

*Клиническая медицина*

## ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ БЕРЕМЕННОЙ ЖЕНЩИНЫ С ПЕРЕКРУТОМ КИСТЫ ПРАВОГО ЯИЧНИКА

**Абукеримова А.К.**

**Научный руководитель: д.м.н., доцент Фомина И. В.**

*ФГБОУ ВО Тюменский ГМУ Минздрава России, кафедра акушерства и гинекологии  
г. Тюмень*

**Ключевые слова:** киста, яичник, беременность

**Резюме:** Тактика ведения и лечения пациенток при перекруте придатков матки в полной мере зависит от срока беременности, а также сопутствующей патологии, как со стороны матери, так и плода.

**Resume:** The tactics of management and treatment of patients with uterine appendages torsion fully depends on the duration of pregnancy, as well as concomitant pathology, both from the mother and the fetus.

**Актуальность.** Киста яичника относится к доброкачественным новообразованиям. Согласно статистике, она обнаруживается у 30% пациенток с регулярным менструальным циклом и у 50% с нерегулярным. Данное заболевание требует постоянного наблюдения. В большинстве случаев оно протекает легко, и образование уже через месяц значительно уменьшается в размере или полностью исчезает [1].

Однако у некоторых женщин этого не происходит. Для избавления от кисты им нужно пройти медикаментозное или хирургическое лечение. Если этого не сделать, может возникнуть патологическое перекручивание ножки новообразования с дальнейшим нарушением в нем кровотока, что может привести к некрозу [3].

В медицинской практике перекрут придатков матки встречается довольно редко. Его частота составляет примерно 5-7% от всех острых гинекологических заболеваний. Чаще всего болезнь сочетается с крупными опухолями или кистами яичника, которые и становятся причиной перекрута [2]. Дополнительным фактором риска является беременность вследствие оттеснения яичников растущей маткой. Таким образом, целью работы явилось представление клинического случая ведения беременной женщины с перекрутом правого яичника [4].

**Цель:** Представление клинического случая ведения беременной женщины с перекрутом кисты правого яичника.

**Задачи:** Проанализировать клинический случай у пациентки с перекрутом кисты правого яичника при доношенной беременности и определить тактику ведения.

**Материалы и методы исследования.** Была проанализирована история родов, а также индивидуальная карта беременной и родильницы.

**Результаты исследования.** Беременная А., 33 г., переведена из ГБУЗ ТО «ОКБ № 2», где находилась на стационарном лечении по поводу обструктивной уропатии, в ПЦ

*Клиническая медицина*

г. Тюмени 06.04.2018 г., 14:15 в экстренном порядке по поводу ложных схваток после 37 недель беременности с жалобами на тянущие боли внизу живота.

Менструации с 14 лет по 7 дней, через 28 дней, регулярные, безболезненные, умеренные. Последние менструации 21.07.2017. Половая жизнь с 19 лет.

Данная беременность вторая по счету. Первая беременность в 2012 г. закончилась срочными оперативными родами в 42 недели по поводу слабости родовой деятельности, операция и послеоперационный период со слов протекал без особенностей.

Состояла на учете в женской консультации (ЖК) с 9 недель беременности. Течение беременности осложнилось в 11 недель - кольпитом (лечен амбулаторно), 13 нед – первичный субклинический гипотиреоз, получала терапию левотироксином по рекомендации эндокринолога, в 22 нед – ложные схватки до 37 недель беременности (амбулаторное лечение-утрожестан интравагинально); с 26 недель отмечена чрезмерная прибавка, острый ринофарингит; в 36 нед – гидронефроз справа.

За беременность были проведены следующие ультразвуковые исследования (УЗИ):

УЗИ скрининг 1 от 19.10.2017 г.: беременность соответствует сроку 12-13 недель.

УЗИ скрининг 2 от 12.12.2017 г.: Беременность (по данным фетометрии): 20 недель и 1 день. ХМ «Гипоплазия носовой кости». Назначена внеочередная консультация лечащего врача, консультация генетика.

УЗИ скрининг 3 от 17.02.2018 г.: Беременность (по данным фетометрии) 29 недель и 3 дня. Головное предлежание.

Анамнез: 22.03.2018 г. в сроке беременности 33-34 недели обратилась в п/о ОКБ №2 с жалобами на боли в правом боку, отмечала тошноту, головокружение, слабость. Осмотрена урологом, выполнено УЗИ органов малого таза - диагностирована киста правого яичника размером 8 см, отпущена на амбулаторное лечение. На фоне лечения - улучшение не отмечала. 23.03.2018 г. в связи с усилением болевого синдрома повторно обратилась в п/о ОКБ №2, госпитализирована в урологическое отделение. С 23.03.2017 г. по 28.03.2017 г. находилась в стационаре ГБУЗ ТО «ОКБ №2», где была осмотрена совместно с заведующим урологического отделения и акушер-гинекологом и поставлен следующий диагноз: «Обструктивная уропатия беременных справа. Гидронефроз правой почки. Почечная колика справа. Беременность 33-34 нед. Киста яичника».

