

Наблюдение перфорации матки во время беременности при выполнении лапароскопии

С.В. Шрамко , О.А. Волков

Кафедра акушерства и гинекологии

Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей – филиал ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» МЗ РФ,

Российская Федерация, 654005, Кемеровская область – Кузбасс, Новокузнецк, проспект Строителей, д. 5

✉ **Контактная информация:** Шрамко Светлана Владимировна, доцент, доктор медицинских наук, профессор кафедры акушерства и гинекологии НГИУВ – филиала ФГБОУ ДПО РМАНПО МЗ РФ. Email: shramko_08@mail.ru

АКТУАЛЬНОСТЬ

Повреждение беременной матки при выполнении оперативной лапароскопии является редким осложнением, сопровождается высоким риском инфицирования и невынашивания беременности. Тактика ведения беременности и ее исход представляет практический интерес и требует обсуждения.

ЦЕЛЬ

Представить клиническое наблюдение перфорации матки во время беременности при выполнении операционной лапароскопии.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Пациентка Л., 34 лет с опухолью правого яичника и беременностью 21–22 недели.

РЕЗУЛЬТАТЫ

В статье описано клиническое наблюдение самостоятельных срочных родов после перфорации матки при выполнении операционной лапароскопии с удалением значительного объема околоплодных вод у беременной женщины в сроке 21–22 недели.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Пролонгирование беременности и самостоятельные роды после перфорации матки в сроке беременности 21–22 недели возможно при своевременной диагностике осложнения, бережном восстановлении целостности матки и рациональном ведении послеоперационного периода.

Ключевые слова:

лапароскопия, повреждение матки, беременность

Ссылка для цитирования

Шрамко С.В., Волков О.А. Наблюдение перфорации матки во время беременности при выполнении лапароскопии. *Журнал им. Н.В. Склифосовского Неотложная медицинская помощь.* 2023;12(1):176–179. <https://doi.org/10.23934/2223-9022-2023-12-1-176-179>

Конфликт интересов

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

Благодарность, финансирование

Исследование не имеет спонсорской поддержки

Необходимость в абдоминальной хирургии во время беременности, не связанной с акушерскими причинами, возникает редко — в 1–2% наблюдений — в связи с острым аппендицитом, холециститом, грыжей пищеводного отверстия, перекрутом придатков матки и непроходимостью кишечника [1, 2]. Повреждение беременной матки при выполнении оперативной лапароскопии считается редким и потенциально предотвратимым осложнением [1, 3, 4]. Известно, что пролонгирование беременности после перфорации матки сопряжено с высокими перинатальными рисками: инфицированием, выкидышами и преждевременными родами [4–6]. Наличие ожирения, миомы матки и многоплодной беременности рассматриваются как неблагоприятные факторы, повышающие риск перфорации беременной матки при выполнении лапароскопии. В свою очередь использование открытой техники по *Hasson*, проведение ультразвукового исследования (УЗИ) непосредственно перед оперативным вмешательством с маркировкой дна матки представляются эффективными средствами профилактики повреждения матки [1].

Способы устранения осложнений и выбор тактики ведения беременности после повреждения матки могут экстраполироваться из опыта фетальной хирургии, когда под контролем УЗИ через переднюю брюшную стенку в амниотическую полость вводят 2–4-мм троакары, а после их удаления троакарные раны на матке не восстанавливаются [1, 7]. Причем выполнение оперативной фетоскопии не исключает риски преждевременных родов, хориоамнионита, травмы и анемии плода, повреждения плаценты и кровоизлияния в стенку матки, вплоть до потери беременности [8].

В доступных источниках отечественной литературы мы не встретили описания подобных осложнений у беременных женщин. Тем не менее, выбор тактики ведения и способа последующего родоразрешения заслуживают внимания. Учитывая все вышесказанное, мы посчитали необходимым привести описание клинического наблюдения: повреждения матки в сроке беременности 21–22 недели при выполнении аднексэктомии лапароскопическим доступом.

