

УДК 618.11-006.2-055.25-053.6

© Коллектив авторов, 2011.

## ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ КИСТЫ ЯИЧНИКОВ В ДЕТСКОМ И ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ

**А. Н. Рыбалка, В. А. Заболотнов, З. С. Румянцева, Е. Н. Ляшенко, Э. И. Белялова**

*Кафедра акушерства, гинекологии и перинатологии (зав. кафедрой – проф. А. Н. Рыбалка), кафедра акушерства и гинекологии №1 (зав. кафедрой – проф. В. А. Заболотнов), ГУ «Крымский государственный медицинский университет имени С. И. Георгиевского», г. Симферополь.*

### FUNCTIONAL CYSTS OF OVARIES IN CHILD'S AND TEENS

**A. N. Rybalka, V. O. Zabolotnov, Z. S. Rumyantseva, O. M. Lyashenko, E. I. Belyalova**

#### SUMMARY

In the article research material is represented 466 girlies and teenagers with the functional cysts of ovaries. The main factors of development of this pathology, feature of clinical picture, early diagnostics and prophylaxis are indicated.

### ФУНКЦИОНАЛЬНІ КІСТІ ЯЄЧНИКІВ В ДИТЯЧОМУ ТА ПІДЛІТКОВОМУ ВІЦІ

**А. М. Рыбалка, В. О. Заболотнов, З. С. Румянцева, О. М. Ляшенко, Е. І. Белялова**

#### РЕЗЮМЕ

В статті надано матеріал дослідження 466 дівчаток та підлітків з функціональними кістами яєчників. Указано головні фактори розвитку цієї патології, особливості клінічної картини, ранньої діагностики та профілактики.

**Ключевые слова:** функциональные кисты яичников, девочки-подростки.

Одними из наиболее важных проблем детской и подростковой гинекологии являются опухолевидные образования и опухоли яичников, занимающие третье место в структуре гинекологической заболеваемости и первое место – в детской онкогинекологии [1, 4, 9].

При этом необходимо отметить, что среди овариальных новообразований у девочек-подростков функциональные ретенционные образования занимают первое место [2, 3, 5, 8]. Их частота, по данным разных авторов, составляет до 83,0%, в нашем исследовании – 84,0% [2, 5, 9].

Функциональные опухолевидные образования яичников – это фолликулярные и лютеиновые кисты, возникающие вследствие повышенного скопления жидкости в физиологических полостных структурах яичника, которыми являются фолликул и желтое тело. Зачастую функциональные кисты яичников возникают в период становления гормонального статуса, то есть в пубертатном возрасте [3, 4, 6, 7].

Цель исследования: изучение особенностей клиники, диагностики и лечения девочек-подростков с функциональными кистами яичников; выработка основных принципов профилактики данной патологии.

#### МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Нами было обследовано 555 девочек и подростков с опухолевидными образованиями и опухолями яичников в возрасте с 3 до 18 лет. Из них 466 (84,0%)

пациенток были с функциональными ретенционными образованиями. При этом самую большую группу составили девочки с фолликулярными кистами – 320 (70,3%), а с кистами желтого тела было всего 76 (13,7%).

Всем девочкам, кроме проведения общеклинического исследования, осуществлялась эхография, а также определялись уровни гонадотропных гормонов с помощью иммуноферментного анализа. УЗ-исследование органов малого таза производилось при поступлении, а также под его контролем определяли эффективность проводимой терапии. В случае обнаружения ретенционного образования в яичнике определялась его локализация, размеры, внутренняя структура. На основании этих данных с учетом клинической картины, фазы менструального цикла, результатов гормонального исследования мы ставили диагноз ретенционного образования яичников.

#### РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Анализируя результаты нашего исследования, можно четко увидеть воздействие всех повреждающих факторов, влияющих на возникновение опухолевидных образований яичников в детском и подростковом возрасте. Наибольшая встречаемость их отмечается в возрасте 15-17 лет (74,1%). В нашем исследовании средний возраст пациенток с фолликулярными кистами составил 15,5 года, а с лютеиновыми – 15,8 года. Это свидетельствует о высокой чувствительности организма подростков к воздействию

различных патогенетических факторов, таких как усиление гормональной активности гипоталамо-гипофизарно-яичниковой системы в период становления менструального цикла, неблагоприятное воздействие окружающей среды, инфекции и переохлаждение.

