

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2022
УДК 616.37-06-089

Е.В. Просветова¹, Д.К. Калиева¹

КИСТОМЫ ОБОИХ ЯИЧНИКОВ. ОСЛОЖНЕНИЕ. ИСХОД

¹Кафедра хирургических болезней Медицинского университета Караганды (Караганда, Республика Казахстан)

*Динар Кенескановна Калиева – доктор Ph, ассоциированный профессор кафедры хирургических болезней Медицинского университета Караганды; электронная почта: d.kalieva@qmu.kz, тел.: +7 7012276103

Киста яичника — это доброкачественная опухоль, развивающаяся из эпителиальных тканей и обладающая пролиферативным ростом. При значительных размерах может сдавливать соседние органы и даже прорастать в них и разрушать. Согласно статистике, патология характерна для женщин преимущественно в возрасте от 30 до 60 лет. Лечение кисты исключительно хирургическое, что связано с необходимостью удаления опухоли из-за риска озлокачествления (малигнизации).

В статье представлен клинический случай, демонстрирующий развитие возможных осложнений при неверифицированных кистах яичника.

Ключевые слова: кистомы, яичники, новообразование

Муцинозные кистомы яичника составляют 10-15% новообразований яичников. Подавляющее большинство из них являются доброкачественными или пограничными, составляя 80% и 16-17% соответственно. Муцинозные новообразования яичников чаще всего поражают женщин в возрасте от 20 до 40 лет. Своевременная диагностика и лечение кистом снижает риски малигнизации процесса, и соответственно, уменьшает риск летального исхода [5]. Доброкачественные новообразования яичников (ДОЯ) – патологические образования овариальной ткани, возникающие в результате нарушения процессов клеточной пролиферации и дифференцировки. Эпидемиология кист яичников неясна из-за отсутствия последовательных сообщений и высокой вероятности самопроизвольного разрешения. В США у женщин в постменопаузе частота возникновения кисты яичника составляет 18% в течение 15-летнего периода. Во всем мире около 7% женщин в какой-то момент своей жизни имеют кисту яичника. В Европе крупное скрининговое исследование выявило 21,2% случаев возникновения кист яичников среди здоровых женщин в постменопаузе [6]. По литературным данным клиническая картина кистом яичников неспецифична и может протекать на ранних стадиях бессимптомно, давая клиническую картину в период начала развития осложнений [2]. При своевременном удалении кистомы прогноз благоприятный. Что касается профилактики заболевания, то есть доказательства того, что длительный прием оральных контрацептивов предотвращает развитие доброкачественных новообразований яичников. Вторым моментом, которому отводится профилактическая роль в предотвращении развития новообразований яичников, является реализация репродуктивной функции. Для своевременного обнаружения изменений яичников рекомендуется регулярно посещать гинеколога и выполнять ультразвуковое исследование (УЗИ)

органов малого таза [4]. Наибольшую угрозу для жизни представляет малигнизация кистомы яичника. При гематогенном или лимфогенном заносе инфекции содержимое кистомы может нагнаиваться. В случае травмы опухоли или нарушения трофики ее стенок происходит разрыв капсулы кистомы яичника, который сопровождается внутрибрюшным кровотечением, шоком, перитонитом. Разрастание кистомы яичника до гигантских размеров сопровождается функциональными нарушениями со стороны внутренних органов [4].

Пациентка Ф., 56 лет доставлена в приёмное отделение Областной клинической больницы (ОКБ) г. Караганды 19.06.22г. 02:07 с клиникой асцита неясного генеза. Госпитализирована в палату динамического наблюдения. Больная предъявляла жалобы на увеличение живота в объёме, умеренные боли в животе, выраженную слабость, чувство нехватки воздуха.

Со слов пациентки, в апреле 2022 года самостоятельно стала прощупывать образование внизу живота. В динамике отмечала увеличение живота в объёме. 29.04.22 года прошла УЗИ гепатопанкреодуоденальной зоны (ГДЗ), на котором выявлен асцит, холецистолитиаз. За медицинской помощью не обращалась. В динамике живот увеличивался в объёме. Последние несколько дней до госпитализации стали беспокоить боли в животе, выраженная слабость, чувство нехватки воздуха. В связи с ухудшением состояния вызвала скорую медицинскую помощь. Доставлена в приёмный покой ОКБ.

