

Статья поступила в редакцию 8.05.2024 г.

Баринов С.В., Тирская Ю.И., Фоломеева А.В., Гребенюк О.А., Пак Т.В., Кадцына Т.В.,
Лазарева О.В., Чуловский Ю.И.

Омский государственный медицинский университет,
Областная клиническая больница, г. Омск, Россия

РАЗРЫВ МАТКИ ПО РУБЦУ ПОСЛЕ МИОМЭКТОМИИ, КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ. ОПИСАНИЕ КЛИНИЧЕСКИХ СЛУЧАЕВ

Разрыв матки по рубцу после кесарева сечения, миомэктомии или других вмешательств на матке может случиться как во время беременности, так и в родах. Данное осложнение приводит к внутрибрюшному кровотечению, нередко заканчивается гистерэктомией и связано с риском материнской и перинатальной смертности. Предикторами благополучного родоразрешения принято считать предшествующие роды через естественные родовые пути с рубцом на матке. В данной статье описаны случаи разрыва матки у пациенток с рубцом, родоразрешенных ранее через естественные родовые пути после оперативных вмешательств на матке. Эти беременные не имели признаков несостоятельности рубца по данным ультразвукового исследования, что свидетельствует о том, что роды с рубцом на матке всегда требуют повышенного внимания к жалобам пациентки, тщательной оценки клинической симптоматики при их ведении и особого контроля за состоянием матери и плода.

Ключевые слова: рубец на матке; роды с рубцом на матке; разрыв матки; кесарево сечение; метропластика

Tirskaya Yu.I., Barinov S.V., Folomeeva A.V., Grebenyuk O.A., Pak T.V., Kadcyna T.V., Lazareva O.V.,
Chulovskij Yu.I.

Omsk State Medical University,
Regional Clinical Hospital, Omsk, Russia

RUPTURE OF THE UTERUS ACCORDING TO THE SCAR AFTER MYOMECTOMY, CESAREAN SECTION. DESCRIPTION OF CLINICAL CASES

Rupture of the uterus along the scar after a cesarean section, myomectomy or other interventions on the uterus can occur both during pregnancy and childbirth. This complication leads to intra-abdominal bleeding, often results in hysterectomy and is associated with a risk of maternal and perinatal mortality. Previous vaginal birth with a uterine scar is considered to be a predictor of successful delivery. This article describes cases of uterine rupture in patients with a scar who had previously delivered vaginally after surgical interventions in the uterus. These pregnant women had no signs of scar failure according to ultrasound examination, which indicates that childbirth with a uterine scar always requires increased attention to the patient's complaints, a careful assessment of clinical symptoms during their management and special monitoring of the condition of the mother and fetus.

Key words: uterine scar; birth with uterine scar; uterine rupture; cesarean section; metroplasty

Последнее время в литературе все чаще встречается обсуждение такой важной акушерской проблемы, как рубец на матке у беременных и рожениц. Увеличение количества женщин репродуктивного возраста с наличием рубца на матке связано с ростом частоты операций кесарево сечение и расширением показаний для оперативного родоразрешения, увеличением частоты встречаемости и омоложением миомы матки, что требует проведения консервативной миомэктомии. Эта ситуация поставила акушеров перед выбором между повторной операцией на матке с еще большим усугублением ситуации в случае возникновения последующих беременностей или попыткой родов через естественные родовые пути.

В 1980 году была принята резолюция, исключая рубец на матке из показаний для проведения

кесарева сечения. Это позволило увеличить частоту естественного родоразрешения у пациенток с рубцом на матке до 51,8 % [1]. Однако параллельно возросла и частота разрывов матки до 4,7 ‰ (в сравнении с 0,3 ‰) и гистерэктомий до 10 % (в сравнении с 0,7-4,0 %) [2].

Попытки прогнозирования риска разрыва матки, опираясь на данные дополнительных методов исследования (УЗИ, МРТ), не привели к желаемому результату [3]. В настоящее время проведено множество исследований данного вопроса. Результаты систематических обзоров и мета-анализов, основанных на базах данных MEDLINE, EMbase и Центрального Кокрейновского регистра, доказали преимущество превентивного кесарева сечения при наличии рубца на матке против естественных родов [4, 5].