Пациентка Л., 34 лет поступила в гинекологическое отделение для выполнения планового оперативного лечения по поводу быстрого роста опухоли правого яичника в сроке беременности 21–22 недели. В анамнезе срочные роды, настоящая беременность – вторая, желанная. Опухоль яичника впервые обнаружена 4 года назад (размером до 4 см в диаметре), во время настоящей беременности установлено увеличение размера объемного образования в 3 раза (до 17 см). Соматический анамнез отягощен анемией средней степени тяжести, язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки в стадии ремиссии, перенесенным инфекционным гепатитом в детстве. Состояние при поступлении удовлетворительное, жалоб нет.

На следующий день после поступления под эндотрахеальным наркозом пациентка оперирована. Первый троакар введен по среднеключичной линии слева на 3 см ниже края реберной дуги, наложен пневмоперитонеум (углекислый газ 12 мм рт.ст). Введен лапароскоп: обнаружено тело матки, увеличенное до 21–22-й недели беременности, справа яичник представлен опухолевидным образованием до 17 см в диаметре, с плотной, гладкой капсулой. После введения дополнительного троакара выполнено удаление 500 мл прозрачной жидкости предположительно – содержимого кистомы. При детальном осмотре оказалось, что аспиратор введен в области дна, ближе к левому углу матки, а эвакуированная жидкость является околоплодными водами. Консилиумом врачей решено восстановить целостность матки и пролонгировать беременность. Путем лапаротомии перфорационное отверстие на матке ушито двухрядным викриловым швом и выполнена аднексэктомия справа. Гистологический результат: многокамерная серозная цистаденома правого яичника.

В послеоперационном периоде отмечался субфебрилитет (37,1–37,5°C) на протяжении 6 суток. Проводилось лечение: «Сульперазон» 4 г х 2 раза внутривенно в/в 7 сут, «Фраксипарин» 0,3 подкожно 5 сут, «Папаверин» 2,0 х 2 раза 3 сут, «Гинипрал» 10 мкг в виде в/в инфузии в течение 3 сут.

На 2-е сутки после операции выполнено УЗИ органов малого таза: плод соответствует сроку, сердцебиение не страдает (до 160 уд./мин), движение плода активное, амниотический индекс снижен до 80 (при норме для данного срока гестации 213). Плацента толщиной до 24 мм, расположена по задней стенке. При контрольном УЗИ, на 14-е сутки послеоперационного периода: срок беременности соответствует 24 неделям, тонус миометрия и количество вод в норме (амниотический индекс 219), рост плода адекватен, сердцебиение до 142 уд./мин, плацента расположена по задней стенке в 5 см от края внутреннего зева, ее толщина составляет 24 мм, пациентка выписана из стационара с прогрессирующей беременностью под наблюдение врача женской консультации.

Далее беременность протекала без осложнений и закончилась срочными самостоятельными родами. Родился мальчик с оценкой по шкале Апгар 8/9 баллов, весом 3690 г, длиной 50 см. Общая продолжительность родов составила 5 ч 10 минут. На 4-е сутки послеродового периода по клиническим данным и результатам УЗИ диагностирована гематометра, что послужило поводом для выполнения инструментальной ревизии содержимого полости матки. Патогистологическое исследование биопсийного материала не выявило остатков плацентарной ткани и плодных оболочек, обнаружена деструктивная ткань. Пациентка выписана из родильного дома под наблюдение врача женской консультации на 6-е сутки после родов.

Через год у женщины наступила спонтанная беременность, которая также закончилась срочными родами. Но ранний послеродовой период осложнился массивным акушерским кровотечением, что потребовало выполнения гистерэктомии. При патогистологическом исследовании установлено истинное врастание плаценты, расположенной в нижнем сегменте матки по задней стенке.

