

© ЦХАЙ В. Б., КОСТАРЕВА О. В., КУПРИЯНОВА Ю. Н., МОИСЕЕВ Д. О.

УДК 618.531–06:618.2–071.1:618.14–007.44

DOI: 10.20333/25000136-2023-4-108-111

Успешные роды крупным плодом у пациентки с послеродовым выворотом матки в анамнезе

В. Б. Цхай^{1,2}, О. В. Костарева¹, Ю. Н. Куприянова¹, Д. О. Моисеев³

¹ Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого, Красноярск 660022, Российская Федерация;

² Федеральный Сибирский научно-клинический центр Федерального медико-биологического агентства России, Красноярск 660037, Российская Федерация

³ Красноярский краевой клинический центр охраны материнства и детства, Красноярск 660074, Российская Федерация

Резюме. Выворот матки – редкое осложнение вагинальных родов. Зарегистрированная частота послеродового выворота варьируется примерно от 1 на 550 до 1 на несколько тысяч нормальных родов. Сообщалось, что материнская смертность достигает 15 %, главным образом из-за связанной с этим опасной для жизни кровопотери и шока. Ранняя диагностика, оперативное и агрессивное лечение снижают заболеваемость и смертность до минимума. Некоторые акушеры не сталкиваются с этим заболеванием за всю свою практику, но оно может быть причиной материнской смертности. Поэтому необходимо, чтобы каждый акушер-гинеколог рассматривал эту возможность, зная факторы риска и варианты лечения в этой критической ситуации. Уникальность представленного случая заключается в том, что у женщины, имевшей в анамнезе полный послеродовой выворот матки, последующие роды крупным плодом завершились успешно и не возник рецидив этого осложнения.

Ключевые слова: выворот матки, естественные роды, послеродовое кровотечение, геморрагический шок, нейрогенный шок, ручное вправление матки, метод Джонсона.

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

Для цитирования: Цхай ВБ, Костарева ОВ, Куприянова ЮН, Моисеев ДО. Успешные роды крупным плодом у пациентки с послеродовым выворотом матки в анамнезе. *Сибирское медицинское обозрение*. 2023;(4):108-111. DOI: 10.20333/25000136-2023-4-108-111

Successful delivery with a large fetus in a patient with medical history of postpartum uterine inversion

V. B. Tskhay^{1,2}, O. V. Kostareva¹, Yu. N. Kupriianova¹, D. O. Moiseev³

¹ Prof. V. F. Voyno-Yasenetsky Krasnoyarsk State Medical University, Krasnoyarsk 660022, Russian Federation

² Federal Siberian research and clinical center of the Federal medical-biological agency of Russia, Krasnoyarsk 660037, Russian Federation

³ Krasnoyarsk regional clinical center of maternity and childhood, Krasnoyarsk 660074, Russian Federation

Abstract. Inversion of uterus is a rare complication of vaginal delivery. The reported occurrence of puerperal inversion varies from approximately 1 in 550 to 1 in several thousand normal deliveries. Maternal mortality has been reported to be as high as 15 %, mainly due to the associated life-threatening blood loss and shock. Some obstetricians do not encounter this condition in their entire practice, but it may cause maternal mortality. Therefore, it is necessary that every obstetrician considers this possibility, knowing the risk factors and the therapeutic options in this critical situation. The uniqueness of the presented case lies in the fact that in a woman who had a history of complete postpartum inversion of the uterus, subsequent births with a large fetus were completed successfully and there was no recurrence of this complication.

Key words: uterine inversion, vaginal delivery, postpartum hemorrhage, hemorrhagic shock, neurogenic shock, manual reduction of the uterus, Johnson's maneuver.

Conflict of interest. The authors declare the absence of obvious and potential conflicts of interest associated with the publication of this article.