Информация для цитирования:



10.24412/2686-7338-2024-3-105-108



IVFNDP

Баринов С.В., Тирская Ю.И., Фоломеева А.В., Гребенюк О.А., Пак Т.В., Кадцына Т.В., Лазарева О.В., Чуловский Ю.И.
РАЗРЫВ МАТКИ ПО РУБЦУ ПОСЛЕ МИОМЭКТОМИИ, КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ. ОПИСАНИЕ КЛИНИЧЕСКИХ СЛУЧАЕВ // Мать
и Дитя в Кузбассе. 2024. №3(98). С. 105-108.



И, тем не менее, данный вопрос остается дискуссионным, в том числе касаясь вопросов риска хирургических осложнений повторного чревосечения. Часть авторов считают стратегически важной задачей снижать частоту операций кесарева сечения путем родоразрешения данного контингента пациенток через естественные родовые пути [6]. Другие же настаивают на минимизации рисков разрыва матки в области рубца с помощью превентивного планового кесарева сечения [4].

В данной публикации освещены два клинических случая разрывов матки в области послеоперационного рубца после того, как женщины уже родоразрешались через естественные родовые пути, имея данный рубец.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ 1

Пациентка О., 38 лет, поступила в Перинатальный центр «БУЗОО ОКБ» с предстоящими третьими родами от шестой беременности.

Из анамнеза: 2007 год — неразвивающаяся беременность в сроке 10 недель, проведено инструментальное удаление плодного яйца без осложнений; 2008 год — неразвивающаяся беременность в сроке 8 недель, инструментальное удаление плодного яйца без осложнений; 2009 год — срочные роды здоровой девочкой массой 3300 г, беременность, роды и послеродовый периоды протекали без осложнений. В последующем использовалась барьерная контрацепция. В 2012 году диагностирована миома матки — единичный субсерозный миоматозный узел по передней стенке, при динамическом наблюдении отмечался рост узла, что потребовало проведения миомэтомии. В 2019 году лапароскопически удален миоматозный узел размером 7 см без вскрытия полости матки. В 2020 году — неразвивающаяся беременность в сроке 8 недель, плодное яйцо удалено без осложнений. В 2022 году — родоразрешение через естественные родовые пути в доношенном сроке беременности мальчиком 3610 г с расщелиной верхней губы и твердого неба с оценкой по Апгар 8/8 баллов, беременность, роды и послеродовый периоды протекали без осложнений. Данная беременность — шестая, протекала на фоне угрозы прерывания. В сроке 12 недель была диагностирована ретрохориальная гематома 4 × 3,5 см, которая регрессировала на фоне проводимой терапии.

Из общего анамнеза: в 1992 году пластика правосторонней паховой грыжи, в 2007 году аппендэктомия без осложнений.

Беременная О. была доставлена в приемное отделение в сроке 36 недель 4.03.2024 в 21:00 с жалобами на боли в животе в течение пяти часов, которые последний час приняли резкий постоянный характер, также беспокоили тошнота, слабость. АД 115/70 мм рт. ст. ЧСС 78 ударов в минуту. При осмотре матка болезненная, преимущественно в области дна. Симптомы раздражения брюшины положительные. Положение плода продольное, головка плода прижата ко входу в малый таз.

Патологические выделения из половых путей отсутствовали. При ультразвуковом исследовании было установлено сниженное количество околоплодных вод (индекс амниотической жидкости 7 см), расположение плаценты по задней стенке, выше внутреннего зева на 6 см, патологии плода и признаков гипоксии не выявлено.