При осмотре общее состояние больной тяжёлое, за счёт гипотонии, болевого синдрома, печёночной недостаточности? В сознании, адекватная, вялая. Нормостенического телосложения, умеренного питания. Подкожно-жировая клетчатка развита умеренно, распределена равномерно. Кожный покров бледноватой окраски, чистый, тургор кожи несколько снижен. Температура тела 36,6С. Пастозность нижних конечностей. Пери-

Наблюдения из практики

ферические лимфатические узлы не увеличены. Аускультативно дыхание ослаблено в нижне-боковых отделах, хрипов нет. ЧДД 20 в минуту. Сердечные тоны приглушены, ритмичные. ЧСС 82 в минуту, пульс пониженного наполнения и напряжения, АД 80/60 мм.рт.ст. Язык суховат, обложен белым налётом. Живот правильной формы, увеличен в объеме за счёт асцита?, в акте дыхания участвует слабо. Пальпаторно живот мягкий, умеренно болезненный в нижних областях. Печень не пальпируется за счёт увеличенного живота. Селезёнка не пальпируется. Перистальтика кишечника вялая. Газы отходят слабо. Стула в стационаре не было. Область почек визуально не изменена. Симптом поколачивания отрицательный. Установлен уретральный катетер, по которому мочи нет (анурия). При ректальном исследовании без особенностей.

В анализах крови при поступлении: тромбоцитоз, лейкопения, незначительная азотемия, коагулопатия. На УЗИ брюшной полости, ГДЗ, почек, плевральных полостей: Гепатомегалия. Холецистолитиаз. Расширение портальной вены. Асцит. Диффузные изменения паренхимы печени, поджелудочной железы. Диффузные изменения паренхимы обеих почек. Двусторонний гидроторакс. Гидроперикард. В связи с гипотонией дважды производилась инфузионная терапия, в объёме 1500 мл. Несмотря на проводимую терапию, сохранялась склонность к гипотонии. Учитывая это, принято решение о госпитализации пациентки в отделение реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ) ОКБ по тяжести состояния в экстренном порядке.

Осмотрена гинекологом – патологии не выявлено. С целью диагностики, гинекологом произведена пункция через задний свод влагалища, получено 4 мл мутной слизисто-серозной жидкости, отправлена на исследование(19.06.22). Был выставлен предварительный диагноз: Асцит. Образование брюшной полости? Шок, вероятно гиповолемический. Острая патология почек (ОПП) 2 степени, Хроническая болезнь почек (ХБП) 3 ст. по СКД-ЕРІ: 39 мл/мин/1,73 кв,м.

В условиях ОРИТ проводилась инотропная поддержка, инфузионная, антибактериальная, анальгетическая терапии.

20.06.22 г. пациентке под седацией в условиях ОРИТ произведена диагностическая минилапаротомия, аспирировано около 1500 мл жидкости с примесью слизи и гноя, имеется подозрение на разорвавшуюся кистому брюшной полости. Транспортирована в операционную для проведения оперативного вмешательства. Произведена средне-срединная лапаротомия. В брюшной полости до 2000,0 мл серозно-мутной жидкости, с нитями фибрина, студенистыми сгустками желтого цвета. Проведена аспирация. Взят бактериологический посев. При дальнейшей ревизии париетальная и висцеральная листки брюшины умеренно гиперемированы, отечны, имеются пальпируемые высыпания белесоватого цвета до 0,3 мм. Печень несколько увеличена, покрыта фибрином, без дополнительных обра-

зований, желчный пузырь увеличен до 10-12 см, обычного цвета, селезенка уменьшена в размерах. Сальник плотный. В малом тазу инфильтрат состоящий из ректосигмоидного отдела толстой кишки, подвздошной кишки, матки, слепой кишки. Также имеется тканевое образование по типу кистомы, размером до 15 см., с участками некроза и разрывов исходящее из правого яичника (рис. 1). Слева в проекции яичника имеется кистама черного цвета до 6 см.

