

Редкий случай синдрома Аллена–Мастерса в гинекологической практике

Е.П.Шевцова¹, Н.А.Линченко²
ФГБОУ ВО «Волгоградский государственный медицинский университет» МЗ Российской Федерации, Волгоград

Синдром Аллена–Мастерса относится к редким и трудно диагностированным заболеваниям. Он является одним из клинических вариантов синдрома тазовых болей, чаще связанного с разрывами связочного аппарата матки. В статье приводится клинический пример синдрома Аллена–Мастерса, внезапно возникший у пациентки 28 лет с невыявленным этиологическим фактором.

Ключевые слова: синдром Аллена–Мастерса, разрыв широкой связки матки, геморрагический шок.

A Rare Case of Allen–Masters Syndrome in Gynecological Practice

E.P.Shevtsova, N.A.Linchenko
Volgograd State Medical University
of the Ministry of Health of the Russian
Federation, Volgograd

Allen–Masters Syndrome is a rare disease which is difficult to diagnose. It is one of the clinical types for pelvic pain syndrome, often associated with ruptures of the ligamentous apparatus of the uterus. The article provides a clinical example of Allen–Masters syndrome that suddenly occurred in a 28-year-old patient with an undetected etiological factor.

Keywords: Master–Allen syndrome, uterine ligament rupture, hemorrhagic shock.

Актуальность проблемы. Синдром Аллена–Мастерса – это травматический разрыв связочного аппарата матки (главным образом широких связок, реже кардинальных и крестцово-маточных) [1, 2]. Впервые данный синдром был детально описан в 1955 г. W.M.Allen и W.H.Masters как один из клинических вариантов синдрома тазовых болей [2–4]. Считают, что факторами риска развития синдрома Аллена–Мастерса и возникновения тазовой боли являются роды крупным плодом, тазовое предлежание плода, быстрые роды, аборт или инструментальные обследования матки [5]. Однако полной ясности в основах патогенеза этого заболевания нет [2]. Диагностика при данном синдроме наиболее доступна при лапароскопии, так как выявляются дефекты связочного аппарата [5]. В настоящее время за рубежом публикуются единичные работы по данной проблеме. В отечественной публикации данный синдром чаще рассматривается в сочетании с генитальным эндометриозом.

Представляем клинический случай синдрома Аллена–Мастерса в гинекологической практике. В

гинекологическое отделение городской клинической больницы №5 поступила 28 летняя пациентка Е. Доставлена каретой скорой помощи 20 сентября в 10.00 с жалобами на резкие боли внизу живота.

В приемном покое была осмотрена гинекологом. *Anamnesis morbi:* Заболела остро в 9.15. 20 сентября. Появилось головокружение и потеряла сознание, возникла резкая боль внизу живота. Менструальная функция: с 12 лет, менструации по 5–6 дней, через 28–30 дней, регулярные, безболезненные. Последняя менструация 19 августа. Беременностей не было. Гинекологические заболевания и операции отрицает. Объективно: состояние тяжелое, в сознании. Кожа, видимые слизистые бледной окраски. АД – 60/40 мм рт ст. Пульс – 80 уд/мин. Дыхание везикулярное. Хрипов нет. Язык чистый, подсыхает. При пальпации живот мягкий, болезненный. Симптомы раздражения брюшины положительные. Печень не увеличена, безболезненная. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Мочеиспускание свободное, безболезненное. Стул регулярный. При вагинальном осмотре: наружные половые органы сформированы, развиты правильно. Шейка матки цилиндрическая, без нарушения эпителиального покрова. Тело матки нормальных размеров, подвижно, болезненно. Справа придатки без особенностей, слева пальпируется болезненное образование. Выделения слизистые.

Выполнено УЗИ органов малого таза. Обнаружено: Матка 42×37×47, форма обычная, структура миометрия не изменена, эндометрий по 2-ой фазе цикла, М-ЭХО 13 мм, длина шейки матки – 30 мм, правые придатки: яичник 25×18×23, визуализация левых придатков затруднена. В брюшной полости большое количество свободной жидкости.

Выставлен предварительный диагноз: Разрыв кисты яичника? Внутрибрюшное кровотечение. Геморрагический шок.

Заключение: учитывая состояние больной, клинику, данные осмотра показано срочное оперативное лечение в объеме: лапаротомия. Устранение источника внутрибрюшного кровотечения.

Проведено обследование: группа крови, резус-фактор (I, Rh положительный), ОАК (эритроциты – $3,86 \times 10^{12}$, Hb – 115 г/л, лейкоциты – $11,18 \times 10^9$, тромбоциты – 293×10^9 , СОЭ – 2 мм/ч), ОАМ (норма), биохимия крови, коагулограмма (в пределах нормы), сахар крови – 5,0, кровь на сифилис, ВИЧ, гепатит В, С и кровь на ХГЧ (полученные результаты отрицательные).

