

Клинический случай №45

Истмоцеле больших размеров после кесарева сечения

Введение

Пациентка К. поступила в клинику с жалобами на **боли внизу живота**, в динамике не усиливающиеся.



Анамнез заболевания

- В связи с болями, нерегулярными менструациями проводилось лечение **Дюфастоном во II фазу менструального цикла** в течение 5-6 мес.
- Обратилась к гинекологу по месту жительства, по данным УЗИ – признаки кист шейки матки; по данным обследования – дисплазия шейки матки легкой степени.
- Проведено **оперативное лечение**: электродиатермоконизация шейки матки; гистероскопия, раздельное диагностическое выскабливание полости матки и цервикального канала.
- Гистологический результат: «Заживающий эндоцервикоз. Эндометрий фазы пролиферации».
- По данным УЗИ в динамике – значительное увеличение размеров новообразования **шейки** матки.
- Самостоятельно обратилась в гинекологическое отделение № 1, госпитализирована для планового оперативного лечения.

Ультразвуковое исследование

- Ультразвуковое исследование матки и придатков трансвагинальное: **матка типичной формы, 46×66 мм, за счет новообразования увеличена 71×60 см.**
- Миометрий в области послеоперационного рубца по передней стенке **жидкостное образование 19×23 мм.**
- Полость матки не расширена, с нечетким контуром. Эндометрий 7 мм.
- Яичники: правый $36 \times 24 \times 28$ мм, левый $61 \times 52 \times 60$ мм, в структуре-жидкостное образование 39×51 мм фасции, брюшины задних отделов таза.

Акушерско-гинекологический анамнез

- Менархе в 16 лет, установились сразу, по 3 дня, через 30 дней, скучные, безболезненные, нерегулярные в течение последнего года – задержки до 2-3 мес.
- Прием Дюфастона во II фазу цикла.
- Половая жизнь с 25 лет, в браке I. Контрацепция: ВМС 2 года, без осложнений.
- Число беременностей – 3. Родов – 3 (**кассарево сечение** в плановом порядке 2014, 2017, 2018 гг. – в Таджикистане), абортов – 0, выкидышей – 0.
- Гинекологические заболевания: первичное бесплодие, связанное с отсутствием овуляции (в 2010 г. – операция по поводу бесплодия на придатках матки); новообразование шейки матки.
- Электродиатермоконизация шейки матки, гистероскопия, раздельное диагностическое высабливание. Гистологический результат: Заживающий эндоцервикоз. Эндометрий фазы пролиферации.

Гинекологический статус

- Наружные половые органы без особенностей. Оволосение: по женскому типу. Паховые лимфоузлы не увеличены. Уретра и парауретральные железы без изменений, отделяемого нет. Бартолиниевые железы без особенностей.
- **В зеркалах:** слизистая влагалища: обычной окраски, без видимых патологических изменений. Складчатость: обычная. Шейка матки цилиндрическая; гипертрофирована, укорочена до 2 см, цервикальный канал зияет до 2,5 см, на уровне средней трети цервикального канала определяется нижний полюс округлого эластического образования диаметром до 50 мм, безболезненного. Отделяемое сукровичное скучное. Слизистая обычной окраски. Тело матки anteflexio, занимает срединное положение, подвижное, безболезненное, нормального размера, форма матки правильная, консистенция плотная. Правые придатки матки не увеличены, безболезненные. **Левые придатки матки увеличены до 40×45 мм, болезненны при пальпации.** Своды глубокие

Диагноз и тактика

- Диагноз при поступлении (предварительный): **Доброкачественные новообразования матки.**
- Сопутствующий диагноз: Тазовые перитонеальные послеоперационные спайки (2010 г. – операции по поводу бесплодия на придатках матки с использованием видеоэндоскопических технологий; в 2014, 2017, 2018 гг. – кесарево сечение). Доброкачественное новообразование левого яичника. Хроническая железодефицитная анемия легкой степени тяжести.
- Запланировано **оперативное лечение**: диагностическая лапароскопия, гистероскопия, гистероскопическая миомэктомия? Расширение объема операции при невозможности гистероскопического удаления новообразования шейки матки. Тотальная гистерэктомия (экстирпация матки) с использованием видеоэндоскопических технологий. Сальпингэктомия билатеральная с использованием видеоэндоскопических технологий – при необходимости.

