

УДК618.11-006-055.25-089

Н.Н. Шевченко, И.Л. Ульянова, Н.А. Зайцева

ВЫБОР ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ ДЕВОЧЕК И ДЕВУШЕК-ПОДРОСТКОВ ПРИ ОПУХОЛЯХ И ОПУХОЛЕВИДНЫХ ОБРАЗОВАНИЯХ ЯИЧНИКОВ С ЦЕЛЮ СОХРАНЕНИЯ РЕПРОДУКТИВНОЙ ФУНКЦИИ

Краевой клинический центр охраны материнства и детства (г. Владивосток)

Ключевые слова: опухоли яичников, осложнения, хирургическая тактика.

Препубертатный и пубертатный период являются наиболее опасными периодами жизни девочек и девушек-подростков в плане появления и развития опухолей и опухолевидных процессов вследствие нестабильности и уязвимости гипоталамо-гипофизарно-яичниковой системы. Как известно, генеративная функция зависит от своевременного и гармоничного развития всех звеньев репродуктивной системы, которое заканчивается к концу периода полового созревания. Нарушение функции одного или нескольких звеньев этой системы может не только приводить к патологическому течению полового созревания, но и является непосредственной причиной нарушения генеративной функции в последующие годы [3, 8]. Учитывая, что в репродуктивной системе женского организма наиболее уязвимыми оказываются яичники, представляют интерес методы лечения опухолей и опухолевидных образований яичников у детей и подростков. Вопрос о целесообразности хирургического лечения здесь сомнений не вызывает, однако доброкачественные опухоли в отличие от злокачественных требуют разумного консерватизма. С другой стороны, нерадикально проведенная операция чревата возникновением рецидивов и даже малигнизацией опухоли. По данным литературы, у молодых женщин после односторонней овариоэктомии регистрируется высокая частота гинекологических заболеваний, которая прямо зависит от объема удаленной ткани яичника [3]. Даже после резекции одного яичника, произведенной в пубертатном периоде, низкая эстрогенная насыщенность оставшейся яичниковой ткани нарушает механизм обратного контроля в гипоталамо-гипофизарно-яичниковой системе, ведет к изменению в первую очередь секреции фолликулостимулирующего гормона, что в дальнейшем проявляется гипер- или гипоестрогенией, опсо-, а затем аменореей [3, 4].

Проблема доброкачественных опухолей яичников важна не только вследствие их высокой частоты и недостаточной эффективности оперативного лечения (так как при этом не устраняется истинная причина возникновения), но и в связи со значительной веро-

ятностью их озлокачествления. Работами М.Ф. Глазунова, В.П. Михайлова установлено, что от 20 до 70% злокачественных образований яичников развивается в доброкачественных кистамах. С точки зрения озлокачествления опухоли яичника неравнозначны. По данным литературы, на долю опухолей яичников приходится 6-11% от общего числа новообразований репродуктивной системы женщин. Самую обширную группу составляют эпителиальные опухоли, из них на долю доброкачественных приходится 75-82,3% [9]. По данным Н.В. Кобозевой и др., опухоли и опухолевидные образования у девочек и девушек обнаруживаются у 4,6% обследованных, по данным других авторов — у 3,8-15% [10]. Считается, что основными причинами развития опухоли яичника являются нарушения в гормональной и иммунной системе, также немаловажное значение отводится инфекционным заболеваниям и стрессу.

Под нашим наблюдением с 1999 по 2003 г. находились 182 пациентки в возрасте от 5 до 17 лет с опухолями и опухолевидными образованиями яичников, причем 62 из них поступили с другими диагнозами, и опухолевидное образование в области придатков было обнаружено при обследовании в нашем стационаре. Собственные данные о частоте кист и кистом среди детей и подростков совпадают с данными литературы, где отмечается, что частота данной патологии у юных пациенток колеблется от 4,6 до 15%.

Число кист и кистом яичников начинает увеличиваться к 13 годам, в конце 1-й фазы пубертатного периода. Во 2-й фазе (14-16 лет) количество пациенток, поступивших с кистами и опухолями яичников, наибольшее, к 17 годам отмечается некоторое уменьшение числа поступлений. Анализируя частоту появления кист у девушек с воспалительными заболеваниями гениталий, мы заметили, что в 33% случаев кисты формировались на фоне хронической герпетической инфекции, а в 76% случаев — на фоне уреоплазмоза, хламидиоза, микоплазмоза, трихомониаза, цитомегаловирусной инфекции. В 35% наблюдений регистрировалась микст-инфекция. В нашей клинике из 182 у 134 пациенток (73,6%) образования яичников носили ретенционный характер, у 30 человек (26,9%) опухоли были истинными.

