

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Красноярский государственный медицинский университет
имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра акушерства и гинекологии ИПО

Зав. кафедрой – ДМН, доцент Базина М.И.

**РЕФЕРАТ:
ГИСТОПАТИЧЕСКИЕ РАЗРЫВЫ МАТКИ**

Выполнила: ординатор кафедры
Акушерства и гинекологии 1 года
Попова У.Р.

Красноярск, 2022

СОДЕРЖАНИЕ

1. Введение.....	2
2. Эпидемиология.....	2
3. Классификация разрывов матки.....	2
4. Клиническая картина гистопатического разрыва матки.....	5
5. Диагностика гистопатического разрыва матки.....	10
6. Тактика и лечение гистопатического разрыва матки.....	11
7. Разрыв матки у роженицы после лапароскопической миомэктомии.....	12
8. Разрыв матки на фоне аденомиоза.....	14
9. Гистопатический разрыв матки на фоне артерио-венозной мальформации маточных сосудов и аденомиоза.....	15
10. Гистопатический разрыв матки на фоне мальформации и дезорганизации рубца в стенке матки на фоне недифференцированной дисплазии соединительной ткани.....	22
11. Аневризма/расползание рубца на матке.....	27
12. Заключение.....	28
13. Список литературы.....	29

1. ВВЕДЕНИЕ

Разрыв матки, или нарушение целостности ее стенок, является тяжелым проявлением акушерского травматизма и представляет серьезную угрозу для жизни матери [1]. В структуре причин массивных акушерских кровотечений разрыв матки занимает 3-е место после гипотонических кровотечений и отслойки нормально- или низко расположенной плаценты [2].

2. ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

В зависимости от доступности квалифицированной медицинской помощи разрыв матки при отсутствии рубца встречается с частотой от 1:2581 до 1:17269 родов, при наличии рубца — от 1:97 до 1:1961. В России показатели частоты разрывов матки за последние годы существенно не меняются и составляют от 1:6666 до 1:7142 [3].

3. КЛАССИФИКАЦИЯ РАЗРЫВОВ МАТКИ

На данный момент в мире отсутствует единая классификация разрывов матки, а также нет общепринятых терминов, характеризующих тот или иной вариант. Всё это приводит к тому, что сложно, а иногда и вовсе невозможно, сопоставить данные не то что по разным странам, а даже по различным учреждениям в пределах одного государства. Универсальной подробной классификации разрывов матки в настоящее время в общепринятом обороте не существует [4].

По патогенетическому механизму выделяют два основных разрыва матки:

- перерастяжение нижнего сегмента матки в результате механического препятствия продвигающейся предлежащей части плода;
- гистопатические изменения миометрия (рубцовые, дистрофические, воспалительные процессы, инвазия элементов трофобласта) [5].

За рубежом часто используют дихотомическую классификацию.

- Разрыв матки без рубца (Rupture of unscarred uterus)
- Разрыв матки с рубцом (Rupture of scarred uterus)

По другой распространённой классификации разрыв матки может быть:

- первичным (primary uterine rupture)
- вторичным — при наличии рубца, травме или врождённой аномалии миометрия (secondary uterine rupture).

В отечественном акушерстве традиционной является классификация Л.С.Персианинова 1964 года.

В 202 году Савельева Г.М., Курцер М.А. и команда соавторов провели анализ 281 случая разрывов матки, которые произошли в учреждениях

родовспоможения г. Москвы за последние 20 лет, классифицировав их на основе модели Л. С. Персианинова (рис.1).

По патогенезу преобладали преимущественно самопроизвольные (n=275) разрывы, которые распределились следующим образом: механические (n=35), гистопатические (n=228), механо-гистопатические (n=12). Причинами разрывов оперированной матки (n=169) становились рубцы после кесарева сечения (n=112), лапароскопических вмешательств по поводу миомэктомии (n=42), внематочной беременности с иссечением трубного угла (n=13) или удаления очагов ретроцервикального эндометриоза (n=2). Несостоятельность рубца на матке после абдоминального родоразрешения отметили у 112 пациенток. У 62 из них её диагностировали пренатально, что стало причиной повторного кесарева сечения (во время которого у 24 пациенток обнаружили полный разрыв матки, у 38 — неполный). Ещё у 50 - в раннем послеродовом периоде: у 46 рожениц диагностировали неполный разрыв матки, у четырёх - полный. Таким образом, неполный разрыв матки диагностировали у 84 пациенток: у 38 - после кесарева сечения, у 46 - после родов [4].

