

Статья поступила в редакцию 21.09.2022 г.

Цхай В.Б., Глызина Ю.Н., Куприянова Ю.Н.
Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого,
Красноярский краевой клинический центр охраны материнства и детства,
г. Красноярск, Россия

ПОСЛЕРОДОВЫЙ ВЫВОРОТ МАТКИ: ОТЧЕТ О ДВУХ КЛИНИЧЕСКИХ СЛУЧАЯХ

Послеродовый выворот матки – редкое, но потенциально опасное для жизни акушерское осложнение. Выворот матки часто сопровождается массивным послеродовым кровотечением, нейрогенным и/или гиповолемическим шоком, что может привести к материнской смертности. Эта ситуация требует проведения неотложной акушерской и анестезиологической помощи, а именно немедленного вправления выпавшей матки под адекватным обезболиванием, остановку кровотечения и ликвидацию шока.

В данной статье представлены клинические наблюдения послеродового выворота матки, приводится описание клинических симптомов, возникших осложнений, проведен анализ акушерской тактики и лечебно-диагностических мероприятий.

Ключевые слова: выворот матки; послеродовое кровотечение; геморрагический шок; ручное вправление матки

Tskhay V.B., Glizina Yu.N., Kupriianova Yu.N.

Prof. V.F. Voyno-Yasensky Krasnoyarsk State Medical University,
Krasnoyarsk Regional Clinical Center of Maternity and Childhood, Krasnoyarsk, Russia

PUERPERAL UTRRINE INVERSION: A TWO CASE REPORT

Puerperal uterine inversion is a rare but life-threatening obstetric complication. Uterine inversion is often accompanied by postnatal hemorrhage, hypovolemic and/or neurogenic shock, which can lead to mortality. This case requires urgent obstetric and anesthetic care: immediate manual reduction of the prolapsed uterus with adequate anesthesia, prevention of bleeding and shock liquidation.

This article presents clinical observations of the puerperal uterine inversion, a description of the clinical symptoms, arising complications and an analysis of obstetric tactics, treatment, diagnostic measures.

Key words: uterine inversion; postpartum hemorrhage; hemorrhagic shock; manual reduction of the uterus

Послеродовый выворот (инверсия) матки – редкое, но потенциально опасное для жизни акушерское осложнение. Выворот матки часто сопровождается массивным послеродовым кровотечением, нейрогенным и/или гиповолемическим шоком [1, 2].

По данным литературных источников, распространенность выворота матки широко варьирует от 1 случая на 27000 родов в Великобритании до 1 случая на 1739 родов в США [3], 1 случая на 2176 родов в Канаде [4] и 1 случая на 2000 родов в Индии [5]. С 1887 по 2006 гг. было зарегистрировано всего 150 случаев выворота матки, не связанных с родами. При этом, в подавляющем большинстве случаев эта патология наблюдалась у женщин старше 45 лет [3]. В то же время, установить истинное число случаев послеродового выворота матки не представляется возможным.

Это осложнение послеродового периода связано с высокой материнской заболеваемостью и смертно-

стью, в связи с развитием опасного для жизни родильницы атонического кровотечения, синдрома диссеминированного внутрисосудистого свертывания крови, тяжелого геморрагического и нейрогенного шока [3, 6, 7], острой ишемии и некроза тканей матки, полиорганной недостаточности [8].

В обзорной статье Wendel M et al. (2018) были представлены множественные факторы риска выворота матки, включая патологию прикрепления плаценты, короткую пуповину, врожденную слабость стенки матки, ослабление стенки матки в месте имплантации плаценты, локализацию плаценты в дне матки, опухоли матки, атонию матки, быстрое опорожнение матки, макросомию плода, ручное выделение плаценты, интенсивное давление на дно матки, чрезмерные усилия при тракции пуповины и использование утеротонических средств при не отделившейся плаценте [1]. В то же время, в большом количестве наблюдаемых случаев послеродового выворота матки факторов риска выявлено не было.

Информация для цитирования:



10.24412/2686-7338-2022-4-81-85



ILYEOO

Цхай В.Б., Глызина Ю.Н., Куприянова Ю.Н. Послеродовый выворот матки: отчет о двух клинических случаях // Мать и Дитя в Кузбассе. 2022. №4(91). С. 81-85.



В современной акушерской практике активное ведение третьего периода родов является одним из основных факторов риска выворота матки [9-11]. Несмотря на то, что активное ведение третьего периода родов может снизить частоту послеродовых кровотечений, неадекватное выполнение его принципов чрезвычайно опасно [4].

