



## КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ПОЛНОГО «НЕМОГО» РАЗРЫВА ДНА МАТКИ В ПЕРВОМ ПЕРИОДЕ РОДОВ

© М.Н. Мочалова<sup>1</sup>, Л.А. Кузьмина<sup>2</sup>, А.Ю. Мироненко<sup>1</sup>, И.В. Лиханов<sup>2</sup>, В.А. Мудров<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Читинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Чита;

<sup>2</sup> Государственное учреждение здравоохранения «Краевая клиническая больница», Чита

Для цитирования: Мочалова М.Н., Кузьмина Л.А., Мироненко А.Ю., и др. Клинический случай полного «немого» разрыва дна матки в первом периоде родов. – 2020. – Т. 69. – № 2. – С. 83–88. <https://doi.org/10.17816/JOWD69283-88>

Поступила: 06.02.2020

Одобрена: 05.03.2020

Принята: 13.04.2020

В данной статье представлен клинический случай полного разрыва дна матки в первом периоде родов у женщины с рубцом на матке после кесарева сечения в нижнем маточном сегменте. Пациентка не жаловалась на геморрагический и болевой синдромы, оперативное родоразрешение было проведено в связи с первичной родовой слабостью. У новорожденного отсутствовали признаки асфиксии. В ходе операции в области дна матки выявлен дефект округлой формы размером 4 × 5 см, проникающий в полость, который ушит трехрядным швом. Область нижнего сегмента истончена до 2 мм, деформация и дефекты не определялись. В послеродовом периоде обнаружена субинволюция матки. Пациентка выписана в удовлетворительном состоянии на 10-е сутки послеродового периода.

**Ключевые слова:** рубец на матке; полный разрыв матки; первый период родов; диагностика; гипоксия плода; асфиксия новорожденного.

## COMPLETE ASYMPTOMATIC FUNDAL RUPTURE OF THE UTERUS IN THE FIRST STAGE OF LABOR

© M.N. Mochalova<sup>1</sup>, L.A. Kuzmina<sup>2</sup>, A.Yu. Mironenko<sup>1</sup>, I.V. Likhanov<sup>2</sup>, V.A. Mudrov<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Chita State Medical Academy of the Ministry of Health of the Russian Federation, Chita, Russia;

<sup>2</sup> Regional Clinical Hospital, Chita, Russia

For citation: Mochalova MN, Kuzmina LA, Mironenko AYU, et al. Complete asymptomatic fundal rupture of the uterus in the first stage of labor. *Journal of Obstetrics and Women's Diseases*. 2020;69(2):83-88. <https://doi.org/10.17816/JOWD69283-88>

Received: February 6, 2020

Revised: March 5, 2020

Accepted: April 13, 2020

A clinical case of a complete fundal rupture of the uterus at the first stage of labor of a woman with a uterine scar from a previous cesarean section in the lower uterine segment is addressed in this article. During clinical observation, the patient did not have hemorrhagic and pain syndromes. Operative delivery was performed due to primary uterine inertia. A newborn did not show any signs of asphyxia. During the operation, a rounded defect of 4 × 5 cm in size, penetrating the uterine cavity, was detected in the uterine fundus. It was sutured with a triple-row suture. The area of the lower segment was thinned to 2 mm, with deformation and defects not detected. In the postpartum period, subinvolution of the uterus was noted. The patient was discharged from hospital in satisfactory condition on the 10<sup>th</sup> day of the postpartum period.

