

клинических симптомов хориоамнионита необходимо проводить целенаправленное обследование на листериоз. В случае подтверждения диагноза показано назначение беременной этиотропной терапии амоксициллином, что позволяет значительно снизить риск внутриутробного инфицирования и развития врожденного листериоза. Для лечения острых респираторных заболеваний у беременных и при отсутствии возможности обследовать женщину на листериоз антибактериальными препаратами выбора должны являться пенициллины.

Неспецифичность клинической симптоматики листериоза во время беременности, трудности в лабораторном подтверждении диагноза, увеличение частоты встречаемости листериоза среди населения, неблагоприятные исходы для плода и новорожденного диктуют необходимость уделять большее внимание проблеме листериоза среди женского населения и, в частности, у беременных.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Цинзерлинг, В. А. Перинатальные инфекции: вопросы патогенеза, морфологической диагностики и клинко-морфологических сопоставлений / В. А. Цинзерлинг, В. Ф. Мельникова. — Санкт-Петербург: ЭлбисПБ, 2002. — С. 297–298.
2. Шувалова, Е. П. Инфекционные болезни / Е. П. Шувалова. — М.: Медицина, 2005. — С. 489–490.
3. What is the incubation period for listeriosis? / V. Goulet [et al.] // BMC Infect Dis. — 2013. — № 13. — P. 11–13.
4. Jackson, K. A. Pregnancy-associated listeriosis / K. Jackson, M. Iwamoto, D. Swerdlow // Epidemiol Infect. — 2010. — Vol. 138, № 10. — P. 1503–1509.
5. Садова, Н. В. Врожденный листериоз / Н. В. Садова, А. Л. Заплатников // Русский медицинский журнал. — 2008. — № 18. — С. 162–165.
6. Сенчук, А. Я. Перинатальные инфекции / А. Я. Сенчук, З. М. Дубоссарская. — М.: МИА, 2005. — С. 130–132.
7. Listeriosis in pregnancy: case report and retrospective study / M. Bubonja-Sonje [et al.] // J Matern Fetal Neonatal Med. — 2013. — Vol. 26, № 3. — P. 321–323.
8. Poulsen, K. P. Pathogenesis of listeriosis during pregnancy / K. P. Poulsen, C. J. Czuprynski // Anim Health Res Rev. — 2013. — Jan. 25. — P. 1–10.
9. Listeria monocytogenes serotypes in human infections (Italy, 2000–2010) / M. Pontello [et al.] // Ann Ist Super Sanita. — 2012. — Vol. 48, № 2. — P. 146–150.
10. Listeria monocytogenes Cytoplasmic Entry Induces Fetal Wastage by Disrupting Maternal Foxp3+ Regulatory T Cell-Sustained Fetal Tolerance Rowe / J. H. Ertelt [et al.]. — PLoS Pathog. — 2012. — Vol. 8, Iss. 8.

Поступила 28.06.2013

УДК 618.56-007.281

ОРГАНОСОХРАНЯЮЩАЯ ТАКТИКА ПРИ МАТКЕ КУВЕЛЕРА

¹Е. А. Эйныш, ¹И. Ф. Крот, ²И. О. Вакульчик, ²В. Л. Кирьянова

¹Гомельский государственный медицинский университет

²Гомельская городская клиническая больница № 3

Матка Кувелера является достаточно редким осложнением преждевременной отслойки плаценты. В статье представлен краткий обзор литературы и описан случай органосохраняющей тактики при выявлении данного осложнения. Пациентка поступила в родильный стационар с преждевременной отслойкой плаценты и антенатально погибшим плодом на сроке 30 недель беременности. Выполнена операция кесарева сечения. Интраоперационно диагностирована матка Кувелера. Учитывая состояние больной, возраст (20 лет), отсутствие живых детей, было принято решение об органосохраняющей тактике лечения. На матку был наложен компрессионный гемостатический шов по В-Лynch. Пациентка была выписана из стационара на 8-е сутки послеоперационного периода без осложнений. Менструальная функция восстановилась через 3 месяца.

Ключевые слова: преждевременная отслойка плаценты, матка Кувелера, маточно-плацентарная апоплексия.

