

Статья поступила в редакцию 12.02.2020 г.

Черняева В.И., Гончарова Н.Н., Новикова О.Н., Марочко Т.Ю., Зотова О.А., Шакирова Е.А., Сурина М.Н., Мозес В.Г., Карелина О.Б.

Кемеровский государственный медицинский университет,
Кемеровская областная клиническая больница имени С.В. Беляева,
г. Кемерово, Россия
Ленинск-Кузнецкая городская больница № 1»,
г. Ленинск-Кузнецкий, Россия

ПОЛНЫЙ РАЗРЫВ МАТКИ ПО СТАРОМУ РУБЦУ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ

Описано клиническое наблюдение полного разрыва матки по старому рубцу вне стационара в сроке беременности 39-40 недель у пациентки с отягощенным акушерско-гинекологическим анамнезом. Пациентка была прооперирована по экстренным показаниям, через 10 минут от момента поступления. Своевременно оказанная помощь определила благоприятный исход для матери и плода.

Ключевые слова: акушерский травматизм; рубец на матке после кесарева сечения; причины разрыва матки; экстренная помощь

Chernyaeva V.I., Goncharova N.N., Novikova O.N., Marochko T.Yu., Zotova O.A., Shakirova E.A., Surina M.N., Moses V.G., Karelina O.B.

Kemerovo State Medical University,
Kemerovo Regional Clinical Hospital named after S.V. Beljaev, Kemerovo, Russia,
Leninsk-Kuznetsky City Hospital N 1, Leninsk-Kuznetsky, Russia

COMPLETE RUPTURE OF THE UTERUS ALONG THE PREVIOUS SCAR DURING PREGNANCY

Describes the clinical observation of a complete rupture of the uterus along the previous scar during pregnancy of 39-40 gestation weeks in a patient with a burdened obstetric and gynecological history outside the hospital. The patient was undergo surgical operation for emergency indications after 10 minutes from the moment of admission to the hospital. Timely assistance provided predetermined a favorable outcome for the mother and fetus.

Key words: obstetric injury; scar on the uterus after cesarean section; causes of uterine rupture; emergency care

Разрыв матки — серьезное акушерское осложнение, потенциально опасное для жизни, как матери, так и плода. В связи с этим, наличие рубца после кесарева сечения (КС) традиционно считается основным фактором риска разрыва матки, являясь основной причиной в большинстве (50-90 %) случаев за последнее десятилетие [1]. Частота кесарева сечения увеличивается, достигая в России 23,4 %, в странах Европы — 15-17 %, в Великобритании — 24 %, в США — 32 % [2-4]. Разрыв матки встречается в среднем в 0,005-0,1 % всех родов. По данным ВОЗ (2010), в мире средняя частота разрывов матки составляет 0,05-0,31 %; 9 из 10 разрывов возникают во время родов, 1 — во время беременности. От 17 до 60 % разрывов матки происходят чаще на фоне отягощенного акушерского анамнеза или после перенесенной операции на матке. Единственным достоверным признаком катастрофы, сопровождающим 78-87 % всех разрывов матки, как начинающихся, так и совершившихся, является острая гипоксия плода [5]. Материнская смертность при

разрывах матки достигает 60-70 % поздно госпитализированных женщин, смерть плода составляет 70-92 % [6].

Разрывы матки во время беременности и в родах относятся к одним из самых тяжелых осложнений в акушерстве, так как они всегда сопровождаются кровотечением, тяжелым сочетанным шоком (травматическим и геморрагическим), нередко смертью плода, а иногда и женщины. Разрыв матки требует немедленного хирургического вмешательства для спасения плода и восстановления матки или гистерэктомии.

Среди акушерских осложнений, приводящих к массивной кровопотере и нередко гистерэктомии, третье место по частоте занимает разрыв матки, уступая гипотоническим маточным кровотечениям и преждевременной отслойке плаценты. Разрыв матки, ассоциированный с высокой материнской и перинатальной заболеваемостью и смертностью, становится нередким поводом судебных разбирательств в развитых странах [7].