**Keywords:** uterine scar; complete uterine rupture; first stage of labor; diagnosis; fetal hypoxia; newborn asphyxia.

### Введение

Разрыв матки в родах является одним из самых грозных осложнений в акушерской практике, которое может приводить к гибели

женщины и плода. Согласно патогенетической классификации в Российской Федерации среди причин самопроизвольного разрыва матки выделяют разрыв вследствие механического

препятствия рождению плода и гистопатического изменения миометрия. Причинами последнего могут быть рубец на матке после различных оперативных вмешательств, многократные внутриматочные вмешательства, аномалии развития половых органов, хронический эндометрит, высокий паритет родов (более четырех в анамнезе), многоплодие, многоводие, вращение плаценты, разрушающий пузырьный занос [1]. Несмотря на значительный прогресс медицинской науки частота разрыва матки в Российской Федерации за последние 13 лет практически не изменилась. Так, в 2005 г. она составляла 0,14 случая на 1000 родов [2], а в 2018 г. — 0,16 случая [3]. Однако в настоящее время насильственные разрывы матки и разрывы матки ввиду механических причин встречаются реже гистопатических. Это связано с неуклонным увеличением количества оперативных вмешательств на матке, в первую очередь кесарева сечения, частота которого, по данным Департамента мониторинга, анализа и стратегического развития здравоохранения МЗ РФ, в 2018 г. составила 300,5 случая на 1000 родов [2]. В экономически развитых странах примерно в 90 % случаев причиной разрыва матки является рубец на матке [4]. Частота разрыва матки после миомэктомии колеблется от 0,3 до 0,5 % [5], после кесарева сечения — от 0,5 % при кесаревом сечении в нижнем маточном сегменте до 4 % при корпоральном [6].

Перенесенные инструментальные ревизии полости матки и хирургические аборт также провоцируют изменения в структуре миометрия, которые предрасполагают к разрыву матки во время беременности и родов [7]. Однако частота разрыва неоперированной маткикратно меньше оперированной и, по данным Всемирной организации здравоохранения, составляет 0,6 на 10 000 и 100 на 10 000 родов соответственно [8].

Согласно теории Вербова [1], в результате патофизиологических процессов эластичность миометрия снижается, при этом повышается его хрупкость. По мере прогрессирования беременности либо в родах волокна патологически измененного миометрия разрываются, стенка матки истончается вплоть до образования дефекта. При этом разрыв матки может не сопровождаться ярко выраженной клинической картиной либо может протекать бессимптомно. Это связано с тем, что данный процесс не всегда сопровождается выраженным

кровотечением, ухудшением состояния матери или плода [1]. В некоторых случаях в качестве признаков угрожающего разрыва матки могут служить развитие первичной либо вторичной слабости родовых сил или дискоординации родовой деятельности [9]. Вместе с тем в связи с высокой частотой неблагоприятных исходов этого патологического процесса в настоящее время необходимо продолжить поиски алгоритма эффективной диагностики разрыва матки как во время беременности, так и в процессе родов и раннем послеродовом периоде [10].

### Описание клинического случая

Пациентка Д., 28 лет, в течение беременности наблюдалась в условиях женской консультации г. Читы (Забайкальский край). Из хронических заболеваний у пациентки отмечены хронический тонзиллит и нейроциркуляторная дистония по кардиальному типу. В детстве пациентка развивалась соответственно возрасту, от сверстников в физическом и умственном развитии не отставала. Данная беременность третья, желанная. Первая беременность — в 2010 г., закончилась оперативным родоразрешением по поводу тазового предлежания плода на сроке 38 нед. гестации. Родилась доношенная девочка весом 3250 г, ростом 50 см. Послеоперационный период протекал без осложнений. В 2012 г. пациентке был проведен хирургический аборт на сроке гестации 8 нед., со слов женщины — без осложнений. В 2017 г. наступила настоящая беременность. Аллергологический и гемотрансфузионный анамнезы не отягощены. Во время данной беременности выявлен хронический цервицит уреоплазменной, микоплазменной и хламидийной этиологии, по поводу чего на сроке гестации 19–20 нед. получала лечение препаратом джозамицин в дозе 500 мг по 1 таблетке 3 раза в день в течение 10 дней, оценку эффективности лечения не проводили. Течение данной беременности осложнилось обострением хронического тонзиллита без повышения температуры на сроке гестации 14 нед., специфической лекарственной терапии не получала. С 34 нед. появились отеки голеней и протеинурия до 0,48 г/л в суточной порции мочи, артериальное давление не повышалось. Установлен диагноз: «Отеки и протеинурия беременной».