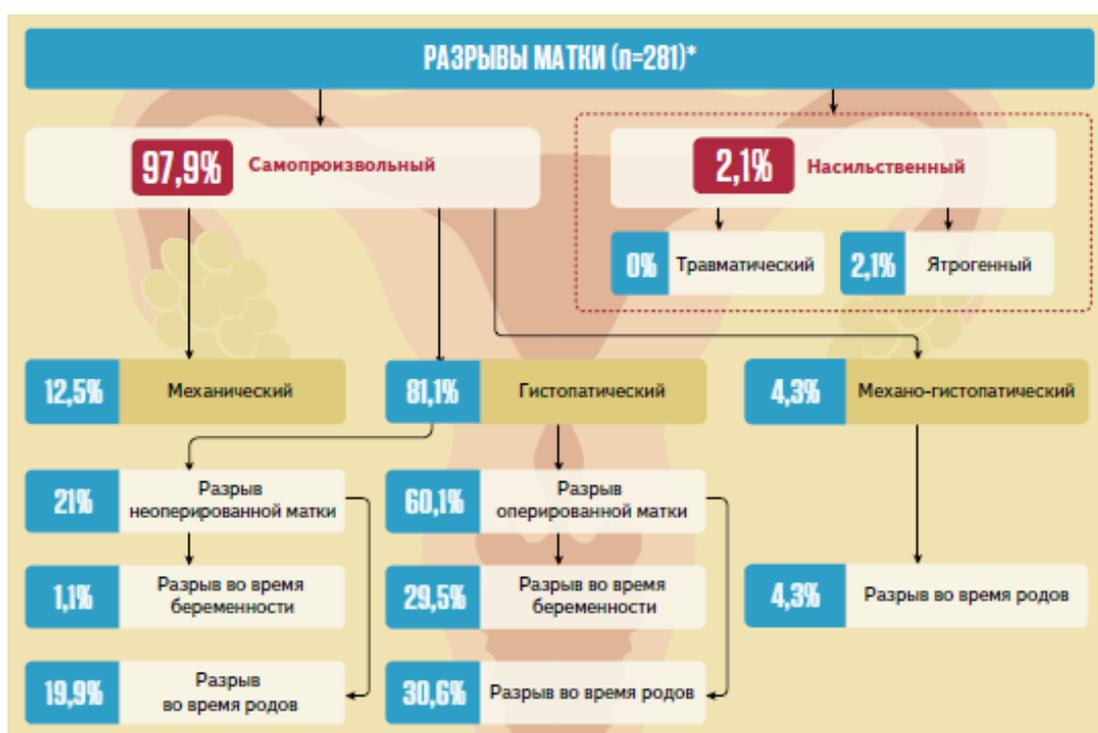


Рис. 1 Классификация разрывов матки по патогенезу

Таким образом, простая и четкая классификация, разработанная Л.С. Персианиновым, актуальна и сегодня, поскольку в ней учтены причины разрыва матки и характер повреждений.

Характеризуя факторы риска разрыва матки, выделяют: высокий паритет родов, узкий таз, длительное, осложненное течение родов, неправильное предлежание плода, крупный плод, наличие рубца на стенке матки,

оперативное родоразрешение. Также риск разрыва матки в родах увеличивается с возрастом роженицы.

К факторам, способствующим разрыву матки, традиционно относят нарушения сократительной способности матки по типу чрезмерной родовой деятельности и тетании.

4. КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА ГИСТОПАТИЧЕСКОГО РАЗРЫВА МАТКИ

Ниже представлены данные ретроспективного анализ 281 истории родов при совершившихся РМ, произошедших в родовспомогательных учреждениях Департамента здравоохранения г. Москвы с 1997 по 2018 гг.

Симптомы гистопатического разрыва матки по рубцу во время беременности. На основании анализа 83 историй родов с разрывом оперированной матки (по рубцу) у 52 (62,7%) пациенток обнаружен *угрожающий РМ*. Пациентки жаловались на тошноту, рвоту, боли в эпигастрии и внизу живота: у 1 из них появление вышеописанных симптомов явилось основанием для осуществления дифференциального диагноза с острым аппендицитом; у 1 после лапароскопической миомэктомии по задней стенке матки в анамнезе потребовался дифференциальный диагноз с почечной коликой. У остальных 31 (37,3%) подобных жалоб не было или им не придавалось значения (упоминание наличия их в медицинской документации отсутствовало).

Начавшийся РМ 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 РМ. Боли в животе без четкой локализации, в области рубца были у всех пациенток. У 13 (15,7%) пациенток отмечались кровяные выделения из половых путей.

Гистопатический разрыв матки по рубцу во время родов. Типичным сценарием у этих пациенток становится РМ в процессе самостоятельно развившейся родовой деятельности, при ее индукции или родоактивации. По мнению I. Al-Zirqi et al. (2019), С. Vachon-Marseau (2016), применение простагландинов и окситоцина у пациенток с рубцом на матке сопряжено с удвоенным риском РМ.

Симптомы *угрожающего РМ* по рубцу во время родов совпадают с таковыми во время беременности и заключаются в появлении тошноты, рвоты, болей в животе и в рубце. Эти жалобы в том или ином сочетании были у 79 (91,9%) из 86 пациенток. Специфическим признаком угрозы РМ по рубцу является слабость или дискоординация родовой деятельности. Среди проанализированных пациенток слабость родовой деятельности диагностирована у 7 (8,1%), дискоординация – у 2 (2,3%).

