

Гистопатический разрыв матки и разрывы шейки матки, влагалища, мочевого пузыря у повторнородящей женщины при стремительных родах

О.С. Манагарова¹ ✉, С.В. Шрамко¹, М.В. Алексеева², Н.В. Лесина², О.В. Палина²

Кафедра акушерства и гинекологии

¹ Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей – филиал ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» МЗ РФ

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

² ГАУЗ «Новокузнецкая городская клиническая больница № 1 им. Г.П. Курбатова»

654031, Российская Федерация, Кемеровская область – Кузбасс, Новокузнецк, Ижевский проезд, д. 16

✉ Контактная информация: Манагарова Ольга Сергеевна, ординатор кафедры акушерства и гинекологии НГИУВ — филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО МЗ РФ. Email: olgamo98@yandex.ru

АКТУАЛЬНОСТЬ

Разрыв матки является редким, при этом одним из тяжелейших и всегда опасных для жизни женщины и ребенка осложнением в акушерстве. Ведущей причиной разрыва матки признана измененная рубцом после кесарева сечения или лапароскопической миомэктомии стенка матки. В свою очередь гистопатический разрыв матки в родах, сопряженный с разрывом соседних органов у женщины с нормальными родами в анамнезе, представляется казуистичным и заслуживает обсуждения.

ЦЕЛЬ

Представить клиническое наблюдение разрыва неоперированной матки у повторнородящей женщины при стремительных родах.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Повторнородящая женщина 35 лет с гистопатическим разрывом матки, шейки матки, влагалища, мочевого пузыря после конизации шейки матки в анамнезе во время стремительных родов.

РЕЗУЛЬТАТ

В статье описано клиническое наблюдение гистопатического разрыва матки во время родов.

ВЫВОДЫ

Благоприятный исход с выполнением органосохраняющего объема оперативного вмешательства при гистопатическом разрыве матки возможен лишь при своевременной диагностике осложнения и оперативном лечении, проведенном в короткие сроки. Отношение к матке после конизации шейки в анамнезе должно быть таким же настороженным в плане возможного ее разрыва, как и к измененной рубцом матке после оперативных вмешательств. Выполнение ручного обследования сразу после стремительных родов при разрыве шейки матки 3-й степени позволило бы своевременно диагностировать разрыв матки, не допустить кровопотери и выполнить органосохраняющий объем оперативного вмешательства.

Ключевые слова:

разрыв неоперированной матки, гистопатический разрыв матки, стремительные роды, разрыв шейки матки, разрыв мочевого пузыря

Ссылка для цитирования

Манагарова О.С., Шрамко С.В., Алексеева М.В., Лесина Н.В., Палина О.В. Гистопатический разрыв матки и разрывы шейки матки, влагалища, мочевого пузыря у повторнородящей женщины при стремительных родах. *Журнал им. Н.В. Склифосовского Неотложная медицинская помощь*. 2024;13(4):721–726. <https://doi.org/10.23934/2223-9022-2024-13-4-721-726>

Конфликт интересов

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

Благодарность, финансирование

Исследование не имеет спонсорской поддержки

АД — артериальное давление

ВОЗ — Всемирная организация здравоохранения

ДЭК — диатермоэлектроконизация

РМ — разрыв матки

СР — стремительные роды

УЗИ — ультразвуковое исследование

ВВЕДЕНИЕ

Разрыв матки (РМ) является редким, при этом одним из тяжелейших и всегда опасных для жизни женщины и ребенка осложнением в акушерской практике, нередко сопровождается массивной кровопотерей, приводящей к гистерэктомии. РМ причисляется

к тяжелым материнским осложнениям по критериям *near miss* («почти потерянные» или «едва не умершие») и занимает третью позицию в структуре акушерских осложнений, связанных с кровотечениями [1–3].

