

ВЫВОРОТ МАТКИ

ВЫВОРОТ МАТКИ - ОСЛОЖНЕНИЕ ПОСЛЕРОДОВОГО ПЕРИОДА, ТРАНСПОЗИЦИЯ МАТКИ, ПРИ КОТОРОЙ ДНО МАТКИ НАЧИНАЕТ ОБРАЗОВЫВАТЬ ВОРОНКУ, ВЫПУКЛАЯ КРИВИЗНА КОТОРОЙ ОБРЕЩЕНА В ПОЛОСТЬ МАТКИ, А ВОГНУТАЯ- ВБРЮШНУЮ ПОЛОСТЬ. ВОРОНКА ПОСТЕПЕННО УГЛУБЛЯЕТСЯ И ВЫВОРОЧЕННАЯ НАИЗНАНКУ МАТКА ВЫПАДАЕТ НАРУЖУ

ПРИ ВЫВОРОТЕ МАТКИ В ПОСЛЕДОВОМ ПЕРИОДЕ ОНА ВМЕСТЕ С НЕОТДЕЛИВШЕЙСЯ ПЛАЦЕНТОЙ ВЫСТУПАЕТ ИЗ НАРУЖНЫХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ.

В ОТДЕЛЬНЫХ СЛУЧАЯХ ПОД ВОЗДЕЙСТВИЕМ ПОВЫШЕННОГО ВНУТРИБРЮШИННОГО ДАВЛЕНИЯ ВЫВЕРНУТАЯ МАТКА МОЖЕТ БЫТЬ ПОЛНОСТЬЮ ВЫТОЛКНУТА ИЗ ТАЗА НАРУЖУ ВМЕСТЕ С ВЫВЕРНУТЫМ ВЛАГАЛИЩЕМ, ВОЗНИКАЕТ *PROLAPSUS TOTALIS UTERI INVERSE ET VAGINAE* (Г.Г. ГЕНТЕР).

РАЗЛИЧАЮТ ВЫВОРОТ МАТКИ

- НОРМАЛЬНЫЙ ТОНУС МАТКИ И РЕФЛЕКТОРНЫЕ ЕЕ СОКРАЩЕНИЯ ПРЕДОХРАНЯЮТ ОТ ВЫВОРОТА, НЕСМОТря НА ЗНАЧИТЕЛЬНУЮ СИЛУ, ПРИМЕНЯЕМУЮ ПРИ ВЫЖИМАНИИ ПОСЛЕДА ПО ЛАЗАРЕВИЧУ-КРЕДЕ ИЛИ ПРИ ПОТЯГИВАНИИ ЗА ПУПОВИНУ. ПРИ АТОНИЧЕСКОМ ЖЕ СОСТОЯНИИ МАТКИ ВЫВОРОТ ЕЕ МОЖЕТ НАСТУПИТЬ В РЕЗУЛЬТАТЕ ПОВЫШЕНИЯ ВНУТРИБРЮШИННОГО ДАВЛЕНИЯ ПРИ КАШЛЕ, ЧИХАНЬЕ, ПОТУГЕ, РЕЗКИХ ДВИЖЕНИЯХ РОЖЕНИЦЫ И Т.П. ТАКОЙ ВЫВОРОТ МАТКИ ЯВЛЯЕТСЯ САМОПРОИЗВОЛЬ-НЫМ И НАБЛЮДАЕТСЯ ВСКОРЕ ПОСЛЕ РОЖДЕНИЯ

ОСТРЫЙ ВЫВОРОТ МАТКИ,
ПРОИСХОДЯЩИЙ ОБЫЧНО ПРИ ЕЕ
АТОНИИ В РЕЗУЛЬТАТЕ ПОПЫТОК
ОТДЕЛЕНИЯ И ВЫДЕЛЕНИЯ
ПОСЛЕДА ПРИ НАДАВЛИВАНИИ
РУКОЙ НА ДНО МАТКИ,
ПОТЯГИВАНИИ ЗА ПУПОВИНУ И Т.
Д., НАЗЫВАЕТСЯ
НАСИЛЬСТВЕННЫМ И
НАБЛЮДАЕТСЯ В БОЛЬШИНСТВЕ

