



Organ-saving operation in utero-placental apoplexy

Meerim Omurbekova

№1 Department of Obstetrics and Gynecology,
I.K.Akhunbaev Kyrgyz State Medical Academy, Bishkek,
Kyrgyz Republic



This work is licensed under a
Creative Commons Attribution 4.0
International License

Received: 2018-03-09

Accepted: 2018-04-10

UDC: 616.1

J Clin Med Kaz 2018; 2(48):56-58

Corresponding Author: Meerim Omurbekova,
No 1 Department of Obstetrics and Gynecology,
I.K.Akhunbaev Kyrgyz State Medical Academy,
Bishkek, Kyrgyz Republic.
Mob: +996552911920
E-mail: dr.meerim@mail.ru

Abstract

Objective: The article presents the clinical case of utero-placental apoplexy in a patient of 23 years old, who underwent innovative way of bilateral ligation of the uterine vessels according to the algorithm developed by us. Observing this algorithm, it is possible to perform an organ-preserving operation in the Couvelaire uterus.

Keywords: utero-placental apoplexy, ligation of the uterine vessels, organ-saving operation

ЖАТЫР-ҰРЫҚЖОЛДАСТЫЛАР АПОПЛЕКСИЯ КЕЗІНДЕГІ ОРГАНДЫ САҚТАЙТЫН ОПЕРАЦИЯ

М.М. Өмірбекова

№1 Акушерлік және гинекология кафедрасы, И.К. Ахунбаев атындағы Қырғыз мемлекеттік медицина академиясы, Бішкек, Қырғыз Республикасы

ТҰЖЫРЫМДАМА

Мақсаты: Мақалада 23 жастағы пациентте жатыр-ұрықжолдастылар апоплексиясының клиникалық жағдайы көрсетілді, бұл пациентке жатыр тамырларын билатеральді таңудың инновациялық тәсілімен жүргізілген. Осы алгоритмді ұстана отырып, Кувелер жатыры кезінде органды сақтайтын операцияны орындауға болады.

Негізгі сөздер: жатыр-ұрықжолдастылар апоплексия, жатыр тамырларын таңу, органды сақтайтын операция

ОРГАНСОХРАНЯЮЩАЯ ОПЕРАЦИЯ ПРИ МАТОЧНО-ПЛАЦЕНТАРНОЙ АПОПЛЕКСИИ

Омурбекова М.М.

Кафедра акушерства и гинекологии №1, Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева, Бишкек, Кыргызская Республика

РЕЗЮМЕ

Цель: В статье представлен клинический случай маточно-плацентарной апоплексии у пациентки 23 лет, которой произведен инновационный способ билатеральной перевязки маточных сосудов. Соблюдая данный алгоритм можно выполнять органосохраняющую операцию при матке Кувелера.

Ключевые слова: маточно-плацентарная апоплексия, перевязка маточных сосудов, органосохраняющая операция

Введение

Маточно-плацентарная апоплексия при преждевременной отслойке нормально расположенной плаценты (ПОНРП) – это осложнение беременности, которое обусловлено экстравазацией крови в мускулатуру матки и требует удаления матки для остановки кровотечения. Впервые маточно-плацентарная апоплексия была подробно описана французским акушер-гинекологом Александром Кувелером в 1911 году, он представил характерный вид матки, который вошел в историю как «матка Кувелера».

Морфологически такая матка выглядит как пропитанная кровью, синюшная, неспособная к сокращениям, с петехиальными кровоизлияниями на серозной оболочке [1].

Кроме того, во время операции кесарева сечения, после извлечения плода и последа в результате быстрого сокращения матки, большой объём крови с биологически активными веществами (тромбопластин плаценты и децидуальной оболочки) из маточных сосудов перемещается в сосудистое русло – плодово-плацентарная перфузия, вызывая активацию внешней системы коагуляции, что

приводит к ДВС и/или анафилактическому синдрому беременности [2].