Оперативное вмешательство (гистероскопия)

- В асептических условиях шейка матки взята на пулевые щипцы.
- Длина полости матки по зонду 10,5 см. **Цервикальный канал значительно деформирован, смещен влево за счет выбухающего кистозного круглого образования диаметром более 60 мм, исходящего из правой боковой стенки в области послеоперационного рубца.**
- В полость матки введен диагностический гистероскоп. Полость матки не деформирована, расширена. Сосудистый рисунок слизистой выражен. Устья эндометриодных ходов не визуализируются. Устья маточных труб визуализируются.
- Кистозное образование захвачено зажимами, надсечено, излилось до 20 мл светлой прозрачной слизеобразной жидкости.
- При пальпации, зондировании под контролем лапароскопии обнаружено, что зонд уходит в область подобных образований в области послеоперационного рубца на матке, дном данного образования является стенка послеоперационного рубца, истонченная до 2 мм – **истмоцеле.**

Оперативное вмешательство (лапароскопия)

- В брюшную полость введены лапароскоп и 3 троакара для манипуляторов и операционных инструментов.
- В передне-маточном пространстве обнаружены **выраженные рубцовые изменения в области пузырно-маточной складки**, рубцовые сращения между мочевым пузырем и зоной рубца, без выраженных границ.
- В полость матки введен маточный манипулятор. Надсечена пузырно-маточная складка, мочевой пузырь с затруднениями, ввиду выраженных рубцовых изменений, смещен книзу. **Передняя стенка нижнего сегмента и шейки матки кистозно дегенерирована, истончена до 2 мм**, здоровой ткани шейки матки по передней стенке не обнаружено. Позади-маточное пространство без патологии. В брюшинных карманах эндометриоза нет.
- Выпот в брюшной полости серозный, 30 мл, направлен на цитологическое исследование. Крестцово-маточные связки видны, без патологии.

Оперативное вмешательство (лапароскопия)

- Матка видна, форма шаровидная, размер $100 \times 90 \times 8$ мм, аденомиоз, с усиленным сосудистым рисунком, гиперемией, воспалительными изменениями на поверхности. В области послеоперационного рубца на матке в области нижнего маточного сегмента-перешейка – выбухающие тонкостенные кистозные образования размерами 20×30 мм и 15×20 мм. Спайки с мочевым пузырем.
- **Яичник справа** размером 55×60 мм, **киста** (размеры 40×40 мм, однокамерная, тонкостенная, заполнена светлым прозрачным содержимым), Брюшина без патологии. Слева яичник нормального размера, визуально не изменен.
- Маточные трубы просматриваются на всем протяжении, длиной 8 см. Аппендикс не виден. Сальник без патологии.

Ход радикальной операции

- Учитывая невозможность проведения органосохраняющей операции (метропластики) – полное отсутствие неизмененной ткани передней губы шейки матки и нижнего маточного сегмента, гигантский дефект послеоперационного рубца с формированием «грыж» гигантского истмоцеле, сопряженный с неблагоприятным прогнозом вынашивания беременности в последующем в плане полной несостоительности послеоперационного рубца, разрыва матки по рубцу, признаки другой патологии (эндометриоз матки) – коллегиально принято **решение о проведении радикальной операции.**
- Пересечение круглых связок матки и диссекция мочевого пузыря. С помощью маточного манипулятора матка отведена вправо и кпереди. Зажимом натянута круглая связка слева, коагулирована и пересечена. Затем матка смешена в противоположном направлении, коагулирована и пересечена круглая связка с противоположной стороны. Матка смешена кзади, ножницами рассечена брюшина пузирно-маточной складки в поперечном направлении с переходом на передний листок широкой связки до соединения с местом пересечения круглых связок.

