

Касимова А.С.,  
Рахимова Г.Э.,  
Арзиева Г. Б.

## РЕТЕНЦИОННЫЕ КИСТЫ ЯИЧНИКОВ У ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

Кафедра акушерства и гинекологии педиатрического факультета (зав. - проф. Негмаджанов Б.Б.)  
СамМИ (ректор - проф. Шамсиев А.М.).

Опухолью называют избыточное разрастание тканей из клеток организма, патологически изменившихся под воздействием различных факторов среды. Опухоли яичника - это объемные образования, растущие из ткани яичника. Опухоловидные образования или ложные опухоли, кисты яичника - это образования, которые не являются истинными опухолями и образуются за счет накопления (ретенции) жидкости в полости.

Частота опухолей и опухоловидных образований яичников в структуре гинекологической заболеваемости детского и юношеского возраста, по данным различных авторов, колеблется от 1 до 4,6%. При этом наиболее часто встречаются опухоловидные образования придатков матки (40-50%), второе место и далее занимают истинные доброкачественные опухоли яичников (герминогенные, эпителиальные, гонадобластомы). Злокачественные опухоли у детей встречаются редко.

Опухолевые и опухоловидные процессы яичников могут возникать в любом возрасте женщины - от периода внутриутробного развития плода до глубокой старости, однако наиболее часто эти образования встречаются в период изменения по тем или иным причинам гонадотропной стимуляции и гормональной функции яичников. У детей такие изменения происходят в пубертатном периоде. Это связано с усилением в этот период гонадотропной стимуляции, которая не всегда бывает адекватной, и, соответственно, началом активного функционирования яичников. Так, по данным ААГумерова (2013г) новообразования яичников встречаются у детей всех возрастов: в период новорожденности - в 1,2%, от 1 мес до 3 лет

- в 2,9%, от 3 до 7 лет - в 8,7%, от 7 до 9 лет - в 14,5%, от 9 до 12 лет - в 16,9%, от 12 до 15 лет они встречаются наиболее часто - в 55,8% на- I блудений [1,2].

Опухоли яичников у детей чаще I всего встречаются в период полового созревания (10-14 лет), что подтверждает роль гипофизарной стимуляции в этиологии этих новообразований. Более 80% злокачественных опухолей яичников у детей не- эпителиального генеза - дисгерминомы, опухоли стромы полового тяжа с феминизирующим (текомы, гранулезоклеточные опухоли) или маскулинизирующим (из клеток Сертоли

и Лейдига) эффектом, незрелые тератомы. Реже встречаются хориокарциномы и опухоли эндодермального синуса. Среди злокачественных новообразований яичников у девочек наиболее часто встречаются герминогенные опухоли (82%), опухоли стромы полового тяжа (9%), гонадобластомы (4%), цистаденокарциномы (3%) [1,3].

Истинные доброкачественные опухоли яичника растут за счет пролиферации клеточных элементов органа. Как правило, при неосложненном течении, небольших размерах (до 5-6 см) протекают у детей практически бессимптомно, являясь диагностической находкой при ультразвуковом исследовании (УЗИ) органов брюшной полости или на профилактическом осмотре.

Ложные опухоли или опухоловидные образования яичника растут за счет накопления жидкости в полости. При накоплении жидкости в полости фолликула формируется фолликулярная киста, в полости желтого тела - лютеиновая (геморрагическая) киста, в эмбриональном над яичниковым придатке, образующемся из эпителия мезонефрона, - параовариальная киста яичника.

Самую многочисленную группу доброкачественных новообразований яичников составляют эпителиальные опухоли, развивающиеся из зародышевого эпителия, выстилающего поверхность яичника. В основном это цистаденомы, источником которых считаются так называемые инклюзионные кисты, возникающие за счет инвагинации поверхностного эпителия в строму яичника. Эпителиальные опухоли развиваются из покровного эпителия, т.е. серозной оболочки яичника.

Наиболее часто из злокачественных новообразований встречаются герминогенные опухоли (80- 84% злокачественных образований яичников). Данный тип опухолей возникает вследствие нарушения миграции, пролиферации и дифференцировки плюрипотентных клеток желточного мешка. На 3-4-й неделе развития эмбриона на внутренней поверхности первичной почки образуется закладка гонады. Первичная гонада имеет индифферентное строение, состоит из

целомического эпителия (наружный корковый слой), мезенхимы (внутренний мозговой слой) и гоноцигов, которые мигрируют в гонаду с помощью амёбоидных движений из области основания желточного мешка. Миграция начинается с конца 3 нед, происходит до 6-7-й недели, и с окончанием этого процесса заканчивается индифферентная стадия развития гонады. Остатки мезонефральных протоков сохраняются в виде параофорона и эпоофорона и иногда в виде так называемых гарт- неровых ходов и кист по боковым стенкам влагалища. Эпоофорон и параофорон могут иметь значение как источники развития опухолей.

Такие клинические проявления объемных образований у девочек, как жалобы на боли в нижних отделах живота различного характера и интенсивности, нарушения менструального цикла в виде нерегулярных и/или болезненных менструаций, аменореи, маточных кровотечений, не отличаются от таковых у взрослых женщин. Однако симптомы опухолей и опухоловидных образований яичников у детей все-таки имеют свои особенности. Необходимо помнить, что примерно у 20% девочек (значительно чаще, чем у взрослых женщин) опухоли и опухоловидные образования яичников протекают без каких-либо клинических проявлений и являются случайной диагностической находкой. У 3% увеличение размеров живота бывает единственным поводом обращения к врачу. Следует отметить отсутствие четкой связи между размерами образования и степенью его клинических проявлений. В зависимости от характера образования и места его расположения опухоль незначительных размеров может вызывать боли и дискомфорт в полости малого таза, а образование более 7-8 см в диаметре - не давать никакой клинической картины [5,6,7].

