беременности признаками несостоятельности рубца на матке являются эхографические критерии – истончение рубца 3 мм и менее, наличие «ниши», неоднородность рубца с гипер- и/или анэхогенными включениями, а также боли в области рубца (в том числе при его пальпации).

При подозрении на врастание хориона или плаценты в рубец на матке при ультразвуковом исследовании в учреждениях здравоохранения края беременная женщина направляется в консультативную поликлинику КГБУЗ «Красноярский краевой клинический центр охраны материнства и детства» для дообследования (магнитно-резонансная томография рубца на матке (МРТ), доплерометрия) с целью уточнения диагноза и определения тактики ведения.

В случае несостоятельности рубца на матке и/или врастания хориона или плаценты в рубец предложить женщине прерывание беременности, так как по мере прогрессирования беременности может произойти разрыв матки по рубцу.

В случае категорического отказа женщины от прерывания беременности, она должна быть предупреждена о том, что при любом сроке

беременности может встать вопрос о ее прерывании или досрочном родоразрешении.

Госпитализация беременных женщин с несостоятельностью рубца на матке и/или вращанием хориона или плаценты в рубец на прерывание беременности в первом и втором триместрах осуществляется в гинекологическое КГБУЗ «Краевая клиническая больница» (жители края) и в КГБУЗ «Красноярская межрайонная клиническая больница № 6 имени Н.С. Карповича» (жители г. Красноярска).

Одним из наиболее частых осложнений беременности при наличии рубца на матке является угроза прерывания.

Дифференциальная диагностика между несостоятельностью рубца на матке и угрозой прерывания беременности проводится в условиях акушерского стационара согласно маршрутизации в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 01.11.2012 № 572н и приказом министерства здравоохранения Красноярского края от 30.07.2013 № 387-орг.

При истинной угрозе прерывания беременности и наличии состоятельного рубца на матке после проведенного лечения в акушерском стационаре беременная женщина может быть выписана домой под наблюдение врача женской консультации (акушерско-гинекологического кабинета).

При несостоятельном рубце на матке беременная женщина госпитализируется в стационар согласно маршрутизации в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 01.11.2012 № 572н и приказом министерства здравоохранения Красноярского края от 30.07.2013 № 387-орг. для родоразрешения, показания к которому могут возникнуть в любом сроке беременности в связи с начинающимся разрывом матки.

При неосложненном течении беременности женщина с рубцом на матке после операции кесарева сечения госпитализируется в стационар согласно маршрутизации в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 01.11.2012 № 572н и приказом министерства здравоохранения Красноярского края от 30.07.2013 № 387-орг. в 38 недель гестации.

Родоразрешение беременных женщин с рубцом на матке после операции кесарева сечения

Метод родоразрешения беременных женщин с оперированной маткой зависит от состояния рубца.

Проводится ультразвуковое исследование с доплерометрией, при котором оцениваются:

- толщина рубца и ее равномерность;
- структура рубца (количество эхопозитивных включений);
- васкуляризация рубца.

К состоятельным относятся рубцы толщиной 2,5 мм и более, при отсутствии или минимальном количестве эхопозитивных включений (элементы соединительной ткани), с хорошей васкуляризацией.


Абсолютными показаниями к повторной операции кесарева сечения являются:

1. Несостоятельный рубец на матке по клиническим и эхоскопическим признакам.
2. Корпоральный рубец на матке.
3. Два и более рубца на матке после операции кесарева сечения в анамнезе.
4. Предлежание плаценты к рубцу на матке.
5. Рубец на матке после пластики нижнего сегмента или перешейка.
6. Категорический отказ беременной женщины от родов через естественные родовые пути.

При повторном кесаревом сечении обязательным является иссечение несостоятельного рубца на матке, ушивание разреза на матке двурядным швом, первый ряд – наложение непрерывного мышечно-мышечного шва, второй ряд – непрерывного шва на собственную фасцию матки с использованием синтетического рассасывающего шовного материала, что является профилактикой разрыва при последующей беременности.

Родоразрешение женщины естественным путем с рубцом на матке осуществляется в соответствии с приказом министерства здравоохранения Красноярского края от 30.07.2013 № 387-орг. в КГБУЗ «Красноярский краевой клинический центр охраны материнства и детства».

Начальник отдела
организации педиатрической и
акушерско-гинекологической помощи

 Г.З. Слепнева