В препубертате (8-9 лет), когда гипоталамо-гипофизарная система находится в более «ровном», спокойном состоянии, ретенционные образования яичников на нашем материале встретились в 1 случае. Это подтверждает вывод многих исследователей о главенствующей роли этой системы в развитии подобных образований у детей и подростков. Можно сделать очень важный для практической медицины вывод: чем меньше возраст пациентки, тем больше данных за истинный опухолевый рост в яичниках. Поэтому все новообразования, найденные в периоды детства и препубертата, независимо от их величины и клинического течения, должны подвергаться хирургическому лечению в отличие от ретенционных кист,

в большинстве случаев подвергающихся самостоятельному регрессу. Оперативное вмешательство требуется в случаях перекрута их ножки или разрыва капсулы. Среди истинных опухолей яичников наиболее часто на нашем материале (7,1% от всех поступивших) встречались герминогенные опухоли, а именно — зрелые тератомы (дермоидные кисты). Изучая кинетику роста опухоли, Н.М. Эммануэль и Г.С. Евсеенко установили, что доклиническая фаза может длиться десятки лет, поэтому время существования опухоли практически неизвестно, поскольку оперируют больных с такими опухолями, когда их можно пальпировать или выявить с помощью дополнительных методов исследования. В нашей клинике дермоидные кисты яичников встречались во всех возрастных группах, но наиболее часто (в 9 случаях из 13) в возрасте 14-16 лет. Все наши пациентки с дермоидными кистами были прооперированы, причем в некоторых случаях размеры образований достигали 16x12 см. По данным литературы, в 0,4% случаев эти кисты перерождаются в злокачественные.

Второе место по частоте обнаружения у обследованных в нашем отделении пациенток занимали эпителиальные опухоли яичников — 6,1%. По данным Е.А. Богдановой [2], эти опухоли встречаются у детей и подростков в 18,9% наблюдений всех образований яичников. На собственном материале эпителиальные опухоли зарегистрированы только в пубертате (12-16 лет). Авторы, описавшие эпителиальные опухоли яичников у новорожденных, считают, что причиной их развития является стимулирующее влияние хорионического гонадотропина, количество которого возрастает у беременных с гестозами [1]. Среди эпителиальных опухолей у наших больных серозные цистаденомы составили абсолютное большинство, тогда как муцинозная цистаденома встретила только у одной пациентки 14 лет.

Новообразования стромы полового тяжа, к которым по классификации ВОЗ относятся гранулезоклеточная опухоль и фиброма, встретились у двоих пациенток 14 и 13 лет, причем фиброма зарегистрирована в случае с задержкой полового развития. Опухоль яичника у пациентки 14 лет, оказавшаяся при гистологическом исследовании гранулезоклеточной, была выявлена случайно на профосмотре и достигала больших размеров (20x15 см). Частота фибром среди доброкачественных опухолей яичников колеблется, по данным разных авторов, в пределах 6-9% [7, 9]. Фиброма развивается из соединительной ткани (стромы) яичника и не проявляет гормональной активности. При этой опухоли может развиваться классический симптомокомплекс, известный под названием синдрома Мейгса (асцит, гидроторакс, анемия). В литературе указывается, что фиброма яичника встречается в возрасте 20-70 лет и не малигнизируется [7].

Злокачественные опухоли яичников выявлены у трех наших пациенток в возрасте 12, 14 и 15 лет. В 2 случаях это были дисгерминомы, в одном — терато-

бластома. Все эти больные на 7-10-е сутки после операции были переведены в специализированный детский онкологический центр для проведения курсов химиотерапии. Многие авторы, занимающиеся проблемой опухолей яичников, отмечают, что опухоли в детском и подростковом возрасте имеют меньшее, чем у взрослых, разнообразие гистологических форм [6, 10]. Этим же авторам наиболее часто встречались ретенционные кисты (фолликулярные и лютеиновые) и истинные опухоли яичников (тератоидные, эпителиальные, гормонопродуцирующие), что совпадает и с нашими данными.

