**Выворот матки**

Л.А. Козлов

Опубликовано в Медико-фармацевтический Вестник Татарстана, 2016, № 5, стр. 12-14.

**Определение**

*«Выворот матки (inversio uteri) – редкое осложнение последового и послеродового периода, при к-ром матка частично или полностью выворачивается слизистой оболочкой кнаружи, проходя через расширенный зев во влагалище; может сочетаться с выпадением матки».*

Смотрим дальше.

*«Выпадение матки (prolapsus uteri) – смещение матки и влагалища книзу с выхождением из половой щели».* Может быть неполным (выходит только шейка матки) и полным (матка полностью выходит из половой щели). (Энциклопедический словарь медицинских терминов. М., 1982, т. 1, стр. 229).

Проф. В.С. Груздев дал определение с экзотическим оттенком и запоминающейся наглядностью. Выворот матки, это *«Своеобразная аномалия положения матки, при которой последняя выворачивается как перчатка»* (Курс акушерства и женских болезней (далее «Курс…»). Берлин, 1922, ч. 2, т.2, стр. 183-187).

Забегая вперед, укажем, что выворот матки с ее выпадением – явление редчайшее и, надо полагать, сегодня не встречается.

**Причины возникновения** выворота матки давным-давно и хорошо известны. При соблюдении определенных правил ведения последового и раннего послеродового периодов выворот матки в родильном доме встречаться не будет. Условия, способствующие вывороту матки, просты. Их всего три: 1) раскрытие шейки матки, 2) атония стенок матки и 3) давление из вне - или изнутри.

Принято различать выворот самопроизвольный и насильственный.

Частота выворота матки, по сообщению проф. Л.С. Персианинова (1964), колеблется по данным отечественных авторов, в значительных пределах: от 1 на 40000 до 1 на 450000 родов. По данным зарубежных авторов значительно чаще: от 1 на 4894 до 1 на 14880 родов. По сообщению Wing K. Lee и соавт.(1978) – в Индии 1 на 8537, в США 1 на 23127, в Англии 1 на 27990 родов.

**Классификация.**

Проф. В.С. Груздев предлагал различать выворот:

1) местный (локальный, в дне матки),

2) частичный (смещение до шейки матки),

3) неполный (дно опущено в шейку матки),

4) полный (дно опущено во влагалище),

5) сочетание полного выворота с выпадением влагалища. Выворот матки с ее выпадением – явление редчайшее и, надо полагать, сегодня не встречается.

**Обстоятельства дела**

То, что читатель прочтет дальше, произошло в далеком 1975 году. Автор очерка находился уже третий год в статусе заведующего кафедрой акушерства и гинекологии № 1 КГМИ. Чтение лекций и практические занятия проходили оживленно с демонстрацией практических наблюдений, коих в клинике было предостаточно, и макропрепаратов, обильное количество которых имеется в музее кафедры. Но вот одну патологию, а именно выворот матки, приходилось разъяснять только на рисунках. Со времен проф. В.С. Груздева хранились хорошо выполненные таблицы, в том числе и с изображением различных вариантов выворота матки. Основные из них проф. В.С. Груздев опубликовал в своем «Курсе…». Приведем некоторые из них (рис. 126 и 127).

На рис. 129 показаны варианты неполного выворота матки. Мы видим, что при этом дно матки не выходит за пределы шейки матки.

На рис. 130 изображены варианты полного выворота матки. Дно и тело ее уже вышли за пределы шейки матки и расположены во влагалище. Мы видим три возможных варианта.

Один (показан штриховкой горизонтальными линиями) – тело матки и нижний сегмент ее полностью переместились во влагалище. Это самый трудный вариант для вправления матки. Нижний сегмент и шейка матки представляют собой единое целое, продолжаясь друг в друга. Это состояние легко определяется при влагалищном исследовании.

