

УДК 618(072)

**І.Л. Кукуруза^{1,2}, І.В. Шрамко², А.В. Вознюк^{1,2}, Н.В. Титаренко^{1,2},
Р.М. Банахевич³, С.К. Літвінов¹, А.В. Белінський², Г.В. Бевз¹**

Лікування повного підгострого післяпологового вивороту матки: клінічний випадок

¹Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова, Україна
²КНП «Вінницька обласна клінічна лікарня імені М.І. Пирогова Вінницької обласної ради», Україна
³Дніпровський державний медичний університет, Україна

Ukrainian Journal of Perinatology and Pediatrics. 2024. 2(98): 115-121; doi: 10.15574/PP.2024.98.115

For citation: Kukuruza IL, Shramko IV, Voznyuk AV, Tytarenko NV, Banakhevych RM, Litvinov SK et al. (2024). Treatment of complete subacute postpartum uterine inversion: the case report. Ukrainian Journal of Perinatology and Pediatrics. 2(98): 115-121; doi: 10.15574/PP.2024.98.115.

Гострий післяпологовий виворот матки є рідкісним і непередбачуваним ускладненням зазвичай третього періоду пологів із розвитком масивної кровотечі та шокового стану, що може призвести до значної захворюваності та смертності. Ще більш рідкісним сценарієм, із яким стикається гінеколог, є підгостра інверсія матки. Найчастіше післяпологова інверсія матки викликана раною або надмірною тракцією за пуповину і/або тиском на дно матки перед відділенням плаценти під час третього етапу пологів. Діагноз базується на клінічних даних — наявності гладкої круглої маси, що виступає з шийки матки або піхви. Під час огляду черевної порожнини ключовою знахідкою є відсутність дна матки при пальпації в ділянці його нормального розташування. Менеджмент післяпологового вивороту матки включає: повернення дна матки в правильне положення, профілактику та лікування післяпологових кровотеч та шоку, запобігання повторній інверсії.

Мета — описати особливості діагностики та лікування підгострого післяпологового вивороту матки IV ступеня.

Клінічний випадок. Описано клінічний випадок підгострого післяпологового вивороту матки IV ступеня в 29-річній породіллі, якій успішно проведено лікування за методикою Хантінгтона (Huntington) та наступною тотальною гістеректомією з матковими трубами.

Висновки. Гостра післяпологова інверсія матки є надзвичайно рідкісним клінічним явищем в акушерській практиці, тому раннє розпізнавання цієї патології є складним завданням, особливо у випадках вивороту I або II ступеня, коли він може імітувати міоматозний вузол, що народжується. Слід ретельно оцінювати ймовірність вивороту матки, незважаючи на його рідкість, у будь-якому випадку материнського колапсу за наявності таких ознак і симптомів, як післяпологова кровотеча, біль внизу живота і/або наявність гладкого круглого утворення, яке виступає з шийки матки або піхви. Для максимально сприятливого прогнозу важлива не лише рання якісна діагностика, але й вчасне лікування з метою уникнення необхідності в гістеректомії. У випадках підгострого та хронічного вивороту матки слід розглянути хірургічне лікування, оскільки вивернуті стінки матки мають знижену пружність унаслідок інволюції.

Це дослідження не передбачало проведення будь-яких експериментів на тваринах або людях. Від пацієнтки отримано письмову інформовану згоду на проведення лікування та публікацію цього випадку.

Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів.

Ключові слова: підгострий виворот матки, післяпологовий період, лікування, гістеректомія.

Treatment of complete subacute postpartum uterine inversion: the case report

**I.L. Kukuruza^{1,2}, I.V. Shramko², A.V. Voznyuk^{1,2}, N.V. Tytarenko^{1,2}, R.M. Banakhevych³, S.K. Litvinov¹,
A.V. Belinsky², G.V. Bevz¹**

¹National Pirogov Memorial Medical University, Vinnytsya, Ukraine

²Municipal Non-Profit Enterprise Vinnytsia Regional Clinical Hospital named after M.I. Pirogov Vinnytsia Regional Council, Ukraine

³Dnipro State Medical University, Ukraine

Acute postpartum uterine inversion is a rare and unpredictable complication, usually in the third stage of labor, with the development of massive hemorrhage and shock, which can lead to significant morbidity and mortality. An even more rare scenario faced by the gynecologist is subacute uterine inversion. Most often, postpartum uterine inversion is caused by early or excessive traction on the umbilical cord and/or pressure on the fundus of the uterus before separation of the placenta (Crede maneuver) during the third stage of labor. The diagnosis is based on clinical data — the presence of a smooth round mass protruding from the cervix or vagina. When examining the abdominal cavity, the key finding is the absence of the uterine fundus during palpation in the area of its normal location. Management of postpartum uterine inversion includes: return of the uterine fundus to the correct position, prevention and treatment of postpartum hemorrhage and shock, prevention of repeated inversion.

The aim is to describe the features of diagnosis and treatment of subacute postpartum uterine inversion of the IV degree.

Clinical case. A report of a clinical case of subacute postpartum uterine inversion of the IV degree in a 29-year-old woman in labor, who was successfully treated using the Huntington's procedure and subsequent total hysterectomy with fallopian tubes, is presented.

