

Клинический случай №24
Онкологическая патология у пациентки с
пролапсом тазовых органов. С56

Введение

Пациентка Д., **70 лет**, 11.02.2019 поступила в Клинику высоких медицинских технологий им. Н.И. Пирогова (СПбГУ) по направлению врача женской консультации по месту жительства в плановом порядке с целью **хирургического лечения стрессового недержания мочи**, сочетающегося с опущением ОМТ.

Жалобы:

- ощущение инородного тела во влагалище;
- дискомфорт в промежности;
- подтекание мочи при физической нагрузке.

Анамнез заболевания:

- больной себя считает около 10 лет;
- усиление жалоб отмечает в течение последнего года.

Анамнез жизни

- Полостные операции в течение жизни отрицает.
- **Сопутствующие заболевания:**
 - гипертоническая болезнь II стадии,
 - артериальная гипертензия 2-й степени, риск сердечно-сосудистых осложнений – 3.
 - Атеросклероз аорты.
 - Сердечная недостаточность – 0-й функциональный класс по шкале Нью-йоркской ассоциации NYHA.
 - Нарушение проводимости по типу блокады передней ветви разветвления левой ножки пучка Гиса.
 - Ожирение 1-й степени, алиментарно-конституционного генеза, стабильная фаза.
- Постоянно принимает **препараты**: Лортенза, Бисопролол.

Общий осмотр

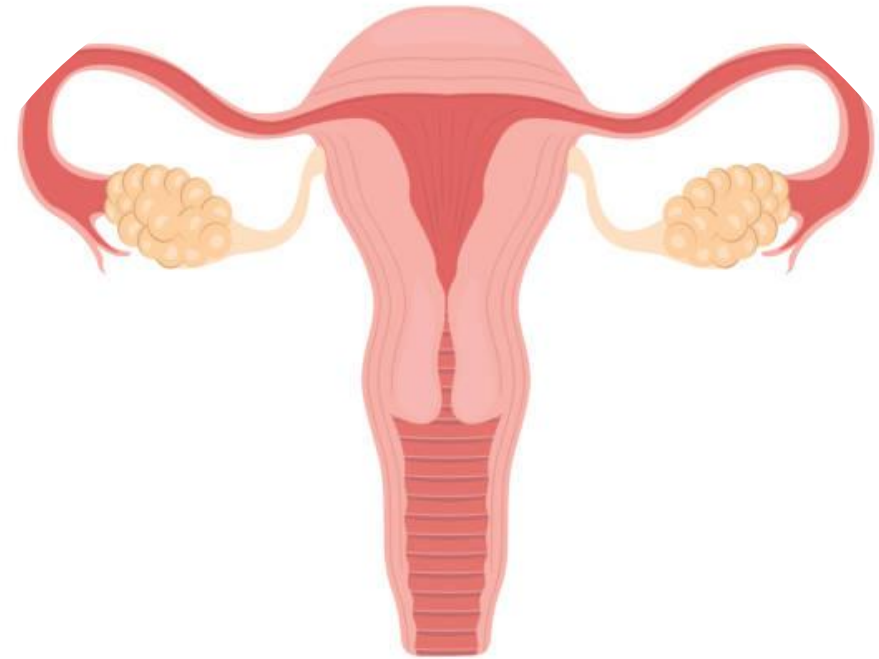
- При поступлении в стационар общее состояние удовлетворительное. Температура 36,7°C.
- Кожные покровы и видимые слизистые оболочки чистые, естественной окраски, обычной влажности.
- Гиперстенический тип сложения, **повышенного питания**. Рост 156 см, масса тела 76 кг (**индекс массы тела – 31,2 кг/м²**).
- Пульс 68 уд/мин, ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. Артериальное давление 130/80 мм рт. ст.
- Частота дыхательных движений в покое 16 в минуту.
- Подкожно-жировая клетчатка развита избыточно, распределена по женскому типу.

Общий осмотр

- Живот правильной формы, симметричный, равномерно участвует в акте дыхания, при пальпации определяется **объемное образование, достигающее до пупка**, безболезненно. Перитонеальных симптомов нет.
- Печень не увеличена. Желчный пузырь не пальпируется. Селезенка при пальпации не определяется. Стул, со слов, регулярный, оформлен.
- Функция удержания мочи нарушена. При натуживании или кашле происходит **непроизвольное отделение мочи**. Мочеиспускание безболезненное, учащено. Моча светлая.
- Молочные железы мягкие, безболезненные при пальпации. Выделений из сосков нет.

