

УДК618.11-006:611.664:618.14]-005.23

Н.Н. Шевченко, И.Л. Ульянова, М.Б. Хамошина

ВНУТРИМАТОЧНАЯ ПАТОЛОГИЯ У ДЕВУШЕК-ПОДРОСТКОВ С ОПУХОЛЯМИ И ОПУХОЛЕВИДНЫМИ ОБРАЗОВАНИЯМИ ЯИЧНИКОВ

Краевой клинический центр охраны материнства и детства (г. Владивосток),
Дальневосточный филиал НЦ МЭ ВСНЦ СО РАМН (г. Владивосток),
Владивостокский государственный медицинский университет

Ключевые слова: новообразования яичников, состояние эндометрия, тактика лечения.

Многочисленные исследования, проведенные у взрослых в различные периоды жизни, свидетельствуют о том, что для опухолей и опухолевидных образований яичников характерна высокая частота сочетания с гиперпластическими процессами эндометрия (25—80%), дисгормональными заболеваниями молочных желез (20—50%), миомой матки (23—53%) [8]. Поскольку в подавляющем большинстве случаев яичниковые образования являются источником продукции стероидных гормонов, матка как гормонозависимый орган не может на них не реагировать. Непосредственной причиной гиперплазии эндометрия является ановуляция, для которой характерна абсолютная или относительная гиперэстрогения. Однако прогестероновая недостаточность является состоянием, характерным для подросткового возраста, при этом у девушек-подростков чаще, чем у взрослых женщин, встречается бессимптомное течение патологического процесса [2, 3].

По нашим данным (2003—2005 гг.), в структуре гинекологических заболеваний, требующих экстренной стационарной помощи в подростковом возрасте, опухоли и опухолевидные образования яичников занимают одно из ведущих мест (20%). Между тем в доступной литературе практически не освещен вопрос о наличии у данной категории пациенток внутриматочной патологии и особенностях ее структуры. Это прежде всего касается состояния эндометрия, который отражает гормональные влияния, обусловленные как стадией развития, так и морфологической структурой опухоли. Решение этого вопроса имеет большое значение для клинической практики, прежде всего для уточнения показаний к оперативному лечению и определению его объема, проведения антибактериальной терапии и подбора гормонального лечения (при наличии показаний). Поскольку данные ультразвукового исследования при опухолях и опухолевидных образованиях яичников могут лишь косвенно отразить состояние эндометрия, представляет особый интерес его изучение у девушек-подростков

с использованием эндоскопического и морфологического методов.

Целью проведенного исследования явился анализ состояния эндометрия при опухолях и опухолевидных процессах в яичниках у девушек-подростков и выявление взаимосвязи этих изменений с морфологической структурой яичникового образования.

Обследовано 20 пациенток в возрасте от 12 до 17 лет с опухолями и опухолевидными образованиями яичников, которые находились на стационарном лечении в гинекологическом отделении ККЦОМД в 2005—2006 гг. В зависимости от морфологической структуры образования яичников были выделены 3 группы: первую составили девушки-подростки с истинными опухолями (6 человек), вторую — пациентки с параовариальными кистами (3 человека), третью — пациентки с ретенционными кистами (11 человек). Выполнялось ультразвуковое исследование гениталий как до операции, так и после нее, а также в процессе динамического наблюдения за теми, кому оперативные вмешательства на придатках не проводились. Все пациентки с истинными опухолями яичников и параовариальными кистами (1-я и 2-я группы — 9 человек) были прооперированы. При этом в 8 случаях выполнена лапароскопическая резекция или вылушивание кисты. В одном случае при гранулезоклеточной опухоли яичника в связи с ее гигантскими размерами и подозрением на бластоматозный рост проведена лапаротомия и удаление придатков на пораженной стороне. В 3-й группе у одной больной с кистой желтого тела в связи с развитием болевого синдрома, причиной которого явилось кровоизлияние в полость кисты, сделана лапароскопическая операция — вылушивание кисты. Шести пациенткам этой группы проведена пункция кисты яичника под контролем ультразвука с последующим цитологическим и гормональным исследованием пунктата. Остальным четырем девушкам из 3-й группы в связи с отсутствием показаний к оперативному вмешательству проводилось консервативное лечение.

