

## СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ

## «ОСТРЫЙ ЖИВОТ» ПРИ ДОНОШЕННОЙ БЕРЕМЕННОСТИ ВСЛЕДСТВИЕ ПЕРЕКРУТА ПРИДАТКОВ МАТКИ

Л. М. Небышинец<sup>1</sup>, М. Л. Тесакова<sup>1</sup>, А. Н. Кручинская<sup>1</sup>, М.А. Терехович<sup>2</sup>, С. А. Пантелеева<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Институт повышения квалификации и переподготовки кадров здравоохранения

УО «Белорусский государственный медицинский университет»

<sup>2</sup> УЗ «Клинический родильный дом Минской Области»

### Реферат

*Цель исследования.* Представление клинического случая оказания медицинской помощи беременной с перекрутом придатков матки.

*Материал и методы.* Материалом исследования явилась история родов, индивидуальная карта беременной и родильницы.

*Заключение.* «Острый живот» при доношенной беременности встречается в акушерской практике и требует от врача-акушера-гинеколога высокой настороженности в дифференциальной диагностике заболеваний, имеющих схожие между собой симптомы и синдромы, для правильного выбора тактики лечения.

*Ключевые слова:* острый живот, яичник, придатки матки, доношенная беременность, кесарево сечение.

### "ACUTE ABDOMEN" IN FULL-TERM PREGNANCY DUE TO TORSION OF THE UTERINE APPENDAGES

L. M. Nebyshinetz<sup>1</sup>, M. L. Tesakova<sup>1</sup>, A. N. Kruchinskaya<sup>1</sup>, M. A. Terekhovich<sup>2</sup>, S. A. Panteleyeva<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Institute for Advanced Training and Retraining of Healthcare Personnel

Educational Institution "Belarusian State Medical University"

<sup>2</sup>Healthcare Institution "Clinical Maternity Hospital of Minsk Region"

### Abstract

*Objective.* Presentation of a clinical case of management of a pregnant woman with torsion of the appendages.

*Material and methods.* The material of the study was the history of childbirth, as well as an individual card of a pregnant woman and a puerperal with a clinical case.

*Conclusion.* This pathology occurs in obstetric practice and requires the obstetrician-gynecologist to be highly vigilant in differentiating diseases, identifying differences among similar symptoms and syndromes in various diseases and, accordingly, the correct treatment tactics.

*Key words:* acute abdomen, ovary, appendages, term pregnancy, caesarean section.

Термин «острый живот» объединяет группу заболеваний органов брюшной полости, возникающих остро и требующих лечения экстренным хирургическим вмешательством. Согласно литературным данным в акушерской практике операции по поводу «острого живота» производятся примерно у 0,2 % беременных [1].

В практической работе врача-акушера-гинеколога диагностика «острого живота» значительно затруднена из-за разнообразия возможных причин и фонового состояния – беременности. Симптоматика, обычно типичная в ранние сроки беременности, может стать весьма стертой в поздние сроки и в родах [1]. Трудности диагностики возрастают при поздних сроках беременности и в родах, что неизбежно оказывает влияние на своевременность операции и является ключевым моментом в ухудшении прогноза для матери и плода. Объясняется это не только изменением топографии органов брюшной полости, но и гормональным, и иммунологическим статусами беременной, изменяющими реакцию организма на течение

воспалительного процесса. Из-за увеличенной матки происходит дополнительное растяжение брюшины и смещение кишечника вверх, что не приводит к возникновению типичного болевого синдрома. Также во время беременности происходят изменения в кровеносных и лимфатических сосудах матки и таза, что создает благоприятные предпосылки для тромбообразования и распространения воспалительного процесса брюшной полости.

Летальность у беременных при различных заболеваниях группы «острого живота» значительно выше, чем у небеременных, хотя статистически достоверных современных сведений об этом практически нет [2].

Наиболее частым показанием к операции по поводу «острого живота» является патология органов желудочно-кишечного тракта: аппендикса (до 90 % случаев «острого живота» при беременности), желчного пузыря и поджелудочной железы, желудка, кишечника. Симптомы «острого живота» могут провоцировать также гинекологические заболевания у беременных

(перекрут ножки измененных и неизмененных придатков матки, разрыв кисты яичника, нарушения трофики миоматозных узлов, внутренние кровотечения и т.п.), различные осложнения беременности, родов и послеродового периода (преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты, угрожающий и совершившийся разрыв матки).

