



TASHKENT MEDICAL ACADEMY



Journal of Educational and Scientific Medicine



Issue 5 | 2025

OAK.UZ
Google Scholar

Science Education Commission of the Cabinet
Ministry of the Republic of Uzbekistan

ISSN: 2181-3175

COMPLETE RUPTURE OF THE UTERUS AFTER MYOMECTOMY (CLINICAL CASE)

¹Muratova N.D., ²Miralimova N.A.

¹Doctor of Medical Sciences, Professor of the Department of Obstetrics and Gynecology at TSDI

²Clinical Hospital No. 4, Resident physician

Resume

A clinical case of complete rupture of a woman's uterus at 31 weeks of pregnancy, which was diagnosed late and underestimated, is described. The rupture occurred along the uterine scar after a myomectomy performed 9 months ago. As a result, antenatal fetal death occurred, the woman underwent extirpation of the uterus with appendages.

Keywords: myomectomy, uterine scar, pregnancy, uterine rupture

ПОЛНЫЙ РАЗРЫВ МАТКИ ПОСЛЕ МИОМЭКТОМИИ (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)

¹Муратова Н.Д., ²Миралимова Н.А.

¹Доктор медицинских наук, профессор кафедры акушерства и гинекологии ТГСИ

²Клиническая больница № 4, врач ординатор

Резюме

Описан клинический случай полного разрыва матки женщины на 31 недели беременности, который был поздно диагностирован и недооценен. Разрыв произошел по рубцу матки после миомэктомии проведенной 9 месяцев назад. Вследствие чего произошла антенатальная гибель плода, женщине произведена экстирпация матки с придатками

Ключевые слова: миомэктомия, рубец на матке, беременность, разрыв матки

MIOMEKTOMIYA DAN SO'NG BACHADONNI TO'LIQ YORILISHI (KLINIK HODISA)

¹Muratova N.D., ²Miralimova N.A.

¹TSDI, Akusherlik va ginekologiya kafedrasi professori, t.f.d.

²4-sonli shifoxona, shifokor ordinator

Rezyume

Homiladorlikning 31 haftaligida ayolning bachadoni to'liq yorilishi klinik holati tasvirlangan, va bu holat kech tashxislangan va baholanmagan. Yorilish 9 oy oldin miomektomiya qilingandan so'ng bachadon chandig'ida sodir bo'lgan. Natijada homilaning antenatal o'limi sodir bo'ldi, ayol bachadoni ortiqlari bilan ekstirpatsiyasi bajarilgan

Kalit so'zlar: miomektomiya, bachadon chandig'i, homiladorlik, bachadon yorilishi

Актуальность. Миома матки - это одна из наиболее распространённых доброкачественных опухолей женской половой сферы, которая поражает по разным данным 20–77% женщин [1–4]. Она чаще встречается в позднем репродуктивном и пременопаузальном периодах, однако у 3,3–7,8% молодых женщин (до 36 лет) также диагностируют миому матки, которая наиболее часто сочетается с бесплодием (до 28%) и невынашиванием беременности (до 22%) [1, 2, 4, 6, 7]. Более того, в последнее время наблюдается тенденция к появлению миомы в совсем молодом и даже юношеском возрасте (17–21 год) [1, 3, 7]. Ведущими факторами возникновения бесплодия при миоме матки являются размеры интрамурального узла более 5 см, локализация узла в области трубных углов или перешеечной области матки, деформация полости матки узлом миомы, вне зависимости от его размера [8]. Роль миомы матки в патогенезе бесплодия остаётся дискуссионным вопросом в связи с тем, что оно в большинстве случаев характеризуется мультифакторным генезом. Методом хирургического лечения миомы матки у молодых пациенток