Conclusions. Given that acute postpartum uterine inversion is an extremely rare clinical phenomenon in obstetric practice, early recognition of this pathology is a difficult task, especially in cases of inversion of the I or II degree, when it can imitate a myomatous nodule. Although rare, uterine inversion should be carefully evaluated in any case of maternal collapse in the presence of signs and symptoms such as postpartum hemorrhage, lower abdominal pain, and/or the presence of a smooth, round mass protruding from the cervix or vagina. For the most favorable prognosis, not only early high-quality diagnosis is important, but also timely treatment in order to avoid the need for hysterectomy. In cases of subacute and chronic uterine inversion, surgical treatment should be considered, since the inverted walls of the uterus have reduced elasticity due to involution.

This study did not involve any experiments on animals or humans. Written informed consent for treatment and publication of this case was obtained from the patient.

No conflict of interests was declared by the authors.

Keywords: subacute uterine inversion puerperal, treatment, hysterectomy.

Виворіт (інверсія) матки (лат. *inversio uteri*) відбувається, коли тіло матки вивертається частково або повністю навиворіт (внутрішня поверхня матки звернена назовні) та випинається в піхву або за межі статевої щілини [3]. При цьому дно матки починає утворювати воронку, опукла кривизна якої звернена в порожнину матки, а увігнута — у черевну порожнину. Це надзвичайне рідкісне ускладнення третього періоду пологів, яке є невідкладним і непередбачуваним акушерським станом, що загрожує життю через розвиток масивної кровотечі та шоку [10].

Частота післяпологового вивороту матки коливається в межах від 1 на 3500 до 20 000 пологів [2,6,27]. Зокрема, захворюваність у Нідерландах [27] і Франції [15] становить приблизно 1 випадок на 20 000 вагінальних пологів, у США — 1 на 3500 пологів у період 2004–2013 рр. і виявилася стабільною. Більш пізні дані наразі відсутні [6]. За даними Т.Ф. Baskett та співавт. (2002), гострий виворіт матки відбувається вдвічі частіше під час кесаревого розтину (1 із 1860 пологів), ніж під час вагінальних пологів (1 із 3737 пологів) [2].

Частота спонтанного вивороту невагітної матки становить приблизно 5% усіх виворотів матки [7] і майже завжди асоціюється з поліпoidною пухлиною матки, зазвичай лейоміоми, але й інших пухлин (наприклад, тератома, саркома) [12,19,22]. Так, в огляді J. Mwinoglee та співавт. (1997) [17] зазначено, що 97,4% усіх випадків непісляпологової інверсії матки спричинені пухлинами, з яких 20% мають злоякісний характер.

Вивороти матки класифікуються за ступенем вивороту та часом виникнення.

За ступенем інверсії матки виділяють: I ступінь, або неповна інверсія — дно матки не виходить за межі внутрішнього вічка шийки матки; II ступінь — повна інверсія в піхву; III ступінь, або випадіння — повний виворіт матки за межі статевої щілини; IV ступінь, або тотальна інверсія — і матка, і піхва вивернуті назовні за межі статевої щілини [14].

S.M. Dali та співавт. (1997) зазначають, що серед 229 випадків післяпологового вивороту матки 83,4% є гострими, 13,9% — хронічними, а 2,6% — підгострими [7].

За часом виникнення розрізняють: гострий виворіт матки — протягом 24 год із моменту пологів; підгострий — понад 24 год, але менше 4 тижнів після пологів; хронічний — понад

1 місяць після пологів [26]. За даними А. Morini та співавт. (1994), із 358 випадків 90% становить повний післяпологовий виворіт матки [16].

Вважається, що найчастішою причиною післяпологового вивороту матки є неправильне ведення третього періоду пологів [22], зокрема, рання або надмірна тракція за пуповину [1] і/або тиск на дно матки перед відділенням плаценти (маневр Креде) [25] під час третього етапу пологів, особливо в умовах атонії матки з імплантацією плаценти в ділянці дна матки [13]. Але приблизно 40% випадків оцінюються як спонтанний — без зовнішнього впливу, а тракція за пуповину та маневр Креде залишаються й досі доволі поширеними втручаннями. Отже, патогенез вивороту матки до кінця не зрозумілий, тоді як існуючі докази причинно-наслідкового зв'язку між веденням третього періоду та післяпологовим виворотом матки є суперечливими [8].

Дослідження ризиків і наслідків післяпологового вивороту матки в США свідчить, що серед жінок цієї категорії в 37,7% випадках розвивається супутня післяпологова кровотеча, 22,4% пацієнток отримують трансфузію компонентів крові, а 6% потребують хірургічного лікування, зокрема 2,8% зазнають гістеректомії [6]. Повідомляється, що материнська смертність серед породілей із післяпологовою інверсією матки сягає 15% [4,10,23]. Після перенесеного післяпологового вивороту матки ризик рецидиву в наступних пологах сягає 25% [2].

Проведений аналіз літератури показує, що станом на тепер менеджмент післяпологового вивороту матки базується на клінічному довіді, описаному в повідомленнях про випадки, та невеликих ретроспективних серіях випадків, натомість результати рандомізованих клінічних досліджень наразі відсутні.

Мета — описати особливості діагностики та лікування підгострого післяпологового вивороту матки IV ступеня.

Клінічний випадок

Описано клінічний випадок повного підгострого післяпологового вивороту матки у 29-річної породіллі, якій успішно проведено лікування шляхом процедури Хантінгтона (Huntington) з наступною тотальною гістеректомією з матковими трубами.

