

УДК 618.11-066.55

О. І. Волошин
О. П. Пересунько
М. І. Кондревич
О. М. Гінгуляк

ВИПАДОК ГІГАНТСЬКОЇ КІСТОМИ ЯЄЧНИКА

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці

Ключові слова: гігантська кістома яєчника, діагностика

Резюме. Описано складний діагностичний випадок гігантської муцинозної кістоми яєчника, що на початковому етапі імітувала портальний цироз печінки, а сучасні інструментальні методи діагностики, включаючи комп'ютерну томографію черевної порожнини, виявилися результативними лише через 1,5 року від початкового звертання хворої.

Вступ

Результати епідеміологічних досліджень свідчать про те, що протягом останніх десятиліть у багатьох економічно розвинутих країнах світу, у тому числі в Україні, спостерігається первинне зростання захворюваності на пухлини, зокрема – рак яєчників і смертності від цієї патології [1,2].

Показники виявлення пухлини яєчників при профілактичних оглядах сягають від 4,1% до 15,2%. У 80% хворих на рак яєчників діагноз встановлюється в запущених, III – IV стадіях, а 38,6% хворих від вперше взятих на облік не доживають одного року [4], тобто профілактичні огляди жіночого населення щодо діагностики пухлини яєчників себе не виправдали.

Пізня діагностика пухлини яєчників пов'язана з відсутністю патогномонічних симптомів, характерних для цієї патології. Тому часто трапляються діагностичні та тактичні лікарські помилки [3,5].

Наводимо приклад подібного клінічного випадку.

Хвора С.Г.Г., 73 років, пенсіонерка, поступила в гастроентерологічне відділення міської лікарні №3 м. Чернівці 17.04.2009 р. з попереднім діагнозом: Цироз печінки змішаної етіології, активний (II ст. за Чайлдом-П'ю), декомпенсований, з вираженим асцитичним синдромом; супутній – ІХС, атеросклеротичний кардіосклероз, СН ІА, ФК II-III.

Скарги при поступленні на тупий розпираючий біль у підребір'ях, різке збільшення живота, задуху в спокої, значну загальну слабкість, знижений апетит, набряки ніг.

Чітко вказати початок хвороби не може, прогресуюче збільшення живота відмічає за останні два роки, набряки ніг – за останні три місяці, ймовірної причини хвороби назвати не може, однак впродовж останніх 30-35 років мали місце

неодноразові контакти з отрутохімікатами (пацієнтка працювала 30 років агрономом по захисту рослин), вживання алкоголю в помірних дозах. Раніше при медичних профоглядах зауважень щодо її здоров'я лікарі, включаючи гінекологів, не мали. 1,5 роки назад хвора вперше за станом здоров'я була госпіталізована в гастроентерологічне відділення обласної лікарні зі значним асцитом, був виставлений діагноз цирозу печінки, який однак, викликав певні сумніви щодо диференційної діагностики з пухлинним процесом. У зв'язку з цим здійсненні гастродуоденофіброскопія (встановлений діагноз гастродуоденіту), УЗД черевної порожнини (за значного скупчення рідини з гіперехогенним вмістом, візуалізувати печінку, жовчний міхур, селезінку та нирки не вдалося), комп'ютерна томографія органів черевної порожнини (заключення: Ознаки асциту, хронічного холециститу, правобічного гідронефрозу, гіперплазії стінок антрального відділу шлунка). Аналізи крові, в т.ч. ШОЕ, сечі, функціональні проби печінки не вказували на вагомий відхилення від норми, в т.ч. на цироз печінки. Консультація гінеколога запідозрено Ca ovarii; від консультацій онкогінеколога, онколога та хірурга хвора відмовилася та за власним наполяганням з покращанням після 12-добового лікування (гепатопротекторна, метаболічна, сечогінна терапія) виписалася додому з рекомендаціями продовження цієї терапії та консультації в онкогінеколога.

До повторної госпіталізації в квітні 2009 р. лікувалася народними методами, зі слів родичів відносилася неухважно до свого здоров'я, а зазначена госпіталізація здійснена за наполяганням дітей хворої.

В анамнезі життя нема вказівок на перенесені вірусні гепатити, туберкульоз, венеричні хвороби.