Методом гистероскопии обследовано 14 человек, в 16 случаях взят аспират эндометрия для проведения гистологического и цитологического исследований. Гистероскопия проводилась по обычной методике гистероскопом фирмы Karl Storz. Аспират брался с помощью специальной одноразовой вакуумной кюретки. С целью предупреждения повреждения девственной плевы больным, не имевшим половых контактов, предварительно проводилось ее обкалывание 2% раствором лидазы. Показаниями для гистероскопии явились различные нарушения менструального цикла, в том числе рецидивирующие маточные кровотечения и стойкая дисменорея.

Гистероскопия является наиболее информативным методом диагностики внутриматочной патологии [8, 9]. При ее проведении в 1-й группе у двоих пациенток с серозной цистаденомой и гранулезоклеточной опухолью яичников установлено наличие

гиперпластического процесса эндометрия. У двух девочек-подростков в возрасте 14 и 17 лет с цилиоэпителиальной опухолью яичника и серозной цистаденомой обнаружен внутренний эндометриоз I степени в виде единичных эндометриоидных «глазков», расположенных ближе к дну матки и области трубных углов. В 2 случаях гистероскопическая картина соответствовала фазе менструального цикла. Таким образом, внутриматочная патология у пациенток с истинными опухолями яичников посредством гистероскопии выявлена в 2/3 наблюдений. Следует отметить, что при ультразвуковом исследовании гениталий, проведенном этим пациенткам, внутриматочная патология не была диагностирована ни в одном случае.

При гистологическом исследовании аспирата из полости матки у двух человек из 1-й группы была выявлена диффузная железистая гиперплазия эндометрия. В одном случае у больной 17 лет с серозно-папиллярной цистаденомой яичника выявлен очаговый гиперпластический процесс эндометрия. У трех пациенток гистологическая картина соответствовала фазе менструального цикла. Таким образом, при гистологическом исследовании эндометрия у девушек-подростков с истинными опухолями яичников гиперпластический процесс эндометрия выявлен в половине наблюдений.

При гистероскопии во 2-й группе пациенток в 2 случаях при дисменорее обнаружен внутренний эндометриоз I и II степени тяжести, причем в одном из них (в возрасте 17 лет) он сочетался с хроническим эндометритом. При гистологическом исследовании аспирата эндометрия у пациентки 16 лет выявлена железистая гиперплазия, у второй пациентки и у пациентки 17 лет подтверждено наличие хронического эндометрита. Таким образом, у двух из трех больных с параовариальными кистами выявлена внутриматочная патология, требовавшая лечения и последующей реабилитации.

При обследовании пациенток 3-й группы в 3 случаях из 11 найдено сочетание гиперпластического процесса с хроническим эндометритом. У одной пациентки 17 лет гиперплазия эндометрия сочеталась с внутренним эндометриозом II степени и хроническим эндометритом. Картина хронического эндометрита (отсутствие правильного сосудистого рисунка, «ягодное поле», отсутствие четких границ маточных желез и их выбухания во 2-й фазе менструального цикла, «обрывчатый» характер эндометрия, его сероватый цвет и т.д.) имела место у 5 пациенток этой группы (45,5%).

