

**ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ
ОПУХОЛЕЙ ЯИЧНИКОВ У ПОДРОСТКОВ****А. Ф. Асатулаев, М. Н. Каримова, Ж. Ш. Эргашев, Д. С. Бекмуродова**
Самаркандский государственный медицинский университет, Самарканд, Узбекистан**Ключевые слова:** яичники, кисты, кистомы, опухолеподобные образования, подростки.**Tayanch soʻzlar:** tuxumdonlar, kistalar, kistoma, oʻsmasimon hosilalar, oʻsmirlar.**Key words:** ovaries, cysts, cystoma, tumor-like formations, adolescents.

В статье освещены актуальные вопросы по обследованию девочек подростков с доброкачественными образованиями яичников. Данная патология особенно в подростковом периоде не имеет специфических симптомов и приводит к поздней диагностике, ошибкам в лечении и к осложнениям, тем самым представляя актуальную проблему не только в детской гинекологии, но и в детской хирургии. Определена важность применения ультразвукового метода исследования с определением размеров, консистенций, характера и спаянности с окружающими тканями и органами. Возможно сочетание его с ЦДК позволяющего определить кровообращение в яичнике. Гистологическое исследование, представляет достоверный метод с подтверждением характера образования. Наиболее часто встречаются фолликулярные и серозные кисты, а особую роль отводят кистомам. Данная проблема указывает на необходимость проведения тщательной дифференциальной диагностики, так как кистомы являются пограничными состояниями и весьма часто приводят к озлокачествлению процесса.

**OʻSMIRLARDA HAVFSIZ TUXUMDON OʻSMALARINING DIAGNOSTIKASI VA DAVOLASH
USULLARINING XUSUSIYATLARI****A. F. Asatulaev, M. N. Karimova, J. S. Ergashev, D. S. Bekturodova**

Samarqand davlat tibbiyot universiteti, Samarqand, Oʻzbekiston

Maqolada tuxumdonning yaxshi oʻsmarlari boʻlgan oʻsmir qizlarni tekshirish boʻyicha dolzarb masalalar yoritilgan. Bu patologiya, ayniqsa, oʻsmirlik davrida, oʻziga xos belgilarga ega emas va kech tashxis qoʻyish, davolash xatlari va asoratlarni keltirib chiqaradi, shuning uchun nafaqat bolalar ginekologiyasida, balki bolalar xirurgiyasida ham dolzarb muammodir. Hajmi, mustahkamligi, tabiati va atrofdagi toʻqimalar va organlarga yopishishini aniqlash uchun ultratovush tekshiruvdan foydalanishning ahamiyati aniqlandi. U tuxumdonda qon aylanishini aniqlash imkonini beruvchi rangli Dopplerografiya bilan birlashtirilishi mumkin. Gistologik tekshirish shakllanish xususiyatini tasdiqlashning ishonchli usuli hisoblanadi. Shunday qilib, paydo boʻlish chastotasi boʻyicha oʻziga xos ogʻirlik seroz, follikulyar kistlar va kistomalar beriladi. Taqdim etilganlar sinchkovlik bilan diagnostika, differentsial diagnostika zarurligini taqozo etadi, chunki sistomalar chegaraviy shartlar boʻlib, koʻpincha jarayonning yomonlashishiga olib keladi.

FEATURES OF DIAGNOSTICS OF BENIGN OVARIAN TUMORS IN ADOLESCENTS**A. F. Asatulaev, M. N. Karimova, J. S. Ergashev, D. S. Bekturodova**

Samarkand state medical university, Samarkand, Uzbekistan

The article covers topical issues of examination of adolescent girls with benign ovarian tumors. This pathology, especially in adolescence, has no specific symptoms and leads to late diagnosis, treatment errors and complications, thereby representing a topical problem not only in pediatric gynecology, but also in pediatric surgery. The importance of using an ultrasound examination method to determine the size, consistency, nature and adhesion to surrounding tissues and organs is determined. It can be combined with color Doppler imaging, which allows determining blood circulation in the ovary. Histological examination is a reliable method for confirming the nature of the formation. Thus, the specific weight in frequency of occurrence is given to serous, follicular cysts and cystomas. The presented dictates the need for careful diagnostics, differential diagnostics, since cystomas are borderline conditions and often lead to malignancy of the process.

