

АКУШЕРСТВО И ГИНЕКОЛОГИЯ

УДК 618.3966

Абукеримова А.К., Фомина И.В.
**ПЕРЕКРУТ КИСТЫ ЯИЧНИКА У БЕРЕМЕННОЙ ЖЕНЩИНЫ И
ТАКТИКА ЕЁ ВЕДЕНИЯ**

Кафедра акушерства и гинекологии
Тюменский государственный медицинский университет
Тюмень, Российская Федерация

Abukerimova A. K., Fomina I.V.
**TORSION OF THE CYST OF THE RIGHT OVARY IN A PREGNANT
WOMAN AND TACTICS OF WARFARE**

Department of Department of internal diseases
Tyumen state medical university
Tyumen, Russian Federation

E-mail: abukerimova.as@yandex.ru

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

Annotation. 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.

Ключевые слова: киста, яичник, придаток, беременность.

Key words: cyst, ovary, appendage, pregnancy.

Введение Согласно статистике, киста яичника обнаруживается у 30% пациенток с регулярным менструальным циклом и у 50% с нерегулярным. В большинстве случаев оно протекает легко, и образование уже через месяц значительно уменьшается в размере или полностью исчезает [1].

В случае патологического перекручивания ножки новообразования происходит нарушение в нем кровотока, что приводит к некрозу

Частота перекрута придатков матки 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 [1].

Цель исследования – представление клинического случая ведения беременной женщины с перекрутом кисты правого яичника.

Материалы и методы исследования

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

Результаты исследования и их обсуждение

Беременная А., 33 г., переведена из ГБУЗ ТО «ОКБ № 2», где находилась на стационарном лечении по поводу обструктивной уропатии, в ПЦ 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), в 13 недель – первичный субклинический гипотиреоз, получала терапию левотиroxином по рекомендации эндокринолога, в 22 недели – ложные схватки до 37 недель беременности (амбулаторное лечение - утрожестан интравагинально); с 26 недель отмечена чрезмерная прибавка, острый ринофарингит; в 36 недель – 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.

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 минуту, ритмичный. АД 110/70 мм.рт.ст. на обеих руках. Живот увеличен беременной маткой, овоидной формы. Симптом «поколачивания» отрицательный с 2х сторон. Молочные железы без особенностей. Отеков – нет. Мочеиспускание-свободное. Стул – не изменен.

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

Диагноз при поступлении: ложные схватки с 37 недель. Тазовое предлежание. ОАА. Рубец на матке. 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. 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. Послеоперационный период протекал без особенностей. Выписана из отделения на 4 сутки в удовлетворительном состоянии.

Выводы:

1. 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.

2. Тактика лечения в полной мере зависит от срока беременности, а также сопутствующей патологии, как со стороны матери, так и плода.

Список литературы:

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. – Т.64. - №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. – Т.1. - №2. – С. 65-67.

УДК 61:618.1

Артемчук В.В., Захарова А.В.
ЗДОРОВЬЕСБЕРЕГАЮЩАЯ СПОРТИВНАЯ ПОДГОТОВКА
ЖЕНЩИН В ПАУЭРЛИФТИНГЕ

Кафедра физической культуры
«Уральский федеральный университет имени
первого Президента России Б.Н.Ельцина»
Институт физической культуры, спорта и молодежной политики
Екатеринбург, Российская Федерация