



Р. М. Козубович<sup>1,2</sup>, О. І. Сопко<sup>1,2</sup>, Р. В. Бондарев<sup>1</sup>,  
А. Д. Марченко<sup>2</sup>, Л. В. Боровікова<sup>2</sup>, І. Л. Заря<sup>1</sup>,  
О. В. Ковтуненко<sup>1</sup>, С. С. Крамаренко<sup>1</sup>, С. О. Кондратенко<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Національний медичний університет імені О. О. Богомольця, Київ

<sup>2</sup> Київська міська клінічна лікарня № 9

## УСПІШНЕ ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ ХВОРОЇ З ПУХЛИНОЮ ЯЄЧНИКА ГІГАНТСЬКОГО РОЗМІРУ, УСКЛАДНЕНОЮ ПЕРФОРАЦІЄЮ ТА РОЗЛИТИМ ГНІЙНИМ ПЕРИТОНІТОМ

Описано клінічний досвід лікування пухлини яєчника гігантського розміру, ускладненої перфорацією та розлитим гнійним перитонітом у хворої 57 років. Інтраопераційно виявлено близько 16 л гнійного вмісту та гігантську пухлину правого яєчника розміром 50 × 60 × 40 см з перфорацією. Виконано екстирпацію матки з придатками, видалення великого чепця, інтубацію тонкої кишки, санацію та дренивання черевної порожнини. Бактеріологічне дослідження вмісту з черевної порожнини виконано у 1-шу, на 3-тю і 5-ту добу. Післяопераційний період перебігав без ускладнень. На 5-ту добу в ексудаті з черевної порожнини росту мікрофлори не виявлено. Перистальтика відновилася на 5-ту добу. На 10-ту добу лікування пацієнтку виписано в задовільному стані. При розвитку такого ускладнення пухлини яєчника, як нагноєння її вмісту з перфорацією та перитонітом, хірургічне втручання з радикальним видаленням джерела деструктивно-запального процесу, інтраопераційною санацією та адекватним дрениванням тонкої кишки і черевної порожнини є ефективним методом боротьби з абдомінальною інфекцією, що знижує частоту летальних наслідків у пацієнтів із цією патологією.



**Ключові слова:** пухлина яєчника, ускладнення, розлитий перитоніт, хірургічне лікування.

У структурі онкологічної захворюваності пухлини яєчників посідають 5-те—7-ме місце [5]. Згідно з даними статистики, пухлини яєчників спостерігаються у будь-якому віці, але частіше — після 40 років. Загалом переважають доброякісні форми пухлин (у 75—80 % випадків). Злоякісні виникають у 20—25 % випадків, у клімактеричний період — у 50 % [9, 12].

Найбільше клінічне значення мають епітеліальні новоутворення і серед них — рак яєчника, захворюваність на який в Україні становить 16,4 випадку на 100 тис. жіночого населення з тенденцією до зростання при стабільності високого показника смертності — 9,8 випадку на 100 тис. жіночого населення [5, 8]. Етіологічним чинником раку яєчника є гіперестрогенія з порушенням ліпідного і вуглеводного обміну.

У клінічній картині злоякісних і доброякісних пухлин яєчника немає патогномонічних ознак. Для раку яєчника характерний безсимптомний

перебіг. У 75—80 % випадків його діагностують на III—IV стадії [4, 7].

Рання діагностика — це найчастіше «знахідка» під час обстеження за допомогою ультрасонографії. На початкових етапах захворювання клінічні вияви незначні, скарги неспецифічні. З його розвитком хворі скаржаться на швидку втомлюваність, слабкість, пітливість, погіршення загального стану, періодичний або постійний біль внизу живота, збільшення його розмірів. Дихання стає утрудненим за рахунок появи випоту в черевній і плевральній порожнинах. Порушується менструальний цикл за типом дисфункційних маткових кровотеч. На жаль, ці ознаки не завжди оцінюють адекватно.

На пізніх стадіях захворювання пальпується збільшений у розмірах та інфільтрований великий чепець з бугристою поверхнею та ділянками солідизації. При спробі змістити пухлину виникає біль. Часто виявляють метастази у пупок, надкльо-

чичну ділянку (метастаз Вірхова), вздовж очеревини заднього матково-ректального заглиблення.