Оперативные вмешательства на яичниках, особенно в пубертатном периоде, относятся к гонадотоксическим и гематотоксическим (ятрогенным) факторам, приводящим к снижению или утрате генеративной функции [3]. Кроме того, формирование спаек — главная причина трубно-перитонеального бесплодия после оперативных вмешательств на яичниках. J.J. Van der Vat обнаружил трубно-перитонеальное бесплодие у 35% женщин, оперированных по поводу функциональных кист яичников, и рекомендовал ограничить в этих случаях показания к оперативному лечению [5]. Несмотря на широкое внедрение в практику лапароскопических операций на яичниках и ожидание обнадеживающих результатов по сравнению с макрохирургией в плане снижения частоты возникновения спаек, по мере накопления клинического материала выяснилось, что любые хирургические вмешательства, в том числе применение микрохирургии, лазеров, электро- и термоскальпелей и др. в зоне коры яичника, часто заканчивается образованием периварикальных спаек и связанным с ними бесплодием [7]. M. Canis et al. сделали вывод о том, что послеоперационное образование спаек при операциях на яичниках обусловлено использованием собственно лапароскопической методики [11].

По нашим данным, наиболее многочисленная группа опухолевидных процессов — ретенционные кисты (фолликулярные и лютеиновые) — подвергались регрессу без оперативного вмешательства в 78,4% случаев. Это происходило обычно на 7-9 день после менструации. Фолликулярные и лютеиновые кисты возникают по причине гормональных сдвигов и воспалительных процессов в придатках матки и образуются в результате нарушения процессов овуляции, являясь, по существу, дисгормональными заболеваниями.

В зависимости от предполагаемого патогенеза ретенционной кисты (воспалительный, гормональный или сочетанный) в нашем отделении практикуется дифференцированный подход к лечению. После ультразвуковой диагностики при небольших размерах образования, отсутствии данных за истинный опухолевый рост и наличии воспаления в придатках матки мы проводим противовоспалительное лечение, заключающееся в курсе антибактериальной терапии, рассасывающем лечении, физиолечении, назначении

противовоспалительных препаратов, иммуномодуляторов, десенсибилизирующих средств и витаминов. В случае задержки очередных менструаций на 1,5-2 месяца, наличии фолликулярной кисты или кисты желтого тела мы проводим прогестероновую пробу в течение 5-7 дней. При сочетанной причине возникновения кисты проводится одновременно противовоспалительное и гормональное лечение. После выписки из стационара мы рекомендуем пациенткам в возрасте 13-17 лет, у которых произошел регресс ретенционной кисты, с целью профилактики рецидива прием однофазных низкодозированных синтетических прогестинов по контрацептивной схеме на 2-3 менструальных цикла. Это лечение является патогенетически обоснованным и направлено на временное подавление повышенной функции гипоталамо-гипофизарно-яичниковой системы [4].

Пункции кист под контролем ультразвукового исследования с последующим склерозированием проводились пациенткам, у которых эти кисты проявлялись умеренным болевым синдромом, когда отсутствовали данные за истинный рост опухоли или нарушения ее питания. Полученный при пункции кисты материал направлялся на цитологическое и гормональное исследование: злокачественных клеток не было найдено ни в одном случае.

Оперативному лечению лапароскопическим или лапаротомным доступом подверглись 68 пациенток (37,4% от всех поступивших), причем с ретенционными кистами прооперирован 21 человек. В большинстве случаев это были вмешательства по экстренным показаниям в связи с перекрутом или разрывом капсулы. Пациентки, у которых до операции были диагностированы параовариальные кисты и у которых подозревались истинные новообразования, были подвергнуты оперативному вмешательству во всех случаях. Лапароскопический доступ использовался в 61 из 68 наблюдений, что составило 89,7% от всех пациенток, оперированных по поводу образований яичников. Объем оперативного вмешательства чаще всего ограничивался вылушиванием кисты в пределах здоровых тканей яичника. Даже при перекрутах ножки опухоли, куда входила и маточная труба, после проведения деторсии при отсутствии некроза яичника и трубы производилась максимально щадящая операция — вылушивание кисты в пределах здоровых тканей.