Интраоперационно 20.09. в 10.35: при вскрытии брюшной полости нижнесрединным разрезом обнаружено около 700 мл яркой жидкой крови с рыхлыми сгустками. При ревизии органов малого таза: матка нормальных размеров, обычной формы и окраски. Придатки справа и слева не изменены. Слева обнаружен разрыв переднего листка широкой связки матки с кровоточащей гематомой параметрия больших размеров, уходящей глубоко на тазовое дно и к стенкам таза. Учитывая технические трудности и продолжающееся кровотечение в операционную созван консилиум. Решено с целью ревизии параметрия и проведения гемостаза рассечь, прошить и перевязать собственную связку яичника и левый маточный угол. В ходе операции дополнительно рассечены и разведены листки широкой связки матки слева. При ревизии параметрия слева обнаружено кровотечение в области сосудистого пучка. Произведена перевязка маточных сосудов слева. Кровотечение уменьшилось, но продолжалось со стороны тазового дна. Дополнительно в операционную вызван сосудистый хирург, абдоминальный хирург и хирург уро-

логического отделения. Осмотр сосудистого хирурга в операционной: на момент осмотра повреждений магистральных артерий и вен нет. При ревизии подвздошных сосудов данных за их повреждение не выявлено. Имеется незначительная кровоточивость в области малого таза. Остановлена диатермокоагуляцией, лигированием и прошиванием. Контроль на гемостаз – сухо. Проводился дополнительный гемостаз кровоточащих сосудов параметрия с техническими трудностями. Гемостаз достигнут. Дренирование параметрия в области гематомы. Брюшная полость восстановлена послойно. Общая кровопотеря составила 1500 мл. На кожу живота наложены узловы швы. Моча по катетеру светлая 150 мл. По ходу операции проводилась гемо- и плазмотрансфузия. Общая продолжительность операции составила 2 ч 50 мин. Лабораторные показатели после операции: эритроциты – $3,9 \times 10^{12}$, Hb – 96 г/л, лейкоциты $28,1 \times 10^9$, тромбоциты – 206×10^9 , время свертывания крови – 3 мин 20 с.

Заключительный диагноз: Разрыв широкой связки матки слева, гематома параметрия слева. Геморрагический шок II. Анемия II.

Послеоперационный период протекал гладко. Пациентка выписана на 15-е сутки в удовлетворительном состоянии. Рекомендовано наблюдение в женской консультации, прием КОК в течение 6 мес.

Заключение. Таким образом, синдром Аллена–Мастерса чаще всего является вариантом травматического повреждения связочного аппарата матки, и имеет длительно текущее течение, так как характе-

ризуется развитием хронической тазовой боли и сочетается с гинекологической патологией. Однако продемонстрированный клинический случай подтверждает то, что данная патология может возникнуть остро и привести к внутрибрюшному кровотечению. При тщательном изучении анамнеза predisposing факторы не установлены. Данный клинический случай показывает необходимость учитывать синдром Аллена–Мастерса как одну из причин острого живота в гинекологической практике.

Литература

1. Zarbo G., Valenti O., Teodoro M.C., Pafumi C., Attard M., Palumbo M.A. Master Allen syndrome a case report/ American J of Med Case Reports. 2013; 1: 6–8.
2. Попов П.А. Роль травматического повреждения связочного аппарата матки в возникновении синдрома тазовых болей. Автореферат дис. ... к.м.н. Санкт-Петербург, 1996. – 22 с. / Popov P.A. Rol' travmaticheskogo povrezhdeniya svyazochnogo apparata matki v vzniknovenii sindroma tazovykh bolej. Avtoreferat dis. ... k.m.n. Sankt-Peterburg, 1996; 22. [in Russian]
3. Braun N.M., Shanchar I.B. Allen–Masters synrome as a cause for chronic pelvic pain. Diagnosis, treatment and long term follow-up. Harefuah. 2016; 155 (4): 215–8.
4. Gupta R., Elakkary E., Sadek M., Lakra Y. Masters Allen syndrome. A review. Dig Dis Sci 2007; 52: 1749–1751.
5. Чхаидзе И.З., Ниаури Д.А. Проблема боли в гинекологической практике. Акушерство и гинекология. – 2007. – Сер. 11. – Вып. 1. – С. 107–116. / Chkhaidze I.Z., Niauri D.A. Problema boli v ginekologicheskoy praktike. Akusherstvo i ginekologiya. 2007; 11: 1: 107–116. [in Russian]

Сведения об авторах:

Шевцова Елена Павловна – к.м.н., доцент, доцент кафедры акушерства и гинекологии ФГБУ ВО «Волгоградский Государственный Медицинский Университет», Волгоград

Линченко Наталья Александровна – к.м.н., ассистент кафедры акушерства и гинекологии ФГБУ ВО «Волгоградский Государственный Медицинский Университет», Волгоград