До специфічних методів обстеження належать: ультразвукове дослідження (УЗД) органів малого таза (з трансвагінальним УЗД), гінекологічне ректовагінальне дослідження. Скринінг за допомогою визначення рівня пухлинного маркера Ca-125 і вагінальне УЗД сприяють ранньому виявленню раку яєчника. При сумнівних результатах за даними УЗД, використання магнітно-резонансної томографії підвищує специфічність методу візуалізації, знижуючи частоту втручань при доброякісних новоутвореннях. Комп'ютерну томографію використовують для діагностики і планування лікування при поширеному раку яєчників [11].

Важливе значення у виявленні пухлин яєчника має лапароскопія, яка дає змогу визначити локалізацію, розміри, анатомічну форму пухлини та отримати біоптат для оцінки її гістологічної природи.

Діагностична лапаротомія показана як завершальний етап обстеження, коли інші менш травматичні методи не дають змоги ні підтвердити, ні заперечити діагноз злоякісного новоутворення яєчника.

Ускладнення, котрі спостерігають при новоутвореннях яєчників, різноманітні: малігнізація доброякісних пухлин, розвиток адгезивних процесів та асцит, перекрут ніжки пухлини, розрив стінки, нагноєння її вмісту. Останнє — це тяжке ускладнення. Частим ускладненням деструктивного процесу в черевній порожнині, зокрема при нагноєнні вмісту оваріальних пухлин як результат розпаду і перфорації пухлини, є перитоніт [1]. Мета хірургічного лікування перитоніту та абдомінального сепсису, крім інтраопераційної санації черевної порожнини і адекватного дренивання тонкої кишки, — радикальне видалення джерела деструктивно-запального процесу [2, 3, 6].

Проблема розлитого вторинного перитоніту залишається однією з актуальних в абдомінальній хірургії, незважаючи на вдосконалення методів діагностики і використання нових підходів у лікуванні [6, 10]. Одна з причин летальності — ендогенна інтоксикація [2].

#### **КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК**

У хірургічне відділення Київської міської клінічної лікарні № 9 20.06.2013 р. госпіталізовано хвору С., 57 років, зі скаргами на загальну слабкість, різкий біль у животі, здуття, затримку газів близько доби, збільшення живота в розмірах за останні 2 тиж. Госпіталізовано в хірургічне відділення з ознаками перитоніту. Вважає себе хворою протягом тижня. Хворіє на ревматоїдний поліартрит протягом 32 років, з приводу чого приймає метотрексат у дозі 15 мг 1 раз на тиждень. Перенесені операції — тонзилектомія (1986).

Об'єктивно: загальний стан хворої — тяжкий, положення пасивне, свідомість — ясна. Температу-

ра тіла — 37,6 °С. Зріст — 170 см. Маса тіла — 110 кг. Будова тіла — гіперстенічного типу. Колір шкіри — блідий, тургор задовільний. Видимі слизові — блілого кольору. Язик сухий, обкладений білим нальотом. Підшкірно жирова клітковина розвинена надмірно. Лімфатичні вузли не збільшені. Грудна клітка звичайної форми. Частота дихання — 20 за 1 хв. Перкуторно: чіткий легеневиий звук. Аускультативно: дихання ослаблене, хрипів немає. Межі відносної серцевої тупості зміщені вліво. Аускультативно: тони серця ритмічні, незначно приглушені. Артеріальний тиск — 90/60 мм рт. ст., пульс — 96 за 1 хв. Зі слів хворої, акт сечовипускання та дефекації без патологічних змін.

Живіт симетрично збільшений в об'ємі, не бере участі в акті дихання. При пальпації живіт різко болючий у всіх відділах, симптоми подразнення очеревини позитивні. Перкуторно — тупий звук на всій довжині живота. Аускультативно — перистальтики кишечника немає, вислуховується шум плескоту.

Періанальна ділянка без патологічних змін, тонус сфінктера збережений, ампула прямої кишки порожня. Визначається нависання, ригідність та болючість передньої стінки прямої кишки; на висоті пальця патології не виявлено. На рукавичці — залишки калу звичайного кольору.