По данным ВОЗ, РМ наблюдается от 5 до 7 случаев на 10 тысяч родов, при этом его частота значительно разнится: от единичных случаев в Австралии, Канаде, Ирландии, США до 50–263 на 10 тысяч родов в Нигерии, Эфиопии и Йемене [4]. В России частота РМ составляет в среднем 1,6 на 10 тысяч родов [1, 5]. Ведущей причиной РМ признана измененная рубцом после кесарева сечения или лапароскопической миомэктомии стенка матки [6, 7]. В свою очередь случаи разрывов неоперированной матки редки, и их регистрируют от 0,3 до 0,7 случая на 10 тысяч родов, что составляет не более 13% от всех РМ [8].

Автором первой классификации РМ в нашей стране является Л.С. Персианинов (1964), где патогенетически выделены два варианта: самопроизвольные и насильственные. В свою очередь самопроизвольные РМ разделяют на механические, гистопатические и механико-гистопатические [9]. Причинами разрыва неоперированной матки могут явиться морфологические изменения миометрия вследствие воспалительных процессов, дистрофических изменений, инвазии элементов трофобласта и ряда других факторов [8–10].

РМ могут происходить как во время беременности, так и во время родов. Несомненно, РМ чаще происходят у женщин, имеющих в анамнезе роды, и их количество прямо пропорционально риску возникновения этого осложнения. При этом в литературе встречаются случаи РМ у первобеременных, не имеющих рубцов на матке женщин и даже у женщин в отсутствие беременности [6, 7].

К факторам риска разрыва неоперированной матки относят кюретажи, конизации шейки матки, большое число родов, многоплодие, индукция родовой деятельности, использование простагландинов и другие причины [6, 8]. Разрывы ранее неоперированной матки всегда неожиданные, часто сопряжены с риском асфиксии, гибели плода и материнской смертности [6, 8]. РМ без рубца, сопряженный с разрывом соседних органов у женщины с нормальными родами в анамнезе, представляется казуистичным и заслуживает обсуждения.

Цель исследования: представить клиническое наблюдение самопроизвольного гистопатического разрыва неоперированной матки во время родов.

Задачи: Ретроспективный анализ клинического наблюдения гистопатического РМ с определением недооцененных факторов риска возникшего осложнения.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Пациентка 35 лет с гистопатическим РМ, шейки матки, влагалища и мочевого пузыря при стремительных родах (СР).

РЕЗУЛЬТАТЫ

Представляем клиническое наблюдение самопроизвольного гистопатического РМ у женщины 35 лет, поступившей во 2-е акушерское отделение перинатального центра Новокузнецка 24.07.20 в 18 часов 00 минут с жалобами на схватки в течение 1,5 часа (с 16 часов 30 минут) и подтекание околоплодных вод за 30 минут до госпитализации.

Из анамнеза: Брак второй, настоящая беременность желанная, 3-я: в 2008 году срочные роды (3100 г), в 2013 году медицинский, инструментальный аборт на сроке 9 недель, без осложнений.

Беременность протекала на фоне анемии (гемоглобин 98–104 г/л), угрозы прерывания беременности, отслойки хориона в 7 недель. На сроке 35 недель по данным ультразвукового исследования (УЗИ) констатированы фетоплацентарная недостаточность, синдром задержки развития плода 1-й степени. В женской консультации наблюдалась регулярно. Из гинекологических заболеваний отмечает: хронический аднексит, эндометрит, в 2011 году выполняли диатермоэлектронизацию (ДЭК) шейки матки по поводу «эрозии шейки матки». Соматический анамнез отягощен варикозной болезнью нижних конечностей, вирусным гепатитом С (2018).

При поступлении состояние женщины удовлетворительное, кожные покровы телесного цвета, артериальное давление (АД) 120/80 мм рт.ст., пульс 80 уд. в мин. Матка соответствует 39 неделям беременности, овоидной формы, схватки с потугами по 40–50 секунд через 2 минуты, по силе — схватки сильные, вне схватки матка в нормотонусе, безболезненная при пальпации. Раскрытие маточного зева полное, предлежащая часть — головка, находится на тазовом дне. Сердцебиение плода глухое до 100 уд. в мин, воды с примесью мекония.