Многими авторами, занимавшимися изучением ближайших и отдаленных результатов оперативного лечения опухолей и опухолевидных образований яичников, было доказано, что степень нарушения функциональной активности яичников зависит от объема удаленной ткани и выражена тем больше, чем больший объем ткани яичника был удален [2, 6]. Односторонняя аднексэктомия проведена нами у 11 из 61 больной с данной патологией. Полное удаление яичника выполнено у одной пациентки 17 лет при тотальном его поражении эндометриозом. В 2 случаях проведены лапаротомия, удаление придатков на по-

раженной стороне, резекция большого сальника у девочек 12 и 15 лет, у которых интраоперационно обнаружены злокачественные опухоли, подтвержденные при срочном гистологическом исследовании. У одной пациентки 14 лет с дисгенезией гонад, аплазией матки и дисгерминомой яичника выполнена двухсторонняя аднексэктомия, резекция большого сальника, экстирпация лимфоузла с метастазом.

Показания для планового оперативного лечения были следующие: длительное существование опухоли яичника (более 3-4 месяцев) при отсутствии эффекта от проводимой консервативной терапии, увеличение размеров опухоли при динамическом наблюдении, размеры опухоли более 8-10 см в диаметре, наличие истинной опухоли, а также кисты с плотной неоднородной капсулой, подозрение на эндометриоз. Чаще всего показаниями к экстренному оперативному вмешательству был перекрут кисты яичника (19,1%). Наибольшее число перекрутов наблюдалось у пациенток с дермоидными кистами. Разрыв капсулы кисты зарегистрирован в 6 случаях у больных с лютеиновыми кистами, в то время как у пациенток с истинными опухолями яичников, имеющими более плотную капсулу, разрывов кист не наблюдалось вообще.

Интересно отметить, что в группе параовариальных кист разрывов капсулы или нарушения питания опухоли без перекрута не было. У одной пациентки 12 лет перекрут ножки опухоли яичника на 720° осложнился выраженным некрозом яичника и трубы, в связи с чем ей не удалось сохранить трубу и яичник на пораженной стороне. Причиной некроза явилось позднее обращение за медицинской помощью (давность заболевания составила 5 дней). Наиболее «спокойно» вели себя параовариальные кисты яичников — из 18 случаев только в 2 понадобилась экстренная операция в связи с перекрутом длинной ножки опухоли. У остальных 16 пациенток опухоль имела небольшие размеры (до 5-6 см в диаметре) и в большинстве случаев обнаруживалась случайно при ультразвуковом исследовании.

Параовариальная киста, образующаяся из надъяичникового придатка, располагающаяся между листками широкой связки, имеет капсулу из соединительной ткани и, в отличие от ретенционных кист, самостоятельно никогда не регрессирует, поэтому в 100% случаев подлежит оперативному удалению. При росте она образует длинную ножку, которая перекручивается, вызывая симптомы «острого живота». Раннее выявление этого вида кист и их своевременное оперативное удаление позволяет избежать осложнений, вызванных перекрутом, и сохранить здоровье девочек-подростков. В литературе имеются указания на то, что параовариальные кисты встречаются у детей и подростков крайне редко [9]. Собственные данные не подтверждают эту точку зрения, поскольку частота этих кист у детей и подростков в нашей клинике составила 9,9% .

Таким образом, выбор тактики лечения при кистах и опухолях яичников у юных пациенток зависит от возраста, характера, величины образования и клинических проявлений. Оперативное вмешательство должно проводиться по строгим показаниям в максимально щадящем объеме — лапароскопия с выщипыванием кисты при ретенционных образованиях, так как резекция яичника ведет к потере овариального резерва и снижению генеративной функции. Истинные опухоли яичников, за исключением злокачественных, подлежат удалению в пределах здоровых тканей лапароскопическим доступом, который должен быть правилом даже в экстренных ситуациях вследствие его меньшей травматичности и лучшей визуализации.