Корреспонденцию адресовать:

ЧЕРНЯЕВА Валентина Ивановна,
650056, г. Кемерово, ул. Ворошилова, д. 22а,
ФГБОУ ВО КемГМУ Минздрава России.
E-mail: 738731@mail.ru

Информация для цитирования:

Черняева В.И., Гончарова Н.Н., Новикова О.Н., Марочко Т.Ю., Зотова О.А., Шакирова Е.А., Сурина М.Н., Мозес В.Г., Карелина О.Б. Полный разрыв матки по старому рубцу во время беременности //Мать и Дитя в Кузбассе. 2020. №2(81). С. 72-76.
DOI: 10.24411/2686-7338-2020-10026

Большинство исследований посвящено анализу разрыва матки после перенесенного кесарева сечения, так как в развитых странах мира более 90 % разрывов происходит у этой категории пациентов [2, 8]. Обширная травма, массивная кровопотеря, шок, нередко присоединившаяся инфекция требуют не только квалифицированного хирургического вмешательства, но и целенаправленных реанимационных мероприятий, длительной инфузионной терапии. В связи с этим, спасение беременной или роженицы не всегда оказывается возможным, ежегодно в мире от разрыва матки и эмболии околоплодными водами погибает около 80 тыс. женщин [6]. Разрывы матки наблюдаются, главным образом, у много рожавших пациенток, с отягощенным акушерским анамнезом и очень редко у первобеременных женщин.

По данным литературы, можно выделить пять основных причин, являющихся отягощающими факторами по риску разрывов матки в родах:

- морфологическая структурная неполноценность миометрия обусловлена процессами повреждения миометрия с развитием воспалительных и рубцовых изменений (фиброз, рубцевание);
- механические и функциональные препятствия для раскрытия шейки (маточного зева) или продвижения плода по родовому каналу;
- гипердинамический неkoordinированный характер родовой деятельности;
- насильственные факторы разрыва матки в результате насильственных действий в родах;
- разрыв рудиментарного рога матки.

Главным фактором по риску разрывов матки в родах является морфологическая структурная неполноценность миометрия, при которой повреждаются сосуды, повышается их проницаемость, образуются периваскулярные отеки, микротромбоз и кровоизлияния. Основными морфологическими повреждающими факторами являются гипоксия, снижение кровоснабжения миометрия (ишемия), воспаление, механические воздействия. После раз-

реза стенки матки (кесарево сечение, часто повторные) происходит гибель ограниченного количества мышечных и соединительно-тканых клеток, и в полной мере структура миометрия не восстанавливается. Чрезмерная нагрузка на неполноценные участки миометрия, возникающая при бурной родовой деятельности, может вызывать их «расползание» или разрыв [5].

КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ

Пациентка Л., 27 лет, повторнородящая. Данная беременность седьмая, роды предстоят седьмые. Первая беременность в 2007 году – кесарево сечение, вторая беременность в 2009 году – повторное кесарево сечение в связи с преждевременной отслойкой плаценты. Третьи, четвёртые, пятые, шестые роды через естественные родовые пути в Областном клиническом перинатальном центре.

Настоящая беременность протекала на фоне гестационной анемии легкой степени, бактериального вагиноза. В первой половине беременности – краевое предлежание хориона, далее низкая плацентация. Прибавка веса за беременность составила 5 кг. Соматический анамнез отягощен наличием пролапса митрального клапана первой степени, носительством вируса простого герпеса, гепатита В. Гинекологические заболевания отрицает, наследственность не отягощена.

Пациентка поступила в акушерское отделение 19.05.2017 года в 06:00 часов с жалобами на схваткообразные боли внизу живота, кровянистые выделения из половых путей со сгустками. Со слов женщины, утром 18.05.2017 года была на приёме у акушера-гинеколога с диагнозом «Беременность 39-40 недель. Предвестники родов». От госпитализации отказалась. В 05:00 часов 19.05.2017 года начались схваткообразные боли внизу живота, появились кровянистые выделения, личным транспортом доставлена в акушерский стационар по месту жительства (I уровня).

Сведения об авторах:

ЧЕРНЯЕВА Валентина Ивановна, канд. мед. наук, доцент, кафедра акушерства и гинекологии им. Г.А. Ушаковой, ФГБОУ ВО КемГМУ Минздрава России, г. Кемерово, Россия. E-mail: 738731@mail.ru

ГОНЧАРОВА Наталья Николаевна, врач акушер-гинеколог, зав. акушерским отделением, ГАУЗ КО ЛКГБ № 1, г. Ленинск-Кузнецкий, Россия. E-mail: geanimatolog42@yandex.ru

НОВИКОВА Оксана Николаевна, доктор мед. наук, доцент, профессор кафедры акушерства и гинекологии им. Г.А. Ушаковой, ФГБОУ ВО КемГМУ Минздрава России, г. Кемерово, Россия. E-mail: oxana777_07@mail.ru

