

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ГИГАНТСКОЙ МУЦИНОЗНОЙ КИСТЫ ПРАВОГО ЯИЧНИКА, ОСЛОЖНЕННОЙ ПЕРФОРАЦИЕЙ

¹Ладутько И.М., ^{1,3}Лакотко Н.Н., ²Домаренок Е.П.,
¹Фелькина Е.А. ²Манушина М.Д., ²Шиманский И.Е.

¹Институт повышения квалификации и переподготовки кадров
здравоохранения учреждения образования «Белорусский государственный
медицинский университет»,

²УЗ «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи»,

³Клинический медицинский центр «Конфиденс»,

г. Минск, Республика Беларусь

Введение. Муцинозные опухоли являются распространенным типом опухолей эпителиального происхождения. Муцинозные цистаденомы составляют около 80% новообразований яичников и 20-25% всех типов их доброкачественных опухолей. Муцинозные цистаденомы яичников обычно являются односторонними и часто большими по размеру. Чем массивнее опухоль, тем более вероятно, что она будет муцинозной. Считается, что это самая большая опухоль, когда-либо обнаруженная в организме человека. В диаметре муцинозная киста яичника может достигать 40-50 сантиметров. На сегодняшний день гигантская цистаденома яичника большого размера является редкой находкой. В доступной литературе мы не нашли специфических факторов, способствующих развитию муцинозной кисты яичника, однако чаще всего эта патология диагностируется у пациенток с наступлением менопаузы. Муцинозная цистаденома характеризуется многокамерной структурой, с большим количеством перегородок, которые внутри выстланы эпителиальными клетками, по строению сходными с эпителием канала шейки матки вырабатывающим похожую на цервикальную слизь. Потому название муцинозной цистаденомы происходит от латинского «mucus» – слизь. Позднее обнаружение муцинозных цистаденом обусловлено тем, что на ранних стадиях они протекают без клинических симптомов и первые признаки начинают проявляться после значительного увеличения их в размерах. Пациентки предъявляют жалобы на тянущие боли разной степени интенсивности внизу живота, увеличение последнего в размерах; частые позывы к мочеиспусканию при давлении на мочевой пузырь, запоры при давлении на кишечник, а при

значительных размерах – на одышку, отеки ног, снижение веса. Дифференциальный диагноз больших кист яичников проводится с кистами сальника, забрюшинными кистами и опухолями, псевдокистами поджелудочной железы, гидронефрозом.

Наиболее частыми осложнениями гигантских доброкачественных кист яичника являются сдавление окружающих органов и тканей, разрывы капсулы, со скоплением слизи в брюшной полости и образованием псевдомиксом и перитонит. Огромные размеры образования приводят к гемодинамическим и легочным осложнениям. Все это приводит к проведению неотложных хирургических вмешательств в общехирургическом стационаре. Хотя муцинозные цистаденомы и доброкачественны, но иногда могут рецидивировать после операции. Факторами риска рецидива муцинозной кисты являются разрыв ее стенки с вытеканием содержимого в брюшную полость. Все это требует выполнения операций с максимально бережным дренированием кисты, тщательной ревизией брюшной полости и индивидуальным подходом в реабилитации и наблюдении таких пациентов.

Цель исследования: оптимизация диагностики и хирургического лечения пациентов с гигантской муцинозной кистой правого яичника.

Материал и методы. На базе хирургического отделения УЗ «ГК БСМП» г. Минска находилась и оперирована пациентка с гигантской кистой правого яичника, вскрывшейся в брюшную полость. Это наблюдения и явилось материалом нашего исследования. Приводим данный клинический случай.

Клинический случай.

Пациентка, 62 лет, обратилась в стационар с жалобами на отек правой ноги, в течение 2-х недель, на объемное образование в брюшной полости. Из анамнеза известно, что болеет в течение 4,5 лет, когда начал увеличиваться в размерах живот. Не лечилась, за медпомощью до 04.11.17 г. не обращалась, когда на УЗИ в поликлинике обнаружили образование брюшной полости и направили в хирургический стационар.

На момент госпитализации состояние пациентки оценивалось как средней степени тяжести. Вес 67 кг, рост 158 см. Число дыханий 16 в мин, везикулярное. Пульс 86 уд/мин, ритмичный, АД 110/70 мм рт. ст. Язык: влажный. Живот увеличен в размере за

счет наличия объемного образования, занимающего практически всю брюшную полость, смещаемого, при пальпации незначительно болезненного в околопупочной области и над лоном. Перитонеальные симптомы отрицательные, перистальтика кишечника не изменена. Периферические лимфоузлы не увеличены. Беспокоит учащенное мочеиспускание.