Через 5 минут от момента поступления в 18 часов 05 минут родился живой, доношенный мальчик в 1-й позиции, переднего вида, затылочного предлежания, весом 3450 г, длиной 52 см, без пороков развития, без обвития пуповиной, в асфиксии, по шкале Апгар 5/7 баллов. Через 90 секунд после рождения пережата пуповина, околоплодные воды меконийные. Через 10 минут самостоятельно отделилась плацента и выделился послед, матка сократилась. При осмотре послед цел, оболочки дряблые, зеленого цвета, плацента с умеренным количеством петрификатов, пуповина длиной 60 см. Еще через 5 минут осмотрены родовые пути, обнаружен разрыв шейки матки на 3 часах III степени, разрыв боковой стенки влагалища справа и разрыв промежности I степени. Выполнено ушивание разрывов отдельными синтетическими швами. Общая кровопотеря составила 200 мл. АД — 110/70 мм рт.ст., пульс до 90 уд. в мин.

Через 25 минут после рождения ребенка появились выраженные боли по всему животу, усиливающиеся при дыхании и признаки раздражения брюшины во всех отделах живота, снижение АД до 90/70 мм рт.ст., тахикардия до 93 уд. в мин. При этом дно матки определялось на уровне пупа, матка плотная, выделения из половых путей кровянистые, умеренные.

Срочно (в 18 часов 35 минут) выполнено УЗИ органов малого таза и брюшной полости: матка увеличена до 18 условных недель беременности, с четкими, ровными контурами, полость матки расширена до 30 мм, в полости сгустки крови. За маткой и в брюшной полости свободная жидкость в большом количестве. С целью определения целостности стенок матки под внутривенным наркозом в 18 часов 45 минут выполнено ручное обследование стенок полости матки. Установлен полный РМ по левому ребру до 10 см длиной. При катетеризации мочевого пузыря получена темная кровь в количестве 50 мл. Общая кровопотеря 900 мл. Выставлены показания к лапаротомии.

Диагноз перед операцией: Ранний послеродовой период после СР. Осложнения: самопроизвольный полный РМ, разрыв шейки матки 3-й степени, разрыв правой боковой стенки влагалища, промежности 1-й

степени. Разрыв мочевого пузыря. Внутривнутрибрюшное кровотечение, декомпенсированный геморрагический шок. Фон: Хронический вирусный гепатит С, варикозная болезнь нижних конечностей, анемия I степени, rh-отрицательная принадлежность крови.

В 19 часов (через 1 час от момента поступления) выполнена нижняя срединная лапаротомия. В брюшной полости обнаружено до 1000 мл жидкой крови, полный РМ по левому ребру до места прикрепления левой круглой маточной связки, гематома широкой маточной связки и параметральной клетчатки слева, гематома мезосальпинкса и маточной трубы слева, линейный разрыв мочевого пузыря в области верхушки с продолжением на заднюю стенку длиной до 5 см.

Учитывая общую кровопотерю 1900 мл, клинику геморрагического шока, массивный травматизм матки и соседних органов, от органосохраняющего объема оперативного вмешательства решено воздержаться. Выполнена: тотальная гистерэктомия с левой маточной трубой, ушивание мочевого пузыря двурядным швом, дренирование брюшной полости через левую подвздошную область.

При патоморфологическом исследовании установлено диссоциированное созревание ворсин хориона, РМ по левому ребру (от маточного угла с переходом на истмический отдел и шейку матки). Микропрепарат: в базальном слое эндометрия и миометрия множественные очаговые лимфоидные инфильтраты (рис. 1). В зоне разрыва стенки матки во всех слоях отек, миолиз, диффузная, слабо выраженная лейкоцитарная инфильтрация. В просвете вен миометрия обнаружены смешанные и лейкоцитарные тромбы (рис. 2). В области цервикального канала, стенке влагалища обширные кровоизлияния с гемолизом эритроцитов (рис. 3). Левая маточная труба без особенностей.

Патологоанатомическое заключение: полный разрыв стенки матки, кровоизлияния в цервикальном канале, стенке влагалища. Тромбоз вен миометрия. Острый серозный миометрит, персистирующий эндометрит.

Ранний послеоперационный период протекал благоприятно в реанимационно-анестезиологическом отделении. На следующий день после операции пациентка переведена в гинекологическое отделение и затем выписана с выздоровлением на 10-е сутки.