Описание клинического случая

Пациентка Т.З., 23 лет, вес 63 кг, рост 154 см, поступила в Городской перинатальный центр г.Бишкек в 7:55 по линии скорой медицинской помощи, с обильным кровотечением с 3:00.

Акушерский анамнез: беременность третья, роды вторые. Первая беременность завершилась преждевременными родами в сроке 26-27 недель, женщина родоразрешена путём операции кесарево сечение по поводу преэклампсии тяжелой степени. Вторая беременность закончилась медицинским абортom.

При поступлении: Кожные покровы и видимые слизистые бледно-розовые, чистые. Артериальное давление 140/90, 130/90 мм.рт.ст., пульс 98 ударов в минуту.

Акушерский статус: матка в гипертонусе, при пальпации болезненна. Положение плода продольное, предлежит головка. Сердцебиение плода невозможно прослушать, кровотечение продолжается. Учетная кровопотеря составила 500 мл.

Выставлен диагноз: Беременность 30-31 неделя. Прогрессирующая преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты. Кровотечение. Рубец на матке.

С приемного блока женщина поднята в операционный блок для экстренного оперативного родоразрешения.

В операционном блоке в 8:10 взяты анализы.

В 8:17 произведена поперечная лапаротомия по старому кожному рубцу. По вскрытии в рану предлежит беременная матка, в брюшной полости асцитическая жидкость в количестве 700,0. Произведена гистеротомия в нижнем маточном сегменте. Околоплодные воды окрашены кровью. В 8:23 извлечен живой, недоношенный плод мужского пола массой тела – 1485 грамм; рост – 46см. Оценка по шкале Апгар – 4/5 баллов. Ребенок передан неонатологу. После извлечения плода, сразу без попытки отделения последа, произведена билатеральная перевязка маточных сосудов справа в 8:25, слева 8:26. Далее отделена плацента и выделен послед. На плаценте имеется участок краевой отслойки размером 6,0х5,0см с ретроплацентарной гематомой в объеме 400 мл. Матка ушита двумя рядами непрерывных швов, плотная. По задней стенке матки, в области ребер имеются участки имбибиций темно-фиолетового цвета (Рисунок 1).



Рисунок 1 - Клинический случай, пациентка Т.З. 23 лет, интраоперационная картина матки Кувелера.

Интраоперационная пауза 8:35 – 8:50. Время свертывания по Ли-Уайту 3 минуты 40 секунд, сгусток плотный, не распадается. Лабораторные данные (8:10): Нв – 98 г/л, эритроциты 3,4х10¹²/л, Нт – 29%, тромбоциты – 214х10⁹/л, лейкоциты – 8,8х10⁹/л. Фибриноген – 2,22 г/л, ПТИ – 80%. Белок в моче – 1,41 г/л.

Матка плотная, сократилась. Перитонизация пузырно-маточной складкой. Туалет. Вторая интраоперационная пауза 9:05 – 9:20. Время свертывания по Ли-Уайту 4 минуты, сгусток плотный, не распадается. Интраоперационно взяты анализы (9:15): Нв – 81 г/л, эритроциты 3,0х10¹²/л, Нт – 24%, тромбоциты – 183х10⁹/л. Фибриноген – 1,77 г/л, ПТИ – 78%.

При контрольном осмотре матки участки имбибиций порозовели, матка плотная. Передняя брюшная стенка ушита послыбно, в брюшную полость для контроля поставлен микроиригатор. На кожу наложены П-образные швы. Асептическая повязка.

Общая кровопотеря составила 1300 мл: 500 мл до операции, 400 мл интраоперационно и 400 мл ретроплацентарная гематома.

Объем инфузии – 3000 мл; из них кристаллоиды – 2000 мл; коллоиды – 1000 мл; транексамовая кислота 1000мг.

