

Клинический случай расхождения (зияния) рубца на матке после эндоскопической тубэктомии

О.Ю.Иванова¹, Н.М.Перькова¹, Н.В.Мальцева²,
Ж.В.Жолудева², Г.В.Грачева²
¹ФГБОУ ВО «Курский государственный
медицинский университет», Курск
²ОБУЗ «Курский городской клинический
родильный дом», Курск

В последние годы врачи все чаще сталкиваются с проблемой выявления несостоятельного рубца на матке после оперативного лечения как на этапе планирования беременности, так и на различных сроках гестации. Диагностика несостоятельного рубца на матке на прегравидарном этапе особенно сложна, так как, как правило, ни пациентки, ни врачи не готовы принять диагноз на основании данных только ультразвукового исследования, что требует применения полного комплекса диагностических мероприятий (от клинических до малоинвазивных эндоскопических). Группу высокого риска в отношении разрыва матки, как при беременности, так и во время родов, представляют пациентки с рубцом на матке после кесарева сечения, миомэктомии, иссечения трубного маточного угла. В статье описан случай расхождения рубца на матке после эндоскопической тубэктомии.

Ключевые слова: несостоятельность рубца на матке, разрыв матки, электромиолизис.

A Clinical Case of Uterine Scar Dehiscence (Hiatus) after Endoscopic Tubectomy

O.Yu.Ivanova¹, N.M.Perkova¹, N.V.Maltseva²,
Zh.V.Zholudeva², G.V.Gracheva²
¹Kursk State Medical University, Kursk
²Kursk City Clinical Maternity Hospital, Kursk

In recent years, doctors face the problem of identifying uterine scar defects after surgical treatment with increasing frequency, both at the stage of pregnancy planning and in various gestation periods. The diagnosis of a uterine scar defect at the pregravid stage is especially difficult, since neither the patient nor the doctors are ready to accept the diagnosis on the basis of only ultrasound data; it requires the use of a full range of diagnostic measures (from clinical to minimally invasive endoscopic). The high-risk group for uterine rupture, both during pregnancy and during childbirth, is represented by patients with a scar on the uterus after cesarean section, myomectomy, and excision of the tubal uterine angle. The article describes the case of uterine scar dehiscence after endoscopic tubectomy.

Keywords: uterine scar defects, uterine rupture, electromyolysis.

Разрыв матки представляет собой одно из наиболее тяжелых осложнений беременности и занимает одно из первых мест среди показаний к удалению матки в родах (от 21 до 58%) [1]. В зависимости от доступности квалифицированной медицинской помощи встречаемость этой патологии колеблется в пределах 0,012–0,07% до 0,17–3,8%. Частота разрыва матки в области трубных углов составляет 4,9% и, как правило, данный разрыв относится к классу гистопатических [2]. Общепринятыми факторами риска разрыва матки принято считать: перерастяжение матки вследствие узкого таза, крупного плода, неправильного положения плода или вставления головки, гидроцефалии, опухолей родовых путей, а также предшествующие операции на матке, среди которых наиболее важными являются кесарево сечение, миомэктомия, иссечение трубного угла матки по поводу внематочной беременности.

На сегодняшний день, в эпоху миниинвазивных технологий, гистопатические разрывы матки выходят на первое место. С внедрением в практику хирурга рутинного использования электрокоагуляции врачи столкнулись с проблемой разрыва матки во время беременности вследствие ранее перенесенных эндоскопических операций, в том числе и лапароскопического электромиолиза.

Лапароскопический электромиолиз – это метод, который позволяет уменьшить в объеме миому, путем нарушения ее кровоснабжения при помощи биполярной электрокоагуляции вместо полного удаления миомы [3].

Впервые случай разрыва матки у беременной после лапароскопической миомэктомии с применением электромиолиза описан G.A.Vilos и соавт. в 1998 г. Женщина забеременела спустя 3 мес. после лапароскопической миомэктомии, однако на 32-й неделе гестации поступила в стационар с клиникой разрыва матки, приведшего к антенатальной гибели 32-недельного плода [4].