Це дослідження не передбачало проведення будь-яких експериментів на тваринах або людях. Від пацієнтки отримано письмову інформо-

вану згоду на проведення лікування та публікацію цього випадку.

Пацієнтка Т., віком 29 років, доставлена каретою швидкої допомоги до гінекологічного відділення Вінницького обласного перинатального центру КНП «Вінницька обласна клінічна лікарня імені М.І. Пирогова ВОР» з діагнозом «Міоматозний вузол, що народжується. VIII доба післяпологового періоду. Анемія легкого ступеня».

Анамнез захворювання. З анамнезу відомо, що у зв'язку з низькою плацентацією при цій вагітності хвора тричі перебувала на стаціонарному лікуванні. Протягом останньої госпіталізації в терміні 32 тижні гестації їй встановлено акушерський песарій, який вилучено за 3 доби до пологів. З початком пологової діяльності жінку госпіталізовано до пологового відділення центральної районної лікарні Вінницької області з діагнозом «II вагітність, 38 тижнів гестації, II термінові пологи, I період пологів». Пологи відбулися через природні пологові шляхи живим плодом жіночої статі (маса тіла — 3130 г, зріст — 52 см, оцінка за шкалою Апгар — 8 і 9 балів на 1 та 5-й хвилини, відповідно). Після відділення плаценти розпочалася кровотеча, загальний об'єм крововтрати, згідно з медичною документацією, становив 610 мл. Виявлено дефект оболонки, з приводу чого проведено ручну ревізію порожнини матки. Проведено утеротонічну терапію (окситоцин, метилергометрин), інфузію кристалоїдних розчинів, введено транексамову кислоту 1000 мг внутрішньовенно. У післяпологовому періоді жінка отримувала утеротонічну та антибактеріальну терапію цефалоспорином III покоління, протианемічну терапію внутрішньовенним препаратом тривалентного заліза. Тричі проведено гемотрансфузію з приводу тяжкої післяпологової анемії (гемоглобін — 53 г/л, еритроцити — $1,53 \times 10^{12}/л$ (1-ша доба), гемоглобін — 65 г/л, еритроцити — $1,8 \times 10^{12}/л$ (2-га доба), гемоглобін — 72 г/л, еритроцити — $2,05 \times 10^{12}/л$ (3-тя доба), гемоглобін — 93 г/л, еритроцити — $3,0 \times 10^{12}/л$ (7-ма доба)).

На 8-му добу післяпологового періоду виконано гінекологічне ультразвукове дослідження (УЗД) трансабдомінальним датчиком, за результатами якого, тіло матки розміром $9,4 \times 8,1 \times 9,8$ мм, порожнина матки зімкнута з незначною кількістю ехонегативного вмісту та гіперехогенним утворенням 2,6 см (розцінена як долька плаценти). На передній поверхні матки виявлено інтрамуральний фіброматозний вузол розміром 42×50 мм.

Враховуючи результати УЗД, проведено вагінальний огляд, під час якого в порожнині піхви виявлено утворення розміром 4×5 см, яке розцінено як міоматозний вузол, що народжується. Пацієнтку переведено до Вінницького обласного перинатального центру для подальшого лікування.

Анамнез життя. Не хворіла на інфекції (гепатити, туберкульоз, сифіліс, гонорею тощо). Алергічні реакції заперечує. Менструації з 13 років, регулярні. Вагітності — 2, пологи — 2.

Дані обстеження. Загальний стан на момент надходження до Вінницького обласного перинатального центру розцінено як середнього ступеня тяжкості за рахунок помірних кров'янистих виділень із піхви, що продовжувалися. Температура тіла — $36,7^\circ\text{C}$, частота дихання — 18/хв, SpO_2 — 97–98%, частота серцевих скорочень — 94 уд./хв, артеріальний тиск — 110/70 мм рт. ст. на обох руках. Живіт м'який, при пальпації дещо болючий у нижніх відділах. Симптоми подразнення очеревини негативні. При пальпації живота дно матки не визначається. Молочні залози збільшені за рахунок лактації. Сечовий міхур катетеризовано катетером Фолея у зв'язку із суб'єктивним відчуттям пацієнтки про неповне спорожнення сечового міхура після сечовипускання. Сеча світла, у достатній кількості.

У піхві — гладке округле, щільне, набрякле утворення, яке виповнює всю піхву і виходить за межі статевої щілини. У малому тазу додаткових утворень не виявлено.

За результатами трансабдомінального УЗД органів малого таза на момент госпіталізації встановлено відсутність тіла матки в малому тазу. Зв'язковий апарат матки, додатки зміщені різко до центру та донизу.

Клінічний аналіз крові: еритроцити — $3,5 \times 10^{12}/л$, лейкоцити — $11,0 \times 10^9/л$, гемоглобін — 108 г/л, тромбоцити — $510 \times 10^9/л$, швидкість осідання еритроцитів (ШОЕ) — 31 мм/год.

Клінічний аналіз сечі: білок — 0,264 г/л.

Час згортання крові за Лі-Вайт — 4 хв.

Електрокардіографія: на момент госпіталізації — нормальний синусний ритм.

На підставі вищеприписаного консиліумом лікарів встановлено клінічний діагноз «Повний підгострий післяпологовий виворіт матки IV ступеня. VIII доба післяпологового періоду. Постгеморагічна анемія легкого ступеня».

