

## ГІНЕКОЛОГІЯ

УДК 618.11-006.2-089.87-008.6

*О.В. Гнатенко**Харьковский национальный медицинский университет***КЛИНИКО-ГОРМОНАЛЬНАЯ И УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ХАРАКТЕРИСТИКИ ПОДРОСТКОВ И МОЛОДЫХ ЖЕНЩИН С КИСТАМИ ЯИЧНИКОВ**

В целях оптимизации диагностики и выбора тактики лечения обследовано 140 больных (80 подростков 12–17 лет и 60 женщин молодого репродуктивного возраста) с симптомами острого живота. Окончательный диагноз «киста яичника» верифицирован у 132 пациенток из 140 (94,5 %). Допплерография, компьютерная и магнитно-резонансная томография были использованы для подтверждения предоперационного диагноза. В процессе диагностики определены клинико-гормональные и ультразвуковые маркеры выбора тактики лечения. Установлено, что при функциональных кистах яичников с характерными эхографическими признаками и визуализируемым периферическим кровотоком показана консервативная терапия, а методом выбора оперативного лечения кисты яичника в молодом возрасте следует считать лапароскопию с проведением органосохраняющих операций, что позволит сохранить репродуктивный потенциал у будущих матерей.

**Ключевые слова:** эхосонография, киста яичника, лапароскопия, подростки, молодые женщины.

**Введение**

Актуальной проблемой гинекологии и детской гинекологии в частности по-прежнему остаются опухоли и опухолевидные образования яичников, что и определяется стабильно высокой частотой данной патологии с тенденцией к ее возрастанию с увеличением почти в 3 раза в последнее десятилетие. Среди причин, влияющих на возникновение опухолей яичников, выделяют экзогенные и эндогенные факторы. К экзогенным факторам относятся канцерогены окружающей среды: индустриальные загрязнения, выхлопные газы, радиация, синтетические лекарственные средства, пищевые добавки, курение и др. К эндогенным факторам принадлежат генетические, гормональные, иммунные нарушения, изменения липидного и углеводного обмена и воспалительные заболевания [1–6].

Кисты яичников составляют в среднем 17% всех овариальных образований [2, 3, 7, 8].

Данная нозологическая форма в большинстве случаев встречается в возрасте от 14 до 35 лет [1, 6].

Проблема диагностики и лечения пациенток с опухолевидными образованиями яичников является одной из наиболее трудных в практике гинекологов и онкологов. Дифференциальная диагностика истинных опухолей и опухолевидных образований яичников (ООЯ) крайне важна, поскольку определяет тактику ведения пациенток, индивидуальную в каждом конкретном случае [2, 4, 6–9].

На сегодняшний день не существует оптимального скринингового метода выявления ООЯ. Поиск выхода из сложившейся ситуации обеспечивает постоянный интерес к диагностическим тестам, которые еще на дооперационном этапе позволили бы определить характер поражения яичника. Дискутабельными являются вопросы необходимости медицинского вмешательства при впер-

© О.В. Гнатенко, 2017

вые выявленной бессимптомной кисте, целесообразности хирургического лечения при ее неосложненном клиническом течении, а также выборе объема операции при хирургическом вмешательстве. «Золотым» стандартом оперативного лечения кист на данном этапе является лапароскопический доступ. Однако несмотря на максимально щадящий характер операций истинное влияние хирургического лечения пациенток с ООЯ на репродуктивную функцию окончательно не определено.

**Целью исследования** было повышение эффективности диагностики и лечения больных пубертатного и молодого репродуктивного возраста с кистами яичников.

#### **Материал и методы**

Работа проводилась на клинических базах кафедры акушерства, гинекологии и детской гинекологии Харьковского национального медицинского университета (заведующая кафедрой – профессор И.А. Тучкина). Обследовано 140 больных 12–35 лет (80 девочек-подростков 12–17 лет и 60 женщин 18–35 лет) – основная группа. Больные были комплексно обследованы и пролечены в условиях стационара по поводу острого абдоминального болевого синдрома. В контрольную группу вошли 50 здоровых сверстниц (25 подростков и 25 женщин).

Комплексное клинико-лабораторное обследование включало анализ жалоб и клинического течения заболевания, изучение данных анамнеза, течения беременности и родов у матерей, степени физического и полового развития, характера менструальной функции, гинекологического статуса, функционального состояния яичников. Оценивали гормональный профиль организма: уровни лютеинизирующего (ЛГ), фолликулостимулирующего (ФСГ) гормонов, антимюллерова гормона (АМГ), половых гормонов, онкомаркеров. Определяли состояние соматического здоровья больных, все они были консультированы смежными специалистами по показаниям. Проводили УЗИ органов малого таза, внутренних органов, доплерометрию (с цветным доплеровским картированием – ЦДК) сосудов матки и яичников. Выполняли морфологическое исследование макро- и микропрепаратов. Полученные данные сравнивали с аналогичными показателями в контрольной группе здоровых сверстниц. Статистическую обработку материала проводили с помощью

пакета современных компьютерных программ «Statgrafica», версия 6.