Второй (показан черной штриховкой) – тело матки вышло за пределы шейки матки во влагалище, а часть нижнего сегмента занимает верхнее положение над шейкой матки. Последняя кольцом обхватывает матку. При влагалищном исследовании шейка матки определяется кольцевидным валиком, обхватывающим опущенное во влагалище тело матки.

Третий (штриховка в клеточку) – переходный, промежуточный вариант между двумя предыдущими.

Общим, для всех трех вариантов, признаком является то, что дно матки за пределы влагалища (без штриховки) из половой щели не вышло.

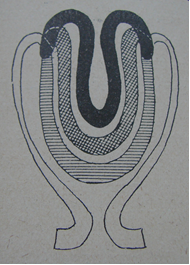
 

Рис. 129. Неполный выворот матки Рис. 130. Полный выворот матки

В клинике подобного осложнения не было из-за строгого соблюдения правил ведения последового и послеродового периодов. О них нам еще во время учебы постоянно напоминали на лекциях проф. Павел Васильевич Маненков, на практических занятиях доцент Констанция Николаевна Сызганова, а во время дежурств таршие акушерки , ветераны клиники, Анастасия Федоровна Иванова и Елизавета Дмитриевна Сапожникова.

Но, как гласит поговорка: «Не было счастья, несчастье помогло». Хотите верьте, хотите проверьте. Все, что будет сказано ниже, документировано и находится в архиве клиники. Учитывая редкость заболевания и давность событий, позволю себе нарушить правило медицинской конспирации приведением нумерации, дат и места событий.

**Описание наблюдения**

Все произошло в канун нового учебного 1975-76 года. Клиника тогда работала в качестве акушерско-гинекологического отделения РКБ МЗ ТАССР. Сотрудники кафедры были еще в отпуске, когда 28 августа в гинекологическое отделение поступила родильница на 5 сутки после родов, которые произошли 23 августа в роддоме одной из близлежащих ЦРБ.

При выходе из отпуска 31-го августа, едва переступив порог клиники, я тут же получил информацию о нахождении в клинике пациентки с выворотом матки. Естественномоему удивлению не было предела. Прошла уже неделя с момента родов. Спрашиваю на ходу:

- Удалось заправить? Ответ

- Нет. Была безуспешная попытка.

- Некроз матки есть?

- Нет.

- Самочувствие?

- Средней тяжести, ближе к удовлетворительному.

- Температура?

- Субфебрильная.

- Септическое состояние?

- Признаков клинических и лабораторных нет.

- Какие жалобы?

- Единственная на невозможность самостоятельного мочеиспускания.

Удивительное дело. В голове вертится мысль о двух грозных осложнениях выворота матки в родах: резкая боль, приводящая к шоку и кровотечение. А тут прошла неделя и «хоть бы хны». Переоделся, приступил к знакомству с пациенткой и вот что выяснил.

**М., 28 лет**, находится в браке.

Из анамнеза: менструация с 15 лет, по 7 дней, через 28 дней, безболезненно, обильно в первые 3 дня. Беременность первая, протекала нормально. Роды первые в срок, протекали тяжело. Из-за слабости потуг применяли бинт Вербова. Родилась девочка, масса тела 3500 гр. Послед был выжат по Креде. В раннем послеродовом периоде кровотечение. Со слов: «Всю ночь сокращали матку, в том числе – применялся длительно массаж матки». В послеродовом периоде не могла самостоятельно мочиться, ежедневно выводили мочу катетером. 28 августа, то есть на 5-й день после родов, акушерка «посмотрела внутри, что - то обнаружила и позвала врача». Врач при осмотре обнаружил выворот матки и в тот же день переправил родильницу в гинекологическое отделение РКБ МЗ ТАССР.

Данные объективного исследования: самочувствие вполне удовлетворительное, положение активное, но ощущает слабость. По-прежнему единственная жалоба на невозможность самостоятельного мочеиспускания. Стул самостоятельно. Кожные покровы чистые, видимые слизистые бледно-розового цвета. Пульс 84 удара в 1 минуту, ритмичный, удовлетворительного напряжения и наполнения. А/Д = 125/75. Сердце – тоны чистые, Легкие – дыхание везикулярное. Язык чистый, влажный. Живот участвует в акте дыхания, мягкий при пальпации, безболезнен, печень и селезенка не прощупываются. Над лоном матка не определяется (!).