Після отримання згоди на операцію проведено оперативне втручання: лапаротомію, екстирпацію матки з матковими трубами, сана-

КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК

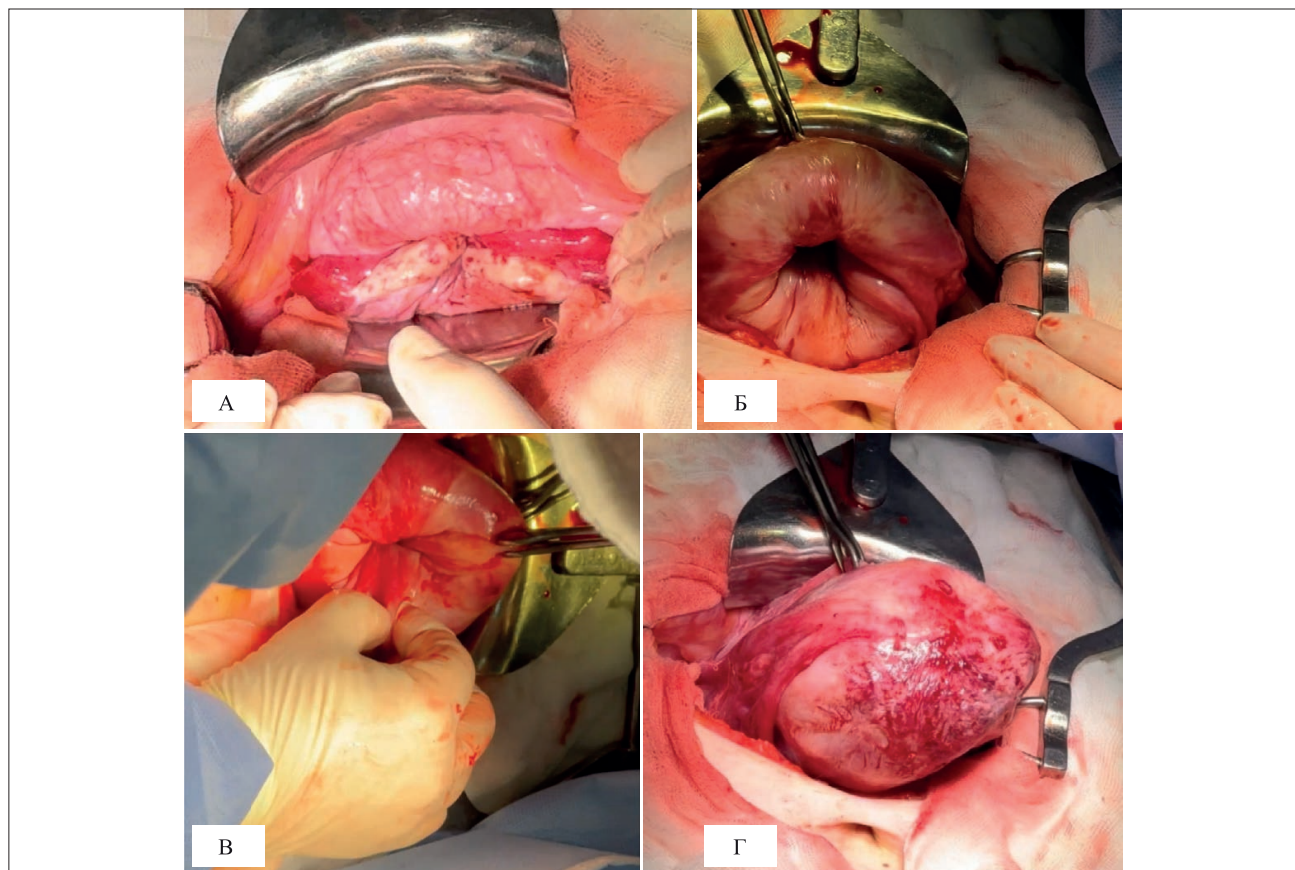


Рис. 1. Методика Хантінгтона (Huntington) для корекції вивороту матки: А, Б — візуалізація чаші, утвореної інверсією при лапаротомії; В — здійснення тяги вгору на вивернуте дно матки натягуванням затискачів; Г — репозиція матки