Анализ последующих зарегистрированных случаев в литературе показал, что гестационное окно для разрыва матки после лапароскопической миомэктомии, тубэктомии или иссечения трубного угла составляет 28–35 нед. и является результатом плохой васкуляризации с формированием слабоэластичной соединительной ткани, что предрасполагает к разрыву матки, например, при повышении внутриматочного давления [5].

Это подчеркивает необходимость строгих критериев отбора для женщин, которым показана лапароскопическая операция.

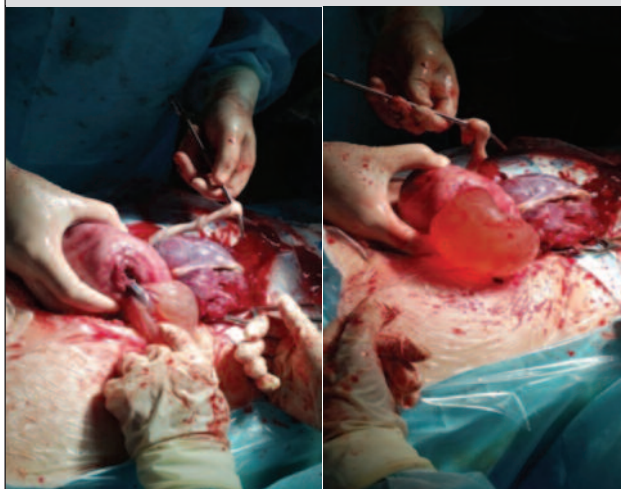
В связи с вышеизложенным, нами предоставляется клинический случай несостоятельности рубца на матке после эндоскопической тубэктомии.

Клинический случай

Пациентка Т., 31 года, поступила в отделение патологии беременности Курского городского клинического родильного дома 29.06.2018 г. с предварительным диагнозом: Беременность 29–30 нед. Угрожающие преждевременные роды. Отеки беременных. ОАГА. НЖО I ст.

При поступлении пациентка предъявляла жалобы на боли тянущего характера в течение двух дней, локализующиеся в нижней отдела живота, преимущественно справа. Шевеление плода ощущала хорошо. Акушерско-гинекологический анамнез: менструации с 15 лет, установилась сразу, продолжительностью 5 дней, умеренно болезненные, количество выделений – умеренное. Менструальный цикл 28 дней. Последняя менструация с 4 по

Рис. 1. Интраоперационное фото – пролабирование фрагмента напряженного плодного пузыря с полным перекрутом



8 декабря 2017 г. Половой жизнью живет с 16 лет, изменений менструального цикла с началом половой жизни не отмечает. *Anamnesis morbi*: Настоящая беременность – 4-я. В анамнезе: в 2007 г. медицинский аборт на раннем сроке гестации по собственному желанию; в 2016 г. – правосторонняя трубная беременность по поводу которой выполнена эндоскопическая правосторонняя тубэктомия, послеоперационный период протекал без особенностей; 2017 г. – внематочная беременность в культе правой маточной трубы – эндоскопическое иссечение трубного угла, послеоперационный период протекал без особенностей.

Течение настоящей беременности: В I триместре на сроке 8–9 нед. находилась на стационарном лечении по поводу угрожающего раннего выкидыша. II триместр протекал без особенностей. В III триместре на сроке 29 нед. отмечает появление отечного синдрома.

Предполагаемая дата родов: по менструации 10.09.2018 г., по данным УЗ – исследования 4.09.2018 г.