При *начавшемся РМ* по рубцу во время родов боли в животе усиливаются, матка находится в гипертонусе, что сопровождается нарушением плацентарного кровотока, гипоксией плода в виде брадикардии, которая по историям родов была зафиксирована у 47 (54,7%) анализируемых пациенток, но подозрение на разрыв матки имело место только у 28 из 47 пациенток. Им было произведено кесарево сечение, во время которого обнаружен РМ. Симптомами РМ явились: у 4 – изолированное нарушение сердечной деятельности плода, у остальных наблюдалось сочетание с болями в области рубца, появлением кровяных выделений из половых путей, развитием слабости родовой деятельности. У 19 (40,4%) пациенток произошли самопроизвольные роды, в ходе которых у 16 пациенток в конце II периода родов возникли поздние и переменные децелерации, дети родились в состоянии легкой асфиксии. Дефект стенки матки выявлен в раннем послеродовом периоде при ручном обследовании матки.

Совершившийся разрыв матки по рубцу во время беременности и родов может быть как полным (проникающим), так и неполным (непроникающим). По полученным нами данным, полный РМ диагностирован у 73 (43,2%) родильниц, неполный – у 96 (56,8%). *Совершившийся непроникающий РМ* по рубцу характеризуется формированием гематомы под пузырно-маточной 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 АД.

При *проникающем разрыве* выраженность клинической картины определяется величиной кровопотери. Состояние геморрагического шока зафиксировано у 25 пациенток с полным РМ; при этом объем кровопотери в брюшную полость варьировал от 1000 до 3200 мл. Из 25 пациенток у 17 был рубец после кесарева сечения, у 8 – рубец после миомэктомии. Состояние детей (173 ребенка, из них 4 двойни) при рождении у пациенток с разрывом оперированной матки было удовлетворительным у 61 (35,3%), в легкой асфиксии родились 52 (30,1%), в асфиксии средней тяжести – 18 (10,4%), в тяжелой асфиксии - 13 (7,5%), ante- и интранатально погибли 29 (16,7%).

Гистопатические разрывы неоперированной матки обычно имеют место во время родов (56 пациенток). У 3 пациенток с разрывом во время беременности сроком 23, 24 и 27 недель были выявлены разрывы добавочного рога матки (2 – с частичным расположением элементов плодного яйца в маточном роге) или разрыв одной рудиментарной матки при ее удвоении (1 пациентка). Традиционно гистопатические разрывы неоперированной матки связывают с высоким паритетом рожениц. Из проанализированных 56 пациенток высокий паритет (3 и более родов в анамнезе) был только у 5 (8,9%). Наибольшую роль в качестве провоцирующего разрыв фактора играли искусственные аборты путем

кюретажа, имевшие место у 41 (73,2%) пациентки. В этой связи некоторые авторы предлагали рассматривать РМ у пациенток после выскабливания как разрыв оперированной матки, так как никогда нельзя исключить возможность частичной или полной перфорации матки. У 2 пациенток имели место лапароскопические аднексэктомия и резекция яичника. Активация родовой деятельности окситоцином проведена у 4 (7,1%) рожениц. Осложненное течение предыдущих родов (слабость родовой деятельности, использование приема Кристеллера, ручное отделение плаценты) было у 10 (17,9%).

Более чем у половины пациенток – у 30 (53,6%) – разрыв локализовался по ребру нижнего маточного сегмента. У остальных 26 женщин нетипичная локализация разрыва в какой-то мере позволяла предположить возможность повреждения стенки матки в анамнезе: у 24 пациенток с кюретажем матки в анамнезе не исключено наличие рубцовых изменений после предполагаемой перфорации матки. У 8 пациенток РМ имел место по задней стенке тела матки, у 8 – в дне матки, у 8 – по передней стенке тела матки. У 2 пациенток (после аднексэктомии и после резекции яичника лапароскопическим доступом) локализация дефекта позволяет думать о термической травме миометрия при использовании электрокоагуляции, так как разрыв обнаружился в дне матки ближе к углу.

Разрывы неоперированной матки протекают очень часто либо бессимптомно, либо с признаками, имитирующими другую патологию, являющуюся показанием к кесареву сечению. Диагностировать разрыв неоперированной матки с преобладанием гистопатического компонента во время родов крайне сложно. Нередко он проявляется только в послеродовом периоде. У 30 пациенток из 34, родивших через естественные родовые пути, в связи с кровотечением в раннем послеродовом периоде или рождением ребенка в тяжелой асфиксии было проведено ручное обследование матки, и у 20 (66,7%) родильниц был обнаружен разрыв, а у 10 (33,3%) был отвергнут. В последующем в связи с продолжающимся маточным кровотечением (у 4 родильниц) или ухудшением общего состояния (у 6 пациенток) было произведено чревосечение и обнаружен РМ.

Чтобы не пропустить РМ, необходимо мониторинг состояния родильницы в течение первых часов. Характерным для РМ без указания на наличие маточного рубца является разрыв с последней потугой, поэтому ребенок рождается без признаков асфиксии. В удовлетворительном состоянии родились дети у 22 из 34 изученных нами пациенток. Путем кесарева сечения в экстренном порядке родоразрешены 22 пациентки; показанием к операции у 12 предполагались преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты, кровотечение, у 8 – острая гипоксия плода, у 2 – слабость родовой деятельности. Интраоперационно у всех пациенток выявлен РМ.

