

М.І. Павлюченко¹, О.М. Слинко¹, В.І. Шалімов², О.А. Сапронов², Н.О. Павелко²

КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК ПЕРЕКРУТУ ТІЛА МАТКИ

¹Запорізький державний медичний університет,

²Запорізька обласна клінічна лікарня

Ключові слова: лейоміома тіла матки, перекрут тіла матки, хірургічне втручання, патогістологічне дослідження.

Ключевые слова: лейомиома тела матки, перекрут тела матки, хирургическое лечение, патогистологическое исследование.

Key words: leiomyoma of the uterus, uterine torsion, surgical treatment, histopathological study.

Наданий клінічний розбір випадку перекруту тіла матки пацієнтки, яка перебувала на лікуванні у гінекологічному відділенні Запорізької обласної клінічної лікарні, з наступною верифікацією діагнозу за даними результатів оперативного втручання та патогістологічного дослідження препарату.

Проведен клінічний розбір случая перекрута тела матки у пациентки гинекологического отделения Запорожской областной клинической больницы, с последующей верификацией диагноза на основании результатов оперативного лечения и патогистологического исследования препарата.

Clinical analysis of the torsion of the uterus case was performed in a patient of the gynecological department of Zaporozhye Regional Clinical Hospital, followed by verification of the diagnosis on the basis of results of surgical treatment and histopathological study.

Лейоміома тіла матки належить до гормонзалежних доброякісних пухлин міометрію. Згідно до вимог класифікації МКХ-10, виділяють підслизову, інтрамуральну, субсерозну та неутончену лейоміому матки.

У більшості жінок міома матки має безсимптомний перебіг, однак 20–50% пацієнток виявляють скарги, що є клінічними проявами ускладнень міоми: маткові кровотечі з відповідним розвитком анемії (як одне з найчастіших ускладнень, насамперед, субмукозної форми лейоміоми), тазовий біль, тяжкість внизу живота, симптоми здавлювання та порушення функції суміжних органів (сечового міхура, сечоводів і прямої кишки), а також розвиток мієлопатичного та радикалалгічного синдромів.

В окремих випадках при виникненні таких ускладнень, як некроз вузла, інфаркт, перекрут ніжки вузла, чи, дуже рідко, розрив однієї з судин пухлини з кровотечею у черевну порожнину, може розвинути картина «гострого живота». При розвитку синдрому «гострого живота» з'являються скарги на різкі болі внизу живота та у попереку, ознаки подразнення очеревини (блювота, порушення функції сечового міхура та прямої кишки), лейкоцитоз, прискорення ШОЕ, підвищення температури тіла.

Виходячи з класифікації лейоміоми, синдром «гострого живота» найчастіше пов'язаний з ускладненнями саме субсерозної локалізації лейоміоматозного вузла, серед яких некроз вузла на фоні перекрута його ніжки посідає провідне місце. Однак слід зазначити, що при розвитку множинних субсерозних вузлів матки чи значного збільшення його розмірів при дифузному інтрамуральному рості вузлів на фоні різкого порушення топографії зв'язочного апарату та маткових труб в окремих випадках відбувається поворот всієї матки навколо її повздожної лінії. При цьому клінічна картина може змінюватись залежно від швидкості та ступеня перекрута. Якщо перекрут матки розвивається поступово,

характерні симптоми даного ускладнення можуть не виявлятися, що дозволяє діагностувати це ускладнення лише під час оперативного втручання. Водночас, різкий перекрут тіла матки, як правило, маніфестує розвернутою клінікою синдрому «гострого живота», що не викликає сумнівів у необхідності проведення хірургічного лікування.

Хвора К., 61 року, при госпіталізації у гінекологічне відділення Запорізької обласної клінічної лікарні 15.12.2011 р. скаржилась на інтенсивні переймоподібні болі в області живота, переважно у лівій мезогастральній області, підвищення температури тіла до 37°C. Скарги на болі такого характеру з'явилися зненацька, приблизно добу тому, обставини, що призвели до появи больового синдрому, з'ясувати не вдалось. Характер болю протягом доби значно не змінився ні за локалізацією, ні за інтенсивністю. Об'єктивно при госпіталізації відзначено стан середнього ступеня важкості; шкіра й видимі слизові оболонки блідо-рожевого кольору, язик вологий, чистий; периферійні лімфовузли не збільшені; периферійні набряки відсутні. Температура тіла – 36,6°C, пульс – 96 уд. на хв., АТ – 140/90 мм рт. ст. Функція зовнішнього дихання та гемодинаміка стабільні, компенсовані. Молочні залози м'які, безболісні. Живіт м'який, дещо здутий, болісний при пальпації в нижніх відділах. Через передню черевну стінку пальпувалось об'ємне утворення, ймовірно з порожнини малого тазу, що досягало верхнім полюсом реберної дуги. При пальпації відзначено локальну болючість по лівому ребру даного утворення. Перитонеальні симптоми позитивні в нижніх відділах живота. Печінка біля краю реберної дуги. Перистальтику кишечника прослуховували в усіх відділах. Стул самостійний, напередодні хвора відзначала одноразовий рідкий стул. Діурез достатній. У результатах лабораторних досліджень при госпіталізації спостережено анемію та гіпопротеїнемію (еритроцити –