Об'єктивно: Зріст – 168 см, маса – 80 кг. Стан хворої середньої тяжкості. Свідомість повна. По-

ложення в ліжку вимушене, на боку (почергово: правий, лівий) за різкого збільшення живота. Шкірні покриви бліді, сухуваті, тургор знижений, судинних зірочок чи венозних розширень в будь-яких ділянках тіла не виявлено. Склери не жовтяничні, видимі слизові оболонки бліді. Виражене зниження живлення верхньої половини тулуба та рук до рівня майже кахексії. Великий „жаб'ячий” відвислий живіт, набряки ступнів та гомілок. Лімфатичні вузли та щитоподібна залоза не збільшені. Пульс 110 за 1 хв., ритмічний, слабкого наповнення. АТ 105/70 мм рт.ст. Межі серця не змінені, тони ослаблені, дуючий систолічний шум на верхівці та точці Боткіна. Дихань 26 за 1 хв, в легенях ослаблене везикулярне дихання. Язик малинового кольору, вологий. Живіт різко збільшений, напружений, помірно болючий у всіх ділянках; за рідини в ньому пальпація органів черевної порожнини неможлива, однак явищ перитонізму не виявлено.

При терміновому ультразвуковому обстеженні зображень печінки та селезінки за рідини в черевній порожнині отримати не вдалося.

Заг.ан.крові: Ер.- $3,5 \times 10^{12}$, Нв-108 г/л; КП-0,86; Л- $4,3 \times 10^9$; е-1%; п-1%; с-68%; л-28%; м-2%; ШОЕ – 18 мм/год.

Біохімічні дослідження: Заг.білірубін – 28,6 мкмоль/л, прямий – 6,8 мкмоль/л; АЛТ – 0,89; АСТ – 0,38 мкмоль/год/мл; глюкоза крові – 5,5 ммоль/л; тимолова проба – 6,7 од. Аналізи калу та сечі – без особливостей.

ЕКГ: ритм синусовий, синусова тахікардія, помірні дифузні зміни в міокарді, ішемія бічних відділів міокарда. Рентгенографія ОГК: серце та легені – вікові зміни. Відмічається високе стояння куполів діафрагми.

За слабких показників гемодинаміки хворій призначена дезінтоксикаційна, метаболічна, гепатопротекторна терапія (сорбілат, альбумін, глутаргін, гепадіф, інфезол, верошпірон, панангін), фуросемід 300 мг на добу комбіновано, антибіотикотерапія. На наступний день при деякому покращенні загального стану хворої і показників гемодинаміки та з врахуванням резистентності до інтенсивної діуретичної терапії здійснений лапароцентез, при якому з черевної порожнини дуже повільно виділилось 6 літрів вязкої слизоподібної мутної рідини шоколадного кольору. Після цього стан хворої покращився: зменшилася задуха, тахікардія.

Аналіз рідини з черевної порожнини: колір – коричневий, мутна, проба Рівальта різко позитивна, білок 3,3 %, еритроцити у великій кількості, лейкоцити – 25-30 в п/з, лімфоцити 8-12 в п/з, клітини мезотелію 5-7 в п/з; атипів клітини та БК не виявлені.

Хворій продовжено інтенсивну дезінтоксикаційну, метаболічну, діуретичну терапію, однак на 5 добу посилилася задуха, при зменшенні набряків на ногах живіт не зменшився. За наполяганням пацієнтки проведено повторний лапароцентез, видалено 8 літрів рідини такого ж кольору. Після кожного лапароцентеза спроби візуалізувати печінку та селезінку при ультразвуковому обстеженні не вдавались за надмірної кількості рідини в черевній порожнині.

На 12-ту добу хвора виписана зі стабілізованими показниками гемодинаміки і помірним покращанням стану, зменшенням задухи, набряків, величини живота, покращання апетиту, та направлена на комп'ютерну томографію органів черевної порожнини в обласний онкодиспансер із подальшою консультацією онколога.

Після КТ хвора з діагнозом кістома яєчника великих розмірів 28.04.2009 поступила в гінекологічне відділення онкодиспансеру. 5.05.09 виконана нижньо-середина лапаротомія, видалення кістоми, надпихвова ампутація матки з придатками, видалення великого сальника. Діагноз після операції: Муцинозна кістома гігантських розмірів.