Диагноз гистопатического РМ после самопроизвольных родов устанавливался на основании клинических проявлений и данных УЗИ непосредственно после родов, а подтверждался при чревосечении. При

совершившемся РМ ни у кого не возникает сомнения в необходимости чревосечения. Состояние детей при рождении расценивалось как удовлетворительное у 17 (28,8%), в легкой асфиксии родились 18 (30,5%), в асфиксии средней тяжести – 2 (3,5%), в тяжелой асфиксии – 12 (20,3%), интранатально погибли 10 (16,9%) [7].

Таким образом, встречается широкий спектр клинических проявлений гистопатического разрыва матки - от стёртых неспецифических симптомов до явных признаков геморрагического шока вследствие внутрибрюшного кровотечения. Хочется привести пример полного разрыва матки в области дна у повторнородящей женщины без характерных анамнестических данных в сроке гестации 32 недели 3 дня, который не сопровождался кровотечением и закончился рождением живого ребёнка, опубликованный в журнале *StatusPraesens*.

28 марта 2015 года в 03:02 беременная К., 34 года, обратилась за помощью в перинатальный центр Ростовской области по поводу ноющих болей нерегулярного характера внизу живота. Данные анамнеза, настоящая беременность - третья. Первая в 2010 году замерла на сроке 8 недель, по поводу чего был выполнен кюретаж полости матки (послеоперационный период протекал без осложнений). Вторая в 2013 году окончилась своевременными физиологическими родами (новорождённый массой 3000 г, длиной 50 см). Из анамнеза также известно, что в 2006 году пациентке выполняли диагностическую лапароскопию, а в 2010 году — гистероскопию по поводу полипа эндометрия с последующим выскабливанием стенок полости матки.

На этапе прегравидарной подготовки была выявлена генетически детерминированная тромбофилия: с 6 недель гестации пациентка получала низкомолекулярные гепарины. По поводу текущей гестации женщина состояла на учёте в женской консультации с 11 недель. Беременность протекала без осложнений.

Накануне госпитализации в том же перинатальном центре были выполнены ультразвуковое (УЗИ) и доплерометрическое исследования, а также кардиотокография (КТГ).

- При осмотре: состояние удовлетворительное, матка умеренно возбудима при пальпации.
- Влагалищное исследование: шейка матки длиной 1 см, мягкая, центрирована, наружный зев закрыт, предлежит головка плода, расположена над входом в малый таз (6 баллов по шкале Бишопа).
- УЗИ: выявлены умеренное многоводие, anomальное прикрепление пуповины (краевое).
- КТГ: в пределах нормы (проведён реактивный нестрессовый тест), сократительная активность матки отсутствует.
- Лабораторные исследования: в общем анализе крови обнаружен лейкоцитоз ($17,7 \times 10^9/\text{л}$) со сдвигом влево; биохимические показатели и гемостазиограмма находились в пределах нормы.

На основании полученных данных были установлены угроза преждевременных родов в сроке 32 недели 3 дня и умеренное многоводие, в связи с чем было принято решение провести профилактику респираторного дистресс-синдрома плода дексаметазоном (24 мг) и токолитическую терапию гексопреналином (20 мкг внутривенно капельно) в сочетании с интравагинальным введением микронизированного прогестерона (400 мг).

На фоне проводимой терапии возбудимость матки снизилась, однако через 5 ч с момента госпитализации у беременной появились схваткообразные боли в нижних отделах живота длительностью по 25–30 сек через 8–9 мин. Матка при пальпации безболезненная, с чёткими контурами, вне схватки расслабляется полностью. Положение плода продольное, предлежит головка. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 148 в минуту. При влагалищном исследовании: шейка матки мягкая, центрирована, сглажена, открытие маточного зева — 2 см, плодный пузырь цел. Предлежащая часть (головка плода) малым сегментом во входе в малый таз. Был выставлен диагноз: «I период вторых преждевременных родов в сроке 32 недели 3 дня». Роды решено вести через естественные родовые пути с КТГ-мониторированием. Через час роженица пожаловалась на боль в гипогастрии с иррадиацией в поясничную область. На КТГ появились глубокие переменные децелерации до 60 в минуту на фоне ослабления схваток. Принято решение закончить роды путём операции кесарева сечения в экстренном порядке. При этом основным показанием для абдоминального родоразрешения стали признаки страдания плода.

28 марта 2015 года в 09:45 при операции кесарево сечение извлечён живой недоношенный новорождённый массой 1900 г с оценкой по шкале Апгар 3/5 баллов. При ревизии обнаружен сквозной дефект стенки матки в области дна размером 4×5 см, не кровил. Края раны иссечены в пределах здоровых тканей, матка ушита двурядными викриловыми швами. Введён 1 мл (100 мкг) карбетоцина внутримышечно. Кровопотеря составила 1000 мл. Послеоперационный период протекал без осложнений. На 5-е сутки женщину в удовлетворительном состоянии выписали под наблюдение врача женской консультации. На 8-е сутки недоношенный ребёнок был переведён на второй этап выхаживания из отделения реанимации новорождённых и через месяц в удовлетворительном состоянии выписан домой.