КЛИНИЧЕСКАЯ КЛАСИФИКАЦИЯ

- ***I СТЕПЕНЬ-*** ДНО ВЫШЕ УРОВНЯ ВНУТРЕННЕГО ЗЕВА
- ***II СТЕПЕНЬ*** – ДНО МАТКИ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ВО ВЛАГАЛИЕ
- ***III СТЕПЕНЬ-*** ДНО МАТКИ НАХОДИТСЯ НИЖЕ ПОЛОВОЙ ЩЕЛИ

ВЫВОРОТ МАТКИ БЫВАЕТ:

- **НЕПОЛНЫЙ, ИЛИ ЧАСТИЧНЫЙ** - ЕСЛИ ВЫВЕРНУТО ТОЛЬКО ТЕЛО МАТКИ ИЛИ ЕГО ЧАСТЬ;
- **ПОЛНЫЙ** - КОГДА ВСЯ МАТКА ПОЛНОСТЬЮ

КЛИНИКА:

- *ВНЕЗАПНОЕ ПОЯВЛЕНИЕ СИЛЬНЫХ БОЛЕЙ В ЖИВОТЕ;*
- *РАЗВИТИЕ ШОКОВОГО СОСТОЯНИЯ; РАЗВИТИЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ;*
- *ЧАСТЫЙ НИТЕВИДНЫЙ ПУЛЬС; БЛЕДНОСТЬ КОЖНЫХ ПОКРОВОВ;*
- *ХОЛОДНЫЙ ПОТ; РАСШИРЕНИЕ ЗРАЧКОВ; ПАДЕНИЕ АД;*
- *ПОМРАЧНЕНИЕ СОЗНАНИЯ.*

- ***БОЛЬ*** ЯВЛЯЕТСЯ ПЕРВЫМ СИМПТОМОМ И ОБЪЯСНЯЕТСЯ ТРАВМАТИЗАЦИЕЙ БРЮШИННОГО ПОКРОВА МАТКИ ПРИ ЕЕ ВЫВОРОТЕ И НАТЯЖЕНИЕМ СВЯЗОК ПРИ ИЗМЕНЕНИИ ТОПОГРАФИЧЕСКИХ СООТНОШЕНИЙ В МАЛОМ ТАЗУ.
- ***ШОКОВОЕ СОСТОЯНИЕ*** РАЗВИВАЕТСЯ ИНОГДА НЕ СРАЗУ И ВОЗНИКАЕТ В РЕЗУЛЬТАТЕ РЕЗКОГО РАЗДРАЖЕНИЯ БРЮШИНЫ, БЫСТРОГО ПАДЕНИЯ ВНУТРИБРЮШИННОГО ДАВЛЕНИЯ И БОЛЕВЫХ РАЗДРАЖЕНИЙ ПРИ НАТЯЖЕНИИ СВЯЗОК.
- ***КРОВОТЕЧЕНИЕ***, КОТОРОЕ МОЖЕТ НАЧАТЬСЯ ЕЩЕ ДО ВОЗНИКНОВЕНИЯ ВЫВОРОТА, ЗАВИСИТ ОТ АТОНИИ МАТКИ. В ДАЛЬНЕЙШЕМ

ДИАГНОСТИКА.

- ХАРАКТЕРНЫМИ ЯВЛЯЮТСЯ АНАМНЕЗ, ВНЕЗАПНЫЕ БОЛИ, КРОВОТЕЧЕНИЕ И ШОК В ПОСЛЕДОВОМ ИЛИ ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДЕ. ВЫВЕРНУТАЯ МАТКА, РАСПОЛОЖЕННАЯ ВНЕ ПОЛОВОЙ ЩЕЛИ ИЛИ ВО ВЛАГАЛИЩЕ, ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ В ВИДЕ МЯГКОЙ, ЯРКО-КРАСНОЙ ШАРООБРАЗНОЙ ОПУХОЛИ. ДИАГНОЗ ЕЩЕ БОЛЕЕ ОБЛЕГЧАЕТСЯ, ЕСЛИ НА СТЕНКАХ ВЫВЕРНУТОЙ МАТКИ НАХОДИТСЯ НЕОТДЕЛИВШАЯСЯ ПЛАЦЕНТА. ПРИ ТЩАТЕЛЬНОМ ОСМОТРЕ ЭТОЙ «ОПУХОЛИ» МОЖНО УВИДЕТЬ ОТВЕРСТИЯ МАТОЧНЫХ ТРУБ. ЧЕРЕЗ БРЮШНУЮ СТЕНКУ ТЕЛО ПОСЛЕ

Возникновению выворота матки способствует неотделившийся послед, особенно расположенный в области дна матки. Плацента, спускаясь вниз вследствие тяжести, увлекает за собой расслабленные стенки матки. Выворот матки встречается чаще у первородящих.