Загальний аналіз крові: гемоглобін — 96 г/л, еритроцити —  $3,9 \cdot 10^{12}$ /л, гематокрит — 35 %, лейкоцити —  $12,6 \cdot 10^9$ /л, тромбоцити —  $293 \cdot 10^9$ /л, паличкоядерні — 12 %, сегментоядерні — 73 %, моноцити — 5 %, лімфоцити — 9 %, еозинофілі — 1 %, ШОЕ — 47 мм/год.

Біохімічний аналіз крові: сечовина — 10,1 ммоль/л, креатинін — 182 мкмоль/л, загальний білок — 53,4 г/л, глюкоза — 7,7 ммоль/л, загальний білірубін — 11 мкмоль/л, аланінамінотрансфераза — 0,56 мкмоль/(мл · год), аспартатамінотрансфераза — 0,12 мкмоль/(мл · год). В аналізі сечі відхилень від нормальних показників не виявлено.

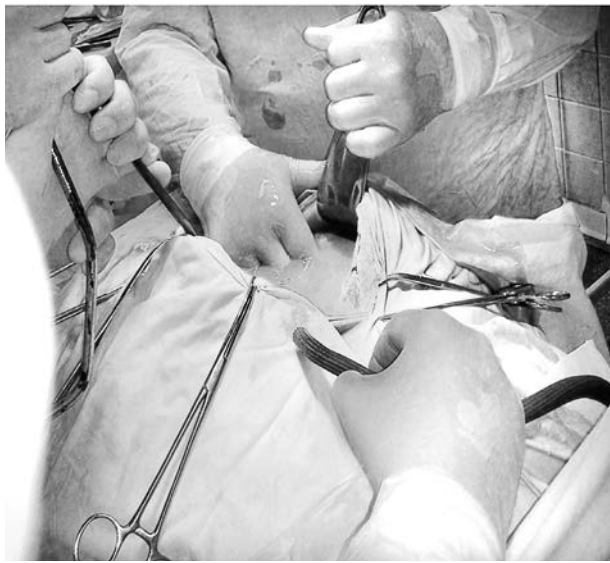
3 критеріїв ендогенної інтоксикації визначено лейкоцитарний індекс інтоксикації (ЛІІ) — 7,3 і концентрацію молекул середньої маси (МСМ) у плазмі крові — 0,671.

ЕКГ: ритм синусовий, правильний, частота серцевих скорочень — 110 за 1 хв, положення електричної осі серця зміщене ліворуч на 42 °.

Рентгенографія органів черевної порожнини: велика кількість вільного газу під правим та лівим куполами діафрагми.

Установлено діагноз: перфорація порожнисто-го органа. Розлитий перитоніт.

В ургентному порядку під загальною анестезією та штучною вентиляцією легень виконано середню лапаротомію. З черевної порожнини видалено близько 16 л густого гнійного вмісту біло-сірого кольору, без запаху (рис. 1). Ексудат черевної порожнини взято для бактеріологічного дослідження. Парієтальна очеревина в усіх відділах набрякла, інфільтрована, з множинними ділянками мікро-



*Рис. 1. Гнійний вміст черевної порожнини*



*Рис. 2. Пухлина правого яєчника*

крововиливів. При ревізії органів черевної порожнини виявлено пухлиноподібне утворення розміром  $50 \times 60 \times 40$  см з перфоративним отвором до 2 см у діаметрі, з якого виділявся гнійний вміст.

Пухлина правого яєчника займала весь малий таз,  $2/3$  черевної порожнини. Заочеревинно визначався збільшений до 5 см лімфатичний вузол, який видалено інтраопераційно для гістологічного дослідження.

Висічено ділянку пухлиноподібного утворення яєчника, відправлено на цито-гістологічне дослідження. Результат: злоякісна текоклітинна пухлина правого яєчника.

Спільно з гінекологом виконано екстирпацію матки з придатками, видалення великого чепця. Черевну порожнину сановано 12 л фізіологічного розчину з активною аспірацією, дреновано трубчастими дренажами з 5 точок. Назогастральна інтубація тонкої кишки. Закрита лапаростома.

Макропрепарат. Пухлина розміром  $50 \times 60 \times 40$  см з правим яєчником (рис. 2), матка, збільшена до 8 тиж вагітності, з лівим яєчником.

Діагноз після операції — рак правого яєчника,  $T_3N_1M_0$ , з метастазами в заочеревинний простір, стадія III, клінічна група II.

