

ФГБОУ ВО «Красноярский государственный медицинский университет им.
Проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра анестезиологии и реаниматологии ИПО

Заведующий кафедрой: дмн, профессор Грицан А.И.

Преподаватель: кмн, доцент, Бичурин Р.А.

Реферат на тему:

**«АНЕСТЕЗИЯ И ИНТЕНСИВНАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ ПОСЛЕРОДОВОМ
ВЫВОРОТЕ МАТКИ»**

Выполнила: ординатор 2 года,

Специальности анестезиология-реаниматология

Молчанова Марина Олеговна

Красноярск, 2023

Оглавление:

1.Определение.....	3
2.Этиология и патогенез.....	3
3.Классификация заболевания.....	4
4.Клиническая картина.....	4
5.Диагностика.....	5
5.1.Жалобы и анамнез.....	5
5.2.Физикальное обследование.....	5
5.3.Лабораторно-диагностическое исследование.....	5
5.4.Инструментальные исследования.....	5
6.Лечение.....	6
6.1.Консервативное лечение.....	6
6.2.Хирургическое лечение.....	10
6.3.Иное лечение.....	11
7.Медицинская реабилитация.....	14
8.Профилактика.....	14
9.Организация оказания медицинской помощи.....	15
10.Список литературы.....	16

1.Определение

Послеродовой выворот матки (лат. *inversio uteri*) — редкое тяжелое состояние, при котором тело матки выворачивается наизнанку и выдается через шейку матки во влагалище за пределы половой щели, обычно после родов.

2.Этиология и патогенез

Острое выпадение матки происходит в два раза чаще во время родов кесаревым сечением (1 из 1 860 родов), чем во время вагинальных родов (1 из 3737 родов), но протекает значительно более благоприятно. Острый послеродовой выворот матки чаще всего возникает в результате раннего или чрезмерного натяжения пуповины, но примерно в 40% случаев оценивается как спонтанный – без внешнего воздействия. Дополнительные факторы риска включают:

- Многорожавшие;
- Операция кесарева сечения в анамнезе;
- Выворот матки в предыдущих родах;
- Макросомия плода;
- Быстрые роды;
- Короткая пуповина;
- Чрезмерная тракция за пуповину;
- Ручное удаление плаценты;
- Несостоятельность связочного аппарата матки;
- Заболевания соединительной ткани (например, синдром Ehlers-Danlos);
- Патологическая плацентация;
- Аномалии строения матки;
- Прикрепление плаценты в дне матки;
- Применение метода Kristeller.

В итоге развивается шок сложного генеза: травма и боль (инициирующим звеном шока является смещение воронко-тазовой связки и круглой связки матки, яичников и нервных волокон, что приводит к вазо-вагальному рефлексу), а также присоединившаяся атония матки (до и после вправления матки) с массивной кровопотерей.

3.Классификация заболевания

Степени выворота матки:

- 1 степень - неполный выворот дно матки не выходит за пределы внутреннего зева.;
- 2 степень - полный выворот во влагалище;
- 3 степень - полный выворот матки за пределы половой щели;
- 4 степень - полное выпадение влагалища и матки за пределы половой щели

По времени развития выворота матки после родов:

- Острый выворот матки - первые 24 часа после родов,
- Подострый - от 24 часов до 4 недель,
- Хронический выворот матки - после родов прошло более 4 недель.

4.Клиническая картина

Клиническая картина инверсии матки варьируется в зависимости от ее степени и времени. В то время как неполная инверсия матки может быть незначительной по своим клиническим результатам, полная инверсия матки часто сопровождается резким вагинальным кровотечением, неспособностью пальпировать дно матки абдоминально и нестабильностью гемодинамики у матери. Это может произойти до или после отслоения плаценты. Диагноз ставится клинически при бимануальном обследовании, во время которого матка пальпируется во влагалище либо просто при наружном осмотре. Атония матки с

послеродовым кровотечением возникает в 90% случаев после вправления матки и удаления плаценты. Сочетание причин: боль, травма и массивная кровопотеря быстро приводят к развитию картины шока – тахикардия, артериальная гипотония, бледность кожных покровов, анемия, снижение темпа диуреза.