Из анамнеза обследуемых девочек установлено, что 358 (76,8%) проживали в городе, а 108 (23,2%) – в сельской местности. Это косвенно подтверждает неблагоприятное воздействие окружающей среды на растущий детский организм. Анализируя локализацию опухолевидных образований яичников, установлено, что они чаще поражали правый яичник (273 случая; 58,5%) в связи с его большей функциональной активностью, чем левый (193 случая; 41,5%).

Фоном для развития опухолевидных образований яичников у 253 (54,2%) девочек явились хронические очаги инфекции, анемия – у 184 (39,6%), патология эндокринной системы – у 104 (22,3%), синдром вегетативной дисфункции – у 22 (4,8%).

При исследовании выявляемости девочек с опухолевидными образованиями яичников было установлено, что 133 (28,5%) девочки поступили с клиникой «острого живота», с жалобами на боли внизу живота или нарушения менструального цикла к гинекологу обратились 185 (39,7%) девочек, и лишь 47 (3,2%) девочкам диагноз «опухоли яичника» был поставлен на профилактических осмотрах. Такая низкая выявляемость опухолевидных образований яичников свидетельствует о недостатках диагностики опухолей яичников у детей и о недостаточном применении в качестве скринингового метода УЗИ органов малого таза в детском возрасте.

Анализируя клиническую картину функциональных кист в детском и подростковом возрасте, установлено, что основной жалобой являются периодические или постоянные ноющие боли внизу живота – у 256 (54,9%) девочек-подростков, при этом у 111 (23,8%) пациенток боли сопровождались иррадиацией в поясничную область, промежность. Второе место по встречаемости заняли нарушения менструального цикла – у 122 (26,1%), синдром «малых признаков» (слабость, вялость, диспептические расстройства) – у 78 (16,7%), симптомы «острого живота» – у 133 (28,5%).

Такая высокая встречаемость нарушений менструального цикла подтверждает эндокринную теорию возникновения функциональных кист яичников. Изучение гинекологического анамнеза показало, что не у всех девочек менструальный цикл установился сразу. Различные виды секреции гонадолиберина вызывают разные типы выделения гонадотропинов и, соответственно, различные виды нарушений функции яичников и ритма менструации: от опсоменореи до менометроррагии. Так, в нашем исследовании выявлено, что нарушение менструального цикла отмечается чаще у девочек с фолликулярными кистами – 59,0%, чем с лютеиновыми – 42,0%. Также

нужно отметить и то, что фолликулярные кисты чаще диагностируются на фоне ювенильных маточных кровотечений, а лютеиновые – на фоне олиго- или опсоменореи.

При гормональном исследовании было обнаружено, что 45,5% девочек с опухолевидными образованиями имели отклонения концентрации гормонов от возрастной нормы, а у 54,5% – уровень гормонов был в норме. Основная тенденция при изменении концентрации в гормонах в крови у девочек заключалась в повышении уровня гонадотропных гормонов. Повышение уровня тестостерона было у 21% пациенток, причем у девочек с фолликулярными кистами чаще, чем с лютеиновыми; характерно также снижение уровня эстрадиола и прогестерона в зависимости от фазы менструального цикла. При фолликулярных кистах и кистах желтого тела, по сравнению с контролем, обнаруживается достоверное снижение концентрации ЛГ в 1,45 раза, ФСГ – в 2,15 раза, эстрадиола – в 1,25 раза, прогестерона – в 3,6 раза и повышение соотношения ЛГ/ФСГ.

Нарушение в гипоталамо-гипофизарной системе подтверждает и то, что 32 (6,8%) девочки с фолликулярными кистами ранее уже были оперированы на яичниках, и у них возникли рецидивы заболевания в другом яичнике, а у 82 (17,5%) имелась кистозная дегенерация во втором яичнике, что свидетельствует о гипоталамо-гипофизарных нарушениях, а также о недостатках профилактического лечения.

В зависимости от клинической картины индивидуально решался вопрос о тактике лечения. Консервативная терапия включала в себя комплекс гормональных, противовоспалительных и рассасывающих препаратов.

Оценивали результаты консервативного лечения на основании общеклинических и эхографических данных. Было установлено, что после 6 месяцев лечения произошло исчезновение кист у 95% пациенток и только в 5% случаях проводимое лечение не дало эффекта.