Ход радикальной операции

- Мочевой пузырь отсепарован книзу с затруднениями ввиду рубцовых изменений. Целостность мочевого пузыря проконтролирована путем наполнения мочевого пузыря окрашенным физ. раствором.
- Манипуляции затруднены в связи с достаточно большими размерами матки, выраженными кистозными изменениями в области послеоперационного рубца.
- Пересечение верхней части связочного аппарата. Вскрыт задний листок широкой связки с обеих сторон в виде «окна». Коагулированы и пересечены собственные связки яичников с обеих сторон, мезосальпинксы с обеих сторон.
- Гемостаз сосудистого пучка матки. Осуществлена биполярная коагуляция и пересечение маточных сосудов на уровне внутреннего зева.
- Отсечение матки от стенок влагалища. L-образным монополярным электродом в режиме «резания» с использованием внутриматочного манипулятора матка с маточными трубами отсечена от стенок влагалища с одновременной биполярной коагуляцией всех кровоточащих сосудов стенок влагалища. Матка с маточными трубами удалена через кольпотомное отверстие фрагментарно.

Ход радикальной операции

- После дополнительного гемостаза кулья влагалища ушита отдельными П-образными швами трехрядно. Завязывание узлов – интракорпоральное.
- Произведена энуклеация кисты желтого тела правого яичника, гемостаз точечный с применением биполярной коагуляции.
- Гемостаз и санация брюшной полости. В конце операции проведен тщательный гемостаз всех кровоточащих участков с помощью биполярных щипцов, из брюшной полости удалены все сгустки крови. На конечном этапе контроля гемостаза давление в брюшной полости снижено до 7 мм рт. ст. для выявления всех кровоточащих сосудов.
- В дальнейшем проведено ушивание послеоперационных троакарных ран на передней брюшной стенке, наложены асептические повязки. Общая кровопотеря составила 100 мл. Диурез – 200 мл, моча светлая.

Макропрепараты

Рисунок 1

Макропрепарат матки (послойное последовательное вскрытие макропрепарата)

Figure 1

Uterine macropreparation (layered sequential autopsy of the macropreparation

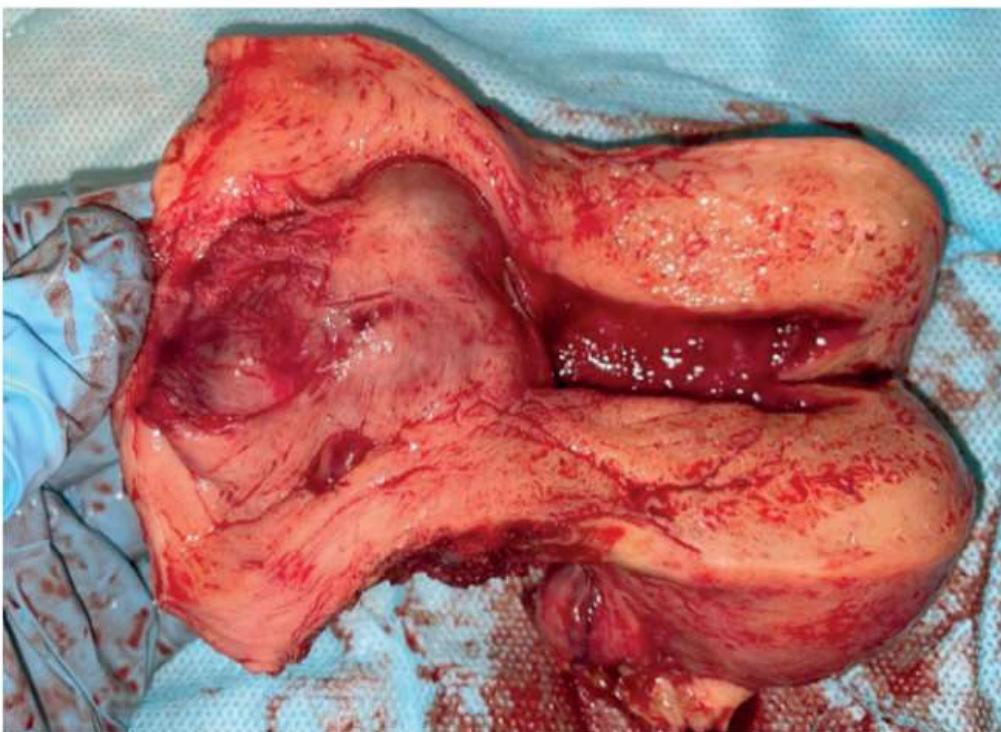
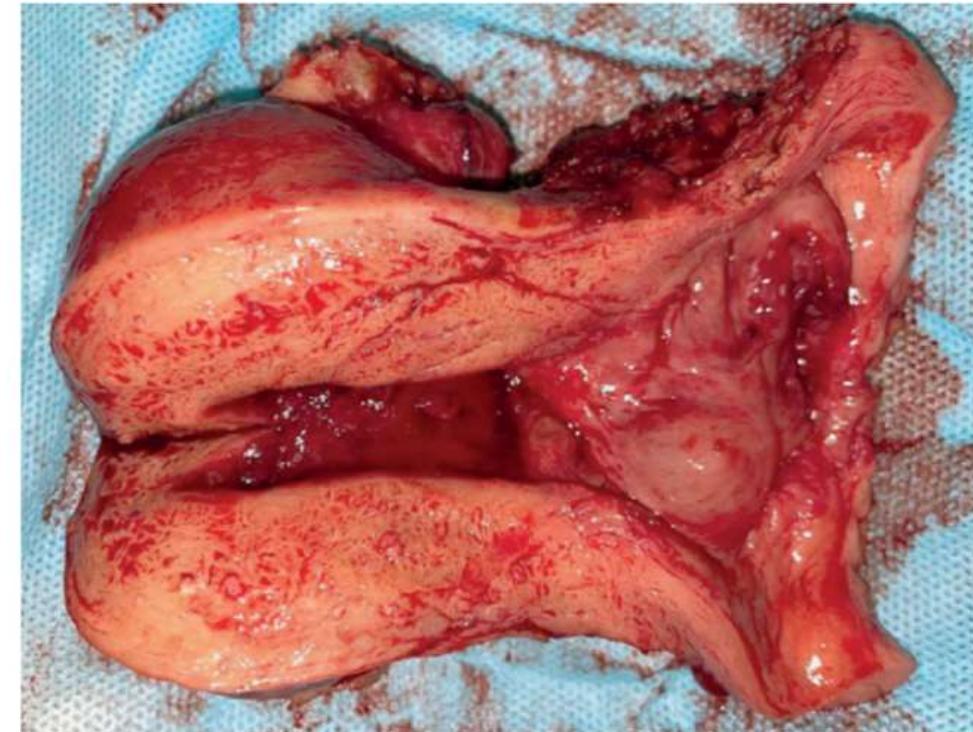