На сроке 39–40 нед. беременности пациентка поступила в родовое отделение ГУЗ «Краевая клиническая больница» г. Читы с жалобами на

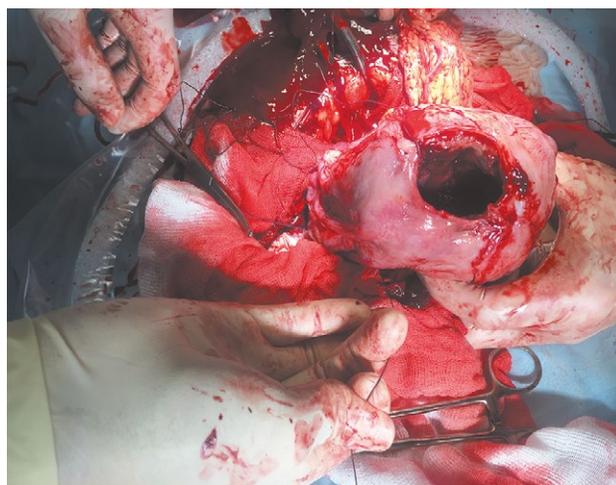
схваткообразные боли внизу живота в течение 1 ч 40 мин. При первичном осмотре изменений со стороны органов и систем не обнаружено, отеков не выявлено. Акушерское обследование: матка приходит в тонус по 20 с через 6–7 мин; пальпация в области нижнего сегмента безболезненна. Влагалищный осмотр: шейка матки по проводной оси, размягчена, укорочена до 1,0 см, проходима для 3,0 см; плодный пузырь цел; головка плода прижата ко входу в малый таз. По данным лабораторного обследования на момент поступления в общем анализе крови отмечался лейкоцитоз ( $22,9 \cdot 10^9/\text{л}$ ). В биохимическом анализе крови, коагулограмме и общем анализе мочи показатели находились в пределах нормы. Ультразвуковое исследование плода: размеры плода соответствуют 40 нед. гестации; предполагаемая масса плода — 3890 г, толщина нижнего сегмента матки — 5 мм, нижний сегмент однородный. Установлен диагноз: «Первый период родов на сроке гестации 39–40 нед. Рубец на матке». Учитывая настрой женщины на самостоятельные роды, предполагаемую массу плода менее 4000 г, спонтанно развившуюся родовую деятельность, на данном этапе роды решено было вести через естественные родовые пути.

За время динамического наблюдения (в течение 4 ч) интенсивность родовой деятельности не нарастала, положительной динамики со стороны родовых путей не наблюдалось. Установлен диагноз: «Первичная родовая слабость». Пациентке предложено родоразрешение путем операции кесарева сечения. После получения согласия проведена антибиотикопрофилактика цефазолином в дозе 1,0 г внутривенно за 30 мин до операции. Выполнена лапаротомия по Пфанненштилю, кесарево сечение в нижнем маточном сегменте. Извлечен живой доношенный мальчик массой 3800 г с оценкой по шкале Апгар 8 и 9 баллов. Плацента располагалась по передней стенке матки, на 7 см выше внутреннего зева, отделена умеренными тракциями за пуповину, размер последа —  $22 \times 22 \times 1,5$  см. Нижний сегмент представлен соединительной тканью, истончен до 0,2 см, не деформирован. При выполнении экстернизации в области дна выявлен полный разрыв матки округлой формы размером  $5 \times 4$  см (см. рисунок). Разрыв в области дна матки после иссечения краев ушит непрерывным трехрядным швом полигликолидной нитью. Рубцовые ткани нижнего сегмента иссечены, разрез на матке восстановлен двухрядным непрерывным швом полигли-

колидной нитью. Достигнут гемостаз. Брюшная полость дренирована активным дренажем в левой подвздошной области. Лапаротомный разрез послойно восстановлен. Кровопотеря во время операции составила 800 мл. Диагноз после операции: «Оперативные роды на сроке 39–40 нед. Несостоятельный рубец на матке. Первичная родовая слабость. Полный разрыв матки. Лапаротомия по Пфанненштилю. Кесарево сечение в нижнем маточном сегменте. Ушивание разрыва дна матки. Дренажирование брюшной полости».