Гинекологический анамнез

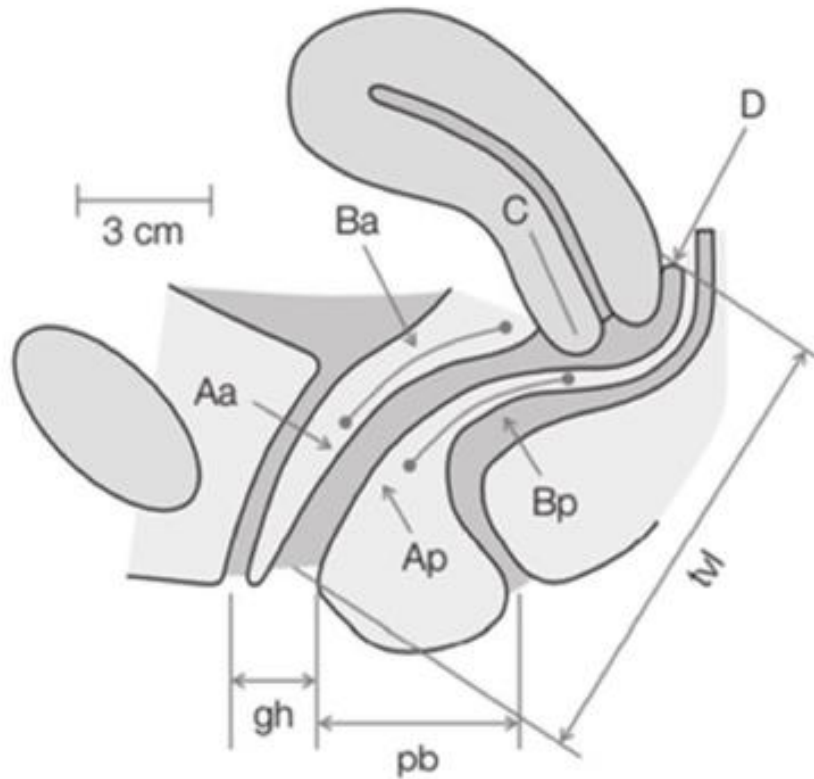
- Менопауза с 47 лет.
- Беременностей – 4, родов – 1 (самостоятельные, без осложнений), аборты – 3.
- Операции на тазовом дне отрицает.



Гинекологический осмотр

- Наружные половые органы развиты правильно, по женскому типу.
- При натуживании определяется **полное выпадение влагалища за пределы половой щели**. Оценка степени пролапса проводилась по классификации Pelvic Organ Prolapse – Quantification (POP-Q): Aa: 3 см. Ba: 13 см. C: 15 см. Ap: 3 см. Bp: 12 см.
- При наружном осмотре на гинекологическом кресле: в связи с выраженным дискомфортом для пациентки четкая пальпация структур грыжевого мешка затруднена, **вправить пролапс не удается**.
- Слизистая влагалища сухая, покрыта роговыми чешуйками. Шейка матки цилиндрической формы, вокруг цервикального канала определяется **декубитальная язва** диаметром 2×1,5 см. Выделения слизистые, скудные.
- При бимануальном ректальном исследовании в брюшной полости определяется объемное образование, достигающее до пупка, безболезненное при пальпации.

Классификация Pelvic Organ Prolapse – Quantification (POP-Q)



Anterior wall Aa	Anterior wall Ba	Cervix or cuff C
Genital hiatus gh	Perineal body pb	Total vaginal length tv
Posterior wall Ap	Posterior wall Bp	Posterior fornix D

Результаты опросников

Название	Результат
Pelvic Organ Prolapse Distress Inventory 6 (POPDI-6)	16,667
Colorectal-Anal Distress Inventory 8 (CRAD-8)	0
Urinary Distress Inventory 6 (UDI-6)	4,167
Pelvic Floor Distress Inventory 20 (PFDI-20)	20,83
International Consultation on Incontinence Modular Questionnaire – Short Form (ICIQ-SF)	4

Лабораторные исследования (онкомаркеры)

Название	Результат	Референтные значения
СА-125, МЕ/мл (анализатор Architect i2000)	25,9	0,0–35,0
HE-4, пмоль/л (анализатор Architect i2000)	69,4	До 140
Индекс ROMA, % (расчет для постменопаузы)	21,44	-
СА 19-9, Е/мл (анализатор Access/UniCel DxI)	<0,8	От 0,8 до 35,0
РЭА, нг/мл (анализатор Access/UniCel DxI)	1,58	0,0–3,0 (некурящие)

