

А. А. Крент

ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫЕ ОПУХОЛИ ЯИЧНИКОВ В ДЕТСКОМ И ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ

Научный руководитель: канд мед. наук, доц. Р. Л. Коршикова

Кафедра акушерства и гинекологии,

Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск

1-ая городская клиническая больница, г. Минск

Резюме. *Статья содержит результаты анализа 50 историй болезни девочек с диагнозом «Кистома яичника». Проанализированы жалобы при поступлении пациенток в стационар, особенности гинекологического статуса, генитальной и экстрагенитальной патологии, уровень онкомаркера СА-125 и объем проведенной операции. В результате установлена взаимосвязь между клиническим течением опухолевых процессов и гистологическим строением опухолей.*

Ключевые слова: *яичники, кистома, дермоидная, серозная, осложнения*

Resume. *Article contains results of the analysis of 50 case histories of girls with the diagnosis "Ovaries cystoma". We analysed complaints when entering patients in a hospital, features of the gynecologic status, genital and extragenital pathology, the level of an oncomarker SA-125 and volume of the performed operation. The interrelation between the clinical course of tumoral processes and a histological structure of tumors is as a result established.*

Keywords: *ovaries, cystoma, dermoid, serous, complications.*

Актуальность. Опухолевые и опухолеподобные процессы яичника встречаются в любом возрасте женщины, однако наиболее часто эти образования выявляют в подростковом возрасте. Это связано с усилением в этот период гонадотропной стимуляции и началом активного функционирования яичников. Согласно литературным данным, удельный вес опухолевидных образований в детском и подростковом возрасте встречается, по данным различных авторов, с частотой от 1 до 4,6%. Наиболее часто встречаются при этом доброкачественные образования яичников и значительно реже — злокачественные [1;6].

Цель: изучить клинические особенности течения доброкачественных опухолей яичников у девушек до 18 лет. Установить особенности клинического течения в зависимости от гистологического типа опухоли.

Задачи:

1. Оценить возраст пациентов и жалобы, предъявляемые на момент поступления.

2. Выявить вероятные этиологические факторы опухолевого процесса яичника (наследственный анамнез, перенесенные заболевания), оценить особенности гинекологического статуса (в т.ч. особенности течения менструального цикла), наличие сопутствующей генитальной и экстрагенитальной патологии, объем оперативного вмешательства.

3. На основании гистологического заключения сделать выводы об особенностях клинического течения того или иного опухолевого процесса в яичнике.

Материал и методы. Проведен ретроспективный статистический анализ 50 историй болезни девочек в возрасте до 18 лет, находившихся на стационарном лечении в 1-ой городской клинической больнице г. Минска в период с 2016 по 2017 годы

и оперированных по поводу опухолевого процесса яичника. Результаты исследования обработаны с помощью программы Microsoft Office Excel.

Результаты и их обсуждение. Нами были обследованы истории болезни девушек в возрасте до 18 лет. Статистический анализ показал, что минимальный возраст пациенток — 10 лет (4%). Больше всего пациенток (36%) составили девушки в возрасте 15 лет. Таким образом, 76% пациенток составили девушки старшей возрастной группы (от 15 до 18 лет), 24% — младший школьный возраст — 10–14 лет.

При анализе сроков диагностики кистомы установлено, что у всех пациенток кистомы были обнаружены в разные сроки: так у 10% пациенток кистама обнаружена в день обращения в стационар, еще у 10% — более года на момент госпитализации (таблица 1).

Таблица 1. Сроки обнаружения кистомы

	Абс.	%
В день обращения	5	10
За несколько дней до госпитализации	4	8
Около 1 месяца назад	4	8
От 1 месяца до полугода назад	20	40
От 6 месяцев до 1 года назад	12	24
Более 1 года	5	10

Таким образом, 84% пациенток поступили в плановом порядке для оперативного лечения, 16% — в экстренном порядке в связи с необходимостью в оказании скорой медицинской помощи.

Клиническая картина опухолеподобных образований и опухолей яичников на ранних стадиях характеризуется скудностью клинических проявлений и отсутствием специфичности [5]. Так, при поступлении 54% пациенток жалоб не предъявляли, еще 42% жаловались на боль внизу живота, причем из них 26% отмечали периодически возникающие тянущие, ноющие боли внизу живота, у 16% — боль острого характера. Тошноту и рвоту отмечали 6% пациентов, еще 4% жаловались на задержку менструации.