ORGAN-PRESERVING SURGERY IN COUVELAIRE UTERUS

¹E. A. Einysh, ¹I. F. Krot, ²I. O. Vakulchik, ²V. L. Kiriyanova

¹Gomel State Medical University

²Gomel Municipal Clinical Hospital No. 3

Couvelaire uterus is a rare complication of premature placental abruption. The article presents a brief literature review and describes a case of organ-preserving surgery in this complication. A pregnant patient in her thirty week was admitted to a maternity hospital with placental abruption and prenatally dead fetus. Cesarean section was performed and Couvelaire uterus was diagnosed during the operation. Taking into account the condition of the patient, her young age (20), absence of children, we performed organ-preserving surgery. The uterus was compressed with B-Lynch hemostatic suture. The patient was discharged from hospital on the eighth postoperative day without any complications. Menstrual function recovered after 3 months.

Key words: placental abruption, Couvelaire uterus, uteroplacental apoplexy.

Матка Кувелера (маточно-плацентарная апоплексия, ароплексия uteroplacentalis) — это обширное кровоизлияние в стенку матки при

преждевременной отслойке плаценты, иногда сочетающееся с кровоизлиянием в широкие связки матки, в брюшную полость [1].

Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты (ПОНРП), по литературным данным, встречается в 0,4–1,4 % беременностей и родов [2]. В Гомельской области за последние 10 лет (2002–2012 гг.), по данным статистического отдела Управления здравоохранения Гомельского облисполкома, частота кровотечений в связи с отслойкой и предлежанием плаценты стабильно держится на уровне 0,9–1 % (в 2002 г. — 147 случаев, в 2012 г. — 154), что составляет, соответственно, 29,4 и 37,5 % в структуре причин акушерских кровотечений. Матка Кувелера — редкое осложнение преждевременной отслойки плаценты (3,4–6,4 %), статистические данные по частоте этого заболевания скудны [3, 4]. Материнская смертность при данной патологии составляет 0,5–5 % [5]. Перинатальные последствия включают низкий вес при рождении, преждевременные роды, асфиксию, мертворождения и смерть в перинатальном периоде, причем частота тяжелой асфиксии и мертворождений статистически значимо выше при ПОНРП, осложненной маткой Кувелера [6]. Традиционно высокой при данной патологии является частота экстренных гистерэктомий [4, 7], сообщения об органосохраняющей тактике в отечественных литературных источниках встречаются редко [2].

Плацента крепится к базальной децидуальной оболочке за счет закрепляющих (якорных) ворсин. При разрыве сосуда в *decidua basalis* образуется гематома, которая отслаивает плаценту от мышечной оболочки матки. Если отслойка прогрессирует, то в зависимости от ее локализации может развиваться наружное (при отслойке края плаценты) или внутреннее (формирование ретроплацентарной гематомы) кровотечение. Накопившаяся между стенкой матки и плацентой кровь пропитывается в плаценту и в мышечную стенку матки, что приводит к ее перерастяжению. В мышечном слое матки образуются трещины, вся стенка, вплоть до серозной оболочки, пропитывается кровью, которая может проникать в околоматочную клетчатку, а при разрывах серозной оболочки — в брюшную полость [8]. Этот комплекс патологических изменений впервые был описан французским акушером А. Couvelaire в 1911 г. и назван им маточно-плацентарной апоплексией. Диагностируется данная патология при осмотре матки во время операции кесарева сечения или при патологоанатомическом исследовании матки. Матка Кувелера — «шоковая матка», имеет синюшный цвет вследствие обширных кровоизлияний в мышечный слой, с множественными петехиями по серозной поверхности. По данным большинства авторов, маточно-плацентарная

апоплексия нарушает сократительную способность миометрия, приводит к массивному кровотечению вследствие гипотонии матки, прогрессированию ДВС-синдрома и расценивается как показание к экстренной гистерэктомии [9].

Клиническая картина при развитии маточно-плацентарной апоплексии проявляется признаками преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты: болью в животе, гипертонусом матки, острой гипоксией плода. Вагинальное кровотечение наблюдается при краевой отслойке, которая отмечается в 25 % случаев. Отсутствие кровотечения из половых путей приводит к позднему поступлению беременных в стационар, запоздалой диагностике ПОНРП и развитию матки Кувелера [10].

