



УДК 618.5-089.888.61-06:618.514-003.92-089.844

В.И. ЕРЕМКИНА, Ю.В. ГАРИФУЛЛОВА, А.А. ХАСАНОВ

Казанский государственный медицинский университет, 420012, г. Казань, ул. Бутлерова, д. 49

Осложнения при пластике несостоятельного рубца на матке после кесарева сечения влагалищным доступом

Еремкина Вера Ивановна — кандидат медицинских наук, доцент кафедры акушерства и гинекологии № 1,

тел.: (843) 236-08-73, 290-34-49, e-mail: ob_gyn@kgmu.kcn.ru

Гарифуллова Юлия Владимировна — ассистент кафедры акушерства и гинекологии № 1, тел. (843) 236-08-73, e-mail: gamgg@yandex.ru

Хасанов Албир Алмазович — доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой акушерства и гинекологии № 1,

тел. (843) 236-08-73 e-mail: albirkhasanov@mail.ru

В статье представлен анализ интраоперационных осложнений при пластике несостоятельного рубца на матке после кесарева сечения влагалищным доступом. Анализ 30 случаев пластики рубца показал, что частота осложнений составила 16,6%. При этом основным осложнением при данном виде оперативного вмешательства является травма мочевого пузыря — 80% наблюдений. К группе высокого риска травмы мочевого пузыря относят женщин с осложненным течением послеоперационного периода в анамнезе. Разобран клинический случай формирования мочевого свища после пластики рубца влагалищным доступом.

Ключевые слова: несостоятельный рубец на матке, пластика, влагалищный доступ, интраоперационные осложнения.

V.I. EREMKINA, Yu.V. GARIFULLOVA, A.A. HASANOV

Kazan State Medical University, 49 Butlerov St., Kazan, Russian Federation, 420012

Intraoperative complications of uterine scar dehiscence plastic surgery using vaginal access

Eremkina V.I. — Cand. Med. Sc., Associate Professor of the Department of Obstetrics and Gynecology № 1, tel.: (843) 236-08-73, 290-34-49,

e-mail: ob_gyn@kgmu.kcn.ru

Garifullova Yu.V. — Assistant of the Department of Obstetrics and Gynecology № 1, tel. (843) 236-08-73, e-mail: gamgg@yandex.ru

Khasanov A.A. — D. Med. Sc., Professor of the Department of Obstetrics and Gynecology № 1, tel. (843) 236-08-73,

e-mail: albirkhasanov@mail.ru

The article presents an analysis of intraoperative complications of uterine scar dehiscence plastic surgery using vaginal access. The main complication of this type of surgery is injury to the urinary bladder. The group with high risk of bladder injury include women with history of complicated postoperative period. A clinical case of formation of urinary fistula after plastic surgery of uterine scar with vaginal access is analyzed.

Key words: uterine scar dehiscence, plastic surgery, vaginal access, intraoperative complications.

В современном акушерстве рубец на матке и связанные с ним проблемы беременности начинают занимать одно из лидирующих мест в структуре акушерской патологии. Расширение показаний к операции кесарево сечение со стороны матери и плода неуклонно приводит к возрастанию оперативного родоразрешения, при этом основным показанием к операции в ближайшем будущем будет являться уже существующий рубец на матке. Высокий риск разрыва матки в период родов и невозможность 100% достоверной диагностики состоятельности рубца на доношенном сроке фактически определили кесарево сечение как основной метод родоразрешения при наличии рубца на

матке. И если вопрос с родоразрешением при наличии рубца на матке практически решен, то ведение пациенток с несостоятельным рубцом (НР) на матке оставляет много вопросов. Во время беременности НР — это угроза преждевременных родов, внутриутробная гипоксия плода, фетоплацентарная недостаточность, аномалии прикрепления и расположения плаценты, риск разрыва матки не зависимо от срока гестации [1].

Основной проблемой при планировании следующей беременности является наличие состоятельного рубца на матке. Согласно утвержденной тактике ведения пациентки с рубцом на матке через 1 год после операции кесарево сечение или перед

планированием следующей беременности должны пройти ультразвуковое исследование органов малого таза с целью оценки состоятельности рубца [2, 3]. В случае диагностики его несостоятельности показана пластика перешейка матки.

В письме Минздравсоцразвития России от 24.06.2011 при несостоятельном рубце на матке после кесарева сечения предложено следующее: «При наличии несостоятельного рубца на матке с целью профилактики ее разрыва при последующей беременности показано производство реконструктивной операции — пластики перешейка матки, которая производится в гинекологическом стационаре высококвалифицированным хирургом-гинекологом лапаротомным или лапароскопическим доступом» [4].

