

Спирidonov A.A.

## ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ОПЕРАЦИЯ ПРИ ГИГАНТСКОЙ ТЕРАТОМЕ ЯИЧНИКА

Детская городская больница с перинатальным центром г. Нижнекамска, Республика Татарстан

Spiridonov A.A.

## LAPAROSCOPY IN A GIANT OVARIAN TERATOMA

Children's Municipal Hospital with a Perinatal Center of Nizhnekamsk, Republic of Tatarstan

**Резюме**

Представлены диагностика и этапы лечения 15-летней пациентки с тератомой яичника гигантских размеров. Учитывая отсутствие признаков злокачественного новообразования, первоначально выполнены лапароцентез, а затем диагностическая лапароскопия, проведена эндохирургическая операция – сальпингоовариокистэктомия. Данный клинический случай демонстрирует возможность применения щадящих мини-инвазивных методик при лечении девочек с доброкачественными новообразованиями придатков матки больших и гигантских размеров.

**Ключевые слова:** доброкачественные новообразования яичников, лапароскопические операции, девочки

**Abstract**

The results of diagnostic and treatment of the 15-year old patient with a giant ovarian teratoma are presented. Considering the lack of signs of a malignant tumor abdominal paracentesis was followed by diagnostic laparoscopy and such an endosurgical operation as salpingo-ovarian cystectomy. This clinical case shows the possibility of using sparing mini-invasive methods in treatment of girls with large and giant uterine adnexal benign neoplasms.

**Key words:** benign ovarian neoplasms, laparoscopy, girls

Доброкачественные новообразования яичников у девочек занимают второе место в структуре всех опухолевых образований женских половых органов и встречаются с частотой 1,9–56,2% [1, 2, 6, 14]. Многие вопросы, касающиеся тактики обследования и лечения девочек с гигантскими опухолями и опухолевидными образованиями брюшной полости, до сих пор остаются дискуссионными [2, 6, 8, 11, 12]. Традиционным способом лечения остается открытая операция, недостатками которой являются травматичность доступа, риск развития спаечной болезни и косметические дефекты [2, 3, 7, 14], поэтому тенденцией последних лет при данной патологии является применение лапароскопических методов с соблюдением принципов превентивной абластики [1, 3–5, 9, 10, 13, 15]. В связи с этим представляет интерес клиническое наблюдение с детальным описанием диагностики и этапов лечения девочки с гигантской кистой яичника.

*Пациентка К., 15 лет,* обратилась в приемный покой детской больницы с жалобами на уве-

личение объема живота в течение 2 мес и периодические тянущие боли в нижних отделах живота, за последние 2 нед к этим симптомам присоединилась одышка. Со слов матери, у девочки проблем со здоровьем не было, на диспансерном учете ребенок не состоит, детского гинеколога не посещала, ультразвуковых исследований (УЗИ) не проводили. При УЗИ выявлено скопление большого количества свободной жидкости в брюшной полости. Девочка госпитализирована в хирургическое отделение с диагнозом «асцит неясной этиологии».

*При обследовании:* девочка нормостенического телосложения, рост 174 см, вес 69 кг. Температура нормальная. Кожа чистая, язык слегка обложен беловатым налетом. Диспепсии нет. В легких дыхание везикулярное, проводится по всем полям одинаково, хрипов нет. В покое одышки нет, дыхание свободное, 22/мин, без участия вспомогательной мускулатуры. Сердечные тоны ясные, ритмичные. Пульсовая волна удовлетворительного наполнения и напряжения с частотой 88/мин. Живот резко уве-

личен в объеме, перкуторный звук тупой по всем областям брюшной полости. Пальпация неинформативна ввиду плотности живота, безболезненна. Определяется низкоамплитудная непродолжительная флюктуация. Симптом Пастернацкого отрицателен с обеих сторон. Диурез адекватный. Мочеиспускание свободное, безболезненное. Стул ежедневный, регулярный, оформленный. *Гинекологический анамнез:* менархе в 12 лет, цикл безболезненный, последние месячные были неделю назад, половую жизнь отрицает. Вторичные половые признаки развиты соответственно возрасту.