«Острый живот» может быть связан с частичным или полным перекрутом придатков матки (N 83.5 Перекручивание яичника, ножки яичника и маточной трубы), который по данным литературы встречается у 5 % беременных [3]. При размере образования от 6 до 8 см вероятность перекрута достигает 22 %, в 60 % происходит в интервале от 10 до 17 недель беременности. После 20 недель беременности вероятность перекрута не превышает 6 % [4].

**Цель исследования** – представление клинического случая ведения и родоразрешения женщины с доношенной беременностью двойней и перекрутом придатков матки.

#### Материалы и методы исследования

Была проанализирована история родов, а также индивидуальная карта беременной и родильницы.

#### Результаты исследования и их обсуждении

Беременная Ж., 36 лет, направлена в учреждение здравоохранения «Клинический родильный дом Минской области» (УЗ «КРДМО») для дородовой госпитализации с диагнозом: Дихориальная диамниотическая двойня. Сахарный диабет, развившийся во время беременности, класс А1, компенсация. Беременность VI в сроке 37–38 недель. Варикозное расширение вен нижних конечностей, С3. 01.06.2022 в 10.15 госпитализирована в акушерское отделение патологии беременности УЗ «КРДМО» в сроке 37–38 недель. При поступлении жалоб не предъявляла. Менструальный анамнез без особенностей. Последняя менструация 03.09.2021. Половая жизнь с 16 лет. Данная беременность 6-ая по счету. Первые четыре беременности (2005, 2007, 2013, 2015) завершились срочными родами без осложнений. В 2016 году – медикаментозный аборт. На учете в женской консультации состояла с 11–12 недель беременности. Осложнения беременности: в сроке 11–12 и 20 недель – кандидозный вагинит (лечение амбулаторное – препараты для влагалищного введения – свечи пимафуцин, румизол), с 28 недель выставлен сахарный диабет, развившийся во время беременности, класс А1, компенсация, в 32–33 недели стационарное лечение (критический срок по невынашиванию беременности при двойне), в 36–37 недель – анемия легкой степени (препараты железа для приема внутрь – ферронал). За беременность были проведены пять ультразвуковых исследований плодов и органов малого таза. УЗИ скрининг 1-й от 06.12.2021: дихориальная диамниотическая двойня, беременность 12 недель. УЗИ скри-

нинг 2-й от 07.02.2022: дихориальная диамниотическая двойня, срок беременности 1-го плода – 20 недель 4 дня, 2-го плода – 20 недель 6 дней. УЗИ от 09.04.2022: дихориальная диамниотическая двойня, срок беременности 1 плода – 29 недель 5 дней, 2 плода – 30 недель 2 дня. УЗИ скрининг 3-й от 04.05.2022: дихориальная диамниотическая двойня, срок беременности 1 плода – 33 недели 1 день, 2 плода – 33 недели 2 дня. УЗИ от 04.05.2022: дихориальная диамниотическая двойня. Беременность 38–39 недель.

Беременная 03.06.2022 в 18.30 обратилась к дежурному врачу-акушеру-гинекологу с жалобами на тянущие боли внизу живота, больше справа, иррадиирующие в правую поясничную область, однократную рвоту, тошноту, общую слабость. Объективно: состояние удовлетворительное. Кожа розовая, видимые слизистые розовые. Язык чистый, влажный. Молочные железы мягкие. Отмечается варикозное расширение вен на голених, голеностопных суставах. Отеков нет. Температура тела 36,6°С. АД 115/70 мм рт. ст. на обеих руках. Сердечные тоны ясные, ритмичные, пульс 88 уд/мин. Дыхание в легких везикулярное, хрипов нет. Живот увеличен за счет беременности, матка при пальпации возбуждена, безболезненная. При пальпации живота отмечается незначительная болезненность в правой подвздошной области. Живот не напряжен, не вздут. Симптом раздражения брюшины не определяются. Симптом поколачивания сомнительный справа, отрицательный слева. Мочеиспускание свободное, безболезненное. Стул был 03.06.2022, нормальный. Схваток нет. Положение плодов продольное. Предлежит головка I плода, прижата ко входу в малый таз. II плод в головном предлежании. Сердцебиение обоих плодов 140–130 уд/мин, ритмичное. Выделения из половых путей слизистые умеренные. Осмотр влагалища и шейки матки в зеркалах: слизистая влагалища чистая, шейка матки чистая, выделения слизистые умеренные. Бимануальное влагалищное исследование: влагалище рожавшей через естественные родовые пути. Шейка матки центрирована, длиной 2 см, мягкая, цервикальный канал проходим на всем протяжении для 2 см. Плодный пузырь цел. Предлежит головка первого плода, не отталкивается. Лонное сочленение свободно. Крестцовая впадина свободна. Стенки таза гладкие, мыс не достигается.