ОБСУЖДЕНИЕ

Представленное клиническое наблюдение свидетельствует о важности врачебного консилиума с участием акушера и гинеколога-хирурга в принятии правильного решения и выбора рациональной тактики ведения пациентки с повреждением матки во время беременности. В качестве причины повреждения беременной матки в данном случае можно рассматривать изменение анатомо-топографических взаимоотношений, возникшее в результате ранения капсулы объемного образования яичника при введении первого троакара с последующим излитием содержимого опухоли в брюшную полость, изменением формы и размера кистомы, что дезориентировало хирурга.

После введения рабочих троакаров, не обнаружив прежнего объемного образования яичника и приняв беременную матку за кистому, была выполнена эвакуация значимого количества околоплодных вод. При работе с крупными опухолями яичников необходимо помнить о возможности ранения капсулы крупной кистомы с изменением лапароскопической картины в короткий промежуток времени и необходимости визуализации опухоли и матки еще раз непосредственно перед манипуляцией.

Возможные осложнения и особенности ведения послеродового периода у пациенток с травмой матки во время беременности также заслуживают обсуждения. Инструментальная ревизия содержимого полости матки, выполненная в связи с формированием гематометры на 4-е сутки послеродового периода, при отсутствии гистологического подтверждения наличия остатков плацентарной ткани, выглядит не вполне обоснованной.

На наш взгляд, наличие закономерной воспалительной реакции миометрия на его повреждение с последующим нарушением контрактильной функции вполне ожидаемо, что необходимо учитывать и не торопиться с инвазивными методами лечения. Известно, что частоту врастания плаценты увеличивают воспалительные процессы и внутриматочные вмешательства. В связи с этим врастание плаценты у пациентки, перенесшей повреждение матки во время предыдущей беременности и ревизию содержимого полости матки на 4-е сутки после родов, следует рассматривать «эндометриальной» причиной и реальным патогенетическим механизмом формирования патологии плацентации при последующей беременности [9, 10].

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Представленный опыт пролонгирования беременности и возможности самостоятельных срочных родов после перфорации матки во время выполнения лапароскопии может быть использован при ведении подобных осложнений.

СПИСОК ИСТОЧНИКОВ

1. Post RJ, Friedrich E, Amaya KE, Chmait RH. Inadvertent perforation of a gravid uterus during laparoscopy. *JLSLS*. 2019;23(3):e2019.00026. PMID: 31427852 <https://doi.org/10.4293/JLSLS.2019.00026>
2. Tolcher MC, Fisher WE, Clark SL. Nonobstetric surgery during pregnancy. *Obstet Gynecol*. 2018;132(2):395–403. PMID: 29995718 <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000002748>
3. Buser KB. Laparoscopic surgery in the pregnant patient: results and recommendations. *JLSLS*. 2009;13:32–35. PMID: 19366538
4. Mala T, Harsem NK, Røstad S, Mathisen LC, Jacobsen AF. Perforation of the pregnant uterus during laparoscopy for suspected internal herniation after gastric bypass. *Case Rep Obstet Gynecol*. 2014;720181. PMID: 25548693 <https://doi.org/10.1155/2014/720181>
5. Joublat N, Grubbs B, Chmait RH. Incidental fetoscopy during laparoscopy in pregnancy: management of perforation of the gravid uterus. *Surg Laparosc Endosc Percutan Tech*. 2012;22(2):76–78. PMID: 22487644 <https://doi.org/10.1097/SLE.0b013e318243a494>
6. Friedman JD, Ramsey PS, Ramin KD, Berry C. Pneumoamnion and pregnancy loss after second-trimester laparoscopic surgery. *Obstet Gynecol*. 2002;99(3):512–513. PMID: 11864684 [https://doi.org/10.1016/s0029-7844\(01\)01664-7](https://doi.org/10.1016/s0029-7844(01)01664-7)
7. Slaoui A, Talib S, Nah A, Moussaoui KE, Benzina I, Zerai N, et al. Placenta accreta in the department of gynaecology and obstetrics in Rabat, Morocco: case series and review of the literature. *Pan Afr Med J*. 2019;33:86. PMID:31489064 <https://doi.org/10.11604/pamj.2019.33.86.17700>
8. Yamamoto M, El Murr L, Robyr R, Leleu F, Takahashi Y, Ville Y. Incidence and impact of perioperative complications in 175 fetoscopy-guided laser coagulations of chorionic plate anastomoses in fetofetal transfusion syndrome before 26 weeks of gestation. *Am J Obstet Gynecol*. 2005;193:1110–1116. PMID: 16157121 <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2005.07.003>
9. Wu S., Kocherginsky M, Hibbard JU. Abnormal placentation: twenty-year analysis. *Am J Obstet Gynecol*. 2005;192(5):1458–1461. PMID: 15902137 <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2004.12.074>
10. Скоробогачев Р.В., Белехова Д.А., Белова Е.А., Белов Д.В., Пешиков О.В. Показания и способы внутриутробного вмешательства при оперативной коррекции пороков развития сердца. *Оперативная хирургия и клиническая анатомия*. 2019;3(2):25–33. <https://doi.org/10.17116/operhirurg2019302125>