Резюмируя клинический случай, можно предположить, что наиболее вероятной причиной разрыва матки стал рубец на месте недиагностированной перфорации стенки во время инструментального выскабливания по поводу полипа эндометрия либо во время медицинского аборта. Возникает вопрос: почему разрыв не наступил в предыдущих родах, а случился во время настоящих? По всей видимости, многоводие, пусть и умеренное, привело к перерастяжению миометрия, что в итоге стало решающим в патогенезе описываемого осложнения. Принято считать, что разрыв матки происходит только в случае осложнённого течения родов при обязательной яркой клинической картине, однако это не совсем так. Ещё Г. Гентер говорил, что совершившийся разрыв «...характеризуется

наступлением зловещей тишины в родильном зале после многочасовых криков и беспокойного поведения роженицы». Женщина в этом случае становится апатичной, угнетённой, кожные покровы бледнеют, появляется холодный пот, учащается пульс — иными словами, развивается картина болевого и геморрагического шока. Но к сожалению, клиническая картина далеко не всегда бывает классической, что значительно затрудняет диагностику. Нарушения ритма сердца плода (тахи- или брадикардия, переменные поздние или продолжительные децелерации) достаточно распространены и могут быть наиболее ранними и достоверными симптомами угрозы разрыва, и описанный клинический случай это только подтверждает. В предупреждении подобных ситуаций могут помочь тщательный сбор анамнеза, выявление факторов риска, способствующих разрыву матки, и характерных признаков этого повреждения, рациональный подход к ведению родов [6].

5. ДИАГНОСТИКА ГИСТОПАТИЧЕСКОГО РАЗРЫВА МАТКИ

Своевременно не диагностированный разрыв матки, обычно при отсутствии повреждения крупных сосудов и/или слепо заканчивающийся в межсвязочных пространствах таза, в послеродовом периоде может осложниться развитием инфекционного процесса и привести к перитониту.

В связи с возможным стертым течением разрыва матки особое значение приобретает использование дополнительных методов диагностики, таких как эхография, магнитно-резонансная и компьютерная томография [5].

Для исключения разрыва после родов с рубцом на матке рекомендовано УЗИ, при отсутствии возможности - ручное обследование, которое, правда, считают далеко не лучшим методом для выявления разрыва, поскольку матка сокращается, и это, безусловно, затрудняет постановку диагноза. Справедливости ради стоит отметить, что и УЗИ не гарантирует точного определения нарушения целостности миометрия. В некоторых случаях диагноз удалось поставить только при МРТ (рис.2), однако этот метод ещё менее доступен, чем УЗИ.

Врач также не должен забывать, что независимо от наличия или отсутствия дополнительных инструментальных методов диагностики самые грозные симптомы можно выявить в ходе обычного наблюдения за состоянием родильницы после самопроизвольных родов с рубцом на матке. Картина внутреннего кровотечения, нарушения гемодинамики, шока - повод немедленно выполнить чревосечение [4].

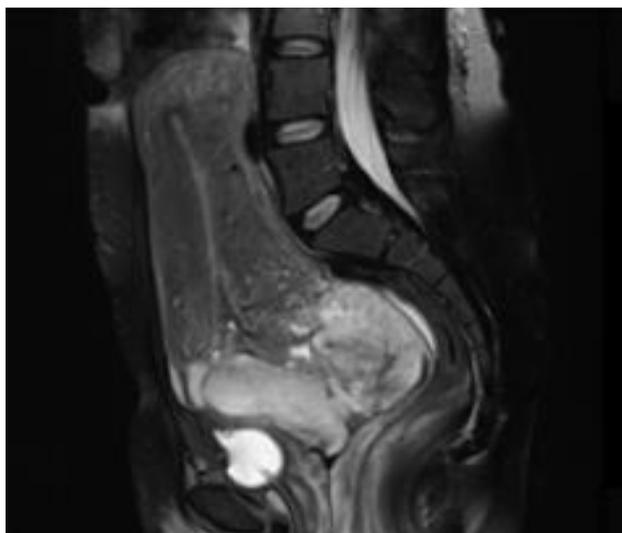


Рис. 2 МРТ. Состояние после самопроизвольных родов. Рубец на матке после кесарева сечения. Неполный разрыв матки

6. ТАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ГИСТОПАТИЧЕСКОГО РАЗРЫВА МАТКИ

Эффективность лечения при совершившемся разрыве матки в первую очередь зависит от своевременности и адекватности оперативного вмешательства и анестезиологического пособия. Объем оперативного вмешательства при разрывах матки всегда являлся предметом дискуссии. К преимуществам радикальных операций можно отнести надежный гемостаз и снижение риска перитонита в послеоперационном периоде. Сторонники ушивания матки указывают на меньшие цифры материнской летальности (20,7%) по сравнению с надвлагалищной ампутацией (37,9%) или экстирпацией (41,2%) матки, а также сохранение функции органа [5].