После экстренного дообследования проведена лапаротомия. В брюшной полости обнаружено 300 мл жидкой крови с мелкими сгустками. Проведена гистеротомия поперечным разрезом в нижнем сегменте, извлечен живой доношенный плод женского пола с оценкой по шкале Апгар 8/8 баллов. Плацента, расположенная по задней стенке, отделилась самостоятельно, без затруднений. По передней стенке матки, ближе к дну, обнаружен линейный разрыв длиной до 10 см с неровными каллѳными умеренно кровоточащими краями. Практически на всем протяжении к месту разрыва матки был подпан большой сальник. Выполнена билатеральная перевязка маточных сосудов, проведен адгезиолизис, края раны взяты на зажимы, иссечены, рана ушита отдельными 8-образными швами. Общая кровопотеря 750 мл. Послеоперационный период протекал без осложнений. Выписана на 7-е сутки с ребенком.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ 2

Пациентка В., 32 лет, поступила в Перинатальный центр «БУЗОО ОКБ» с предстоящими третьими родами от седьмой беременности.

Из анамнеза: 2010 год — родоразрешение в сроке 40 недель методом кесарево сечение (показания — клинически узкий таз), родилась живая доношенная девочка массой 3115 г; 2011 год — инструментальное прерывание беременности в сроке 8 недель, без осложнений; 2012 год — инструментальное прерывание беременности в сроке 10 недель, осложнившееся остатками плодного яйца в полости матки с последующей вакуум-аспирацией; 2013 год — роды через естественные родовые пути в сроке 37 недель беременности живой доношенной девочкой массой 2870 г; 2014 г. и 2015 г. — медикаментозное прерывание беременности без осложнений.

Из соматической патологии диагностирована варикозная болезнь нижних конечностей, ХВН-0, латентный дефицит железа.

Данная беременность седьмая, протекала на фоне угрозы прерывания, в сроке 7-8 недель проводилась сохраняющая терапия. В 17 недель перенесла ОРВИ.

Поступила в приемное отделение в сроке беременности 39 недель с жалобами на регулярные схваткообразные боли внизу живота в течение двух часов. Состояние было оценено как удовлетворительное, по результатам УЗИ патологии выявлено не было, плацента располагалась по задней стенке. Выставлен диагноз: «Первый период третьих срочных родов». Открытие шейки матки на момент поступления составляло 2 см. Через 4 часа 40 минут

самостоятельно родоразрешилась живой доношенной девочкой, массой 3730 г, ростом 52 см, с оценкой по Апгар 7-8 баллов. Плацента отделилась без затруднений, общая кровопотеря в родах составила 100 мл.

При проведении УЗИ-исследования в раннем послеродовом периоде была выявлена гематома 20 × 21 мм в области левого угла рубца на матке, что послужило поводом для лапаротомии в неотложном порядке. Интраоперационно в брюшной полости было выявлено 20 мл жидкой крови. Рубец после кесарева сечения неравномерно истончен от 3 до 1 мм на всем протяжении, в области левого угла определялся дефект длиной 20 мм. Было проведено иссечение тканей старого неполноценного рубца, края раны ушиты двухрядным непрерывным швом, использовался викрил. Интраоперационно кровопотеря составила 120 мл.

Послеоперационный период протекал без осложнений. Контроль УЗИ на третьи сутки позволил установить, что толщина рубца на матке после ушивания составила 23 мм. Выписана на пятые сутки в удовлетворительном состоянии.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Ежегодно более 1,5 миллионов женщин детородного возраста рожают с помощью кесарева сечения, и эта численность продолжает расти [2]. В среднем общемировой показатель частоты кесарева сечения ежегодно увеличивается на 4 %. За последние 15 лет этот показатель удвоился и достиг 21 % [7]. Также увеличивается заболеваемость миомой матки, со смещением дебюта данной патологии на молодой возраст, когда у женщин еще не реализована детородная функция, что требует проведения консервативной миомэктомии с целью сохранения матки. Таким образом, численность женщин с рубцом на матке возрастает в геометрической прогрессии.

При наличии рубца на матке возможны три варианта исходов: роды через естественные родовые пути, плановое или экстренное кесарево сечение. Безусловно, плановое кесарево сечение снижает до минимума риск разрыва матки, но при этом возрастают хирургические риски, обусловленные техниче-

скими сложностями повторной лапаротомии. Кроме того, увеличение частоты абдоминального родоразрешения тянет за собой рост аномалий расположения и прикрепления плаценты, преждевременных родов в последующих беременностях, спаечного процесса органов малого таза, осложненного кишечной непроходимостью [8].