Аспират эндометрия исследован у 8 человек из 3-й группы. При этом у одной пациентки выявлена диффузная железистая гиперплазия эндометрия, у двух — очаговая железистая гиперплазия, и в двух случаях диагностирован хронический эндометрит, который сочетался с гиперпластическим процессом эндометрия. У одной больной 16 лет с хронической

герпетической инфекцией и рецидивирующими ретенционными кистами яичников, не имевшей сексуального дебюта, при гистологическом исследовании аспирата эндометрия находкой оказался острый диффузный фибринозно-гнойный эндометрит в сочетании с очаговой гиперплазией эндометрия. При этом у девушки не было клиники острого воспаления слизистой оболочки матки, а единственной жалобой при поступлении, которая могла бы косвенно указывать на патологию эндометрия, была дисменорея. Гистологическая картина соответствовала фазам менструального цикла только у двух из восьми обследованных в этой группе. Таким образом, у пациенток с ретенционными кистами яичников в 75% случаев выявлена различная внутриматочная патология, причем в половине из них — сочетанная. В отличие от двух других в 3-й группе внутренний эндометриоз встретился только в одном случае (у девушки 17 лет с фолликулярной кистой яичника и дисменореей).

Суммируя вышесказанное, можно заключить, что при ретенционных кистах яичников патологические изменения эндометрия характеризуются разнообразием как при гистероскопии, так и при гистологическом исследовании. Обращает на себя внимание высокая частота эндометрита в этой группе пациенток, в том числе у девушек, не имевших сексуального дебюта, что не исключает инфекцию как один из этиологических факторов образования ретенционных кист яичников у детей и подростков. Необходимо отметить, что, в отличие от ретенционных кист, ни в одном случае при истинных опухолях яичников — ни при гистероскопическом, ни при гистологическом исследовании — эндометрит не диагностирован.

Значительное число инфекционных и воспалительных заболеваний в анамнезе у детей и подростков с новообразованиями яичников отмечали многие авторы [3]. Считается, что большое число детских инфекций способствует вовлечению в патологический процесс как структур, реагирующих на половое созревание, так и яичников за счет воздействия на их фолликулярный аппарат инфекционно-токсических агентов [4, 6].

До настоящего времени вопрос о роли воспалительных заболеваний придатков матки в развитии опухолей и кист яичников остается дискуссионным [5]. Однако, по нашим данным, в 35% случаев кисты выявлялись у пациенток, имевших хроническую герпетическую инфекцию, а в 76% случаев регистрировались уреоплазмоз, хламидиоз, микоплазмоз, трихомониаз, цитомегаловирусная инфекция, а в 33% наблюдений имела микст-инфекция. Все обследованные имели высокий инфекционный индекс: частые острые вирусные респираторные инфекции в анамнезе, хронический пиелонефрит, хронический тонзиллит, хронический гастрит, хронический гайморит. У 8 человек была выявлена герпетическая инфекция, причем 6 случаев хронической герпетической инфекции обнаружено у пациенток с ретенционными кистами

яичников, у 6 человек диагностирован генитальный кандидоз, у одной пациентки — трихомониаз, у четырех — неспецифический вульвовагинит, у одной — хламидийная инфекция. Уреаплазмоз и лямблиоз выявлены в 2 случаях. Сочетание воспалительного процесса наружных половых органов с воспалительным процессом внутренних половых органов имело место у шести человек из 3-й группы. Полученные данные соответствуют мнению В.И. Серова, который считал, что частые вирусные и инфекционные заболевания при кистах и кистомах яичников должны рассматриваться как преморбидный фон [9].

Одним из важных моментов, который выявило данное исследование, явилось обнаружение внутреннего эндометриоза различной степени тяжести у девушек, независимо от сексуального дебюта, при отсутствии оперативных вмешательств на внутренних половых органах в анамнезе. Причем в подавляющем большинстве случаев внутренний эндометриоз выявлен у девушек с истинными опухолями яичников и параовариальными кистами, в то время как при ретенционных кистах это заболевание обнаружено лишь у одной пациентки из одиннадцати. Выяснение причин такого частого сочетания опухолей яичника, параовариальных кист и эндометриоза у девушек-подростков требует дальнейшего изучения.

Таким образом, изучение гистероскопической картины эндометрия и морфологическое исследование аспириатов эндометрия выявило значительную частоту развития в нем изменений при яичниковых образованиях у девушек-подростков (75%). При этом в случае ретенционных кист картина изменений эндометрия более разнообразна, чем при истинных опухолях яичников, и часто носит сочетанный характер. При истинных опухолях яичника и параовариальных кистах в подростковом возрасте довольно высока частота внутреннего эндометриоза, который протекает нетипично или бессимптомно.

