

БЫСТРОПРОГРЕССИРУЮЩЕЕ ГИГАНТСКОЕ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОЕ НОВООБРАЗОВАНИЕ ЯИЧНИКА, ОСЛОЖНЕННОЕ ГНОЙНЫМ ПЕРИТОНИТОМ

RAPIDLY PROGRESSIVE GIANT MALIGNANT OVARIAN NEOPLASM, COMPLICATED BY PURULENT PERITONITIS

■ Бахтияров К.Р.

доктор медицинских наук

■ Аничков Е.В.

■ Балашова М.В.

■ Кандакова М.М.

■ Новикова А.И.

■ Полякова Н.Ю.

■ Bakhtiyarov K.R.

Doctor of Medical Sciences

■ Anichkov E.V.

■ Balashova M.V.

■ Kandakova M.M.

■ A.I. Novikova

■ Polyakova N.Yu.

■ Первый московский государственный
медицинский университет им. И.М. Сеченова

■ First Moscow State Medical University named
after I.M. Sechenov

■ Российский национальный
исследовательский медицинский
университет им. Н.И. Пирогова

■ Russian National Research Medical University
named after N.I. Pirogov

Резюме

Рак яичников – наиболее частая причина смерти среди женщин со злокачественными новообразованиями репродуктивной системы. Из-за отсутствия выраженной клинической симптоматики в 70% случаев диагноз удается поставить только на поздних стадиях течения заболевания.

В данной работе приводится описание клинического случая гигантской опухоли правого яичника, осложненной пластическим перитонитом

и двусторонней компрессией мочеточников с нарушением пассажа мочи

у женщины в возрасте 51 года. На протяжении нескольких месяцев пациентку беспокоили боли в правой подвздошной области, увеличение живота, снижение массы тела, слабость, нарушение мочеиспускания и акта дефекации.

На основании жалоб и данных обследования пациентке был поставлен диагноз рак правого яичника и рекомендована комбинированная циторедуктивная операция, в ходе которой было произведено удаление кистозной опухоли, правых и левых придатков, большого сальника и проведена биопсия брыжеечных лимфатических узлов и париетальной брюшины.

Ключевые слова: рак, яичник, опухоль, перитонит, циторедуктивная операция.

Summary

Ovarian cancer is the most common cause of death among women with malignant tumors of the reproductive system. Due to the absence of pronounced clinical symptoms, in 70% of cases the disease is not diagnosed until it has progressed to advanced stage. This article describes a clinical case of a giant tumor of the right ovary complicated by plastic peritonitis and bilateral compression of the ureters with impaired passage of urine in a 51-year-old woman. For several months, the patient was disturbed by pain in the right iliac region, enlargement of the abdomen, weight loss, weakness, impaired urination and defecation. Based on complaints and examination data, the patient was diagnosed with cancer of the right ovary and a combined cytoreductive surgery was recommended, during which the cystic tumor, right and left fallopian tubes and ovaries, the greater omentum was removed, and a biopsy of the mesenteric lymphatic catches and parietal peritoneum was performed.

Key words: cancer, ovary, tumor, peritonitis, cytoreductive surgery.

Библиографическая ссылка на статью

Бахтияров К.Р., Аничков Е.В., Балашова М.В., Кандакова М.М., Новикова А.И., Полякова Н.Ю.

Быстро прогрессирующее гигантское злокачественное новообразование яичника, осложненное гнойным перитонитом // Innova. - 2021. - № 2 (23). - С. 6-10.

References to the article

Bakhtiyarov K.R., Anichkov E.V., Balashova M.V., Kandakova M.M., Novikova A.I., Polyakova N.Yu. Rapidly progressing giant malignant neoplasm of the ovary, complicated by purulent peritonitis // Innova. - 2021. - No. 2 (23). - P. 6-10.

