

## СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ

## ПЕРЕКРУЧИВАНИЕ МАТКИ

Н. И. КИСЕЛЕВА<sup>1</sup>, И. М. АРЕСТОВА<sup>1</sup>, Т. А. РОМАНОВСКАЯ<sup>2</sup>, А. И. БУСЕНКО<sup>2</sup>,  
Т. Г. ЛИКСИНА<sup>2</sup>, О. А. ПРЕСНЯКОВА<sup>2</sup>

УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский университет»<sup>1</sup>,  
УЗ «Витебский городской клинической родильный дом №2»<sup>2</sup>

**Реферат**

В статье приведен клинический случай перекручивания матки у пациентки с миомой матки больших размеров в менопаузе. Данная патология встречается редко и диагностируется, как правило, при проведении оперативного вмешательства по поводу основного заболевания.

**Ключевые слова:** миома матки больших размеров, менопауза, перекручивание матки.

Поворот матки – это не самостоятельное заболевание, а проявление какого-либо патологического состояния, приводящего к смещению органа. Различают две разновидности поворота матки: ротацию и торсию.

Ротация – это поворот всей матки вместе с шейкой вокруг продольной оси. Он может происходить справа налево и слева направо. Способствуют этой патологии воспаление связок, проходящих от матки к крестцу, или других органов малого таза, опухоли матки и спайки в малом тазу.

Торсия (перекручивание) матки представляет собой поворот матки вдоль своей продольной оси при фиксированной шейке. Местом поворота является шейка матки. Причиной перекручивания матки может быть наличие одностороннего овариального образования (киста, кистоза) или подбрюшинно расположенного миоматозного узла, при котором матка приобретает неправильную форму, резко изменяется топография круглых связок и маточных труб. Перекручивание матки может происходить также в результате рубцового сморщивания и одностороннего укорочения заднего листка широкой связки матки или образования спаек вокруг матки, тянущих правую или левую половину матки, поворачивая ее вокруг продольной оси.

Перекручивание матки может развиваться постепенно, характерные клинические симптомы осложнения могут при этом отсутствовать, в связи с чем данная патология обнаруживается лишь в процессе оперативного вмешательства.

В литературе описано 220 случаев данной патологии, причиной которых в 2/3 случаев оказались миомы матки, в 1/3 - опухоли яичников и лишь в одном случае – спайки в малом тазу.

Перекручивание матки встречается редко, и представляемый нами случай из практики имеет, на наш взгляд, определенный интерес для клиницистов.

Пациентка В., 1945 года рождения, поступила в учреждение здравоохранения «Витебский городской клинический родильный дом №2» 15 февраля 2014 г. в 15.20 с жалобами на боли в животе, которые появи-

лись в 6.00 и постепенно усиливались. Тошноты, рвоты, повышения температуры не было. Лекарственные средства не принимала.

15 февраля 2014 года пациентка осмотрена врачом хирургом: острой хирургической патологии не выявлено. При проведении ультразвукового исследования органов брюшной полости выявлено образование брюшной полости неясного происхождения. В общем анализе крови гемоглобин – 18<sup>6</sup> г/л, лейкоциты – 9,7х10<sup>9</sup>/л, палочкоядерные – 5%, сегментоядерные – 85%, лимфоциты – 9%, моноциты – 1% диагнозом миома матки больших размеров. Нарушение питания миоматозного узла? Саркома матки? Менопауза 10 лет.» Машинной скорой помощи пациентка транспортирована в гинекологическое отделение УЗ «Витебский городской клинический родильный дом №2».

Из анамнеза: из перенесенных заболеваний отмечает ОРВИ, тиреотоксикоз (принимает мерказолил). Аллергоанамнез не отягощен. Оперативных вмешательств и гемотрансфузий не было.

Из гинекологических заболеваний отмечает эрозию шейки матки (проводилась диатермоэлектрокоагуляция), миому матки.

Последняя менструация 10 лет назад. В течение 7 лет врача акушера-гинеколога не посещала. Боли в животе, кровянистые выделения из половых путей не беспокоили.

При поступлении в гинекологическое отделение состояние пациентки средней тяжести. Кожный покров бледно-розовый, чистый. Лимфоузлы, доступные для пальпации, не увеличены. Молочные железы мягкие, соски чистые. Температура тела 36,6° С.

В легких дыхание везикулярное, частота дыхания 24 в минуту. Сердце – тоны приглушены, ритмичные. Пульс 100 ударов в минуту, ритмичный, нормального наполнения и напряжения.

Язык сухой, обложен белым налетом. Живот увеличен в объеме за счет образования, доходящего до мечевидного отростка, плотный, болезненный при пальпации. Симптом Щеткина-Блумберга слаболо-

жительный в нижних отделах живота. Печень у края реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Симптом поколачивания поясницы в области проекции почек отрицательный с обеих сторон. Стул, диурез в норме. Выделений из половых путей не видно.

Произведено гинекологическое исследование. Оволение по женскому типу. Наружные половые органы развиты правильно. Уретра, парауретральные ходы, выводные протоки бартолиновых желез без особенностей.