Citation: Tskhay VB, Kostareva OV, Kupriianova YuN, Moiseev DO. Successful delivery with a large fetus in a patient with medical history of postpartum uterine inversion. *Siberian Medical Review*. 2023;(4):108-111. DOI: 10.20333/25000136-2023-4-108-111

Введение

Послеродовой выворот матки (ВМ) – редкое и тяжелое осложнение, возникающее в третьем периоде родов [1]. Частота встречаемости послеродового ВМ варьируется примерно от 1 на 550 до 1 на несколько тысяч нормальных родов [2]. Механизмы этого осложнения полностью не известны. Однако следует обратить внимание на внешние факторы, такие как прекращение введения окситоцина после длительных родов, чрезмерные тракции за пуповину или абдоминальное давление, неквалифицированное оказание медицинской помощи в раннем послеродовом

периоде [3, 4]. Сообщалось также о других внутренних факторах, таких как первые роды, гипотония матки, донная локализация плаценты, миома матки и короткая пуповина. Диагноз послеродового ВМ в основном подтверждается визуальным осмотром и клиническими симптомами. Он основан на трех элементах: кровотечении, шоке и сильной боли в области таза. Для благополучного исхода этого осложнения требуется немедленное мануальное устранение ВМ.

Клинический случай

Повторнородящая женщина, 36 лет, поступила в отделение патологии беременности Красноярского

краевого клинического Центра охраны материнства и детства (ККК ЦОМД) для планового родоразрешения в сроке 39 недель 6 дней. Жалоб на момент поступления не предъявляла. Соматически здорова, без отягощенной наследственности. Данная беременность пятая, предстоят третьи роды. Акушерский анамнез представлен следующими исходами: двое срочных родов через естественные родовые пути и два медицинских аборта путем инструментального выскабливания полости матки.

Особо следует отметить, что вторые роды (плодом массой 3340 грамм) осложнились полным ВМ в послеродовом периоде (рис. 1), причиной которого явилось плотное прикрепление плаценты и активное ведение третьего периода. Согласно представленным пациенткой данным из выписки родов установлено, что послеродовой выворот матки был своевременно диагностирован и репозиция матки была успешно произведена при помощи пособия Джонсона (рис. 2). Общая кровопотеря в родах составила 600 мл. В удовлетворительном состоянии женщина была выписана из стационара на четвертые сутки после родов.

Настоящая беременность наступила спонтанно, протекала физиологически (прибавка массы 6 кг), наблюдалась в женской консультации с 10 недель, в 39 недель была направлена на дородовую госпитализацию в учреждение третьего уровня ККК ЦОМД с учетом отягощенного акушерского анамнеза. В ходе

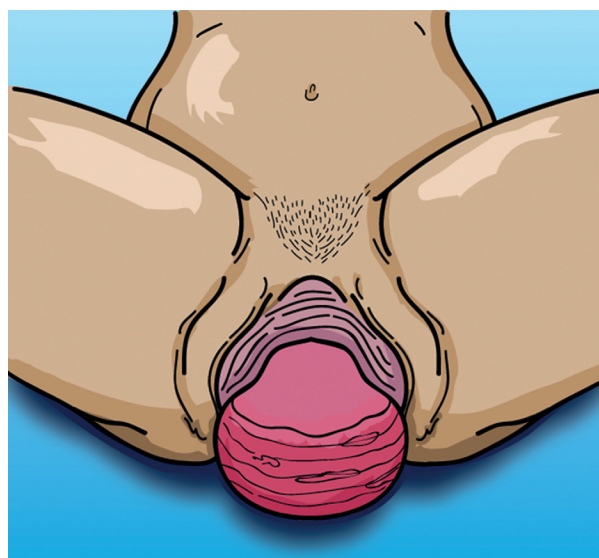


Рисунок 1. Полный послеродовой выворот матки (рисунок выполнен доктором Д.О. Моисеевым – соавтором данной статьи).