В зарубежной литературе нам встретилось большое количество публикаций, в большинстве случаев представленных описанием клинических примеров послеродового выворота матки [11-14]. В то же время, в отечественной литературе за последние годы публикаций, посвященных этому редкому, но очень опасному осложнению послеродового периода, мы не нашли.

Случай 1. Пациентка А., 26 лет, первобеременная, первородящая. Наблюдалась в женской консультации с 7-8 недель беременности. Соматически здорова. Акушерский и гинекологический анамнез не отягощены.

Беременная поступила в родильный дом в сроке 40 + 4 недели гестации для планового родоразрешения. По заключению ультразвукового исследования (УЗИ) при поступлении, размеры плода соответствовали сроку беременности 40-41 неделя, отмечалось умеренное маловодие. По данным вагинального исследования при поступлении, шейка матки оценена по шкале Бишопа как «незрелая». С учетом выше изложенного было решено провести преиндукцию родов миропристоном (двухкратно в дозе 200 мг — по обычной схеме). Запланировано родоразрешение через естественные родовые пути.

После проведения преиндукции миропристоном шейка матки была оценена как «дозревающая». После чего, учитывая наличие «дозревающей» шейки матки, дополнительно была проведена преиндукция родов путем интрацервикального введения простагландинов в виде геля (динопростон).

В тот же день пациентка переводится в родовое отделение по поводу преждевременного разрыва плодных оболочек (околоплодные воды светлые). У роженицы развилась регулярная родовая деятельность. Первый и второй периоды родов протекали без осложнений. Продолжительность первого периода родов составила 12 часов 10 минут, второго периода родов — 30 минут. Без каких-либо затруднений в переднем виде затылочного предлежания родился плод мужского пола массой 3620 грамм, с оценкой по шкале Апгар 8-9 баллов.

Третий период родов велся активно. При интенсивной тракции за пуповину акушеркой произошел полный выворот матки. Дежурным врачом акушером данное осложнение от момента его возникновения было диагностировано через 10 минут. Для оказания экстренной медицинской помощи родильнице в родовой зал был вызван врач анестезиолог.

Из записи врача анестезиолога: «Степень сознания — немного заторможена. Кожные покровы бледные, частота дыхания — 18-20 в минуту, артериальное давление (АД) — 105/55 мм рт. ст., часто-

та пульса — 103 удара в минуту, сатурация кислорода — 98 %. В области промежности находится вывернутая матка — кровотечение продолжается. В два периферических катетера, установленных ранее, проводится инфузия кристаллоидов, которая начата до прихода анестезиолога. На момент начала внутривенного наркоза кровопотеря составила 1200 мл».

Через 15 минут от момента выворота матки под внутривенным наркозом было проведено отделение плотно прикрепленной плаценты, ручное вправление матки методом Джонсона. После вправления матки проведено ручное обследование ее полости. При этом отмечено, что целостность стенок матки не нарушена, плацентарная площадка находилась в дне матки с переходом на заднюю стенку. С целью остановки кровотечения, а также с целью профилактики реинверсии матки, была проведена управляемая баллонная тампонада матки баллоном Жуковского. Общая кровопотеря составила 2000 мл.

Следует отметить, что на фоне продолжающегося кровотечения после начала анестезии (введения первой дозы кетамина) у пациентки возник кардиопульмональный шок. Из записи анестезиолога: «АД 60/30 мм рт. ст., пульс нитевидный, кожные покровы резко бледные, сатурацию монитор не определяет из-за спазма периферических сосудов, наступила остановка дыхания». В родовую был вызван второй врач анестезиолог-реаниматолог, начаты реанимационные мероприятия: введен адреналин 0,1 % — 0,5 мл, проведена интубация трахеи на фоне вентиляции мешком Амбу с высоким потоком кислорода. Проводилась интенсивная терапия: инфузионная терапия, введены утеротоники (окситоцин 5 ЕД, метилэргобревин 1,0 мл, мизопростол 800 мг ректально). После остановки кровотечения, при продолжающейся инфузионной терапии, была восстановлена стабильная гемодинамика без применения симпатомиметиков. Для дальнейшего наблюдения и лечения пациентка была переведена в отделение реанимации и интенсивной терапии. Сведения о данном случае были переведены в краевой акушерский реанимационный консультативный центр (АРКЦ).

