

И.И.Борисенко, С.Н.Кутленкова

Александровская больница,
Санкт-ПетербургГИГАНТСКАЯ ПСЕВДОМУЦИНОЗНАЯ
КИСТОМА ЯИЧНИКА: ОДНО НАБЛЮДЕНИЕ

Представлено наблюдение опухоли яичника, имеющей чрезмерно большие размеры, принадлежащей к псевдомуцинозным кистомам.

В клинической практике различают эпителиальные опухоли, опухоли стромы полового тяжа и герминогенные опухоли. Кроме того, все эпителиальные опухоли разделяют на доброкачественные, пролиферирующие, злокачественные и метастатические. Доброкачественные эпителиальные опухоли составляют более половины всех новообразований яичников. Среди них наиболее часто встречаются серозные и муцинозные (синоним: псевдомуцинозные) опухоли. Среди муцинозных опухолей наиболее часто встречается простая (сécrнирующая) муцинозная кистома. Как правило, размеры опухоли от 15 до 30 см в диаметре, но в ряде случаев она может достигать 50 см [2].

Самая большая псевдомуцинозная кистома весом 129,6 кг описана Vasifdak в 1954г. [3].

По определению ВОЗ (1977 г.), эпителиальный компонент муцинозных опухолей, наполненный значительным количеством муцина, напоминает эндоцервикальный или кишечный эпителий, иногда содержащий аргентафильные клетки и редко - клетки Панета [1].

Мы представляем одно клиническое наблюдение опухоли яичника, содержимое камер которой составило 76 литров.

Больная К., 70 лет, история болезни № 24636, поступила в Александровскую больницу 24 августа 1998 г. в экстренном порядке с жалобами на неприятные ощущения по всему животу, запоры, дисурические явления, слабость. Из анамнеза известно, что у пациентки в 1989 году во время профосмотра обнаружена киста правого яичника размером 111х116мм. Было предложено оперативное лечение, от которого она отказалась. С 1989 г. врачей

не посещала. Увеличение объема живота происходило постепенно в течение 9 лет. Гинекологический анамнез: менструации с 14 лет по 3-4 дня через 28-30 дней, регулярные, умеренные, безболезненные. Менопауза в течение 25 лет. Половая жизнь с 23 лет в браке. Б-5, А-3, Р-2. Ранее гинекологические заболевания отрицает. Объективно: положение в постели вынужденное (полусидя на боку). Состояние относительно удовлетворительное. Температура тела нормальная. Кожные покровы и слизистые обычной окраски. Пульс - 88 ударов в мин., ритмичный, удовлетворительного наполнения. АД 130/80 мм рт.ст. Тоны сердца ритмичные, слегка приглушены. Дыхание жесткое, проводится во все отделы. Хрипов нет. Язык чистый, влажный.

Живот увеличен в размере за счет образования, исходящего из малого таза (окружность живота 2 м при росте 160 см), напряжен, чувствителен при пальпации. Перкуторно во всех отделах определяется тупость. По передней брюшной стенке - расширенный венозный рисунок. Печень перкуторно не увеличена. Отеков нет. Выделений из половых путей нет. При ректовагинальном исследовании матка и придатки не определяются. Пальпируется нижний полюс образования, уходящий за пределы малого таза. Инфильтратов в малом тазу не выявлено.

Предположительный диагноз: гигантская киста яичника с частичным нарушением питания. Сопутствующий: ИБС. Атеросклеротический кардиосклероз. НК I ст.

Учитывая вышеизложенное, решено оперировать больную в экстренно-отсроченном порядке после клинко-лабораторного обследования и проведения предо-





перационной подготовки. 26 августа 1998 г. произведен лапароцентез и пункция кистомы. Постепенно эвакуировано 28 литров серозной жидкости с одновременной инфузией кристаллоидных растворов со скоростью, равной скорости эвакуации содержимого кистомы. Согласно намеченному плану больная подана в экстренную операционную.

При проведении нижнесрединной лапаротомии обнаружено: в рану предлежит гладкостенная многокамерная киста, заполняющая всю брюшную полость и уходящая в правое и левое подреберье. Поочередно троакаром пунктированы полости кистомы. Общий объем кистомы 76 литров. Обнаружен перекрут ножки кистомы правого яичника на 180 градусов, после удаления которого определяется матка, увеличенная до 5 недель беременности, в связи с чем, учитывая возраст больной, решено расширить объем операции до надвлагалищной ампутации матки с придатками.

Макропрепарат кистомы: раз-

меры без содержимого 1,5x1 м. Стенка и перегородки кистомы до 0,3 см толщиной. При разрезе обнаружено около 10 гладкостенных полостей различных размеров. Содержимое камер желеобразного характера. При гистологическом исследовании: псевдомуцинозная киста яичника. В толще кисты - массивные кровоизлияния.

В послеоперационном периоде проводился контроль за гемодинамикой и соматическим статусом больной. Пациентка получала симптоматическую терапию, ЛФК, физиотерапевтические процедуры (УВЧ на послеоперационную рану), массаж грудной клетки. Лабораторные показатели крови и мочи в пределах нормы. Швы на передней брюшной стенке сняты на 13-е сутки, заживление первичным натяжением.

Больная выписана на 15-е сутки в удовлетворительном состоянии под наблюдение врача женской консультации.

Данное наблюдение еще раз подтверждает единую точку зрения о том, что любая опухоль яич-

ника подлежит оперативному удалению. Эта тактика определяется тем, что не только злокачественные, но и доброкачественные образования яичников без операции самостоятельно не излечиваются и что промедление с их удалением даже при заведомо доброкачественных опухолях может повлечь за собой ряд осложнений. Чем раньше произведена операция, тем более благоприятны непосредственные и отдаленные результаты лечения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Селезнева Н.Д., Железнов Б.И. Доброкачественные опухоли яичников. - М.: Медицина, 1982. - С. 122.
2. БМЭ в 30 тт. (АМН СССР). Гл. ред. Б.В.Петровский. - 3-е изд. - М. Советская энциклопедия, 1986. - т. 28. - С. 511-514.
3. Бычков В.И., Селезнева Н.Д., Серов В.Н., Смирнова В.С. Кисты и кистомы яичников. Под ред. проф. Бодяжиной В.И. М. - Медицина, 1969. - С. 80.