Отсутствие возможности прогнозирования риска разрыва матки по рубцу делает проблему выбора метода родоразрешения еще более сложной. В настоящее время проведено огромное количество исследований, посвященных вопросам образования соединительной ткани в процессе формирования рубца на матке, васкуляризации, факторов, влияющих на это [9]. Однако практически отсутствует информация о гистологических изменениях в рубце после естественного родоразрешения и наступлении еще одной беременности. Существует устойчивое мнение, что если рубец оказался состоятельным в одних естественных родах, то следующее родоразрешение с большой вероятностью пройдет успешно. Хотя логичным было бы предположить, что повторные растяжения тканей рубца во время последующей беременности и сокращение в родах снижают прочность этой уязвимой зоны и повышают риск разрыва матки. Данную мысль подтверждают описанные выше клинические случаи несостоятельности рубцов после повторных родов через естественные родовые пути. Даже отсутствие патологии зоны рубца по УЗИ не дает абсолютной уверенности в его состоятельности. Соответственно, как бы благоприятно не выглядела ситуация, всегда необходимо индивидуально принимать решение о методе родоразрешения, помнить о клинических проявлениях угрожающего разрыва матки, мониторировать состояние пациентки во время беременности и в родах, и быть готовым к оказанию неотложной помощи.

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. Uddin SF, Simon AE. Rates and success rates of trial of labor after cesarean delivery in the United States, 1990-2009. *Matern Child Health J.* 2013; 17(7): 1309-1314. doi: 10.1007/s10995-012-1132-6
2. Guise JM, Eden K, Emeis C, Denman MA, Marshall N, Fu RR, et al. Vaginal birth after cesarean: new insights. *Evid Rep Technol Assess (Full Rep).* 2010; 191: 1-397.
3. McLeish SF, Murchison AB, Smith DM, Ghahremani T, Johnson IM, Magann EF. Predicting Uterine Rupture Risk Using Lower Uterine Segment Measurement During Pregnancy With Cesarean History: How Reliable Is It? A Review. *Obstet Gynecol Surv.* 2023; 78(5): 302-308. doi: 10.1097/OGX.0000000000001143
4. Qiu L, Zhu J, Lu X. The safety of trial of labor after cesarean section (TOLAC) versus elective repeat cesarean section (ERCS): a systematic review and meta-analysis. *J Matern Fetal Neonatal Med.* 2023; 36(1): 2214831. doi: 10.1080/14767058.2023.2214831
5. Mao H, Shen P. Trial of labor versus elective cesarean delivery for patients with two prior cesarean sections: a systematic review and meta-analysis. *J Matern Fetal Neonatal Med.* 2024; 37(1): 2326301. doi: 10.1080/14767058.2024.2326301
6. Mudrov VA, Mochalova MN, Mudrov AA. Features of women's vaginal delivery with uterine scar at present stage. *Journal of Obstetrics and Women's Diseases.* 2018; 67(1): 26-37. Russian (Мудров В.А., Мочалова М.Н., Мудров А.А.

- Особенности родоразрешения беременных с рубцом на матке через естественные родовые пути на современном этапе //Журнал акушерства и женских болезней. 2018. Т. 67, № 1. С. 26-37.) doi: 10.17816/JOWD67126-37
- Delpont S. Global epidemiology of use of and disparities in caesarean sections. *Lancet*. 2019; 394(10192): 23-24. doi: 10.1016/S0140-6736(19)30717-2
 - Chen X, Mi MY. The impact of a trial of labor after cesarean versus elective repeat cesarean delivery: A meta-analysis. *Medicine (Baltimore)*. 2024; 103(7): e37156. doi: 10.1097/MD.00000000000037156
 - Paping A, Basler C, Ehrlich L, Fasting C, Melchior K, Ziska T, et al. Uterine scars after caesarean delivery: From histology to the molecular and ultrastructural level. *Wound Repair Regen*. 2023; 31(6): 752-763. doi: 10.1111/wrr.13127