Вспоминаю, что в подобных случаях при пальпации на лоном следует ожидать два варианта объективных данных. Первый, при неполном вывороте – определяется тело матки с воронкообразным вдавлением в области дна (рис. 131).

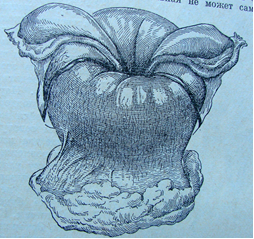
 

Рис. 131. Рис. 132.

Второй - над лоном практически ничего не определяется из-за полного выворота матки, увлекающей за собой придатки (рис. 132).

Пальпирую повторно, тщательно, однако над лоном ничего не определяю. Хотя уже 8-й день после родов, но дно матки на уровне лона можно было бы прощупать? Даже при глубокой пальпации над лоном, в глубине, кроме небольшой болезненности ничего не определялось.

Вульва без особенностей.

При разведении половых губ и раскрытии половой щели сразу же виден нижний полюс плотного образования красного цвета, расположенного во влагалище. И если бы не картина при пальпации живота, то можно было бы подумать о родившемся фиброматозном узле.

Влагалищное исследование: все влагалище полностью заполнено плотным образованием, овально-вытянутой формы. Между ним и стенками влагалища с трудом удалось пройти вверх до сводов. На границе с ними ясно прощупывался плотноватый валик толщиной в 1 см, кольцевидно охватывающий верхний полюс расположенного во влагалище овального, несколько суживающегося кверху, образования.

Бимануальным исследованием легко определяю, что овальное плотное образование есть не что иное, как вывернутое тело матки. Валик вокруг его верхнего полюса является шейкой матки. Между ней и телом матки удалось проникнуть вверх на одну фалангу пальца и определить уровень перехода одной, т.е. шейки, в другого, т.е. в тело.

Влагалищными зеркалам удалось осмотреть дно и приблизительно одну четверть тела матки. Она имела умеренно красный цвет, выглядела вполне жизнеспособной без признаков воспалительных изменений. Кое-где на слизистой оболочке имелись небольшие сероватые налеты. Устья маточных труб были не достижимы. Влагалище обильно смазано 10%-й синтомициновой эмульсией.

Диагноз: 8-й день после срочных родов. Полный выворот матки, второй вариант по В.С. Груздеву.

План дальнейшего ведения: учитывая жизнеспособность матки при общем удовлетворительном состоянии родильницы, решено после подготовки желудочно-кишечного тракта, попытаться заправить матку.

**Вправление матки**

1 сентября 1975 года под общим глубоким наркозом выполнена, как рекомендуется в руководствах и показано на рис. 133, первая безуспешная попытка заправить матку давлением на область ее дна.

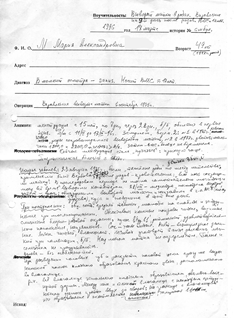
 

Рис.133. Рис. 134. Лист наблюдения

Вторая попытка заключалась в следующем: полурукой вошел во влагалище, охватил ладонью нижний полюс и, слегка сжимая, попытался сместить матку вверх, контролируя наружной рукой через переднюю брюшную стенку за продвижением матки. К сожалению, и эта попытка оказалась безуспешной.

Третья попытка: продвинул кисть введенной во влагалище руки до его сводов. Кончиками пальцев зашел между шейкой и маткой. Надавливаю на область перегиба матки и чувствую, что ткани поддаются смещению вверх. Присоединяю к этому давление свободной руки на область дна матки снизу вверх. К большой радости, перебирая пальцами достижимые участки стенки матки, ощущаю смещение тканей вверх. Так, постепенно не торопясь удалось полностью заправить матку на свое законное место. При пальпации через брюшную стенку дно ее после вправления определялось на 3 пальца ниже пупка, консистенция плотная.