Определение тактики ведения пациенток с ПОНРП, осложненной маткой Кувелера — одна из сложных проблем современного акушерства. Большинство российских авторов предложено оперативное лечение данной патологии в объеме кесарева сечения с последующей надвлагалищной ампутацией или экстирпацией матки в связи с высоким риском кровотечения в послеоперационном периоде. Аналогичная акушерская тактика предложена в клиническом протоколе наблюдения беременных, рожениц и родильниц в Республике Беларусь [11, 12, 13]. Однако данная тактика является предметом дискуссий на научных конференциях, форумах специалистов. Перед акушером часто стоит сложная задача, требующая принятия решения о выполнении гистерэктомии у молодой пациентки, не имеющей детей. Поэтому в ряде случаев при удовлетворительной сократительной способности матки и отсутствии ДВС-синдрома проводится органосохраняющее лечение, но количество таких наблюдений невелико. В российском национальном руководстве по акушерству описывается возможность сохранения матки Кувелера после перевязки внутренних подвздошных артерий при отсутствии ДВС-синдрома [14]. В США и некоторых странах Европы органосохраняющая тактика принята в качестве стандартной [15, 16, 17].

Приводим случай, являющийся клинически интересным с точки зрения успешной органосохраняющей тактики у пациентки с маткой Кувелера. Беременная Ш., 20 лет, рост 156 см, масса тела 55 кг, доставлена бригадой скорой медицинской помощи 07.02.2013 г. в 10.00 часов в ГКБ № 3. При поступлении предъявляла жалобы на боль средней интенсивности внизу живота, которая появилась в 3.00 часа 07.02.2013 г. После принятия анальгетиков боль несколько уменьшилась и женщина спала до 7.00. С 9.00 в связи с отсутствием шевелений плода вызвала скорую медицинскую помощь и была доставлена в стационар. Из анам-

неза течения беременности известно, что данная беременность первая, на диспансерном наблюдении пациентка находится с 9 недель. Женщина состояла в группе резерва родов, беременность не планировалась, прегравидарную подготовку не получала. Из соматических заболеваний отмечала перенесенные до наступления беременности ОРВИ, детские инфекции. Из гинекологических заболеваний диагностирована псевдоэрозия шейки матки. Обследована согласно клиническим протоколам, осмотрена смежными специалистами. При обследовании выявлена соматическая патология — мочекаменная болезнь. Обследована на ИППП и TORCH-инфекции: выделена культура уреоплазмы в количестве $> 10^4$ КОЕ, ДНК *Сl. Trachomatis*. Проведено лечение выявленной патологии. Ультразвуковое обследование проводилось в центре пренатальной диагностики в скрининговые сроки: 12,6 недель — без патологии; 20,3 недели — низкая плацентация: край плаценты на 2,9 см выше внутреннего зева; 22–23 недели — без патологии; в 27–28 недель — низкая плацентация: нижний край плаценты на 5,2 см выше внутреннего зева. Осложнения беременности — гестационный пиелонефрит (стационарное лечение на сроке 23 недели беременности, выписана с ремиссией), вагинальный кандидоз (санирована). На сроке 25 недель в биохимическом анализе крови отмечалось повышение АлАТ и АсАТ, на сроке 27 недель выявлена анемия беременной (снижение уровня гемоглобина до 90 г/л, тромбоцитов — до $13^4 \times 10^9$ /л). Наблюдалась у терапевта, проводилась терапия препаратами железа. Женскую консультацию посетила 7 раз. Общая прибавка веса за беременность — 6,9 кг. Наблюдалась в группе высокого риска перинатальной патологии — 23 балла. Проводилась профилактика фетоплацентарной недостаточности, гестоза, получала витаминотерапию, препараты йода, кальция. Последнее посещение женской консультации 05.02.2013 г. Диагноз: «Беременность 30–31 неделя. ОГА (псевдоэрозия шейки матки). Низкая плацентация. Анемия легкой степени. МКБ. Пиелозктазия справа». Жалоб не предъявляла.