При осмотре в зеркалах влагалище рожавшей, шейка матки цилиндрической формы, чистая, выделения скудные, светлые.

При влагалищном исследовании шейка матки цилиндрической формы, длиной до 2,0 см, наружный зев закрыт.

При бимануальном исследовании в брюшной полости определяется плотное образование, достигающее до мечевидного отростка, болезненное при пальпации, малоподвижное. Матка и придатки отдельно не пальпируются. Выделения скудные, светлые.

При ректальном исследовании ампула прямой кишки свободная, слизистая гладкая, подвижная, крови на перчатке нет.

Проведено срочное лабораторное обследование. Анализ крови общий: эритроциты –  $5,1 \times 10^{12}/л$ , гемоглобин – 172 г/л, гематокрит – 0,52, цветной показатель – 1,02, тромбоциты  $162 \times 10^9/л$ , лейкоциты –  $10,6 \times 10^9/л$ , п – 3%, с – 80%, л – 13%, м – 2%, э – 2%, СОЭ – 2 мм/ч.

Биохимический анализ крови: белок общий – 80 г/л, глюкоза – 7,9 ммоль/л, билирубин – 11,5 мкмоль/л, мочевины – 7,4 ммоль/л, АлАТ – 18 Ед/л, АсАТ – 19 Ед/л, калий – 3,8 ммоль/л, хлориды – 102 ммоль/л.

Коагулограмма - АЧТВ – 50 сек, ПТИ – 0,8, фибрин – 17 мг, фибриноген А – 3,77 г/л, фибриноген В – отрицательный, МНО – 1,3.

Анализ мочи общий: светло-желтая, прозрачная, удельный вес 1015, белок – нет, сахар – нет, эпителий – 0 - 1 в поле зрения, лейкоциты – 2 - 3 в поле зрения.

На основании жалоб пациентки, данных анамнеза, клинико-лабораторного обследования выставлен диагноз: Миома матки больших размеров в менопаузе. Нарушение питания миоматозного узла. Пельвиоперитонит.

Учитывая миому матки больших размеров в менопаузе, нарушение питания миоматозного узла, пельвиоперитонит, решено произвести пациентке оперативное вмешательство в экстренном порядке в объеме: лапаротомия, экстирпация матки с придатками.

15 февраля 2014 г. в 16.10-17.20 пациентке произведено сложное оперативное вмешательство на мочеполовых органах: лапаротомия, экстирпация матки с придатками.

В асептических условиях под эндотрахеальным закисно-кислородным наркозом на фоне нейролептоанальгезии разрезом от лона до пупка с обходом пупка слева послойно вскрыта брюшная полость. По вскрытии брюшной полости обнаружено 300 мл геморрагического выпота и образование размером до 35 недель беременности синюшно-багрового цвета. Образование выведено в рану. При осмотре установлено, что оно представляет собой матку с миоматозными узлами больших размеров (рисунок 1).

Выявлено перекручивание тела матки вокруг шейки матки на  $360^\circ$ , кровоизлияния в параметриях с обеих сторон, в собственные связки яичников, воронко-тазовые связки. Правый яичник размерами 5,0×6,0 см с отеком, кровоизлияниями, правая маточная труба длиной до 8 см, синюшная, отечная. Левый яичник размерами 6,0×5,5 см, с отеком, кровоизлияниями, левая маточная труба длиной 8 см, синюшная, отечная.

На круглые связки матки с обеих сторон, на воронко-тазовые связки справа и слева, на собственные связки яичников справа и слева, на мезосальпинкс справа и слева наложены зажимы. Связки пересечены, лигированы капроном. Вскрыта пузырно-маточная складка, мочевого пузыря тупым и острым путем отсепарован к низу. На крестцово-маточные связки с обеих сторон наложены зажимы, связки пересечены, лигированы капроном. С обеих сторон вскрыты параметрии. На маточные сосуды с обеих сторон наложены зажимы, сосуды отсечены от матки, лигированы капроном. Через передний свод вскрыто влагалище. Произведена экстирпация матки с придатками. Культи влагалища ушита капроновыми швами наглухо. К культе влагалища подшиты культи круглых, воронко-тазовых, крестцово-маточных связок. Перитонизация за счет пузырно-маточной складки, листков широких маточ-

ных связок.



Рис. 1 Вид матки интраоперационно

ных связок.

При ревизии органов брюшной полости аппендикс, кишечник, сальник без патологии. Край печени ровный, поверхность гладкая. Парааортальные лимфатические узлы не увеличены.

Произведен туалет брюшной полости. Брюшная полость ушита послойно наглухо. На кожу наложены отдельные капроновые швы по Данати. Асептическая повязка.

Общая кровопотеря составила 500 мл. Моча выделяется по постоянному катетеру, светлая, количество - 200 мл.

Описание макропрепарата: матка синюшно-багрового цвета, размерами до 35 недель беременности, весом 8 кг с субсерозным миоматозным узлом (рисунки 2, 3). Правый яичник размерами 5,0×6,0 см с отеком, кровоизлияниями, правая маточная труба длиной 8 см, синюшная, отечная. Левый яичник размерами 6,0×5,5 см, с отеком, кровоизлияниями, левая маточная труба длиной 8 см, синюшная, отечная.