Предложенный авторами метод реконструктивно-восстановительной пластики несостоятельного рубца на матке влагалитным доступом вне беременности зарекомендовал себя как высокоэффективный и малотравматичный метод оперативного лечения [5]. Широкое внедрение метода в рутинную гинекологическую практику ограничивается 2 основными факторами: проведение операции возможно при высокой квалификации хирурга с достаточным опытом влагалитной хирургии и знании вероятных интраоперационных осложнений.

Анализ 30 случаев пластики НР влагалитным доступом показал, что частота осложнений составляет 16,6% (5 наблюдений). При этом основным осложнением операций явилась травма мочевого пузыря — 4 случая (80%), профузное маточное кровотечение из раневой поверхности на фоне врожденной гипопфибриногенемии — 1 наблюдение (20%). У всех пациенток с травмой мочевого пузыря в анамнезе при кесаревом сечении имело место осложненное течение послеоперационного периода: обострение хронического пиелонефрита — 1 наблюдение, выскабливание полости матки на фоне повышения температуры тела до 38 градусов — 2 наблюдения, послеродовый эндометрит с антибактериальной терапией — 1 случай.

Во всех наблюдениях травма мочевого пузыря при пластике НР произошла на этапе гидравлической отсепаровки, при этом стенка мочевого пузыря была практически сращена с зоной перешейка. В этом случае задняя стенка мочевого пузыря и соединительнотканый рубец на матке представляли собой единое целое. После установления факта травмы мочевого пузыря сразу было проведено ушивание его стенки двухрядным швом. В послеоперационном периоде макрогематурия сохранялась до 5-10 дней, выписаны пациентки на 10-14 сутки после операции, на фоне нормальной температуры тела и отсутствия дизурических явлений. Две пациентки с травмой мочевого пузыря были выписаны в удовлетворительном состоянии и последующее наблюдение в течение года не выявило патологии мочевого пузыря. У одной пациентки через 7 дней после выписки появились жалобы на чувство неполного опорожнения мочевого пузыря и дискомфорт внизу живота. При обследовании, включавшем в себя общий анализ крови, анализы мочи, цистоскопию, УЗИ мочевого пузыря, почек, органов малого таза, патологии не выявлено. Консультация уролога, диагноз: Нейрогенная дисфункция мочевого пузыря. На фоне терапии препаратом «Везикар», вышеуказанные симптомы были купированы в течение 2 недель. Тяжелое осложнение после травмы мочевого пу-

зыря с формированием в дальнейшем мочевого свища развилось у одной пациентки. В виду редкости данной патологии представляет интерес разбор данного клинического случая.

Пациентка В.О., 34 года, поступила в гинекологическое отделение КМУ г. Казани на плановое оперативное лечение: пластика несостоятельного рубца на матке.

Акушерско-гинекологический анамнез: менархе с 12 лет, цикл установился в течение года, регулярный 28-30 дней, менструации по 4-5 дней, умеренные, безболезненные. Не предохраняется. Первая и единственная беременность наступила на первом году регулярной половой жизни, протекала без осложнений. Завершилась операцией кесарево сечение на сроке 36 недель в 1996 г. Показания к операции: преждевременное излитие околоплодных вод, первичная слабость родовой деятельности, отсутствие эффекта от родостимуляции. В послеродовом периоде в течение 10 дней наблюдалось повышение температуры до 37,6 градусов, антибактериальная терапия в течение 7 дней, выписана на 11 сутки после родов. С 2000 года проходила неоднократное обследование по поводу вторичного бесплодия, во время которого был диагностирован хронический эндометрит, несостоятельный рубец на матке, непроходимость правой маточной трубы. Рекомендовано: пластика несостоятельного рубца на матке влагалитным доступом.

Соматический статус: здорова. В 2011 году стационарное лечение по поводу острого левостороннего пиелонефрита.

08.04.2014 проведена пластика НР влагалитным доступом. Учитывая выраженный спаечный процесс в области перешейка, интимное прилегание стенки мочевого пузыря к рубцу и соответственно высокий риск травмы мочевого пузыря, интраоперационно проведено тугое наполнение мочевого пузыря с красящим веществом: дефект стенки не выявлен, моча по катетеру светлая, прозрачная. В послеоперационном периоде со 2 суток макрогематурия. На 7 сутки в связи с сохраняющейся макрогематурией пациентка переведена в урологическое отделение, где была проведена цистоскопия — диагностирован отек слизистой за межмочеточниковой складкой, дефекты стенки не выявлены. Пациентка была выписана в удовлетворительном состоянии под наблюдение уролога по месту жительства, макрогематурия купирована: в анализе мочи удельный вес 1019, лейкоциты — 4-5, эритроциты 3-4 в поле зрения.