Частое гистологическое подтверждение хронического эндометрита у подростков с ретенционными кистами яичников свидетельствует о приоритетности инфекционного фактора в этиологии этих образований, что требует проведения соответствующего лечения, которое должно быть направлено на ликвидацию инфекционного агента, а не только на гормональную коррекцию, как предлагается в настоящее время при консервативном ведении ретенционных кист яичников в подростковом возрасте [1,5].

Высокая частота развития гиперпластического процесса эндометрия, наличие сочетанной патологии эндометрия при образованиях яичников у детей и подростков, отсутствие типичной клиники проявления внутреннего эндометриоза требует оптимизации программ обследования этой группы пациенток. Они должны включать более детальное исследование эндометрия с обязательным использованием гистероскопии и морфологического анализа, поскольку нарушение структуры периферических репродук-

тивных органов в период полового созревания в результате воспаления или опухоли создает высокий риск развития в последующие годы жизни бесплодия, невынашивания беременности и новообразований [3, 7, 9, 10]. Выбор тактики лечения должен осуществляться с учетом выявленных изменений в эндометрии, величины и характера образований яичников, клинических проявлений, результатов исследования на генитальную инфекцию. Оперативное вмешательство при доброкачественных новообразованиях должно проводиться по строгим показаниям и в максимально щадящем объеме — лапароскопия с вылущиванием ретенционной кисты или резекцией яичника в пределах здоровых тканей при истинных опухолях.

Литература

1. Богданова Е.А. *Гинекология детей и подростков*. — М.: Медицинское информационное агентство, 2000.
2. Богданова Е.А., Кондриков Н.И., Киселёва И.А. и др. // *Гинекология*. — 1999. — № 3. — С. 7-8.
3. Гуркин Ю.А. *Гинекология детей и подростков*. — СПб.: Фолиант, 2000.
4. Коколина В.Ф. *Гинекологическая эндокринология детей и подростков: руководство для врачей*. — М.: Медицинское информационное агентство, 2001.
5. Коколина В.Ф. *Доброкачественные опухоли яичников*. — М.: Медицинское информационное агентство, 1999.
6. Кузнецова М.Н., Богданова Е.А. // *Акушерство и гинекология*. — 1999. — №4. — С. 12-14.
7. Кулаков В.И., Богданова Е.А., Волков Н.И. и др. // *Акушерство и гинекология*. — 1999. — №4. — С. 25—29.
8. *Руководство по эндокринной гинекологии / под ред. Вихляевой Е.М.* — М.: Медицинское информационное агентство, 2000.
9. Серов В.И., Кудрявцева Л.М. *Доброкачественные опухоли и опухолевидные образования яичников*. — М.: Триада-Х, 2001.
10. Perrin L.C., Low J., Nicklin J.L., Crandon A.J. // *Aust. NZJ Obstet. Gynaecol.* — 1999. — Vol. 39, No. 2. — P. 243-245.

Поступила в редакцию 22.05.05.

INTRAUTERINE PATHOLOGY AT GIRLS-TEENAGERS WITH OVARIAL TUMOURS AND MASSES

N.N. Shevchenko, I.L. Ulyanova, M.B. Hamoshina
Regional Center of Mother and Child, Far Eastern branch of the Scientific Center of Medical Ecology or the Russian Scientific Center Siberian Branch of the Russian Academy of Medical Science (Vladivostok), Vladivostok State Medical University
Summary — In this work the hysteroscopic results and also cytological and morphological analysis of endometrial aspirates in at 20 girls — teenagers (12—17 years) with ovarian tumors and masses are shown. In 2/3 of cases the uterine pathology is revealed. It is concluded, that the analysis of endometrium allows to choose rational tactics of treatment with the purpose of preservation of reproductive function at this category of patients.