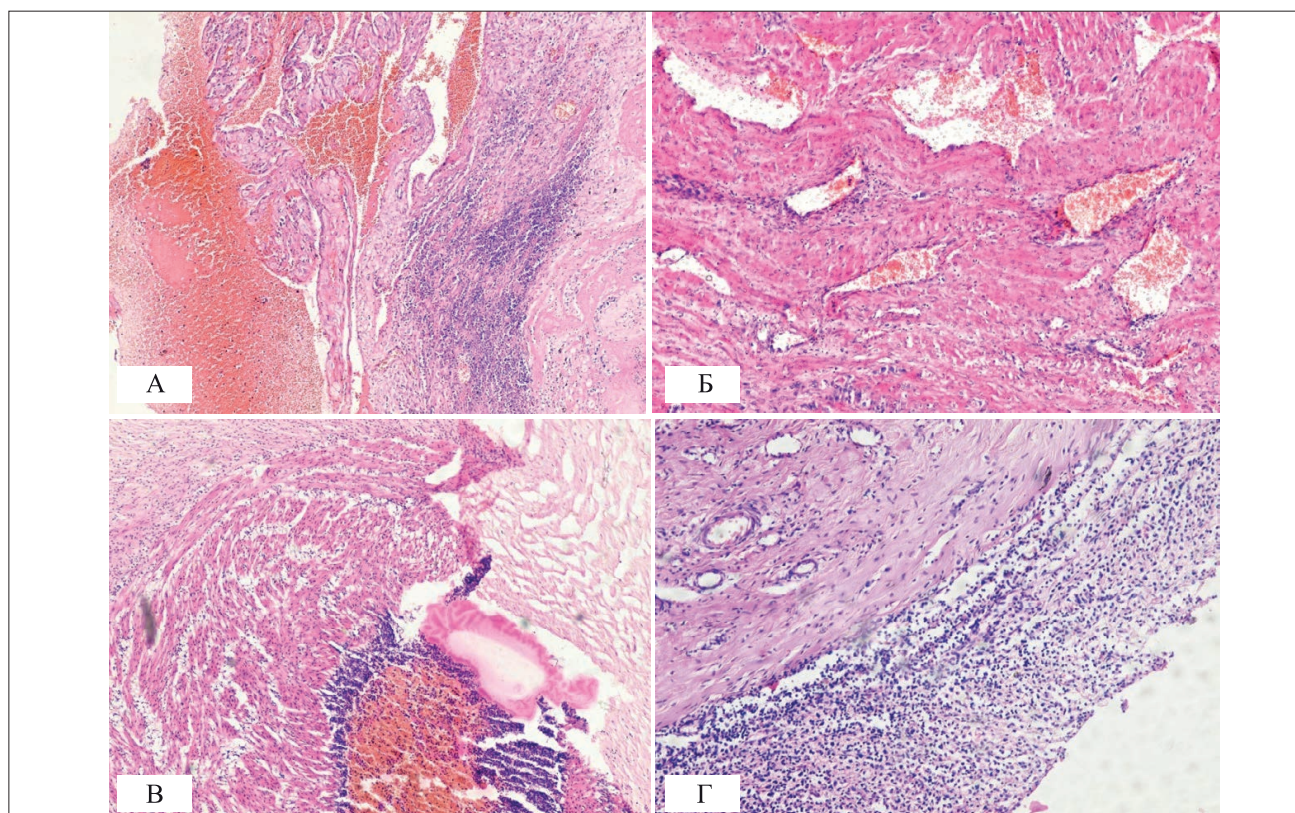


Рис. 2. Гістологія фрагментів стінки тіла матки та маткової труби. Забарвлення гематоксиліном і еозином. (А–В: зб. $\times 100$; Г: зб. $\times 200$): А — гнійно-некротичний децидуїт, Б — вогнищевий міометрит, В — вогнищевий гнійно-некротичний міометрит, Г — гнійний сальпінгіт

цію, ревізію та дренажування малого таза в умовах тотальної внутрішньовенної анестезії з інтубацією трахеї та штучною вентиляцією легень.

В асептичних умовах виконано лапаротомію нижньосерединним доступом. У малому тазу замість матки візуалізовано лійкоподібне утворення — виворіт матки (рис. 1А). Виявлено контракційне кільце із втягнутими лійко-газовими зв'язками (рис. 1Б). Проведено процедуру Хантінгтона (Huntington). Затискач наклали на кожну круглу зв'язку, що входить у чашу, глибиною приблизно 2 см до середини чаші (рис. 1В). Акуратне натягування затискачів забезпечувало тягу вгору на вивернуте дно матки. Затискання з кроком 2 см із наступним втягуванням повторювали, доки інверсія не була вправлена (рис. 1Г). Одночасно помічник рукою в піхві здійснював тиск на дно догори, щоб полегшити процедуру.

Враховуючи тривалість ішемізації 8 діб, наявність ділянок некрозу та виявлення втягнення до вивернутого тіла матки обох маткових труб з ознаками порушення в них трофіки, прийнято рішення про виконання тотальної гістеректомії з трубами. Загальна крововтрата становила 400 мл. Інтраопераційно здійснено гемотрансфузію 2 доз А(II) Rh(+) еритроцитарної маси, інфузійну терапію, введення розчину транексамової кислоти 1000 мг внутрішньовенно. Макропрепарат відправлено на патогістологічне дослідження.

За результатами гістологічного дослідження виявлено гнійно-некротичний децидуїт (рис. 2А), вогнищевий гнійно-некротичний міометрит у тілі матки (рис. 2Б); у шийці матки — хронічний цервіцит з ознаками паракератозу; маткові труби з мікротромбами, виражену лімфонеїтрофілну інфільтрацію, більше — у зовнішніх шарах м'язової оболонки (рис. 2В).

Післяопераційний період — без ускладнень. Жінку за її наполяганням виписано додому в задовільному стані з рекомендаціями на 4-ту добу післяопераційного періоду.

Обговорення

Особливістю описаного клінічного випадку повного *підгострого* післяпологового вивороту матки є надзвичайна рідкість його виникнення та невелика кількість описів таких випадків у науковій літературі, у зв'язку з чим у практичних лікарів можуть з'явитися чималі труднощі в лікуванні, зокрема хірургічному. Так, у нашої пацієнтки діагноз був встановлений лише на

8-му добу післяпологового періоду. Водночас надзвичайно важливим для максимально сприятливого прогнозу та уникнення необхідності в подальшій гістеректомії є вчасне виявлення та вправлення *гострого* вивороту матки, котрий відбувається відразу після пологів.