Figure 1. Complete postpartum inversion of the uterus (figure drawn by Dr. D.O. Moiseev, co-author of this article).

обследования отмечено наличие крупного плода (по данным ультразвуковой фетометрии – 4100±200 грамм) и зрелости шейки матки по шкале Бишоп 7 баллов. План ведения родов предусматривал их проведение через естественные родовые пути.



Рисунок 2. Мануальный прием Джонсона, применяемый для репозиции вывернутой матки (рисунок из статьи Цхай В.Б. Выворот матки – проблема знаний практических навыков акушеров-гинекологов. StatusPresens.2022: ..77-81 [5]).

Figure 2. Johnson's manual manoeuvre used to reposition the inverted uterus (figure from the article by Tskhai V.B. Uterine inversion is a problem of knowledge and practical skills of obstetricians-gynaecologists. Status Presens.2022: ..77-81 [5]).

Родовая деятельность началась спонтанно в 40 недель 4 дня. Первый период продолжительностью в течение 7 часов протекал физиологично. Плодный пузырь вскрылся самостоятельно при полном раскрытии маточного зева, околоплодные воды – светлые. Второй период продолжительностью 27 минут протекал также без осложнений. Родила живого доношенного мальчика в переднем виде затылочного предлежания, массой 4270 см, ростом 53 см, с оценкой по шкале Апгар на 1-й минуте – 9 баллов, 5-й минуте – 10 баллов.

Третий период родов велся активно-выжидательно, продолжался 10 минут, самостоятельно отделилась плацента и выделился послед. После рождения последа и оценки его целостности, проведена профилактика кровотечения путем внутривенного введения Карбетоцина в дозе 100 мкг. Послед размерами 22×20×3,5 см массой 730 грамм, при его осмотре целостность не вызывала сомнений. В раннем послеродовом периоде проведена визуальная оценка целостности мягких родовых путей, разрывов и травм не обнаружено. Общая кровопотеря в родах составила 300 мл, общая продолжительность родов – 7 часов 37 минут. Заключительный диагноз: Срочные роды III в 40 недель 4 дня. Крупный плод. Отягощенный акушерский анамнез (острый послеродовый выворот матки в предыдущих родах).

Проведенное ультразвуковое исследование матки на третьи сутки после родов патологии не выявило: размеры матки 116×82×110 мм (соответствует суткам послеродового периода), структура миометрия не изменена, полость матки шириной до 15 мм в средней и нижней трети, в режиме цветного доплеровского картирования – без локусов кровотока, цервикальный канал сомкнут. Родильница была выписана домой с ребенком под наблюдение врача женской консультации на 4-е сутки после родов.

Обсуждение

Острый послеродовой ВМ представляет собой непредсказуемое и опасное для жизни осложнение родов. Только быстрое и точное клиническое заключение, и своевременное вмешательство могут предотвратить развитие грозных осложнений в виде массивного кровотечения, геморрагического и болевого шока [6]. Лечение должно включать реанимационные мероприятия при возникшем гиповолемическом шоке у матери, а также репозицию перевернутого дна матки [7, 8]. Если при первой беременности потребовалось хирургическое вмешательство и производился разрез в теле матки, кесарево сечение считается разумным вариантом при последующей беременности, аналогичный тому, который предполагается в случаях предыдущего классического кесарева сечения [7].

Последующая беременность у женщин с ВМ в анамнезе большинство авторов относят к группе высокого риска по вероятности рецидива этого осложнения и его грозным последствиям. В связи с этим при последующей беременности должно проводиться ультразвуковое исследование с доплерографией с определением локализации плаценты и возможного истинного вставания плаценты, а также предусматривать плановое родоразрешение путем операции кесарева сечения [7, 8]. Исход будущих беременностей может быть осложнен вставанием плаценты и массивным кровотечением. Роль многопрофильной команды, включающей врача акушера, акушерки, анестезиолога и специалистов по интенсивной терапии, оказывает значительное влияние на исход, особенно в труднодиагностируемых и запущенных случаях [9, 10].