DOI:

[10.21626/innova/2021.2/01](https://doi.org/10.21626/innova/2021.2/01)

Введение. Понятие «рак яичников» включает в себя несколько различных гистологических форм этого заболевания, отличающихся эпидемиологией, прогнозом выживаемости и эффективностью проводимого лечения, но имеющих сходную клиническую картину [1]. Наиболее часто встречаемым является эпителиальный рак яичников (РЯ) и составляет 85% среди всех гистологических типов [2]. За последнее десятилетие в России отмечается рост заболеваемости раком яичников на 10,1% в год. Несмотря на развитие методов диагностики и лечения смертность от рака яичников остается высокой (7,6 тысяч женщин умерли от рака яичников в 2017 году). Основной причиной сохранения высокого показателя смертности является стертость и неспецифичность клинической картины РЯ на ранних этапах, и на I-II стадии заболевание диагностируется только у 39,4% пациенток [1].

Трудность диагностики обуславливается не только отсутствием патогномичных симптомов и поздним обращением к врачу, но и отсутствием высокочувствительных и высокоспецифичных скрининговых исследований для рака яичников. Определение уровня СА-125 нельзя считать скрининговым методом, так как причиной его повышения могут быть не только злокачественные образования яичников, но и другие заболевания. Кроме того, в 50% случаев на ранних стадиях рака яичников уровень СА-125 оставался в пределах нормы. Ультразвуковое исследование хоть и обладает высокой диагностической ценностью относительно образований органов малого таза, но опять же не является специфичным для РЯ. Тем не менее, сочетание сонографии с определением СА-125 и HE-4 может быть эффективным скринингом некоторых видов злокачественных образований яичников. Помимо этого, ведется активная разработка скрининга РЯ, включающего генетические тестирования [3, 4].

Большая часть женщин впервые обращаются к гинекологу с III стадией РЯ. Это обусловлено тем, что такие клинические симптомы как вздутие живота, нарушения акта дефекации, дизурия, появляются уже на поздних стадиях заболевания. Болевой синдром, как правило, достигает выраженной интенсивности тоже на III-IV стадиях и обусловлен сдавлением соседних органов [5].

Несмотря на развитие и положительные результаты химиотерапии, оперативное лечение является наиболее предпочтительным и обязательным методом, при отсутствии противопоказаний [6]. Хирургическое лечение на поздних стадиях РЯ заключается в циторедуктивной операции в оптимальном объеме, с учетом объемов инфильтративного роста опухоли и общего состояния пациентки [3].

Цель исследования – обратить внимание на быстро прогрессирующий характер новообразований яичников, ещё раз подтвердить важность своевременного обращения к врачу-специалисту при появлении жалоб и опасность отсрочки необходимого оперативного лечения новообразований яичника ввиду высокого риска быстрого прогрессирования рака яичников

Клинический случай. Пациентка А., 51 год, обратилась в клинику на прием к гинекологу 01.03.2021 в связи с жалобами на постоянные боли в правой подвздошной области, выраженное увеличение живота, нарушение мочеиспускания и акта дефекации, выраженную нехватку воздуха, одышку, слабость, быструю потерю массы тела (до 10 кг) за последние несколько месяцев.

Впервые отметила появление боли в правой подвздошной области при физических нагрузках в июне 2020 года, однако к врачу не обратилась в связи с пандемией коронавирусной инфекции. К концу лета, в августе 2020 года, начала отмечать увеличение живота, сохранение болей внизу живота справа, в связи с чем обратилась к гинекологу. Врач заподозрил объемное образование яичника и после проведения ультразвукового исследования органов малого таза был поставлен диагноз: «гигантская киста правого яичника», после чего пациентка к врачам не обращалась. В ноябре 2020 года в диагностический центр было проведено МРТ органов малого таза с контрастом и дано заключение: «МР-картина объемного образования правого яичника с жидкостным компонентом (до 200 мл). Интрамуральная и субсерозная миома матки. Забрюшинная и тазовая лимфоденопатия, вероятно, вторичного генеза. Свободная жидкость в брюшной полости и полости малого таза. Подозрение на рак яичников». В начале марта 2021 года обратилась в нашу клинику для консультации у врача-гинеколога для проведения оперативного лечения.

