

Елгина С.И., Беглов Д.Е., Мозес В.Г., Рудаева Е.В.
Кемеровский государственный медицинский университет,
Кузбасская областная детская клиническая больница,
г. Кемерово, Россия

ПЕРЕКРУТ ЯИЧНИКА У ДЕВОЧКИ (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)

В структуре острых гинекологических заболеваний перекрут придатков матки составляет 7,0 %. Заболевание не всегда имеет типичную клиническую и лабораторную картину, особенно у девочек, 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 перекрута придатков матки будет поставлен. Проведенное обследование позволит провести своевременное оперативное вмешательство и приведет к выздоровлению пациентки.

В представленной статье описан клинический случай перекрута яичника у девочки 4 лет. Учитывая приведенные особенности течения заболевания, диагностика перекрута имела сложности.

Ключевые слова: девочка; перекрут яичника

Elgina S.I., Beglov D.E., Mozes V.G., Rudaeva E.V.
Kemerovo State Medical University,
Kuzbass Regional Children's Clinical Hospital, Kemerovo, Russia

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

In the structure of acute gynecological diseases, the torsion of the uterine appendages is 7.0 %. The disease does not always have a typical clinical and laboratory picture, especially in girls, and requires ultrasound research in dynamics. With further increase in size of an organ or the presence adjacent thereto of education, changing echostructure, hemodynamics in the uterus, increasing hydropericardium, the diagnosis of torsion appendages of the uterus will be delivered. The examination will allow timely surgical intervention and will lead to recovery of the patient.

The article describes a clinical case of ovarian torsion in a girl of 4 years. Given the above features of the course of the disease, the diagnosis of torsion had difficulties.

Key words: girl; torsion of the ovary

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].

В настоящее время проведено очень небольшое количество исследований у девочек с перекрутом яичника. Предрасполагающими факторами возникновения перекрута, по-видимому, является масса. Перекрут может возникнуть внутриутробно, во втором триместре беременности, а также у девочек с функциональными кистами, которые появляются непосредственно перед менархе [3-5].

У 15-50 % девочек предполагаемой причиной является патологически длинная брыжейка трубы или яичника, что повышает риск перекрута вокруг его оси. Значительная вариабельность частоты предположительных аномалий анатомического строения обусловлена небольшими размерами и гетерогенностью исследований. Интермиттирующая боль, которую пациенты описывают до установления перекрута яичника, может быть проявлением рецидива

перекрута. В подтверждение этой теории описывают, что у девочек с перекрутом часто отсутствует контрлатеральный придаток, а это в свою очередь может указывать на то, что у такой девочки имелись исходно с обеих сторон, однако после перенесенного перекрута произошел некроз или атрофия.

Клинически патология проявляется внезапными острыми болями внизу живота, более выраженными на стороне перекрута, усиливающимися при изменении положения тела, движении. 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 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 опреде-

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

Информация для цитирования:

Елгина С.И., Беглов Д.Е., Мозес В.Г., Рудаева Е.В. Перекрут яичника у девочки (клинический случай) // Мать и Дитя в Кузбассе. 2020. №4(83). С. 84-87.

DOI: 10.24411/2686-7338-2020-10054

ляется значительно увеличенный в размерах яичник, имеющий различную эхоструктуру. Возможна визуализация анэхогенных включений (солидно-кистозных, кистозных, солидных). Наружный контур их может быть нечетким [6, 7].

С увеличением 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 увеличивается. 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 яичнике. При прогрессировании заболевания перестает определяться любой внутриорганный кровоток. Отсутствие признаков внутриорганный кровотока свидетельствует о нежизнеспособности органа [8-10].

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 тромбозов [11-13].

С целью сохранения репродуктивной функции у девочек рекомендуется фиксировать придаток после расправления перекрута с целью предотвращения его рецидива. Доказательства полезной роли двусторонней фиксации отсутствуют, двусторонний перекрут является редким состоянием, и личное мнение некоторых авторов состоит в том, что эту процедуру следует проводить во избежание истощающих последствий агонотрофии в детском возрасте, особенно если перекрут обусловлен анатомическими вариациями [14, 15].

