

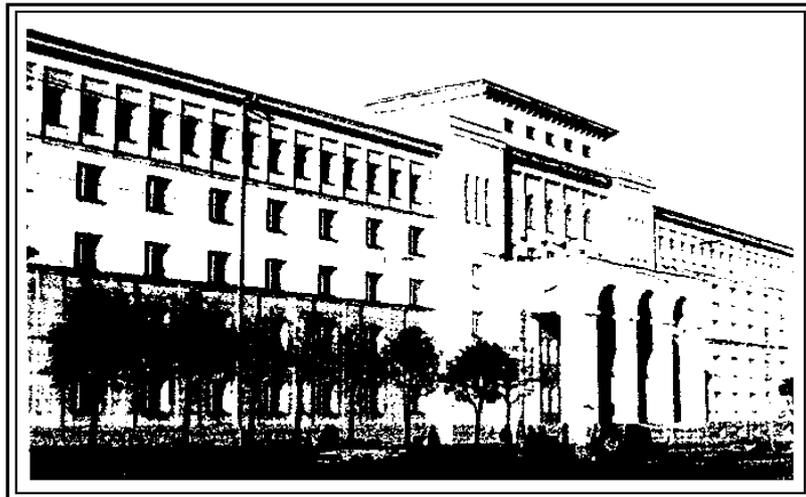
ISSN 2225-6016

ВЕСТНИК

*Смоленской государственной
медицинской академии*

Том 16, №1

2017



УДК 618.11-006-055.25-089

ПАРОВАРИАЛЬНАЯ КИСТА БОЛЬШИХ РАЗМЕРОВ© Лабузов Д.С.¹, Савченков А.Л.², Салопенкова А.Б.²¹Смоленский государственный медицинский университет, Россия, 214019, Смоленск, ул. Крупской, 28²Смоленская областная клиническая больница, Россия, 214018, Смоленск, пр. Гагарина, 27

Резюме: параовариальная киста ретенционное образование, развивается из эмбрионального остатка вольфова канала. Размеры кисты от небольшого до гигантского. Специфических клинических проявлений у параовариальной кисты нет. Целью работы явилось описание собственного редкого наблюдения параовариальной кисты больших размеров у девочки 14 лет. Для уточнения диагноза выполнены: клиническое обследование, ультразвуковое исследование и мультиспиральная компьютерная томография органов брюшной полости и забрюшинного пространства. Выявлено кистозное образование с четкими контурами, тонкими стенками, размером 240×194×80 мм, занимает более 2/3 объема брюшной полости. Выполнена лапаротомия, энуклеация кисты. Микроскопическое описание препарата: стенка кисты представлена соединительнотканными волокнами с включением склерозированных гладкомышечных пучков, выстилка – однослойный кубический эпителий с участками атрофии. На основании вышеперечисленных данных, речь идет о параовариальной кисте больших размеров.

Ключевые слова: параовариальная киста, девочки

PAROVARIAN CYST OF LARGE SIZELabuzov D.S.¹ Savchenkov A.L.², Salopenkova A.B.²¹Smolensk State Medical University, Russia, 214019, Smolensk, Krupskaya St., 28²Smolensk Regional Hospital, Russia, 214018, Smolensk, Gagarin Av., 27

Summary: paraovarian cyst is a retention growth, developing from parovarium, embryonic remnant of the Wolffian duct. The size of the cyst varies from small to giant. Paraovarian cyst has no specific clinical manifestations. The aim of the study was to describe a rare observation of a large size paraovarian cyst in a 14-year-old girl. To clarify the diagnosis we performed ultrasound examination and multislice computer tomography of the abdominal cavity and retro peritoneal space. A cystic formation with clear contours, thin walls with the size of 240×194×80 mm, occupying more than 2/3 of the volume of the abdominal cavity was revealed. Laparotomy, with cyst resection was carried out. Microscopic research revealed the cyst wall represented by connective tissue fibers with smooth sclerosed fibers lined with single-layer cubic epithelium with areas of atrophy. The findings prove the diagnosis of a large paraovarian cyst.