Бытовой и профессиональный анамнез не отягощен. Из вредных привычек – курение в течение 11 лет. Соматические заболевания отрицает. Наследственность: у мамы – сахарный диабет и гипертоническая болезнь.

Аллергический анамнез: не отягощён.

Данные объективного обследования: Общее состояние средней тяжести, стабильное. Сознание ясное, положение активное. Рост – 160 см. Вес – 43 кг. ИМТ – 16,8 кг/м². Телосложение правильное. Конституция астеническая, пониженного питания, мышцы гипотрофичны. Развитие подкожного жирового слоя резко снижено. Кожа бледная, обычной влажности на момент осмотра. Выраженное увеличение живота за счет объемного образования, верхний полюс образования пальпируется под

мечевидным отростком.

Дыхание затруднено за счет выраженного увеличения объема живота, одышка смешанного типа. При аускультации: дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются. При исследовании сердечно-сосудистой системы тахикардия, склонность к гипотонии: ЧСС – 102 уд/мин. АД на обеих руках 100/65 мм рт. ст.

При пальпации живот плотный, напряженный, умеренно болезненный, значительно увеличен в размерах. Симптом Щеткина-Блюмберга – отрицательный. Напряжения мышц передней брюшной стенки не выявлено.

Перкуссия живота: выявлен асцит, наблюдается тупой перкуторный звук.

Пальпация органов брюшной полости затруднена за счет плотного объемного образования. Симптом Пастернацкого – отрицательный. Выявлено нарушение мочеиспускания за счет образования.

Данные гинекологического анамнеза: Менструации: с 14 лет, по 5 дней, через 21-28 дней, умеренно болезненные, необильные. На данный момент постменопауза в течение последних 2-х лет. Половая жизнь с 16 лет. Беременности: 2. Роды: 1990 г., своевременные самопроизвольные роды, без осложнений. Аборты: 1992 г., медикаментозный аборт на малом сроке, без осложнений. В анамнезе: гигантская киста яичника.

Данные влагалищного исследования: Наружные половые органы – развиты правильно. Влагалище – рожавшей. Шейка матки – цилиндрической формы, не гипертрофирована. Тело матки не пальпируется за счёт образования. Придатки справа – не определяются, не пальпируются за счет образования. Придатки слева – не определяются, не пальпируются за счет образования. Выделения из половых путей – светлые, слизистые.

Согласно данным опроса и осмотра был поставлен предварительный диагноз: «Гигантская киста правого яичника с подозрением на малигнизацию. Синдром хронической тазовой боли. Анемия средней степени. Дефицит массы тела. Миома матки». Было рекомендовано пройти дообследование для решения вопроса об оперативном лечении совместно с врачом-онкологом.

По данным лабораторного и инструментального исследования перед операцией:

Группа крови (01.03.2021): A (II), вторая, Rh (+), положительная, Kell – отрицательно.

Госпитальный комплекс (01.03.2021): Гепатит B HbsAg; гепатит C anti-HCV общие – не обнаружено; ВИЧ -1/2 (СПИД) – не обнаружено; антитела к *Treponema pallidum* (IgG и IgM) –

отрицательно.

Клинический анализ крови (01.03.2021): гемоглобин – 81 г/л; эритроциты – $3,11 \times 10^{12}$ /л; гематокрит – 25,90%; лейкоциты – $46,33 \times 10^9$ /л; тромбоциты 1072×10^9 /л; лимфоциты – $5,1 \times 10^9$ /л; СОЭ – 20 мм/ч; цветовой показатель крови – 0,781.

Биохимический анализ крови (01.03.2021): глюкоза – 3,68 ммоль/л; АЛТ – 9,20 Ед/л; АСТ – 8,16 Ед/л; билирубин общий – 6,81 мкмоль/л; мочевины – 7,65 мкмоль/л; общий белок – 72,23 г/л; щелочная фосфатаза - 225,25 Ед/л; креатинин – 112 мкмоль/л; калий – 4,7 мкмоль/л; натрий – 136,3 ммоль/л.