В первые сутки послеоперационного периода в общем клиническом анализе крови отмечалось нарастание лейкоцитоза ( $28,4 \cdot 10^9/\text{л}$ ), повышение СОЭ (67 мм/ч), снижение уровня гемоглобина (95 г/л), в связи с чем назначена антибактериальная (цефазолин в дозе 1,0 г внутривенно 1 раз в сутки), антианемическая (железа(III) гидроксид декстран в дозе 0,1 г перорально 2 раза в сутки) и утеротоническая (раствор окситоцина по 5 ЕД внутримышечно 2 раза в сутки) терапия.

На 2-е сутки послеродового периода состояние пациентки ухудшилось: появились общая слабость, головная боль, лихорадка до  $38,0^\circ\text{C}$ . В общем клиническом анализе крови — лейкоцитоз ( $27,8 \cdot 10^9/\text{л}$ ), повышение СОЭ (72 мм/ч), снижение уровня гемоглобина (83 г/л) и гематокрита (23,4%). Начата инфузионная терапия. Антибактериальная терапия была дополнена раствором метронидазола (по 100 мл внутривенно два раза в сутки). Смену антибактериального препарата не проводили. После чего



Интраоперационная картина полного разрыва дна матки в первом периоде родов

Intraoperative observation of complete fundal rupture of the uterus at the first stage of labor

состояние пациентки улучшилось, температура тела нормализовалась.

На 4-е сутки послеродового периода отмечались субинволюция матки (по данным влагалищного исследования матка увеличена до 14 нед., по данным УЗИ размеры матки составляли 117 × 75 × 85 см), лейкоцитоз ( $18,4 \cdot 10^9/\text{л}$ ), постгеморрагическая анемия средней степени (84 г/л). Женщина переведена в гинекологическое отделение ГУЗ «Краевая клиническая больница» г. Читы, где была продолжена антибактериальная, утеротоническая и антианемическая терапия. Выписана из стационара в удовлетворительном состоянии на 10-е сутки послеродового периода.

### Обсуждение

Вероятнее всего, триггером для развития полного разрыва дна матки послужил первый период родов, предиктором — перфорация матки при проведении медицинского аборта, которая не была диагностирована в 2012 г.

Данный случай иллюстрирует стертость клинической картины и сложность диагностики разрыва у пациенток с рубцом на матке. Показательно, что при своевременном выявлении и проведении адекватного лечения спонтанного разрыва матки (оперативное родоразрешение, ушивание разрыва матки) удалось избежать перинатальных потерь и сохранить качество жизни, в том числе репродуктивный потенциал женщины.

В современной литературе крайне редко встречаются описания клинических случаев разрыва неоперированной матки, произошедших вследствие осложнений внутриматочных манипуляций. Чаще всего такие разрывы объясняются гистопатическими изменениями в миометрии [11–13].

