

© Коллектив авторов, 2012  
УДК 618.11-006-055.25-07:616.718.19-002.951.1-055.25-07

Р.Х. Шангареева<sup>1</sup>, С.Ю. Муслимова<sup>2</sup>, И.В. Сахаутдинова<sup>1</sup>

## ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА НОВООБРАЗОВАНИЙ ЯИЧНИКА И ЭХИНОКОККОВЫХ КИСТ ТАЗОВОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ У ДЕВОЧЕК

<sup>1</sup> ГОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет» (ректор — проф. В.Н. Павлов),

<sup>2</sup> Республиканская детская клиническая больница (главврач — канд. мед. наук Р.З. Ахметшин), г. Уфа

**Ключевые слова:** эхинококкоз, тазовая локализация, яичники, дети.

**Введение.** Эхинококкоз остается чрезвычайно актуальной проблемой не только медицины, но и социальной сферы. Наблюдается увеличение как числа заболевших, так и количества осложненных форм, при этом до 15% больных составляют дети до 14 лет [4, 5]. Высокими остаются частота до- и послеоперационных осложнений и рецидивов заболевания, а в ряде регионов летальность составляет 0,9–38,8% [3, 4, 7]. Своевременная диагностика эхинококкоза нередко является трудновыполнимой задачей, что обусловлено отсутствием четкой симптоматики заболевания, особенно в раннем периоде его развития [2, 3, 5, 8]. Эхинококк может развиваться в любом органе, но наиболее часто наблюдается поражение печени и легких, сочетанные поражения нескольких органов — у 12,7%. Редкие локализации у детей составляют 2–3,5%, в том числе органов малого таза [3, 7, 8].

Основными скрининговыми методами для выявления эхинококкоза являются УЗИ органов брюшной и грудной полости, рентгенография органов грудной клетки, однако при диагностике редких локализаций возникают определенные трудности [6]. Кроме того, многие вопросы, связанные с последовательностью хирургических вмешательств, интервалом между операциями при сочетанном эхинококкозе, остаются нерешенными [1].

Цель нашего исследования — изучить особенности дифференциальной диагностики кистозных новообразований яичника и эхинококковой кисты тазовой локализации.

**Материал и методы.** В клинике детской хирургии Башкирского государственного медицинского университета на базе Республиканской детской клинической больницы за период с 1974 по 2010 г. на стационарном лечении находились 465 детей с эхинококкозом различной локализации в возрасте от 2 до 15 лет. Изолированное поражение печени выявлено у 229 (49,2%), легких — у 163 (35,0%), сочетанное печени и легкого — у 36 (7,8%), печени с другими органами — у 14 (3%) детей, редкие локализации — у 23 (4,9%), из них в полости малого таза — у 6. С кистозными новообразованиями яичников в нашей клинике были прооперированы 211 девочек. В эту группу не включены дети с функциональными кистами яичника и новообразованиями со смешанной и солидной структурой.

Диагноз устанавливали на основании клинико-лабораторных данных и УЗИ органов брюшной полости и малого таза. В связи с тем, что у детей нередко встречается сочетанное поражение эхинококкозом нескольких органов, в стандарт обследования пациента мы включали рентгенографию грудной клетки, магнитно-резонансную томографию (МРТ), эхокардиографию, при наличии неврологического статуса — компьютерную томографию (КТ) головного мозга. Также КТ проводилась при множественном поражении органа. Ультрасонографию выполняли с помощью системы цветного картирования «Philips HDT 3500» фирмы «Philips», «Logiq E9» фирмы «General Electric» с использованием широкополосных конвексных датчиков (3–5 и 4–7 МГц). При редких локализациях паразитарных кист мы использовали МРТ, которая выполнялась на аппарате «Magnetom open» («SIEMENS», Германия). Иммуноферментный анализ (ИФА) проводился с использованием тест-системы «Эхинококк-IgG-ИФА-БЕСТ» («Вектор Бест»).

Выбор тактики лечения эхинококкоза у детей нами определялся в зависимости от размеров паразитарных кист и стадии заболевания, отдавая предпочтение щадящим, малотравматичным и органосохраняющим операциям. При наличии эхинококковых кист до 35 мм проводилась консервативная химиотерапия как самостоятельный метод лечения.