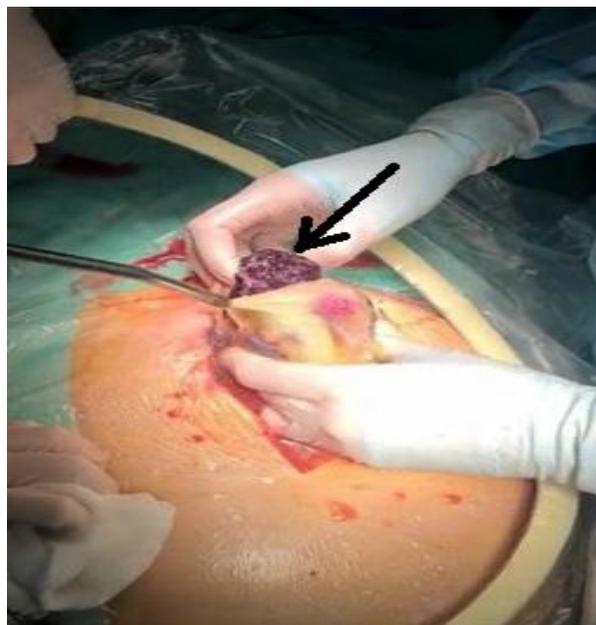


Рисунок 1 – Кистома яичника с некрозом

Тонкий кишечник на расстоянии 50 см от илеоцекального угла, находящийся в инфильтрате синюшного цвета, без активной перистальтики, нарушения целостности стенки нет, пульсация на сосудах брыжейки резко ослаблена, жизнеспособность сомнительна, далее кишечник розового цвета со слабой перистальтикой, покрыт фибрином. Толстый кишечник находящийся вне инфильтрата обычного цвета, покрыт фибрином. На связки яичника справа и слева с сохранением маточных труб наложены зажимы, кистомы отсечены, связки прошиты, перевязаны, проверка на гемостаз - сухо. Брюшная полость обильно промыта раствором хлоргексидина до чистых промывных вод, установлены контрольные дренажи справа в поддиафрагмальное пространство, в малый таз, слева в поддиафрагмальное пространство, в малый таз, выведены через отдельные проколы. Брюшная полость ушита на бантики для проведения, планируемой в последующем, программируемой санации. Макропрепарат: кистома правого и левого яичников с некрозом и разрывом.

В послеоперационном периоде пациентка продолжила лечение в ОРИТ. Состояние больной в динамике прогрессивно ухудшалось. На фоне крайне тяжелого состояния, проводимой респираторной, инотропной и вазопрессорной поддержки 20.06.2022 г. в 05:25 наступила остановка кровообращения по типу

асистолии. Реанимационные мероприятия – без эффекта. 20.06.2022 г. В 05:55 констатирована биологическая смерть. Непосредственная причина смерти – инфекционно-токсический шок.

ВЫВОД

1. Кистомы яичника зачастую протекает бессимптомно, клиническая картина развивается при значительных размерах образования, его осложнениях. Рассматриваемая патология, способна поражать как один, так и сразу два яичника. Достаточно высока вероятность перерождения клеток образовавшейся кистомы в злокачественную опухоль. Статистика клинических наблюдений говорит о том, что муцинозная киста составляет 5% озлокачествления, тогда как новообразование серозного характера показывает уровень малигнизации в 15% [4].

2. Исходя из вышесказанного, если диагностирована киста яичника, лечение данной патологии сводится к единственному методу – удалению кистомы хирургическим путем. Принципы ранней диагностики рака репродуктивных органов у женщин позволяют выявить онкологический процесс на ранних стадиях, что в первую очередь позволит снизить летальность и повысить шансы излечения [1]. Киста яичника – опасное заболевание, которое может иметь неспецифическую клиническую картину. Поэтому важно на этапе амбулаторной службы проводить беседы о необходимости гинекологических скрининговых обследований, об опасностях абортотравм органов малого таза и недопущения инфекционно-воспалительных заболеваний.

ЛИТЕРАТУРА

1 Ашрафян Л.А. Ранняя диагностика основных локализаций рака органов репродуктивной системы у женщин: проблемы и перспективы / Л.А. Ашрафян // Онкогинекология. – № 2 (146) – 2018 г. – Стр. 13.

2 Гаврилов М.В. Доброкачественные новообразования яичников / М.В. Гаврилов // Медицина. – № 6 (117). – 2019 г. – 31 с. – Библиогр.: с.3–5.