**Конфликт интересов.** Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

### Литература

1. Акушерство: учебник / под ред. В.Е. Радзинского, А.М. Фукса. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. – 1040 с. [Akusherstvo: uchebnik. Ed. by V.E. Radzinskiy, A.M. Fuks. Moscow: GEOTAR-Media; 2016.1040 p. (In Russ.)]
2. Статистический сборник 2014 год. Основные показатели здоровья матери и ребенка, деятельность охраны детства и родовспоможения в Российской Федерации. – М.: Департамент мониторинга, анализа и стратегического развития здравоохранения ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информати-
3. Статистический сборник 2018 год. Основные показатели здоровья матери и ребенка, деятельность охраны детства и родовспоможения в Российской Федерации. – М.: Департамент мониторинга, анализа и стратегического развития здравоохранения ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Минздрава Российской Федерации; 2019. [Statisticheskiy sbornik 2018 god. Osnovnyye pokazateli zdorov'ya materi i rebenka, deyatel'nost' okhrany detstva i rodovspomozheniya v Rossiyskoy Federatsii. Moscow: Departament monitoringa, analiza i strategicheskogo razvitiya zdravookhraneniya FGBU "Tsentral'nyy nauchno-issledovatel'skiy institut organizatsii i informatizatsii zdravookhraneniya" Minzdrava Rossiyskoy Federatsii; 2019. (In Russ.). Доступ по: <https://www.rosminzdrav.ru/ministry/61/22/stranitsa-979/statisticheskie-i-informatsionnye-materialy/statisticheskiy-sbornik-2018-god>. Ссылка активна на 14.12.2019.
4. Barger MK, Nannini A, Weiss J, et al. Severe maternal and perinatal outcomes from uterine rupture among women at term with a trial of labor. *J Perinatol.* 2012;32(11):837-843. <https://doi.org/10.1038/jp.2012.2>.
5. Цыпурдеева А.А., Кахиани М.И. Разрыв матки у роженицы после лапароскопической миомэктомии // Журнал акушерства и женских болезней. – 2016. – Т. 65. – № 5. – С. 70–71. [Tsypurdeyeva AA, Kakhiani MI. Razryv matki u rozhenitsy posle laparoskopicheskoy miomektomii. *Journal of obstetrics and women's diseases.* 2016;65(S):70-71. (In Russ.)]
6. Теслова О.А. Разрыв матки при спонтанных и индуцированных родах после предшествующего кесарева сечения: оценка рисков // Проблемы здоровья и экологии. – 2014. – № 3. – С. 35–41. [Teslova OA. Uterine rupture in spontaneous and induced labor after cesarean section: literature review and assessment of risks. *Problemy zdorov'ya i ekologii.* 2014;(3):35-41. (In Russ.)]
7. Оленев А.С., Вученович Ю.Д., Новикова В.А., Радзинский В.Е. Разрыв матки и риски near miss // Акушерство и гинекология: новости, мнения, обучение. – 2019. – Т. 7. – № 3. – С. 55–63. [Olenev AS, Vuchenovich YuD, Novikova VA, Radzinsky VE. Uterine rupture and risk of near miss. *Akusherstvo i ginekologiya: novosti, mneniya,*

- obucheniye*. 2019;7(3):55-63. (In Russ.)). <https://doi.org/10.24411/2303-9698-2019-13008>.
8. Савельева Г.М., Бреслав И.Ю. Разрыв неоперированной матки во время родов (редакционная статья) // Российский вестник акушера-гинеколога. – 2016. – Т. 16. – № 2. – С. 4–10. [Savelyeva GM, Breslav IYu. Rupture of the inoperable uterus during labor: editorial. *Rossiiskii vestnik akushera-ginekologa*. 2016;16(2):4-10. (In Russ.)]
  9. Harper LM, Cahill AG, Roehl KA, et al. The pattern of labor preceding uterine rupture. *Am J Obstet Gynecol*. 2012;207(3):210.e1-6. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2012.06.028>.
  10. Патент РФ на изобретение RU № 193422 U1. Мироненко А.Ю., Мудров В.А., Мочалова М.Н. Устройство для оценки состоятельности рубца на матке в раннем послеродовом периоде. [Patent RUS No. 193422 U1. Mironenko AY, Mudrov VA, Mochalova MN. Ustroictvo dlya ocenki sostoyatel'nosti rubca na matke v ranem poslerodovom periode. (In Russ.)]. Доступ по: [https://yandex.ru/patents/doc/RU193422U1\\_20191029](https://yandex.ru/patents/doc/RU193422U1_20191029). Ссылка активна на 14.12.2019.
  11. Honda T, Ohba T, Katabuchi H. Spontaneous rupture of an unscarred gravid uterus in a primigravid woman at 32 weeks of gestation. *Case Rep Obstet Gynecol*. 2014;2014:209585. <https://doi.org/10.1155/2014/209585>.
  12. Куликов А.А., Трухановец О.В., Саватеева Н.А. Гистопатический разрыв матки во время беременности // Репродуктивное здоровье. Восточная Европа. – 2017. – Т. 7. – № 3. – С. 386–390. [Kulikov AA, Trukhonovets OV, Savateeva NA. Histopathic rupture of the uterus during pregnancy. *Reproductive Health. Eastern Europe*. 2017;7(3):386-390. (In Russ.)]
  13. Цхай В.Б. Непридуманные случаи из практики // Status Praesens. Гинекология, акушерство, бесплодный брак. – 2016. – № 1. – С. 111–115. [Tskhay VB. Nepridumannyye sluchai iz praktiki. *Status Praesens. Ginekologiya, akusherstvo, besplodnyy brak*. 2016;(1):111-115. (In Russ.)]

