doi: 10.17116/hirurgia2016464-66

Отдаленные результаты хирургического лечения больной гигантской серозной цистаденомой левого яичника

Д.м.н., проф. И.В. МИХИН, А.С. ПАНЧИШКИН*

Кафедра хирургических болезней педиатрического и стоматологического факультетов Волгоградского государственного медицинского университета

Ключевые слова: серозная цистаденома яичника, цистовариэктомия, ненатяжная аллогерниопластика.

Long-term results of surgical treatment of giant serous cystadenoma of left ovary

I.V. MIKHIN, A.S. PANCHISHKIN

Chair of Surgical Diseases, Pediatric and Dental Faculties of Volgograd State Medical University

Keywords: serous cystadenoma ovarian, customerarray, tension-free allohernioplasty.

Опухоли яичников встречаются во всех возрастных группах, активный рост заболеваемости отмечается после 40 лет. Эпителиальные опухоли составляют около 70% всех опухолей яичников, развиваются из поверхностного (целомического) эпителия, покрывающего яичник, и подлежащей стромы, особенно в так называемых инклюзионных кистах, возникающих в местах регенерации мезотелия после овуляции за счет инвагинации эпителия в строму. К эпителиальным относят серозные, муцинозные и другие редко встречающиеся опухоли. Каждое из этих новообразований может быть доброкачественным, пограничным или злокачественным. Серозные (цилиоэпителиальные) цистаденомы составляют 40% всех доброкачественных опухолей яичников и являются самыми частыми новообразованиями у женщин в возрасте 30—50 лет. Эти опухоли названы так потому, что эпителий, выстилающий их капсулу, сецернирует серозную жидкость. Если внутренняя поверхность цистаденомы ровная, опухоль называется гладкостенной цистаденомой, а в тех случаях, когда имеется пролиферация по внутренней или наружной поверхности — папиллярной цистаденомой. В 10—12% наблюдений эти опухоли двусторонние, могут располагаться интралигаментарно, что ограничивает их подвижность. Размер цистаденом обычно не превышает 15 см, однако может достигать 30 см, выполняя весь малый таз и брюшную полость [1—4].

Приводим наблюдение гигантской цистаденомы левого яичника.

Больная *Л.*, 1942 года рождения, поступила в стационар 08.09.10 с жалобами на увеличение живота в объеме **(рис. 1)**, одышку при незначительной физической нагрузке, тяжесть в нижних отделах живота, запор. Считает себя больной в течение нескольких месяцев. За медицинской помощью обращалась в ЦРБ по месту жительства, где неоднократно была осмотрена гинекологом, которым для уточнения диагноза направлена в клинику.

При поступлении состояние пациентки расценено как относительно удовлетворительное. Кожа и видимые слизистые обычной окраски и влажности. Температура тела нормальная. Дыхание в легких везикулярное, без хрипов. Сердечные тоны ясные, ритмичные, ЧСС 88 в 1 мин, пульс хорошего наполнения, АД 130/90 мм рт.ст. Живот увеличен в размерах, симметричный, в акте дыхания не участвует, при пальпации мягкий, безболезненный, во всех отделах определяется умеренно подвижное объемное образование плотноэластической консистенции, перитонеальных симптомов нет.

УЗИ брюшной полости: в проекции II—III сегментов печени, выбухая за ее латеральный край, определяется эхонегативное образование с четкими контурами, размером 6,9×6,8×5,3 см; желчный пузырь гомогенный; от малого таза до эпигастральной области, выполняя практически всю брюшную полость, располагается эхонегативное многокамерное образование с перегородками; петли кишечника не расширены, оттеснены к боковым отделам. Лабораторные показатели крови и мочи соответствуют возрастной норме. По результатам общеклинического обследования определить органопринадлежность гигантского кистозного образования брюшной полости не представлялось возможным, в оперативном лечении в гинекологическом отделении отказано. Сопутствующие заболевания: ИБС, кардиосклероз, недостаточность кровообращения II стадии, гипертоническая болезнь III стадии, риск 4.

