

Статья поступила в редакцию 5.09.2019 г.

**Рыбников С.В., Елгина С.И., Захаров И.С., Мозес В.Г., Рудаева Е.В.**  
Областная клиническая больница скорой медицинской помощи им. М.А. Подгорбунского,  
Кемеровский государственный медицинский университет,  
г. Кемерово, Россия

## ПЕРЕКРУТ ГИДАТИДЫ МАТОЧНОЙ ТРУБЫ. ТРУДНОСТИ ДИАГНОСТИКИ (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)

В структуре острых гинекологических заболеваний перекрут придатков матки составляет 7,0 %. Заболевание не всегда имеет типичную клиническую и лабораторную картину и требует проведение ультразвукового исследования в динамике. При дальнейшем увеличении размеров органа или наличии прилежащего к нему образования, изменении эхоструктуры, гемодинамики в придатках матки, нарастании гидроперитонеума, диагноз перекрут придатков матки будет поставлен. Проведенное обследование позволит провести своевременное оперативное вмешательство и приведет к выздоровлению пациентки. В представленной статье описан клинический случай перекрута гидатиды правой маточной трубы у женщины 32 лет. Учитывая приведенные особенности течения заболевания, диагностика перекрута имела сложности.

**Ключевые слова:** женщина; перекрут; гидатида маточной трубы

**Rybnikov S.V., Elgina S.I., Zakharov I.S., Mozes V.G., Rudaeva E.V.**

Regional Clinical Emergency Hospital M.A. Podgorbunsky,  
Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia

### HYDATID TORSION OF THE FALLOPIAN TUBE. DIAGNOSTIC DIFFICULTIES (CLINICAL CASE)

In the structure of acute gynecological diseases, the twisting of the uterine appendages is 7.0 %. The disease does not always have a typical clinical and laboratory picture and requires ultrasound examination in dynamics. With a further increase in the size of the organ or the presence of an adjacent formation, a change in the echostructure, hemodynamics in the appendages of the uterus, the growth of hydroperitoneum, the diagnosis of the twisting of the uterine appendages will be made. The examination will allow for timely surgery and will lead to the recovery of the patient. The present article describes a clinical case of torsion of the right fallopian tube hydatid in a 32-year-old woman. Given these features of the disease diagnosis of torsion had difficulties.

**Key words:** woman; torsion; fallopian tube hydatid

**П**од гидатидой следует понимать множественные или единичные кисты, расположенные в ампулярном отделе маточной трубы, покрытые цилиндрическим или кубическим эпителием. Гидатиды относятся к придаткам матки и могут осложняться перекрутом.

Перекрут придатков матки является urgentной гинекологической патологией, требующей проведения немедленной диагностики и хирургического лечения. В структуре острых гинекологических заболеваний перекрут придатков матки составляет 7,0 % [1, 2]. Риск патологии возрастает с увеличением размеров яичника за счет кисты или кистомы, его подвижности при беременности, в послеродовый и пубертатный периоды [3-5].

При перекруте придатков матки первоначально возникает венозный застой, что проявляется прогрессирующим отеком органа. При продолжающемся перекруте нарушается артериальный кровоток, происходят геморрагический некроз и гангрена органа [3-5].

Клинически патология проявляется внезапными острыми болями внизу живота, более выраженными на стороне перекрута, усиливающимися при изменении положения тела, движениях пациентки. Боли носят нарастающий характер. Заболевание сопровождается тошнотой и рвотой [3-5]. Объективно определяется болезненность в одной из подвздошных областей, в нижних отделах живота, в последующем с присоединением симптомов раздражения брюшины. Бимануально — наличие образования в области придатков, при пальпации резко болезненного. С течением времени перекрута и развитием некроза органа отмечается лейкоцитоз [3-5].

Для диагностики данной патологии используется ультразвуковое исследование, обязательно вместе с ним применяется доплерометрия с цветовым доплеровским картированием. Эхографически определяется значительно увеличенный в размерах яичник, имеющий различную эхоструктуру. Возможна визуализация анэхогенных включений (солидно-кистозных, кистозных, солидных). Наружный контур их может быть нечетким [6-9].

С увеличением продолжительности времени, прошедшего от начала перекрута, в малом тазу при ультразвуковом исследовании отмечается появление свободной жидкости различной эхогенности — анэхогенная или со взвесью, в динамике ее объем уве-

#### Корреспонденцию адресовать:

ЕЛГИНА Светлана Ивановна,  
650029, г. Кемерово, ул. Ворошилова, д. 22а,  
ФГБОУ ВО КемГМУ Минздрава России.  
Тел: 8 (3842) 73-48-56. E-mail: elginas.i@mail.ru

личивается. На ранних стадиях перекрута при доплеровском исследовании в органе диагностируется отсутствие венозного и сохранение артериального кровотока с высокой резистентностью. Важным условием для диагностики перекрута является сравнение показателей гемодинамики как в здоровом, так и в больном яичниках. При прогрессировании заболевания перестает определяться любой внутриорганный кровоток. Отсутствие признаков внутриорганный кровотока свидетельствует о нежизнеспособности органа [10-13].