При объективном исследовании: состояние при поступлении удовлетворительное. Сознание ясное. Кожные покровы физиологической окраски, теплые, сухие. При осмотре по системам и органам патологии не выявлено. Отеки стоп. Симптом поколачивания отрицательный с двух сторон. Температура тела – 36,8°C, Ps – 82 уд/мин. АД – 110/70 мм рт. ст. D=S. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритм правильный. Матка с четкими контурами, в нормотонусе, при пальпации невозбудима, безболезненная во всех отделах. Положение плода продольное. Позиция первая. Предлежащая часть головка, подвижна над входом в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритм правильный, ЧСС – до 146 уд/мин. Физиологические отправления без особенностей. Диурез адекватный. Выделения из половых путей слизистые, умеренные. Наружные половые органы сформированы правильно. Оволение по женскому типу.

Данные влагалищного исследования: Влагалище нерожавшей, свободное. Влагалищная часть шейки матки отклонена кзади, длиной 2,5 см., наружный зев пропускает купол пальца. Предлежащая часть определяется через своды – головка, отталкивается от входа в малый таз. Мыс не достижим, диагональная конъюгата >13 см. Крестцовая впадина хорошо выражена. Емкость таза удовлетворительная. Экзостозов, деформаций в малом тазу нет. Выделения из половых путей слизистые, умеренные.

Выполнен тест *actim partus* (29.06.18 г.): отрицательный.

Рис. 2. Интраоперационное фото – расхождение (зияние) рубца на матке после эндоскопической тубэктомии



Лабораторные показатели в пределах нормы.

УЗ-исследование (29.06.18 г.): В полости матки один живой плод в головном предлежании. Размеры плода соответствуют 29,5 нед. беременности. Двигательная активность плода нормальная. ЧСС – 153 уд/мин, ритмичное. Плацента расположена по задней стенке матки на 9 см выше уровня внутреннего зева. Толщина плаценты – 34 мм, структура и степень зрелости (I степень) соответствуют гестационному сроку. Количество околоплодных вод нормальное (индекс амниотической жидкости – 125 мм), примесей нет. Нарушений гемодинамики в системе мать–плацента–плод не выявлено. Форма внутреннего зева Т-образная, длина цервикального канала 30 мм. Цервикальный канал закрыт.

В области правого яичника анэхогенное образование правильной формы 78×50 мм.

Заключение: Беременность 29–30 нед. Нарушения КСК не выявлено. Опухоль правого яичника.

УЗИ почек: Гидронефроз правой почки I степени. Каликоэктазия левой почки.

Учитывая сохраняющийся болевой синдром при отсутствии объективных признаков угрозы прерывания, отслойки нормально расположенной плаценты, пациентке была рекомендована консультация хирурга, уролога.

Заключение уролога: Гидронефроз гестационного периода. Данных за острый пиелонефрит нет.

Заключение хирурга: Нельзя исключить острый аппендицит.

С целью верификации диагноза острого аппендицита выполнено повторное УЗ-исследование: В полости матки один живой плод в головном предлежании, ЧСС – 140 в минуту. Рядом с маткой справа определяется анэхогенное образование до 9 см в диаметре, связанное с полостью матки в области правого маточного угла.

Заключение: Несостоятельность рубца на матке после иссечения трубного угла по поводу внематочной беременности в культе трубы справа.

Выставлен диагноз: Беременность 29–30 нед. Несостоятельность рубца на матке после иссечения трубного угла по поводу внематочной беременности в культе трубы справа. Отеки беременных. ОАГА. НЖО I ст.

Показано экстренное родоразрешение путем операции кесарева сечения.

29.06.18 г. выполнена лапаротомия по Пфанненштилю.

Интраоперационно: матка увеличена за счет беременности, соответствующей сроку 29–30 нед., в области правого маточного угла в месте иссечения после операции по поводу внематочной беременности в культе правой маточной трубы имеется дефект 4 см, в который пролабирует фрагмент напряженного плодного пузыря диаметром 10 см, с полным пере-

крутом (рис. 1) Проведено кесарево сечение по Дерфлеру. Извлечен живой плод, женского пола, массой тела 1600 г, ростом 43 см, с оценкой по шкале Апгар на 1-й минуте 76, на 5-й минуте 86, плацента, располагавшаяся по задней стенке, отделена рукой без затруднений.