Инструментальные исследования (УЗИ)

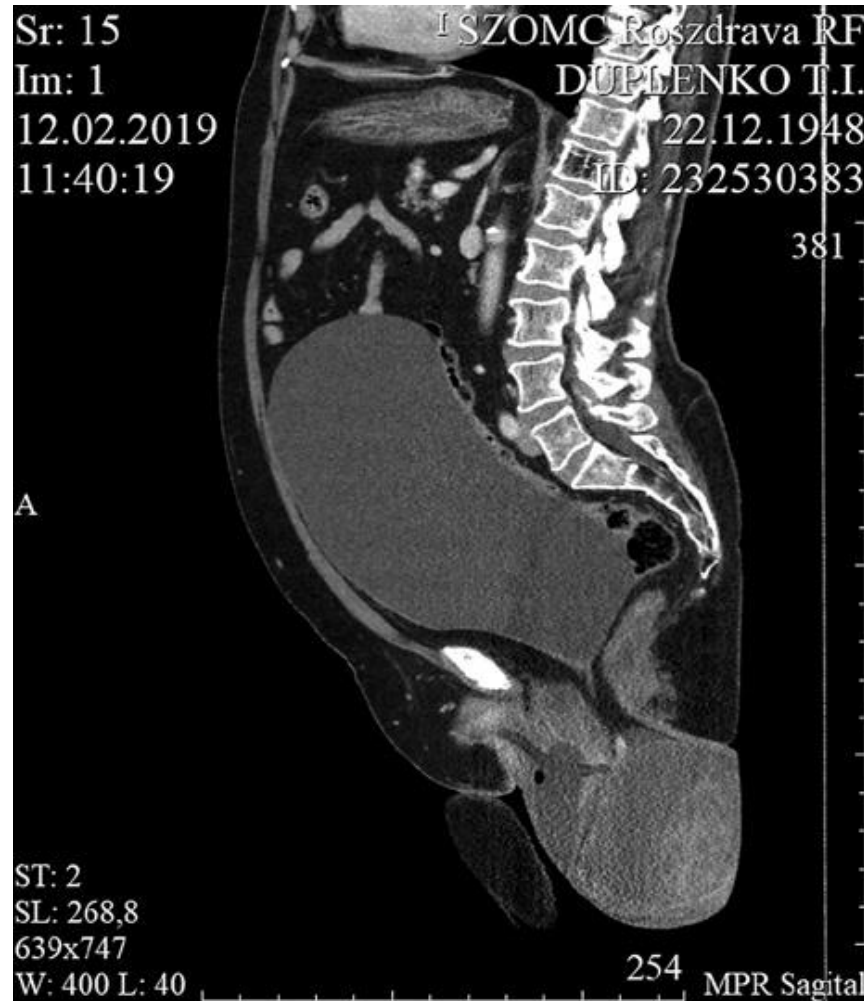
- В брюшной полости визуализируется **жидкостное образование**, верхний полюс которого располагается на уровне пупка, размером около 25 см (точнее указать размер не представляется возможным).
- В грыжевом мешке – УЗИ-признаки **неоднородного солидно-кистозного образования**, предварительно исходящего из рядом расположенной матки.
- Объем остаточной мочи – 20 мл.

Инструментальные исследования (КТ с внутривенным болюсным контрастированием)

- КТ-признаки пролапса тазового дна.
- **Патологическое образование матки.**
- **Кистовидное образование правого яичника 12,0×16,0×25,0 см.**
- Левый яичник не визуализируется.
- Матка и мочевой пузырь расположены ниже уровня тазового дна, на уровне верхних отделов бедер.

Заключение. КТ-признаки пролапса тазового дна. Патологическое образование матки. Кистовидное образование правого яичника. Учитывая полученные при дообследовании пациентки данные, выставлен диагноз. Основной: новообразование правого яичника? ТхNxMx. Миома матки, нарушение питания узла? Фоновый: стрессовое недержание мочи в сочетании с опущением ОМТ. Полное выпадение матки и влагалища.