УЗИ ОБП 4.11.2017: Печень не увеличена, однородной структуры, контуры ровные, четкие, венозный рисунок сохранен, внутрипеченочные желчные протоки не расширены. Желчный пузырь 65x44 мм, стенка 5 мм, просвет свободен. Холедох, портальная вена, поджелудочная железа, правая почка не лоцируются. Селезенка размером 97x41 мм, контур четкий, ровный, однородной структуры. Левая почка расположена обычно, размером 95x50 мм, с четким, ровным контуром, слой паренхимы 19 мм, лоханка не расширена. Свободной жидкости в брюшной полости и малом тазу не выявлено в момент осмотра. Аорта в брюшном отделе – 15 мм, стенки неравномерно утолщены, уплотнены за счет гиперэхогенных атеросклеротических бляшек. В брюшной полости определяется многокамерное образование, вероятно исходящее из малого таза, с гиперэхогенной взвесью размером 450x310 мм. Заключение: Атеросклероз брюшного отдела аорты. Многокамерное образование, вероятно исходящая из малого таза, с гиперэхогенной взвесью.

Пациентка была госпитализирована в хирургическое отделение с диагнозом объемное образование брюшной полости.

КТА ОБП 5.11.2017: В брюшной полости и малом тазу определяется многокамерное однородное кистозное образование 30x50см, которое сильно сдавливает окружающие органы и ткани. При КТА – просвет сосудов свободно проходим, аневризматических расширений, расслоений не выявлено. Заключение: многокамерное однородное кистозное образование (рис. 1, а, б).

После проведенных обследований 5.11.2017 состояние с ухудшением. Беспокоят общая слабость, боли в животе резко усилились, появилась боль в левой надключичной области. Состояние тяжелое, стабильное. Кожные покровы обычной окраски. АД 140/70 мм рт. ст., ЧСС 120 в минуту. Дыхание проводится, ЧД 16 в минуту. Живот увеличен в объеме за счет плотноэластического образования, резко болезненный при пальпации в нижних отделах, где определяются положительные перитонеальные симптомы.



a



б



в



г



д



е

Рис. 1. а, б – КТ брюшной полости, в – образование брюшной полости, г, д, е – интраоперационная находка и этапы удаления кисты

Учитывая клиническую картину объемного образования брюшной полости, осложненного разрывом капсулы и перитонитом, пациентка подана в операционную в экстренном порядке для выполнения оперативного лечения по жизненным показаниям.

5.11.2017 15.50-16.55: Среднесрединная лапаротомия. Практически всю брюшную полость занимает объемное образование с гладкой белесой капсулой исходящее из полости малого таза. Разрез кожи продлен книзу. В брюшной полости (преимущественно в полости малого таза) умеренное количество серозно-геморрагического выпота, осушена и взята на бактериологическое исследование. Установлено, что объемное многокамерное образование исходящее из правого яичника размерами 30х25х35 см, на его поверхности распластана правая маточная труба, одна из камер с надрывом капсулы, из полости которой вытекает содержимое, подобное жидкости в брюшной полости. Содержимое кисты объемом до 8 литром взято на атипичные клетки, аспирировано. Выполнена правосторонняя аднексэктомия. На разрезе киста с гладкой внутренней капсулой, при разрезе более мелких кист изливается серозная желеподобная жидкость. Матка обычных размеров и положения, левые придатки не изменены. Другой патологии в брюшной полости (включая большой сальник, печень, лимфатические коллекторы и т.д.) и в малом тазу не выявлено. Дополнительно выполнена левосторонняя аднексэктомии. Дренаж в полость малого таза.

При гистологическом исследовании морфологическая картина соответствует многокамерной муцикозной аденоме яичника эндоцервикального типа с очагами воспаления, возрастными особенностями труб и яичников.

В дальнейшем проводилось лечение в хирургическом отделении. Течение послеоперационного периода без особенностей, осложнений не было. Выписана на 9 сутки после операции. Через 2 года после операции жалоб не предъявляет, рецидива и прогрессирования процесса не отмечается.

Выводы:

1. Муцинозная цистаденома является доброкачественной опухолью яичника, которая может достигать огромных размеров в постменопаузе у женщин, которые не наблюдаются у гинеколога в течение длительного времени.

2. Большие кисты яичников представляют диагностическую проблему при дифференцировке от добро- и злокачественного

новообразования органов брюшной полости и забрюшинного пространства, могут приводить к различным осложнениям и представляют высокий риск хирургического лечения.

3. В данном клиническом случае, несмотря на перфорацию кисты, нам удалось эффективно предотвратить все возможные интра- и послеоперационные осложнения, а выздоровление пациентки наступило в максимально короткие сроки и с отсутствием рецидива в отдаленном периоде.

4. Улучшение непосредственных результатов хирургического лечения гигантских муцинозных кист связано со своевременным ранним выявлением этих новообразований, проведением инструментальной дифференциальной диагностики с другими опухолями и недопущения осложнений.