#### **Результаты и их обсуждение**

Все больные поступали в стационар с явлениями острого живота, причиной которого чаще всего предполагалось наличие кисты яичника. Однако в процессе обследования и проведения дифференциальной диагностики установлено, что окончательный диагноз «киста яичника» верифицирован у 132 пациенток из 140 (94,3 %). С примерно одинаковой частотой и у девочек-подростков, и у молодых женщин отмечались жалобы, связанные с изменением психоэмоционального состояния накануне месячных: головная боль, частая смена настроения, вплоть до депрессии, сонливость или, наоборот, бессонница, повышенная раздражительность. Дифференциальная диагностика была значительно затруднена, поскольку клинические проявления, обусловленные наличием кисты яичника, были неспецифичны и сходны с клиникой острого живота, вызванной апоплексией яичника или острым аппендицитом: боли внизу живота разной интенсивности (в 100 % случаев), тошнота (в 20 % случаев), рвота (в 30 % случаев), повышение температуры тела до субфебрильных, реже фебрильных цифр (в 20 % случаев), напряжение передней брюшной стенки (в 60 % случаев), положительные перитонеальные симптомы, резкая болезненность при попытке смещения образования. Лейкоцитарная реакция отмечалась примерно с одинаковой частотой (в 50–55 % случаев) во всех группах. У 19,7 % (n=26) больных выявлено повышение уровня С-реактивного белка в сыворотке крови (пациентки с ретенционными кистами на фоне обострения хронического воспаления гениталий). При анализе полученных данных анамнеза больных отмечено, что течение беременности и родов у матерей больных основной группы достоверно чаще ( $p < 0,05$ ), по сравнению с девочками-подростками и молодыми женщинами контрольной группы, рождались от матерей, имевших в анамнезе акушерские и перинатальные осложнения (угроза прерывания беременности, акушерские кровотечения, маловесность и превышение массы тела новорожденных, дистресс плода). Пациентки основной группы имели высокий инфекционный индекс, 56 из них (41,6 %) часто болели респираторными заболеваниями, а частота экстрагенитальной

патологии у них достоверно превышала аналогичный показатель в контрольной группе ( $p < 0,05$ ). В анамнезе у 29,5 % ( $n=39$ ) больных основной группы отмечались воспалительные заболевания женской половой системы: синехии вульвы (в детском возрасте), вульвовагинит, бартолинит, сальпингоофорит. Гормональные нарушения были выявлены у подростков с ретенционными кистами яичников на фоне нарушений менструальной функции. У девочек-подростков в гормональном профиле отмечены: гиперэстрогения, гиперпролактинемия (у 20 %), сниженный уровень прогестерона (у 60 %). У женщин репродуктивного возраста выявлены гиперэстрогения на фоне ретенционных кист яичников (у 24 %); снижение уровня АМГ и изменение соотношения ЛГ/ФСГ (у 28 %), чаще всего на фоне нормо-/гиперэстрогении.

При проведении УЗИ применяли сонографическую шкалу оценки опухолевидных образований яичников [9], которая позволяет в 87,7 % наблюдений предположить злокачественный характер яичниковых образований. С учетом оценки результатов исследований онкомаркеров у всех обследованных больных был подтвержден доброкачественный характер опухолевидных образований яичников. При УЗИ отмечалось увеличение размеров образования (от 6,5×4,5 до 12×10 см), изменение его структуры и/или наличие свободной жидкости в полости малого таза более 100 мл, что чаще всего и осложняло дифференцирование кисты яичника от его апоплексии. Допплерография, КТ и МРТ были использованы для подтверждения предоперационного диагноза. В процессе диагностики установлены клиничко-гормональные и ультразвуковые маркеры выбора тактики лечения. Больным, у которых сохранялось опухолевидное образование и болевой синдром на фоне консервативной терапии, размеры кист превышали 6,5 см и/или по данным УЗИ сохранялось наличие свободной жидкости в полости малого

таза более 100 мл, было выполнено оперативное лечение посредством лапароскопии с максимальным сохранением ткани яичника. Консервативное лечение включало рассасывающую, противовоспалительную, гормональную терапию и лечение, направленное на нормализацию психоэмоционального состояния.

#### **Выводы**

1. Кисты яичника являются одной из достоверно частых причин развития острого болевого абдоминального синдрома как у девочек-подростков, так и у женщин молодого репродуктивного возраста.