Дефект правого маточного угла иссечен в пределах здоровых тканей (рис. 2) Произведено ушивание 3-рядным викриловым швом.

Кровопотеря составила 600 мл.

Послеоперационный период протекал без осложнений. Пациентка выписана на 6-е сутки в удовлетворительном состоянии после контрольного УЗИ.

Разрыв матки является тяжелейшим проявлением акушерского травматизма, угрожающее жизни как матери и плода, так и потерей репродуктивной функции. В настоящее время разрывы матки, связанные с неправильным положением плода, формируемые клинически узкого таза, гидроцефалией, насильственными разрывы вследствие грубых и неосторожных акушерских вмешательств уступили место гистопатическим разрывам. Причиной гистопатии, прежде всего, является коагуляционный гемостаз, применяемый при эндоскопических операциях и приводящий к электромиолизису.

В приведенном нами случае стертая клиническая картина и расположение послеоперационного рубца в области правого угла матки привели к формированию широкого спектра конкурирующих диагнозов представленных острым аппендицитом, перекрутом или разрывом кисты яичника, формирующимся дивертикулярным абсцессом, тазовой дистопией почки. Сложность дифференциальной диагностики и определенная субъективность проводимого ультразвукового исследования привела к тому, что при первом эхографическом исследовании анэхогенное образование правильной формы размером 78×50 мм в области правого яичника было расценено как опухоль яичника. Имеющаяся клиническая картина при отсутствии признаков перекрута или разрыва опухоли принудила к продолжению диагностического поиска и, естественно, увеличению времени постановки диагноза, но не повлияло на исход беременности для матери и новорожденного.

Анализ клинического случая наглядно демонстрирует клинические последствия эндоскопического электромиолизиса вследствие предшествующих оперативных вмешательств по поводу внематочной беременности и представляет интерес с точки зрения трудности диагностики несостоятельности послеоперационного рубца на матке. Женщины, перенесшие эндоскопические методы оперативного лечения, должны быть оповещены о возможных факторах риска разрыва матки. На этапе планирования беременности необходимо помнить о тщательном сборе и анализе анамнеза женщины, комплексном использовании методов (ультразвуковое, доплеровское исследование, гидросонография, офисная гистероскопия) диагностики гистопатических изменений [6, 7].

В свою очередь, среди врачей целесообразно повсеместно внедрить паспорт оперативного лечения пациенток в котором при выписке из стационара необходимо отражать хирургическую технологию, вид шовного материала, особенности течения послеопе-

рационного периода и характер проведенной терапии, на основании чего можно будет судить о степени риска развития несостоятельности рубца как во время беременности, так и во время родов [8–10].

Если беременность наступает после миолиза, необходимо соблюдать осторожность и интенсивное наблюдение за матерью и плодом, а кесарево сечение следует проводить при самых ранних признаках и симптомах разрыва матки и в срок до начала родов.