При первичном осмотре 07.02.2013 г. в observationalном отделении: состояние средней степени тяжести, кожные покровы бледные. Артериальное давление 90/60 мм рт. ст. на обеих руках, пульс 109 уд./мин. Тоны сердца приглушенные, ритмичные. Дыхание в легких везикулярное. Язык чистый, влажный. Живот мягкий, увеличен за счет беременной матки. Мочеиспускание свободное, безболезненное. Стул физиологичен. При наружном акушерском исследовании выявлено, что матка увеличена до 30 недель беременности, находится в гипертону-

се, болезненна при пальпации. Положение плода продольное, предлежит головка, находится над входом в малый таз. Сердцебиение плода не прослушивается. В условиях развернутой операционной проведены осмотр в зеркалах и вагинальное исследование, выделения из влагалища в виде молочных белей, кровянистых выделений нет. Шейка матки с участком эктопии цилиндрического эпителия. При вагинальном исследовании выявлено, что шейка матки центрирована, укорочена до 2 см, цервикальный канал открыт на всем протяжении на 2 см.

Произведено ультразвуковое исследование: в полости матки определяется 1 плод в головном предлежании, по размерам соответствующий 30 неделям беременности. Сердцебиение плода отсутствует. Плацента расположена по передней стенке матки, 1-й степени зрелости, толщиной 38 мм. Имеется участок отслойки размером 85×40 мм (объем ретроплацентарной гематомы 500–600 мл). При лабораторном обследовании выявлена анемия легкой степени (гемоглобин 96 г/л), тромбоцитопения ($10^4 \times 10^9$ /л), коагулограмма без признаков ДВС-синдрома.

Установлен диагноз: «Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты, антенатальная гибель плода на сроке 30–31 недели беременности. Анемия легкой степени. ОГА (псевдоэрозия шейки матки). МКБ. Пиелозктазия справа». Учитывая отслойку плаценты у беременной, решено родоразрешить пациентку путем операции кесарева сечения в экстренном порядке. С целью профилактики эмболии околоплодными водами для снижения внутриматочного давления произведена амниотомия. Получены прозрачные околоплодные воды с примесью крови в количестве 500 мл. В 10.30 на фоне инфузии свежезамороженной плазмы произведена лапаротомия. В рану предлежит беременная матка, ее передняя стенка и дно — синюшного цвета, с петехиальными изменениями и множественными гематомами до 6–7 см в диаметре. Произведено кесарево сечение в нижнем сегменте матки. Извлечен мертвый плод мужского пола, весом 1700 граммов. Вместе с плодом извлечена плацента размером 19×16×0,5–1,5 см, массой 230 г. На материнской поверхности — уплощенная зона 11×13 см, с кровоизлиянием в центре. Из полости матки эвакуировано около 600 мл сгустков крови. Произведен кюретаж, в мышцу матки введен утеротоник (окситоцин 1 мл — 5 ЕД), матка сократилась. Учитывая удовлетворительную сократительную способность матки, стабильные гемодинамические показатели, отсутствие признаков ДВС-синдрома, возраст пациентки (20 лет), отсутствие живых детей, консилиумом выбрана органосохраняющая тактика. С целью профилактики гипотониче-

ского кровотечения на матку наложен компрессионный гемостатический шов по В-Lynch (рисунок 1). Разрез на матке ушит 2-рядным непрерывным швом с использованием длительно рассасывающегося синтетического шовного материала. Брюшная полость дренирована. Общая интраоперационная кровопотеря составила 1200 мл. В послеоперационном периоде наблюдалась постгеморрагическая анемия средней степени тяжести. Проводилась трансфузионная терапия свежезамороженной плазмой, эритроцитарной

массой. Со стороны операционной раны осложнений не было. На 5-е сутки произведено УЗИ матки: размер матки составляет 82×54×56 мм, ширина полости матки — 6 мм, линия швов на матке четко прослеживается на всем протяжении, на передней и задней стенке видны нити компрессионного шва (рисунок 2). На 8-е сутки послеродового послеоперационного периода родильница Ш. была выписана в удовлетворительном состоянии под наблюдение акушера-гинеколога по месту жительства.



