
ИНТЕРЕСНЫЙ СЛУЧАЙ МЕТРОПЛАСТИКИ ПО ПОВОДУ МАТОЧНО-ПЕРИТОНЕАЛЬНОГО СВИЦА ВЛАГАЛИЩНЫМ ДОСТУПОМ

С.Р.Д. Коннон¹, О.Н. Шалаев², И.И. Шманаева²,
Н.М. Симакова², Н.В. Степанова²

¹Российский университет дружбы народов
ул. Миклухо-Маклая, 8, Москва, Россия, 117198

²Городское бюджетное учреждение здравоохранения
городская клиническая больница № 64 ДЗМ
ул. Вавилова, 61, Москва, Россия, 117292

Целью данной работы является описание интересного случая метропластики исключительно влагалищным доступом по поводу маточно-перитонеального свища после лапаротомической миомэктомии у нерожавшей пациентки с несостоятельным рубцом. 32-летняя пациентка с первичным бесплодием была госпитализирована с дефектом, заподозренным при ультразвуковом исследовании (УЗИ) органов малого таза и подтвержденным гистеросальпингографией (ГСГ), спустя 17 месяцев после лапаротомической миомэктомии.

Ключевые слова: миома матки, лапаротомическая миомэктомия, маточно-перитонеальный свищ, метропластика

В структуре гинекологической заболеваемости миома матки занимает второе место после воспалительных процессов, и ее частота составляет от 30 до 50% [5]. Клинически миома матки проявляется у 30—35% женщин старше 35 лет. Постоянный интерес к данной проблеме обусловлен высокой значимостью миомы матки среди причин бесплодия, аномальных маточных кровотечений, сопровождающихся выраженной анемией.

Органосохраняющая операция в объеме миомэктомии на сегодняшний день проводится женщинам с целью сохранения детородной функции различными доступами (лапаротомия, мини-лапаротомия и лапароскопия) со вскрытием полости матки или без него. Однако частота осложнений после органосохраняющей миомэктомии выше, чем после радикальных (органоуносящих) операций и колеблется в пределах 7,7—12,7% [7].

Маточные свищи являются редким патологическим состоянием, характеризующимся аномальным сообщением полости матки с любым другим органом или структурой через перфорацию, образованную в результате гинекология хирургии, травмы и инфекции среди других причин. По данным НА Gulmaraes Filho et al. [4], частота дефектов после кесарева сечения (КС) в нижнем сегменте и лапароскопической хирургии до 83% случаев. Данный факт не нашел подтверждения в работе Н. Masuda et al. [10], не выявивших корреляции между увеличением частоты КС и распространенностью дефектов рубцов.

У некоторых пациенток дефект протекает бессимптомно, а у других может сопровождаться клиническими симптомами, такими как постменструальными кровяными выделениями, продолжительными менструациями, хронической тазовой болью и вторичным бесплодием [2; 6].

Для диагностики несостоятельного рубца на матке на сегодняшний день успешно применяются УЗИ (трансабдоминально и трансвагинально) органов малого таза, ультразвуковая доплерометрия, гистеросальпингография и МРТ (магнитно-резонансная томография) [1; 8; 11].

При наличии несостоятельного рубца на матке с целью профилактики ее разрыва при последующей беременности коррекция неполноценного рубца широко проводится лапаротомным или лапароскопическим доступом [9]. Для лечения несостоятельного рубца на матке после КС у женщин вне беременности успешно используется реконструктивно-пластическая операция на матке трансвагинальным доступом. Данный доступ обладает некоторым преимуществам: сокращение времени операции, низкая травматичность, снижение риска интраоперационных осложнений, снижение риска послеоперационных осложнений, сокращение сроков нетрудоспособности [3; 12].

Анализ литературы не позволил выявить данные по трансвагинальной метропластике по поводу несостоятельности рубца (маточно-перитонеальный свищ) после миомэктомии лапаротомным доступом.

ОПИСАНИЕ НЕОРДИНАРНОГО СЛУЧАЯ

В сентябре 2014 г. 32-летней пациентке, страдавшей первичным бесплодием (7 лет), аномальным маточным кровотечением (менометроррагия в течение 2,5 лет) и вторичной анемией средней степени тяжести (Hb 73 г/л), была произведена миомэктомия лапаротомным доступом по поводу интерстициальной миомы матки с центрипетальным ростом.