Выставлен диагноз: Ложные схватки? Почечная колика? Острый аппендицит? Беременность VI в сроке 39 недель (273 дня). Дихориальная диамниотическая двойня. Сахарный диабет, развившийся во время беременности, класс А1, компенсация. Варикозное расширение вен нижних конечностей, С3.

#### Результаты лабораторных и инструментальных исследований:

Общий анализ крови: лейкоциты  $10,38 \times 10^9$ /л, эритроциты  $4,37 \times 10^{12}$ /л, гемоглобин 113 г/л, тромбоциты  $179 \times 10^9$ /л, СОЭ 22 мм/час, палочкоядерные 7 %, сегментоядерные 75 %, моноциты 3 %, лимфоциты 14 %, эозинофилы 1 %. Общий анализ мочи: pH 7,0, удель-

ный вес 1015, плоский эпителий 2–3 в поле зрения, лейкоциты 2–3 в поле зрения. КТГ I плода: ЧСС – 134 уд/мин, вариабельность – 14,5 уд/мин, критерии Доуза-Редмана соблюдены к 10 минуте. КТГ II плода: ЧСС – 140 уд/мин, вариабельность – 15,8 уд/мин, критерии Доуза-Редмана соблюдены к 10 минуте. ЭКГ: ритм синусовый. Вертикальная электрическая ось сердца. ЧСС – 88 уд/мин.

С учетом жалоб, данных объективного осмотра, лабораторного и инструментального исследований, консилиумом проводился дифференциальный диагноз с почечной коликой, острым аппендицитом, преждевременной отслойкой нормально расположенной плаценты, ложными схватками. Учитывая сложившуюся клиническую ситуацию, консилиумом решено продолжить динамическое наблюдение, контроль лабораторных исследований.

В 20.40 в связи с ухудшением общего состояния беременной собран повторный консилиум. Жалобы на усиление боли в животе, больше справа, общую слабость. Рвоты не было. Беременная лежит в кровати в «вынужденном положении» на левом боку с подтянутыми к животу ногами. Шевеления плодов ощущает хорошо. Кожа и слизистые чистые, бледные. Язык влажный, у корня обложен белым налетом. Температура тела 36,8 °С. АД 110/70 мм рт. ст. на обеих руках. Сердечные тоны ритмичные, пульс 94 уд/мин. Дыхание в легких везикулярное, хрипов нет. Матка при пальпации возбудима, безболезненная. Живот при пальпации болезненный в правой подвздошной и паховой области. Симптом Щеткина-Блюмберга, Образцова положительный. Симптом поколачивания сомнительный справа, отрицательный слева. Не мочилась. Стула не было, газы не отходили. Схваток нет. Положение плодов продольное. Предлежит головка I плода, прижата ко входу в малый таз. Сердцебиение обоих плодов 140–130 уд/мин, ритмичное. Выделения из половых путей слизистые умеренные. Осмотр влагалища и шейки матки в зеркалах: слизистая влагалища чистая, шейка матки чистая, выделения слизистые умеренные. Бимануальное влагалищное исследование: влагалище рожавшей через естественные родовые пути. Шейка матки центрирована, длиной 2 см, мягкая, цервикальный канал проходим на всем протяжении для 2 см. Плодный пузырь цел. Предлежит головка первого плода, не отталкивается. Лонное сочленение свободно. Крестцовая впадина свободна. Стенки таза гладкие, мыс не достигается. Смещение шейки матки в стороны болезненные.

Лабораторный мониторинг: общий анализ крови и общий анализ мочи без изменений; маркеры острой фазы воспаления в биохимическом анализе крови СРБ – 1,5 мг/л (норма 0,0–10,0), в коагулограмме фибриноген – 5,85 г/л (норма 3,0–6,1).

Учитывая жалобы, ухудшение общего состояния, клиническую картину, выставлен диагноз: Острый перитонит. Беременность VI в сроке 39 недель (273) дня. Дихориальная диамниотическая двойня. Сахарный диабет, развившийся во время беременности, класс

A1, компенсация. Варикозное расширение вен нижних конечностей, СЗ.