#### ■ Информация об авторах (Information about the authors)

*Марина Николаевна Мочалова* — канд. мед наук, доцент, заведующая кафедрой акушерства и гинекологии лечебного и стоматологического факультетов. ФГБОУ ВО «Читинская государственная медицинская академия» Минздрава России, Чита. <https://orcid.org/0000-0002-5941-0181>. **E-mail:** [marina.mochalova@gmail.com](mailto:marina.mochalova@gmail.com).

*Любовь Анатольевна Кузьмина* — врач — акушер-гинеколог, заведующая отделением патологии беременности перинатального центра. ГУЗ «Краевая клиническая больница», Чита. <https://orcid.org/0000-0003-2035-7966>. **E-mail:** [prostopochta1804@mail.ru](mailto:prostopochta1804@mail.ru).

*Marina N. Mochalova* — MD, PhD, Associate Professor, Head of the Department of Obstetrics and Gynecology. The Medical and Dental Faculties, Chita State Medical Academy, Chita, Russia. <https://orcid.org/0000-0002-5941-0181>. **E-mail:** [marina.mochalova@gmail.com](mailto:marina.mochalova@gmail.com).

*Lyubov A. Kuzmina* — MD, Head of the Department of Pregnancy Pathology. Perinatal Center, Regional Clinical Hospital, Chita, Russia. <https://orcid.org/0000-0003-2035-7966>. **E-mail:** [prostopochta1804@mail.ru](mailto:prostopochta1804@mail.ru).

*Анастасия Юрьевна Мироненко* — ассистент кафедры акушерства и гинекологии лечебного и стоматологического факультетов. ФГБОУ ВО «Читинская государственная медицинская академия» Минздрава России, Чита. <https://orcid.org/0000-0001-5061-8026>.  
**E-mail:** mironenkoanastasia4@gmail.ru.

*Игорь Владимирович Лиханов* — врач — акушер-гинеколог. Отделение патологии беременности перинатального центра, ГУЗ «Краевая клиническая больница», Чита.

*Виктор Андреевич Мудров* — канд. мед наук, доцент кафедры акушерства и гинекологии лечебного и стоматологического факультетов. ФГБОУ ВО «Читинская государственная медицинская академия» Минздрава России, Чита. <https://orcid.org/0000-0002-5961-5400>. **E-mail:** mudrov\_viktor@mail.ru.

*Anastasia Yu. Mironenko* — Assistant. The Department of Obstetrics and Gynecology, the Medical and Dental Faculties, Chita State Medical Academy, Chita, Russia. <https://orcid.org/0000-0001-5061-8026>.  
**E-mail:** mironenkoanastasia4@gmail.ru.

*Igor B. Likhonov* — MD. The Department of Pregnancy Pathology, Perinatal Center, Regional Clinical Hospital, Chita, Russia.

*Viktor A. Mudrov* — MD, PhD, Associate Professor. The Department of Obstetrics and Gynecology, the Medical and Dental Faculties, Chita State Medical Academy, Chita, Russia. <https://orcid.org/0000-0002-5961-5400>. **E-mail:** mudrov\_viktor@mail.ru.