Через 2 часа после репозиции матки внутриматочный баллон был удален. При пальпации отмечено, что матка плотная, кровотечения нет, выделения кровянистые, скудные. На фоне стабильных показателей гемодинамики, адекватного дыхания и полного сознания пациентка была экстубирована. Общий объем инфузии составил 5250 мл, в том числе за счет свежезамороженной плазмы в объеме 1000 мл, эритроцитарной массы — 1275 мл.

Окончательный диагноз: Срочные роды I в 41 неделю. Преждевременный разрыв плодных оболочек. Преиндукция родов миропристоном, препидил-гелем. Полный послеродовый выворот матки. Раннее послеродовое кровотечение. Массивная акушерская кровопотеря (2000 мл). Геморрагический шок II ст. Кардиопульмональный шок. Ручное отделение плаценты. Ручное вправление матки.

Управляемая баллонная тампонада матки. Гемотрансфузия.

Согласно порядка маршрутизации, для дальнейшего лечения бригадой АРКЦ пациентка была транспортирована в региональный Перинатальный центр. На 5-е сутки послеродового периода по поводу лохиометрии была произведена вакуум-аспирация содержимого полости матки. Гнойно-септических и тромбо-эмболических осложнений не было. Пациентка выписана домой на 9-е сутки в удовлетворительном состоянии.

Случай 2. Пациентка П., 33 года, повторнородящая (беременность 4-я, роды 2-е). Первые срочные роды осложнились вторичной слабостью родовой деятельности, проводилась родостимуляция; в послеродовом периоде проводилось ручное отделение плаценты, выделение последа в связи с плотным прикреплением плаценты. Гинекологические заболевания отрицает.

Беременность протекала на фоне раннего токсикоза в I триместре беременности. С 30 недель выявлены нарушения в системе гемостаза (гиперфибриногенемия, тромбинемия), по поводу чего получала фраксипарин, ангиовит, сулодексид.

В сроке 39 + 3 недель пациентка поступила в отделение патологии беременности в родовспомогательное учреждение второго уровня г. Красноярск с подозрением на умеренную преэклампсию. После проведения обследования диагноз «преэклампсии» был снят. Через три дня после поступления в роддом у пациентки началась спонтанная регулярная родовая деятельность. Первый и второй периоды родов протекали без осложнений. Роды велись под эпидуральной анестезией. Продолжительность первого периода родов составила 1 час 40 минут, второго периода родов — 20 минут. Родился плод мужского пола массой 3690 грамм, с оценкой по шкале Апгар 8-9 баллов. Третий период родов велся активно. Через 5 минут после рождения ребенка был извлечен послед. При осмотре — послед цел, оболочки все.

Почти сразу после извлечения последа родильница почувствовала тошноту, легкое головокружение. Отмечалось снижение АД до 70/40 мм рт. ст, учащение пульса до 108 ударов в минуту. Врачом акушером-гинекологом был проведен наружный массаж матки. Кровотечения отмечено не было. Матка при пальпации плотная. В связи с нарушением показателей гемодинамики, в родовую был вызван врач анестезиолог, которым гипотония расценена как побочное действие эпидуральной анестезии. С учетом этого, была начата инфузионная терапия кристаллоидами. Состояние пациентки улучшилось, цифры АД — 90/60 мм рт. ст.

Через 20 минут от момента рождения плода при наружном массаже выделилось незначительное количество сгустков, отмечено продолжающееся кровотечение. На фоне проводимой инфузии Окситоцином кровотечение продолжалось. Был вызван второй врач акушер-гинеколог. Принято

решение провести ручное обследование полости матки.

Согласно записи в истории родов: «При ручном обследовании полости матки обнаружен перешеечный миоматозный узел с субмукозным ростом, ярко красного цвета, на широком основании, вероятно, интерстициально-субмукозный, диаметром 10-12 см (данных за наличие миомы матки в медицинской документации не было, пациентка о наличии миомы матки не знала). Остатков плаценты, оболочек не обнаружено. Сгустки удалены. Кровотечение продолжается. Решено провести лапаротомию, удалить миоматозный узел, обеспечить хирургический гемостаз. При отсутствии эффекта — провести гистерэктомию». Кровопотеря на момент начала лапаротомии составила 1200 мл.