В ноябре 2015 г. по трансвагинальному ультразвуковому исследованию органов малого таза (на 6-й день менструального цикла) было выявлено, что миометрий имел неоднородную структуру за счет жидкостного включения по задне-правой стенке в средней $\frac{1}{3}$. Жидкостное включение размерами 10×8 мм наполовину было заполнено взвесью и несколько деформировало полость матки.

Для уточнения диагноза пациентке была проведена гистеросальпингография (рис. 1) на 5-й день менструального цикла.

После полного обследования пациентке была осуществлена метропластика влагалищным доступом под эндотрахеальным наркозом.

После обработки наружных половых органов и влагалища шейка матки взята на пулевые щипцы, низведена к входу во влагалище. Выполнен разрез слизистой оболочки и вскрытие переднего свода влагалища. Обнаружен выраженный спаечный процесс в малом тазу: пряди большого сальника и петли тонкой кишки окутывали тело матки, придатки с обеих сторон запаяны в прядях большого сальника. Острым и тупым путем произведен адгезиолизис. Тело матки выведено в рану — не увеличено. Обнаружен сквозной дефект 5 мм в диаметре по задней стенке матки, ближе ко дну во втянутом рубце, длина которого составила около 30 мм (рис. 2). Произведено иссечение рубца в пределах здоровых тканей, метропластика трехрядным отдельным полигликолидовым швом (рис. 3 А и В). В связи с выраженным спаечным процессом маточных труб и открытием правой маточной трубы в ампулярном отделе были произведены сальпингоовариолизис с двух сторон и фимбриопластика.

Целостность переднего свода влагалища восстановлена непрерывным викриловым швом.

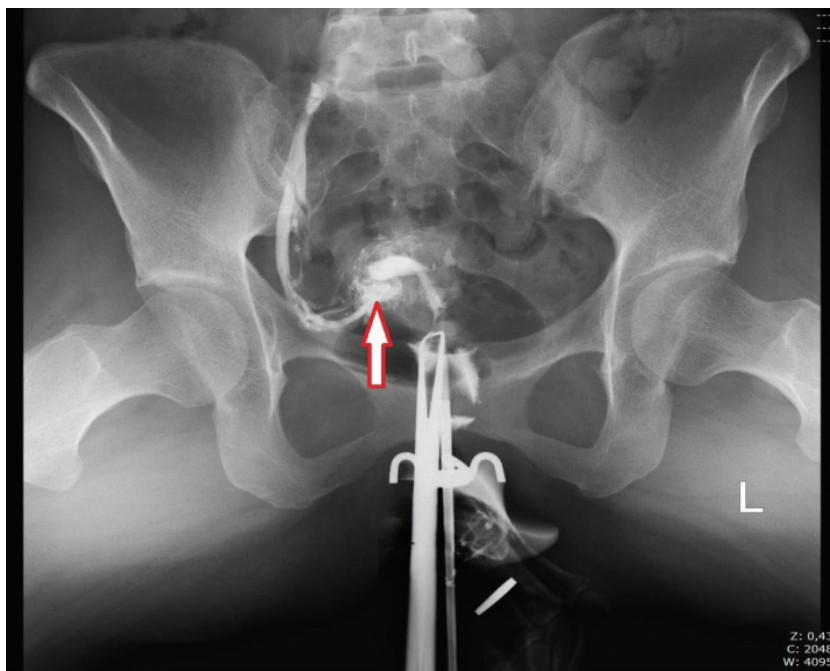


Рис. 1. Гистеросальпингография. Стрелкой показан дефект задней стенки матки (маточно-перитонеальный свищ) со значительными затеками контрастного вещества в брюшную полость