МАРОЧКО Татьяна Юрьевна, канд. мед. наук, доцент, кафедра акушерства и гинекологии им. Г.А. Ушаковой, ФГБОУ ВО КемГМУ Минздрава России, г. Кемерово, Россия. E-mail: marochko.2006.68@mail.ru

ЗОТОВА Ольга Александровна, канд. мед. наук, акушер-гинеколог, репродуктолог, зав. центром ЭКО, ГАУЗ КО КОКБ им. С.В. Беляева, г. Кемерово, Россия. E-mail: olga-tulpan@rambler.ru

ШАКИРОВА Елена Александровна, канд. мед. наук, доцент, доцент кафедры акушерства и гинекологии имени Г.А. Ушаковой, ФГБОУ ВО КемГМУ Минздрава России, г. Кемерово, Россия. E-mail: shakirova_elena@mail.ru

СУРИНА Мария Николаевна, канд. мед. наук, доцент, доцент кафедры акушерства и гинекологии имени Г.А. Ушаковой, ФГБОУ ВО КемГМУ Минздрава России, г. Кемерово, Россия. E-mail: masha_surina@mail.ru

МОЗЕС Вадим Гельевич, доктор мед. наук, доцент, профессор кафедры акушерства и гинекологии имени Г.А. Ушаковой, ФГБОУ ВО КемГМУ Минздрава России, г. Кемерово, Россия. E-mail: vadimmoses@mail.ru

КАРЕЛИНА Ольга Борисовна, канд. мед. наук, доцент, доцент кафедры акушерства и гинекологии имени Г.А. Ушаковой, ФГБОУ ВО КемГМУ Минздрава России, г. Кемерово, Россия. E-mail: ivolga.karelina@mail.ru

При поступлении общее состояние расценено как средней степени тяжести за счёт болевого синдрома. Телосложение правильное, питание умеренное, кожные покровы обычного цвета, отеков нет. Периферические лимфоузлы не пальпируются. АД – 110/70 мм рт. ст. на обеих руках. Пульс – 86 ударов в 1 минуту, удовлетворительных качеств. Сердце: тоны ясные, ритмичные, шумов нет. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Мочеиспускание не нарушено.

Наружное акушерское исследование: Живот увеличен за счёт беременной матки, соответствующей доношенному сроку беременности. При пальпации резкая болезненность внизу живота. Положение плода продольное, головное предлежание, головка прижата ко входу в малый таз. Сердцебиение плода глухое. Со слов женщины, шевеление плода ощущается.

Приглашен анестезиолог. В условиях развернутой операционной проведено вагинальное исследование: наружные половые органы сформированы правильно, оволосение по женскому типу. Влагалище рожавшей женщины. Шейка матки по оси таза, размягчена, укорочена до 1 см. Выделения тёмные со сгустками в объёме 80 мл. Подкладная обильно мочена кровью.

Выставлен диагноз: Основной – Беременность 39-40 недель. Низкая плацентация. Осложнения – Преждевременная отслойка низко расположенной плаценты. Сопутствующий – ОАГА (два рубца на матке). Носитель ВПГ, гепатита В. Проплап митрального клапана первой степени.

Принято решение о немедленном родоразрешении путем операции кесарева сечения. 19.05.2017 в 06:10 (через 10 минут от момента поступления) начата операция, при вскрытии брюшной полости в рану предлежит головка плода. Извлечен ребёнок мужского пола массой 3400 г, длиной тела 53 см, с оценкой по шкале Апгар 2/3 балла, передан неонатологу для проведения реанимационных мероприя-

тий (санация верхних дыхательных путей, ИВЛ мешком Амбу, интубация трахеи). Диагноз новорожденного: Асфиксия тяжелой степени. Церебральная ишемия 3 степени, синдром угнетения ЦНС. В связи с тяжестью состояния, новорожденный был эвакуирован в ОРИТН Областной детской клинической больницы, транспортировка осуществлена реанимационной-неонатальной бригадой.

При осмотре брюшной полости: по передней поверхности матки в области рубца полный разрыв с переходом на правое ребро матки до крестцово-маточной связке справа, отрыв круглой связки справа, отрыв тазовой брюшины от мочевого пузыря и боковой стенки таза справа. Забрюшинная гематома в области слепой и восходящей кишки. Имбибиция предпузырной клетчатки. Принято решение провести ампутацию матки без придатков по жизненным показаниям.