*Лабораторные данные:* анализ крови Hb – 111 г/л; Erc –  $3,47 \times 10^{12}$ /л; СОЭ – 15 мм/ч; Lct –  $5,6 \times 10^9$ /л; Tgc –  $180 \times 10^9$ /л; лейкоформула: п – 7; с – 45; э – 3; б – 0; м – 7; л – 62; время свертываемости по Сухареву: начало – 3 мин 15 с, окончание – 3 мин 40 с; длительность кровотечения по Дюке – 40 с. В анализе мочи следовая протеинурия – 0,033 г/л, Lct – 3–5 в поле зрения, плоский эпителий в большом количестве, удельный вес 1015. Биохимические показатели (глюкоза, общий белок, трансаминазы, билирубиновые фракции, амилаза, креатинин) в пределах нормы.

### Инструментальные исследования

При фиброэзофагогастродуоденоскопии обнаружены поверхностный умеренный гастрит, дуоденогастральный рефлюкс. На ЭКГ – умеренная синусовая аритмия, ЧСС 71–85/мин, положение электрической оси сердца нормальное.

*Р-КТ брюшной полости:* показатели плотности паренхиматозных органов брюшной полости и забрюшинного пространства не изменены. Парапанкреатическая клетчатка не инфильтрирована, не уплотнена. Очагов патологической плотности в органах не выявлено, проецируемые лимфатические узлы без особенностей, не увеличены. В брюшной полости на уровне эпи- и мезогастрия определяется обширное гиподенсивное образование, инкапсулированное низкими денситометрическими показателями жидкостного содержимого 5,0–6,0 ед. НУ. Размеры образования 256×248×177 мм. На поверхности образования имеются очаги повышенной плотности (рис. 1, 2).

На основании клинической картины и данных проведенных исследований выставлен предварительный диагноз «киста брюшной полости, киста (правого?) яичника».

Учитывая отсутствие в анамнезе общеклинических признаков злокачественного новообразования, а также данные Р-КТ, которые свидетельствуют о наличии кистозного образования с четкой капсулой и отсутствием инфильтративного и метастатического роста, разработана следующая последовательность лечебно-диагностических мероприятий.

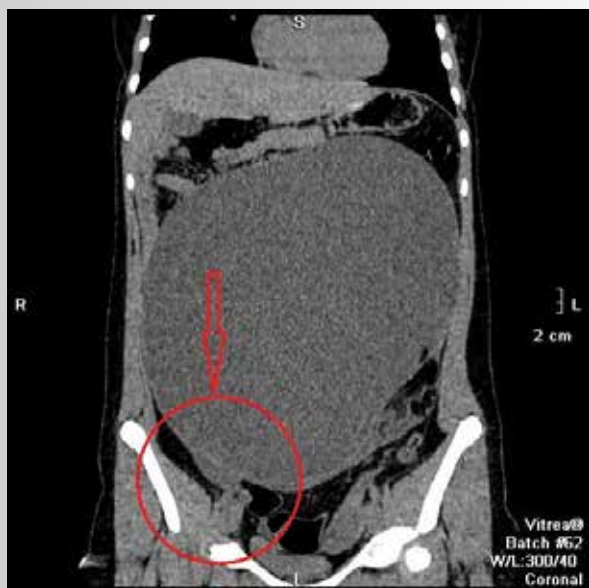
*Лапароцентез* с целью декомпрессии брюшной полости и забора кистозного содержимого для проведения цитологического, биохимического и микроскопического анализов.

*Диагностическая лапароскопия* для интраоперационной топической диагностики происхождения кисты и принятия решения о способе ее удаления.