Осмотр в зеркалах: влагалище умеренно гиперемировано. Шейка матки в виде валика темно-красного цвета, толщиной 1-1,5 см, зев широко открыт. Кровотечения нет. Полость матки и влагалище обработано 10%-й синтомициновой эмульсией. Влагалище, начиная от сводов, тампонировано для профилактики повторного выворота.

После прекращения действия наркоза живот мягкий, безболезнен. Назначена антибактериальная терапия, сокращающие матку средства, бутадион, наблюдение.

На следующий день, 2 сентября, после извлечения из влагалища тампона, дно матки на середине расстояния между пупком и лоном, матка плотная, безболезненная. При влагалищном исследовании определено, что шейка матки заметно сократилась, длиной до 2 см, зев свободно проходим для двух пальцев. Тело матки в антеверзио-флексио, плотное, безболезненное. Придатки не определяются. Своды глубокие, безболезненные.

Осмотр в зеркалах: влагалищная часть шейки матки хорошо выражена, синюшна. В полость матки через катетер введено 20 мл теплой 10%-й синтомициновой эмульсии. Влагалище еще раз затампонировано для профилактики повторного выворота.

3 сентября, после извлечения тампона, дно матки на 3 пальца выше лона, матка плотная, безболезненная. P.V. – шейка матки продолжает формироваться, длина ее до 3-х см, цервикальный канал проходим для1-1,5 пальцев. В полость матки через катетер вновь введена синтомициновая эмульсия. Влагалище оставлено без тампона, так как угроза повторного выворота миновала.

В последующие дни инволюция внутренних половых органов проходила без каких-либо особенностей. К сожалению, возникло осложнение – тромбофлебит поверхностных вен левой голени, из-за которого пациентка находилась в стационаре 1 месяц и 5 дней. По выздоровлении была выписана домой.

**Отдаленное наблюдение**

Заботясь о здоровье дочери, все дни нахождения в стационаре родильница сцеживала молоко. По прибытии домой кормила грудью до 1,5 лет. Менструация восстановилась еще до прекращения кормления. Через два года наступила вторая беременность, двойня, протекала с повышенным артериальным давлением («гестоз»). Роды в 1977 году прошли легко и без осложнений. Родились два мальчика, массой 1800,0 и 2200,0 гр. В дальнейшем – успешная контрацепция, беременностей больше не наступало.

Постепенно следы нашего знакомства затерялись в буднях насущных дел. И вот неожиданность! 17 марта 1996 года она по старой памяти без предварительной договоренности приехала на осмотр. Почти через 20 лет! Носит ВМС и поэтому ни разу не беременела. Сейчас обеспокоена нарушением менструального цикла: «месячные стали путаться, приходят чаще и обильнее». Просит совета и помощи.

P.V. – влагалище свободное, шейка цилиндрической формы, зев закрыт. Тело матки маленькое, в антеверзио-флексио, плотное, безболезненное, несколько ограничено в подвижности. Придатки не пальпируются, их область свободна и безболезненна. Своды свободны. Выделения кровянистые, незначительные (менструация последний день).

Осмотр зеркалом Куско – шейка матки и стенки влагалища чистые.

По результатам осмотра объяснено, что ее беспокойство объясняется закономерными, возрастными изменениями в организме и не вызывают на данный момент тревоги. Рекомендовано применение во время менструации сокращающих матку средств и наблюдение гинеколога по месту жительства. На этом наши контакты прекратились и дальнейшая судьба пациентки мне неизвестна.

Интерес наблюдения:

1) в редкости длительного нахождения во влагалище полностью вывернутой послеродовой матки без нарушения кровообращения,

2) в возможности ее вправления на 9-й день после родов,

3) в сохранении менструальной и детородной функций,

4) в допущении второй беременности и родов двойней.