В случае оперативного лечения основная тактика была направлена на максимальное сохранение ткани яичника. Из 133 прооперированных девочек по поводу функциональных кист яичников объем оперативного лечения колебался от кульдоцентеза – у 30 (22,2%), кистэктомии – у 89 (66,7%), до аднексэктомии с одной стороны – у 14 (11,1%). При этом 26 (19,7%) девочкам была произведена резекция другого яичника по поводу кистозной дегенерации. Во всех случаях производилось гистологическое исследование резецированного или удаленного яичника. Расхождений в данных экстренного и окончательного гистологических исследований не наблюдалось. Послеоперационный период во всех случаях протекал без осложнений. Всем девочкам в послеоперационном периоде с целью профилактики рецидива заболевания проводилась гормональная терапия.

## ВЫВОДЫ

1. Чаще функциональные кисты яичников возникают в возрастной группе от 15 до 17 лет, что свидетельствует о высокой чувствительности детского организма к различным этиопатогенетическим факторам.

2. Основным предрасполагающим фактором в развитии данной патологии является усиление гормональной активности гипоталамо-гипофизарно-яичниковой системы.

3. Эхография является основным методом диагностики опухолевидных образований яичников в детском и подростковом возрасте, она позволяет в 96,0% случаев поставить правильный диагноз, выбрать наиболее рациональную тактику лечения пациенток, избежать необходимости оперативных вмешательств.

4. Индивидуально подобранная гормональная, противовоспалительная терапия способствует регрессу функциональных образований яичников в 95,0% случаях.

5. Правильно подобранная гормональная терапия дисгормональных нарушений у девочек является профилактикой возникновения опухолевидных образований яичников в подростковом возрасте.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Заболотнова В. В. Онкологические заболевания у девочек / В. В. Заболотнова, А. Н. Рыбалка, В. А. Заболотнов // Таврический медико-биологический вестник. – 2006. – Т. 9, № 1. – С. 225–228.

2. Клиника, диагностика, лечение и профилактика опухолей яичников у детей / А. Н. Рыбалка, Н. А. Тимофеева, Ю. К. Памфамирова [и др.] // Таврический медико-биологический вестник. – 2006. – Т. 9, № 1. – С. 215–216.

3. Кондратюк В. К. Патогенетичне обґрунтування гормональної терапії пухлиноподібних уражень яєчників у жінок репродуктивного віку / В. К. Кондратюк // Репродуктивное здоровье женщины. – 2007. – № 3 (32). – С. 95–99.

4. Матьцина Л. А. Опухолевидные образования яичников и воспалительные заболевания половых органов у девочек-подростков / Л. А. Матьцина, В. Ю. Яценко // Этиопатогенетические аспекты и тактика ведения. – 2000. – № 1 (6). – С. 41–46.

5. Опухоли яичников у детей Крыма / А. Н. Рыбалка, Н. А. Тимофеева, З. С. Румянцев [и др.] // Material of international scientific-practical conference [«The science: Theory and practice.» – Medicine.]. – Prague, Dnepropetrovsk, Belgorod. – 2005. – Vol. 13. – P. 57–60.

6. Особенности профилактики опухолей яичников у детей / А. Н. Рыбалка, Н. А. Тимофеева, З. С. Румянцев [и др.] // Проблемы, достижения и перспективы развития медико-биологических наук и практического здравоохранения. – Тр. КГМУ им. С. И. Георгиевского, 2005. – Т. 141, ч. 6. – С. 96.

7. Пухлиноподібні ураження яєчників (діагностика та лікування): метод. рекомендації / [Вовк І. Б., Корнацька А. Г., Чайка В. К. і ін.]. – К., 2007. – 32 с.

8. Рыбалка А. Н. Клиника, ранняя диагностика и особенности лечения опухолей яичников у детей и подростков / Рыбалка А. Н. // Всес. конф. «Злокачественные новообразования у детей»: тез. докл. – Душамбе, 1988. – С. 114–115.

9. Рыбалка А. Н. Онкологическая гинекология / А. Н. Рыбалка, В. А. Заболотнов // Детская онкогинекология. – Симферополь: НЦ КГМУ. – 2006. – Гл. XV. – С. 346–370.