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 яичника у девочки четырех лет.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Девочка К., обратилась в приемное отделение ГАУЗ КОДКБ в сопровождении мамы с периодическими болями в животе, которые возникли два дня

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

Пациентка К., 4 лет, обратилась в приемное отделение ГАУЗ КОДКБ в сопровождении мамы. При обращении предъявляла жалобы на периодические боли в животе. Боли в течение двух дней, отмечала отхождение плотных каловых масс, после чего болевой синдром стихал. Тошноты, рвоты не было. При поступлении состояние удовлетворительное. Телосложение правильное, питание удовлетворительное. Кожные покровы розовые, чистые. Живот мягкий, доступен пальпации во всех отделах, подвздут. Перитонеальных симптомов нет. Объемные образования не пальпировались. Мочеполовая система по женскому типу. Половые органы по женскому типу. Стул был без патологических примесей два дня назад. Мочеотделение не нарушено.

Выставлен диагноз — кишечная колика. Проведена очистительная клизма, введен папаверин в/м. Продолжено динамическое наблюдение. При осмотре в динамике живот сохранялся подвздутым, не доступен глубокой пальпации за счет негативной реакции ребенка. Имела место локальная болезненность в области пупка. Аппендикулярная симптоматика отрицательная. Перистальтика активная. Стула после клизмы не было. После введения папаверина слабopоложительная динамика.

Учитывая сохранение жалоб, продолжено динамическое наблюдение, инфузионная терапия стерофондином, папаверин в/м повторно, эспумизан. Через пять часов от момента обращения — эффект от спазмолитиков слабо положительный. Девочка периодически беспокоилась. Состояние ближе к средней степени тяжести. Живот оставался болезненным в околопупочной области. Газы не отходили, стула не было. Рвоты не было. Лабораторно в общем анализе крови лейкоцитоз $10,8 \times 10^9$. Выставлен диагноз — кишечная непроходимость. Назначена рентгенография органов грудной клетки и брюшной полости.

На обзорной рентгенографии данных за кишечную непроходимость не обнаружено. Петли толстого кишечника заполнены каловыми массами. После повторной очистительной клизмы отошел стул, девочка уснула. При осмотре во сне живот был

Сведения об авторах:

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

БЕГЛОВ Дмитрий Евгеньевич, главный врач, ГАУЗ КО КОДКБ, г. Кемерово, Россия. E-mail: angelic-1986@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: vdimmoses@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

мягким, но подвздутым. Реакции на пальпацию во сне не было. По рентгенографии органов грудной клетки и брюшной полости данных за кишечную непроходимость, перфорацию полого органа нет. Динамика положительная за счет уменьшения каловых масс в толстом кишечнике. По УЗИ почек, мочевого пузыря, органов брюшной полости — пиелоэктазия слева, увеличение мезентериальных лимфоузлов. Однако в общем анализе крови сохранялся незначительный лейкоцитоз $10,2 \times 10^9$, анемия легкой степени тяжести.

Лечащим врачом сделано заключение — с учетом клинической картины и данных проведенных обследований данных за хирургическую патологию нет. Ребенок направляется на амбулаторное лечение с ОРВИ, ринофарингитом, мезаденитом. Рекомендации при выписке — мирамистин в зев, гигиенический уход за носом солевым раствором, энтерофурил одна доза три раза в сутки.

Через два дня девочка с мамой вновь обращаются в приемное отделение ОДКБ. Жалобы на боли в животе, после отхождения газов и стула — облегчение. Болеет в течение шести суток. Отмечает отхождение плотных каловых масс, после чего болевой синдром стихает. Объективно живот мягкий, подвздут. Перитонеальных симптомов нет. Объемные образования не пальпируются. Имеется болезненность по левому флангу живота. Стул был комочками, без примесей. Диагноз — Кишечная колика, острый аппендицит. В общем анализе крови лейкоцитоз $10,8 \times 10^9$. По данным УЗИ брюшной полости объемное образование (аппендикулярный инфильтрат) в полости малого таза. При коллегиальном осмотре выставлен диагноз острый аппендицит, тазовое расположение. Запланировано проведение диагностической лапароскопии.