У післяопераційний період пацієнтці проведено інфузійну терапію із застосуванням спазмолітиків, анальгетиків, антигістамінних препаратів, імуномодуляторів, амінокислот, альбуміну, плазми, антибіотиків (цефалоспорини IV покоління (Ceferimim) у поєднанні з орнідазолом). З 3-ї доби — флуконазол внутрішньовенно, ентеральний лаваж 700 мл фізіологічним розчином тричі на добу, введення розчину «Декасану» крізь дренажі в черевну порожнину тричі на добу з пасивною аспірацією, стимулювальна терапія кишечника.

Бактеріологічне дослідження вмісту з черевної порожнини виконано у 1-шу, на 3-тю і 5-ту добу.

Післяопераційний період перебігав без ускладнень.

Характер мікрофлори взятого інтраопераційно ексудату: золотистий стафілокок —  $10^7$  КУО/мл, кишкова паличка —  $10^4$  КУО/мл, клебсієла —  $10^3$  КУО/мл, протей —  $10^3$  КУО/мл. На 5-ту добу вміст з черевної порожнини був серозним, в незначній кількості, росту мікрофлори не виявлено. Дренажі видалено на 6-ту добу післяопераційного періоду.

Перистальтика кишечника відновилася на 5-ту добу. Тубажний зонд видалено на 7-му добу післяопераційного періоду. ЛПІ та вміст МСМ нормалізувалися на 8-му добу.

Пацієнтку виписано зі стаціонару в задовільному стані. Для подальшого лікування хвору скеровано в онкологічний диспансер.

#### **ВИСНОВКИ**

При розвитку такого ускладнення пухлини яєчника, як нагноєння її вмісту з перфорацією та перитонітом, хірургічне втручання з радикальним видаленням джерела деструктивно-запального процесу, інтраопераційною санацією та адекватним дрениванням тонкої кишки і черевної порожнини є ефективним методом боротьби з абдомінальною інфекцією, що знижує частоту летальних наслідків у пацієнтів із цією патологією.

## Література

1. Берген И. Г., Дамбаев Г. Ц., Колесникова И. В. и др. Ультразвуковая санация брюшной полости в лечении экспериментального перитонита // Сиб. онкол. журн. — 2009. — Прил. № 1. — С. 29—30.
2. Бойко В. В., Криворучко І. А., Тесленко С. М., Сивожезізов А. В. Поширений гнійний перитоніт: Монографія. — Х.: Прапор, 2008. — 280 с.
3. Бондарев Р. В. Особливості антибактеріальної терапії в комплексному лікуванні хворих на гострий розлитий перитоніт // Шпитальна хірургія. — 2008. — № 1. — С. 98—100.
4. Дутчак У. М., Фецич Т. Г. Вивчення ефективності застосування циторедуктивної операції та інтраопераційної гіпертермічної внутрішньочеревної хіміоперфузії в лікуванні рецидивного раку яєчника // Експерим. та клініч. фізіол. і біохімія. — 2012. — № 2. — С. 84—92.
5. Иванов И. И., Черипко М. В., Прохан Е. Н. и др. Клинический случай спорадического рака яичников у родильницы // Таврический мед.-биол. вестн. — 2013. — Т. 16, № 2, ч. 2(62). — С. 161—165.
6. Иванова Ю. А. Корекція ентеральної недостатності в комплексному хірургічному лікуванні хворих з поширеним гнійним перитонітом: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — Харків, 2001. — 27 с.
7. Карташов С. М., Вакуленко Г. А., Скрицкая Т. В., Яковлева Н. Г. Рак яичника: информативность основных методов диагностики // Экспер. и клин. мед. — 2006. — № 2. — С. 115—118.
8. Манухин И. Б., Высоцкий М. М., Овакимян М. А. Новое о патогенезе и факторах риска развития спорадического рака яичников // Рос. вестн. акушера-гинеколога. — 2011. — № 4. — С. 45—49.
9. Никогосян С., Кузнецов В. Рак яичников: вопросы диагностики и современные методы лечения // Врач. — 2010. — № 11. — С. 2—8.
10. Польовий В. П., Бойко В. В., Сидорчук Р. І. Перитоніт — одвічна проблема невідкладної хірургії: Монографія. — Чернівці: Медуніверситет, 2012. — 376 с.
11. Hart W. R. Mucinous tumor of the ovary: A review // Int. J. Gynecol. Pathol. — 2005. — Vol. 24. — P. 4—25.
12. Jemal A., Siegel R., Ward E. et al. Cancer statistics // CA Cancer. J. Clin. — 2009. — Vol. 59. — P. 225—249.

