

УДК 618.3+618.14-006.36-089.87+618.5-089.888.61

© Коллектив авторов, 2013.

## СЛУЧАЙ РАЗРЫВА МАТКИ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ ПОСЛЕ КОНСЕРВАТИВНОЙ МИОМЭКТОМИИ БЕЗ УШИВАНИЯ МАТКИ В АНАМНЕЗЕ

**Ю. Э. Ушаков<sup>1</sup>, А. К. Пругло<sup>2</sup>, В. С. Будак<sup>3</sup>, Н. В. Косолапова<sup>4</sup>**<sup>1,3</sup> Симферопольское районное территориальное медицинское объединение (гл. врач – В. Н. Митько); 95033, Украина, ул. Луговая, 73; E-mail: lerun@ukr.net<sup>2,4</sup> Кафедра акушерства и гинекологии №2 (зав. – профессор И. И. Иванов), Государственное учреждение «Крымский государственный медицинский университет имени С. И. Георгиевского»; 95006, Украина, г. Симферополь, бул. Ленина, 5/7; E-mail: natalykosolapova@mail.ru

### CASE OF A HYSTERORRHESIS DURING THE PATIENT'S PREGNANCY AFTER A CONSERVATIVE MYOMECTOMY WITHOUT SUTURING THE UTERUS IN ANAMNESIS

U. E. Ushakov, A. K. Pruglo, V. S. Budak, N. V. Kosolapova

#### SUMMARY

Existing methods of conservative treatment for patients with hystero-myoma are insufficient or totally ineffective often, and therefore it needs for surgery. However, there is an evidence of insolvency scarring and uterus's rupture during pregnancy in women after laparoscopic myomectomy. The clinical case of a uterus's rupture during the patient's pregnancy after a conservative myomectomy without uterus's closure in past history is described in the article.

### ВИПАДОК РОЗРИВУ МАТКИ ПІД ЧАС ВАГІТНОСТІ ПІСЛЯ КОНСЕРВАТИВНОЇ МІОМЕКТОМІЇ БЕЗ УШИВАННЯ МАТКИ В АНАМНЕЗІ

Ю. Е. Ушаков, А. К. Пругло, В. С. Будак, Н. В. Косолапова

#### РЕЗЮМЕ

Існуючі методи консервативної терапії хворих міомою матки дуже часто є недостатніми або абсолютно неефективними, у зв'язку з чим доводиться вдаватися до оперативного лікування. Однак є дані про неспроможність рубців і розриви матки при вагітності у жінок після лапароскопічної міомектомії. У статті представлено клінічний випадок розриву матки під час вагітності у пацієнтки після консервативної міомектомії без ушивання матки в анамнезі.

**Ключевые слова:** беременность, разрыв матки, консервативная миомэктомия, кесарево сечение.

Миома матки относится к наиболее часто встречающимся доброкачественным опухолям половых органов женщин и занимает значительное место среди патологии репродуктивной системы. Существующие методы консервативной терапии больных миомой матки очень часто являются недостаточными или абсолютно неэффективными, в связи с чем приходится прибегать к оперативному лечению. При этом 60,9-95,3% всех оперативных вмешательств приходится на радикальные операции – ампутацию или экстирпацию матки [2]. Вместе с тем отмечено, что миома матки довольно часто встречается у молодых женщин. В возрасте до 40 лет оперативному вмешательству подвергаются до 24,0-26,8% больных миомой. Радикальные операции лишают женщину в дальнейшем возможности иметь детей и приводят к значительным изменениям в гипоталамо-гипофизарно-яичниковой системе, усугубляя тем самым уже имеющиеся в организме патологические процессы, и обуславливают выраженное напряжение психоэмоционального состояния. В связи с этим большое

внимание уделяется проведению органосохраняющих операций, среди которых наиболее функционально-щадящей является миомэктомия [1, 2, 4].

Однако удельный вес миомэктомии до настоящего времени остается небольшим и составляет 8,2-18,9%. Обусловлено это целым рядом причин: технической сложностью операции, требующей хорошей хирургической подготовки оперирующего врача, возможностью возникновения рецидивов миомы, более высокой частотой послеоперационных воспалительных осложнений, развитием массивного спаечного процесса в малом тазу, нередко приводящего к появлению перитонеальной формы бесплодия и симптомов спаечной болезни [1-7].

В настоящее время в отечественной и зарубежной литературе имеется большое количество исследований, посвященных проблеме реконструктивно-пластических операций на матке у больных миомой матки вне беременности. Анализ этих работ показывает, что основной целью проводимых операций является стремление сохранить матку, восста-

новить репродуктивную, менструальную функции и поддержать гомеостаз организма в целом [1, 3-7].

Имеются данные о несостоятельности рубцов и разрывах матки при беременности у женщин после лапароскопической миомэктомии. В целом разрыв матки после консервативной миомэктомии наблюдается в 0,3% случаев [1]. Хотя в отдельных наблюдениях частота этого осложнения достигает 2,5% [4].