При единичных паразитарных кистах малых и средних размеров (до 100 мм в диаметре), расположенных поверхностно, выполнялись видеолaparоскопические и видеоторакоскопи-

ческие эхинококкэктомии. Доля эндоскопических операций составила 40,5% от числа всех прооперированных детей с эхинококкозом печени, выявленных со дня внедрения метода.

При эхинококковых кистах больших и гигантских размеров, при множественном поражении органа и при локализации паразитарной кисты в глубине паренхимы нами проводились традиционные эхинококкэктомии с ликвидацией остаточной полости.

**Результаты и обсуждение.** Из 465 больных с эхинококкозом различной локализации у 6 (1,3%) был выявлен эхинококк органов малого таза. В данной группе преобладали девочки, 5 из 6 пациентов. Лишь в двух наблюдениях отмечено изолированное поражение органов малого таза. У 4 пациентов эхинококковые кисты органов малого таза сочетались с поражением других органов. По одному случаю — сочетанное поражение легкие+печень и селезенка+печень; 2 случая — с печенью, причем у одной девочки в печени были обнаружены только кальцинаты. Самой маленькой пациентке было 2 года.

С кистозными образованиями яичников нами было прооперировано 211 девочек, из них доля эхинококковых кист тазовой локализации составила 5 (2,4%).

Для достижения хорошего результата лечения хирургическое вмешательство при эхинококкозе необходимо выполнять с соблюдением принципов паразитарной хирургии, позволяющих предотвратить «обсеменение» брюшной полости. Поэтому особое значение мы придавали верифицированию паразитарного происхождения кистозного образования полости малого таза до хирургического вмешательства. Дифференциальная диагностика кисты яичника и эхинококка тазовой локализации представляет определенные трудности, особенно при изолированном поражении и в ранней стадии заболевания.

Приводим наблюдения, иллюстрирующие практику у нас в клинике ведения больных с кистозными образованиями полости малого таза.

1. Девочка К., 13 лет, в июне 1999 г. доставлена из центральной районной больницы сельскохозяйственного района с диагнозом кисты правого яичника. При поступлении отмечала жалобы на сильные приступообразные боли в низу живота. В Центральной районной больнице (ЦРБ) для исключения перекрута кисты яичника была произведена лапароскопия, во время которой обнаружено опухолевидное образование больших размеров, расположенное под брюшиной. У данной пациентки не было характерных для паразитарного заболевания изменений в анализе крови (эозинофилы 3%). ИФА выявил низкий титр антител к эхинококковому антигену 1:200. При поступлении в клинику была проведена эхография органов малого таза, где выявлено анэхогенное округлое образование, с четкими, ровными контурами, однородной структуры, размерами 150×128 мм. Данное образование расположено рядом с правым яичником, размеры и структура которого соответствовали возрастным

нормам. Кистозное образование имело двойной контур, что является эхографическим признаком эхинококковой кисты. Проведено комплексное обследование, в других органах паразитарные кисты не выявлены. В связи с тем, что размеры кисты большие, девочке была произведена нижнесрединная лапаротомия. На операции выявлена эхинококковая киста, расположенная забрюшинно, справа от матки и интимно спаенная с ней. Правые придатки матки были недоступны для осмотра из-за плотных спаек. После отграничения эхинококковой кисты от окружающих органов и тканей марлевыми салфетками произведена пункция. После эвакуации паразитарной жидкости вскрыта фиброзная капсула, удалена хитиновая оболочка. Остаточная полость обработана 2% раствором формалина. В послеоперационном периоде проведен курс профилактической химиотерапии немозолом. Спустя 2 года девочка вновь поступила в клинику с жалобами на сильные приступообразные боли в низу живота. При УЗИ было выявлено кистозное образование с неровными контурами, расположенное рядом с правым яичником. В стационаре был начат курс консервативной терапии нестероидными противовоспалительными препаратами. Однако размеры кисты в динамике продолжали увеличиваться (при поступлении — 63×47 мм, а спустя 7 дней — 90×47 мм), и сохранялся болевой синдром, в связи с чем была произведена лапароскопия. При ревизии в полости малого таза выявлен выраженный спаечный процесс. При разъединении спаек вскрылось серозоцеле. Частично удалось выделить из спаек правую маточную трубу и правый яичник. Левые придатки у девочки были неизменными. После операции проведено несколько курсов противоспаечной терапии.