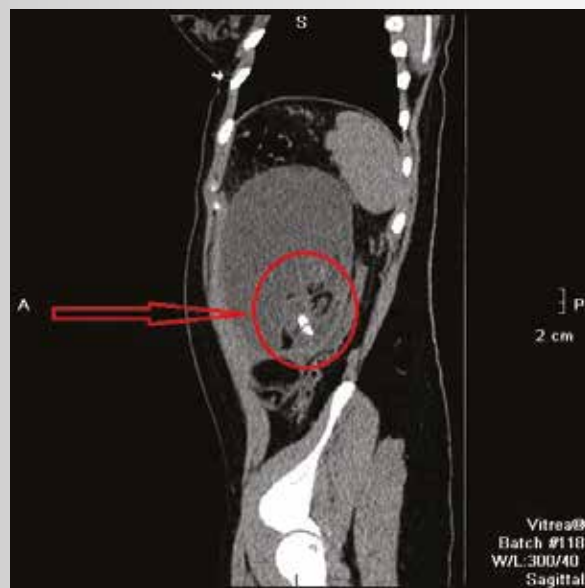
В левой боковой области произведен лапарокистоцентез с установкой полихлорвинилового (ПХВ) дренажа. Эвакуировано 4960,0 мл темно-желтой прозрачной жидкости. Объем живота значительно уменьшился. При цитологическом исследовании полученной жидкости: эритроциты 10–15 в поле зрения; макрофаги, лимфоциты – единичные в поле зрения; клетки мезотелия; атипичные клетки не обнаружены. Биохимический анализ: белок – 30,0 г/л; глюкоза – 2,96 ммоль/л; рН – 7,5; удельный вес 1010.

Вторым этапом проведена диагностическая лапароскопия, на которой выявлено, что всю брюшную полость от эпи- до гипогастрия занимает объемное кистозное образование с плотной белесоватой капсулой, исходящее из правого яичника. Ткани яичника как таковые не определяются. Правая маточная труба представлена узким гипотрофичным цианотичным тяжем.

Учитывая лапароскопические данные, принято решение о проведении правосторонней сальпингоовариокистэктомии. Обработка связочного аппарата яичника и трубы лигатурным методом с формированием интракорпорального узла. Резекция и гемостаз аппаратом ультразвукового рассеивания «Sonycision» фирмы «Covidien». Удаление оболочек кисты без дополнительного нарушения ее целостности через мини-лапаротомный доступ в левой подвздошной области (расширение доступа одного из манипуляционных троакаров). После извлечения кисты брюшная полость санирована и дренирована ПХВ-ирригатором через апертуру троакара. Операционные раны



**Рис. 1.** Р-КТ органов брюшной полости, фронтальный срез. Выявлена возможная связь образования с правыми придатками матки



**Рис. 2.** Р-КТ органов брюшной полости, сагиттальный срез; выделены участки повышенной плотности – признаки дермоидных узлов в стенке тератомы

ушиты послойно. При экстракции и ревизии макропрепарата выявлены два плотных солидных образования в капсуле кисты диаметром до 8,0–10,0 см (рис. 3).

На разрезе препарата выявлены различные гетерогенные включения (жир, волосы, костно-хрящевые фрагменты). Масса удаленных оболочек составила 497,0 г.

*Клинический диагноз:* гигантская (5500,0 мл) тератома правого яичника. Доброкачественность образования подтверждена гистологическим заключением: «зрелая кистозная тератома яичника в сочетании с серозно-муцинозной цистаденомой».

Послеоперационный период протекал гладко. Дренаж удален на 2-е сутки, после чего девочке разрешили ходить. УЗ-контроль на 6-е сутки: свободная жидкость в брюшной полости и малом тазу не определяется, в области послеоперационных ран патологических образований не выявлено, органы брюшной полости без особенностей. Швы сняты на 7-е сутки, заживление ран первичным натяжением. Выписана с выздоровлением на 8-е послеоперационные сутки. При осмотре через 2 мес жалоб не предъявляет, по данным УЗИ органов малого таза, матка грушевидная 36×27×54 мм, ее полость



**Рис. 3.** Внешний вид удаленных оболочек тератомы

не расширена; левый яичник 30×17 мм, расположение обычное, состояние капсулы фолликулярного аппарата нормальное. Правый яичник не визуализируется. Свободная жидкость в брюшной полости и малом тазу не определяется.