Рисунок 1 — Интраоперационный вид матки с гемостатическим швом

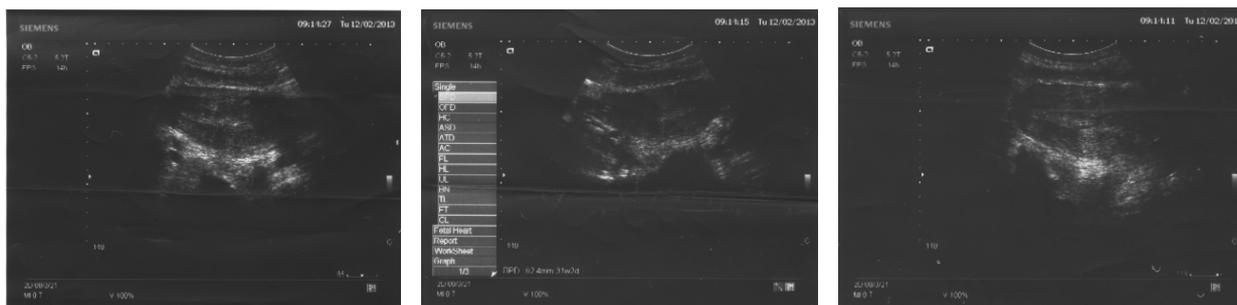


Рисунок 2 — УЗИ матки в послеоперационном периоде

Результат гистологического исследования плаценты: гипоплазия плаценты, облитерирующая ангиопатия, КТР умеренно выражены, базальный децидуит, хроническая плацентарная недостаточность. Вторичные изменения, обусловленные острым нарушением маточно-плацентарного кровотока: кровоизлияния и тромбоз межворсинчатого пространства, ретроплацентарная гематома. Очаговый паритетальный хориодецидуит. Отек вартонова студня пуповины.

Лактация была подавлена с помощью бромкриптина. Менструальная функция восстановилась через 3 месяца, без особенностей. При амбулаторном осмотре через 3 месяца жалоб не предъявляла. Рекомендован прием комбинированных оральных контрацептивов на протяжении 2 лет, после чего возможно начало прегравидарной подготовки и планирование следующей беременности.

Приведенный клинический случай подтверждает возможность сохранения матки при развитии маточно-плацентарной апоплексии. При этом действия операционной бригады должны

быть скоординированы и решительны, направлены на поддержание компрессии матки и недопущение развития ДВС-синдрома. Современные органосохраняющие технологии, индивидуальный подход к каждой пациентке, грамотная интенсивная терапия позволяют «поспорить» с канонами классического акушерства и сохранить матку при таких осложнениях гестационного периода, как матка Кувелера.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Малая медицинская энциклопедия. — М.: Медицинская энциклопедия, 1991.
2. Курцер, М. А. Послеродовые кровотечения. Вебинар / М. А. Курцер, Ж. Ди Ренцо [Электронный ресурс]. — Режим доступа: <http://yadi.sk/d/azSr9xEY2Pjnh>. — Дата доступа: 23.01.2013.
3. Аманжолова, З. Д. Проблема преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты / З. Д. Аманжолова, Н. Н. Кобзарь, М. О. Бижанова // Материалы X юбилейного Всероссийского научного форума «Мать и дитя», Москва, 29 сент. — 2 окт. 2009 г. — М., 2009. — С. 13.
4. Al-Sibai, M. H. Emergency hysterectomy in obstetrics—a review of 117 cases / M. H. Al-Sibai, J. Rahman, M. S. Rahman // Aust N Z J Obstet Gynaecol. — 1987. — Vol. 27(3). — P. 180–184.
5. Habek, D. Uteroplacental apoplexy (Couvelaire syndrome) / D. Habek, R. Selthofer, T. Kulas // Wien Klin Wochenschr. — 2008. — Vol. 120(3–4). — P. 88.