Вот так, двадцать лет тому назад завершилось это клиническое наблюдение. Память и личный архив (рис. 134) до сих пор хранят его. А теперь, уважаемые читатели, передаю его вам: хотите судите, хотите милуйте.

Дело в том, что подобные практические казусы могут не публиковаться из-за боязни осуждения и тому подобное. А жаль. Приходят на память строки из стихотворения Г. Тукая «После разлуки»: *«Что тайна для толпы?//Лишь повод для глумленья».*

В свое время проф. Н.И. Пирогов писал: *«Каждый ученый, а в особенности преподаватель, должен иметь своего рода внутреннюю потребность возможно скорее обнародовать свои ошибки для предупреждения других, менее сведущих».* Читатель может возразить, что так - мол не бывает. Бывает! В наш быстротечный век мы все куда-то спешим, отсюда многие наши беды. Страницы специальных изданий пестрят призывами к снижению акушерской агрессии. Obstetrik (лат.) – стоящая рядом мудрая женщина, внимательно наблюдающая, помогающая природе, а не вредящая ей. У древних греков был даже идеал такой помощницы – богиня родовспоможения Илифия.

При изучении доступной литературы обнаружил подтверждение всему вышеизложенному. 9 октября 1957 года кандидат медицинских наук Азат Закиевич Уразаев (в будущем доктор медицинских наук, профессор) доложил на заседании казанского общества врачей акушеров-гинекологов еще более удивительное наблюдение полного выворота матки на 20-й день (!) после первых срочных родов, которые произошли дома без медицинской помощи доношенной девочкой, длились 6 часов. Послед выделился самостоятельно при сильном кровотечении. В последующие дни кровотечение возобновилось и из-за выраженного малокровия (гемоглобин 24%) обратилась 20-го июля 1957 года в клинику ГИДУВ,а за помощью.

При обследовании обнаружили, что влагалище «…выполнено опухолевидным образованием величиной гусиное яйцо. У основания опухоли определяется валикообразное циркулярное утолщение, соответствующее влагалищной части шейки матки. Тело матки и придатки не определяются. При осмотре зеркалами обнаружена розоватого цвета слизистая вывернутой матки, покрытая пленками фибрина и слегка кровоточащая. Явления некроза отсутствуют…Диагноз: послеродовый полный выворот матки, вторичная анемия».

Лечение оперативное: вывороченная матка заправлена с помощью операции Кюстнера-Пикколи-Дюре (Казанский мед. ж., 1959, № 2).

Судя по краткому описанию объективной картины, А.З. Уразаев встретился тоже с вариантом № 2 полного выпадения послеродовой матки по В.С. Груздеву. При этом варианте процесс выворачивания останавливается на уровне нижнего, относительно тонкого и малоактивного в сокращении сегмента матки, что и обеспечивает сохранение кровообращение органа, находящегося в неестественном положении длительное время.

P.S. В гинекологии выворот матки может произойти при рождении субмукозного фиброматозного узла, В прошлом так называемые онкогенитические вывороты матки были неоднократно описаны (Колотницкий В.Д. Русский врач, 1904, № 1; Семченко В.Ф. Акушерство и гинекология, 1956, № 6; Уразаев А.З. Казанский мед. ж., 1959, № 2). Не исключено, что и в наши дни практический врач может встретиться с таким явлением. Поэтому считаем уместным указать здесь на публикацию казанского доктора В.Б. Алякринского «Выворот матки при родившемся узле» (Казанский мед. ж., 1991, № 4). Суть в том, что у 65-летней женщины вдруг «выпала матка», которую сама больная трижды безуспешно вправляла. Автор при осмотре «обнаружил выступающее из половой щели образование, состоящее из 2 частей, дистальная из которых оказалась субмукозным узлом, а проксимальная – вывернутой маткой. Размеры миоматозного узла – 14х10х5 см». В итоге была выполнена экстирпация матки с придатками. Подробности смотрите в первоисточнике.