Лечение перекрута придатков матки — только хирургическое. При неполном перекруте, если он произошел недавно или отсутствуют некротические изменения органа, их раскручивают. При наличии опухоли — орган удаляют. Придатки удаляют без раскручивания для профилактики перитонита, септического шока и тромбоза [14-18].

Поставить данный диагноз не всегда удается своевременно, несмотря на яркую клиническую картину и выраженные эхопризнаки.

Учитывая вышеперечисленное, заслуживает внимания клинический случай диагностики и хирургического лечения перекрута гидатида маточной трубы у женщины 32 лет.

## МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Пациентка М. доставлена бригадой скорой медицинской помощи в приемный покой ГАУЗ КО ОКБСМП им. Подгорбунского с ноющими болями преимущественно справа, которые возникли шесть дней назад. Было проведено клиническое, лабораторное, инструментальное обследование. Ультразвуковое исследование малого таза проводилось на аппаратах Minduay DC-55 CW. Лапароскопия выполнена на эндоскопической стойке компании KARL STORZ.

## РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Женщина считала себя больной в течение шести дней, беспокоили боли внизу живота, иррадиирующие в поясничную область, нарушение менструального цикла, задержка менструации на тринадцать дней. Тест на хорионический гонадотропин был отрицательный. Ранее пациентка обращалась в женскую консультацию, осмотрена акушером-гинекологом, направлена в дежурное гинекологическое отделение. В течение четырех дней назад находилась на лечении в ГАУЗ КО «КГКБ» № 11 с диагнозом «Апоплексия правого яичника, болевая форма». В отделении проведена пункция брюшной полости через задний свод влагалища, получен серозно-геморрагический пунктат. Ультразвуковое исследование за время пребывания пациентки в стационаре не проведено. Получала лечение нестероидными противовоспалительными препаратами, гемостатическую терапию. На фоне проводимой терапии боли уменьшились, выписана с рекомендациями: наблюдение врача акушера-гинеколога в женской консультации, прием КОК. Через сутки после выписки из стационара, в связи с возобновлением болей, вызвала бригаду скорой медицинской помощи.

Из анамнеза: имеет соматические заболевания — хронический бронхит, болевая ОРВИ 2-4 раза в год, из детских инфекций — ветряная оспа. Наследственность отягощена по артериальной гипертонии у мамы. Из вредных привычек — хроническая никотиновая интоксикация. Оперирована дважды по поводу фиброаденомы левой молочной железы. Менархе с 11 лет, регулярные, по 3 дня, через 26-28 дней, умеренные, болезненные. В настоящее время задержка менструации на две недели. Половая жизнь с 19 лет. Брак второй, не зарегистрированный. Имела 2 беременности, одни срочные роды тринадцать лет

### Сведения об авторах:

РЫБНИКОВ Сергей Валерьевич, доктор мед. наук, зав. гинекологическим отделением, ГАУЗ ОКБ СМП им. М.А. Подгорбунского, г. Кемерово, Россия. E-mail: rsvdok@mail.ru

ЕЛГИНА Светлана Ивановна, доктор мед. наук, доцент, профессор кафедры акушерства и гинекологии им. Г.А. Ушаковой, ФГБОУ ВО КемГМУ Минздрава России, г. Кемерово, Россия. E-mail: elginas.i@mail.ru

ЗАХАРОВ Игорь Сергеевич, доктор мед. наук, доцент, профессор кафедры акушерства и гинекологии им. Г.А. Ушаковой, ФГБОУ ВО КемГМУ Минздрава России, г. Кемерово, Россия. E-mail: isza@mail.ru

МОЗЕС Вадим Гельевич, доктор мед. наук, доцент, профессор кафедры акушерства и гинекологии им. Г.А. Ушаковой, ФГБОУ ВО КемГМУ Минздрава России, г. Кемерово, Россия. E-mail: vadimmoses@mail.ru

РУДАЕВА Елена Владимировна, канд. мед. наук, доцент, доцент кафедры акушерства и гинекологии им. Г.А. Ушаковой, ФГБОУ ВО КемГМУ Минздрава России, г. Кемерово, Россия. E-mail: rudaeva@mail.ru

### Information about authors:

RYBNIKOV Sergey Valerievich, doctor of medical sciences, head of the gynecological department, Regional Clinical Emergency Hospital M.A. Podgornbunsky, Kemerovo, Russia. E-mail: rsvdok@mail.ru