З описаного клінічного випадку, одним із факторів розвитку післяпологового вивороту матки, імовірно, було проведення ручної ревізії порожнини матки. За даними літератури, близько 60% випадків інверсії спричинені надмірною тракцією за пуповину і/або тиском на дно матки перед відділенням плаценти [15]. Іншими відомими факторами ризику гострого післяпологового вивороту матки є: коротка пуповина, крупний плід, аномальна плацентажія, стрімкі або тривалі пологи, тяжка прееклампсія, численні пологи, аномалії матки, пухлини (лейоміома) [6]. Однак слід пам'ятати, що фактори ризику наявні в менш ніж 50% випадків післяпологової інверсії матки [6].

Загалом діагноз післяпологового вивороту матки є клінічним і ґрунтується на ознаках і симптомах, які включають одне або кілька з наведених нижче: вагінальна кровотеча, біль унизу живота, рівна кругла маса, що виступає з шийки матки або піхви, гостра затримка сечі. Діагностика є більш простою за наявності повної інверсії матки, коли розвивається масивна післяпологова кровотеча, яка часто призводить до гіповолемічного шоку. Такі випадки є найпоширенішими з частотою близько 70% [5,15]. В інших випадках діагностика може бути утрудненою. Як видно з описаного нами клінічного випадку, відсутність сильної кровотечі та ретельного огляду дна матки в пацієнтки призвело до затримки виявлення інверсії матки, а визначення на 8-му добу післяпологового періоду вивернутого дна матки в піхву, що виходить за межі статевої щілини, лікарі помилково інтерпретували як фіброматозний вузол, що народжується. Також у літературі наголошено, що внаслідок пролапса додатки матки зближуються по середній лінії та можуть імітувати при пальпації наявність матки в малому тазі [18].

Міоматозний вузол, що народжується, є найчастішим патологічним станом для диференційної діагностики з виворотом матки. Фізикальне та ультрасонографічне дослідження дна матки дає змогу розрізнити ці дві патології: дно зазвичай нормальне при випадінні вузла, тоді у випадках інверсії матки дно відсутнє у своє-

му нормальному положенні або помітно деформоване (наприклад, у формі чаші та менше, ніж очікувалося). У наведеної нами пацієнтки трансабдомінальне УЗД органів малого таза на момент госпіталізації встановило відсутність тіла матки в малому тазі, зміщення зв'язкового апарату матки та додатків до центру та донизу, що, враховуючи 8-му добу післяпологового періоду, дані анамнезу та вагінального огляду, дало змогу встановити діагноз повного підгострого післяпологового вивороту матки IV ступеня.

Серед методів візуалізації для підтвердження діагнозу в гемодинамічно стабільних породілей, окрім УЗД, також може бути корисною магнітно-резонансна томографія (МРТ), за результатами якої маркерами виявляється U-подібна порожнина матки, потовщений і перевернутий сагітальний розріз дна матки й конфігурація «яблучко» на осьовому зображенні [11]. Рентгенологічні дослідження (УЗД і МРТ) також можуть допомагати хірургові планувати майбутній хірургічний доступ та обирати обсяг операції, особливо в рідкісних випадках непісляпологової інверсії матки [9]. «Золотим стандартом» терапії в пацієнток із *гострими* післяпологовим виворотом матки є зазвичай ручна репозиція матки (наприклад, маневр Джонсона) [26]. Однак залежно від клінічної ситуації для лікування можуть бути обрані й хірургічні методи корекції [26].

Швидке втручання є критично важливим, оскільки нижній матковий сегмент і шийка матки з часом скорочуються і створюють контракційне кільце, що ускладнює ручне вправлення, а вивернуті стінки матки втрачають пружність унаслідок інволюції. Крім цього, звуження (ущемлення) утвореного вульварного кільця може призводити до некрозу тканин та розвитку сепсису.

Враховуючи діагностований *підгострий* післяпологовий виворіт матки, у наведеному нами випадку проведено хірургічну корекцію за методикою Хантінгтона (Huntington), оскільки вона є менш інвазивною за розріз контракційного кільця [26]. Деінвагінація здійснюється шляхом підтягування вивернутого дна матки в бік черевної порожнини затискачами Allis або Babcock, накладеними на круглі зв'язки, до повного відновлення нормальної анатомії. Допускається накладання затискачів на міометрій, якщо неможливо ідентифікувати круглі зв'язки. За можливості, помічник рукою в піхві може тиснути на дно догори, щоб полегшити процедуру репозиції.

Якщо репозиція методом Хантінгтона (Huntington) не призвела до повного відновлення нормальної анатомії, застосовують методику Хаултайна (Haultain), яку назвав «абдомінальною гістеротомією», що передбачає розріз на задній поверхні матки довжиною приблизно 5–6 см, щоб збільшити розмір контракційного кільця. Хірургічне звільнення контракційного кільця має дозволити виконати ручну репозицію матки. Враховуючи ризик випадкової цистотомії, перевагу зазвичай надають задньому, а не передньому розрізу Осеґо. Ручне вправлення здійснюють через піхву або шляхом введення пальця абдомінально через міометріальний розріз нижче дна, а потім тиснуть на дно для вправлення інверсії. Як варіант, інверсію вправляють за допомогою методики Хантінгтона (Huntington), як описано вище. Розріз ушивають, коли матка повернута в нормальне анатомічне положення [26].