Протокол операции: Матка выведена в рану. Справа оторванная круглая связка перевязана. На круглую связку матки слева, маточные трубы, собственные связки яичников с двух сторон наложены зажимы: отсечены и лигированы. Между культами круглых связок в поперечном направлении рассечена пузырно-маточная складка, брюшина от мочевого пузыря тупфером сдвинута к шейке матки, ниже внутреннего зева. На сосудистые пучки наложены зажимы: сосуды пересечены и перевязаны. Тело матки отсечено. Культи ушита двумя рядами отдельных швов (викрил), соединяющих переднюю и заднюю части шейки. Через культю шейки матки и влагалище установлен дренаж. Перитонизация культи шейки матки за счет пузырно-маточной складки.

Хирургом проведена ревизия забрюшинного пространства справа. Стенки слепой кишки и восходящей и ободочной кишки, не раздуты, перистальтика сохранена. Магистральные сосуды не повреждены. Проведено ушивание тазовой брюшины справа с дренированием забрюшинного пространства через переднюю брюшную стенку.

Information about authors:

CHERNYAEVA Valentina Ivanovna, candidate of medical sciences, docent, department of obstetrics and gynecology named after G.A. Ushakova, Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia. E-mail: 738731@mail.ru

GONCHAROVA Natalia Nikolaevna, obstetrician-gynecologist, head of the obstetric department, Leninsk-Kuznetsky City Hospital N 1, Leninsk-Kuznetsky, Russia. E-mail: reanimatolog42@yandex.ru

NOVIKOVA Oxana Nikolaevna, doctor of medical sciences, docent, professor of the department of obstetrics and gynecology named after G.A. Ushakova, Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia. E-mail: oxana777_07@mail.ru

MAROCHKO Tatyana Yuryevna, candidate of medical sciences, docent, department of obstetrics and gynecology named after G.A. Ushakova, Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia. E-mail: marochko.2006.68@mail.ru

ZOTOVA Olga Alexandrovna, candidate of medical sciences, obstetrician-gynecologist, reproductologist, head of the IVF center, Kemerovo Regional Clinical Hospital named after S.V. Beljaev, Kemerovo, Russia. E-mail: olga-tulpan@rambler.ru

SHAKIROVA Elena Aleksandrovna, candidate of medical sciences, docent, department of obstetrics and gynecology named after G.A. Ushakova, Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia. E-mail: shakirova_elena@mail.ru

SURINA Maria Nikolaevna, candidate of medical sciences, docent, department of obstetrics and gynecology named after G.A. Ushakova, Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia. E-mail: masha_surina@mail.ru

MOZES Vadim Gelievich, doctor of medical sciences, docent, professor of the department of obstetrics and gynecology. G.A. Ushakova, Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia. E-mail: vadimmoses@mail.ru

KARELINA Olga Borisovna, candidate of medical sciences, docent, department of obstetrics and gynecology named after G.A. Ushakova, Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia. E-mail: ivolga.karelina@mail.ru

Урологом осмотрен мочевой пузырь: мочевой пузырь наполнен по катетеру 150,0 мл раствора хлорида натрия 0,9 %, стенка мочевого пузыря состоятельна, повреждений не обнаружено.

Брюшная полость осушена, проведена ревизия. Счет салфеток и инструментария – совпал. Брюшная стенка ушита послойно наглухо. На кожу наложены отдельные шелковые нити. Асептическая повязка. Моча по катетеру светлая, 350,0 мл. Общая кровопотеря 2000,0 мл.

Инфузионная терапия: раствор хлорида натрия 0,9 % – 1250,0 мл, транексамовая кислота 1000 мг, волювен – 500,0 мл, СЗП – 1160,0 мл, заказаны отмытые эритроциты в объёме – 800,0 мл.

Продолжительность операции составила 3 часа. На продленной ИВЛ родильница переведена в реанимационное отделение.

Послеоперационный диагноз: Основной: Беременность 39-40 недель. Полный разрыв матки по старому рубцу в нижнем сегменте с переходом на правое ребро матки. Отрыв круглой связки справа. Отрыв тазовой брюшины от мочевого пузыря и боковой стенки таза справа. Забрюшинная гематома в области слепой и восходящей кишки. Имбибиция предпузырной клетчатки. Кровотечение в связи с преждевременной отслойкой низко расположенной плаценты. Сопутствующий диагноз: ОАГА. Носитель ВПГ, гепатита В. Пропалс митрального клапана I степени.

Операция: Лапаротомия по Пфанненштилю. Надвлагалищная ампутация матки без придатков. Восстановление целостности брюшины правой боковой стенки брюшной полости и боковой стенки малого таза. Дренажирование малого таза. Дренажирование правого забрюшинного пространства. ЭТН. Постгеморрагическая анемия.