ОБСУЖДЕНИЕ

Представленное клиническое наблюдение демонстрирует неблагоприятное течение данной беременности с самого начала, что, скорее, явилось следствием персистирующего воспалительного процесса в матке, подтвержденного данными патогистологического исследования. Нам представляется, что воспалительный процесс в матке, наряду с внутриматочными вмешательствами в анамнезе (медицинский аборт, ДЭК), а также неспецифической соединительнотканной дисплазией (варикозная болезнь) были причиной патологических изменений в стенке матки как субстрата для гистопатического РМ — с одной стороны, с другой — предикторными факторами риска развития СР [6, 9–11]. В свою очередь СР явились триггером разрыва шейки матки III степени с переходом на тело матки. Известно, что гистопатические разрывы чаще происходят на высоте последней потуги, что объясняет рождение детей в легкой асфиксии или вообще в удовлетворительном состоянии [8]. Согласно литера-

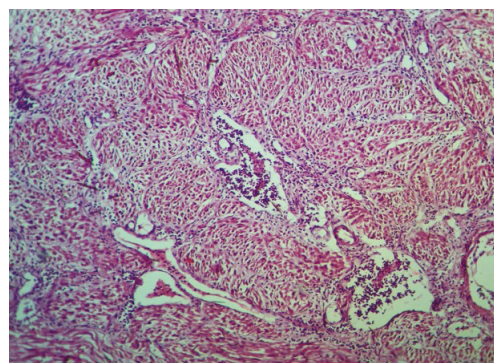
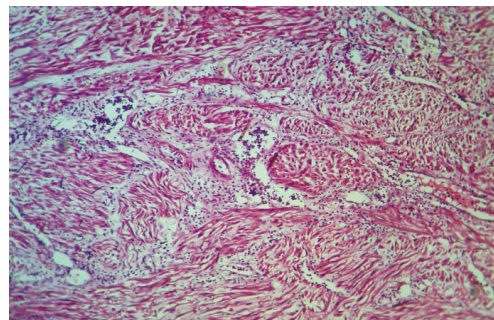


Рис. 1. Множественные очаговые лимфоидные инфильтраты в субэндометриальном слое миометрия (окраска гематоксилином и эозином, увеличение м/с $\times 100$)

Fig. 1. Multiple focal lymphoid infiltrates in the subendometrial layer of the myometrium (hematoxylin and eosin stain, 100x magnification)

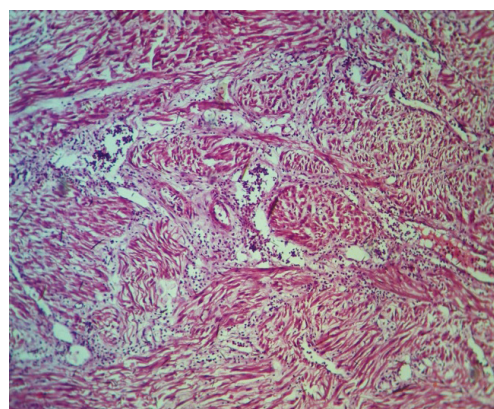
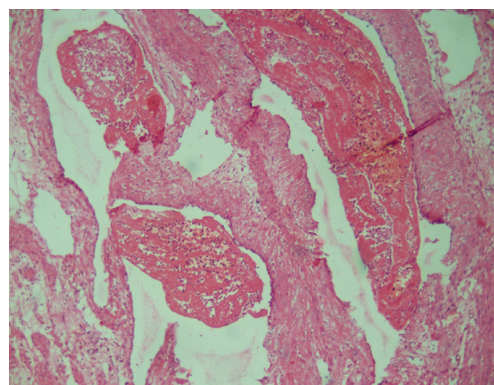


Рис. 2. Смешанные и лейкоцитарные тромбы в просвете вен миометрия (окраска гематоксилином и эозином, увеличение м/с $\times 100$)

Fig. 2. Mixed and leukocyte thrombi in the lumen of the myometrial veins (hematoxylin and eosin stain, 100x magnification)