ELGINA Svetlana Ivanovna, doctor of medical sciences, docent, professor of the G.A. Ushakova department of obstetrics and gynecology, Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia. E-mail: elginas.i@mail.ru

ZAKHAROV Igor Sergeevich, doctor of medical sciences, docent, professor of the G.A. Ushakova department of obstetrics and gynecology, Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia. E-mail: isza@mail.ru

MOSES Vadim Gelievich, doctor of medical sciences, docent, professor of the G.A. Ushakova department of obstetrics and gynecology, Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia. E-mail: vadimmoses@mail.ru

RUDAeva Elena Vladimirovna, candidate of medical sciences, docent of the G.A. Ushakova department of obstetrics and gynecology, Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia. E-mail: rudaeva@mail.ru

назад и медицинской аборт по желанию женщины одиннадцать лет назад. Инфекции, передающиеся половым путем, отрицает.

Объективно при поступлении: живот при пальпации мягкий, болезненный в нижних отделах справа. Симптомы раздражения брюшины отрицательное. В гинекологическом статусе определяются болезненные правые придатки нормальных размеров.

При проведении ультразвукового исследования описаны изменения в правом яичнике: два жидкостных образования, одно — 39 × 32 × 37 мм, однородное, при доплеровском картировании аваскулярное, второе — 25 × 20 × 23 мм, аналогичное. В срезе ампулярного отдела правой маточной трубы визуализируется образование 9 × 8 мм с гиперэхогенным ободком, неоднородным содержимым, нельзя исключить внематочную беременность. Свободной жидкости в брюшной полости нет.

Выставлен предварительный диагноз — «Прогрессирующая внематочная беременность?»

Пациентке показано проведение диагностической лапароскопии, при выполнении которой обнаружено: от ампулярного отдела правой маточной трубы справа отходит гидатида до одного сантиметра в диаметре, темно-багрового цвета, имеется перекрут ножки гидатиды на 360°. После биполярной коагуляции ножки гидатиды ниже места перекрута выполнено отсечение гидатиды маточной трубы справа.

Течение послеоперационного периода пациентки было правильное. Проводилась антибактериальная,

десенсибилизирующая, инфузионная терапия, обезболивание нестероидными противовоспалительными препаратами. Лабораторно при исследовании содержание хорионического гонадотропина в сыворотке крови составило ниже 5 мЕд/л. Пациентке сняты швы на седьмые сутки. Выписана под наблюдение врача женской консультации. Гистологический результат — гидатида маточной трубы с нарушением кровообращения, местами вплоть до геморрагического некроза.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, вышеописанная патология перекрута придатков матки — заболевание, которое не всегда имеет типичную клиническую и лабораторную картину и требует проведения ультразвукового исследования в динамике. При дальнейшем увеличении размеров органа или наличии прилежащего к нему образования, изменении экоструктуры, гемодинамики в придатках матки, увеличении гидроперитонеума, диагноз перекрут придатков матки будет поставлен. Проведенное обследование позволит провести своевременное оперативное вмешательство и приведет к выздоровлению пациентки.

## Информация о финансировании и конфликте интересов

Исследование не имело спонсорской поддержки.

Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

## ЛИТЕРАТУРА / REFERENCES:

1. Tsygankova LA, Yudin VE. Extrauterine gestation: principles of surgical tactics, treatment and rehabilitation. *Военно-медицинский журнал*. 2009; 6(330): 32-39. Russian (Цыганкова Л.А., Юдин В.Е. Внематочная беременность: принципы хирургической тактики, лечения и реабилитации // Военно-медицинский журнал. 2009. № 6(330). С. 32-39.)
2. Key performance indicators of the obstetric and gynecological service in the Russian Federation in 2015: referencebook of the Ministry of Health of the Russian Federation. М., 2016. Russian (Основные показатели деятельности акушерско-гинекологической службы в Российской Федерации в 2015 году: справочник МЗ РФ. М., 2016).
3. Obstetrics and gynecology: clinical guidelines /Serova VN, Sukhikh GT, eds. 4th ed. М.: GEOTAR-MediaPubl, 2014. Russian (Акушерство и гинекология: клинические рекомендации /под ред. Серова В.Н., Сухих Г.Т. 4-е изд. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014.)
4. Shlyapnikov ME, Larina TV, Prokhorova LV, Petrov MG, Kiyashko IS. Ectopic pregnancy: clinical pathohistological sketches of casuistic cases. *Bulletin of Medical Institute «REAVIZ»: Rehabilitation, Physician and Health*. 2016; 1(21): 66-70. Russian (Шляпников М.Е., Ларина Т.В., Прохорова Л.В., Петров М.Г., Кияшко И.С. Внематочная беременность: клинико-патогистологические зарисовки казуистических случаев // Вестник медицинского института «РЕАВИЗ»: реабилитация, врач и здоровье. 2016. № 1(21). С. 66-70.)
5. Gynecology: national guidelines. Brief edition /Savelieva GM, Sukhikh GT, Manukhin IB, eds. М.: GEOTAR-MediaPubl; 2013. Russian (Гинекология: национальное руководство. Краткое издание /под ред. Савельевой Г.М., Сухих Г.Т., Манухина И.Б. М.: ГЭОТАР-Медиа; 2013.)
6. Klimko UV, Smirnova TA. Diagnosis of ectopic pregnancy at various stages. *Nauka cherez prizmu vremeni*. 2018; 3(12): 75-77. Russian (Климко У.В., Смирнова Т.А. Диагностика внематочной беременности на различных этапах // Наука через призму времени. 2018. № 3(12). С. 75-77.)
7. Bulanov MN. In: Ultrasound gynecology: a course of lectures in 3 volumes. Vol 3. М.: Publishing house Vidar-M, 2011: 226-231. Russian (Буланов М.Н. Ультразвуковая гинекология: курс лекций: в 3 томах. Т.3. М.: Видар-М, 2011. С. 226-231.)
8. Dogra VS, Rubens DD. Secrets of ultrasonic diagnosis: translated from English. М.: Medpress-info, 2009. Russian (Дорга В., Рубенс Д.Д. Секреты ультразвуковой диагностики: пер. с англ. М.: МЕДпресс-инфо, 2009.)