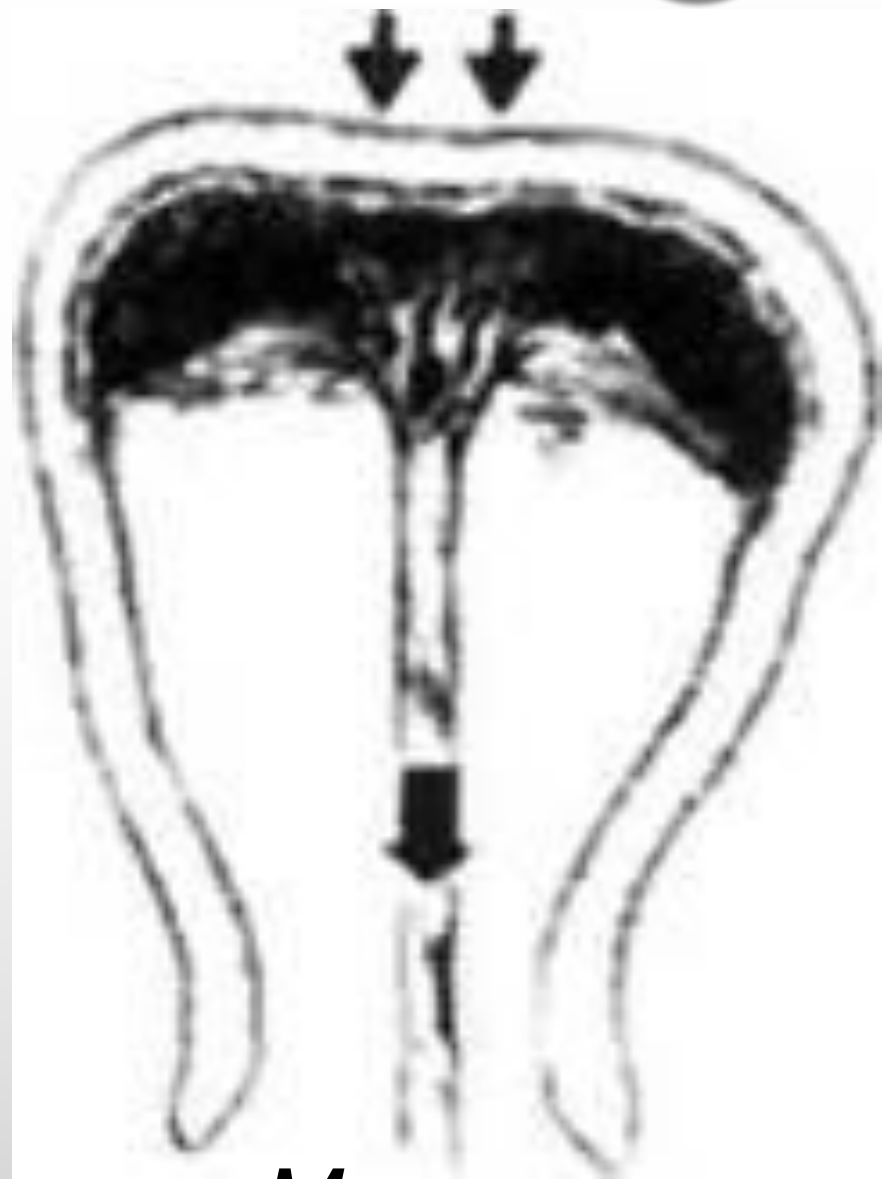


Рисунок 11.6. **Механизм выворота матки.**

ЛЕЧЕНИЕ

ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В НЕМЕДЛЕННОМ
ВПРАВЛЕНИИ ЕЕ ПОД ГЛУБОКИМ
НАРКОЗОМ И ПРИ ОДНОВРЕМЕННОМ
ПРОВЕДЕНИИ ПРОТИВОШОКОВЫХ
МЕРОПРИЯТИЙ.