Key words: parovarian cyst, girls

Введение

Проблема своевременной диагностики и лечения новообразований внутренних гениталий у девочек актуальна в связи с возможностью нарушений репродуктивной функции в будущем [1]. В структуре гинекологических заболеваний детского возраста опухоли и опухолевидные образования яичников, по разным данным, колеблется от 1 до 4,6% [6]. В детском и подростковом возрасте преимущественно диагностируются доброкачественные образования яичников. Лидирующее место среди них занимают опухолевидные новообразования яичников (50-60% случаев) [8]. Из опухолевидных образований яичников в детском и подростковом возрастах часто встречаются кистозные образования: фолликулярные кисты (83%), кисты желтого тела (15%), эндометриоидные кисты (10%) и наиболее редко параовариальные (5-7%) [2, 5, 11]. Параовариальная киста является ретенционным образованием. Она развивается из надъяичникового придатка, так называемого паровариума, эмбрионального остатка вольфова канала. Паровариум расположен между листками широкой связки матки и не связан с яичником. Параовариальная киста представлена образованием округлой формы тугоэластической консистенции, на котором распластана маточная труба. Киста однокамерная, с прозрачным серозным содержимым. В процессе роста образование вызывает хроническую компрессию трубы, что приводит к ее ишемии, а позже – к атрофии. [3, 4]. Данные кисты могут встречаться в пубертатном возрасте. Размеры кист могут варьировать от небольших до гигантских, занимающих всю брюшную полость [5, 7, 9]. Специфических клинических проявлений у параовариальной кисты нет. Она может сопровождаться лишь периодическими болями внизу живота. [3].

Целью работы явилось описание собственного редкого наблюдения параовариальной кисты больших размеров у девочки 14 лет.

Методика

Девочка 14-ти лет была направлена поликлиникой районной больницы в детское хирургическое отделение областной клинической больницы города Смоленска. На момент поступления жалоб не предъявляет, беспокоит увеличение живота. Из анамнеза: при прохождении диспансерного осмотра врачом ультразвуковой диагностики обнаружено кистозное образование брюшной полости больших размеров. Со слов девочки, ее беспокоили периодические боли в животе, усиливающиеся после физической нагрузки. Пациентка отмечала увеличение живота в последнее полугодие. Менструальный цикл с 12 лет, нерегулярный, альгодисменорея. Дизурических явлений не отмечала, стул регулярный. Данные физикального исследования: Рост – 167 см, вес – 72 кг, индекс массы тела – 25,8 кг/м², избыток веса. Температура тела 36,7⁰. Кожные покровы телесного цвета, видимые слизистые розовые. Данные по дыхательной, сердечнососудистой и костно-суставной системе – в пределах возрастной нормы. Живот увеличен в объеме, ограничено участвует в акте дыхания. При пальпации определяется умеренно болезненное плотноэластическое округлое образование: сверху – на 5 см ниже мечевидного отростка, внизу – до лона, справа и слева – до края фланков, размерами 30 на 25 см. Перистальтика четко выслушивается по периферии образования в верхних отделах живота. Осмотрена гинекологом: вульва типичного строения, воспалительных явлений нет, Virgo, per rectum достигается плотное безболезненное образование больших размеров. В общем анализе крови умеренный лейкоцитоз (до 12,0×10¹²/л) без изменения формулы, в общем анализе мочи и биохимическом исследовании крови без патологических сдвигов. При ультразвуковом исследовании брюшной полости: от эпигастральной области до малого таза (размер фракционно 250×200×90 мм) лоцируется объемное анэхогенное образование с четкими ровными контурами, тонкостенной капсулой (до 1-2 мм), не связанное с печенью, поджелудочной железой и селезенкой. При ультразвуковом исследовании почки без структурных изменений. При исследовании трансабдоминально органов малого таза: образование анэхогенного характера, матка оттеснена кзади, локация яичников затруднена. При исследовании ректальным датчиком определяется правый неизмененный яичник, слева яичник четко не лоцируется. Произведено нативное мультиспиральное компьютерное томографическое исследование брюшной полости. Печень обычных размеров, структура не изменена, контуры четкие. Желчный пузырь обычных размеров. Селезенка и поджелудочная железа обычных размеров и структуры. Надпочечники и почки обычных размеров, структуры и положения. В передне-центральной области брюшной полости визуализируется кистозное образование с четкими контурами, тонкими стенками, размером 240×194×80 мм, занимает более 2/3 объема брюшной полости. Кишечник оттеснен вверх и кзади. Образование интимно прилежит к дну матки (рис. 1).