турным данным, СР в каждом 3-м случае сопряжены с материнским травматизмом, что и подтверждает наше наблюдение [12]. При разрыве шейки матки III степени ручная ревизия стенок полости матки обязательна даже без учета СР и выполнения ДЭК в анамнезе [4]. Ручное обследование стенок полости матки сразу после родов вероятно позволило бы своевременно диагностировать РМ, не допустить кровопотери и выполнить органосохраняющий объем оперативного вмешательства. В условиях же геморрагического шока проведение адекватного лечения РМ путем его ушивания с сохранением качества жизни и репродуктивного потенциала женщины не представлялось возможным.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Представленное наблюдение демонстрирует необходимость проявлять настороженность в плане разрыва матки после диатермоэлектрокоагуляции шейки в анамнезе, как и в случаях после оперативных вмешательств на матке (кесарево сечение, миомэктомия). Наличие рубца после диатермоэлектрокоагуляции на шейке матки необходимо рассматривать фактором риска ее разрыва с переходом на тело матки при стремительных родах. Выполнение ручного обследования стенок полости матки сразу после родов при разрыве шейки матки 3-й степени является обязательным мероприятием, что позволяет своевременно диагностировать разрыв матки и выполнить безотлагательное органосохраняющее оперативное лечение.

СПИСОК ИСТОЧНИКОВ

- Оленев А.С., Вученович Ю.Д., Новикова В.А., Радзинский В.Е. Разрыв матки и риски near miss. *Акушерство и гинекология: новости мнения, обучение*. 2019;7(3):55–63. <https://doi.org/10.24411/2303-9698-2019-13008>
- Черняева В.И., Гончарова Н.Н., Новикова О.Н., Марочко Т.Ю., Зотова О.А., Шакирова Е.А., и др. Полный разрыв матки по старому рубцу во время беременности. *Мать и Дитя в Кузбассе*. 2020;(2):72–76. <https://doi.org/10.24411/2686-7338-2020-10026>
- Митрофанова Н.А., Сакварелидзе Н.Ю., Цахилова С.Г., Моргоева А.А., Зыкова А.С., Олисаева И.В., и др. Тяжелые акушерские осложнения «near miss». Современные аспекты решения проблемы. *Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии*. 2019;18(6):100–105. <https://doi.org/10.20953/1726-1678-2019-6-100-105>
- Пекарев О.Г., Артымук Н.В., Баранов И.И., Башмакова Н. В., Беженарь В.Ф., Белокриницкая Т.Е. и др. Разрывы промежности при родоразрешении и другие акушерские травмы (акушерский травматизм). *Клинические рекомендации*. URL: https://roag-portal.ru/recommendations_obstetrics [Дата обращения 27 ноября 2024 г.]
- Савельева Г.М., Курцер М.А., Бреслав И.Ю., Коноплянников А.Г., Латышкевич О.А. Разрывы матки в современном акушерстве. *Акушерство и гинекология*. 2020;(9):48–55. <https://doi.org/10.18565/aig.2020.9.48-55>

REFERENCES

- Olenev AS, Vuchonovich YuD, Novikova VA, Radzinsky VE. Uterine rupture and risk of near miss. *Obstetrics and Gynecology: News, Opinions, Training*. 2019; 7(3):55–63. (In Russ.) <https://doi.org/10.24411/2303-9698-2019-13008>
- Chernyaeva VI, Goncharova NN, Novikova ON, Marochko TYu, Zotova OA, Shakirova EA, et al. Complete Rupture of the Uterus Along the Previous Scar During Pregnancy. *Mother and Baby in Kuzbass*. 2020;(2):72–76. (In Russ.) <https://doi.org/10.24411/2686-7338-2020-10026>
- Mitrofanova NA, Sakvarelidze NYu, Tsakhilova SG, Morgoeva AA, Zykova AS, Olisaeva IV, et al. Severe obstetric complications and «near miss» cases. Modern aspects of problem solving. *Gynecology, Obstetrics and Perinatology*. 2019;18(6):100–105. (In Russ.). <https://doi.org/10.20953/1726-1678-2019-6-100-105>
- Pekarev OG, Artyumuk NV, Baranov II, Bashmakova NV, Bezhenar VF, Belokrinitskaya TE, et al. Razryvy promezhnosti pri rodorazreshenii i drugie akusherskie travmy (akusherskiy travmatizm). *Klinicheskie rekomendatsii*. (In Russ.) Available at: https://roag-portal.ru/recommendations_obstetrics [Accessed Nov 27, 2024]