Таким образом, данное клиническое наблюдение демонстрирует скудность клинических проявлений, характерных для эхинококкоза, но наличие эхографического признака эхинококка, т. е. двойного контура кисты, позволило установить диагноз до операции.

2. Эхинококковая киста малого таза была выявлена у девочки К., 2 лет, которая поступила в РДКБ из небольшого промышленного города с жалобами на слабость, вялость, кашель и повышение температуры тела. Со слов матери девочка заболела в начале декабря 2009 г. и длительно лечилась по поводу ОРВИ. Из-за неэффективности амбулаторной терапии была госпитализирована в ЦРБ, где выполнена рентгенография органов грудной клетки, на которой в проекции верхней доли левого легкого было обнаружено объемное образование. Так как после проведения антибактериальной терапии размеры и структура объемного образования не изменились, больную направили в РДКБ. Состояние девочки при поступлении средней тяжести, имеются признаки хронической неспецифической интоксикации. Девочка отстаёт в физическом развитии, масса тела составляет 10,8 кг (дефицит 3,7 кг). Подкожно-жировая клетчатка не выражена. В общем анализе крови имеются признаки гипохромной анемии (эр.  $3,2 \times 10^{12}/л$ , Нб 104 г/л), э. 1%. При ИФА титр антител на эхинококк составил 1:100. Проведено УЗИ органов грудной клетки, брюшной полости и забрюшинного пространства: в проекции верхней доли левого легкого выявлены жидкостные образования с двойным контуром, размерами 40 мм; в паренхиме правой доли в проекции V–VI сегментов печени определялось анэхогенное образование округлой формы, с двойным контуром, размерами 63×38 мм (рис. 1); в малом тазу определялось тонкостенное образование округлой формы, с четкими ровными контурами, размерами 74 мм в



Рис. 1. Сонограмма печени больной К., 2 лет, с эхинококковой кистой.



Рис. 2. Сонограмма полости малого таза больной К., 2 лет, с эхинококковой кистой (мочевой пузырь компримирован).

диаметре. Размер матки соответствует возрасту, расположена правильно, структурная. Яичники не визуализируются (рис. 2).

Кистозное образование, локализованное в полости малого таза, не имело четких эхопризнаков, характерных для эхинококковой кисты, мы могли догадываться об его паразитарном происхождении благодаря множественному поражению эхинококком различных органов.

В связи с тем, что при ультразвуковом исследовании не удалось визуализировать яичники и не было возможности определить какой орган поражен, проведена МРТ органов малого таза и брюшной полости. Анализ МР-томограмм показал, что матка и яичники не связаны с кистой (рис. 3, 4).

Учитывая маленький возраст ребенка, одномоментное удаление эхинококковых кист в легком, печени и малом тазу

мы сочли нецелесообразным. Первым этапом была произведена боковая торакотомия слева, эхинококкэктомия. Через 2 нед вторым этапом ребенку были произведены лапароскопическая эхинококкэктомия печени и эхинококкэктомия из полости малого таза. Учитывая, что эхинококковая киста полости малого таза была интимно спаяна с брыжейкой тонкой кишки, мочевым пузырем и слепой кишкой, мы сочли наиболее безопасным провести ее удаление через нижнесредний доступ.

В послеоперационном периоде, кроме симптоматической терапии, девочке была проведена профилактическая противопаразитарная химиотерапия. При контрольном осмотре, проведенном спустя 18 мес после оперативного лечения, признаков рецидива не выявлено.

Таким образом, при выявлении кистозных образований в полости малого таза у девочек необходимо провести обследование для выяснения характера поражения. Достоверным подтверждением эхинококка органов малого таза при ультрасонографии является наличие жидкостного образования округлой формы, с четким, ровным, двойным контуром. Кроме того, за данную патологию свидетельствует наличие кистозных образований в других органах. Наличие кальцинатов в печени также является косвенным признаком эхинококкоза. Однако в ранней стадии заболевания двойной контур при УЗИ не визуализируется. В связи с вышеизложенным, при обнаружении у девочки кистозного образования округлой формы, с четким ровным контуром в полости малого таза хирургическое вмешательство необходимо выполнять заведомо как при эхинококкозе, т. е. исключить контакт жидкостного содержимого кисты с окружающими тканями.