Диагноз после операции: роды 2 преждевременные в сроке 31 недель, оперативные. Прогрессирующая преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты. Кровотечение. Матка Кувелера. Преэклампсия тяжелой степени. Анемия 2 ст.

Послеоперационный период протекал гладко. Лабораторные данные на 1 сутки послеоперационного периода: Нв – 77 г/л, эритроциты – 2,9х10¹²/л, тромбоциты – 147,9х10⁹/л, Нт – 23%; фибриноген – 2,22 г/л, ПТИ – 85%. Протеинурия 0,40 г/л.

Получала антианемическую, магниезиальную, гипотензивную терапии.

На 2 сутки послеоперационного периода сделано УЗИ: матка 16,4х9,0х11,4 см. В полости незначительное количество сгустков крови. Эндометрий обычной эхогенности. Область шва и придатков без особенностей. Задний свод свободен. При цветовом доплеровском картировании кровотоков визуализируется.

Выписана на 7 сутки в удовлетворительном состоянии. Ребенок жив, находится в отделении детской реанимации.

Обсуждение

По данным последнего крупного исследования за 30 летний период с 1979 – 2010 гг. в семи странах (США, Канаде, Швеции, Норвегии, Дании, Финляндии и Испании), частота преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты среди развитых стран остается на достаточно высоком уровне. Самый высокий уровень наблюдался в США (в диапазоне от 7,4 в 1980 году до 11,9 на 1000 человек в 2007 году) и самый низкий в Финляндии (в пределах от 4,8 в 1994 году до 3,3 на 1000 в 2009 году). В отличие от США, все другие страны демонстрируют заметное снижение частоты преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты с 2000 года [3]. Распространенность ПОНРП в странах Среднего Востока колеблется от 7 до 10 на 1000 человек [4].

Как известно, ПОНРП составляет 20-25% от всех родовых кровотечений, что связано с повышенным риском развития ДВС-синдрома, геморрагического шока, почечной недостаточности, послеродового кровотечения и материнской смертности. Более 50% всех случаев

перинатальной смерти, приписываемых ПОНРП происходят при преждевременных родах [5].

До последнего времени единственным методом лечения матки Кувелера служила срочная тотальная гистерэктомия из-за риска возникновения профузных, опасных для жизни кровотечений, требующих оказания неотложной помощи. Как известно, гистерэктомия влечет за собой дополнительный хирургический риск, потерю репродуктивной функции женщины. Помимо этого имеются и социальные, юридические аспекты данной проблемы. Поэтому современная медицина стала переходить на тактику органосохранения. В экономически развитых странах для этого успешно применяют ангиографическую эмболизацию маточных артерий [6], современные эффективные гемостатические средства, интраоперационную реинфузию крови при помощи аппарата «cell-saver» [7,8]. В литературе имеются данные об успешном проведении органосохраняющей операции при матке Кувелера путем наложения компрессионного гемостатического шва по В-Lynch [9]. Иванян А.Н. и др. применили методику перевязки маточных артерий на трех уровнях: на уровне внутреннего зева, средней трети тела матки и в области угла матки на уровне отхождения маточной трубы, совместно с оментоутеропексией, им удалось сохранить матку у одной первобеременной [10].

В описанном нами клиническом случае диагноз установлен сразу, и на 22 минуте после поступления была начата операция. Для реализации сохранения репродуктивной функции и остановки коагулопатического кровотечения при ПОНРП, с целью минимизации плацентарно-плодовой перфузии нами был применен

разработанный алгоритм перевязки маточных сосудов, который проводится до отделения плаценты и выделения последа. Техника перевязки маточных сосудов: оттянуть матку, обнажая при помощи печеночных зеркал доступ к нижней части широкой связки. После билатерального клеммирования сосудистых пучков, найти пульсацию маточной артерии в области внутреннего зева. Без вскрытия листков широкой связки крупной иглой пропустить нить (хромированный кетгут №0) вокруг артерии, захватывая 2–3 см миометрия, ниже уровня разреза в нижнем сегменте матки. Туго затянуть лигатуру. Далее отделение плаценты и выделение последа из полости матки, ушивание разреза и контроль на сократимость матки (Рационализаторское предложение №19 от 28 декабря 2017г. «Оптимизация алгоритма перевязки маточных сосудов в лечении коагулопатического кровотечения при преждевременной отслойке нормально расположенной плаценты», авторы Омурбекова М.М., Кангельдиева А.А., Мусуралиев М.С.)