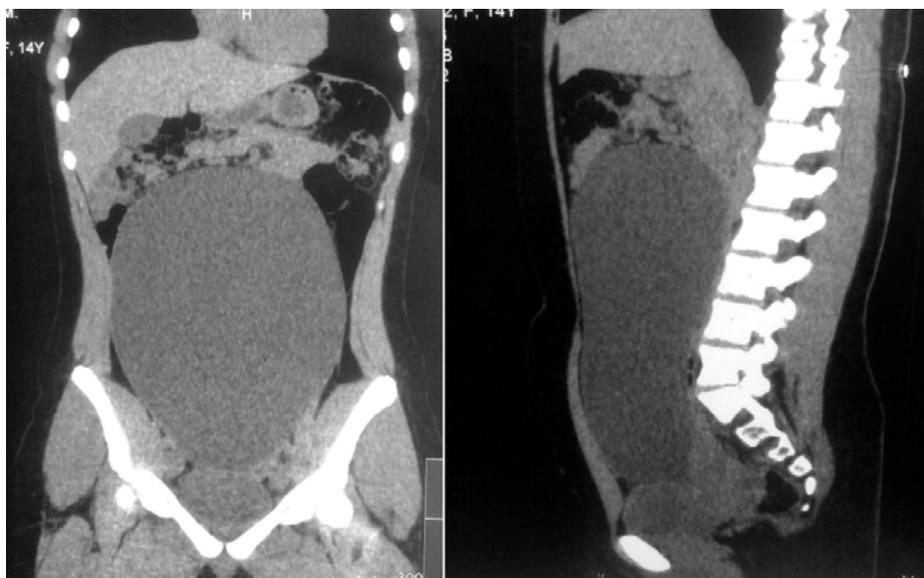


Рис. 1. Компьютерная томография. Фронтальный и сагиттальный срез

Результаты исследования и их обсуждение

С учетом наличия кистозного образования брюшной полости больших размеров, предположительно исходящего из органов малого таза размеров показано оперативное лечение. Под общей анестезией выполнена нижнесрединная лапаротомия. По вскрытии брюшной полости – в рану прилежит кистозное образование с тонкими стенками, выраженной сосудистой сетью. До выведения в рану пунктировано – получена серозная прозрачная жидкость (взята на

цитологическое исследование и посев на микрофлору). После попыток выведения образования в рану образование пунктировано, аспирировано до 150 мл содержимого для уменьшения объема. Образование выведено в рану. Из образования аспирировано еще до 2 000 мл содержимого (рис. 2).



Рис. 2. Вид образования. Аспирация содержимого кисты

Кистозное образование в проекции левой маточной трубы, последняя не дифференцируется. Киста деформирует и затрагивает широкую связку матки. Левый яичник с участком кровоизлияния. Правый яичник и маточная труба без патологических изменений. Выполнена энуклеация кисты. Перитонизация, ушивание ложа кисты. Гемостаз. Брюшная полость ушита с оставлением трубчатого страховочного дренажа в малом тазу. Удаленный материал направлен на патогистологическое исследование. Микроскопическое описание препарата: стенка кисты представлена соединительнотканными волокнами с включением склерозированных гладкомышечных пучков, киста выстлана однослойным кубическим эпителием, участки атрофии. Заключение цитологического исследования – бесструктурные массы. Роста микрофлоры из содержимого кисты не получено. На основании вышеперечисленных данных, речь идет о параовариальной кисте больших размеров.