В плановом порядке 21.09.10 мы выполнили лапаротомию, обнаружили занимающую практически всю брюшную полость кисту **(рис. 2, а)**, после вскрытия которой эвакуировали 12 л буровишневой жидкости без запаха **(см. рис. 2, б)**. При ревизии брюшной полости и малого таза выявили, что гигантское кистозное образование исходит из левых придатков матки, в правом яичнике имеется множество мелких кистозных образований, в теле матки — единичный миоматозный узел диаметром 4 см. В левой доле печени находится лимфоидная киста диаметром около 7 см.

**А.С. Панчишкин* — ассистент кафедры хирургических болезней педиатрического и стоматологического факультетов Волгоградского ГМУ; 403004 Волгоград, пл. Павших борцов, 1; e-mail: aspanchishkin@yandex.ru

© И.В. Михин, А.С. Панчишкин, 2016



Рис. 1. **Внешний вид живота больной до операции.**

Объем оперативного пособия заключался в цистовариэктомии слева, ампутации матки с придатками, вскрытии, капитонаже кисты печени, дренировании брюшной полости.

Послеоперационный период протекал без осложнений, рана зажила первичным натяжением. При гистологическом исследовании макропрепарата **(рис. 3)** верифицирована серозная цистаденома яичника. На 9-е сутки пациентка была выписана на амбулаторное лечение у хирурга и гинеколога по месту жительства, в течение следующих 4,5 года за медицинской помощью не обращалась, назначенный режим ограничения физических нагрузок не соблюдала.

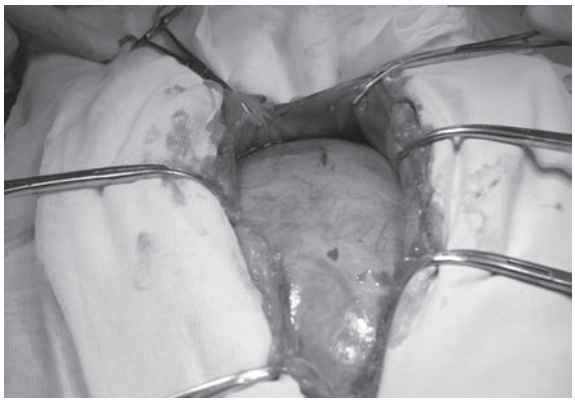
В январе 2015 г. при контрольном обследовании в клинике хирургических болезней пациентка предъявляла жалобы на наличие грыжевого выпячивания в средней трети послеоперационного рубца, боли в животе при физической нагрузке, возникшие через полгода после перенесенного хирургического вмешательства.

Объективно состояние пациентки относительно удовлетворительное. Кожа и видимые слизистые обычной окраски и влажности. Дыхание в легких везикулярное, хрипов нет. Сердечные тоны ясные, ритмичные, пульс 82 в 1 мин, АД 140/90 мм рт.ст. Живот не вздут, участвует в акте дыхания, асимметричный за счет грыжи, при пальпации мягкий, безболезненный во всех отделах. Локальный статус: в средней трети послеоперационного рубца после срединной лапаротомии имеется грыжевое выпячивание размером 8×6 см, мягкоэластической консистенции, безболезненное при пальпации, содержимое вправимо в брюшную полость, дефект апоневроза около 8 см в наибольшем измерении.

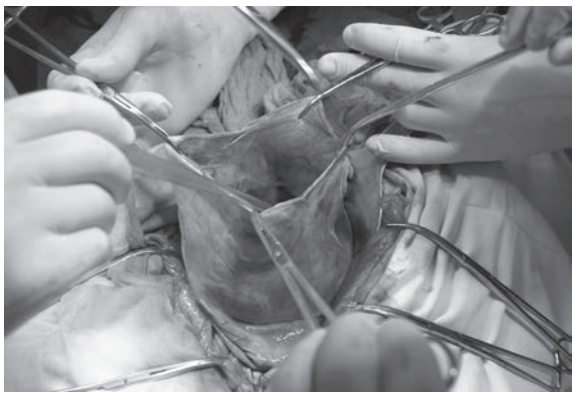
УЗИ органов брюшной полости: желчный пузырь размером 7×3 см, в полости конкремент диаметром 2 см, стенка повышенной эхогенности, толщиной 3 мм, общий желчный проток диаметром 5 мм, гомогенный; вентральная грыжа без признаков ущемления, жидкости в грыжевом мешке нет, петли кишечника не расширены, перистальтика активная; кистозных образований в брюшной полости не выявлено. При исследовании функции внешнего дыхания установлено, что вентиляционная способность легких сохранена; лабораторные показатели крови и мочи в пределах возрастной нормы.