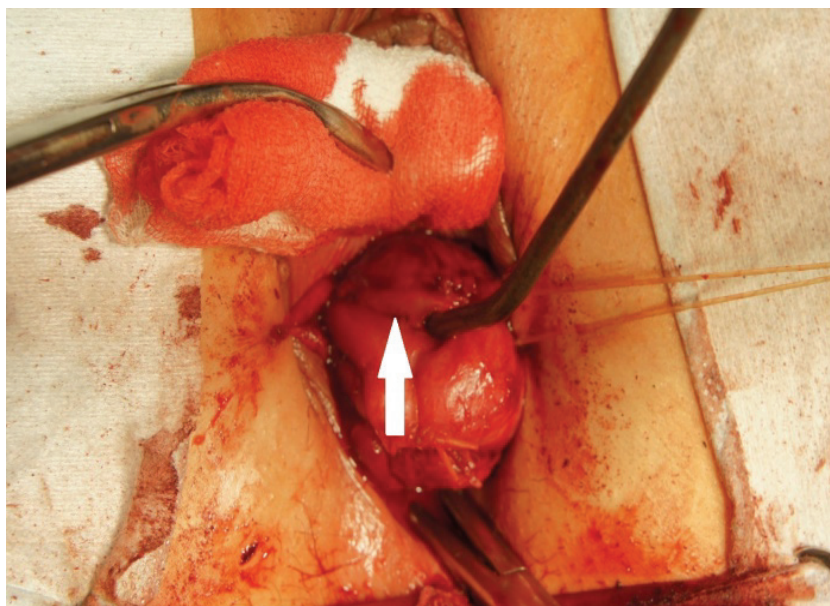


Рис. 2. Сквозной дефект (в него введен зонд, \varnothing 5 мм) и рубец (указан стрелкой) по задней стенке матки

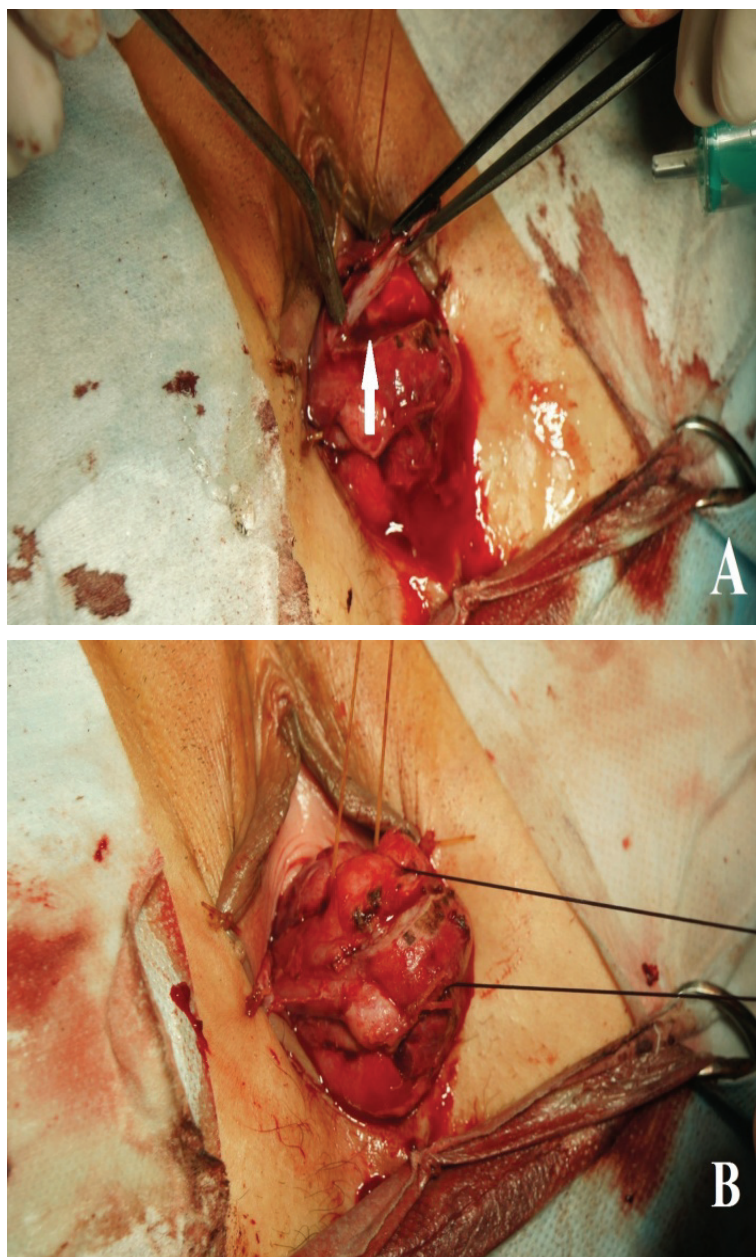


Рис. 3. Метропластика:

А — иссечение рубца в пределах здоровых тканей (указано стрелкой);
В — начало наложения трехрядного полигликолидового шва

Вывод. Данный случай интересен тем, что в мировой литературе не существует описаний данной техники метропластики влагалищным доступом и тем самым подчеркивает возможность влагалищной хирургии при метропластике, про которую, к сожалению, все забывают.