Благодаря своевременной диагностике и разработанному нами алгоритму оперативного вмешательства нам удалось сохранить матку.

Выводы

Описанием данного случая мы хотим обратить внимание практических врачей на возможность проведения органосохраняющей операции при матке Кувелера, соблюдая алгоритм билатеральной перевязки маточных сосудов.

Disclosures: There is no conflict of interest for all authors.
Patient informed consent: obtained

Список литературы

1. Couvelaire A. Traitment Chirurgical des Hemorrhages Utero-Placentaires avec Decollement du Placenta Normalement Insere. *Ann. DeGynec.* 8: 591, 1911.
2. Serov V.N., Markin S.A. Kriticheskie sostoyaniya v akusherstve (Critical conditions in obstetrics) [in Russian]. *Moskva.* 2003; 530.
3. Cande V. Ananth, Katherine M. Keyes, Ava Hamilton, et al. An International Contrast of Rates of Placental Abruption: An Age-Period-Cohort Analysis/*PLoS One.* 2015; 10(5): e0125246. doi: 10.1371/journal.pone.0125246
4. Bener A., Saleh N.M., Yousafzai M.T. Prevalence and associated risk factors of ante-partum hemorrhage age among Arab women in an economically fast growing society. *Niger J Clin Pract.* 2012; 15:185–9.
5. Downes K.L., Grantz K.L., Shenassa E.D. Maternal, Labor, Delivery, and Perinatal Outcomes Associated with Placental Abruption: A Systematic Review. *Am J Perinatol.* 2017; 34(10):935-957. doi: 10.1055/s-0037-1599149. Epub 2017 Mar 22
6. Latif E., Adam S., Rungruang B., Al-Hendy A., Diamond M.P., Rotem E., Cannell J., Browne P.C. Use of uterine artery embolization to prevent peripartum hemorrhage of placental abruption with fetal demise & severe DIC. *J Neonatal Perinatal Med.* 2016 Sep 16;9(3):325-31. doi: 10.3233/NPM-16915108
7. Manju Rathi, Sunil Kumar Rathi, Manju Purohit, Ashish Pathak. Couvelaire uterus. *BMJ Case Rep.* 2014; Published online 2014 Mar 31. doi: 10.1136/bcr-2014-204211
8. Okafor I.I. and Ugwu E.O. Cesarean Delivery for a Life-threatening Preterm Placental Abruption. *Ann Med Health Sci Res.* 2015; 5(6): 466–468. doi: 10.4103/2141-9248.177986
9. Einysh E.A., Krot I.F., Vakulchik I.O., Kiryanova V.L. Organosohranyayushchaya taktika pri atke Kuvelera (Organ-saving tactics in case of Couvelaire uterus) [in Russian]. *Problemy zdorov'ya i ekologii.* 2013; №1 (37):136–140.
10. Yevseyeva M.P., Ivanyan A.N., Kirakosyan L.S., Omentouteropeksiya pri matke Kuvelera: klinicheskij sluchaj (Omentouteropexy in case of Couvelaire uterus: clinical case) [in Russian]. *Seriya Medicina. Farmaciya.* 2017; № 12 (261); 38: 166-173.

How to cite this article: Meerim Omurbekova Organ-saving operation in utero-placental apoplexy [in Russian]. *J Clin Med Kaz.* 2018; 2(48):56-58