Проводится диагностическая лапароскопия, во время которой в брюшной полости обнаружено до 50 мл гемолизированной крови в малом тазу. Червеобразный отросток не изменен. Справа яичник темного цвета, нафаршированный сгустками

крови, больших размеров, имеется его перекут на 360° . Перекут ликвидирован, в течение 30 минут кровоток не восстановился. Яичник признан нежизнеспособным. Выполнена овариоэктомия. Яичник извлечен из брюшной полости в эндобаге. Диагноз после лапароскопии — киста правого яичника с кровоизлиянием и перекутом, некроз правого яичника.

После операции девочка получала стандартную терапию в послеоперационном периоде. Осмотрена педиатром — ОРВИ легкой степени. Течение послеоперационного периода без осложнений. На седьмые сутки девочка выписывается домой под наблюдение педиатра с рекомендациями — наблюдение детского гинеколога, физиолечение с лидазой, один раз в три месяца. Профилактика запоров, диета, консультация гастроэнтеролога.

Гистологический результат — геморрагическое пропитывание и некроз ткани яичника.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, выше описанная патология перекута придатков матки — заболевание, которое 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, увеличении гидроперитонеума, диагноз перекут 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. 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 Российской Федерации. М., 2016.)
2. Obstetrics and gynecology: clinical guidelines. Serova VN, Sukhikh GT, eds. 4th ed, revised and expanded. М.: GEOTAR-MediaPubl, 2014. Russian (Акушерство и гинекология: клинические рекомендации. Под ред. Серова В.Н., Сухих Г.Т. 4-е изд., перераб. и доп. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014.)
3. 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.)

Information about authors:

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

BEGLOV Dmitry Evgenievich, chief physician, Kuzbass Regional Children's Clinical Hospital, Kemerovo, Russia. E-mail: angelic-1986@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

4. Bulanov MN. In: Ultrasound gynecology: a course of lectures in 3 volumes. M.: Publishing house Vidar-M; 2011; (3): 226-231. Russian (Буланов М.Н. Ультразвуковая гинекология: курс лекций в 3 томах. М.: Видар-М, 2011. Т. 3. С. 226-231.)
5. Elgina SI, Nikulina EN. Predicting a decrease in ovarian reserve in adolescent girls. *Mother and Baby in Kuzbass*. 2020; 1: 23-31. Russian (Елгина С.И., Никулина Е.Н. Прогнозирование снижения овариального резерва у девушек-подростков //Мать и Дитя в Кузбассе. 2020. № 1. С. 23-31.)
6. Dogra VS, Rubens DD. Secrets of ultrasonic diagnosis: translated from English. M.: Medpress-info, 2009. Russian (Дорпа В., Рубенс Д.Д. Секреты ультразвуковой диагностики: пер. с англ. М.: МЕДпресс-инфо, 2009.)
7. 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.
8. Pykov MI, Ozerskaya IA, Zabolotskaya NV. Echography of the reproductive system of a girl, a teenager, a young girl. M.: Publishinghouse Vidar-M, 2007. P. 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.)
9. 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.
10. 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.)
11. Piper HG, Oltmann SC, Xu L, Adusumilli S, Fischer AC. Ovarian torsion: diagnosis of inclusion mandates earlier intervention. *J of Pediat Surgery*. 2012; 47(11): 2071-2076. DOI: 10.1016/j.jpedsurg.2012.06.011.
12. 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 Pediat Surg*. 2014; 19(2): 65-69. DOI: 10.4103/0971-9261.129594.
13. 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.
14. Muolokwu E, Sanchez J, Bercaw JL. The incidence and surgical management of paratubal cysts in a pediatric and adolescent population. *J of Pediat Surgery*. 2011; 46(11): 2161-2163. DOI: 10.1016/j.jpedsurg.2011.04.054.
15. Gurkin YuA, Rukhlyada NN. Pediatric and Adolescent Gynecology: A Guide for Physicians. M.: Publishing house MIA, 2019. 392 p. Russian (Гуркин Ю.А., Рухляда Н.Н. Гинекология детского и подросткового возраста: руководство для врачей. М.: Изд-во МИА, 2019. 392 с.)

* * *