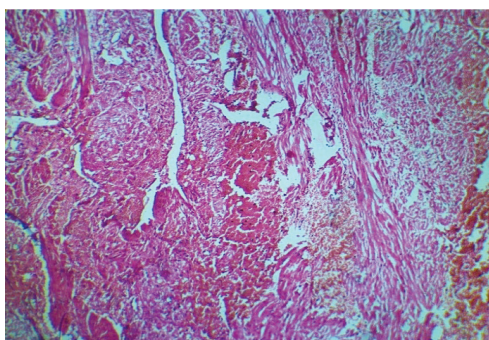
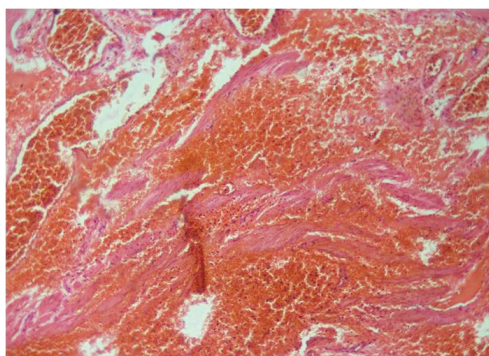


Рис. 3. Цервикальный канал, обширные кровоизлияния с гемолизом эритроцитов (окраска гематоксилином и эозином, увеличение м/с ×100)

Fig. 3. Cervical canal, extensive hemorrhages with hemolysis of erythrocytes (hematoxylin and eosin stain, 100x magnification)

- Цхай В.Б., Глызина Ю.Н., Дудина А.Ю. Спонтанный разрыв матки по задней стенке при доношенной беременности у ранее нерожавшей пациентки. *Акушерство и гинекология*. 2013;(5):103–106.
- Князев С.А., Оразмуратов А.А., Голикова Т.П., Сашенко А.И., Лукаев А.А., Бобиков Н.В. и др. Разрыв матки: прошлое, настоящее, будущее. *Вестник РУДН. Серия Медицина*. 2012;(6):176–186.
- Савельева Г.М., Бреслав И.Ю. Разрыв неоперированной матки во время родов (редакционная статья). *Российский вестник акушера-гинеколога*. 2016;16(2):4–10. <https://doi.org/10.17116/rosakush20161624-10>
- Персианинов Л.С. *Разрывы матки*. Москва: Медгиз; 1952. Гл. 2. с. 17–18; Гл. 3. с. 26.
- Репина М.А. *Разрыв матки*. Ленинград: Медицина; 1984. Гл. 1. с. 7–8.
- Железова М.Е. Факторы риска и прогностические критерии стремительных родов. *Российский вестник акушера-гинеколога*. 2017;17(3):59–65. <https://doi.org/10.17116/rosakush201717359-65>
- Железова М.Е., Яговкина Н.Е. Влияние быстрых и стремительных родов на перинатальные исходы для матери и плода. *Вестник современной клинической медицины*. 2016;9(2):133–137. [https://doi.org/10.20969/VSKM.2016.9\(2\).133-137](https://doi.org/10.20969/VSKM.2016.9(2).133-137)

- Savelyeva GM, Kurtser MA, Breslav IYu, Konoplyannikov AG, Latyshkevich OA. Uterine ruptures in modern obstetrics. *Obstetrics and Gynecology*. 2020;9:48–55. (In Russ.). <https://doi.org/10.18565/aig.2020.9.48-55>
- Tskhai BV, Glyzina YuN, Dudina AYU. Spontaneous hysterorrhexis along the posterior wall during full-term pregnancy in a nulliparous patient. *Obstetrics and Gynecology*. 2013;(5):103–106. (In Russ.)
- Knyazev SA, Orazmuradov AA, Golikova TP, Saschenko AI, Lukaev AA, Bolibok NV, et al. Rupture of a Uterus: Last, Real, Future. *RUDN Journal of Medicine*. 2012;(6):176–186. (In Russ.)
- Savel'eva GM, Breslav IYu. Rupture of the inoperable uterus during labor: Editorial. *Russian Bulletin of Obstetrician-Gynecologist*. 2016;16(2):4–10. (In Russ.) <https://doi.org/10.17116/rosakush20161624-10>
- Persianinov LS. *Razryvy matki*. Moscow: Medgiz Publ.; 1952. Ch. 2. pp. 17–18; Ch. 3. p. 26. (In Russ.)
- Repina MA. *Razryv matki*. Leningrad: Meditsina Publ.; 1984. Ch. 1. pp. 7–8. (In Russ.)