Литература

1. Баев О.Р. Разрыв матки в современном акушерстве. Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. – 2005. – Т. 4. – № 3. – С. 83–88 / Baev O.R. Razryv матки v sovremennoe akusherstve / Voprosy ginekologii, akusherstva i perinatologii. 2005; 4; 3: 83-88. [in Russian]
2. Князев С.А., Оразмуратов А.А., Голикова Т.П. и др. Разрыв матки: прошлое, настоящее, будущее. Вестник РУДН. Серия Медицина. Акушерство и гинекология. – 2012. – № 6. – С. 176–186. / Knyazev S.A., Orazmuratov A.A., Golikova T.P. i dr. Razryv матки: proshloe, nastoyashchee, budushchee. Vestnik RUDN. Seriya Medicina. Akusherstvo i ginekologiya. 2012; 6: 176–186. [in Russian]
3. Abbas A.M., Sheha A.M., Ali M.K. Second-trimester spontaneous uterine rupture after laparoscopic electromyolysis in nulligravida: A case report. Middle East Fertility Society Journal. 2017; 22: 1: 73–76.
4. Vilos G.A., Dalyb L.J., Tsec B.M. Pregnancy outcome after laparoscopic electromyolysis. The Journal of the American Association of Gynecologic Laparoscopists. 1998; 5: 3: 289–291.
5. Al-Kufaishi A., Erasmus K., Carr D., Owen E. An unusual cause for epigastric pain in pregnancy. Spontaneous uterine rupture with herniation of the amniotic sac in a 33-week primigravida. BMJ Case Rep. 2014. doi:10.1136/bcr-2013-202973
6. Буянова С.Н., Шукина Н.А., Логотова Л.С. Диагностика и тактика ведения пациенток с несостоятельным рубцом на матке после кесарева сечения на этапе планирования беременности. Российский вестник акушера-гинеколога. – 2015. – № 15 (5). – С. 82–88 / Buyanova S.N., Shchukina N.A., Logotova L.S. Diagnostika i taktika vedeniya pacientok s nesostoyatel'nyim rubcom na matke posle kesareva secheniya na etape planirovaniya beremennosti. Rossijskij vestnik akushera-ginekologa. 2015; 15 (5): 82–88 [in Russian]
7. Савельева Г.М., Бреслав И. Ю. Разрыв оперированной матки во время беременности и родов. Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. – 2015. – Т. 14. – № 3. – С. 22–27. / Savel'eva G.M., Breslav I. Yu. Razryv operirovannoj матки vo vremya beremennosti i rodov. Voprosy ginekologii, akusherstva i perinatologii. 2015; 14: 3: 22–27. [in Russian]
8. Кан Н.Е., Шмаков Р.Г., Кесова М.И. и др. Самопроизвольное родоразрешение пациенток с рубцом на матке после операции кесарева сечения. Клинический протокол. Акушерство и гинекология. – 2016. – № 12. – С. 12–19. / Kan N.E., Shmakov R.G., Kesova M.I. i dr. Samoproizvol'noe rodorazreshenie pacientok s rubcom na matke posle operacii kesareva secheniya klinicheskij protokol. Tetrushvili, N.I. Kaimchenko. Akusherstvo i ginekologiya. 2016; 12: 12–19. [in Russian]
9. Савельева Г.М., Бреслав И. Ю. Разрыв неоперированной матки во время родов (редакционная статья). Российский вестник акушера-гинеколога. Москва, 2016. – Т. 2. С. 4–9. / Savel'eva G.M., Breslav I. Yu. Razryv neoperirovannoj матки vo vremya rodov (redakcionnaya stat'ya). Rossijskij vestnik akushera-ginekologa. Moscow, 2016; 2: 4–9. [in Russian]
10. Шмидт А.А., Тихонова Т.К., Гайворонских Д.И. и др. Клинические протоколы (акушерство). – 3-е изд., – Санкт-Петербург: СпецЛит, 2018. – С. 145–153. / Shmidt A.A., Tihonova T.K., Gajvoronskih D.I. i dr. Klinicheskie protokoly (akusherstvo). – 3 izd., Sankt-Peterburg: SpecLit, 2018; 145–153[in Russian]

Сведения об авторах:

Иванова Оксана Юрьевна – д.м.н., заведующий кафедрой акушерства и гинекологии, Курский государственный медицинский университет, Курск
Перькова Наталья Михайловна – ассистент кафедры акушерства и гинекологии, Курский государственный медицинский университет, Курск
Мальцева Наталья Викторовна – заместитель главного врача по медицинской части, ОБУЗ «Курский городской клинический родильный дом», Курск
Жолудева Жанна Вячеславовна – заведующий родильным блоком, ОБУЗ «Курский городской клинический родильный дом», Курск
Грачева Галина Викторовна – заведующий оперативной гинекологией, ОБУЗ «Курский городской клинический родильный дом», Курск