является миомэктомия, которая проводится по строгим показаниям: это обильные менструальные кровотечения, хронические тазовые боли, нарушение нормального функционирования соседних с маткой внутренних органов, большой размер и быстрый рост опухоли, бесплодие при отсутствии других причин [2]. Нельзя отрицать положительного влияния миомэктомии (МЭ) на репродуктивную функцию: частота наступления самопроизвольной беременности у пациенток, перенёвших данное хирургическое вмешательство по причине бесплодия, варьирует в пределах 24–71%, при этом есть вероятность, что такая беременность тоже будет протекать с осложнениями [5, 8–10]. При МЭ на матке всегда остаётся рубец, который и является причиной осложнений: это угроза разрыва матки, врастание плаценты в рубец [6, 11]. Беременные с миомой матки после перенесенной ранее миомэктомии, независимо от использованного хирургического доступа, должны находиться под пристальным наблюдением акушеров-гинекологов и взвешенном выборе тактики родоразрешения. Следует контролировать состоятельность стенки матки во избежание ее разрыва.

В связи с широким использованием в последнее время ангиохирургических подходов к лечению миомы матки, увеличилось число беременных после селективной эмболизации маточных артерий. В этой категории беременных выше частота самопроизвольных аборт и преждевременных родов. Отмечают случаи спонтанного разрыва матки во время беременности после эмболизации маточных артерий [1, 3, 14, 15]. Прогноз для вынашивания беременности может быть неблагоприятным при быстром росте миоматозных узлов, шеечно-перешеечной локализации миоматозного узла, субмукозной локализации миомы матки, гигантской миоме матки, нарушении питания в узле, расположении плаценты в области полюса миоматозного узла [3, 14, 15].

Материал и методы. В декабре 2019 года пациентка И., 30 лет, повторнобеременная обратилась в гинекологическое отделение ГРК №3 города Ташкента с жалобами на кровянистые выделения и тянущие боли в пояснице, боли внизу живота нерегулярного характера. В момент осмотра беременная заторможенная, сонливая, с замедленной реакцией на внешние раздражители, на вопросы отвечает медленно.

Из анамнеза: в сентябре 2018 года впервые была выявлена узловатая миома тела матки больших размеров с субсерозно-интрамуральным расположением узла. В динамике, по данным ультразвукового исследования, рост опухоли. Акушерско-гинекологический анамнез отягощен, менструальная функция не нарушена. В анамнезе двое срочных родов. Проведена гистероскопия, МВА полости матки: полость матки треугольной формы, не деформирована, выбухание передней стенки матки. Эндометрий

бледно-розового цвета, выражен неравномерно. Устья маточных труб не визуализируются. Эндоцервикс: цервикальный канал имеет веретенообразную форму, внутренний зев имеет выраженное внутреннее кольцо. Поверхность слизистой цервикального канала гладкая. По данным интрамуральной биопсии: эндометрий фазы секреции. Железисто-фиброзный полип эндометрия. Проведено ультразвуковое исследование (УЗИ) органов малого таза: матка 143 × 128 × 133 мм. Миометрий диффузно-неоднородной структуры, интрамуральные и субсерозные миоматозные узла диаметром 12 см, 6 см, 2,5 см, множественные мелкие узлы. Полость матки не расширена, деформирована. Эндометрий не визуализируется. Шейка матки 31 × 26 × 25 мм, эндоцервикс не утолщен, цервикальный канал не расширен. Яичники: правый 22 × 28 × 30 мм; левый 23 × 10 × 10 мм. Магнитно-резонансная томография (МРТ) органов малого таза: в наружном миометрии до 9 лейомиом: диаметром до 116 мм в передней стенке матки по FIGO тип 6; диаметром до 76 мм, в левой боковой стенке тела матки, тип 6; диаметром до 76 мм в правой стенке тела матки, тип 7; диаметром 7 мм в передней стенке тела матки тип 2. Выставлен диагноз: Основной: Интрамуральная лейомиома матки. Классификационная система FIGO: (4-6). Учитывая детородный возраст, невыполненные репродуктивные планы, желание пациентки, после полного клинико-инструментального обследования, пациентке было проведено оперативное лечение в объеме: миомэктомия (энуклеация миоматозных узлов). Послеоперационный диагноз: Основной: Интрамуральная лейомиома матки. Классификационная система FIGO: (4-6). Послеоперационный период протекал без осложнений. Пациентка была выписана на 7-е сутки в удовлетворительном состоянии. После проведенного оперативного вмешательства пациентка ожидала очередную менструацию. От введения бусерелина отказалась. В июне была выявлена беременность раннего срока.