Тщательное наблюдение в дальнейшем за пациенткой позволит оценить отдаленные результаты данной метропластики.

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

- [1] Api M., Boza A., Gorgen H. et al. Should Cesarean Scar Defect Be Treated Laparoscopically? a case report and review of the literature [Electronic resource]. *J. Minim. Invasive. Gynecol.* 2015. Vol. 22. No. 7. URL: <http://www.AAGL.org/jmig-22-6-JMIG-D-15-00075>.
- [2] Bij de Vaate A.J., van der Voet L.F., Naji O. et al. Prevalence, potential risk factors for development and symptoms related to the presence of uterine niches following Cesarean section: systematic review. *Ultrasound Obstet. Gynecol.* 2014. Vol. 43. No. 4. P. 372—382.
- [3] Eremkina V.I., Garifullova Y. Reconstructive plastic surgery of insolvent uterine scar by vaginal access in non-pregnant [electronic resource]. *Practical Medicine. Innovative technologies in medicine.* 2014. Vol. 1. Access: <http://mfvt.ru/rekonstruktivno-vosstanovitelnaya-plastikana-sostoyatel'nogo-rubca-na-matke-vlagalishhnym-dostupom-vne-beremennosti>.
- [4] Guimarães Filho H.A., da Costa L.L., Araujo Junior E. et al. Diagnosis of utero-peritoneal fistula through color Doppler hysterosonography. *Arch. Gynecol. Obstet.* 2007. Vol. 276. P. 85—86.
- [5] Gynecology. Ed. by V.E. Radzinsky, A.M. Fucks. M.: GEOTAR-Media, 2014.
- [6] Ibinaiye P.O., Onwuhafua P., Usman B. Utero-peritoneal fistula, a rare complication of laparoscopic myomectomy scar dehiscence: a case report. *Niger Postgrad. Med. J.* 2013. Vol. 20. No. 2. P. 165—6.
- [7] Lebedev V.A., Davydov A.I., Pashkov V.M. The controversial and unresolved questions of uterine fibroids' treatment and prevention in patients of reproductive age [electronic resource]. *Difficult patient: a magazine for physicians.* 2013. No. 8—9. Access: <http://t-pacient.ru/articles/7860>.
- [8] Li C.L., Mo X.T., Deng K.X. et al. Transvaginal 3D ultrasound evaluation of post-cesarean section uterine diverticulum [Electronic resource]. *Open. J. of Obstet. & Gynecol.* 2015. Vol. 5. P. 698—702. Access mode: <http://dx.doi.org/10.4236/ojog.2015.512098>.
- [9] Marotta M.L., Donnez J., Squifflet J. et al. Laparoscopic repair of post-cesarean section uterine scar defects diagnosed in nonpregnant women. *J. Minim. Invasive. Gynecol.* 2013. Vol. 20. No. 3. P. 386—91.
- [10] Masuda H., Uchida H., Maruyama T. Successful treatment of atypical cesarean scar defect using endoscopic surgery. *BMC Pregnancy and Childbirth.* 2015. Vol. 15. P. 342—346.
- [11] Shchukina N.A., Blagina E.I., Barinova I.V. The reasons and preventive methods of insolvent uterine scar after cesarean section. *Almanax clin. medicine.* 2015. No. 37. P. 85—92.
- [12] Zhang Y. A comparative study of transvaginal repair and laparoscopic repair in the management of patients with previous cesarean scar defect [Electronic resource]. *J. Minim. Invasive Gynecol.* 2016.

AN INTERESTING CASE OF METROPLASTY IN UTERO-PERITONEAL FISTULA BY VAGINAL ACCESS

S.R.D. Konnon¹, O.N. Shalaev², I.I. Shmanaeva²,
N.V. Simakova², N.V. Stepanova²

¹Peoples' Friendship University of Russia
Miklukho-Maklay str., 6, Moscow, Russia, 117198

²Municipal budget health office Municipal clinical hospital № 64
Vavilov str., 61, Moscow, Russia, 117292

The aim of this article is to describe an interesting case of metroplasty exclusively transvaginally in utero-peritoneal fistula after laparotomic myomectomy in nulliparous patient with scar dehiscence. A 32 year old patient with primary infertility was admitted with a defect, suspected by ultrasound (US) examination of pelvic organs and confirmed by hysterosalpingography (HSG) 17 months after laparotomic myomectomy.

Key words: uterine fibroids, laparotomic myomectomy, uterine-peritoneal fistula, metroplasty