**Р. Н. Козубович<sup>1,2</sup>, А. И. Сопко<sup>1,2</sup>, Р. В. Бондарев<sup>1</sup>, А. Д. Марченко<sup>2</sup>, Л. В. Боровикова<sup>2</sup>,  
И. Л. Заря<sup>1</sup>, О. В. Ковтуненко<sup>1</sup>, С. С. Крамаренко<sup>1</sup>, С. А. Кондратенко<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Национальный медицинский университет имени А. А. Богомольца, Киев

<sup>2</sup>Киевская городская клиническая больница № 9

## УСПЕШНОЕ ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНОЙ С ОПУХОЛЬЮ ЯИЧНИКА ГИГАНТСКОГО РАЗМЕРА, ОСЛОЖНЕННОЙ ПЕРФОРАЦИЕЙ И РАЗЛИТЫМ ГНОЙНЫМ ПЕРИТОНИТОМ

Описан клинический опыт лечения опухоли яичника гигантского размера, осложненной перфорацией и разлитым гнойным перитонитом у больной 57 лет. Интраоперационно выявлено около 16 л гнойного содержимого и гигантскую опухоль правого яичника размером 50 × 60 × 40 см с перфорацией. Выполнена экстирпация матки с придатками, удаление большого сальника, интубация тонкой кишки, санация и дренирование брюшной полости. Бактериологическое исследование отделяемого из брюшной полости выполнили в 1-е, на 3-и и 5-е сутки. Послеоперационный период протекал без осложнений. К 5-м суткам в экссудате из брюшной полости роста микрофлоры не выявлено. Перистальтика восстановилась на 5-е сутки. На 10-е сутки лечения пациентка выписана в удовлетворительном состоянии. При развитии такого осложнения опухоли яичника, как нагноение ее содержимого с перфорацией и перитонитом, хирургическое вмешательство с радикальным устранением источника деструктивно-воспалительного процесса, интраоперационной санацией и адекватным дренированием тонкой кишки и брюшной полости является эффективным методом борьбы с абдоминальной инфекцией, что снижает частоту летальных исходов у пациентов с данной патологией.

**Ключевые слова:** опухоль яичника, осложнение, разлитой перитонит, хирургическое лечение.

**R. M. Kozubovich<sup>1,2</sup>, O. I. Sopko<sup>1,2</sup>, R. V. Bondarev<sup>1</sup>, A. D. Marchenko<sup>2</sup>,  
L. V. Borovikova<sup>2</sup>, I. L. Zaria<sup>1</sup>, O. V. Kovtunencko<sup>1</sup>, S. S. Kramarenko<sup>1</sup>, S. O. Kondratenko<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>O. O. Bogomolets National Medical University, Kyiv

<sup>2</sup>Kyiv City Clinical Hospital № 9

## GIGANTIC OVARIAN TUMOR COMPLICATED BY PERFORATION AND DIFFUSED PURULENT PERITONITIS: THE CASE REPORT

A clinical experience in treating the giant size ovarian tumors, complicated by perforation and diffuse purulent peritonitis in a patient 57 years has been described. Approximately 16 liters of pus and right ovarian giant tumor 50 × 60 × 40 cm with perforations was revealed intraoperatively. Hysterectomy with appendages, removal of the greater omentum, small bowel intubation, debridement and drainage of the abdominal cavity have been performed. Bacteriological research of the abdominal cavity contents has been performed at 1st, 3d, and 5th day. The postoperative period was without complications. On the fifth day, there has not been detected micro-floral growth in abdominal cavity fluid. Peristalsis has resumed on a fifth day. By 10th day of treatment patient has been discharged in satisfactory condition. With development of such a complication of an ovarian tumor as festering of its contents with a perforation and peritonitis, surgery with radical extraction of destructive inflammation source, intra-operational sanitation and adequate small intestinal and abdominal cavity drainage is an effective method of an abdominal infection elimination, that decrease lethality rate in such patients.

**Key words:** ovarian tumor, complication, diffuseperitonitis, surgical treatment.