ПРИ ТЯЖЕЛОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЕ И ЗАПОЗДАЛОМ
ИЛИ НЕПРАВИЛЬНОМ ПРОВЕДЕНИИ ТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ
МЕРОПРИЯТИЙ МОЖЕТ НАСТУПИТЬ СМЕРТЬ ОТ ШОКА
ИЛИ КРОВОТЕЧЕНИЯ. В ДАЛЬНЕЙШЕМ РОДИЛЬНИЦЕ
УГРОЖАЕТ ОПАСНОСТЬ ИНФЕКЦИИ.



ТЕХНИКА ВПРАВЛЕНИЯ ВЫВОРОТА МАТКИ:

- ОБЫЧНО ПРИМЕНЯЕТСЯ РУЧНОЕ ВПРАВЛЕНИЕ МАТКИ ПРИ ЕЕ ОСТРОМ ВЫВОРОТЕ. ВПРАВЛЕНИЕ НАЧИНАЮТ СО ДНА МАТКИ, НАДАВЛИВАЯ НА НЕГО ВСЕМИ ПЯТЬЮ ПАЛЬЦАМИ.
- ОДНОЙ РУКОЙ ЧЕРЕЗ БРЮШНЫЕ ПОКРОВЫ ПОДДЕРЖИВАЮТ КРАЙ ВОРОНКИ ВЫВОРОТА, ТО ЕСТЬ УЧАСТКИ, СООТВЕТСТВУЮЩИЕ КРАЯМ ШЕЙКИ, А ДРУГУЮ РУКУ ЦЕЛИКОМ ВВОДЯТ ВО ВЛАГАЛИЩЕ. ЗАХВАТИВ РУКОЙ МАТКУ, СТАРАЮТСЯ ПРОДВИНУТЬ ТЕЛО МАТКИ ЧЕРЕЗ УЗКУЮ ЧАСТЬ ВОРОНКИ. ПАЛЬЦЫ УПИРАЮТ В

СИЛОЙ ПРИПОДНИМАЮТ МАТКУ КВЕРХУ, ВЫВОДЯТ ИЗ МАЛОГО ТАЗА И УДЕРЖИВАЮТ РУКОЙ В БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ НАД УРОВНЕМ ПУПКА В ТЕЧЕНИЕ 3-5 МИНУТ. ПО ИСТЕЧЕНИИ ЭТОГО СРОКА ДНО МАТКИ КАК БЫ САМО УХОДИТ ИЗ ЛАДОНИ РУКИ И МАТКА ВПРАВЛЯЕТСЯ. ДЛЯ ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ ЭТОЙ ПРОЦЕДУРЫ ВО ВЛАГАЛИЩЕ ДОЛЖНЫ БЫТЬ ВВЕДЕНЫ КИСТЬ РУКИ И 2/3 ПРЕДПЛЕЧЬЯ. В ПРОТИВНОМ СЛУЧАЕ «ТЯГА И НАПРЯЖЕНИЕ КРУГЛЫХ, ШИРОКИХ И КРЕСТЦОВО-МАТОЧНЫХ СВЯЗОК НЕ ДОСТАТОЧНЫ ДЛЯ КОРРЕКЦИИ

14. Цели лечения: вправление матки в брюшную полость, восстановление гемодинамических нарушений

15. Тактика лечения:

Факторы риска выворота матки:

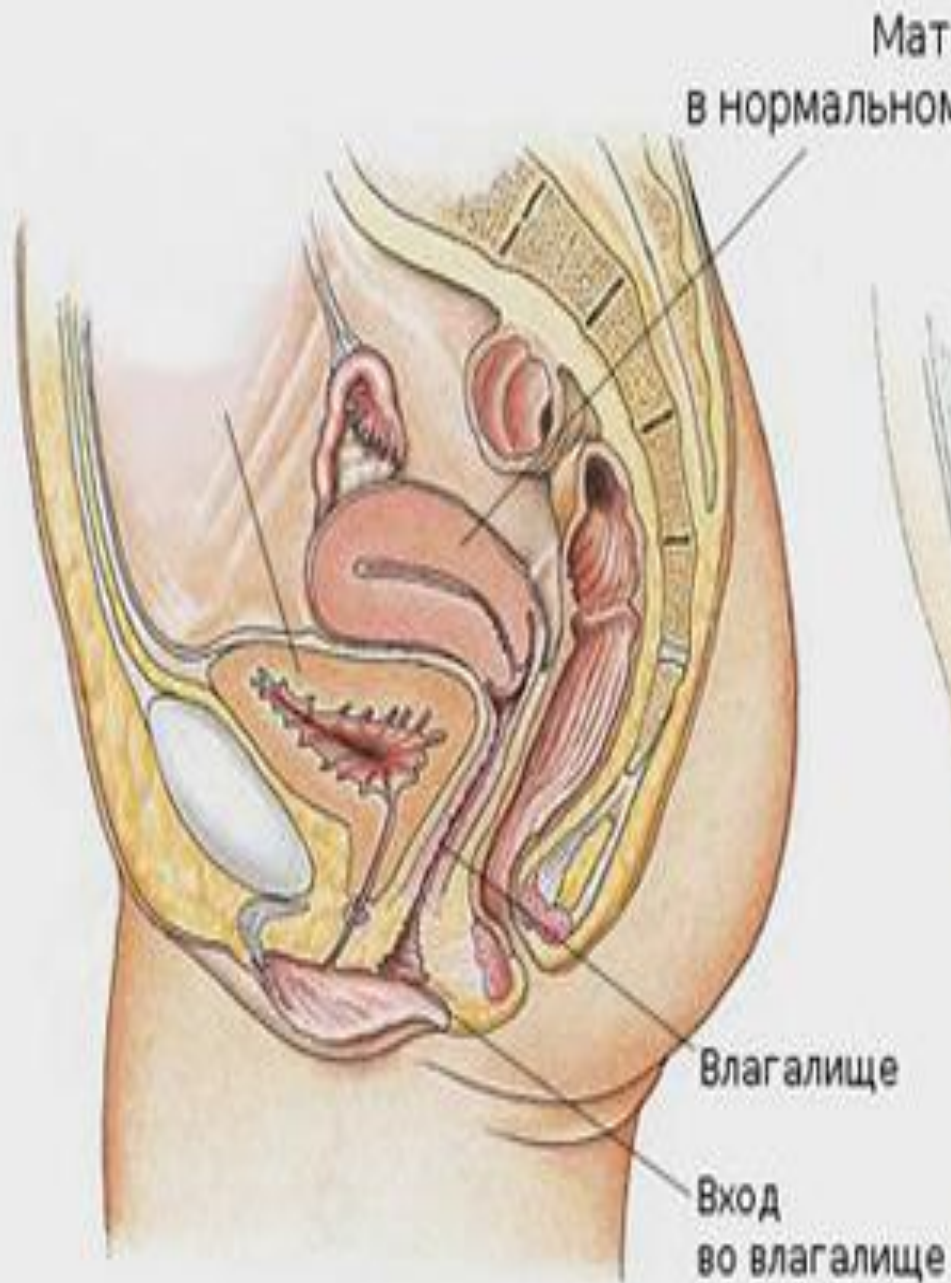
- 1) Чрезмерная тракция за пуповину
- 2) Ручное удаление плаценты
- 3) Несостоятельность связочного аппарата матки
- 4) Патологическая плацентация
- 5) Аномалии строения матки
- 6) Прикрепление плаценты в дне матки
- 7) Применение метода Крестеллера

Тактика ведения:

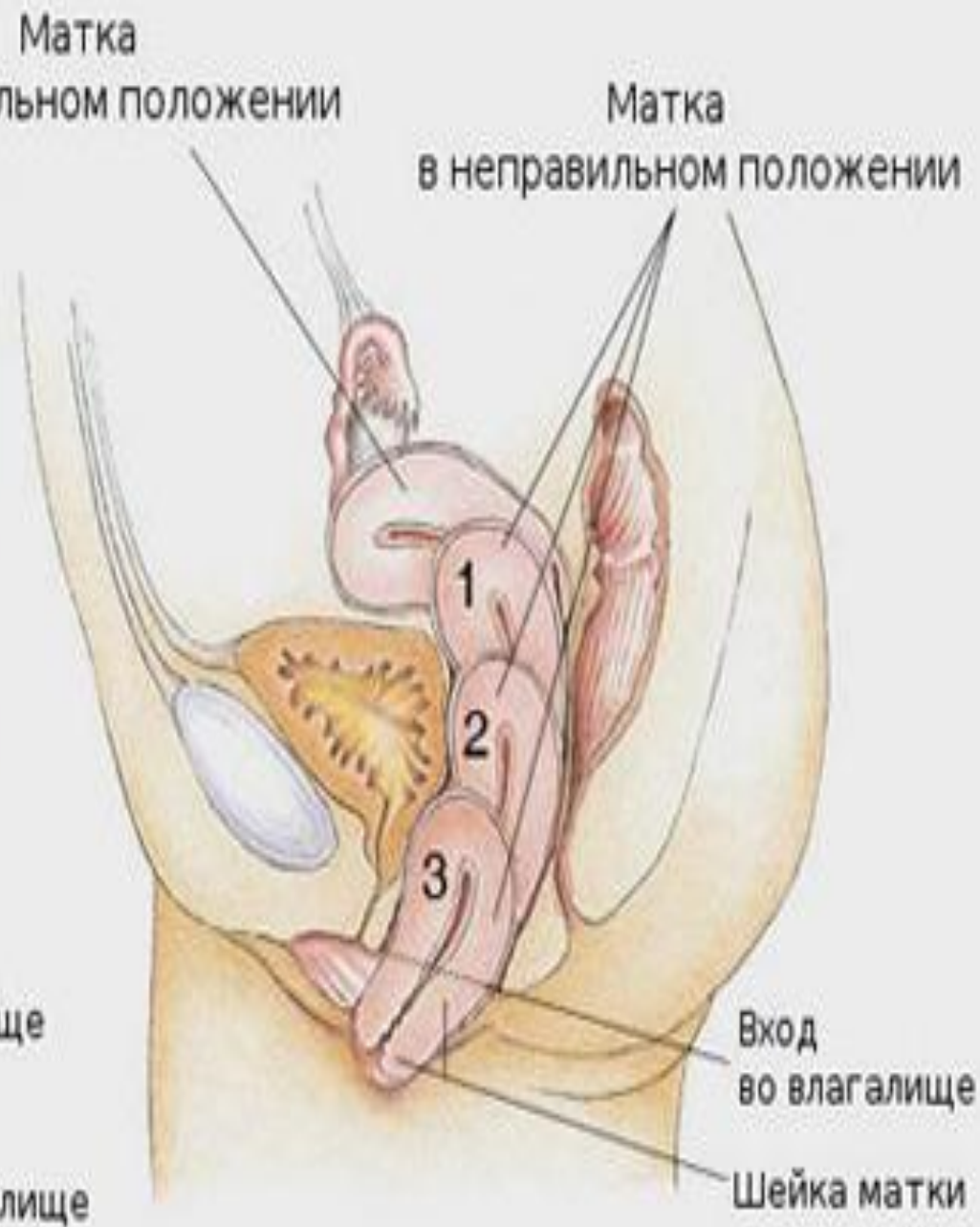
- Катетеризация двух периферических вен;
 - Катетеризация мочевого пузыря;
 - Вызвать анестезиолога;
 - Учет кровопотери через родовые пути
 - Определение группы крови, Rh-фактора крови, взятие крови для анализа на совместимость;
 - Свертываемость крови, общий анализ крови, коагулограмма
 - Развернуть операционную
1. В родильной палате производится быстрая репозиция дна матки вверх через шейку матки в полость малого таза под адекватным обезболиванием;
 2. При не отделившемся последе производится отделение последа с последующей репозицией матки;
 3. При без эффективной попытке в родильной палате вправление выворота матки, роженица переводится в операционную, предварительно завернув вывернутую матку во влажную теплую стерильную салфетку;
 4. После отделения последа и репозиции матки инфузия окситоцина внутривенно;
 5. Антибактериальная терапия

Обезболивание: Общий наркоз с применением миорелаксантов.

1. Произвести нижнесрединным разрезом вскрытие передней стенки брюшной полости
2. Растянуть контракционное шейное кольцо пальцами, ввести зажим Мюзо через шейное кольцо и захватить ввернутое дно матки.
3. Провести осторожное непрерывное вытягивание дна матки, пока ассистент пытается провести ручную коррекцию вагинально.
4. Если вытягивание не помогло, сделать надрез контракционного шейного кольца по задней стенке (там, где надрез может с меньшей степенью вероятности ранить мочевого пузыря или маточные сосуды) и повторить пальцевое расширение, захватывание дна матки зажимом и вытягивание.
5. Ушить послойно брюшную полость.
6. Применение утеротонических препаратов.
7. Антибактериальная терапия
8. Назначить аналгетики.



Нормальное состояние



Опущение и пролапс матки