В доступной литературе нам встретилось лишь одно сообщение о благополучных вагинальных родах у женщин с ВМ в предыдущих родах. Авторы сообщили о репродуктивных результатах у 6 женщин после коррекции послеродового ВМ. Один случай острой инверсии был устранен путем ручного вправления, а остальные 5 случаев хронической инверсии были исправлены с помощью операции Хаултейна. Пациентка, которой удалось провести ручную репозицию матки, впоследствии родила двух здоровых живых детей с помощью операции кесарева сечения, которое каждый раз производилось из-за ВМ при первых родах. В последствии у двух из пяти пациенток, перенесших операцию по методике Хаултейна, произошли нормальные роды при доношенном сроке беременности. Авторы сделали вывод, что даже после оперативной коррекции ВМ можно ожидать неосложненных родов [11].

Заключение

Представленный нами случай подтверждает возможность благополучного исхода родов через естественные родовые пути у женщин с послеродовым ВМ в анамнезе. Особенностью данного случая явилось то, что в родах имелся дополнительный фактор риска, а именно, крупный плод. Тем не менее, следует отметить, что ведение родов у таких пациенток представляет высокий риск по повторному ВМ, массивному кровотечению, вставанию плаценты и геморрагическому шоку. Вопрос о методе родоразрешения должен решаться индивидуально в каждом случае, а родоразрешение таких пациенток должно осуществляться в родовспомогательных учреждениях 3-го уровня, где в случае возникновения выше названных осложнений существует возможность оказания неотложной высококвалифицированной медицинской помощи.

Литература / References

1. Evensen A, Anderson JM, Fontaine P. Postpartum Hemorrhage: Prevention and Treatment. *American Family Physician*. 2017;1;95(7):442-449.
2. 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. *Journal of Medical Case Reports*. 2020;14(1):143. DOI: 10.1186/s13256-020-02466-x
3. Osmanlıoğlu Ş. Acute Puerperal Uterine Inversion: A Case Report. *Zeitschrift für Geburtshilfe und Neonatologie*. 2021;225(2):180-182. DOI: 10.1055/a-1250-8885
4. Wendel MP, Shnaekel KL, Magann EF. Uterine Inversion: A Review of a Life-Threatening Obstetrical Emergency. *Obstetrical and Gynecological Survey*. 2018; 73(7):411-417. DOI: 10.1097/OGX.0000000000000580
5. Цхай ВВ. Выворот матки – проблема знаний и практических навыков акушеров-гинекологов. *Status Praesens*. 2022;86(5):77-81. [Tskhay VB. Uterine inversion is a problem of knowledge and practical skills of obstetricians and gynecologists. *Status Praesens*. 2022;86(5):77-81. (In Russian)]
6. Мочалова МН, Сидоркина АГ, Мудров ВА. Современные методы прогнозирования и диагностики послеродового кровотечения. *Сибирское медицинское обозрение*. 2022;(4):13-21. [Mochalova MN, Sidorkina AG, Mudrov VA. Modern methods for predicting and diagnosing postpartum hemorrhage. *Siberian Medical Review*. 2022;(4):13-21. (In Russian)]
7. Wendel MP, Shnaekel KL, Magann EF. Uterine Inversion: A Review of a Life-Threatening Obstetrical Emergency. *Obstetrical and Gynecological Survey*. 2018; 73(7):411-417. DOI: 10.1097/OGX.0000000000000580
8. Kurniawati EM. Successful use of condom catheters for management of uterine inversion: Case report and literature review. *International Journal of Surgery Case Reports*. 2022; 94:107076. DOI: 10.1016/j.ijscr.2022.107076
9. 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. *Journal of Family Medicine and Primary Care*. 2022; 11(2):793-795. DOI: 10.4103/jfmpc.jfmpc_1164_21