9. Albrayam F, Hamper UM. Ovarian and adnexal torsion: spectrum of sonographic findings with pathologic correlation. *J Ultrasound Med.* 2001; 20(10): 1083-1089. DOI: 10.7863/jum.2001.20.10.1083.
10. Рыков МИ, Озерская ИА, Заболотская НВ. In: Echography of the reproductive system of a young girl, a teenager, a girl. М.: Publishing house Vidar-M, 2007: 155-159. Russian (Пыков М.И., Озерская И.А., Заболотская Н.В. Эхография репродуктивной системы девочки, подростка, девушки. М.: Издательский дом Видар-М, 2007. С. 155-159.)
11. Lee R, Dupuis C, Chen B, Smith A, Kim YH. .Diagnosing ectopic pregnancy in the emergency setting. *Ultrasonography.* 2018; 37(1): 78-87. DOI: 10.14366/usg.17044.
12. Chang HC, Bhatt S, Dogra VS. Pearls and pitfalls in diagnosis of ovarian torsion. *Radiographics.* 2008; 28(5): 1355-1368. DOI: 10.1148/rg.285075130.
13. Adamyan LV, Dyakonova EYu, Sibirskaya EV, Poddubny IV, Glybina TM, Gafarova DA, Bekin AS. Surgical approach in cases of adnexal torsion in children. *Pediatric and Adolescent Reproductive Health.* 2014; 4: 35-41. Russian (Адамян Л.В., Дьяконова Е.Ю., Сибирская Е.В., Поддубный И.В., Глыбина Т.М., Гафарова Д.А., Бекин А.С. Хирургическая тактика при перекруте придатков матки у детей //Репродуктивное здоровье детей и подростков. 2014. № 4. С. 35-41.)
14. Piper HG, Oltmann SC, Xu L, Adusumilli S, Fischer AC. Ovarian torsion: diagnosis of inclusion mandates earlier intervention. *Journal of Pediatric Surgery.* 2012; 47(11): 2071-2076. DOI: 10.1016/j.jpedsurg.2012.06.011.
15. Agarwal P, Agarwal P, Bagdi R, Balagopal S, Ramasundaram M, Paramaswamy B. Ovarian preservation in children for adenexal pathology, current trends in laparoscopic management and our experience. *J Indian Assoc Pediatr Surg.* 2014; 19(2): 65-69. DOI: 10.4103/0971-9261.129594.
16. Damle LF, Gomez-Lobo V. Giant paraovarian cysts in young adolescents: a report of three cases. *J Reprod Med.* 2012; 57(1-2): 65-67.
17. Muolokwu E, Sanchez J, Bercaw JL. The incidence and surgical management of paratubal cysts in a pediatric and adolescent population. *Journal of Pediatric Surgery.* 2011; 46(11): 2161-2163. DOI: 10.1016/j.jpedsurg.2011.04.054.
18. Ectopic (tubal) pregnancy. Clinical guidelines (treatment protocol). МН RF No 15-4/10/2-729 of 06.02.2017. <http://rd1.medgis.ru/uploads/userfiles/shared/StandartMed/Protokol-acusher/14.pdf>. Russian (Внематочная (эктопическая) беременность. Клинические рекомендации (протокол лечения): МЗ РФ 15-4/10/2-729 от 06.02.2017. Ссылка активна на 31.07.2019.)

\* \* \*