Литература

1. Богданова Е.А. Гинекология детей и подростков — М., 2000.
2. Богуш А.П.//Акушерство и гинекология — 1975. — №2.-С. 16-18.
3. Гуркин Ю.А. Гинекология детей и подростков. — СПб., 2000.
4. Грязнова И.М.//Акушерство и гинекология — 1984. — № 11. - С. 33-33.
5. Кулаков В.И., Адамян Л.В., Мынбаев О.А. Послеоперационные спайки. — М., 1998.
6. Кулаков В.И., Богданова Е.А. и др.//Акушерство и гинекология - 1999. - № 3. - С. 25-29.
7. Кисты и доброкачественные опухоли яичников/ Под ред. В.С. Радзинского - М., 2001.
8. Кузнецова М.Н., Богданова Е.А. и др.//Акушерство и гинекология. 1999. —№ 4. —С. 12-14.
9. Руководство по эндокринной гинекологии/ Под ред. Е.М. Вихляевой - М., 2000.
10. Серов В.И., Кудрявцева Л.М. Доброкачественные опухоли и опухолевидные образования яичников. — М.: Медицина, 2001.
11. Canis M., Bruhat M., Mage G. et al. Laparoscopic ovarian surgery and adhesions//Reprod. Med. — 1992. — Vol. 37.-P. 141-143.

Поступила в редакцию 05.10.04.

CHOICE OF THERAPEUTIC APPROACH UNDER TUMORS AND TUMOR-LIKE MASSES OF OVARIES AT GIRLS AND ADOLESCENTS IN ORDER TO PRESERVE REPRODUCTIVE FUNCTION

N.N. Shevchenko, I.L. Ulyanova, N.A. Zaytseva
Regional Clinical Center of the Maternity and Childhood Protection (Vladivostok)

Summary — The authors have kept 182 patients aged 5-17 suffering from tumors and tumor-like masses in the ovaries under observation. They most often diagnosed retention cysts which had tendency towards regression without any surgical procedures. Among the true tumors, germinogenous ones and serous cystadenoma were predominant. Malignant tumors were detected at three observations. If there was a necessity to remove tumors, both low-traumatic laparoscopic operations aimed at tumor enucleating and cyst punctures were preferable even in cases of emergency. Thus, in authors' opinion, as to young patients all ovary operations must be only performed by strict indications to a maximum sparing extent, as any resection of ovary results in ovarian reserve loss and reduction of generative function in the future.

Pacific Medical Journal, 2004, No. 3, p. 39-42.

УДК616.891+616.8-008.6]-07

Т.Л. Курченко, С.П. Генайло

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ СОМАТОФОРМНОЙ ВЕГЕТАТИВНОЙ ДИСФУНКЦИИ

Владивостокский государственный медицинский университет

Ключевые слова: соматоформная вегетативная дисфункция, перманентные и пароксизмальные расстройства.

Сведения, касающиеся соматоформной вегетативной дисфункции, встречаются в отечественной и зарубежной литературе в виде фрагментов в статьях и монографиях об астенических состояниях, неврозах, ипохондрии и т.д. В клинической практике пациенты с указанными расстройствами наблюдаются довольно часто, и всегда возникают определенные сложности в плане их нозологической оценки. Вегетативные нарушения при невротических расстройствах могут быть представлены как пароксизмальными, так и перманентными проявлениями [6]. Под перманентными вегетативными расстройствами

Г.М. Дюкова, А.М. Вейн подразумевали субъективные и объективно регистрируемые нарушения вегетативных функций постоянного характера, в отличие от пароксизмальных расстройств, которые указанные авторы называли вегетативными кризами и считали «наиболее яркими и драматичными проявлениями психовегетативного синдрома» [4].

Наблюдали 128 больных (48 мужчин и 80 женщин) в возрасте от 20 до 64 лет, у которых были выявлены признаки соматоформной вегетативной дисфункции. У 38 обследованных отмечалась преимущественная вовлеченность в процесс сердечно-сосудистой системы, что проявлялось в форме перманентных (38 наблюдений) и пароксизмальных (16 наблюдений) расстройств. Обследуемые данной группы, обнаруживавшие в преморбидном периоде признаки гипертимности, после перенесенной психотравмы жаловались на тупое давление, тяжесть, стеснение, покалывание, сжатие, жжение в области сердца. Периодически возникали ощущения нарушения ритма сердечных сокращений. При приеме валидола и нитроглицерина состояние не улучшалось, более эффективными оказались валокордин, препараты валерианы, корвалол. Наблюдались проявления ангедонии, сужение интересов, снижение прежней активности. Больные старались избегать физических