КОРРЕСПОНДЕНЦИЮ АДРЕСОВАТЬ:

ТИРСКАЯ Юлия Игоревна
644099, г. Омск, ул. Ленина, д. 12, ФГБОУ ВО ОмГМУ Минздрава России
E-mail: yulia.tirskaya@yandex.ru

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ

INFORMATION ABOUT AUTHORS

БАРИНОВ Сергей Владимирович, доктор мед. наук, профессор, зав. кафедрой акушерства и гинекологии № 2, ФГБОУ ВО ОмГМУ Минздрава России, г. Омск Россия. E-mail: barinov_omsk@mail.ru

BARINOV Sergey Vladimirovich, doctor of medical sciences, professor, head of the department of obstetrics and gynecology N 2, Omsk State Medical University, Omsk, Russia. E-mail: barinov_omsk@mail.ru

ТИРСКАЯ Юлия Игоревна, доктор мед. наук, доцент, профессор кафедры акушерства и гинекологии № 2, ФГБОУ ВО ОмГМУ Минздрава России, г. Омск, Россия.
E-mail: yulia.tirskaya@yandex.ru

TIRSKAYA Yulia Igorevna, doctor of medical sciences, docent, professor of the department of obstetrics and gynecology N 2, Omsk State Medical University, Omsk, Russia. E-mail: yulia.tirskaya@yandex.ru

ФОЛОМЕЕВА Алина Валерьевна, канд. мед. наук, врач акушер-гинеколог акушерского физиологического отделения, БУЗОО ОКБ, г. Омск, Россия. E-mail: alina1905@yandex.ru

FOLOMEIEVA Alina Valer'evna, candidate of medical sciences, obstetrician-gynecologist of the obstetric physiological department, Regional Clinic Hospital, Omsk, Russia. E-mail: alina1905@yandex.ru

ГРЕБЕНЮК Ольга Альбертовна, канд. мед. наук, зав. акушерским физиологическим отделением, БУЗОО ОКБ, г. Омск, Россия.
E-mail: olgaomsk@inbox.ru

GREBENYUK Ol'ga Al'bertovna, candidate of medical sciences, head of the obstetric physiological department, Regional Clinical Hospital, Omsk, Russia. E-mail: olgaomsk@inbox.ru

ПАК Татьяна Владимировна, заместитель главного врача по акушерско-гинекологической помощи, БУЗОО ОКБ, г. Омск, Россия. E-mail: akusheromsk@rambler.ru

PAK Tat'yana Vladimirovna, deputy chief physician for obstetrics and gynecology care, Regional Clinical Hospital, Omsk, Russia. E-mail: akusheromsk@rambler.ru

КАДЦЫНА Татьяна Владимировна, канд. мед. наук, доцент, доцент кафедры акушерства и гинекологии № 2, ФГБОУ ВО ОмГМУ Минздрава России, г. Омск, Россия. E-mail: tatianavlad@list.ru

KADTSYNA Tatyana Vladimirovna, candidate of medical sciences, docent, docent of the department of obstetrics and gynecology N 2, Omsk State Medical University, Omsk, Russia. E-mail: tatianavlad@list.ru

ЛАЗАРЕВА Оксана Вячеславовна, канд. мед. наук, доцент, доцент кафедры акушерства и гинекологии № 2, ФГБОУ ВО ОмГМУ Минздрава России, г. Омск, Россия. E-mail: lazow@mail.ru

LAZAREVA Oksana Vyacheslavovna, candidate of medical sciences, docent, docent of the department of obstetrics and gynecology N 2, Omsk State Medical University, Omsk, Russia. E-mail: lazow@mail.ru

ЧУЛОВСКИЙ Юрий Игоревич, канд. мед. наук, доцент, доцент кафедры акушерства и гинекологии № 2, ФГБОУ ВО ОмГМУ Минздрава России, г. Омск, Россия.
E-mail: 89136371811@mail.ru

CHULOVSKY Yuri Igorevich, candidate of medical sciences, docent, docent of the department of obstetrics and gynecology N 2, Omsk State Medical University, Omsk, Russia. E-mail: 89136371811@mail.ru