Опрацьована література дає змогу припустити, що інші методики хірургічної корекції, зокрема, вправлення гострої та хронічної інверсії матки лапароскопічно [20,21,24], потребують подальшого дослідження їхньої безпечності та ефективності.

Гістеректомія показана за наявності гангренозних, геморагічних і/або септичних змін у матці, а також за неможливості репозиції матки.

Висновки

Гостра післяпологова інверсія матки є надзвичайно рідкісним клінічним явищем в акушерській практиці, тому раннє розпізнавання цієї патології є складним завданням, особливо в разі вивороту I або II ступеня, коли він може імітувати міоматозний вузол, що народжується. Слід ретельно оцінювати ймовірність вивороту матки, незважаючи на його рідкість, у будь-якому випадку материнського колапсу за наявності таких ознак і симптомів, як післяпологова кровотеча, біль внизу живота і/або гладке кругле утворення, яке виступає з шийки матки або піхви.

Для максимально сприятливого прогнозу важлива не лише рання якісна діагностика, але й вчасне лікування з метою уникнення необхідності в гістеректомії.

У випадках підгострого та хронічного вивороту матки слід розглядати хірургічне лікування, оскільки вивернуті стінки матки мають знижену пружність унаслідок інволюції.

Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів.

References/Lітература

- Achanna S, Mohamed Z, Krishnan M. (2006). Puerperal uterine inversion: a report of four cases. *J Obstet Gynaecol Res.* 32(3): 341–345. doi: 10.1111/j.1447-0756.2006.00407.x.
- Baskett TF. (2002). Acute uterine inversion: a review of 40 cases. *J Obstet Gynaecol Can.* 24 (12): 953–956. doi: 10.1016/s1701-2163(16)30594-1.
- Bhalla R, Wuntakal R, Odejinmi F, Khan RU. (2009). Review acute inversion of the uterus. *Obstetrics and Gynecology.* 11 (1): 13–18. doi: 10.1576/toag.11.1.13.27463.
- Calder AA. (2000). Emergencies in operative obstetrics. *Baillieres Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 14 (1): 43–55. doi: 10.1053/beog.1999.0062.
- Chambrier C, Zayneh E, Pouyau A, Pacome JP, Bouletreau P. (1991). Uterine inversion: an anesthetic emergency. *Ann Fr Anesth Reanim.* 10 (1): 81–83. doi: 10.1016/S0750-7658(05)80275-8.
- Coad SL, Dahlgren LS, Hutcheon JA. (2017). Risks and consequences of puerperal uterine inversion in the United States, 2004 through 2013. *Am J Obstet Gynecol.* 217 (3): 377.e1–377.e6. doi: 10.1016/j.ajog.2017.05.018.
- Dali SM, Rajbhandari S, Shrestha S. (1997). Puerperal inversion of the uterus in Nepal: case reports and review of literature. *J Obstet Gynaecol Res.* 23 (3): 319–325. doi: 10.1111/j.1447-0756.1997.tb00852.x.
- Deneux-Tharoux C, Sentilhes L, Maillard F, Closset E, Vardon D, Lepercq J, Goffinet F. (2013). Effect of routine controlled cord traction as part of the active management of the third stage of labour on postpartum haemorrhage: multicentre randomised controlled trial (TRACOR). *BMJ.* 346: f1541. doi: 10.1136/bmj.f1541.
- Goncalves ER, Bezerra LRPS, Karbage SAL, Rocha AP. (2016). Inversão uterina não puerperal em paciente jovem por mioma parido gigante: relato de caso e revisão de literatura. *Rev Med UFC.* 56 (2): 58–62.
- Hostettler DR, Bosworth MF. (2000). Uterine inversion: a life-threatening obstetric emergency. *J Am Board Fam Pract.* 13 (2): 120–123. doi: 10.3122/15572625-13-2-120.
- Hsieh TT, Lee JD. (1991). Sonographic findings in acute puerperal uterine inversion. *J Clin Ultrasound.* 19 (5): 306–309. doi: 10.1002/jcu.1870190511. PMID: 1651349.
- Hu CF, Lin H. (2012). Ultrasound diagnosis of complete uterine inversion in a nulliparous woman. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 91 (3): 379–381. doi: 10.1111/j.1600-0412.2011.01332.x.
- Lipitz S, Frenkel Y. (1988). Puerperal inversion of the uterus. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 27 (3): 271–274. doi: 10.1016/0028-2243(88)90133-5.
- Mihmanli V, Kilic F, Pul S, Kilinc A, Kilickaya A. (2015). Magnetic resonance imaging of non-puerperal complete uterine inversion. *Iran Radiol.* 12 (4): e9878. doi: 10.5812/iranradiol.9878v2.
- Miras T, Collet F, Seffert P. (2002). Acute puerperal uterine inversion: two cases. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris).* 31 (7): 668–671.
- Morini A, Angelini R, Giardini G. (1994). Acute puerperal uterine inversion: a report of 3 cases and an analysis of 358 cases in the literature. *Minerva Ginecol.* 46 (3): 115–127.
- Mwinyoglee J, Simelela N, Marivate M. (1997). Non-puerperal uterine inversions. A two case report and review of literature. *Cent Afr J Med.* 43 (9): 268–271.
- Oboro VO, Akinola SE, Apantaku BD. (2006). Surgical management of subacute puerperal uterine inversion. *Int J Gynaecol Obstet.* 94 (2): 126–127. doi: 10.1016/j.ijgo.2006.04.037.
- Occhionero M, Restaino G, Ciuffreda M, Carbone A, Sallustio G, Ferrandina G. (2012). Uterine inversion in association with uterine sarcoma: a case report with MRI findings and review of the literature. *Gynecol Obstet Invest.* 73 (3): 260–264. doi: 10.1159/000334311.
- Sardeshpande NS, Sawant RM, Sardeshpande SN, Sabnis SD. (2009). Laparoscopic correction of chronic uterine inversion. *J Minim Invasive Gynecol.* 16 (5): 646–648. doi: 10.1016/j.jmig.2009.06.001. PMID: 19835813.
- Shepherd LJ, Shenassa H, Singh SS. (2010). Laparoscopic management of uterine inversion. *J Minim Invasive Gynecol.* 17 (2): 255–227. doi: 10.1016/j.jmig.2009.12.003. PMID: 20226420.
- Singh A, Ghimire R. (2020). A Rare Case of Chronic Uterine Inversion Secondary to Submucosal Fibroid Managed in the Province Hospital of Nepal. *Case Rep Obstet Gynecol.* 2020: 6837961. doi: 10.1155/2020/6837961.
- Thomson AJ, Greer IA. (2000). Non-hemorrhagic obstetric shock. *Baillieres Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 14 (1): 19–41. doi: 10.1053/beog.1999.0061.
- Vijayaraghavan R, Sujatha Y. (2006). Acute postpartum uterine inversion with haemorrhagic shock: laparoscopic reduction: a new method of management? *BJOG.* 113 (9): 1100–1102. doi: 10.1111/j.1471-0528.2006.01052.x. PMID: 16956343.
- Watson P, Besch N, Bowes WA Jr. (1980). Management of acute and sub-acute puerperal inversion of the uterus. *Obstet Gynecol.* 55 (1): 12–16.
- Wendel PJ, Cox SM. (1995). Emergent obstetric management of uterine inversion. *Obstet Gynecol Clin North Am.* 22 (2): 261–274.
- Witteveen T, van Stralen G, Zwart J, van Roosmalen J. (2013). Puerperal uterine inversion in the Netherlands: a nationwide cohort study. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 92 (3): 334–337. doi: 10.1111/j.1600-0412.2012.01514.x.