11. Zhelezova ME. Risk factors and prognostic criteria for rapid delivery. *Russian Bulletin of Obstetrician-Gynecologist*. 2017;17(3):59–65. (In Russ.) <https://doi.org/10.17116/rosakush201717359-65>
12. Zhelezova ME, Yagovkina NE. Influence of Rapid Accelerated Labor on Perinatal Outcomes for Mother and Child. *The Bulletin of Contemporary Clinical Medicine*. 2016;9(2):133–137. (In Russ.) [https://doi.org/10.20969/VSKM.2016.9\(2\).133-137](https://doi.org/10.20969/VSKM.2016.9(2).133-137)

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ

- Манагарова Ольга Сергеевна** ординатор кафедры акушерства и гинекологии НГИУВ — филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО МЗ РФ; <https://orcid.org/0009-0001-7682-604X>, olgamo98@yandex.ru; 40%: сбор и обработка материала, анализ литературных данных, написание текста рукописи
- Шрамко Светлана Владимировна** доктор медицинских наук, доцент, профессор кафедры акушерства и гинекологии НГИУВ — филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО МЗ РФ; <https://orcid.org/0000-0003-1299-165X>, shramko_08@mail.ru; 30%: автор идеи статьи, концепция и дизайн клинического примера, ответственность за целостность всех частей статьи, редактирование текста, утверждение окончательного варианта статьи
- Алексеева Марина Викторовна** заведующая акушерским стационаром № 2 перинатального центра, ГАУЗ НГКБ № 1 им. Г.П. Курбатова; <https://orcid.org/0000-0001-7553-0856>, marina12_68@icloud.com; 10%: редактирование рукописи, ответственность за целостность всех частей статьи
- Лесина Наталья Владимировна** заведующая акушерским отделением акушерского стационара № 2 перинатального центра, ГАУЗ НГКБ № 1 им. Г.П. Курбатова, <https://orcid.org/0009-0006-8252-5274>, lesina11_72@mail.ru; 10%: акушер, оперирующий хирург, редактирование текста
- Палина Ольга Викторовна** заведующая отделением патологии беременности акушерского стационара № 2 перинатального центра, ГАУЗ НГКБ № 1 им. Г.П. Курбатова; <https://orcid.org/0009-0008-5361-4571>, ladi.olga71@mail.ru; 10%: акушер, оперирующий хирург, редактирование текста

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

Histopathic Uterine Laceration, Cervix, Vaginal and Bladder Ruptures in a Multiparous Woman During Impetuous Labor

O.S. Managarova¹ ✉, S.V. Shramko¹, M.V. Alekseeva², N.V. Lesina², O.V. Palina²

Department of Obstetrics and Gynecology

¹ Novokuznetsk State Institute for Further Training of Physicians – Branch Campus of the Russian Medical Academy of Continuous Professional Education Stroiteley Ave. 5, Kemerovo Region – Kuzbass, Novokuznetsk, Russian Federation 654005

² G.P. Kurbatov Novokuznetsk City Clinical Hospital No. 1

Izhevskiy proezd 16, Kemerovo Region – Kuzbass, Novokuznetsk, Russian Federation 654031

✉ **Contacts:** Olga S. Managarova, Resident, Department of Obstetrics and Gynecology, Novokuznetsk State Institute of Advanced Medical Education – branch of the Russian Medical Academy of Continuous Professional Education of the Ministry of Health of the Russian Federation. Email: olgamo98@yandex.ru

BACKGROUND Uterine lacerations are rare but one of the hardest and most dangerous obstetric aftereffects for life of a woman and a baby. Uterine sidewall altered by a scar after caesarean section or laparoscopic myomectomy is recognized as the leading cause of uterine rupture. In turn, histopathic laceration of the uterus during labor, associated with rupture of adjacent organs in a woman with a history of normal childbirth, seems casuistic and deserves discussion.

