

Клинический случай №19  
Полный «немой» разрыв матки в первом  
периоде родов. O71.1

---

# Введение

Пациентка Д., 28 лет:

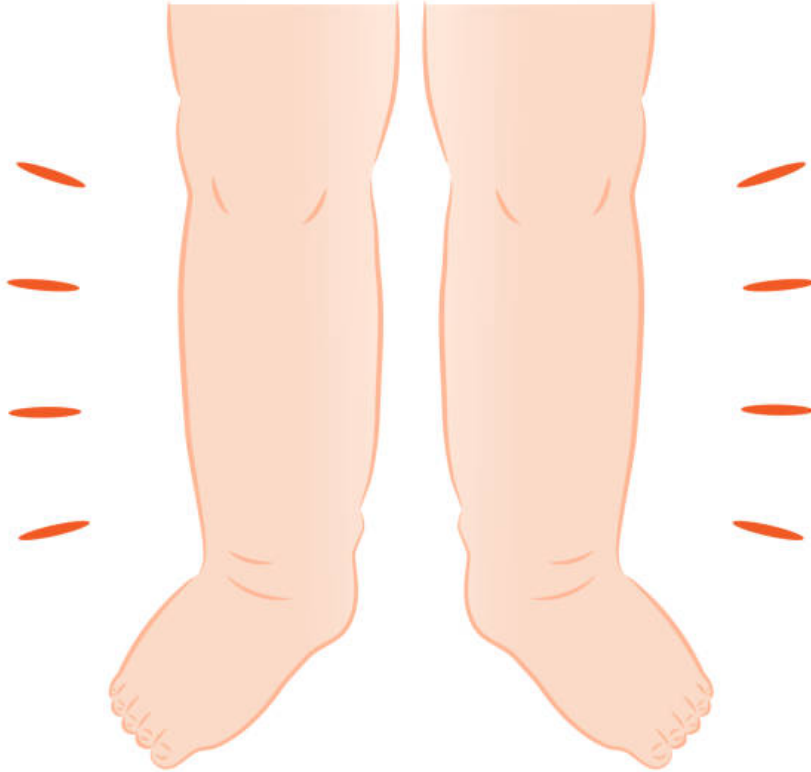
- **хронические заболевания** - хронический тонзиллит, нейроциркуляторная дистония по кардиальному типу;
- в детстве пациентка развивалась соответственно возрасту, от сверстников в физическом и умственном развитии не отставала.



# Акушерский анамнез

- Данная беременность **третья**, желанная. Наступила в 2017 году.
- **Первая беременность** — в 2010 г., закончилась оперативным родоразрешением по поводу тазового предлежания плода на сроке 38 недель. Родилась доношенная девочка весом 3250 г, ростом 50 см.
- В 2012 г. пациентке был проведен **хирургический аборт** на сроке 8 недель, со слов женщины — без осложнений.
- Аллергологический и гемотрансфузионный анамнезы не отягощены.
- Во время данной беременности выявлен **хронический цервицит** уреаплазменной, микоплазменной и хламидийной этиологии, по поводу чего на сроке 19–20 недель получала лечение препаратом джозамицин в дозе 500 мг по 1 таблетке 3 раза в день в течение 10 дней, оценку эффективности лечения не проводили.

# Акушерский анамнез



- Течение данной беременности осложнилось **обострением хронического тонзиллита** без повышения температуры на сроке 14 недель, специфической лекарственной терапии не получала.
- С 34 недель появились **отеки голеней** и **протеинурия** до 0,48 г/л в суточной порции мочи, артериальное давление не повышалось. Установлен **диагноз**: «Отеки и протеинурия беременной».

# Обследование

- На сроке 39–40 недель беременности пациентка поступила в родовое отделение 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.
- 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.

# Лабораторное и инструментальное обследование

- 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 неделям 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».