5.Диагностика

5.1.Жалобы и анамнез

- ✓ Сильная постоянная боль в гипогастральной области в третьем периоде родов;
- ✓ Кровотечение из влагалища.

5.2.Физикальное обследование

- ✓ Симптомы геморрагического и травматического шока;
- ✓ Отсутствие дна матки при пальпации передней брюшной стенки;
- ✓ Внутренняя поверхность дна матки визуализируется во влагалище;
- ✓ Массивное маточное кровотечение после вправления матки в брюшную полость.

5.3.Лабораторная диагностика

Используются уже для оценки тяжести анемии и диагностики коагулопатии (ДВСсиндрома) на фоне кровопотери:

- ✓ Общий анализ крови: концентрация гемоглобина, эритроциты и гематокрит;
- Коагулограмма: количество тромбоцитов, концентрация фибриногена, МНО, АПТВ.

5.4.Инструментальные диагностические исследования

- ✓ Ультразвуковое исследование может быть использовано для подтверждения диагноза, если клиническое обследование неинформативно.
- ✓ Для диагностики коагулопатии и ДВС-синдрома на фоне массивной кровопотери может использоваться тромбоэластография (ТЭГ) или тромбоэластометрия (ROTEM).

6. Лечение, включая медикаментозную и немедикаментозную терапии, диетотерапию, обезболивание, медицинские показания и противопоказания к применению методов лечения.

В соответствии с профессиональным стандартом врача акушера гинеколога при послеродовом вывороте матки потенциально необходимые манипуляции и операции приведены в разделе «3.2.2. Трудовая функция. Необходимые умения»: врач акушер-гинеколог должен уметь выполнить бимануальную компрессию матки; вправление матки при вывороте матки (в родах); зашивание разрыва влагалища, промежности и шейки матки; наложение гемостатических компрессионных швов; остановку внутрибрюшного кровотечения; перевязку маточных артерий; ручное обследование матки послеродовое; ручное отделение плаценты и выделение последа; тотальную гистерэктомию (экстирпацию матки) или субтотальную гистерэктомию (ампутацию матки) с придатками или без придатков лапаротомическую или с использованием видеоэндоскопических технологий; установку внутриматочного баллона; ушивание повреждения стенки матки».

6.1.Консервативное лечение

После постановки диагноза послеродового выворота матки необходимо быстрое вмешательство для контроля кровотечения и восстановления стабильной гемодинамики у матери. Для лечения послеродового выворота

матки немедленно привлекается врач анестезиолог-реаниматолог, по возможности врач трансфузиолог и врач хирург.

- Родильнице с послеродовым выворотом матки рекомендуется немедленно прекратить введение утеротоников (окситоцин**) и при стабильной гемодинамике (АД сист. более 90 мм рт ст, САД более 65 мм рт.ст.) и отсутствии признаков массивной кровопотери начать введение токолитических препаратов, расслабляющих матку и шейку матки и создания благоприятных условий для вправления матки.

- Родильнице с успешным вправлением матки после послеродового выворота матки рекомендуется немедленно прекратить введение токолитических препаратов и начать введение утеротоников (окситоцин**) для профилактики и лечения атонического кровотечения.