Учитывая сложившуюся клиническую картину, консилиумом решено произвести экстренное оперативное лечение в объеме кесарева сечения и диагностической ревизии органов брюшной полости и малого таза с целью выявления источника перитонита.

Первым этапом выполнено кесарево сечение в нижнем сегменте матки. На 2-ой минуте извлечен за головку I ребенок массой 2460 г и длиной 48 см, с оценкой по шкале Апгар 8/8 баллов. Через минуту после первого за головку извлечен II ребенок массой 2620 г и длиной 50 см, с оценкой по шкале Апгар 8/8 баллов.

Вторым этапом операции выполнена диагностическая ревизия органов брюшной полости и малого таза. Обнаружено, что правые придатки матки представлены единым конгломератом синюшно-багрового цвета размерами 80x70x50 мм. Определяется перекрут правых придатков матки (яичника вместе с правой маточной трубой) трижды вокруг своей оси (рис. 1).

Выполнена правосторонняя аднексэктомия. Левый яичник размерами 80x50x60 мм, с множеством кистозных образований от 5 мм до 30 мм. Произведена клиновидная резекция левого яичника. Аппендикс, петли тонкого и толстого кишечника, париетальная и висцеральная брюшина без видимой патологии, при пальпации край печени гладкий. Выпота в брюшной полости нет. Произведено дренирование брюшной полости и малого таза. Кровопотеря во время операции составила 800 мл.

Диагноз после операции: Роды V срочные оперативные в сроке 39 недель (273) дня. Дихориальная диамниотическая двойня. Перекручивание яичника, ножки яичника и маточной трубы. Сахарный диабет, развившийся во время беременности, класс A1, компенсация. Варикозное расширение вен нижних конечностей, СЗ.



Рисунок 1. Перекрут правых придатков матки интраоперационно

Послеоперационный послеродовой период протекал без осложнений. Выписана на 14-е сутки в удовлетворительном состоянии под наблюдение врача акушера-гинеколога женской консультации. Оба новорожденных определены в группу здоровья II.

Гистологическое исследование:

1 – ткань яичника с выраженным отеком, субтотальной потерей гистоархитектоники, распространенным геморрагическим пропитыванием, кистозной атрезией фолликулов. Маточная труба, в том числе периферическая брыжейка, с сохраненной гистоархитектоникой, слабо выраженной круглоклеточной инфильтрацией, очаговыми кровоизлияниями, резко выраженным венозным полнокровием, краевым стоянием лейкоцитов в сосудах;

2 – яичник с физикальными изменениями (гравидарным желтым телом, кистозной атрезией фолликулов); фолликулярная киста с лютеинизацией.

### Выводы

«Острый живот» во время беременности имеет нетипичную клиническую картину с преобладанием местных симптомов перитонита над общими.

Специфические лабораторные маркеры воспаления не показательны при клинической картине «острого живота» у женщин с многоплодной доношенной беременностью.

Необходимо иметь в виду, что причиной «острого живота» при доношенной беременности может явиться перекрут придатков матки, даже при отсутствии в анамнезе объемных образований яичников и маточных труб, в том числе по результатам предыдущих УЗИ-исследований.

Своевременная диагностика «острого живота» при доношенной беременности и двухэтапность оперативного вмешательства с выполнением кесарева сечения на первом этапе дают возможность сохранить репродуктивную функцию женщины.

### Список литературы

1. Кох Л. И., Степанов И. А. Острый живот в акушерстве: Методическое пособие. – Томск, 2002. – 39с.
2. Джуманов Б., Абдурахманова К., Ким В. Острый аппендицит при беременности. Самое частое заболевание, приводящее к острому животу при беременности // Журнал вестник врача – 2014– 1– С.77-78.
3. Абукеримова А.К. Тактика ведения беременной женщины с перекрутом кисты правого яичника // Фундаментальная наука в современной медицине – 2019 – С.258-262.
4. Доброхотова Ю.Э., Паяниди Ю.Г., Боровкова Е.И., Морозова К.В., Нагайцева Е.А., Арутюнян А.М. Злокачественные опухоли яичников у беременных // Русский медицинский журнал – 2019 – 6 – С.45-52.

Поступила: 14.04.2025 г.

Принята в печать: 21.05.2025 г.