После постановки диагноза разрыва матки лечение начинается немедленно. Как отмечено в бюллетене АСОГ, старые требования о необходимости развертывания операционной при разрыве матки в течение 30—40 минут устарели. Теперь требования ужесточились - извлечение плода и начало хирургических мероприятий по остановке кровотечения необходимо начать проводить в течение 10-37 минут от появления стойкой брадикардии плода, именно этот временной интервал от совершившегося разрыва до извлечения плода и начала мероприятий по остановке кровотечения, при котором существует наибольшая вероятность благоприятного прогноза для матери и плода. Главные задачи лечения — стабилизация состояния матери и извлечение плода. Для того чтобы уложиться в этот отрезок времени, необходима мобилизация всех имеющихся возможностей - акушерских и анестезиологических.

При начавшемся и совершившемся разрывах матки быстро проводится чревосечение, используя при этом только нижнесрединный разрез, целью которого является устранение источника кровотечения, восстановление

анатомии органов малого таза, предупреждение распространения инфекции. Одновременно с хирургической помощью, еще до начала операции, во время операции и после нее проводят борьбу с шоком и кровотечением по общепринятым методам. Предпочтительно использовать органосохраняющую тактику, с иссечением краев и ушиванием разрыва и сохранением детородной функции. Но по рекомендациям АСОГ гистерэктомия предпочтительна при множественных разрывах, продольном разрыве тела матки, вовлечении в разрыв шейки матки [11].

Ниже представлены примеры гистопатических разрывов матки у пациенток с различными нозологиями в анамнезе.

7. РАЗРЫВ МАТКИ У РОЖЕНИЦЫ ПОСЛЕ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ МИОМЭКТОМИИ

Частота заболеваемости лейомиомой матки у женщин репродуктивного возраста составляет 30–35 %. В силу социально-экономических условий многие женщины откладывают рождение детей на более старший возраст, что приводит к увеличению количества прооперированных по поводу миомы матки, в том числе и с целью прегравидарной подготовки.

Разрыв матки после миомэктомии наблюдается в 0,3–0,5 % случаев реже во 2-м, чаще в 3-м триместре беременности и, как правило, заканчивается антенатальной гибелью плода, кровотечением, удалением матки. Главная причина осложнения - формирование неполноценного рубца вследствие дефектов при ушивании раны матки, а также избыточная коагуляция тканей.

Клинический случай разрыва матки по рубцу после миомэктомии с благоприятным исходом для матери и плода. Пациентка М., 34 года, повторнбеременная, первородящая. Из анамнеза: в 2004 г. 2 искусственных аборта без осложнений. Гинекологические заболевания: хронический аднексит, в 1996 г. - гистероскопия, полипэктомия, в 2007 г. - лапароскопия, цистэктомия, иссечение очагов эндометриоза, миомэктомия (узел в области дна диаметром 4 см субсерозный на широком основании, удален без ушивания с применением биполярной коагуляции), в 2010 г. - лапароскопия, адгезиолизис.

По поводу 3-й беременности наблюдалась в женской консультации с 8-9 недель. Госпитализации за время беременности в 8 недель и в 28 недель в связи с угрозой прерывания беременности.

09.01.12 г. поступила в родильное отделение в сроке 38 недель с жалобами на резкие боли в верхних отделах живота. Общее состояние удовлетворительное, кожные покровы чистые, розовые. АД 110/60 мм рт. ст. ЧСС 78 уд. в мин. Матка болезненная, преимущественно в области дна, легко возбудима. Симптомы раздражения брюшины положительные. Положение плода продольное, головка плода прижата ко входу в малый таз, сердцебиение плода 140 уд. в мин, приглушено. При влагалищном исследовании (в

условиях развернутой операционной): шейка матки незрелая, через своды пальпируется головка плода, прижата ко входу в малый таз. Патологических выделений нет.

Учитывая угрожающий разрыв матки по рубцу после миомэктомии в 2007 г., выполнена экстренная операция кесарева сечения. В брюшной полости 100 мл жидкой крови. За головку через 5 минут от начала операции извлечен живой плод мужского пола массой 3320 г, длиной 50 см, с оценкой по шкале АПГАР 8–9 баллов. Плацента располагалась на передней стенке и в дне. После удаления плаценты в дне матки ближе к правому трубному углу обнаружен полный разрыв матки по рубцу диаметром 3 см с каллёзными краями. Пациентка категорически отказалась от удаления матки и стерилизации. Выполнено ушивание разрыва двумя рядами швов (монокрил 2-0) с установкой противоспаечного барьера Interceed и дренированием брюшной полости. Общая кровопотеря 900 мл. Послеоперационный период протекал без осложнений. Выписана на 8-е сутки с ребенком.

В 2014 г. самостоятельно наступила четвертая беременность, которая протекала без осложнений. Родоразрешена в 37-38 недель в связи с началом родовой деятельности. За головку извлечен живой плод женского пола массой 3010 г, длиной 50 см, с оценкой по шкале АПГАР 8 баллов. Плацента по передней стенке и в дне. Рубцы на матке после операции кесарева сечения и миомэктомии истончены. Кровопотеря 500 мл. Послеоперационный период протекал без осложнений. Выписана с ребёнком на 5-е сутки [8].