В плановом порядке 29.01 мы выполнили операцию: грыжесечение, холецистэктомию, аппликацию, ненатяжную аллогерниопластику типа onlay. После грыжесечения и иссечения гранулем послеоперационного рубца размер дефекта апоневроза составил 10×8 см. Произведена аппликация полностью рассасывающейся пластины, изготовленной из лошадиного коллагена и используемой в практике для предупреждения межорганной и висцеропариетальной адгезии **(рис. 4, а)**, с последующей ненатяжной аллогерниопластикой **(см. рис. 4, б)** полипропиленовой сеткой двумя рядами узловых полипропиленовых швов. Послеоперационный период протекал без осложнений. В удовлетворительном состоянии пациентка была выписана из стационара через 12 сут.

При контрольном обследовании через 5 мес после операции данных о рецидиве грыжи нет. При УЗИ передней брюшной стенки состояние тканей в зоне аллогерниопластики признано удовлетворительным, смещаемость полых органов относительно



а



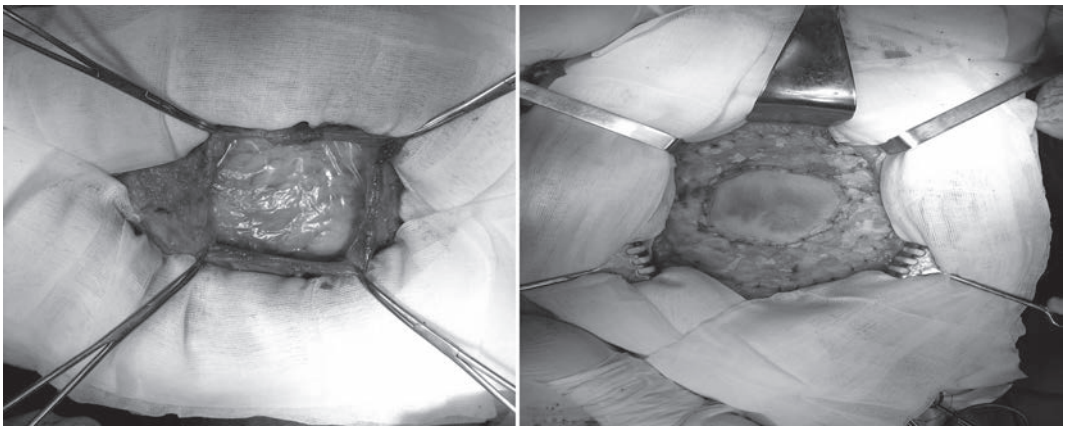
б

Рис. 2. **Интраоперационные фотографии.**

а — брюшная полость после верхней срединной лапаротомии; б — вскрытие кисты и эвакуация содержимого.



Рис. 3. **Макропрепарат.**



а б

Рис. 4. **Интраоперационные фотографии.**

а — аппликация противоспаечного барьерного средства; б — ненатяжная аллогерниопластика типа onlay полипропиленовой сеткой.

париетальной брюшины составила более 3,5 см, что косвенно подтверждает отсутствие висцеропариетальных сращений.

На примере настоящего клинического наблюдения показаны хорошие результаты радикального лечения пациентки с гигантской серозной цистаденомой левого яичника, несмотря на трудности верификации органной принадлежности новообразования в предоперационном периоде, а также хорошие ближайшие результаты ненатяжной аллогерниопластики с применением противоспаечного барьерного средства КолГАРА, позволяющего избежать формирования висцеропариетальных сращений и дигестивных фистул путем предотвращения контакта полых органов с аллотрансплантатом на период их ремезетелизации.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бохман Я.В. *Руководство по онкогинекологии*. СПб.: Фолиант. 2002.
2. Буланов М.Н. *Ультразвуковая гинекология*. В 3 томах. Т. 2. М.: Видар; 2010.
3. Новикова Е.Г., Чиссов В.И., Чулкова О.В. и др. *Органосохраняющее лечение в онкогинекологии*. М.: Видар; 2000.
4. Серов В.Н., Кудрявцева Л.И. *Доброкачественные опухоли и опухолевидные образования яичников*. М.: Триада-Х; 2001.