Актуальность. Несмотря на большую распространенность объемных образований яичников на сегодняшний день на этапе предоперационного обследования продолжается поиск основных критериев диагностики и дифференциальной диагностики, по причине риска озлокачествления, неудовлетворительного исхода лечения, влияющих на репродуктивную функцию [1].

Исследователи всего мира подчеркивают в своих сообщениях о выявлении данной патологии в детском и подростковом периодах с частотой встречаемости от 1% до 4,6%, и даже в казуистических случаях в антенатальном периоде или в грудном возрасте, что указывает на снижение возрастного аспекта [1,4,6,7,9,11]. Считается, что поражение возникает чаще всего правостороннее, в силу анатомо-физиологического характера, тем самым обосновывая генетическую детерминацию [5,6,10,11]. Случаи с опухолеподобными образованиями яичников особенно в подростковом периоде не имеют специфических

симптомов и приводят к поздней диагностике, ошибкам в лечении и к осложнениям, тем самым представляя актуальную проблему не только в детской гинекологии, но и в детской хирургии.

При имеющейся данной патологии необходимо отметить отсутствие патогномичных симптомов в 20% случаев. Зачастую у девочек при наличии опухолеподобных образований яичников в анамнезе расстройства менструаций, среди жалоб можно наблюдать ухудшение общего самочувствия, различной интенсивности боли в нижней области живота и в некоторых случаях увеличение его, нарушение цикличности и количества выделяемой крови. Однако надо учитывать, что размер патологического образования не имеет взаимосвязь с субъективными ощущениями.

Кистозные и опухолеподобные образования яичников также как и любая патология имеет ряд свойственных осложнений, к которым относятся [2,5,6,7,8,11]: Перекрут ножки, разрыв, кровоизлияние под капсулу. Соответственно в таких случаях будут наблюдаться следующие клинические признаки: Боль колющего и спастического характера, локализуемая в нижней области живота и иррадиирующая в промежность; повышение температуры тела; тошнота; рвота; запоры; нарушение акта мочеиспускания; увеличение частоты пульса (тахикардия).

При визуальном обследовании определяются: Мышечный спазм в области передней брюшной стенки; при проведении перитонеальных исследований – реакции положительные. Пальпаторно можно обнаружить образование, вызывающее боль при его смещении. Кожные покровы бледные, на ощупь холодные. Лейкоцитарная реакция слабо выражена или отсутствует. Таким образом, запущенные, осложненные случаи вызывают синдром «острого живота». Рассматривая наиболее часто встречающееся осложнение, как перекрут ножки патологического образования у девочек-подростков, по отношению к взрослым отметим особенности детского анатомически топографического и физиологического строения организма, подвижность последнего тем самым составляя в пределах 15%. Также согласно классификации и клиническому наблюдению перекручивание ножки наиболее характерно для тератоидных опухолей и кист более крупных размеров.

Не исключены и иные факторы, способствующие перекруту ножки: резкие движения, изменение положения тела или физическое напряжение. Существует два типа перекрута: полный и частичный. При полном перекруте наблюдается значительное нарушение кровообращения, что может привести к кровоизлиянию и некрозу. Субъективно больной ощущает выше указанные симптомы осложнения. В данной ситуации возрастает риск разрыва, в следствии увеличения в размере образования, приводя к перитониту. Частичный перекрут проявляется менее выраженными симптомами и зависит от степени нарушения кровообращения. В свою очередь развившееся перифокальное воспаление может способствовать срастанию образования с соседними органами и тканями. Также образованию спаечного процесса могут способствовать разрывы капсулы при травме, небрежное гинекологическое исследование, кровотечение из опухоли и ряд других причин.

Характерными клиническими симптомами, характеризующими разрыв капсулы патологического образования являются: боли в животе, шок, также возможно нагноение яичника, в случае лимфогенного или гематогенного заноса вторичной инфекции. Это в свою очередь приводит к прорыву гнойного содержимого по свищевым путям в близ лежащие органы и ткани (прямая кишка, мочевого пузыря и т.д). Пациент ощущает озноб, повышением температуры тела. При обследовании выявляются положительные симптомы раздражения брюшины и лейкоцитоз. В случае продолжающегося кровоизлияния - боль усиливается.

При сборе анамнестических данных во время диагностики прежде всего следует обращать внимание на причины или события которые предшествовали появлению данных жалоб. Во время общеклинического обследования проводят осмотр, пальпацию регионарных лимфатических узлов. При наличии напряжения мышц живота во время пальпации у маленьких девочек, исследование следует проводить под наркозом особенно при подозрении на наличие объемного образования в яичниках.