Инструментальные исследования (КТ с внутривенным болюсным контрастированием)



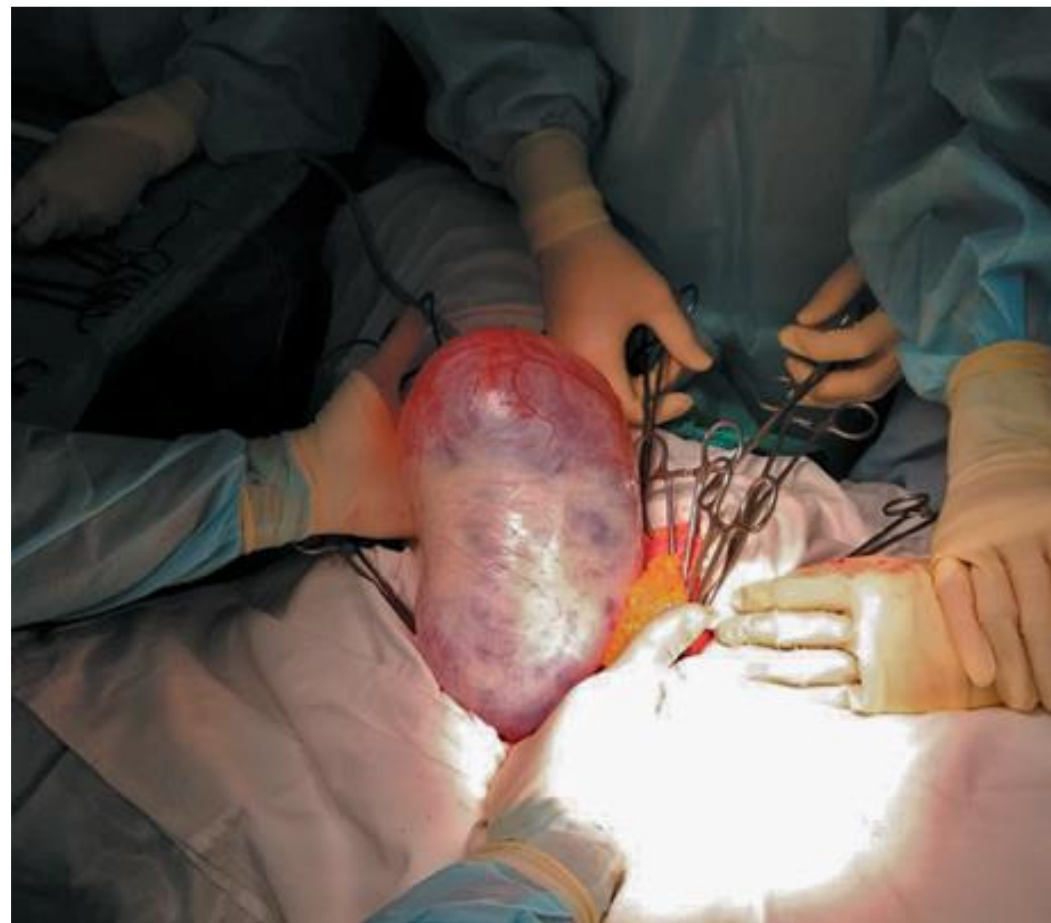
Компьютерная томография
органов малого таза.

Оперативное вмешательство

- Выполнена ниже-средне-срединная лапаротомия.
- Выявлено: в брюшной полости **объемное жидкостное образование, исходящее из правого яичника**, размерами 26×15×16 см, неспаянное с окружающими тканями, наружная поверхность капсулы образования гладкая без видимых папиллярных разрастаний.
- Правая маточная труба распластана по жидкостному образованию.
- Правая воронко-тазовая связка и собственная связка яичника, маточная труба пережаты, пересечены и лигированы викриловым швом.
- При осмотре органов брюшной полости другой видимой патологии не выявлено.
- После удаления образования из брюшной полости выявлено: левые придатки и матка пролабируют за пределы малого таза и не вправляются в брюшную полость.

Оперативное вмешательство (продолжение)

- Выполнено типичное удаление большого сальника, гемостаз по ходу удаления производился с помощью биполярного зажима LigaSure LF4318 (Covidien, США), состоятелен.
- Начат следующий этап оперативного лечения влагалищным доступом.
- Произведена **типичная экстирпация матки с левыми придатками**, отправлены на гистологическое исследование.



Киста яичника при правосторонней аднексэктомии (первый этап операции).

Оперативное вмешательство (продолжение)

- **Левый яичник кистозно изменен**, содержит кисту размерами 12×10×10 см, наружная поверхность капсулы гладкая, без видимых папиллярных разрастаний.
- После удаления матки с левыми придатками киста левого яичника вскрылась, содержимое муцинозное с детритным компонентом. Контроль гемостаза, инородных тел.
- При ревизии ОМТ – без видимых патологических изменений. Перитонизация. Передняя кольпорафия. На лобково-шеечную фасцию наложены 2 кистетных и один Z-образный викриловые швы.
- Выполнена пликация субуретральных тканей по Келли.
- Слизистая ушита непрерывным викриловым швом по Ревердену.