Е.В. Просветова¹, Д.К. Калиева¹

ЕКІ АНАЛЫҚ БЕЗДІҢ КИСТОМАЛАРЫ. АСҚЫНУ. НӘТИЖЕ

¹Қарағанды медициналық университеті (Қарағанды, Қазақстан Республикасы). Хирургия аурулар кафедрасы

Аналық без кистомасы – эпителий тіндерінен дамидын және пролиферативті өсіндісі бар қатерсіз ісік. Елеулі мөлшерде ол көрші органдарды қысып, тіпті оларға өсіп, оларды жоя алады. Статистикаға сәйкес, патология негізінен 30 жастан 60 жасқа дейінгі әйелдерге тән. Кистоманы емдеу тек хирургиялық болып табылады, бұл қатерлі ісікке (малигнизация) айналып кету қаупіне байланысты ісіктерді алып тастау керек. Мақалада аналық бездердің тексерілмеген цистомаларында ықтимал асқынулардың дамуын көрсететін клиникалық жағдай ұсынылған.

Кілт сөздер: цистомалар, аналық бездер, ісіктер

Y.V. Prosvetova¹, D.K. Kaliyeva¹

CYSTOMAS OF BOTH OVARIES. COMPLICATION. OUTCOME

¹Karaganda Medical University (Karaganda, The Republic of Kazakhstan). Department of Surgical Diseases

Ovarian cystoma is a benign tumor that develops from epithelial tissues and has proliferative growth. With a significant size, it can compress neighboring organs and even grow into them and destroy them. According to statistics, pathology is typical for women mainly between the ages of 30 and 60 years. The treatment of cystoma is exclusively surgical, which is associated with the need to remove the tumor due to the risk of malignancy (malignancy). The article presents a clinical case demonstrating the development of possible complications in unverified ovarian cystomas.

Key words: cystomas, ovaries, neoplasm

3 Гинекология : национальное руководство : краткое издание / под редакцией Г. М. Савельевой, Г. Т. Сухих, И. Б. Манухина. – Москва : ГЭОТАР–Медиа, 2019. – 704 с. – Библиогр.: Стр.61– 63, 94

4 Солопова, А.Г. Онкогинекология: введение в специальность и клинические решения / Солопова А.Г., Бицадзе В.О., Макацария А.Д., Блинов Д.В. // Изд-во «Медицинское информационное агентство», 2022. – 840 с. – ISBN 978-5-9986-0468-3.

5 Marko J. /Marko J, Marko KI, Pachigolla S.L.//Radiographics.– 2019. – Vol.(39).– №. 4. –P.1527-1323

6 Parazzini F. Gynecologic Oncology/ F. Parazzini, C. La Vecchia, S. Franceschi // Int J Epidemiol. –Vol. (79). – P.50-54

REFERENCES

1 Ashrafjan L.A. Rannjaja diagnostika osnovnyh lokalizacij raka organov reproduktivnoj sistemy u zhenshhin: problemy i perspektivy / L.A. Ashrafjan // Onkoginekologija. – № 2 (146) – 2018 g. – p.13.

2 Gavrilov M.V. Dobrokachestvennye novoobrazovani jajaichnikov / M.V. Gavrilov // Medicina. – № 6 (117). – 2019 g. – 31 p. – Bibliogr.: p. 3–5.

3 Ginekologija : nacional'noe rukovodstvo : kratkoe izdanie / pod redakciej G. M. Savel'evoj, G. T. Suhih, I. B. Manuhina. – Moskva: GJeOTAR–Media, 2019. – 704 p. – Bibliogr.: P.61– 63, 94

4 Solopova, A.G. Onkoginekologija : vvedenie v special'nost' i klinicheskie reshenija / Solopova A.G., Bicadze V.O., Makacarija A.D., Bliinov D.V. //Izd-vo «Medicinsкое informacionnoe agentstvo», 2022. – 840 p. – ISBN 978-5-9986-0468-3.

5 Marko J. /Marko J, Marko KI, Pachigolla S.L.//Radiographics. – 2019. – Vol.(39).– №. 4. – P.1527-1323

6 Parazzini F. Gynecologic Oncology/ F. Parazzini, C. La Vecchia, S. Franceschi // Int J Epidemiol. –Vol.(79). – P.50-54.

Поступила 12.01.2022