Главная причина осложнения – неполноценное ушивание раны матки либо оставление «мёртвого пространства», что приводит к образованию интраматочных гематом и ухудшает заживление раны.

Клинические проявления разрыва матки по рубцу (на фоне гистиопатических изменений миометрия) могут иметь невыраженный, стёртый характер (расхождение или «расползание» рубца), что затрудняет современную диагностику и требует использования дополнительных методов исследования [1-7].

Представляем клинический случай разрыва матки по рубцу после консервативной миомэктомии, выполненной с применением лапароскопической техники без ушивания ложа узла миомы, который произошёл в родильном отделении ТМО Симферопольского района.

Беременная К., 42 лет, 18.07.2012 г. доставлена бригадой скорой помощи в родильное отделение Территориального медицинского объединения Симферопольского района с диагнозом: Беременность 34-35 недель. Отягощённый акушерский анамнез. Рубец на матке после двух операций кесарева сечения. Состояние после консервативной миомэктомии. Угроза преждевременных родов. При поступлении женщина предъявляет жалобы на интенсивные тянущие боли внизу живота, которые появились накануне вечером. На диспансерном учёте у смежных специалистов не состоит. Менструации с 15 лет, регулярные. Гинекологические заболевания: миома матки (лапароскопическая консервативная миомэктомия в 2005 г.: удаление интерстициального узла размером 4×5 см, располагавшегося по передней стенке, в области нижнего маточного сегмента, без ушивания ложа узла миомы).

Данная беременность четвёртая, предстоящие четвёртые роды. 1 роды – в 1991 г. в сроке 39 недель; 2 роды – в 2007 г. в сроке 25 недель, преждевременная отслойка низко расположенной плаценты, кесарево сечение, масса плода 760 гр., ребёнок умер в позднем неонатальном периоде; 3 роды – в 2008 г. в сроке 39 недель путем кесарева сечения.

1 и 2 половины данной беременности протекали без особенностей. На стационарном лечении во время беременности не находилась.

Состояние при поступлении удовлетворительное. Кожные покровы и видимые слизистые оболочки бледно-розовые, чистые. Артериальное давление (АД) – 110/70 мм рт. ст., пульс – 70 ударов в минуту, температура тела – 36,6°C. В лёгких дыхание вези-

кулярное, хрипов нет. Диспептических явлений не отмечает. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон.

Объективно: живот увеличен за счёт беременной матки, правильной овоидной формы, высота дна матки – 37 см, окружность живота – 105 см. Матка легковозбудима, при пальпации безболезненна. Положение плода продольное, предлежит головка плода, над входом в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, до 140 ударов в минуту. Выделения из половых путей слизистые, умеренные. При влагалищном исследовании: шейка матки отклонена кзади, длиной 2,5 см, плотная. Наружный зев сомкнут. Через своды определяется головка плода, расположенная над входом в малый таз. Мыс не достижим, экзостозов нет. Выделения слизистые.

Диагноз: Беременность 34-35 недели. Отягощённый акушерско-гинекологический анамнез. Рубец на матке после двух операций кесарева сечения. Состояние после консервативной миомэктомии (2005 г.). Угроза преждевременных родов.

Назначены физический и эмоциональный покой, свечи вибуркол, седасен.

19.07.2012 г. женщина находится на этапе клинико-лабораторного обследования. Из анализов: общий анализ крови: Hb – 90,1 г/л (анемия I степени), в остальном показатели клинико-биохимических исследований – без особенностей.

Ультразвуковое исследование от 19.07.2012: один плод, продольное положение, предлежание головное, соответствует сроку 34-35 недель. Сердцебиение ритмичное, 142 удара в минуту. Количество околоплодных вод нормальное. Плацента расположена по передней стенке, толщиной 36 мм, 1-2 степени зрелости, вне зоны предлежания.

На основании жалоб, данных объективного исследования, лабораторных и инструментальных методов исследования, выставлен клинический диагноз: Беременность 34-35 недели. Отягощённый акушерско-гинекологический анамнез. Рубец на матке после двух операций кесарева сечения. Состояние после консервативной миомэктомии (2005 г.) Угроза преждевременных родов. Анемия лёгкой степени.

Женщина получила терапию согласно намеченному ранее плану.

С 19 часов 30 минут 19.07.2012 г. появились жалобы на боли по всему животу, более выраженные в правой подвздошной области и пояснице, общую слабость, рвоту. Объективно: АД – 100/60 мм рт. ст., пульс 90 ударов в минуту, температура тела – 36,6°C. Кожные покровы и видимые слизистые оболочки бледно-розовые. Язык влажный, обложен белым налётом. Живот мягкий, болезненный при пальпации, при перкуссии определяется тимпанит в эпигастриальной области. Симптом Пастернацкого положительный с обеих сторон. Матка в нормальном тоне. Отмечается болезненность в области

послеоперационного рубца. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, до 136 ударов в минуту. Стул был утром и в обед.

