

В.П. Перепелиця, В.С. Хоменко, КУ «Центральна міська лікарня №1»; Ю.М. Журавльов, Обласне патологоанатомічне бюро, м. Житомир

Спостереження випадку оперативного лікування зрілої тератоми

Пухлини й кістозні утворення яєчників становлять близько 40% від кількості великих новоутворень органів черевної порожнини, поступаючи за частотою лише пухлинам печінки. Об'ємні процеси в черевній порожнині зазвичай не мають специфічної симптоматики, а часто є клінічно «німими». Новоутворення яєчників найчастіше виявляють у період статевого дозрівання, тобто початку їх функціональної активності. Саме процеси морфологічної перебудови яєчника під час оваріоменструального циклу зумовлюють клінічну маніфестацію новоутворень.

Серед герміногенних пухлин яєчників найчастіше зустрічається зріла тератома, або дермоїдна кіста, — пухлина, яка складається з різних тканин організму у стадії завершеного диференціювання (шкіра, волосся, кістки, зуби, нервова тканина тощо). Через наявність у складі останньої шкіри в медичній номенклатурі її визначають як дермоїдну кісту. Описано випадки виявлення в дермоїдних кістах ембріонів, ділянок кишечника, бронхів, кінцівок, сформованого язика [5].

Етіологія тератом невідома. У доступних літературних джерелах є відомості про зв'язок з прийманням пероральних контрацептивів [4].

Дермоїдна кіста, за даними літератури, становить 5-33% доброякісних пухлин яєчників [3] і 10-12% серед усіх новоутворень яєчників. У переважній більшості випадків дермоїдні кісти мають односторонню локалізацію, частіше правобічну.

Ріст дермоїдних кіст надзвичайно повільний і, як правило, не викликає жодних скарг. Тератоми майже ніколи не досягають великих розмірів.

Історичний пріоритет діагностики й успішного лікування тератоми яєчників у доступній літературі не висвітлено.

Зрілу тератому завдяки наявності кісткових включень можна виявити рентгенологічно. Головною особливістю зрілих тератом є їх безсимптомний перебіг і мінімальний ризик малігнізації (0,3% випадків) [2], відсутність гормональної активності.

У більшості випадків зрілі кістозні тератоми яєчників не порушують гормонального статусу жінки, однак інколи вони продукують тиреотропний гормон, естрадіол, тестостерон і можуть симулювати ектопічну вагітність за продукцією хоріонічного гонадотропіну людини, викликати внутрішньочеревну кровотечу (R.E. Scully et al., 1998). У хворих з дермоїдними кістами яєчників, які мають підвищений уміст естрогенів у сироватці крові, можливе виникнення синдрому передчасного виснаження яєчників [1].

Серед можливих ускладнень варто виділити: перекут дермоїдної кісти (7,7% випадків), розрив (3,8% випадків), нагноєння (2,4% випадків) [2].

Гострий абдомінальний біль не є проблемою виключно хірургічною і в більшості випадків диктує необхідність залучення до його диференційної діагностики лікарів суміжних спеціальностей. Незважаючи на відносну рідкість тератом яєчників, інтраабдомінальні

ускладнення становлять безпосередню загрозу життю жінки.

Хвора О., 21 рік, звернулася до приймального відділення ЦМЛ №1 м. Житомира зі скаргами на різкий біль у нижніх відділах живота, переважно в лівій здухвинній ділянці, часте сечовипускання. Зі слів, хворіє протягом 4 год, відколи відмітила різкий біль у нижніх відділах живота, одноразове блювання, часте сечовипускання. Застосування спазмолітичних препаратів і гаряча ванна не лікували больовий синдром.

Об'єктивно: загальний стан хворої ближчий до задовільного. Хвора нормальної тілобудови, у свідомості, адекватно орієнтується в часі та просторі, доступна вербальному контакту. Шкіра, видимі слизові оболонки звичайного кольору, язик вологий, не обкладений. Температура тіла 37,5°C. Тони серця ритмічні, АТ 120/85 мм рт. ст., пульс 86 уд/хв, задовільного наповнення й напруження. У легенях — везикулярне дихання. ЧДР 18/хв.

Периферичні лімфовузли не пальпуються. Під час пальпації живота відмічається виражена болючість у лівій здухвинній ділянці, без іррадіації. Печінка не пальпується. Печінкова тулість збережена. Кишечник не здутий, перистальтика задовільна. Симптоми подразнення очеревини негативні. Симптом Пастернацького позитивний зліва. Периферичні набряки відсутні.

Після проведення спільного огляду чергового хірурга, уролога, гінеколога встановлено попередній діагноз: сечокам'яна хвороба, камінь нижньої третини лівого сечоводу (?), лівобічна ниркова коліка.