Однако, 05.04.18 г. вновь повторился эпизод болей в правой половине живота с иррадиацией в поясницу колюще-режущего характера и в 21:00 была доставлена бригадой скорой помощи в ГБУЗ ТО ПЦ г. Тюмени. После исключения акушерской патологии и консультации уролога, был рекомендован перевод в ОКБ № 2 в п/о, где осмотрен урологом совместно с заведующим урологического отделения, гинекологом. Госпитализирована в у/о с диагнозом камни почек с камнями мочеточника. Обструктивная уропатия беременных справа. Гидронефроз справа. Почечная колика справа. Выраженный болевой синдром. Беременность 36-37 недель. Проведена цистоскопия под м/а, установлен мочеточниковый катетер № 4, на фоне лечения сохранялся болевой синдром.

*Клиническая медицина*

06.04.2018. Переводится в отделение патологии берем ОПЦ г. Тюмень после консервативного лечения и с рекомендациями.

При поступлении в ПЦ:

Объективно: состояние удовлетворительное, кожные покровы физиологической окраски, язык чистый, влажный; в легких – дых везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритм-правильный. Пульс-180 в мин, ритмичный. АД 110/70 мм.рт.ст. на обеих руках. Живот увеличен беременной маткой, овоидной формы. Симптом «поколачивания» отрицательный с 2х сторон. Молочный железы без особенностей. Отеков – нет. Мочеиспускание-свободное. Стул – не изменен.

Гинекологический статус: НПО-сформированы правильно, оволосенение по женскому типу. Шейка матки укорочено, отклонено кзади. Р, V: шейка размягчена, укорочено длиной до 1,5 см, цервик канал проходим до 2,5 см, плодный пузырь – наливается? Предлежит тазовый конец плода, подвижен над входом в малый таз, матка реагирует на осмотр. Выделения светлые, мыс не достигим, экзостозов нет. ЧСС 150 в минуту. Область рубца матке без особенностей.

Д/з при поступлении: ложные схватки с 37 недель. Тазовое предлежание. ОАА. Рубец на матке (1). Обструктивная уропатия беременных справа. Гидронефроз справа. Почечная колика справа.

УЗИ БП: Заключение: ЭХО-признаки холецистолитиаза. Расширение ЧЛС справа.

УЗИ ОМТ: Маточная беременность 37 недель. Киста правого яичника, визуализация в данной проекции затруднена, кровоток в кисте четко не определяется, поэтому нельзя исключить перекрут кисты.

Заключительный диагноз: ложные схватки с 37 недель. Тазовое предлежание.

ОАА. Рубец на матке (1). Обструктивная уропатия беременных справа. Гидронефроз справа. Почечная колика справа. Выраженный болевой синдром. Состояние после стентирования правой почки от 06.04.2018.

Решено родоразрешить женщину путем операции КС в экстренном порядке 06.04.18 г., учитывая ПРПО; ОАА (2012 г. – срочные оперативные роды по поводу слабости родовой деятельности, жив. Муж. 3800 гр.); рубец на матке после КС, а также отсутствие готовности организма к родам. На операции на 3 минуте за паховый сгиб был извлечен живой доношенный ребенок мужского пола в удовлетворительном состоянии с оценкой по шкале Апгар в конце 1 минуты 8 баллов, через 5 минут 8 баллов. При ревизии придатков обнаружено, правые придатки синюшно-багрового цвета, определяется перекрут кисты правого яичника вместе с маточной трубой, размерами 8\*6\*4 см, выполнена аднексэктомия в пределах здоровых тканей.

Заключительный диагноз: Срочные оперативные роды 2 в 37 недель. Чисто ягодичное предлежание. ОАА. Рубец на матке. Преждевременный разрыв плодных оболочек. Обструктивная уропатия беременных справа. Правосторонний гидронефроз почки у матери. Состояние после стентирования правой почки от 06.04.18. Первичный субклинический гипотиреоз. Кесарево сечение в нижнем сегменте по Дерфлеру. Аднексэктомия справа. Кровопотеря 600 мл.

*Клиническая медицина*

Послеоперационный период протекал без особенностей. Выписана из отделения на 4 сутки в удовлетворительном состоянии.

**Выводы:** При дифференциальной диагностике причин острого живота у женщин во время беременности, необходимо принимать во внимание возможность возникновения перекрута придатков матки, даже при отсутствии патологии маточной трубы и яичника в анамнезе. Тактика лечения в полной мере зависит от срока беременности, а также сопутствующей патологии, как со стороны матери, так и плода.

**Литература**

1. Баринов С.В. К вопросу об оперативном лечении доброкачественных новообразований яичников при беременности / С. В. Баринов, О.В. Лазарева, Б. В. Корнеев, Л.Л. Шкабарня, М.В. Гребенюк, Е.А. Рощупкина, А.В. Белокопытова, П.И. Сорокин // Журнал акушерства и женских болезней 2015 Том 64, No 4 С 13-20
2. Чернова А.Л. Острая хирургическая патология у беременных / А.Л. Чернова, Н.С. Созонова, И.П. Лазарев, И.И. Кукарская, А.Н. Коваленко // Университетская медицина Урала 2015 Том 1, No 2-3 (2) С 65-67
3. Passarinho R. M. Adnexal torsion in third trimester of pregnancy / R. M. Passarinho, E. Afonso, L. Reis, I. S. Silva // BMJ Case Rep 2012 No 10 P 1136-1139
4. Fouedjio J. H. Torsion of uterine appendages during pregnancy: report of a case at Yaoundé Central Hospital, Cameroon // The Pan African medical journal 2014 No 17 P 39-43