THE AIM OF THE STUDY To present a clinical case of non-operated uterine laceration of a multiparous woman in impetuous labor.

MATERIAL AND METHODS A multiparous woman, 35 years old, with histopathic uterine laceration, ruptures of cervix, vagina, and bladder with conization of the cervix in anamnesis in impetuous labor.

RESULTS The article describes a clinical observation of histopathic uterine laceration in labor.

CONCLUSION A favorable outcome with an organ-preserving surgery in case of histopathic uterine laceration is possible only if the diagnosis of the complication is done timely, and high-quality surgical treatment is carried out within a short space of time. The uterus after the history of cervical conization must be treated as carefully – due to its possible rupture – as the uterus altered by a scar after surgical interventions. Manual examination immediately after impetuous labor with a third-degree cervical rupture would allow for timely diagnosis of uterine laceration, prevention of blood loss and the performance of organ-preserving surgical intervention.

Keywords: non-operated uterine laceration, histopathic uterine rupture, impetuous labor, cervical laceration, bladder rupture

For citation Managarova OS, Shramko SV, Alekseeva MV, Lesina NV, Palina OV. Histopathic Uterine Laceration, Cervix, Vaginal and Bladder Ruptures in a Multiparous Woman During Impetuous Labor. *Russian Sklifosovsky Journal of Emergency Medical Care*. 2024;13(4):721–726. <https://doi.org/10.23934/2223-9022-2024-13-4-721-726> (in Russ.)

Conflict of interest Authors declare lack of the conflicts of interests

Acknowledgments, sponsorship The study had no sponsorship

Affiliations

- Olga S. Managarova Resident, Department of Obstetrics and Gynecology, Novokuznetsk State Institute of Advanced Medical Education – branch of the Russian Medical Academy of Continuous Professional Education of the Ministry of Health of the Russian Federation; <https://orcid.org/0009-0001-7682-604X>, olgamo98@yandex.ru; 40%, collection and processing of material, analysis of literary data, writing the text of the manuscript

Svetlana V. Shramko	Doctor of Medical Sciences, Associate Professor, Professor, Department of Obstetrics and Gynecology, Novokuznetsk State Institute of Advanced Medical Education – branch of the Russian Medical Academy of Continuous Professional Education of the Ministry of Health of the Russian Federation; https://orcid.org/0000-0003-1299-165X , shramko_08@mail.ru ; 30%, article idea, concept and design of the clinical example, responsibility for the integrity of all parts of the article, text editing, approval of the final version of the article
Marina V. Alekseeva	Head, Obstetric Hospital No. 2, Perinatal Center, G.P. Kurbatov Novokuznetsk City Clinical Hospital No. 1; https://orcid.org/0000-0001-7553-0856 , marina12_68@icloud.com ; 10%, manuscript editing, responsibility for the integrity of all parts of the article
Natalia V. Lesina	Head, Obstetric Department, Obstetric Hospital No. 2, Perinatal Center, G.P. Kurbatov Novokuznetsk City Clinical Hospital No. 1; https://orcid.org/0009-0006-8252-5274 , lesina11_72@mail.ru ; 10%, obstetrician, operating surgeon, text editing
Olga V. Palina	Head, Department of Pregnancy Pathology, Obstetric Hospital No. 2, Perinatal Center, G.P. Kurbatov Novokuznetsk City Clinical Hospital No. 1; https://orcid.org/0009-0008-5361-4571 , ladi.olga71@mail.ru ; 10%, obstetrician, operating surgeon, text editing

Received on 15.12.2023

Review completed on 26.08.2024

Accepted on 17.09.2024

Поступила в редакцию 15.12.2023

Рецензирование завершено 26.08.2024

Принята к печати 17.09.2024