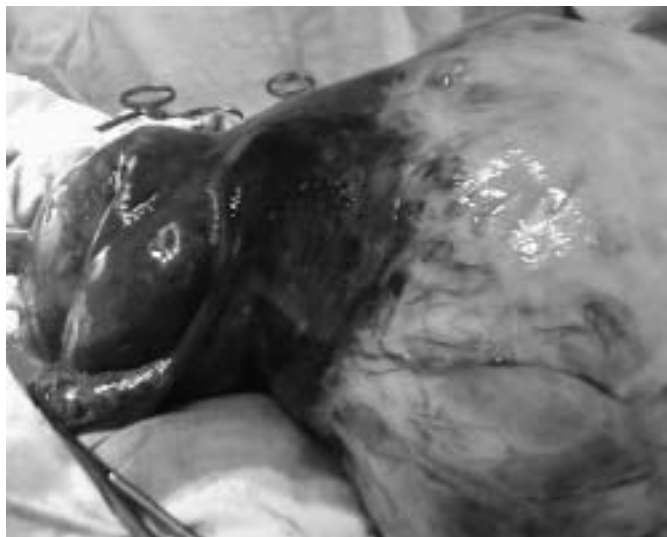


Рис. 1. Перекрут тіла матки.

$2,9 \times 10^{12}$ /л; гемоглобін – 95 г/л; лейкоцити – 6,2 г/л; ШОЕ – 28 мм/год, тромбоцити – 325 г/л, паличкоядерні нейтрофіли – 2%, сегментоядерні нейтрофіли – 62%, еозинофіли – 1%, лімфоцити – 28%, моноцити – 8%, загальний білок – 50 г/л; сечовина крові – 5,7 ммоль/л; креатинін – 96 мкмоль/л), інші аналізи без відхилень від норми. Пацієнтці встановлено діагноз: лейоміома тіла матки великих розмірів. Некроз міоматозного вузла, супутній діагноз – дифузний кардіосклероз. ФК III. ГХ II ступеня. Високий ступінь ризику, рекомендовано оперативне лікування.

16.12.2011 р. здійснено серединну лапаротомію. Після входження в черевну порожнину візуалізувалось дифузно збільшене тіло матки гігантських розмірів (34 см завдовжки й 22 см у поперечному розмірі) з перекрутом на 90°, ознаками венозного застою та некрозу тіла матки, додатків та зв'язок. Виставлено клінічний діагноз – перекрут тіла матки. Вирішено зробити оперативне лікування в обсязі гістеректомії з додатками. Дренування черевної порожнини (рис. 1).

Післяопераційний період на 2 добу ускладнився пер-

систуючою фібриляцією передсердя. У зв'язку з цим, хвора переведена у відділення кардіореанімації. На фоні інтенсивної терапії серцевий ритм відновлено 26.12.2011 р. З боку гінекологічного статусу післяопераційний період без особливостей: дренажі з черевної порожнини видалені на 3 добу, функція кишечника відновлена на 3 добу, післяопераційні шви знято на 7 добу загоєння первинним натягом. Пацієнтку виписано 27.12.2011 р. в стабільному стані з рекомендаціями про необхідність дотримання режиму праці та відпочинку, динамічного спостереження у кардіолога та гінеколога за місцем проживання.

Після патогістологічного дослідження періопераційного матеріалу виставлено патогістологічний діагноз: лейоміоматоз тіла матки з дистрофічними змінами. Кальцифікація тканин одного з лейоміоматозних вузлів. Артеріовенозна мольвоформація матки з геморагічною інфільтрацією маткових труб і яєчників. Наботові кісти шийки матки, що підтвердив періопераційний клінічний діагноз.

Отже, на підставі клінічних даних, результатів патогістологічного дослідження встановлено остаточний діагноз: перекрут тіла матки. Серед етіологічних факторів, що призвели до цього ускладнення, на підставі даних здійсненого дослідження належать не діагностована своєчасно лейоміома матки гігантських розмірів у поєднанні з перерозтягненням зв'язкового апарата матки та порушенням режиму фізичних навантажень у пацієнтки післяменопаузального віку.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Вихляева Е.М. Руководство по диагностике и лечению лейомиомы матки / Вихляева Е.М. – М.: МЕДпресс-информ, 2004. – 400 с.
2. Лейомиома матки. Клінічний протокол. – Затверджено наказом МОЗ України №582 від 16.12.2003 р.
3. Савицкий Г.А. Миома матки (проблемы патогенеза и патогенетической терапии) / Савицкий Г.А., Савицкий А.Г. – СПб.: «ЭЛБИ», 2000. – 236 с.
4. Сидорова И.С. Миома матки (современные проблемы этиологии, патогенеза, диагностики и лечения) / Сидорова И.С. – М.: Медицинское информационное агентство, 2002. – 256 с.

Відомості про авторів:

Павлюченко М.І., к. мед. н., асистент каф. акушерства і гінекології ЗДМУ.

Слинько О.М., к. мед. н., доцент каф. акушерства і гінекології ЗДМУ.

Шалімов В.І., зав. гінекологічним відділенням ЗОКЛ.

Сапронов О.А., лікар-гінеколог ЗОКЛ.

Павелко Н.О., лікар-анестезіолог ЗОКЛ.

Адреса для листування:

Павлюченко Михайло Іванович. 69037, м. Запоріжжя, вул. 40 років Радянської України, 39-г/40.

Тел.: (066) 763 32 37.

E-mail: mpav70@rambler.ru.

Поступила в редакцію 03.02.2012 г.