6. Pitaphrom, A. Pregnancy outcomes in placental abruption / A. Pitaphrom, N. Sukcharoen // J Med Assoc Thai. — 2006. — № 89(10). — P. 1572–1578.
7. Tikkanen, M. Placental abruption: epidemiology, risk factors and consequences / M. Tikkanen // Acta Obstet Gynecol Scand. — 2011. — № 90(2). — P. 140–149.
8. Глуховец, Б. И. Патология последа / Б. И. Глуховец, Н. Г. Глуховец. — СПб.: ГРААЛЪ, 2002. — С. 448.
9. Hall, D. R. Abruptio placentae and disseminated intravascular coagulopathy / D. R. Hall // Semin Perinatol. — 2009. — № 33(3). — P. 189–195.
10. Oyelese, Y. Placental abruption / Y. Oyelese, C. V. Ananth // Obstet Gynecol. — 2006. — № 108(4). — P. 1005–1016.
11. Акушерство: учеб. / Г. М. Савельева [и др.]; под общ. ред. Г. М. Савельевой. — М.: Медицина, 2000. — 816 с.
12. Сидорова, И. С. Руководство по акушерству / И. С. Сидорова, В. И. Кулаков, И. О. Макаров; под ред. И. С. Сидоровой. — М.: Медицина, 2006. — 848 с.
13. Клинические протоколы наблюдения беременных, рожениц, родильниц, диагностики и лечения в акушерстве и гинекологии / Приказ министерства здравоохранения Республики Беларусь № 1182 от 09.10.2012.
14. Национальное руководство «Акушерство» / под ред. Э. К. Айламазяна [и др.]. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. — С. 678–679.
15. Williams Obstetrics: 23rd ed. / F. Cunningham [et al.]. — Chapter 35. Obstetrical Hemorrhage.
16. Bohec, C. Hématome rétroplacentaire / C. Bohec, M. Collet // Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation. — 2010. — Vol. 29, I. 5. — P. 115–119.
17. Obstetrics: Normal and Problem Pregnancies, 6th edn. / S. G. Gabbe [et al.] // Elsevier: 2012. — 1312 p.

Поступила 28.06.2013

НОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ

УДК 617.7-007.681-089:615.273.5

НАШ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ШУНТА EX-PRESS В СОЧЕТАНИИ С ГЕМОСТАТИЧЕСКОЙ ГУБКой В ХИРУРГИИ РЕФРАКТЕРНОЙ ГЛАУКОМЫ

¹Н. М. Самохвалова, ¹Л. В. Дравица, ²Ф. И. Бирюков

¹Гомельский государственный медицинский университет
²Республиканский научно-практический центр
радиационной медицины и экологии человека, г. Гомель

В статье на клиническом примере предоставлен наш первый опыт применения шунта Ex-Press в комбинации с гемостатической губкой в хирургии рефрактерной (резистентной) глаукомы, которая требует особого подхода к выбору средств и способов лечения из-за низкой эффективности стандартных методов. Технология выполнения операции отличается минимальной инвазивностью, отсутствием необходимости склерэктомии или иридэктомии, обеспечивает надежную и стойкую нормализацию внутриглазного давления за счет совершенствования переднего пути оттока. В сочетании с использованием желатиновой гемостатической губки создаются хорошие условия для формирования состоятельной фильтрационной подушки, так как предупреждаются процессы формирования конъюнктивально-склеральных и склеро-склеральных сращений в области хирургического вмешательства. Использование губки уменьшает возможность развития геморрагических интраоперационных и послеоперационных осложнений, а также значительно сокращает период послеоперационной гипотонии глаза.

Ключевые слова: рефрактерная глаукома, шунт Ex-Press, гемостатическая губка.

OUR FIRST EXPERIENCE OF THE APPLICATION OF EX-PRESS SHUNT IN COMBINATION WITH HEMOSTATIC SPONGE IN OBSTINATE GLAUCOMA SURGERY

¹N. M. Samakhvalava, ¹L. V. Dravitsa, ²F. I. Biryukov

¹Gomel State Medical University
²Republican Research Center for Radiation Medicine and Human Ecology, Gomel

On the clinical case the article presents our first experience of the use of Ex-Press shunt in combination with hemostatic sponge in obstinate (resistant) glaucoma surgery, which requires a special approach to the choice of means and methods of treatment because of the low efficiency of conventional methods. The technology of the surgery distinguishes with its minimal invasiveness, absence of necessity in scleroticectomy or iridectomy, provides reliable and consistent normalization of intraocular pressure. Good conditions for the formation of a consistent filtering bleb are created in combination with the use of gelatinous hemostatic sponge, because the processes of formation of conjunctival and scleral adhesences in the area of surgical interference are prevented. The use of a sponge reduces the possibility of haemorrhagic intraoperative and postoperative complications, and significantly reduces the period of post-operative ocular hypotony.

Key words: obstinate glaucoma, Ex-Press shunt, hemostatic sponge.

Введение

Одной из наиболее актуальных и важных проблем в офтальмологии на сегодняшний

день, имеющих большое медико-социальное значение, является глаукома. Несмотря на появление современного диагностического обо-