2. К факторам риска возникновения опухолей и опухолевидных образований яичников у подростков и молодых женщин можно отнести патологическое течение беременности и родов у матери, отягощенный преморбидный фон, воспалительные заболевания женской половой системы в анамнезе, наличие экстрагенитальной патологии.

3. В неосложненных случаях при функциональных кистах яичников с характерными эхографическими признаками и визуализируемым периферическим кровотоком показана консервативная терапия, включающая применение противовоспалительных, рассасывающих, гормональных средств, коррекцию психоэмоционального и соматического состояния.

4. Методом выбора оперативного лечения кисты яичника в молодом возрасте следует считать малоинвазивное хирургическое вмешательство – лапароскопию – с проведением органосохраняющих операций, что позволит сохранить репродуктивный потенциал у будущих матерей.

#### **Перспективность исследования**

Данное исследование дает возможность использовать разработанный диагностический алгоритм и критерии выбора лечебной тактики в практической гинекологии для лечения кист яичников у девочек-подростков и женщин молодого репродуктивного возраста.

#### **Список литературы**

1. Гинекологическая патология у детей и подростков как причина абдоминального синдрома / Е. А. Богданова, Л. В. Адамян, Е. В. Сибирская, Т. М. Глыбина // Проблемы репродукции. – 2011. – № 1. – С. 28–35.
2. Серов В. Н. Доброкачественные опухоли яичников и опухолевидные образования / В. Н. Серов, Л. И. Кудрявцева. – М., 2001. – 149 с.
3. *Laufer M. R. Adnexal masses / M. R. Laufer // Pediatric and Adolescent Gynecology / ed. by J. E. Emans, M. R. Laufer. – Philadelphia : Lippincott Williams & Wilkins, 2012. – 381 p.*

4. Тучкина И. А. Клинико-лабораторная характеристика воспалительных заболеваний внутренних половых органов у девушек-подростков / И. А. Тучкина, Г. М. Тысячка // Медицина сьогодні і завтра. – 2011. – № 3 (52). – С. 113–117.

5. Тучкина И. А. Некоторые патогенетические особенности течения пубертата у девочек-подростков с воспалением гениталий на фоне экстрагенитальной патологии / И. А. Тучкина, Г. М. Тысячка // Научные ведомости Белгородского государственного университета. – 2014. – № 4 (175). – С. 79–82.

6. The histology and management of ovarian cysts found in children and adolescents presenting to a children's hospital from 1991 to 2007: a call for more paediatric gynaecologists / M. Hernon, J. McKenna, G. Busby [et al.] // BJOG. – 2010. – Vol. 117. – P. 181–184.

7. Цветное доплеровское картирование в предоперационной диагностике и прогнозировании при объемных образованиях придатков / И. С. Сидорова, Т. Д. Гуриев, А. Н. Саранцев [и др.] // Акушерство и гинекология. – 2003. – № 3. – С. 41–46.

8. Ritchie J. Guideline for the management of ovarian cysts in children and adolescents / J. Ritchie, F. O'Mahony, A. Garden. – British Society for Paediatric & Adolescent Gynaecology, 2017. – Retrieved from :

[www.britspag.org/webfm\\_send/195](http://www.britspag.org/webfm_send/195).

9. Соломатина А. А. Яичниковые образования. Новые технологии в диагностике и лечении : автореф. дис. на соискание ученой степени доктора мед. наук : спец. 14.00.01 «Акушерство и гинекология» / А. А. Соломатина. – М., 2006. – 39 с.

### References

1. Bohdanova Ye.A., Adamian L.V., Sibirskaia Ye.V., Hlybina T.M. (2011). Hinekologicheskaia patolohiia u detei i podrostkov kak prichina abdominalnogo sindroma [Gynecological pathology in children and adolescents as a cause of abdominal syndrome]. *Problemy reproduksii – Reproduction Problems*, № 1, pp. 28–35 [in Russian].

2. Serov V.N., Kudriavtseva L.I. (2001). *Dobrokachestvennyie opuholi yaichnikov i opuholevidnyie obrazovaniia* [Benign tumors of the ovaries and tumorous formations]. Moscow, 149 p. [in Russian].

3. Laufer M.R. (2012). *Adnexal masses. Goldstein's Pediatric and Adolescent Gynecology*. (6th ed.). J.E. Emans, M.R. Laufer (Eds.). Philadelphia Lippincott Williams & Wilkins, 381 p.

4. Tuchkina I.A., Tysiachka H.M. (2011). Kliniko-laboratornaia harakteristika vospalitelnykh zaboлевanii vnutrennikh polovykh orhanov u devushek-podrostkov [Clinical and laboratory characteristics of inflammatory diseases of internal genital organs in adolescent girls]. *Medytsyna sohodni i zavtra – Medicine Today and Tomorrow*, № 3 (52), pp. 113–117 [in Russian].