REFERENCES

1. Post RJ, Friedrich E, Amaya KE, Chmait RH. Inadvertent perforation of a gravid uterus during laparoscopy. *JLSLS*. 2019;23(3):e2019.00026. PMID: 31427852 <https://doi.org/10.4293/JLSLS.2019.00026>
2. Tolcher MC, Fisher WE, Clark SL. Nonobstetric surgery during pregnancy. *Obstet Gynecol*. 2018;132(2):395–403. PMID: 29995718 <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000002748>
3. Buser KB. Laparoscopic surgery in the pregnant patient: results and recommendations. *JLSLS*. 2009;13:32–35. PMID: 19366538
4. Mala T, Harsem NK, Røstad S, Mathisen LC, Jacobsen AF. Perforation of the pregnant uterus during laparoscopy for suspected internal herniation after gastric bypass. *Case Rep Obstet Gynecol*. 2014;720181. PMID: 25548693 <https://doi.org/10.1155/2014/720181>
5. Joublat N, Grubbs B, Chmait RH. Incidental fetoscopy during laparoscopy in pregnancy: management of perforation of the gravid uterus. *Surg Laparosc Endosc Percutan Tech*. 2012;22(2):76–78. PMID: 22487644 <https://doi.org/10.1097/SLE.0b013e318243a494>
6. Friedman JD, Ramsey PS, Ramin KD, Berry C. Pneumoamnion and pregnancy loss after second-trimester laparoscopic surgery. *Obstet Gynecol*. 2002;99(3):512–513. PMID: 11864684 [https://doi.org/10.1016/s0029-7844\(01\)01664-7](https://doi.org/10.1016/s0029-7844(01)01664-7)
7. Slaoui A, Talib S, Nah A, Moussaoui KE, Benzina I, Zerai N, et al. Placenta accreta in the department of gynaecology and obstetrics in Rabat, Morocco: case series and review of the literature. *Pan Afr Med J*. 2019;33:86. PMID:31489064 <https://doi.org/10.11604/pamj.2019.33.86.17700>
8. Yamamoto M, El Murr L, Robyr R, Leleu F, Takahashi Y, Ville Y. Incidence and impact of perioperative complications in 175 fetoscopy-guided laser coagulations of chorionic plate anastomoses in fetofetal transfusion syndrome before 26 weeks of gestation. *Am J Obstet Gynecol*. 2005;193:1110–1116. PMID: 16157121 <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2005.07.003>
9. Wu S., Kocherginsky M, Hibbard JU. Abnormal placentation: twenty-year analysis. *Am J Obstet Gynecol*. 2005;192(5):1458–1461. PMID: 15902137 <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2004.12.074>
10. Skorobogachev RV, Belekhoval DA, Belova EA, Belov DV, Peshikov OV. Indications and methods for intrauterine intervention in the surgical correction of cardiac malformations. *Russian Journal of Operative Surgery and Clinical Anatomy*. 2019;3(2):25–33. (In Russ.) <https://doi.org/10.17116/operhirurg2019302125>