Типичным проявлением эндометриоза яичников является боль в животе в предменструальном периоде и во время менструации, обусловленная набуханием железистых элементов эндометриальной ткани, скоплением крови и секрета желез в замкнутых полостях.

При бимануальном и ректоабдоминальном исследовании в области расположения придатков матки пальпируют либо увеличенный яичник, либо образование в области придатков матки, которое может достигать крупных размеров. В силу особенностей анатомического строения малого таза и внутренних половых органов у детей опухоли яичников чаще, чем у взрослых, выходят за пределы малого таза. Консистенция их варьирует от тугоэластичной до плотной, поверхность - от гладкой до бугристой.

Среди причин, вызывающих картину "острого живота" у детей, по данным детских хирургов, перекрут яичниковых образований составляет около 15%. Ножку опухоли образуют растянутые связки (воронкотазовая связка, собственная связка яичника, часть заднего листка широкой связки матки), в которых проходят яичниковая артерия и ветви, соединяющие ее с маточной артерией, лимфатические сосуды и нервы, нередко в ножку опухоли входит и растянутая маточная труба. Перекрут ножки опухоли яичника происходит при резких движениях, перемене положения тела, физическом напряжении. Перекрут может быть полным или частичным. При полном перекруте резко нарушается кровообращение в опухоли, возникают кровоизлияния и некрозы, что сопровождается появлением симптомов

"острого живота": внезапной резкой боли в животе, тошноты, рвоты, напряжения мышц передней брюшной стенки, повышения температуры тела, бледности, холодного пота, тахикардии. Опухоль увеличивается в размерах, возможны ее разрыв, инфицирование с развитием перитонита. Частичный перекрут ножки опухоли протекает с менее выраженными симптомами, интенсивность которых зависит от степени изменений, происходящих в опухоли в результате нарушения кровоснабжения. Перифокальное воспаление может привести к сращению опухоли с окружающими органами и тканями.

Диагноз опухоли яичника устанавливают на основании данных гинекологического, ультразвукового и гистологического исследований. При гинекологическом исследовании определяют увеличенный яичник. Большую помощь в диагностике, особенно при небольших опухолях, оказывает УЗИ, позволяющее точно установить размеры яичников и опухоли, их структуру, толщину капсулы.

В трудных случаях, при наличии неясных патологических процессов органов малого таза, подозрении на наличие злокачественного процесса неоспоримым преимуществом обладает магнитно-резонансная томография (МРТ). Особенностью данного метода является отличная визуализация внутренних половых органов малого таза, которая позволяет точно определить характер патологического процесса, его локализацию, взаимосвязь с соседними органами, а также оценить анатомическое состояние полости малого таза. Информация, полученная с помощью

МРТ, позволяет клиницистам правильно принимать решение при выборе способа консервативного или хирургического лечения. В диагностике опухолей яичников у маленьких детей МРТ проводят под наркозом. Необходимо учитывать, что опухоли яичников у детей чаще всего определяются не в малом тазу, а в гипогастриальной области.

Таким образом, дифференцированный подход к выбору консервативного или хирургического методов лечения опухолевидных образований яичников у девочек возможен только в условиях многопрофильного детского стационара при наличии диагностической настороженности врачей педиатров, хирургов на гинекологическую патологию у девочек и подростков, высокой квалификации гинеколога детского и подросткового возраста, врача УЗ-диагностики. Применение современных лапароскопических технологий позволит избежать послеоперационных осложнений и сохранить репродуктивный потенциал будущих женщин.

### Литература

1. Алексеева И.Н. Современные методы диагностики и терапии доброкачественных опухолей и опухолевидных образований яичников у детей: Автореф. дис. канд. мед. наук. -М., 2005 г. -С. 29.
2. Бабаева О. Клиническая оценка ультразвукового исследования и компьютерной томографии в диагностике опухолей яичников: Дис. канд. мед. наук. М., 2007 г. - 232 с.
3. Белоглазова С.Е. Хирургическое лечение образований яичников лапароскопическим, доступом / С.Е. Белоглазова, З.Р. Зурабиани, С.Ш. Джабраилова // Акушерство и гинекология. 1995. - № 5 - С. 7-9.
4. Богданова Е.А. Гинекология детей и подростков. М.: Медицинское информационное агентство, 2000. —330 с.
5. Диагностика и лечение опухолей яичников у девочек / Е.А. Богданова, Н.И.Кондриков, И.А. Киселева и др. //Гинекология.-1999.-Т. 1, №3.-С. 76-80.
6. Treatment of ovarian dermoid cysts. Place and modalities of operative laparoscopy / C. Chapron, J.B. Dubuisson, N. Samouh et al. // Surg/ Endosc. 1994. — Vol. 8. - № 9. - P. 1092-5.
7. Chen J.S. Operative laparoscopy in benign cystic teratoma of ovary / J.S. Chen, E.S. Ho, M.J. Chen // Chung Hua Hsueh Tsa Chih Taipei. 1992. - Vol. 50. - № 3. - P. 194-7.