При операції: Всю черевну порожнину займає кістома гігантських розмірів зі згладженими стінками, які на всьому протязі підпаяні до парієтальної очеревини. На кістому накладений кисетний шов, уведена дренажна трубка та відсмоктано 16-17 л темної рідини. Проведена мобілізація стінок кістоми від очеревини, спайки роз'єднані тупо та гостро. Дно кістоми доходить до лівого та правого підбер'їв. Капсула кістоми з солідним вмістом, який залишився після відсмоктування, виведена з рани. Встановлено, що кістома походить із лівого яєчника. Метастазів по очеревині та органах черевної порожнини немає. Круглі та лійково-маткові зв'язки пересічені та прошиті. Матка відсічена на рівні внутрішнього вічка. Нижня перитонізація. Гемостаз повний. Проведено типово видалення зовнішньо незміненого сальника. Черевна порожнина дренована та ушита наглухо.

Гістологічне дослідження: муцинозна цистаденокарцинома лівого яєчника Іс стадії. Тіло матки: кістозна атрофія ендометрія, аденоміоз.

Ймовірний об'єм рідини в кісті склав біля 35 літрів (14 літрів – при парацентезах, 17-при відсмоктуванні та біля 2-2,5 літрів – разом з видаленою капсулою кісти).

Маса хворої при виписці 43 кг. Повторний огляд через 0,5 року: стан хворої задовільний, значно покращився апетит, дієти не притримується, набрала у вазі 15 кг, виконує всю домашню роботу. Особливих скарг не пред'являє. Живіт звичайних розмірів, печінка не збільшена, від

лабораторно-інструментальних обстежень відка-зується, медикаменти не вживає.

Наведений клінічний випадок показовий щодо важливості санітарно-просвітницької роботи серед населення (хвора звернулася за лікарською допо-могою на пізніх стадіях хвороби), потреби в по-стійному підвищенні онконастороженості фахівців терапевтичного профілю та розумінню лікарями певної обмеженості можливостей діагностичних інструментальних методів (комп'ютерна томографія органів черевної порожнини на першому етапі звертання пацієнтки не вирішила діагностичне утруднення, чотирикратні спроби ультразвукової діагностики навіть після лапароцентезів, не набли-зили лікарів до ймовірного діагнозу) [3,4].

Література. 1. *Абдуллаева С.А.* Некоторые аспекты диагностики и лечебной тактики у больных с доброкачественными образованиями яичников /С.А.Абдуллаева // Российский вестник акушера-гинеколога.-2005.-Т.5, №2.-С.17-24. 2. *Нагорна В. Ф.* Діагностика пухлин яєчників: сьо-годення і перспектива /В. Ф. Нагорна, В. Г. Марічерета // Одеський медичний журнал.- 2000.- №1. – С. 83 – 87. 3. *По-номарев И.О.* Медицинский скрининг – проблемы, перспек-тивы и возможности применения в онкологии / И.О.Пономарев // Онкология. – 2001, – Т.3, №2-3, – С.203-206. 4. *Федоренко З.П.* Рак в Україні, 2007-2008 / З.П.Федоренко, Л.О.Гулак // Бюлетень Національного кан-цер-реєстру України. – Київ, 2008. – 156 с. 5. *Attanucci C. A.* Differences in symptoms between patients with benign and malignant ovarian neoplasms /C. A. Attanucci // American j. Obstetrics and gynecology.-2004.-Vol.190.-P. 1435-1437.

СЛУЧАЙ ГИГАНТСКОЙ КИСТОМЫ ЯИЧНИКА

*А. И. Волошин, О. П. Пересунько,
М. И. Кондревич, А. Н. Гингуляк*

Резюме. Описан сложный диагностический случай ги-ганской муцинозной кистомы яичника, который на началь-ных этапах имитировал портальный цирроз печени, а сов-ременные инструментальные методы диагностики, включая компьютерную томографию органов брюшной полости, ока-зались результативным лишь через 1,5 года после началь-ного обращения больной.

Ключевые слова: гигантская киста яичника, диагно-стика.

THE CASE OF OVARY GIANT CYSTOMA

*O. I. Voloshin, O. P. Peresun'ko,
M. I. Kondrevych, O. M. Ginguiliak*

Abstract. The difficult diagnostic case of giant cystoma of ovary has been described, which on initial stage simulated the portal liver cirrhosis. The modern instumental methods of inves-tigation, including computer tomography of abdominal cavity, has appeared informative only in 1,5 years from first coming to the hospital.

Key words: giant cystoma of ovary, diagnostics.

Bukovinian State Medical University (Chernivtsi)

Clin. and experim. pathol.- 2009.- Vol.8, №4 (30).-P.137-139.

Надійшла до редакції 20.12.2009

Рецензент – проф. І. Ю. Полянський

© О. І. Волошин, О. П. Пересунько, М. І. Кондревич, О. М. Гінгуляк, 2009