5. Tuchkina I.A., Tysiachka H.M. (2014). Nekotoryie patoheneticheskie osobennosti techeniia pubertata u devochek-podrostkov s vospaleniem henitalii na fone ekstrahenitalnoi patolohii [Some pathogenetic features of pubertal flow in adolescent girls with inflammation of the genitals against extragenital pathology]. *Nauchnyie vedomosti Belhorodskoho hosudarstvennogo universiteta – Scientific Bulletin of the Belgorod State University*, № 4 (175), pp. 79–82 [in Russian].

6. Hernon M., McKenna J., Busby G., Sanders C., Garden A. (2010). The histology and management of ovarian cysts found in children and adolescents presenting to a children's hospital from 1991 to 2007: a call for more paediatric gynaecologists. *BJOG*, vol. 117, pp. 181–184.

7. Sidorova I.S., Huriiev T.D., Sarantsev A.I., Kapustina I.N., Arduv F.S. (2003). Tsvetnoie dopplerovskoie kartirovaniie v predoperatsionnoi diahnostike i prohnozirovanii pri obiemnykh obrazovaniiah pridatkov [Color Doppler mapping in preoperative diagnosis and prognosis for volumetric appendages]. *Akusherstvo i hinekolohiia – Obstetrics and Hynecology*, № 3, pp. 41–46 [in Russian].

8. Ritchie J., O'Mahony F., Garden A. (2017). *Guideline for the management of ovarian cysts in children and adolescents. British Society for Paediatric & Adolescent Gynaecology. britspag.org*. Retrieved from [www.britspag.org/webfm\\_send/195](http://www.britspag.org/webfm_send/195).

9. Solomatina A.A. (2006). Yaichnikovye obrazovaniia. Novyie tehnolohii v diahnostike i lechenii [Ovum formations. New technologies in diagnosis and treatment]. *Extended abstract of Doctor's thesis*. Moscow, 39 p. [in Russian].

**О.В. Гнатенко**

**КЛІНІКО-ГОРМОНАЛЬНА Й УЛЬТРАЗВУКОВА ХАРАКТЕРИСТИКИ ПІДЛІТКІВ І МОЛОДИХ ЖІНОК З КІСТАМИ ЯЄЧНИКІВ**

З метою оптимізації діагностики і вибору тактики лікування обстежено 140 хворих (80 підлітків 12–17 років і 60 жінок молодого репродуктивного віку) із симптомами гострого живота. Остаточний діагноз «кіста яєчника» верифіковано у 132 пацієнок зі 140 (94,5 %). Доплерографія, комп'ютерна і магнітно-резонансна томографія були використані для підтвердження передопераційного діагнозу. У процесі діагностики визначено клініко-гормональні та ультразвукові маркери вибору тактики лікування. Встановлено, що при функціональних кістах яєчників з характерними ехографічними ознаками і периферичним кровотоком, що візуалізується, показана консервативна терапія, а методом вибору оперативного лікування кісти яєчника в молодому віці слід уважати лапароскопію з проведенням органозберігаючих операцій, що дозволить зберегти репродуктивний потенціал у майбутніх матерів.

**Ключові слова:** ехосонографія, кіста яєчника, лапароскопія, підлітки, молоді жінки.

**О.В. Gnatenko**

**CLINICAL-HORMONAL AND ULTRASOUND ASSESSMENTS OF ADOLESCENTS AND YOUNG WOMEN WITH OVARIAN CYSTS**

The study involved examination of 140 patients (80 teenagers aged 12–17 and 60 women of young reproductive age) with symptoms of acute abdomen in order to improve diagnosis and choice of treatment. The final diagnosis of the ovarian cyst was confirmed in 132 patients out of 140 (94.5 %). Doppler, computer and magnetic resonance imagings were used to confirm the preoperative diagnosis. In the process of diagnosis, clinical-hormonal and ultrasound markers of the choice of treatment tactics were established. Functional ovarian cysts with typical echographic signs and visualized peripheral blood flow patients should be prescribed non-operative treatment and laparoscopy should be considered a method of choice in operative treatment of ovarian cysts at young age, with organ-preserving surgeries, which will help preserve the reproductive potential of future mothers.

**Keywords:** echosonography, ovarian cyst, laparoscopy, adolescents, young women.

*Надійшла 14.06.17*

**Відомості про автора**

*Гнатенко Ольга Володимирівна* – заочний аспірант кафедри акушерства, гінекології і дитячої гінекології Харківського національного медичного університету.

Адреса: Україна, 61045, м. Харків, вул. Отакара Яроша, 3б.

Тел.: +38(057)725-08-13.

E-mail: Ira.tuch@gmail.com.