Коагуляционное звено гемостаза (01.03.2021): АЧТВ – 37,5 сек.

Общий анализ мочи (01.03.2021): цвет – светло-жёлтый; прозрачность – прозрачная; плотность – 1015; pH – 5,5; глюкоза – отрицательно; белок – отрицательно; кетоновые тела – отрицательно; билирубин – отрицательно.

Онкомаркеры (01.03.2021): CA-125 – 9,34 Ед/мл; HE4 – 103,28 пмоль/л.

Цитологическое исследование стандартное жидкостное (29.08.2020): цитогрессия может иметь место при умеренно выраженном цервиците. Плоскоклеточная метаплазия. Паракератоз. Клетки с признаками интраэпителиальных изменений и злокачественности в пределах доставленного материала не обнаружены (NILM). Классификация The Bethesda System (TBS) 2014 – NILM. Классификация по Папаниколау – 2 класс (доброкачественные изменения, связанные с воспалением).

Гинекологический мазок влагалища (01.03.2021): лейкоциты 1-3 клетки в п/зр. Эпителий плоский – умеренно. Флора – смешанная умеренно.

УЗИ вен нижних конечностей (04.03.2021): проходимость подкожных и глубоких вен сохранена. Косвенные признаки нарушения реологии в бедренных венах.

Эзофагогастродуоденоскопия (04.03.2021): кандидозный эзофагит IV ст. Недостаточность кардии. Эрозивный гастрит. Косвенные признаки анемии верхних отделов ЖКТ. Аденома БСДК?

Колоноскопия (04.03.2021): внутренний геморрой, вне воспаления. Пациентка к исследованию не готова. Фрагментарный осмотр.

КТ с контрастированием (11.03.2021): КТ-признаки эпителиальной опухоли яичников с признаками злокачественности. Изменения паранефральной клетчатки фасции, вероятно, метастатической природы. Двусторонняя уретеропиелокаликозектазия на фоне сдавления мочеточников опухолью. Асцит. Гемангиома печени.

Консультация терапевта (04.03.2021): абсолютных противопоказаний к оперативному

лечению не выявлено.

ЭКГ (01.03.2021): синусовая тахикардия. ЧСС – 129 уд/мин. Нормальное положение ЭОС. Патологии не выявлено.

Рентгенологическое исследование органов грудной клетки (01.03.2021): патологии не выявлено.

Пациентка поступила в стационар 15.03.2021 года. Состояние тяжёлое, кахексия, выраженная слабость, бледность кожных покровов, одышка, выраженное увеличение размера живота, чувство сдавления и боли в животе.

Подготовлена к операции с диагнозом: Рак правого яичника. Пластический перитонит. Двусторонняя компрессия мочеточников. Миома матки. Анемия средней степени. Дефицит массы тела. Кандидозный эзофагит IV степени.

Пациентке планируется: Широкая срединная лапаротомия. Комбинированная циторедуктивная операция. Пангистерэктомия с придатками. Установка перитонеального порт-катетера. Дренирование полости малого таза. Плановая операция (рис. 1).



Рисунок 1. Вид операционного поля до операции

Выполнена широкая срединная лапаротомия. Обнаружено: выпот брюшной полости. Практически всю брюшную полость занимает опухолевидное образование размерами 209x170x300 мм, включенное в малый таз, исходящее из правого яичника. Кистозное образование интимно связано с брыжейкой мезоколона и сигмовидной кишки, прорастает в клетчатку малого таза, инфильтрирует наружные подвздошные сосуды справа, с двусторонним сдавлением мочеточников в нижней трети, деформирует мочево́й пузырь, врастает в паравезикулярное пространство.