После операции пациентке выставлен диагноз: Миома матки больших размеров в менопаузе, перекручивание тела матки вокруг шейки. Некроз миоматозного узла. Пельвиоперитонит.

С целью профилактики гнойно-септических заболеваний в послеоперационном периоде назначена антибактериальная терапия цефатоксимом по 1,0 внутримышечно 3 раза в день; метронидазолом 0,5% - 100,0 мл внутривенно капельно 3 раза в день, с целью профилактики тромбоэмболии легочной артерии фрагмин 5000 ЕД 1 раз в день подкожно под контролем коагулограммы, инфузионная терапия растворами кристаллоидов, 5% глюкозы в объеме 1600-2000 мл.

Послеоперационный период протекал без осложнений. Швы сняты на 8-ые сутки, заживление первичным натяжением.

Данные лабораторного обследования от 24 февраля 2014 года: коагулограмма - АЧТВ – 32 сек, ПТИ – 1,05, фибрин – 23 мг, фибриноген – 5,11 г/л, фибриноген В – отрицательный; анализ крови общий: эритроциты - 4,0

х 10<sup>12</sup> /л, гемоглобин – 130 г/л, цветной показатель - 0,96, лейкоциты – 6,9 х 10<sup>9</sup> /л, п - 4%, с – 60%, л – 28%, м – 7%, СОЭ – 20 мм/ч; анализ мочи общий - светло-желтая, прозрачная, удельный вес 1018, белок – нет, сахар – нет, эпителий – 0 - 1 в поле зрения, лейкоциты – 3 - 4 в поле зрения.

Результат гистологического исследования матки и придатков.

Макроскопически. Матка без шейки шаровидной формы 23 см в диаметре с узлом диаметром 22 см с четкими границами, неравномерной плотности, тягистость местами сохранена, местами стерта. Сероза сплошь бурого цвета. Область эндометрия и подлежащего миометрия бурого цвета.

Отдельно шейка матки длиной 6 см серого цвета.

Левые придатки представлены маточной трубой длиной 5 см сплошь бурого цвета, яичником размерами 4×2×1 см на 90% бурого цвета.

Правые придатки: маточная труба длиной 5 см бурого цвета, яичник размерами 5×2,5×1,5 см сплошь бурого цвета.

Микроскопически. Лейомиома с выраженными вторичными изменениями. Миометрий со сливающимися очагами геморрагического пропитывания. Эндометрий атрофического типа. Шейка матки – эпидермизированный эндоцервикоз. Левый яичник с прилегающей маточной трубой с очагами геморрагического пропитывания. Правый яичник с прилегающей маточной трубой с отеком и очагами геморрагического пропитывания.

Пациентка выписана домой в удовлетворительном состоянии на 10-ые сутки 25 февраля 2014 г. Рекомендовано наблюдение врача акушера-гинеколога в женской консультации.

Описанный случай подтверждает, что перекручивание матки может развиваться постепенно, характерные симптомы осложнения могут при этом отсутствовать и данная патология обнаруживается лишь в процессе оперативного вмешательства.



Рис. 2 Макропрепарат удаленной матки

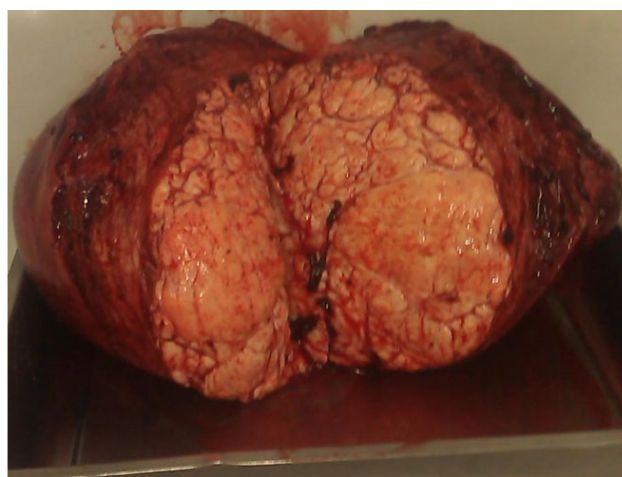


Рис. 3 Макропрепарат удаленной матки на разрезе

## TWISTING TORSION OF UTERUS

N.I. KISELEVA<sup>1</sup>, I.M. ARESTOVA<sup>1</sup>, T.A. ROMANOVSKAYA<sup>2</sup>,  
A.I. BUSENKO<sup>2</sup>, T.G. LIKSINA<sup>2</sup>, O.A. PRESNYAKOVA<sup>2</sup>

Educational institution “Vitebsk State Order of People’s Friendship Medical University”<sup>1</sup>  
Health care institution “Vitebsk city clinical maternity hospital №2”<sup>2</sup>

### **Abstract**

In the article is given the clinical case of twisting torsion of uterus at the patient with hysteromyoma of large size in menopause. This pathology is rare in occurrence and is usually diagnosed during the carrying out of operative treatment because of the basic disease.

**Key words:** hysteromyoma of large size, menopause, twisting torsion of uterus.