# Течение родов

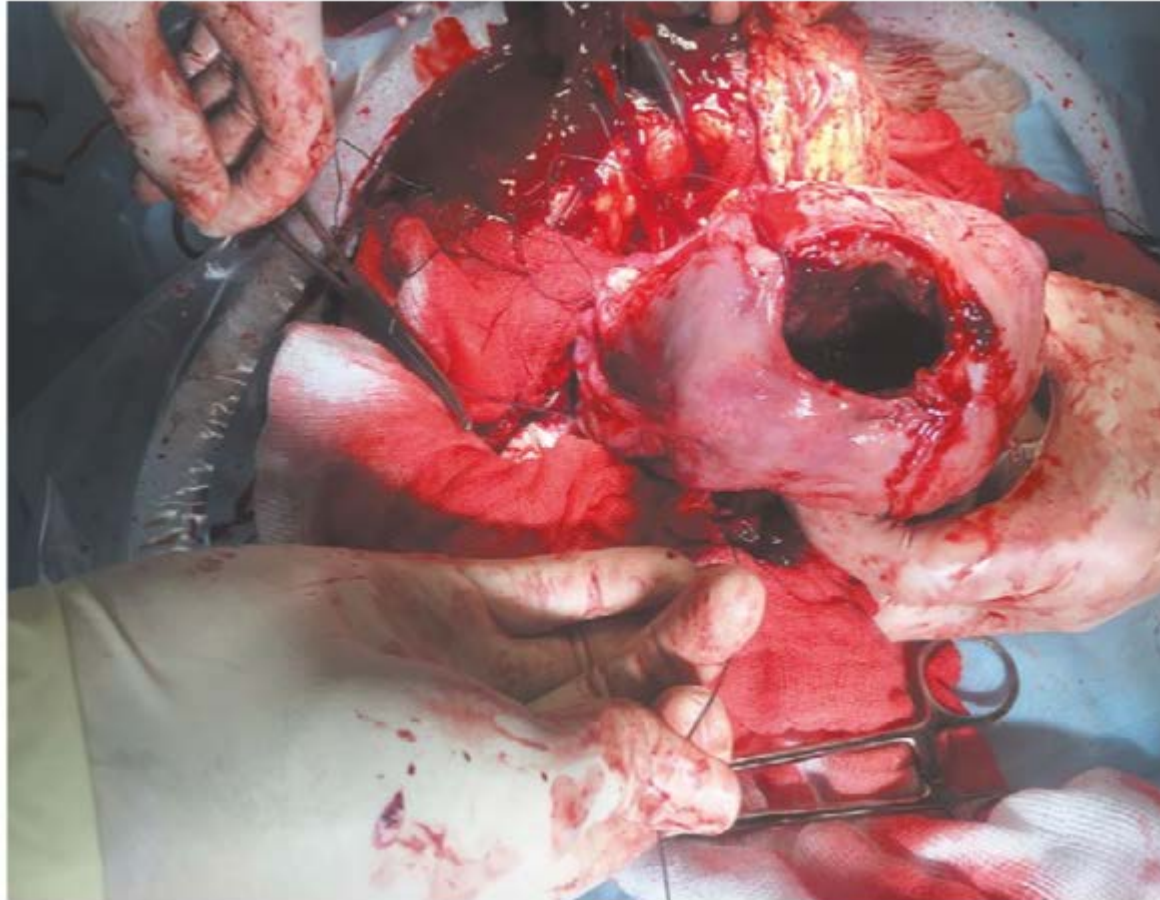
- Учитывая настрой женщины на самостоятельные роды, предполагаемую массу плода менее 4000 г, спонтанно развившуюся родовую деятельность, на данном этапе роды решено было вести **через естественные родовые пути**.
- За время динамического наблюдения (в течение 4 ч) интенсивность родовой деятельности не 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.

# Кесарево сечение

- 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 × 22 × 1,5 см.
- Нижний сегмент представлен соединительной тканью, истончен до 0,2 см, не деформирован.
- При выполнении экстериоризации в области дна выявлен **полный разрыв матки** округлой формы размером 5 × 4 см.



# Кесарево сечение



Интраоперационная картина полного разрыва дна матки в первом периоде родов

# Кесарево сечение

- 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 полигликолидной 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. Дренирование брюшной полости».

# Послеоперационный период

- 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).
- 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 °С.
- 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%).

# Послеоперационный период

- Начата инфузионная терапия. Антибактериальная терапия была дополнена раствором метронидазола (по 100 мл внутривенно два раза в сутки). Смену антибактериального препарата не проводили.
- Состояние пациентки улучшилось, температура тела нормализовалась.
- На **4-е сутки** послеродового периода отмечались субинволюция матки (по данным влагалищного исследования матка увеличена до 14 недель, по данным УЗИ размеры матки составляли 117 × 75 × 85 см), лейкоцитоз ( $18,4 \cdot 10^9$  /л), постгеморрагическая анемия средней степени (84 г/л).
- **Выписана** из стационара в удовлетворительном состоянии **на 10-е сутки** послеродового периода.

# Обсуждение

- Несмотря на значительный прогресс медицинской науки **частота разрыва матки** в Российской Федерации за последнее время практически **не изменилась**. Так, в 2005 г. она составляла 0,14 случая на 1000 родов, а в 2018 г. — 0,16 случая.
- В экономически развитых странах примерно в 90 % случаев причиной разрыва матки является **рубец на матке**.
- В данном клиническом случае, 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.
- Разрыв матки может не сопровождаться ярко выраженной клинической картиной либо может протекать бессимптомно. В некоторых случаях в качестве признаков угрожающего разрыва матки могут служить развитие первичной либо вторичной слабости родовых сил или дискоординации родовой деятельности.

# Авторы

**М.Н. Мочалова** - Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Читинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Чита

**Л.А. Кузьмина** - Государственное учреждение здравоохранения «Краевая клиническая больница», Чита

**А.Ю. Мироненко** - Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Читинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Чита

**И.В. Лиханов** - Государственное учреждение здравоохранения «Краевая клиническая больница», Чита

**В.А. Мудров** - Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Читинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Чита

**Источник:** Мочалова М. Н. и др. Клинический случай полного " немого" разрыва дна матки в первом периоде родов //Журнал акушерства и женских болезней. – 2020. – Т. 69. – №. 2. – С. 83-88.