Задняя кольпорафия

- После гидропрепаровки выполнен срединный разрез задней стенки влагалища, слизистая отсепарована в стороны.
- На влагалищно-прямокишечную фасцию наложены 2 кисетных, один Z-образный викриловые швы.
- Выполнена пластика сухожильного центра промежности.
- На кожу промежности наложены викриловые швы по Донати.
- Контрольный осмотр ректально (пальцевое исследование) – повреждений стенки кишки нет.

Пластика передней и задней стенок влагалища

- Укрепление субуретрального поддерживающего аппарата.
- При контрольной ревизии органов брюшной полости через лапаротомный доступ выявлено: культя влагалища сформирована корректно. Гемостаз полный.
- Выполнена фиксация культи влагалища к основанию круглых связок матки, пликация крестцово-маточных связок нерассасывающимся шовным материалом (фторекс 1/0).
- Установлен дренаж слева. Послеоперационная рана послойно ушита.
- По мочевому катетеру 300,0 мл светлой мочи.
- Общая кровопотеря 300,0 мл. Длительность операции 340 мин.

Влагалищная экстирпация матки

Второй этап оперативного вмешательства.
Влагалищная экстирпация матки с левыми
придатками.



Послеоперационный диагноз

- **Оперативное лечение.** Нижне-средне-срединная лапаротомия. Аднексэктомия справа. Оментэктомия. Влагалищная экстирпация матки с левыми придатками. Пластика передней и задней стенок влагалища. Укрепление субуретрального поддерживающего аппарата. Фиксация крестцово-маточных связок матки по Макколу. Дренирование брюшной полости.
- **Послеоперационный диагноз.** Новообразование левого яичника. Киста правого яичника. Сопутствующий диагноз. Стрессовое недержание мочи в сочетании с опущением ОМТ. Полное выпадение матки и влагалища. Гипертоническая болезнь II стадии, артериальная гипертензия 2-й степени, риск сердечно-сосудистых осложнений – 3. Атеросклероз аорты. Сердечная недостаточность – 0-й функциональный класс по NYHA. Нарушение проводимости по типу блокады передней ветви разветвления левой ножки пучка Гиса. Ожирение 1-й степени, алиментарно-конституционного генеза, стабильная фаза.

Гистологическое исследование

- **Эндометриоидная аденокарцинома** левого яичника, без признаков инвазии фиброзной капсулы.
- Правый яичник представлен простой гладкостенной кистой с уплощенной внутренней эпителиальной выстилкой и очаговым гиалинозом фиброзной капсулы.
- Кистозная атрофия эндометрия с диффузной гиперплазией базального слоя, без атипии.
- Плоская кондилома шейки матки с очаговым ангиоматозом стромы.
- Маточные трубы склерозированы, признаки опухолевого роста не определяются.
- Большой сальник типичной гистоструктуры, без признаков опухолевого роста.

Послеоперационный период

- Послеоперационный период протекал без особенностей, пациентка получала симптоматическую терапию, дренаж удален на 3-и сутки после операции.
- Пациентка выписана на 5-е сутки после операции в удовлетворительном состоянии с рекомендацией продолжить лечение в онкологическом диспансере по месту жительства.



Обсуждение

- Описанный клинический случай демонстрирует ситуацию, при которой под маской ПОМТ может скрываться более серьезное и значимое для пациента заболевание.
- **Обследование пациенток с пролапсом тазовых органов** на уровне амбулаторного звена должно проводиться в полном объеме, особенно пациентов пожилого возраста, и должно включать полноценное информативное УЗИ ОМТ и цитологическое исследование шейки матки. При необходимости углубленной диагностики – использование КТ и магнитно-резонансной томографии ОМТ и брюшной полости.
- При полном выпадении тазовых органов, а также при подозрении на атипичное содержание грыжевого мешка, при невправимом пролапсе необходима визуализация содержимого грыжевого мешка всеми доступными методами.

Авторы

Д.В. Байбуз, Ж.В. Глущенко, Я.А. Лебедева, С.В. Уткин - ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный университет», Санкт-Петербург, Россия

О.Л. Молчанов, А.А. Кравцов, Р.Ш. Шахалиев, П.Д. Байбуз - ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова» Минздрава России

Источник: Байбуз Д. В. и др. Выявление онкологической патологии у пациенток с пролапсом тазовых органов. Клинический случай //Гинекология. – 2021. – Т. 23. – №. 2. – С. 193-197.