Мы считаем, что сроки между операциями при сочетанном эхинококкозе не должны превышать 2–3 нед. Ретроспективный анализ показывает, что при более длительных сроках между операциями отмечается быстрый рост оставшихся кист, в

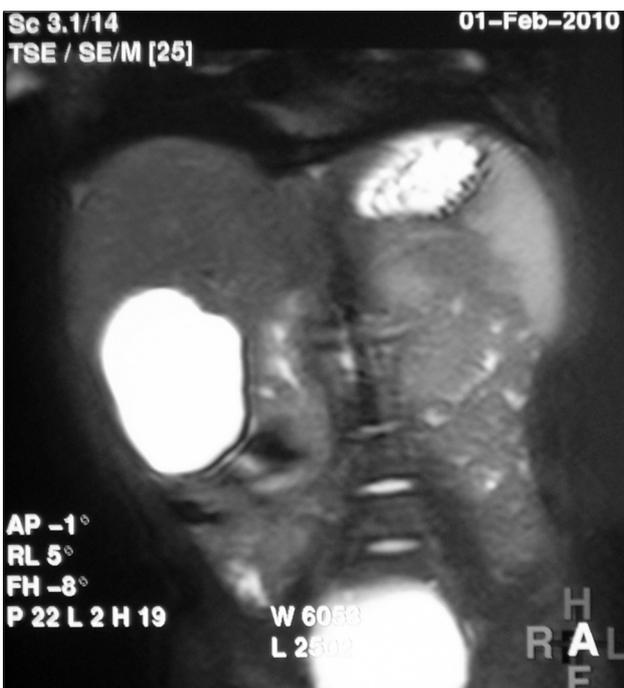


Рис. 3. МР-томограмма больной К., 2 лет, на которой выявляются эхинококковые кисты печени и малого таза.