Послеоперационный период протекал гладко. Проводилась плановая анальгезия, периоперационная антибиотикопрофилактика. Страховочный дренаж удален на 3-и сут. Швы сняты на 10-11 сут. послеоперационного периода, заживление раны первичным натяжением, девочка выписана из отделения.

Вопрос о хирургической тактике в подобных клинических ситуациях остается спорным. С одной стороны, большую часть операций при кистах брюшной полости можно выполнить лапароскопически [1, 3]. Однако, на практике, у детей с гигантскими образованиями брюшной полости в качестве доступа зачастую выбирается лапаротомия [10].

Заключение

В практике детского хирурга можно встретиться с редкими образованиями придатков матки в виде параовариальных кист, которые при небольших размерах обычно протекают бессимптомно. Мысль о возможной параовариальной кисте появляется при ультразвуковом исследовании органов малого таза, когда рядом с кистозным образованием визуализируется яичник. Дополнительные методы обследования не могут обеспечить точной постановки диагноза параовариальной кисты у девочек при образованиях больших размеров. Объем оперативного вмешательства уточняются все же интраоперационно. Следует стремиться к малоинвазивной технике и, по возможности, к органосохраняющей методике: вылушивания параовариальной кисты из межсвязочного пространства, сохранению маточной трубы и яичника. Для выяснения состояния репродуктивного потенциала девочек, с подобного рода образованиями, потребуется детальное обследование по достижении зрелого возраста.

Литература

1. Адамян Л.В. Оперативная гинекология детей и подростков / Под ред. Л.В. Адамян, Е.А. Богданова. – М.: ЭликсКом, 2004. – 208 с.
2. Демидов В.Н., Гус А.И., Адамян Л.В. Кисты придатков матки и доброкачественные опухоли яичников. М, 1999. – 120 с.
3. Дронов А.Ф., Поддубный И.В., Котлобовский В.Н. Эндоскопическая хирургия у детей. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2002. – 440 с.
4. Исаков Ю.Ф., Дронов А.Ф. Детская хирургия: Национальное руководство. / Под ред. Ю.Ф. Исакова, А.Ф. Дронова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 1168 с.
5. Кобозева Н.В. Гинекология детей и подростков / Под ред. Н.В. Кобозевой. М.: Медицина, 1998. – 186 с.
6. Кулаков В. И., Гинекология. Национальное руководство. / Под ред. Г.М. Савельевой, И.Б. Манухина. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 1088 с.
7. Кулаков В.И., Гатаулина Р.Г., Сухих Г.Т. Изменения репродуктивной системы и их коррекция у женщин с доброкачественными опухолями и опухолевидными образованиями яичников / Триада X. – 2005. – 256 с.
8. Кутушева Г. Ф., Урманчеева А.Ф. Опухоли и опухолевидные образования половых органов у девочек. – СПб: Искусство России, 2001. – 142 с.
9. Damle L.F., Gomez-Lobo V. Giant paraovarian cysts in young adolescents: a report of three cases // Journal of Reproductive Medicine. – 2012. – V.57, N1-2. – P. 65-67.
10. Helmrath M.A., Shin C.E., Warner B.W. Ovarian cysts in the pediatric population // Seminars in Pediatric Surgery. – 1998. – V.7, N1. – 19-28
11. Muolokwu E., Sanchez J., Bercaw J.L. The incidence and surgical management of paratubal cysts in a pediatric and adolescent population // Journal of Pediatric Surgery. – 2011. – V.46, N11. – P. 2161-2163

Информация об авторах

Лабузов Дмитрий Сергеевич – кандидат медицинских наук, доцент кафедры детской хирургии ФГБОУ ВО «Смоленский государственный медицинский университет» Минздрава России. E-mail: docyzzz@list.ru

Савченков Александр Леонидович – кандидат медицинских наук, заведующий отделением детской хирургии ОГБУЗ «Смоленская областная клиническая больница». E-mail: alsavchenkov@inbox.ru

Салопенкова Анна Борисовна – врач отделения детской хирургии ОГБУЗ «Смоленская областная клиническая больница». E-mail: salopenkova@gmail.com