Поскольку должна быть предпринята попытка консервативного (ручного) вправления острого выворота матки, то наиболее благоприятные условия для этого маневра создаются при немедленной отмене утеротоников и использовании токолитических препаратов. Матка и шейка матки первоначально могут быть расслаблены внутривенным введением нитроглицерина** (от 50 до 500 мкг), токолитическим агентом (сульфатом магния** 4,0 г или β -адреномиметиком (например, гексопреналин** по 10 мкг в 10 мл 0,9% раствора натрия хлорида) или ингаляцией галогенизированного ингаляционного анестетика (галотан**, энфлюран, изофлюран, севофлюран**). Поскольку все токолитические препараты и ингаляционные анестетики снижают АД, то эту технологию можно использовать только при стабильной гемодинамике и отсутствии клиники шока. С другой стороны, токолитические препараты будут поддерживать и усиливать атонию матки и послеродовое кровотечение. Непосредственно после успешного вправления матки необходимо прекратить применение токолитических препаратов и начать введение утеротоников (табл.1). При клинике шока и массивной кровопотери необходимо решить вопрос о хирургической коррекции послеродового

выворота матки на фоне общей анестезии с ИВЛ и комплексной интенсивной терапии шока и кровопотери.

Утеротонические препараты для лечения послеродовых

кровотечений

Препарат	Окситоцин**	Метилэргометрин**	#Мизопростол
Доза и путь введения	10-20 МЕ на 500 мл 0,9% NaCl или раствор Рингера в/в капельно или 125 мл/час (60 капель в минуту), используя дозатор	0,2 мг в/м или в/в (медленно)	600-800 мкг сублингвально, однократно
Поддерживающая доза	10 МЕ на 500 мл 0,9% NaCl или раствора Рингера в/в капельно или 120 мл/час (40 капель в минуту), используя дозатор	0,2 мг в/м или в/в (медленно) каждые 4 часа	
Максимальная доза в сутки	не более 3 л раствора, содержащего окситоцин (60 МЕ)	5 доз (1,0 мг)	
Противопоказания	гиперчувствительность к препарату	гиперчувствительность к препарату, артериальная гипертензия, преэклампсия, заболевания сердца	гиперчувствительность к препарату

Родильнице с послеродовым выворотом матки рекомендуется применение наркотических и ненаркотических анальгетиков для купирования боли при травме мягких тканей родовых путей до и во время вправления матки.

Выраженный болевой синдром при послеродовом вывороте матки является одним из диагностических симптомов (особенно при неполном вывороте), а также приводит к комплексному повреждающему эффекту боли на организм женщины. До и во время вправления вывернутой матки обезболивание должно рассматриваться как важнейший элемент лечения, облегчая в том числе и вправление матки. В экстренной ситуации оптимально использовать внутривенный путь введения анальгетиков различных классов (фентанил**, парацетамол**, НПВС, низкие дозы кетамина**), но выбор препарата или комбинации препаратов остается за лечащим врачом.

Родильнице с послеродовым выворотом матки рекомендуется максимально быстро провести маневр ручного вправления матки вместе с плацентой если она к этому моменту не отделилась.

Отделение плаценты (если она не отделилась ранее) при вывернутой матке приводит к увеличению объема кровопотери и должна осуществляться после вправления.

При наличии подготовленных специалистов можно применить маневр Джонсона: матка может быть вправлена только после ее выведения (в вывернутом виде) из полости малого таза в брюшную полость. С этой целью в условиях общей анестезии вводят всю руку во влагалище, охватывая ладонью выпавшее дно матки, а пальцы упирая в образовавшуюся при вывороте круговую маточно-цервикальную складку. Затем с силой приподнимают матку вверх, выводят из малого таза и удерживают рукой в брюшной полости над уровнем пупка в течение 3 - 5 мин. 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 выворота». Не имея опыта в этом отношении, трудно сказать, насколько хороша методика, рекомендуемая Джонсоном, но есть основания полагать, что она может быть довольно травматичной.

Гидростатическая редукция: Гидростатическая редукция была первоначально описана O'Sullivan в 1945 г., когда для достижения репозиции использовалось давление теплой жидкости, введенной во влагалище, но обеспечить адекватное давление и герметичность удастся далеко не всегда.

6.2. Хирургическое лечение

Родильнице с послеродовым выворотом матки рекомендуется выполнить лапаротомию и вправление вывернутой матки хирургическими методами в условиях общей анестезии с ИВЛ.