Відомості про авторів:

Кукураза Інна Леонідівна — к.мед.н., керівник Вінницького ОПЦ КНП «ВОКЛ ім. М.І. Пирогова ВОР». Адреса: м. Вінниця, вул. Пирогова, 46. Доц. каф. акушерства та гінекології №2 ВНМУ ім. М.І. Пирогова. Адреса: м. Вінниця, вул. Пирогова, 56; тел.: +38 (0432) 570-360. <https://orcid.org/0000-0003-0014-4904>.

Шрамко Ірина Валеріївна — зав. гінекологічного відділення КНП «ВОКЛ ім. М.І. Пирогова ВОР». Адреса: м. Вінниця, вул. Пирогова, 46. <https://orcid.org/0000-0003-4914-7161>.

Вознюк Андрій Вікторович — к.мед.н., лікар акушер-гінеколог КНП «ВОКЛ ім. М.І. Пирогова ВОР». Адреса: м. Вінниця, вул. Пирогова, 46. Доц. каф. акушерства та гінекології № 2 ВНМУ ім. М.І. Пирогова. Адреса: м. Вінниця, вул. Пирогова, 56; тел.: +38 (0432) 570-360. <https://orcid.org/0000-0003-0014-4904>.

Титаренко Наталія Василівна — к.мед.н., лікар анестезіолог КНП «ВОКЛ ім. М.І. Пирогова ВОР». Адреса: м. Вінниця, вул. Пирогова, 46. Доц. каф. анестезіології, інтенсивної терапії та медицини невідкладних станів ВНМУ ім. М.І. Пирогова. Адреса: м. Вінниця, вул. Пирогова, 56; тел.: +38 (0432) 570-360. <https://orcid.org/0000-0003-0192-1613>.

Банахевич Роман Михайлович — д.мед.н, проф. каф. акушерства та гінекології ДДМУ. Адреса: м. Дніпро, вул. В. Вернадського, 9; тел.: +38 (056) 766-48-05. <https://orcid.org/0000-0003-1031-0259>.

Літвінов Сергій Костянтинович — к.мед.н., доц. каф. акушерства та гінекології № 1 ВНМУ ім. М.І. Пирогова. Адреса: м. Вінниця, вул. Пирогова, 56; тел.: +38 (0432) 570-360. <https://orcid.org/0009-0000-0226-0074>.

Белінський Андрій Валерійович — заст. мед. директора з організації анестезіологічної допомоги та інтенсивної терапії КНП «ВОКЛ ім. М.І. Пирогова ВОР». Адреса: м. Вінниця, вул. Пирогова, 46. <https://orcid.org/0009-0001-6360-3955>.

Бевз Геннадій Вікторович — к.мед.н., доц. каф. анестезіології, інтенсивної терапії та медицини невідкладних станів ВНМУ ім. М.І. Пирогова. Адреса: м. Вінниця, вул. Пирогова, 56; тел.: +38 (0432) 570-360. <https://orcid.org/0000-0003-1257-4290>.

Стаття надійшла до редакції 05.03.2024 р.; прийнята до друку 15.06.2024 р.