В статье Савельевой Г.М., Курцер М.А., и Бреслав И.Ю., вышедшей в издание в 2021 году прицельно выполнен ретроспективный анализ 43 историй родов у пациенток с РМ по рубцу после миомэктомии.

Миомэктомия у 37 из 43 пациенток произведена лапароскопическим доступом, у 3 – лапаротомическим, у 2 – несколько миомэктомий в анамнезе, которые у одной и той же пациентки проводились и лапароскопическим, и лапаротомическим доступом с интервалом 2–4 года, у 1 – трансцервикальная миомэктомия с помощью гистерорезектоскопии (лейомиома матки 1–2-го типа). У 1 пациентки, не вошедшей в список проанализированных 43 историй родов, после миомэктомии лапароскопическим доступом произошел разрыв матки в 20–21-ю неделю беременности.

В таблице представлена частота жалоб и симптомов, указывающих на стадию разрыва матки по рубцу после миомэктомии [9].

Таблица 1. Частота жалоб и симптомов, указывающих на стадию РМ по рубцу после миомэктомии					
Table 1. Incidence of complaints and symptoms indicating the state of UR in a scarred uterus after myomectomy					
Характер жалоб, симптомов / Characteristics of complaints, symptoms	Время обнаружения разрыва матки / UR detection time				Итого симптомы / Total number of symptoms
	Беременность, срок гестации, нед. / Pregnancy, gestational age, weeks				
	до 27,6 / before 27,6	28–33,6	34–36,6	>37	
Тошнота, рвота / Nausea, vomiting		2	1	2	5
Боли в эпигастрии / Epigastric pain		1		1	2
Боли в животе / Abdominal pain	2	12	5	11	30
Болезненные схватки / Painful labor contractions			1	3	4
Боли в поясничной области / Low back pain			1		1
Гипоксия плода / Fetal hypoxia		10	7	6	26
Кровяные выделения из половых путей / Bloody vaginal discharge		1	1	1	3
Стремительные или быстрые роды / Rapid or precipitous labor				4	4
Внутрибрюшное кровотечение / Intra-abdominal hemorrhage				1	1
Всего пациенток / Total number of patients	2	16	8	12	5

Таким образом, наличие рубца на матке после миомэктомии является фактором риска разрыва матки при беременности и родах, необходимо учитывать данные протокола операции, послеоперационное состояние рубца для планирования родоразрешения.

8. РАЗРЫВ МАТКИ НА ФОНЕ АДЕНОМИОЗА

Аденомиоз матки – это одно из самых распространенных гинекологических заболеваний, занимающее значительное место среди патологий репродуктивной системы. Существующие методы консервативной терапии больных с аденомиозом матки на поздних стадиях часто являются недостаточными или абсолютно неэффективными, в связи с чем приходится прибегать к оперативному лечению. Поскольку одной из основных задач органосохраняющих операций является сохранение репродуктивной функции, то отдаленные последствия иссечения аденомиоза в отношении течения последующей беременности и родов нуждаются в изучении.

Клинический случай разрыва матки при беременности на фоне множественной гистопатии стенки матки. Беременная И., 31 год, поступила 10.12.2018 г. в 9:55 с диагнозом: Беременность 25,2 нед. ОАГА. Рубец на матке. Антенатальная гибель плода. Преждевременная тотальная отслойка плаценты без наружного кровотечения. Разрыв матки? Геморрагический шок III степени.

Акушерско-гинекологический анамнез: в 2015 году роды в срок, без осложнений, доношенный здоровый ребенок, весом 3550 г и ростом 50 см. Со слов женщины, через 4 месяца после родов открылось маточное кровотечение. Пациентке было проведено раздельное диагностическое выскабливание полости матки с подозрением на плацентарный полип, диагноз не подтвердился, после чего больная была направлена на гистероскопию, где был установлен диагноз: Аденомиоз IV степени в области дна матки.

Лечение аденомиоза проводилось путем лапароскопии с иссечением пораженной ткани в области дна матки. Со слов женщины аденомиоз гистологически подтвержден. Выписка не представлена. Послеоперационное лечение в целях профилактики рецидива аденомиоза не проводилось.

Настоящая беременность вторая, роды вторые. По поводу данной беременности пациентка состояла на учете в женской консультации с 11 недель беременности. В 12 нед. беременности открылось маточное кровотечение, в связи с чем находилась на стационарном лечении, получала транексам и утрожестан (дозы, длительность приема в обменной карте не отражены). Кровотечение прекратилось, состояние стабилизировалось, беременность сохранена.

На момент поступления предъявляет жалобы на острые боли внизу живота в течение двух часов (с 8:00 10.12.18). Осмотр и сбор анамнеза проводились

непосредственно в операционной. Объективно: общее состояние тяжелое. Артериальное давление 60/40, 65/40 мм рт. ст., пульс 130 в мин, высота дна матки 26 см, окружность живота 84 см. Зрение ясное, головной боли нет. Кожные покровы и видимые слизистые бледные. На вопросы отвечает заторможено. Язык чистый, влажный. Живот увеличен за счет беременной матки. Матка с нечеткими контурами, продольно-овоидной формы, резко болезненна, боковые отделы живота болезненны. Из-за болезненности осмотр затруднен. Сердцебиение плода не выслушивается. Область рубца болезненна.