Тело матки плотное, розового цвета, малоподвижное за счет включения в опухолевый конгломерат, в дне тела матки обнаружен миоматозный узел, до 2 см в диаметре. Выраженный спаечный процесс с висцеральной и париетальной брюшиной. С целью мобилизации содержимое кистозной опухоли эвакуировано, аспирировано 5 литров гнойного содержимого.

При дальнейшей ревизии обнаружено подрастание опухоли к нижним брыжеечным сосудам, к срединным сосудам. При выделении

кистозной опухоли магистральные сосуды удалось сохранить. В зоне врастания в клетчатку малого таза в проекции наружных подвздошных сосудов оставлена часть капсулы с целью избежания их повреждения.

Учитывая выраженность опухолевого инфильтрата в малом тазу, высокого риска интраоперационных осложнений, чрезмерного объема вмешательства для данной пациентки, решено ограничиться комбинированной циторедуктивной операцией в объеме удаления кистозной опухоли, правых и левых придатков, большого сальника, биопсией брыжеечных лимфатических лимфатических узлов и париетальной брюшины. Контроль гемостаза. Выполнена оментэктомия. На правой реберной дуге имплантирован перитонеальный порт-катетер, заведён по правому боковому каналу в малый таз. Дренаж в малый таз через контрапертуру слева. Послойный шов раны наглухо. На кожу – скрепки. Спирт. Асептическая наклейка. Кровопотеря с препаратом. Макропрепараты: кистозное образование правого яичника (рис. 2), большой сальник, левый яичник, верхний брыжеечный лимфатический узел, брюшина латерального канала слева.



Рисунок 2. Макропрепарат кистозного образования правого яичника

В послеоперационном периоде состояние пациентки стабильное, соответствует объёму перенесенной операции. Полученные в процессе операции препараты отправлены на гистологическое исследование в экспертный центр.

Заключение. Рак яичников, к сожалению, в последнее время всё чаще встречающееся заболевание, причем не имеющее строгих патогномичных симптомов и быстро прогрессирующее. Выявление объёмного образования яичника в пери- и особенно в постменопаузе – показание для незамедлительного хирургического лечения. Отказ от операции на начальных этапах развития новообразования, промедление в процессе диагностического поиска может привести к быстрому росту опухоли, её прорастанию в близлежащие органы, метастазированию, что значительно ухудшает прогноз. В данном клиническом случае при условии обращения к врачу в дебюте заболевания и проведения своевременного оперативного лечения, можно было бы рассчитывать на полное выздоровление. Таким образом, необходимо помнить, что легче прервать патологический процесс в начале, чем лечить впоследствии его осложнения.

Литература

1. Онкогинекология / Под редакцией академика РАН А.Д.Каприна, академика РАН Л.А. Ашрафяна, члена-корреспондента РАН И.С. Стилиди. – «ГОЭТАР-медиа». – 2019 г.
2. Ефимова, О.А. Эпидемиология рака яичников на ранних стадиях / О.А. Ефимова, М.А. Сафронова/ Actamedica Eurasica. – 2018. – № 4. – С. 9-18.
3. Stewart, C. Ovarian Cancer: An Integrated Review / C. Stewart, C. Ralyea, S. Lockwood // Seminars in Oncology Nursing. – 2019. – V. 35 (2). – P. 151-156.
4. Henderson, J.T. Screening for ovarian cancer updated evidence report and systematic review for the US preventive services task force. JAMA / J.T. Henderson, E.M. Webber, G.F. Sawaya // Journal of the American Medical Association. – 2018 – V. 319, № 6 – P. 595-606.
5. Orr, B. Diagnosis and Treatment of Ovarian Cancer. Hematology / B. Orr, R.P. Edwards // Oncology Clinics of North America. – 2018 – V.32, № 6. – P. 943-964.
6. David, M.D. Regional, Ovarian Cancer Treatment – Are We Getting Warmer/ D.R. Spriggs, O. Zivanovic // New England Journal of Medicine. – 2018 – V. 378, № 3 – P.291-293.