Оценка проведения антропометрического исследования позволяет установить факт отставания девочек подростков в физическом развитии с учетом возраста и степени

выраженности дисгормональных нарушений. Рекомендуется измерять: рост; вес.

Лабораторные методы исследования. С целью уточнения диагноза принимают во внимание и результаты основных лабораторных исследований (общего анализа крови, мочи, биохимии крови), а также дополнительных: уровень “С” реактивного белка, уровней СА125, ХГЧ, АФП. При подозрении на злокачественное образование, например, гормонопродуцирующие герминогенные опухоли, рекомендуется провести анализ на наличие раковоэмбрионального антигена (Аг), а также определить уровни эстрогенов, прогестерона и тестостерона в сыворотке крови. Для дальнейшего тщательного исследования и оценки чувствительности к антибиотикам из операционного материала следует взять мазок и образцы содержимого. Однако скрининговым тестом нельзя считать иммунологический метод определения Аг СА125 в крови. Так как он не является достаточно чувствительным и специфичным.

Инструментальные исследования. Традиционное ультразвуковое исследование и по сей день остается одним из первых в диагностике кистозных и опухолеподобных образований малого таза у девочек-подростков. Результативно проведение исследования в обе фазы менструации, с возможным 3-х мерным применением режимов и доплеровским картированием.

Также использование цифрового доплеровского картирования позволяет установить степень васкуляризации яичников у девочек подростков, путем определения однородности и экзогенности структуры. При наличии кистозного или опухолеподобного образования возможно рассчитать толщину стенок, состояние полости имеются ли в ней перегородки, спаянность с другими органами, асцит. В случаях с пограничными образованиями данный метод позволяет определить зазубренные, утолщенные перегородки, папиллярные разрастания, асцит. Злокачественный процесс характеризуется не четкими контурами, двусторонним процессом, наличием перегородок, плотные включения, пристеночные разрастания и асцит. В отношении перекрута ножки образования ультразвуковая картина не имеет строго специфического характера. Степень выраженности последней имеет полную зависимость со степенью перекрута и наличием сопутствующей патологии. К примеру, сведениями об отсутствии кровоснабжения в яичнике являются: боли при воздействии датчиком, яичник увеличенного размера, на ультразвуковом аппарате отображены признаки кровоизлияний, наличие перегородок и т.д.

Значимость цветового доплеровского картирования в диагностике объемного образования играет не последнюю роль, что позволяет установить патологию при локализации в области придатков матки. В дифференциальной диагностике между злокачественным и доброкачественным образованием яичников особое внимание уделяется зонам васкуляризации как внутри патологического процесса, так и на границе его с плотным компонентом, характеру кровотока (турбулентный или мажорной). Так в 75 % отсутствие вышеуказанных признаков свидетельствует о доброкачественном процессе. В пользу злокачественного процесса выступает индекс резистентности 0.6 и менее, а пульсация от 1.0 и менее. Также в 98% - патология кровотока, плохая сопротивляемость сосудов к кровотоку. МРТ в случаях с запутанными состояниями подобрать необходимый вариант лечения, также исследование позволяет установить характер, локализацию, взаимоотношение к другим органам, адекватный метод лечения. С помощью магниторезонансного исследования можно диагностировать опухолевые опухоли яичников у маленьких детей (желательно под наркозом). В связи с анатомическим строением подросткового периода как было отмечено выше образования располагаются в брюшной полости. Этот факт определяет использование дополнительных исследований, к которым относятся: обзорная рентгенограмма органов грудной клетки, ультразвуковая диагностика органов брюшной полости, экскреторную урографию, тазовую ангиографию, ирригоскопию и цистоскопию. По результатам биопсионного исследования окончательно подтверждается характер образования.

Роль гистологического исследования. Опухоли яичников – это один из сложнейших разделов частной морфологии. В диагностике опухолей яичников практически все сложно. Сложность заключается в их чрезвычайном разнообразии и предельной запутанностью вопросов гистогенеза. Образования яичников возникающие у девочек-подростков сложны в своевременной диагностике и распознаются на этапе озлокачествления, что соответственно

характеризуется отрицательным результатом лечения [1].

Рассмотрев международную классификацию, посвященную образованиям яичников, в ней приводится подробный перечень, который включает не только формы, которые встречаются в яичниках действительно, но и те, существование которых скорее всего возможно теоретически.