Макропрепарат: Матка увеличена до 16 недель условной беременности. Матка бледно-розовая. По передней стенке в месте расположения рубца – полный разрыв с переходом на правую боковую стенку, края раны неровные. Послед – множественные петрификаты, участки отслойки, старые и новые сгустки на поверхности.

Протокол патолого-анатомического исследования операционного материала от 02.06.2017 года: матка – тело матки размер 18 × 16 × 7 см, поверхность гладкая, синевато-серого цвета, по одному из краев разрыв размером 6 × 3 см, края неровные с многобугристыми участками. В полости матки

плотные бурые сгустки, в области плацентарной площадки миометрий мягкий, ложе выполнено плотными бурыми сгустками. Плацента III триместра беременности, массой 709 г, с центральным прикреплением пуповины, диаметр 1,3 см. Сосуды пуповины полнокровны, в оболочках мелкие кровоизлияния. Множество мелких терминальных ворсин, с резко расширенными капиллярами, множественные хронические инфаркты различной величины.

Заключение: Послеродовая матка с разрывом стенки в области нижнего сегмента. Плацента: Хроническая плацентарная недостаточность в стадии компенсации.

Послеоперационный период протекал без осложнений, проводилась инфузионная, антибактериальная и антианемическая терапия. Пациентка выписана на 11-е сутки в удовлетворительном состоянии, заживление швов передней брюшной стенки первичным натяжением, лактация сохранена. Новорожденный был выписан в удовлетворительном состоянии на 10-е сутки. В настоящее время растет и развивается нормально.

Следует обратить внимание, что помощь пациентке своевременно и в полном объеме была оказана в лечебном учреждении I-го уровня.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, все пациентки с рубцом на матке после кесарева сечения представляют группу высокого риска в отношении разрыва матки, как во время беременности, так и во время родов. Неблагоприятными факторами, провоцирующими разрыв матки, независимо от состояния области рубца при эхографии, являются повторные оперативные родоразрешения в анамнезе. Все пациентки с рубцом на матке должны быть осведомлены о клинических признаках несостоятельности послеоперационного рубца и тщательно мониторироваться в амбулаторных условиях с целью своевременной госпитализации в учреждения 3-го уровня.

Информация о финансировании и конфликте интересов

Исследование не имело спонсорской поддержки. Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES:

1. Kaczmarczyk V, Sparen P, Terry P, Cnattingius S. Risk factors for uterine rupture and neonatal consequences of uterine rupture: a population – based Severe maternal and perinatal outcomes from rupture among women at term with a trial of labor. *BJOG*. 2007; 114(10): 1208-1214.
2. Barger MK, Nannini A, Weiss J, Declercq ER, Stubblefield P, Werier M, Ringer S. Severe maternal and perinatal outcomes from uterine rupture among women at term with a trial of labor. *J Perinatol*. 2012; 32(11): 837-843. DOI: 10.1038/jp.2012.2
3. American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG Practice bulletin no. 115: Vaginal birth after previous cesarean delivery. *Obstet Gynecol*. 2010; 116(2 Pt1): 450-463. DOI: 10.1097/AOG.0b013e3181eeb251

4. De Lau H, Gremmels H, Schuitemaker NW, Kwee A. Risk of uterine rupture in women undergoing trial of labor with a history of both a caesarean section and a vaginal delivery. *Arch Gynecol Obstet*. 2011; 284(5): 1053-1058. DOI: 10.1007/s00404-011-2048-x
5. Radzinsky VE. Obstetric aggression v.2.0. М.: Status Praesens, 2017. P. 603-604. Russian (Радзинский В.Е. Акушерская агрессия v.2.0. М.: Status Praesens, 2017. С. 603-604.)
6. Аюламазан Е.К. Emergencyobstetrics. A Guide for Doctors. 5th ed. М.: GEOTAR-Media, 2015. P. 83-109. Russian (Айламазан Э.К. Неотложная помощь в акушерстве. Руководство для врачей. 5-е изд. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. С. 83-109.)
7. Mavroforou A, Koumantakis E, Michalodimitrakis E. Physiciansfiability in obstetric and gynecology. *Med Law*. 2005; 24(1): 1-9.
8. Fitzpatrick KE, Kurnczuk JJ, Aifirevic Z, Spark P, Brocklehurst P, Knight M. Uterine rupture by intended mode of delivery in the UK; a national case – control study. *PLoS Med*. 2012; 9(3): e10011184. DOI: 10,1371/journal. Pmed,1001184

* * *