Выделения из половых путей слизистые. При вагинальном осмотре: шейка матки без структурных изменений. Наружный зев сомкнут. Предлежит головка плода, над входом в малый таз.

Предварительный диагноз: Беременность 34 недели 5 дней. Отягощённый акушерско-гинекологический анамнез. Рубец на матке после двух операций кесарева сечения. Состояние после консервативной миомэктомии (2005 г.). Несостоятельность рубца на матке?

Взяты анализы по cito!

20.07.2012 г. в связи с ухудшением состояния, сохранением жалоб на разлитые боли по всему животу, положительные симптомы раздражения брюшины, выставлен предварительный диагноз: Беременность 34-35 недель. Отягощенный акушерско-гинекологический анамнез. Рубец на матке после двух операций кесарева сечения. Состояние после консервативной миомэктомии (2005 г.). Несостоятельность рубца на матке? Принято решение об экстренном родоразрешении.

20.07.12 г. в 12 часов 05 минут – операция: Нижнесрединная лапаротомия. Кесарево сечение в нижнем маточном сегменте. Резекция мочевого пузыря с последующим его ушиванием. Экстирпация матки без придатков. Дренирование брюшной полости, предпузырного пространства.

Под эндотрахеальным наркозом в асептических условиях произведена нижнесрединная лапаротомия. В брюшной полости обнаружено около одного литра тёмной крови со сгустками. В нижнем маточном сегменте справа в области послеоперационного рубца (предположительно после консервативной миомэктомии) – дефект стенки матки диаметром около 2 см. Дефект выполнен плацентарной тканью, из которой стекает кровь. При вскрытии пузырно-маточной складки определяется прорастание плацентарной ткани в дно мочевого пузыря. Низвести мочевой пузырь невозможно, произведена резекция мочевого пузыря в области дна. Матка вскрыта поперечным разрезом в нижнем сегменте, трансплацентарно за головку извлечён живой плод женского пола весом 2320 грамм, ростом 48 см, с оценкой по шкале Апгар на 1 минуте – 6 баллов, на 5 минуте – 6 баллов. Ребёнок передан неонатологу. Отделить послед не представляется возможным по причине его истинного приращения (placenta percreta), в связи с чем консилиумом принято решение расширить объём операции до экстирпации матки без придатков.

Общая кровопотеря составила 2000 мл. После-

операционный период протекал без осложнений. Женщина выписана на 12-е сутки послеоперационного периода.

#### ВЫВОДЫ

1. По нашему мнению, у женщин репродуктивного возраста с миомой матки следует производить лапаротомическую или лапароскопическую миомэктомию с обязательным ушиванием ложа удалённого миоматозного узла двухрядным швом с использованием современного шовного материала.

2. Дородовые разрывы матки чаще всего наблюдаются на сроках от 17 до 35 недель беременности, любая женщина с миомэктомией в анамнезе и с болями в животе после 20 недель гестации должна быть рассмотрена как пациентка с подозрением на разрыв матки. Наиболее характерным симптомом является тахикардия плода, синхронная с болевым синдромом.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Кулаков В. И. Миомэктомия и беременность / В. И. Кулаков, Г. С. Шмаков. – М. : МЕД-пресс, 2001. – 344 с.

2. Ланчинский В. И. Новые подходы к хирургическому лечению миомы матки / В. И. Ланчинский, А. И. Ищенко, А. А. Ищенко // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. – 2004. – Т. 3, № 5. – С. 77–80.

3. Опыт самопроизвольного родоразрешения женщин с рубцом на матке после миомэктомии / О. Г. Пекарев, И. В. Майборodin, Е. О. Пекарева [и др.] // Акушерство и гинекология. – 2012. – № 5. – С. 88–92.

4. Особенности течения беременности и родов у женщин с рубцом на матке после консервативной миомэктомии / С. И. Коржуев, А. Н. Иванян, Т. А. Густоварова [и др.] // Мать и дитя: материалы VII Российского форума, 11-14 октября 2005 г., Москва, Россия / Министерство здравоохранения РФ, ФГБУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В. И. Кулакова» Минздрава России; Российское общество акушеров-гинекологов. – М., 2005. С. 106–107.

5. Разрыв матки во время беременности после лапароскопической миомэктомии / А. Н. Стрижков, О. Р. Баев, М. В. Рыбин [и др.] // Акушерство и гинекология. – 2003. – № 3. – С. 60–61.

6. Федоров И. В. Лапароскопическая хирургия и её последствия на фоне беременности / И. В. Федоров, М. И. Мазитова // Эндоскопическая хирургия. – 2010. – № 5. – С. 60–61.

7. Pregnancy and laparoscopic surgery / Lachman E., Schienfeld A., Voss E. [et al.] // J. Am. Ass. Gynecol. Laparosc. – 1999. – Vol. 6. – P. 347.