Лабораторні показники на момент госпіталізації: загальний аналіз крові: Нь 137 г/л, еритроцити $4,5 \times 10^{12}$ /л, КП 0,9, лейкоцитоз 8×10^9 /л (палічкоядерні лейкоцити — 8%, сегментоядерні — 62%, лімфоцити — 26%, моноцити — 4%), ШОЕ — 8. Загальний аналіз сечі — солом'яно-жовта, прозора, реакція кисла, еритроцити — 0-1 у полі зору, лейкоцити — 2-3 у полі зору, питома вага — 1018, білок — 0,033%, фосфати +++++. Глюкоза крові — 4,8 ммоль/л.

На рентгенографії органів черевної порожнини неможливо виключити тінь конкременту у проекції лівого сечоводу.

Ультрасонографія ОЧП — органи черевної порожнини без структурних змін, помірна пілоектазія зліва.

У зв'язку з вираженим больовим синдромом і неможливістю достовірного виключення гострої хірургічної патології хвору для подальшого лікування

й динамічного спостереження госпіталізовано до хірургічного відділення.

Комплексна інфузійна спазмолітична терапія — без чіткого клінічного ефекту. Через 5 год больовий синдром ліквідовано шляхом внутрішньом'язової ін'єкції 1,0 мл налбуфіну.

3.10.2011 р. виконано КТ органів черевної порожнини й заочеревинного простору, з внутрішньовенним контрастуванням (рис. 1).

Заключення: тератома лівого яєчника 58x37,5 мм, ознаки тазового асцити, помірна пілоектазія зліва.



Рис. 1. КТ органів черевної порожнини. На знімку об'ємне утворення лівого яєчника з негомогенним умістом



Рис. 2. Макропрепарат: округле новоутворення з фрагментом лівого яєчника до 10 см, з щільною фіброзною капсулою на розрізі. Уміст: жирова тканина, волосся, фрагменти зубів

4.10.2011 р. хвору направлено на операцію.

У параумбілікальну ділянку введено голку Вереша, у черевну порожнину інсуфлювано CO₂. Введено троакар № 10, по останньому лапароскопу. Ревізія органів черевної порожнини — без патології, у малому тазі до 30 мл серозного ексудату. Лівий яєчник різко збільшений у розмірах внаслідок об'ємного утворення по нижньому краю. Правий яєчник і труба — без патології. Встановлено два додаткові порти № 5 у правій і лівій здухвинних ділянках. Виконано лапароскопічну резекцію лівого яєчника з новоутворенням. Макропрепарат забрано через попередній розріз у лівій здухвинній ділянці (рис. 2). Малий таз дренажено ПВХ-дренажем.

Післяопераційний діагноз: зріла тератома лівого яєчника.

Висновок гістологічного дослідження: зріла тератома.

Післяопераційний період перебігав без ускладнень. Дренаж із черевної порожнини видалено на другу добу. Хвору виписано із стаціонару в задовільному стані на 4-ту добу.

Таким чином, випадок тератоми лівого яєчника у хворої О. 1990 року народження спричинив значні діагностичні труднощі, що пов'язано із можливістю встановлення остаточного діагнозу й визначення лікувальної тактики лише після КТ ОЧП та заочеревинного простору, відсутністю патогномонічних клінічних та інструментальних симптомів і рідкістю цієї нозології.

Варто звернути увагу на важливість комп'ютерної томографії як золотого стандарту у проведенні диференційної діагностики абдомінального болю.

Представлений нами випадок є цікавим для фахівців хірургів, гінекологів, урологів як такий, що спричинив значні труднощі діагностики і, відповідно, становить клінічний інтерес.

Література

1. Козуб М.М. Порівняльна оцінка лапароскопічних методик лікування у відновленні репродуктивної функції хворих з дермоїдними кістами яєчників: Дис... канд. наук: 14.01.01. — 2008.
2. Ayhan A., Aksu T., Develioglu O., Tuncer Z.S., Ayhan A. Complications and bilaterality of mature ovarian teratomas (clinicopathological evaluation of 286 cases) // Aust N Z J. Obstet Gynaecol. — 1991. — № 31 (1).
3. Papadimas K., Kairi-Vassilatou E., Kontogianni-Katsaros K., Argeitis J., Kondis-Pafitis A., Greatsas G. Teratomas of the ovary: a clinico-pathological evaluation of 87 patients from one institution during a 10-year period // Eur. J. Gynaecol Oncol. — 2005. — № 26(4).
4. Westhoff C. et al. Oral Contraceptives and Benign Ovarian Tumors Am. // J. Epidemiol. — 2000. — Vol. 152. — № 3.
5. Erian M.M. Unusual contents of a dermoid cyst of the ovary removed by laparoscopy // Aust N Z J. Obstet Gynaecol. — 1994. — № 34 (2).