Из представленного очевидно, что у лиц подростков наблюдается немногочисленность форм образований, которые в ходят представляются всеми тканями, недифференцированными эмбриональными элементами. С частотой до 70% встречаются ретенционные образования. К ним относят следующие не истинные кисты: фолликулярные, желтого тела и эндометриоидные, в своем составе это кистозно-пролиферативные изменения покровного эпителия, стромы яичников и производных фолликулов [4].

В ходе нашего исследования были проанализированы ретроспективные данные 167 пациенток с различными гинекологическими диагнозами, включая кистозные и опухолеподобные образования яичников. Среди них апоплексия яичников диагностировалась у 47,3% пациенток, кистозные изменения наблюдались у 45,5%, при этом в 21% случаев сопровождалась осложнениями, такими как перекрут кисты и некроз. 4,2% пациенток имели кистомы, а 3% — опухоли яичников.

При апоплексии яичников у пациенток диагностировалось разрывы кист или наличие кистозных образований в яичниках. Гистологические исследования послеоперационного материала выявили преобладание серозных кист, также известных как сецернирующие серозные кисты. Эти кисты, как однокамерные, так и многокамерные, имели очень тонкие стенки и содержали прозрачную, слегка желтоватую жидкость в полости. Внутренняя поверхность стенок кист была гладкой. В микроскопическом разрезе стенка кисты представлена фиброзной тканью, покрытой эпителиальным слоем, состоящим из призматических, реснитчатых, секреторных, палочковидных и грушевидных клеток. В верхних слоях эпителия встречаются клетки с необычной формой, выступающие за пределы основного пласта, а в базальной части располагаются недифференцированные клетки. При значительном увеличении размера кисты эпителий истончается, а клетки могут полностью исчезнуть. Внутренняя поверхность некоторых кист характеризуется наличием грубых, неветвящихся плотных выростов или бляшек, что классифицирует их как «грубососочковые» кистомы. Пограничная серозная цистаденома характеризуется тем, что эпителий утолщается, теряет характерное строение и становится полиморфным. Клетки могут формировать криброзные структуры, симпласты, псевдососочковые структуры. Существуют также пролиферирующие серозные кисты, которые по классификации ВОЗ могут быть как доброкачественными, так и пограничными. Эти кисты характеризуются мягкими сосочковыми разрастаниями. Согласно литературным данным, они встречаются в период половой зрелости, не наблюдаются у девочек и довольно редки у пожилых людей. Эти ограниченные образования могут рецидивировать и распространяться по брюшной полости, однако не приводят к отдаленным метастазам. По информации многих международных источников, после лапаротомии и удаления разрастаний на брюшине они могут исчезнуть. Макроскопически это многокамерная киста с желтоватой прозрачной жидкостью. В пограничной кисте сосочки часто обнаруживаются и на наружной поверхности (эвиртирующая форма). Также можно наблюдать хорошо васкуляризованные ветвистые сосочки, расположенные на длинных и тонких ножках. Пограничная киста характеризуется пролиферацией эпителия, который формирует многоядные криброзные структуры и псевдососочки, практически лишенные стромы. Встречаются единичные митозы, часто наблюдается выраженная десквамация клеток. В отличие от папиллярной аденокарциномы, здесь отсутствует инвазивный рост, солидные скопления эпителия, многочисленные митозы и выраженный клеточный полиморфизм. На фоне серозных кист также часто встречаются как множественные, так и единичные фолликулярные кисты. Этиология первых связана с нарушениями менструального цикла, включая позднее начало менструаций, иногда аменорею, бесплодие, гирсутизм и нарушения функции щитовидной железы. По данным макроскопического изучения яичников наблюдается их существенное увеличение размеров; капсула заметно утолщена и имеет белесоватый оттенок. В кортикальной зоне выявлены множественные кисты диаметром до 10 мм, а