Предыдущие беременности: Беременность I –2015 году срочные роды 3500 гр мальчик, ручное обследование полости матки (дефект последа). Беременность II–2017 году срочные роды 3600гр девочка.

Течение данной беременности: I триместр: 8 недель угроза выкидыша получала (дюфастон, тренакса). II триместр: 17 недель гиперкоагуляция (клексан). 20 недель угроза с/п выкидыша, низкая плацентация (утрожестан). III триместр: 28 недель ПОНРП легкой степени, ОРИ, маловодие стационарное лечение (цефтриаксон, проф РДС дексаметазон по схеме тренакса в/в капельно).

Общее состояние тяжелое. Отёков нет. Болей в подложечной области нет. Пульс 140 уд в 1 мин; А/Д 70/30-80/50 мм.рт.ст. t- 35.5 °C

Status obstetricus: Живот продольно овоидной формы, увеличен за счет беременной матки. Матка с четкими контурами в тонусе. Положение плода продольное. Предлежит головка плода над входом в малый таз. Шевеление плода не ощущается. Сердцебиение не прислушивается. Выделения кровянистые в скудном количестве.

P.V. Из за тяжелого состояния не осмотрена

DS: Беременность 3. 31 неделя. Роды 3. Разрыв матки (полный разрыв) Антенатальная гибель плода. Геморрагический шок 3 степени. Состояние после операции миомэктомии.

Риск: на травматизм матери. Кровотечение. ДВС синдром. Послеродовое гнойно-септическое осложнение.

План ведения: Срочное родоразрешение. На каталке беременная переведена в операционную.

Обследование: ОАК, ОАМ, АЛТ, АСТ, билирубин, коагулограмма, Группа крови. Резус фактор cito. Прикроватный тест. Вызов мульти дисциплинарной бригады.

Произведена: Лапаротомия нижнесрединная. Перевязка трёх парных сосудов. Экстирпация матки без придатков.

Общая кровопотеря составила 2500 мл, при весе пациентки 72 кг

IV класс кровопотери- выше 40%. Объем трансфузии- 1500 мл ГЕК. До 2000 мл NaCl 0,9%. 3 дозы Эритроцитарной масса 4 доза СЗП.

Заключительный диагноз. Роды III преждевременные 31 неделя. Полный разрыв передней стенки тела матки после миомэктомии. Отягощенный акушерско-гинекологический анамнез.

Течение послеоперационного периода без особенностей. Больная выписана на 9-е сутки в удовлетворительном состоянии домой, под наблюдение врачей поликлиники.

Заключение. Полный гистопатический разрыв матки в третьем триместре беременности произошел вследствие не состоятельности рубца на матке после проведенной миомэктомии вне беременности. Как известно, любое хирургическое вмешательство на матке снижает полноценность её стенок, и может стать решающим фактором в развитии разрыва матки во время беременности. Разрыв матки по рубцу в данном случае характеризовался поздней диагностикой и был недооценен. Беременные с рубцом на матке после миомэктомии относятся к группе риска на разрыв матки, даже при отсутствии родовой деятельности.