### Заключение

Данное клиническое наблюдение доказывает возможность лечения девочек с доброкачественными кистозными новообразованиями придатков матки больших и гигантских размеров с применением мини-инвазивных эндохирургических методов.

## Список литературы

1. Адамян Л.В., Поддубный И.В., Глыбина Т.М., Федорова Е.В. Лапароскопия при кистах яичника и брюшной полости у девочек. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. С. 88.
2. Аскерова М.Г., Григорьева Д.Н., Лукач А.А., Феденева Е.А. Современные представления о диагностике и лечении опухолей яичников у подростков // Бюллетень ВСНЦ СО РАМН. 2006. № 1 (47). С. 136.
3. Гаспаров А.С., Жорданина К.И., Паяндини Ю.Г., Дубинская Е.Д. Онкогинекологические аспекты кистозных образований яичников // Вестник РАМН. 2013. № 8. С. 9–13.
4. Гурин А.Л., Кучук Д.О. Лапароскопия в лечении доброкачественных опухолей и опухолевидных образований яичников // Журнал акушерства и женских болезней. 2009. Т. LVIII, № 5. С. 81–82.
5. Дронов А.Ф., Поддубный И.В., Котлобовский В.И. Эндоскопическая хирургия детей. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2002. – 437 с.
6. Коколин В.Ф., Алексеева И.Н. Опухоли и опухолевидные образования яичников у девочек. – М.: Манускрипт, 2001. – 88 с.
7. Кулаков В.И., Адамян Л.В. Мынбаев О.А. Послеоперационные спайки. – М.: Медицина, 1998. – 141 с.
8. Петлах В.И., Коновалов А.К., Константинова И.Н., Сергеев А.В., Беляева О.А. Диагностика и лечение гинекологических заболеваний в практике детского хирурга // Врач. 2012. № 1. С. 3–7.
9. Поспелов М.С., Акрамов Н.Р., Пантелеева Н.Н. и др. Применение единого эндовидеохирургического доступа при патологии придатков матки у девочек // Практическая медицина. 2012. № 7–1 (63). С. 85.
10. Разумовский А.Ю., Гераськин А.В., Дронов А.Ф. Эндоскопическая хирургия у детей: современное состояние и перспективы // Российский вестник детской хирургии, анестезиологии и реаниматологии. 2010. № 1. С. 29–40.
11. Цхай В.Б., Брехова И.С., Котова О.И. и др. Клинический случай гигантской тератомы яичника у юной пациентки // Сибирское медицинское обозрение. 2015. № 2. С. 95–98.
12. Шевченко Н.Н., Ульянова И.Л., Зайцева Н.А. Выбор тактики лечения девочек и девушек-подростков при опухолях и опухолевидных образованиях яичников с целью сохранения репродуктивной функции // Pacific Medical Journal. 2004. N 3. P. 39–42.
13. Щебенков М.В. Эндовидеохирургия в детской практике: Избранные лекции по эндовидеохирургии. – СПб., 2004. С. 191–204.
14. Grapin-Dagorno C., Chabaud M. Surgical aspects of ovarian cysts and tumors in childhood // Arch. Pediatr. 2008. Vol. 15, N 5. P. 786–788.
15. Shapiro E., Kaye J., Palmer L. Laparoscopic ovarian cystectomy in children // Urology. 2009. Vol. 73, N 3. P. 526–522.

## Авторы

**СПИРИДОНОВ**  
**Алексей Анатольевич**

Заведующий хирургическим отделением Детской городской больницы с перинатальным центром г. Нижнекамска, главный детский хирург Управления здравоохранения Нижнекамского муниципального района. 423570, Республика Татарстан, г. Нижнекамск, ул. Менделеева, д. 45. E-mail: doctor\_lecter@bk.ru.