Под общим эндотрахеальным наркозом произведена лапаротомия по Пфанненштилю. Матка выведена в рану. При осмотре в области дна и на передней стенке матки вдавление (инвагинация) стенки матки в полость — неполный выворот матки. Принято решение вправить неполный выворот матки. Третий врач акушер-гинеколог провел ручное вправление неполного выворота матки через влагалище. Вправление выворота удалось без труда. Интраоперационно продолжалось введение утеротоников. Матка хорошо сократилась, розового цвета, кровотечение остановлено. Дополнительно хирургический гемостаз не проводился. Результаты интраоперационного анализа крови: эритроциты — $1,99 \times 10^9$ /л, гемоглобин — 65 г/л, гематокрит — 17,6 %. Общая кровопотеря составила 1900 мл. Общий объем трансфузии составил 3210 мл, в том числе 650 мл эритроцитарной массы и 560 мл свежзамороженной плазмы. Послеоперационный период протекал без особенностей. Пациентка была выписана домой на 7-е сутки в удовлетворительном состоянии.

Окончательный диагноз: Срочные роды II в 39-40 недель, быстрые. Дородовое излитие околоплодных вод. Неполный выворот матки. Кровотечение. Массивная акушерская кровопотеря (1500 мл). Геморрагический, травматический шок. ОАА. Ручное обследование полости матки. Лапаротомия по Пфанненштилю. Вправление неполного выворота матки.

ОБСУЖДЕНИЕ

Выворот матки является клиническим диагнозом и должен быть заподозрен, когда дно матки не пальпируется через переднюю брюшную стенку [8]. Традиционно считается, что шоковое состояние родильницы непропорционально величине кровопотери, которое, возможно, опосредовано парасимпатической стимуляцией, вызванной растяжением тканей. Внезапное начало интенсивного маточного кровотечения приводит к нестабильности гемодинамики у матери. Другим симптомом послеродового выворота матки являются сильные боли внизу живота с ощущением интенсивного давления, хотя боль-

шинство женщин могут быть не в состоянии жаловаться на боль из-за сильного шока [1, 3].

Следует отметить, что во втором представленном нами клиническом случае были допущены определенные ошибки лечебно-диагностического характера. Вероятно, акушерка, при активном ведении третьего периода родов, применила излишнюю силу при тракции за пуповину при еще неотделившейся плаценте. Артериальная гипотония у родильницы была расценена врачами не как травматический шок, а как следствие эпидуральной анестезии (эпидуральная анестезия нивелировала яркую картину шока). При проведении ручного обследования полости матки неполный выворот матки был расценен, как субмукозный миоматозный узел, что привело к необоснованной лапаротомии и увеличению объема кровопотери. Введение утеротоников при вывороте матки до момента ее вправления является неоправданным, способствует ущемлению выпавшей матки и способствует дополнительным техническим трудностям при ее вправлении.

Благоприятный исход и успех лечения зависят от быстрой диагностики и распознавания выворота матки, а также своевременного вмешательства.

Лечение должно включать интенсивную терапию при наличии гиповолемического шока у родильницы, а также репозицию вывернутого дна матки [1]. Роль многопрофильной команды, включающей акушерку, врача акушера-гинеколога, анестезиолога и специалистов по интенсивной терапии, оказывает значительное влияние на исход, особенно в случаях с развитием серьезных осложнений [15, 16].

Низкая частота выворота матки приводит к отсутствию у большинства врачей и акушеров практического опыта в решении этой экстренной и потенциально опасной акушерской ситуации [17]. Врачам акушерам-гинекологам важно знать и помнить об этом серьезном осложнении послеродового периода, и быть в курсе тактических мероприятий и лечебных стратегий, необходимых для устранения этого осложнения.

Информация о финансировании и конфликте интересов

Исследование не имело спонсорской поддержки.

Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

ЛИТЕРАТУРА / REFERENCES:

- Wendel MP, Shnaekel KL, Magann EF. Uterine Inversion: A Review of a Life-Threatening Obstetrical Emergency. *Obstet Gynecol Surv.* 2018; 73(7): 411-417.
- Coad SL, Dahlgren LS, Hutcheon JA. Risks and consequences of puerperal uterine inversion in the United States, 2004 through 2013. *Am J Obstet Gynecol.* 2017; 217(3): 377. e1-377.e6.
- Mužná L, Pilka R. Uterine inversion. *Ceska Gynekol.* 2017; 82(2): 139-144.
- Cumming DC, Taylor PJ. Puerperal uterine inversion: report of nine cases. *Can Med Assoc J.* 1978; 118(10): 1268-1270.
- Dwivedi S, Gupta N, Mishra A, Pande S, Lal P. Uterine inversion: a shocking aftermath of mismanaged third stage of labour. *Int J Reprod Contracept Obstet Gynecol.* 2013; 2(3): 292-295.
- Leal RF, Luz RM, de Almeida JP, Duarte V, Matos I. Total and acute uterine inversion after delivery: a case report. *J Med Case Rep.* 2014; 8: 347.
- Tsikouras P, Dafopoulos A, Vrachnis N, Iliodromiti Z, Bouchlariotou S, Pinidis P, et al. Uterine prolapse in pregnancy: risk factors, complications and management. *J Matern Fetal Neonatal Med.* 2014; 27(3): 297-302.
- Thakur M, Thakur A. Uterine Inversion. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): Stat Pearls Publishing; 2022.
- Poon SS, Chean CS, Barclay P, Soltan A. Acute complete uterine inversion after controlled cord traction of placenta following vaginal delivery: a case report. *Clin Case Rep.* 2016; 4(7): 699-702.
- Oladapo OT, Akinola OI, Fawole AO, Adeyemi AS, Adegbola O, Loto OM, et al. Active management of third stage of labor: evidence versus practice. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2009; 88(11): 1252-1260.
- Eddaoudi C, Grohs MA, Filali A. Uterine inversion: about a case. *Pan Afr Med J.* 2018; 29: 99.
- Achanna S, Mohamed Z, Krishnan M. Puerperal uterine inversion: a report of four cases. *J Obstet Gynaecol Res.* 2006; 32(3): 341-345.
- Osmanlioğlu Ş. Acute Puerperal Uterine Inversion: A Case Report. *Z Geburtshilfe Neonatol.* 2021; 225(2): 180-182.
- Garg P, Bansal R. Unusual and delayed presentation of chronic uterine inversion in a young woman as a result of negligence by an untrained birth attendant: a case report. *J Med Case Rep.* 2020; 14(1): 143.
- Kumari S, Singh V, Ray A, Swain A. Post-partum complete acute uterine inversion: A coordinated multi-disciplinary approach ameliorates an obstetric nightmare, a case report. *J Family Med Prim Care.* 2022; 11(2): 793-795.
- Sunjaya AP, Dewi AK. Total uterine inversion post partum: Case report and management. *J Family Reprod Health.* 2018; 12(4): 223-225.
- Tskhay VB. Uterine eversion is a problem of knowledge and practical skills of obstetricians and gynecologists. *Status Praesens.* 2022; 2(86): 77-81. Russian (Цхай В.Б. Выворот матки – проблема знаний и практических навыков акушеров-гинекологов // Status Praesens. 2022; 2(86): 77-81.)

КОРРЕСПОНДЕНЦИЮ АДРЕСОВАТЬ:

ЦХАИ Виталий Борисович

660022, г. Красноярск, ул. Партизана Железняка, д. 1, ФГБОУ ВО КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого Минздрава России

E-mail: tchai@yandex.ru

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ

ЦХАЙ Виталий Борисович, доктор мед. наук, профессор, зав. кафедрой перинатологии, акушерства и гинекологии, ФГБОУ ВО КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого Минздрава России, г. Красноярск, Россия.

E-mail: tchai@yandex.ru ORCID: 0000-0003-2228-3884

ГЛЫЗИНА Юлия Николаевна, канд. мед. наук, зав. родовым отделением, КГБУЗ КККЦОМД, г. Красноярск, Россия.

E-mail: glizinajulia@mail.ru

КУПРИЯНОВА Юлия Николаевна, ассистент, кафедра перинатологии, акушерства и гинекологии, ФГБОУ ВО КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого Минздрава России, г. Красноярск, Россия.

E-mail: skuratova-julia96@yandex.ru

INFORMATION ABOUT AUTHORS

TSKHAI Vitaliy Borisovich, doctor of medical sciences, professor, head of the department of perinatology, obstetrics and gynecology, Krasnoyarsk State Medical University prof. V.F. Voyno-Yasenetsky, Krasnoyarsk, Russia.

E-mail: tchai@yandex.ru ORCID: 0000-0003-2228-3884

GLYZINA Yulia Nikolaevna, candidate of medical sciences, head of the maternity department, Krasnoyarsk Regional Clinical Center of Maternity and Childhood, Krasnoyarsk, Russia.

E-mail: glizinajulia@mail.ru

KUPRIYANOVA Yuliya Nikolaevna, assistant, department of perinatology, obstetrics and gynecology, Krasnoyarsk State Medical University prof. V.F. Voyno-Yasenetsky, Krasnoyarsk, Russia.

E-mail: skuratova-julia96@yandex.ru