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ

Шрамко Светлана Владимировна

доцент, доктор медицинских наук, профессор кафедры акушерства и гинекологии НГИУВ – филиала ФГБОУ ДПО РМАНПО МЗ РФ;

<https://orcid.org/0000-0003-1299-165X>, shramko_08@mail.ru;

60%: оперирующий хирург, автор идеи статьи, концепция и дизайн клинического примера, написание текста, ответственность за целостность всех частей статьи, редактирование текста, утверждение окончательного варианта статьи

Волков Олег Анатольевич

ассистент кафедры акушерства и гинекологии НГИУВ – филиала ФГБОУ ДПО РМАНПО МЗ РФ;

<https://orcid.org/0000-0002-3271-7167>, volkovoa@icloud.com;

40%: оперирующий хирург, сбор и обработка материала, статистический анализ данных, написание текста

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

A Case of Pregnant Uterus Perforation During Laparoscopy

S.V. Shramko , O.A. Volkov

Department of Obstetrics and Gynecology

Novokuznetsk State Institute for Postgraduate Medical Education, Branch, Russian Medical Academy of Continuous Professional Education
5, Stroiteley Ave., Novokuznetsk, Kuzbass, Kemerovo Region, 654005, Russian Federation

✉ **Contacts:** Svetlana V. Shramko, Associate Professor, Doctor of Medical Sciences, Professor, Department of Obstetrics and Gynecology, Novokuznetsk State Institute for Postgraduate Medical Education, Branch, Russian Medical Academy of Continuous Professional Education. Email: shramko_08@mail.ru

RELEVANCE Pregnant uterus perforation during laparoscopy is a rare complication, accompanied by a higher risk of infection and miscarriage. Clinical management of pregnancy and its outcome have practical interest and need discussion.

AIM To provide a clinical case of pregnant uterus perforation during laparoscopy.

MATERIAL AND METHODS Patient L., 34 years old, with a tumor of the right ovary and 21–22 weeks of pregnancy.

RESULT The article describes a clinical case of independent childbirth on time after pregnant uterus perforation during laparoscopy with removing a significant volume of amniotic fluid in a 21–22 weeks pregnant woman.

CONCLUSION The prolongation of pregnancy and independent childbirth on time after uterus perforation with a gestation period of 21 or 22 weeks is possible in case of timely diagnosis of the complication, careful restoration of uterine integrity and rational management of the postoperative period.

Keywords: laparoscopy, pregnancy, damaged uterus

For citation Shramko SV, Volkov OA. A Case of Pregnant Uterus Perforation During Laparoscopy. *Russian Sklifosovsky Journal of Emergency Medical Care*. 2023;12(1):176–179. <https://doi.org/10.23934/2223-9022-2023-12-1-176-179> (in Russ.)

Conflict of interest Authors declare lack of the conflicts of interests

Acknowledgments, sponsorship The study had no sponsorship

Affiliations

Svetlana V. Shramko	Associate Professor, Doctor of Medical Sciences, Professor, Department of Obstetrics and Gynecology, Novokuznetsk State Institute for Postgraduate Medical Education, Branch, Russian Medical Academy of Continuous Professional Education; https://orcid.org/0000-0003-1299-165X , shramko_08@mail.ru; 60%, operating surgeon, author of the article idea, concept and design of the clinical case, text writing, responsibility for the integrity of all parts of the article, text editing, approval of the final version of the article
Oleg A. Volkov	Assistant, Department of Obstetrics and Gynecology, Novokuznetsk State Institute for Postgraduate Medical Education, Branch, Russian Medical Academy of Continuous Professional Education; https://orcid.org/0000-0002-3271-7167 , volkova@icloud.com; 40%, operating surgeon, collection and processing of material, statistical analysis of data, text writing

Received on 19.09.2022

Review completed on 20.10.2022

Accepted on 27.12.2022

Поступила в редакцию 19.09.2022

Рецензирование завершено 20.10.2022

Принята к печати 27.12.2022