10. Matsubara S. An intrauterine balloon for puerperal uterine inversion is not only for hemostasis but also for prophylaxis against reinversion: A letter to the editor. *International Journal of Surgery Case Reports*. 2022;(97):107397. DOI: 10.1016/j.ijscr.2022.107397

11. Rebolledo G, Nilsen I, Falkegård M, Aarseth T. Akutt uterusinversjon. *Tidsskrift for den Norske Laegeforening*. 2022;30;142(12). DOI: 4045/tidsskr.22.0064

Сведения об авторах

Цхай Виталий Борисович, д. м. н., профессор, заведующий кафедры перинатологии, акушерства и гинекологии, Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого; адрес: Российская Федерация, 660022, г. Красноярск, ул. Партизана Железняка, д. 1; тел: +79232872134; e-mail: tchai@yandex.ru, <http://orcid.org/0000-0003-2228-3884>

Костарева Ольга Васильевна, к. м. н., доцент кафедры перинатологии, акушерства и гинекологии, Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого; адрес: Российская Федерация, 660022, г. Красноярск, ул. Партизана Железняка, д. 1; тел: +79135907290; e-mail: olgakostar@yandex.ru, <http://orcid.org/0000-0003-2396-2475>

Куприянова Юлия Николаевна, ассистент кафедры перинатологии, акушерства и гинекологии, Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого; адрес: Российская Федерация, 660022, г. Красноярск, ул. Партизана Железняка, д. 1; тел: +792323147001; e-mail: skuratova-julia96@yandex.ru, <http://orcid.org/0000-0002-4357-6793>

Моисеев Дмитрий Олегович, врач акушер-гинеколог гинекологического отделения, Красноярский краевой клинический центр охраны материнства и детства, адрес: Российская Федерация, 660074, г. Красноярск, ул. Академика Киренского, д. 2а; тел: +79632639460; e-mail: gynecologistmoiseev@yandex.ru, <http://orcid.org/0000-0001-9892-6845>

Author information

Vitaly V. Tskhay, Dr. Med. Sci., Professor, head of Department of Perinatology, obstetrics and gynecology, Prof. V.F. Voyno-Yasenetsky Krasnoyarsk State Medical University, Address: 1, Partizan Zheleznyak Str., Krasnoyarsk, Russian Federation 660022; Phone: +79232872134; e-mail: tchai@yandex.ru, <http://orcid.org/0000-0003-2228-3884>

Olga V. Kostareva, Cand. Med. Sci., Associate Professor of the Department of perinatology, obstetrics and gynecology, Prof. V.F. Voyno-Yasenetsky Krasnoyarsk State Medical University, Address: 1, Partizan Zheleznyak Str., Krasnoyarsk, Russian Federation 660022; Phone: +79135907290; e-mail: olgakostar@yandex.ru, <http://orcid.org/0000-0003-2396-2475>

Yulia N. Kupriyanova, assistant of Department of perinatology, obstetrics and gynecology, Prof. V.F. Voyno-Yasenetsky Krasnoyarsk State Medical University, Address: 1, Partizan Zheleznyak Str., Krasnoyarsk, Russian Federation 660022; Phone: +792323147001; e-mail: skuratova-julia96@yandex.ru, <http://orcid.org/0000-0002-4357-6793>

Dmitry O. Moiseev, doctor obstetrician-gynecologist of the gynecological department, Krasnoyarsk regional clinical center of maternity and childhood; Address: 2a Academician Kirensky, Str., Krasnoyarsk, Russian Federation 660074; Phone: +79632639460; e-mail: gynecologistmoiseev@yandex.ru, <http://orcid.org/0000-0001-9892-6845>

Дата поступления: 09.12.2022

Дата рецензирования: 02.05.2023

Принято к публикации: 26.06.2023

Received 09 December 2022

Revision Received 02 May 2023

Accepted 26 June 2023