Список использованной литературы

1. Давыдов АИ, Шахламова МН, Пашков ВМ. Лейомиома матки в репродуктивном периоде. Стратегия лечения. Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. 2020;19(1):143-150. DOI: 10.20953/1726-1678-2020-1-143-150
2. Stewart EA, Cookson CL, Gandolfo RA, Schulze-Rath R. Epidemiology of uterine fibroids: a systematic review. BJOG. 2017; 124(10): 1501-1512. DOI: 10.1111/1471-0528.14640
3. Chiaffarino F, Cipriani S, Ricci E, La Vecchia C, Chiantera V, Bulfoni A, Parazzini F. Alcohol consumption and risk of uterine myoma: A systematic review and meta-analysis. PloS One. 2017; 12(11): e0188355. DOI: 10.1371/journal.pone.0188355
4. Краснова ИА, Аксенова ВБ, Есипова ИА, Пивоварова ОЮ, Ступина ЮН, Даниелян ЯС. Органосохраняющее лечение миомы матки и репродуктивное здоровье. Хирургическая практика. 2018;4(36):42-46. DOI: 10.17238/issn2223-2427.2018.4.42-46
5. Арчегова ЗУ, Шалина РИ, Касьянова ГВ, Рабаданова АК, Дулаева АО. Экстракорпоральное оплодотворение и перенос эмбрионов у пациенток после различных методов оперативного лечения миомы матки. Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. 2020;19(5):70-76. 10.20953/1726-1678-2020-5-70-76. DOI: 10.20953/1726-1678-2020-5-70-76
6. Munro MG, Critchley HOD, Fraser IS; FIGO Menstrual Disorders Committee. The two FIGO systems for normal and abnormal uterine bleeding symptoms and classification of causes of abnormal uterine bleeding in the reproductive years: 2018 revisions. Int J Gynaecol Obstet. 2018; 143(3): 393-408. DOI: 10.1002/ijgo.12666
7. El-Balat A, DeWilde RL, Schmeil I, Tahmasbi-Rad M, Bogdanyova S, Fathi A, Becker S. Modern Myoma Treatment in the Last 20 Years: A Review of the Literature. Biomed Res Int. 2018; 2018: 4593875. DOI: 10.1155/2018/4593875
8. Kubik-Huch RA, Weston M, Nougaret S, Leonhardt H, Thomassin-Naggara I, Horta M, et al. European Society of Urogenital Radiology (ESUR) guidelines: MR imaging of leiomyomas. Eur Radiol. 2018; 28(8): 3125-3137. DOI: 10.1007/s00330-017-5157-5
9. Roberts ME, Aynardi JT, Chu CS. Uterine leiomyosarcoma: A review of the literature and update on management options. Gynecol Oncol. 2018; 151(3): 562-572. DOI: 10.1016/j.ygyno.2018.09.010
10. Rodriguez MB, Lethaby A, Low C, Cameron IT. Cyclical progestogens for heavy menstrual bleeding. Cochrane Database Syst Rev. 2019; 8(8): CD001016. DOI: 10.1002/14651858.CD001016.pub3
11. Yin X, Cheng J, Ansari SH, Campo R, Di W, Li W, Bigatti G. Hysteroscopic tissue removal systems for the treatment of intrauterine pathology: a systematic review and meta-analysis. Facts Views Vis Obgyn. 2018; 10(4): 207-213.
12. Ludovisi M, Moro F, Pasciuto T, Di Noi S, Giunchi S, Savelli L, et al. Imaging in gynecological disease (15): clinical and ultrasound characteristics of uterine sarcoma. Ultrasound Obstet Gynecol. 2019; 54(5): 676-687. DOI: 10.1002/uog.20270

13. Yushchenko MA, Ananyeva TV, Nekrasova EV, Moses VG, Rudaeva EV, Elgina SI, et al. A clinical case of conservative myomectomy using laparoscopic technologies for giant cervical uterine fibroids. *Mother and Baby in Kuzbass*. 2023; 1(92): 89-93. DOI: 10.24412/2686-7338-2023-192-89-93

14. Girault A, Ray CL, Chapron C, Goffinet F, Marcellin L. Leiomyomatous uterus and preterm birth: an exposed/unexposed monocentric cohort study. *Am J Obstet Gynecol*. 2018; 219(4): 410.e1-410.e7. DOI: 10.1016/j.ajog.2018.08.033

15. Kozachenko AV, Buyanova SN, Krasnova IA. Pregnancy and uterine fibroid. *Obstetrics and Gynecology: news, opinions, training*. 2015; 2: 61-65.