микроскопически — склероз и гиалиноз белковой оболочки, выраженный фиброз в корковом и мозговом слоях. Количество первичных фолликулов резко сокращено; зреющие фолликулы трансформируются в мелкие кисты с многослойным эпителием, часто отмечается лютеинизация клеток (кистозная атрофия). Желтые тела свежих не обнаружены. Согласно научной литературе, после секторальной резекции яичников восстановление структуры эндометрия происходит в значительном проценте случаев. Фолликулярные кисты (или водянка фолликулов) представляют собой однокамерную полость с серозной или реже кровянистой жидкостью, стенки которой выстланы кубическими клетками. Иногда отмечается незначительная лютеизация эпителиального слоя. Важным аспектом является дифференциация данной патологии от кистозно атрезирующих фолликулов, которые имеют схожую структуру но меньшие размеры — до 20 мм в диаметре и отличаются отсутствием выраженного лютеинизационного процесса. Прежде чем приступить к дальнейшему обследованию, важно четко различать описанные ранее состояния от обычных кистозных образований, включая параовариальные и поверхностные овариальные кисты. Отсутствие характерных клинических особенностей, позволяющих однозначно дифференцировать патологии, подчеркивает необходимость проведения гистологического анализа. Это исследование становится ключевым для точной диагностики, поскольку симптомы, свойственные апоплексии яичника, могут быть схожи с разрывами кистозных образований, что требует подтверждения диагноза. Подтверждающие данные в этой области представлены исследованиями ряда ученых: В.Ф. Коколина с 1994 года, Г.М. Савельева (1986), В.Н. Марковского (1988), А.А. Вербенко (1970), О.Ю. Панкова (1998), J.S. Beker (2002) и V. Sivanesaratnam (1986). Эти работы подчеркивают значимость гистологического подхода в диагностике подобных состояний.

Выводы. Не вызывает сомнений актуальность проблемы, что продиктовано бессимптомным течением, отсутствием специфических симптомов, сложность проведения тщательного гинекологического осмотра, так как это детский возраст, большое количество осложнений, несвоевременной диагностикой, и все это как результат отражается на репродуктивной функции в дальнейшем. Определена важность применения ультразвукового метода исследования с определением размеров, консистенций, характера и спаянности с окружающими тканями и органами. Возможно сочетание его с ЦДК позволяющего определить кровообращение в яичнике. На ряду с неинвазивным методом стоит гистологическое исследование, представляющее достоверный метод с подтверждением характера образования. Так удельный вес по частоте встречаемости отводится серозным, фолликулярным кистам и кистомам. Представленное диктует на необходимость в тщательной диагностике, дифференциальной диагностике, так как данные формы являются пограничными состояниями и зачастую приводят к озлокачествлению процесса.

Использованная литература:

1. Адамян Л.В. и соавт. Лапароскопия при кистах яичника и брюшной полости у девочек// М.:ГЭОТАР Медиа, 2007.с.9–25.
2. Адамян Л.В. и соавт. Острый живот у девочек при опухолях и опухолевидных образованиях придатков матки// Проблемы репродукции, 2014(6). с.49–53.
3. Уварова Е.В. Опухоли и опухолевидные образования яичников у детей и подростков// Гинекология. 2007 (9).с.4-15.
4. Сибирская Е.В., Адамян Л.В. и др. Абдоминальный болевой синдром у девочек при опухолях и опухолевидных образованиях придатков матки// Российский педиатрический журнал. 2015.(5).с.54–59.
5. Гаспаров А.С. и соавт. Апоплексии яичника и разрывы кист яичников// Монография. 2009. с.86–100.
6. Ульрих Е.А., Урманчеева А.Ф., Кутушева Г.Ф. Опухоли яичника (клиника, диагностика и лечение). Н-Л, СПб., 2012.с.5–19.
7. Нейштадт Э.Л., Ожиганова И.Н. Опухоли яичника. СПб.: Фолиант, 2014.-с.350
8. Сибирская Е.В., Адамян Л.В., Яцык С.П., Гераськина С.Г. Боли в животе у девочек, связанные с гинекологической патологией: ошибки диагностики и лечения // Педиатр.фармакология, 2014.(4).с.23–28.
9. Шамсиев А.М., Асатулаев А.Ф., Юсупов Ш.А. Особенности осложненного течения кистозных и опухолеподобных образований яичников. Ўзбекистон республикаси солиқлики сақлаш вазирлиги тошкент тиббиёт академияси, 2022.с.166
10. Айламазян Э.К. Гинекология от пубертата до пост менопаузы: монография. М.: МЕДпресс информ, 2010.с.12–25.
11. Asatulayev, A., Shamsiev, A. Evaluation of Diagnosis and Treatment of Tumor-Like Ovarian Forms in Adolescents Reproductive Health Eastern Europe, 2024, 14(5): 629–636.