Через 2 недели после выписки появляются сильные спастические боли и вздутие живота. Постоянный прием спазмолитиков и обезболивающих препаратов не привел к какому-либо эффекту. На 42 день после операции 20 мая 2014 с картиной острого живота пациентка госпитализирована на скорой помощи в гинекологическое отделение РКБ МЗ РТ. Рентгеновская компьютерная томография брюшной полости и малого таза выявила наличие свободной жидкости в полости малого таза.

Ультразвуковое исследование органов малого таза показало, что рубец в нижнем сегменте представляет собой жидкостное трубчатое образование 14x5 мм, соединяющееся с полостью мочевого пузыря через заднюю стенку. Для подтверждения диагноза мочевого свища проведена рентгеновская компьютерная томография малого таза (22.05.2014) с контрастированием (ультравист 100 мл). Обнаружен дефект задней стенки моче-



вого пузыря с истечением контрастного вещества внебрюшинно (экстраперитонеально) в полость таза. После подтверждения диагноза мочеполювого свища 23.05.2014 наложена эпицистостома, на фоне которой произошло быстрое купирование клинической симптоматики. Рекомендовано наблюдение в течение 3 месяцев с последующей оценкой состояния свищевого хода. Во время очередной плановой госпитализации проведена диагностическая цистоскопия. Обнаружено, что по задней стенке определяется свищевой ход 0,5-0,7 см. После катетеризации свищевого хода выполнена фистулография. На контрольном снимке получен затек контраста вокруг мочевого пузыря. Диагноз: Пузырно-маточный свищ. Хронический цистит. Эпицистостомия. Принято решение о необходимости оперативного лечения мочеполювого свища. 10.10.2014 проведено иссечение и ушивание мочепузырно-маточного свища. Фистулопластика. Пациентка выписана домой на 18 сутки после операции в удовлетворительном состоянии. Наблюдение за пациенткой в течение 6 месяцев не выявило отклонений со стороны мочевого выделительной и репродуктивной системы. Дизурических явлений нет, толщина миометрия в проекции нижнего сегмента матки 10 мм. Учитывая, что пациентка не отказалась от своих репродуктивных планов решено провести повторное исследование рубца на матке методом контрастной соногистерографии через 12 месяцев после ушивания мочепузырно-маточного свища.

Таким образом, основным осложнением при пластике НР на матке является травма мочевого

пузыря. В группу риска по данному осложнению попадают пациентки с осложненным течением послеоперационного периода в анамнезе. Характер травмы определяется не только непосредственным ранением стенки мочевого пузыря (что достаточно легко диагностируется), но и развитием вторичных некротических изменений на фоне тупой травмы стенки при гидравлической отсепаровки в случаях сращения стенки мочевого пузыря и области перешейка. Знание особенностей формирования травмы мочевого пузыря при пластике НР влагалищным доступом позволит на догоспитальном этапе рассчитать возможные риски операции, своевременно диагностировать и, самое главное, определить тактику ведения таких пациенток.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бычков И.В., Шамарин С.В., Бычков В.И. Состояние фетоплацентарной системы у женщин с неполноценным рубцом на матке // *Детская медицина Северо-Запада*. — 2011. — Т. 2, № 3. — С. 10-12.
2. Акушерство. Национальное руководство / под ред. Э.К. Айламазяна, В.И. Кулакова, В.Е. Радзинского, Г.М. Савельевой. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. — С. 1030.
3. Буянова С.Н., Шукина Н.А., Чечнева М.А и др. Современные методы диагностики несостоятельности швов или рубца на матке после кесарева сечения // *Российский вестник акушера-гинеколога*. — 2013. — Т. 13, № 1. — С. 73-7.
4. Письмо Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 24 июня 2011 г. № 15-4/10/2-6139 «Кесарево сечение в современном акушерстве».
5. Еремкина В.И., Гарифуллова Ю.В. Реконструктивно-восстановительная пластика несостоятельного рубца на матке влагалищным доступом вне беременности // *Практическая медицина*. — 2014. — Т. 1, № 4 (80). — С. 46-48.