Учитывая сложившуюся акушерскую ситуацию: признаки массивного внутреннего кровотечения, геморрагический шок III степени, показано экстренное оперативное родоразрешение путем кесарева сечения в нижнем маточном сегменте. На операции в брюшной полости около 3000 мл темной крови со сгустками. В области дна матки – полный разрыв матки с визуализацией плаценты из разрыва, дефект 8х6 см. Полость матки остро и тупо вскрыта поперечно в нижнем сегменте. За ножки извлечен плод (мальчик) весом 900 г без признаков живорождения (сердцебиения, дыхания, тонуса мышц, пульсации пуповины), передан неонатологу. Прошиты маточные магистральные сосуды. Рукой отделена плацента и выделен послед. Произведена перитонизация пузырно-маточной складкой. Выполнена метропластика. После иссечения краев раны стенка матки восстановлена двухрядным викриловым швом. Тупым и острым путем произведено разъединение спаечного процесса петель кишечника с задней поверхностью матки. Выполнен гемостаз. Матка сократилась, плотная, кровотечения нет. Ревизия органов малого таза – без особенностей. Учитывая наличие рубца на матке и большого объема метропластики, показана хирургическая стерилизация по жизненным показаниям. Выполнена стерилизация по Мадленеру. Общая кровопотеря составила 3500 мл.

Учитывая объем кровопотери в послеоперационном периоде были произведены гемотрансфузии. Течение послеоперационного периода гладкое. Выписана на 7-е сутки в удовлетворительном состоянии.

Приведенный клинический пример соответствует классической картине гистопатического разрыва матки по рубцу [10].

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Рахаткулова М.З., Журова Д.Ю, Фросина В.Д., Теленкова Ж.Н., Пешкова Н.В. Гистопатический разрыв матки во время беременности // Научный медицинский вестник Югры. 2020. № 2 (24). С. 32-37.
2. Куликов А.А., Трухоновец О.В., Саватеева Н.А. Гистопатический разрыв матки во время беременности // Репродуктивное здоровье. Восточная Европа. 2017. Т. 7. № 3. С. 386-390.

3. Маевская М.В. Разрыв матки во втором триместре во время медикаментозного прерывания беременности с использованием мизопростола // Проблемы здоровья и экологии. 2022. № 19(2). С. 129–133.
4. Савельева Г.М., Курцер М.А., Бреслав И.Ю., Коноплянникова А.Г., Латышкевич О.А. Нюансы клинической картины и терминологии неполного разрыва матки во время беременности и в родах. Расползание/аневризма матки // StatusPraesens. Гинекология, акушерство, бесплодный брак. 2021. № 2 (76). С. 61-65.
5. Баев О.Р. Разрыв матки в современном акушерстве // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. 2005. Т. 4. № 3. С. 83-88.
6. Буштырева И.О., Чернавский В.В., Буштырев А.В., Хопряткова Е.В. Спонтанный разрыв матки в родах: клинический случай // StatusPraesens. Гинекология, акушерство, бесплодный брак. 2016. № 2 (31). С. 135-137.
7. Савельева Г.М., Курцер М.А., Бреслав И.Ю., Коноплянников А.Г., Латышкевич О.А. Разрывы матки в современном акушерстве // Акушерство и гинекология. 2020. № 9. С. 48-53.
8. Цыпурдеева А.А., Кахиани М.И. Разрыв матки у роженицы после лапароскопической миомэктомии (клинический случай) // Журнал акушерства и женских болезней. 2016. Т. 65. № 5. С. 70-71.
9. Савельева Г.М., Курцер М.А., и Бреслав И.Ю. Разрыв матки после миомэктомии, произведенной вне беременности // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. 2021. Т 20. № 6. С. 5–11.
10. Бочко А.Д., Данько А.В. Случай разрыва матки при беременности на фоне множественной гистопатии стенки матки // 73-я итоговая научная конференция студентов Ростовского государственного медицинского университета. Сборник материалов. 2019. С. 39-41.
11. Князев С.А., Оразмурадов А.А., Голикова Т.П., Сащенко А.И., Лукаев А.А., Болибок Н.В., Кириенко А.Ф., Гасымова Ш. Разрыв матки: прошлое, настоящее, будущее // Вестник Российского университета дружбы народов. Серия: Медицина. 2012. № 6. С. 176-186.
12. Шляпников М.Е., Ларина Т.В., Соловова Л.Д., Сыресина С.В., Прохорова Л.В., Артюх Ю.А., Куликова К.О. Гистопатический разрыв матки на фоне прогрессирующей беременности, аденомиоза и артерио-венозной мальформации маточных сосудов // Тольяттинский медицинский консилиум. 2015. № 3-4. С. 92-97.
13. Осипенкова Т.К., Демура Т.А. Мальформация и дезорганизация рубца в стенке матки на фоне недифференцированной дисплазии соединительной ткани – причина разрыва стенки беременной матки // Акушерство и гинекология. 2016. № 7. С. 105-110.