Среди перенесенных заболеваний 76% пациенток отмечали простудные (ОРВИ, ангина, грипп и т.п.), 66% — детские инфекционные заболевания (ветрянка, краснуха, скарлатина), у 4% в анамнезе пиелонефрит. Не имели в анамнезе никаких заболеваний 24% пациенток. Данная картина свидетельствует об отсутствии тяжелого преморбидного фона в возникновении опухолевых заболеваний яичников в детском возрасте.

Нарушения менструального цикла отмечали 28% пациенток, из них у 14% менструации носили нерегулярный характер, у 10% были обильными, еще у 4% -

болезненными. У 6% пациенток — физиологическая аменорея. Остальные 66% пациенток не отмечали каких-либо нарушений в менструальном цикле.

Наследственный анамнез не отягощен ни у одной пациентки.

По данным гинекологического осмотра у всех пациенток наружные половые органы развиты правильно, по женскому типу. 86% пациенток отмечали наличие светлых слизистых выделений из половых путей, у 14% — выделения геморрагического характера.

Согласно литературным данным, при наличии опухолевого процесса размеры яичников в 95% случаев превышают 5 см [2]. По данным вагинального (ректовагинального) исследования у 40% пациенток размеры придатков с опухолевидным образованием составили ≤ 5 см, у 54% — от 5 до 10 см, у 6% — ≥ 10 см. Кисты гигантских размеров осложнялись перекрутом кистомы, клинически сопровождаясь при этом болью, неоднократной рвотой и задержкой менструации до 10 дней.

Из сопутствующих заболеваний половых органов у девочек отмечено наличие кисты второго яичника, спаечной болезни, врожденного порока развития половых органов, и таких воспалительных заболеваний, как кольпит, хр. цервицит, хр. сальпингофорит (по 4% каждое заболевание). Абсолютное большинство пациенток (80%) не имело генитальной патологии, что также свидетельствует об относительном благополучии состояния органов половой системы до развития заболевания.

В структуре экстрагенитальной патологии преобладают заболевания органов ЖКТ (44%), глазного и опорно-двигательного аппаратов (по 26%), болезни системы крови (10%), в 6 и менее % случаев встречаются сопутствующие заболевания эндокринной, респираторной мочевыделительной и других систем организма (таблица 2).

Таблица 2. Особенности экстрагенитальной патологии пациентов с кистой яичника

	Абс.	%
Заболевания желудочно-кишечного аппарата	22	44
Заболевания глаз	13	26
Заболевания опорно-двигательного аппарата	13	26
Заболевания системы крови	5	10
Заболевания эндокринной системы	3	6
Заболевания дыхательной системы	3	6
Заболевания мочевыделительной системы	3	6
Заболевания кожи	3	6
Заболевания нервной системы	2	4
Нарушение жирового обмена	2	4

Заболевания сердечно-сосудистой системы	2	4
Хр.тонзиллит	2	4
Нет	8	16

На этапе лабораторной диагностики пациенткам с опухолевым процессом яичника определяют уровень онкомаркера [3;4]. Нами проанализирован уровень СА-125 как наиболее часто определяемого онкомаркера и установлено, что из 74% пациенток с известным его уровнем только у 10% наблюдается его повышение, а у 64% уровень СА-125 в пределах нормы. Полученные данные делают СА-125 неспецифичным маркером опухолевого процесса в яичниках. Его использование более информативно в оценке эффективности лечения опухолевых образований яичников.

Частота поражения правого и левого яичников составляет 46% и 54% соответственно. У 16% пациентов развившийся болевой синдром связан с возникшими осложнениями, такими как апоплексия (6%), перекрут кистомы (10%).

В абсолютном большинстве случаев (92%) выполнялась лапароскопическая цистэктомия одного из яичников. В 4% цистэктомия сопровождалась резекцией одного из яичников. В 4% была выполнена аднексэктомия, что связано с большими размерами кисты, занимающей весь малый таз, вовлечением в воспалительный процесс одной из маточных труб и связок яичника, а также отсутствием как таковой ткани яичника. Необходимость в проведении кульдоцентеза (4%) связана с кровоизлиянием в полость кисты. Во время операции в 4% случаев выполнен адгезиолизис (в связи с наличием спаек в брюшной полости). Пациенткам с поражением обоих яичников кистой выполнена резекция второго яичника (4%) с последующим срочным гистологическим исследованием.

По результатам гистологического заключения установлено, что в структуре опухолей яичников у девочек-подростков наиболее часто встречались серозные цистаденомы (46%), несколько реже — дермоидные (34%) и фолликулярные кисты (14%). С одинаковой частотой встречались кисты желтого тела и эндометриоидные кисты (по 6%).