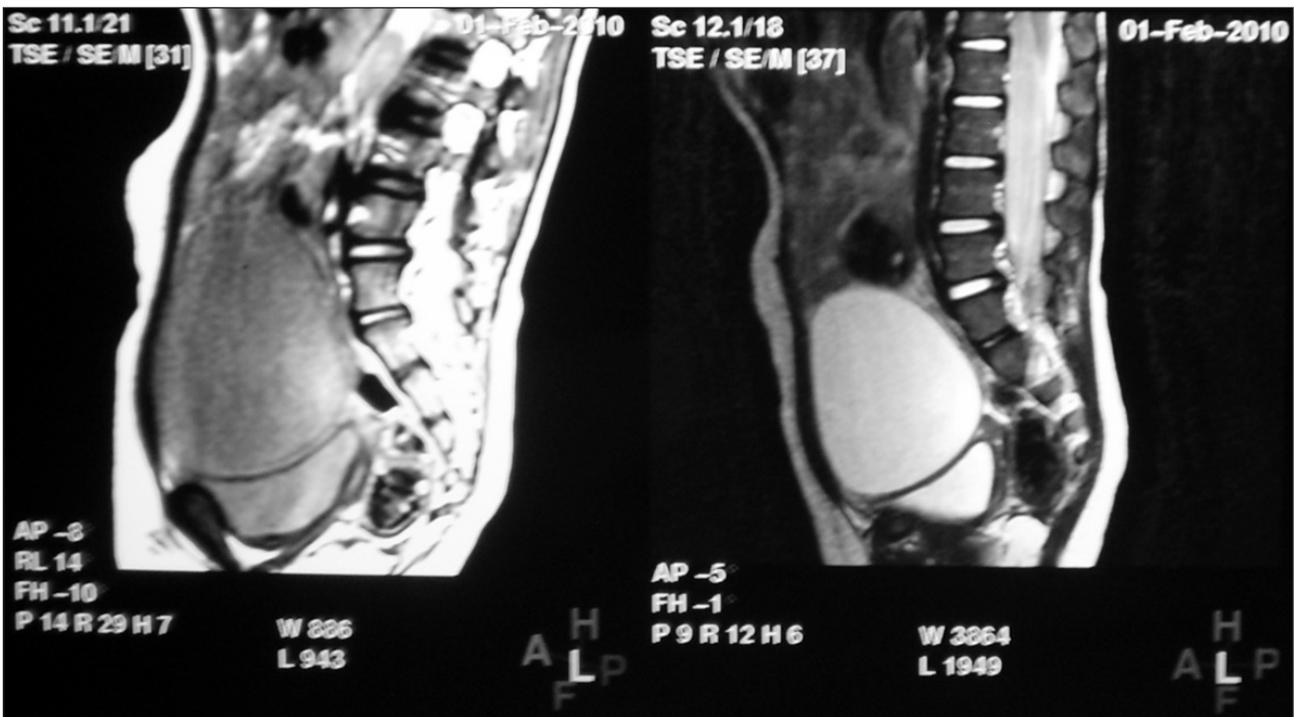


Рис. 4. МР-томограмма нижнего этажа брюшной полости девочки К., 2 лет, с эхинококковой кистой малого таза.

результате могут наступить осложнения. При эхинококкозе у детей необходимо выполнять только органосохраняющие операции. В отдаленные сроки после операции у девочек, оперированных по поводу эхинококка малого таза, рецидива нет.

**Выводы.** 1. При выявлении кистозных образований в полости малого таза у девочек, особенно из эндемичных по эхинококкозу районов, необходимо провести комплексное обследование для исключения их паразитарного характера.

2. По поводу эхинококковой кисты органов малого таза у девочек необходимо выполнять органосохраняющее оперативное вмешательство с соблюдением принципов апаразитарности и антипаразитарности.

#### БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Джафаров Ч.М., Рустам-Заде У.Ч. Хирургическое лечение сочетанного эхинококкоза легких и печени // Хирургия.—2009.—№ 3.—С. 37–40.
2. Курбанова Д.Ф., Азимова Г.А., Мамедов Р.А. и др. Диагностика и тактика лечения при заболеваниях гениталий и эхинококкозе печени // Хирургия.—2010.—№ 7.—С. 74–75.
3. Пулатов А.Т. Эхинококкоз в детском возрасте.—М.: Медицина, 2004.—224 с.
4. Тимченко В.Н., Леванович В.В., Абдукаева Н.С. и др. Паразитарные инвазии в практике детского врача.—СПб.: ЭЛБИ-СПб., 2005.—288 с.
5. Шевченко Ю.Л., Харнас С.С., Мусаев Г.Х. Химиотерапия эхинококкоза // Анн. хир.—2005.—№ 2.—С. 15–20.
6. Acer T., Karnak I., Haliloglu M. et al. Spontaneous expulsion of intact germinative membrane of liver hydatid cyst in a child // J. Pediatric Surgery.—2008.—Vol. 43, № 7.—P. 23–25.
7. Ibrahim B.B., Haridy F.M., Hegazi M.M., Morsy T.A. Human hydatidosis granulosis in greater Cairo, Egypt: with general review // Юг Египтя Society of Parasitology.—2007.—Vol. 37, № 2.—P. 681–688.
8. Teoh L., Kerrigan A., May M., Van Asperen P. Pseudo food allergy // Юг Paediatrics & Child Health.—2005.—Vol. 41, № 1–2.—P. 63–64.

Поступила в редакцию 12.07.2011 г.

R.Kh.Shangareeva, S.Yu.Muslimova, I.V.Sakhautdinova

#### DIFFERENTIAL DIAGNOSTICS OF OVARIAL NEOPLASMS AND HYDATIDS OF PELVIC LOCALIZATION IN GIRLS

An analysis of differential diagnostics and results of treatment of hydatids in pelvis is described. For 36 year exploration and operations were fulfilled in 465 patients with hydatids of different localization, in 6 (1.3%) of them there was pelvic localization. Cystic formations of the ovaries were found in 211 girls, in 5 (2.4%) it was pelvic localization of hydatids. In 2 cases an isolated lesion of the small pelvis organs was noted, in 4 patients small pelvis hydatids were combined with lesions of other organs. The authors propose a scheme of differential diagnostics with neoplasms of the ovaries. All the patients underwent organ-saving operations. There were no relapses.