Рисунок 2

Макропрепарат матки (послойное последовательное вскрытие макропрепарата)

Figure 2

Uterine macropreparation (layered sequential autopsy of the macropreparation



Макропрепараты

Рисунок 3

Макропрепарат матки (послойное последовательное вскрытие макропрепарата)

Figure 3

Uterine macropreparation (layered sequential autopsy of the macropreparation

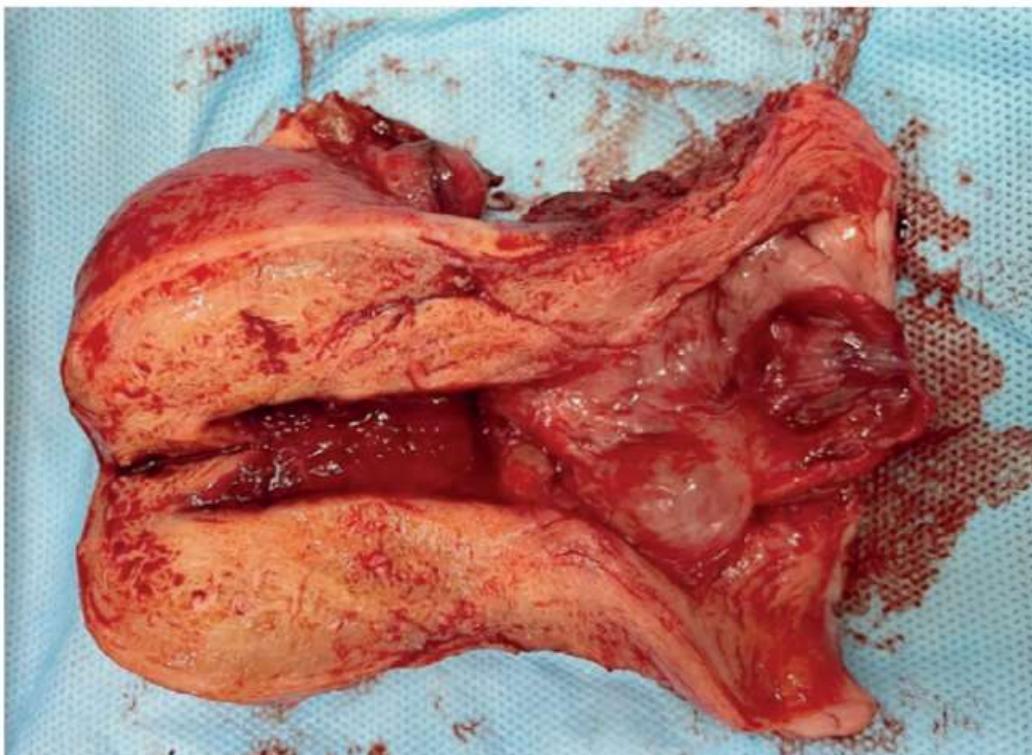


Рисунок 4

Макропрепарат матки (послойное последовательное вскрытие макропрепарата)

Figure 4

Uterine macropreparation (layered sequential autopsy of the macropreparation



Диагноз после операции

- **Основной:** Истончение послеоперационного рубца на матке после кесарева сечения (атрофия и фиброз матки (N85.8)).
- **Осложнения:** Истмоцеле больших размеров.
- **Сопутствующие заболевания:** Хронический эндомиометрит. Рубцовая деформация шейки матки. Эндометриоз матки II ст. Добропачественное новообразование правого яичника. Тазовые перитонеальные послеоперационные спайки (2010 г. – операции по поводу бесплодия на придатках матки с использованием видеоэндоскопических технологий; 2014, 2017, 2018 гг. – кесарево сечение). Хроническая железодефицитная анемия легкой степени тяжести.
- Течение послеоперационного периода правильное, Пациентка выписана на 7-е сутки под наблюдение врача женской консультации.

Обсуждение

- **Кесарево сечение** является одной из самых распространённых акушерских операций. За последние несколько десятилетий частота кесарева сечения в России увеличилась более чем в два раза и составляет около 24%.
- Крайне важной проблемой на сегодняшний день является **несостотельный рубец на матке после кесарева сечения**.
- Адекватное заживление шва на матке и формирование полноценного рубца после кесарева сечения – один из основных вопросов этой операции. На процесс заживления шва на матке влияет множество факторов: большая длительность операции; большая кровопотеря при кесаревом сечении; экстренное кесарево сечение; использование методики Гусакова при вскрытии полости матки (способствует формированию кровоизлияний и гематом в области краёв разреза, есть риск перехода разреза на сосудистый пучок); нарушение техники ушивания матки, использование неадекватного шовного материала; эндометрит поле кесарева сечения.

Обсуждение

- Взаимосвязь между несостоятельностью рубца и гинекологическими симптомами у небеременных женщин была установлена относительно недавно. Ниша в области рубца на матке может проявляться обильными и длительными менструациями, длительными мажущими кровяными выделениями перед менструацией и после менструации, болезненными менструациями (дисменорея), болями при половом контакте (диспареуния).
- В настоящее время нет единого подхода для лечения истмоцеле. При обнаружении несостоятельности рубца на матке или подозрении на неё по данным ультразвукового исследования показано выполнение **гистероскопии**. При наличии неглубокой ниши по данным ультразвукового исследования и гистероскопии, наличии жалоб на болезненные менструации и постменструальные мажущие кровяные выделения возможно выполнение **гистерорезектоскопической резекции ниши**. При полной несостоятельности рубца на матке, наличии жалоб и для предупреждения осложнений при планируемой беременности и в родах показано выполнение пластики рубца на матке вне беременности – **метропластики**.

Авторы

Ющенко М.А., Ананьева Т.В., Золоторевская О.С., Елгина С.И., Рудаева Е.В., Мозес К.Б. Мозес В.Г., Черных Н.С. - Кузбасская областная клиническая больница им. С.В. Беляева, Кемеровская городская клиническая больница № 4, Кемеровский государственный университет, Кемеровский государственный медицинский университет, г. Кемерово, Россия

Источник: Ющенко М. А. и др. ИСТМОЦЕЛЕ БОЛЬШИХ РАЗМЕРОВ ПОСЛЕ КАСЕРЕВА СЕЧЕНИЯ (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ) //Мать и дитя в Кузбассе. – 2024. – №. 2 (97). – С. 135-140.