По результатам гистологического исследования проведен выборочный анализ историй болезни пациенток с серозными цистаденомами и установлено, что:

- при поступлении в стационар 50% пациенток из этой группы предъявляли жалобы на периодические тянущие, ноющие боли внизу живота, тошноту.
- у 35,7% пациенток наблюдались нарушения менструального цикла по типу альгодисменореи.
- у 78,5% размеры придатков с опухолевидным образованием составили от 5 до 10 см, у 14,2% — более 10 см.
- у 7,1% развились осложнения (перекрут кистомы), что не было связано с размерами кистомы.
- уровень онкомаркера в пределах нормы во всех случаях.

Анализ историй болезни пациенток с дермоидными кистомами установил, что:

- единичными жалобами пациенток на момент поступления были задержка менструации до 10 дней и боль тянущего характера.
- нарушения менструального цикла наблюдались в 20% случаев.
- у 28,5% размеры придатков с опухолевидным образованием составили менее 5 см, у 21,4% — от 5 до 10 см и более 10 см — также у 21,4%.
- у 7,1% развились осложнения (перекрут кистомы), что связано с большими размерами кистомы (более 10 см).
- уровень онкомаркера повышен в 37,5% случаев.

Приведенные данные свидетельствуют о более яркой клинической картине течения серозных цистаденом (чаще беспокоили ноющие боли в области придатков), больше частота нарушений менструального цикла, при обследовании обнаружены кисты больших размеров, возникшие осложнения не связаны с размерами образования.

При этом в случае дермоидных кист пациентки предъявляли меньше жалоб, тогда как кисты достигали значительных размеров и это сопровождалось осложнениями. Уровень онкомаркера СА-125 выше нормы в большем проценте случаев.

Выводы:

1 В большинстве случаев кистомы обнаружены в сроке от полугода до года на момент госпитализации, в связи с чем пациентки поступают в плановом порядке для оперативного лечения.

2 Клиническая картина опухолеподобных образований и опухолей яичников на ранних стадиях характеризуется скудностью клинических проявлений и отсутствием специфичности.

3 Отсутствие выраженной соматической патологии, как генитальной, так и экстрагенитальной, неотягощенный наследственный анамнез говорят об отсутствии тяжелого преморбидного фона как одного из факторов риска в возникновении опухолевых процессов в яичнике.

4 Более чем у четверти пациенток наблюдаются нарушения менструального цикла, у 14% - кровянистые выделения в середине цикла, что является непосредственной причиной нарушения функционирования яичника.

5 СА-125 — неспецифичный маркер опухолевого процесса в яичниках. Использование его более информативно в оценке эффективности лечения опухолевых образований яичников.

6 В лечении отдается предпочтение лапароскопическим операциям с максимальным сохранением, по возможности, неизменной ткани яичника (лапароскопическая цистэктомия, резекция яичника).

7 Течение серозных цистаденом характеризуется более яркой клинической картиной, чем дермоидных кист. Жалобы малоспецифичны, однако позволяют заподозрить патологический процесс на более ранних стадиях, чем в случае зрелых тератом.

A. A. Krent

CHILDRENS' AND ADULTS' BENIGN OVARIES TUMORS

Tutors: MD, PhD, Associate Professor R. L. Korshikova

Литература

1. Дуда, В. И. Гинекология : учеб. для студентов высш. учеб. заведений по специальности «Лечебное дело» / В. И. Дуда. — Минск : Адукацыя і выхаванне, 2012. — 712 с. : ил.
2. Справочник врача женской консультации / под общей ред. Ю. К. Малевича. — Минск : Беларусь, 2014. — 415 с. : ил.
3. Айламазян, Э. К. Гинекология : учебник для медицинских вузов / Э. К. Айламазян. — СПб. : СпецЛит, 2013. — 2-е изд., испр. и доп. — 415 с. : ил.
4. Бекманн, Ч. Р. Акушерство и гинекология / Ч. Бекманн, Ф. Линг, Б. Баржански и др. — М. : Мед. лит., 2004. — 548 с. : ил.
5. Милюкова, Л. П. Диагностика и лечение опухолевидных образований яичников у девочек / Л. П. Милюкова // Сибирский медицинский журнал. — Иркутск, 2002. — с. 31-33.
6. Шевченко, Н. Н., Ульянова, И. Л., Зайцева, Н. А. Выбор тактики лечения девочек и девушек-подростков при опухолях и опухолевидных образованиях яичников с целью сохранения репродуктивной функции / Н. Н. Шевченко, И. Л. Ульянова, Н. А. Зайцева // Тихоокеанский медицинский журнал. — Владивосток, 2004. — с. 39-42.