Выполняется лапаротомия, дно матки прошивается швом и потягиванием за лигатуры возвращается на место.

По методу Huntington зажимы Allis накладываются на 2 см ниже сократительного кольца. Потягиванием за зажимы матка частично возвращается на место, два следующих зажима накладываются ниже предыдущих зажимов на 2 см. Данные манипуляции продолжаются до тех пор, пока дно матки не вернется на место.

Если матка не проходит через сократившуюся шейку, то ее необходимо рассечь вертикально по задней стенке - метод Haultian. После вправления матки разрез на шейке ушивается.

Также может быть использована лапароскопическая техника репозиции матки.

Вагинальный доступы рассечения шейки матки (методы Kustner и Spinelli) в настоящее время не рекомендуются в связи с высокой вероятностью осложнений (ранение мочевого пузыря, мочеточника или магистральных сосудов). Для предупреждения повторного выворота матки после её вправления

можно ввести вагинальный и/или маточный баллон или наложить компрессионные швы.

Возможна установка двухбаллоной маточно-вагинальной системы на 10-14. Если placenta accreta не позволяет отделить плаценту, то необходимо выполнить гистерэктомию.

Потенциальные или уже развившиеся нарушения гемодинамики на фоне массивной кровопотери и шока у родильниц с послеродовым выворотом матки и хирургическом вправлении определяют оптимальный вариант общей анестезии на основе кетамина** и фентанила**.

Для расслабления матки при стабильной гемодинамике одним из компонентов анестезии может быть применение галогенизированного ингаляционного анестетика (галотан**, энфлюран, изофлюран, севофлюран**), который должен быть отключен сразу после вправления матки на начала инфузии утеротоников.

Учитывая высокий риск или уже развившийся шок, массивную кровопотерю и ДВСсиндром нейроаксиальные методы анестезии противопоказаны.

6.3.Иное лечение

Родильнице с послеродовым выворотом матки рекомендуется обеспечить венозный доступ (оптимально два) и начать инфузию растворов кристаллоидов с начальным объемом до 30 мл/кг для коррекции ОЦК и стабилизации гемодинамики.

Послеродовый выворот матки в 90% случаев сопровождается кровопотерей вследствие атонии матки (до и после вправления), которая не всегда объективно оценивается в остром периоде. Клиническая картина артериальной гипотонии и шока может быть связана с сочетанием причин: болью, травмой и кровопотерей, что в любом случае требует проведения инфузионной терапии.

Родильницам с послеродовым выворотом матки рекомендуется ранее применение антифибринолитиков (Транексамовая кислота** 15 мг/кг внутривенно) для подавления гиперфибринолиза, снижения объема кровопотери, потребности в аллогенных компонентах крови и снижения летальности при массивной кровопотере.

В настоящее время многочисленными исследованиями различного уровня показана эффективность транексамовой кислоты** 1,0 г внутривенно для профилактики и лечения массивной кровопотери в акушерстве. Транексамовая кислота значительно увеличивала общую выживаемость при кровопотере, снижала потребность в заместительной терапии. Транексамовая кислота** должна вводиться как можно раньше поскольку её эффективность снижается на 10% каждые 15 мин и через 3 ч она уже не влияет на результат.

У родильниц при послеродовым выворотом матки и массивной кровопотере рекомендуется максимально быстро реализовать протокол массивной трансфузии: начать введение эритроцитной массы, СЗП, криопреципитата и тромбоконцентрата, оптимальное соотношение и набор которых может варьировать в зависимости от преобладающего дефекта гемостаза.

В условиях ограниченного времени при продолжающемся коагулопатическом кровотечении (наряду с хирургическим гемостазом) необходимо максимально быстро восстанавливать достаточный уровень компонентов свертывающей системы крови (тромбоциты, факторы свертывания крови) и остановить кровотечение с применением всех доступных методов.

При массивной кровопотере необходимо максимально быстро реализовать «протокол массивной трансфузии» и ввести компоненты крови в соотношении «эритроциты : СЗП : тромбоциты : криопреципитат» в соотношении близком к «1:1:1:1» (имеются в виду эффективные дозы) но реальное соотношение компонентов крови может и отличаться в зависимости от преобладающего дефекта гемостаза как причины коагулопатии.

Тактика коррекции клинических и лабораторных показателей при

ДВС-синдроме.

Изменение показателей	Значение	Коррекция	Целевое значение
Гемоглобин менее 70 г/л	Анемия поддерживает гипокоагуляцию	Эритроцитная масса/взвесь 3-4 дозы; Реинфузия аутоэритроцитов	Гемоглобин 70- 90 г/л
Тромбоциты менее 50×10 ⁹ /л	Основной компонент тромба	Тромбоконцентрат 1-2 дозы	Более 50×10 ⁹ /л
Фибриноген менее 2,0 г/л	Основной компонент тромба	Криопреципитат 10 доз , СЗП 10-15 мл/кг	Более 2,0 г/л
АПТВ более 1,5 от нормы	Снижение уровня факторов внутреннего пути Действие гепарина СЗП 10-15 мл/кг,	Инактивация гепарина протамина сульфатом**	Норма
МНО более 1,5 от нормы	Снижение уровня факторов внешнего пути	Действие АВК (Варфарин) СЗП 10- 15 мл/кг	Не более 1,3
Гипокоагуляци я на ТЭГ/ROTEM	Дефицит тромбоцитов и/или факторов	Все имеющиеся компоненты крови или антидоты	Нормо- или гиперкоагуляци я
Диффузная кровоточивость	свертывания крови. Действие антитромботически х препаратов	антитромботически х препаратов в зависимости от причины.	Прекращение кровоточивости

		Антифибринолитик и	
--	--	-----------------------	--

В случае, когда указанные параметры достигнуты, а кровотечение продолжается, необходимо максимально быстро обеспечить окончательный хирургический гемостаз, а не продолжать введение компонентов крови.

У рожениц с послеродовым выворотом матки рекомендуется профилактическое применение антибактериальных препаратов при консервативном или оперативном методе вправления.

Для антибиотикопрофилактики должны быть использованы разовые дозы первого поколения цефалоспоринов или пенициллин в предпочтении другим классам антибиотиков или цефалоспорины I-II поколения и ингибиторозащищенные аминопенициллины (амоксциллин/клавуланат**, амоксициллин/сульбактам, ампициллин/сульбактам) или пациенткам с аллергией на пенициллины или цефалоспорины в качестве альтернативной схемы допустимо предоперационное введение клиндамицина** или эритромицина.

7. Медицинская реабилитация

У женщин после вправления послеродового выворота матки реабилитация проводится в отделениях гинекологии.

8. Профилактика и диспансерное наблюдение, медицинские показания и противопоказания к применению методов профилактики

Профилактика послеродового выворота матки прежде всего заключается в исключении агрессивной тракции пуповины при активном ведении третьего периода родов, но с учетом многофакторности этого осложнения необходимо исключать, по возможности, и другие факторы риска.

6. Организация оказания медицинской помощи

Медицинская помощь родильницам с послеродовым выворотом матки оказывается в следующих условиях: стационарно (в условиях, обеспечивающих круглосуточное медицинское наблюдение и лечение).

Формой оказания медицинской помощи родильницам с послеродовым выворотом матки является экстренная - медицинская помощь, оказываемая при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, представляющих угрозу жизни пациентки.

Родильницы с послеродовым выворотом матки и массивной кровопотерей требуют проведения мероприятий по реанимации и интенсивной терапии, а также консультирования и дальнейшего мониторинга состояния пациентки в акушерском дистанционном консультативном центре.

10.Список литературы

1. Методические рекомендации «АНЕСТЕЗИЯ И ИНТЕНСИВНАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ ПОСЛЕРОДОВОМ ВЫВОРОТЕ МАТКИ» 2022