

БОЛЬОВИЙ АБДОМІНАЛЬНИЙ СИНДРОМ У ДІВЧАТ ПРИ ПУХЛИНАХ І ПУХЛИНОПОДІБНИХ УТВОРЕННЯХ ПРИДАТКІВ МАТКИ В ПРАКТИЦІ ДИТЯЧОГО ХІРУРГА

О.М. Горбатюк

Національна медична академія післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика

Резюме

У статті наведено результати аналізу даних літератури та власного досвіду в питаннях діагностики й лікування новоутворень придатків матки в дівчат, які трапляються в практиці дитячого хірурга.

Ключові слова

Утворення придатків матки, дівчата, дитяча хірургія.

Пухлини і пухлиноподібні утворення придатків матки в дітей і підлітків — актуальна проблема дитячої хірургії та гінекології. Новоутворення придатків матки в структурі дитячої гінекологічної патології трапляються з частотою від 1 до 4,6% [1, 4, 6, 8]. Актуальність теми зумовлена поширеністю патології, діагностичними труднощами верифікації патології через відсутність характерних скарг і специфічної симптоматики. За даними літератури, приблизно 8-12% дівчат пубертатного віку підлягали необґрунтованим хірургічним втручанням через больовий абдомінальний синдром [1].

Останніми роками відмічається зниження віку пацієнток із пухлинами і пухлиноподібними утвореннями яєчників [2, 4]. Аналізуючи

віддалені результати хірургічних втручань на яєчниках у дітей і підлітків, деякі автори відмічають, що операція, що виконана перед менархе (у віці 12-14 років), негативно впливає на менструальну функцію, а ступінь порушень функціональної активності яєчників перебуває в прямій залежності від обсягів проведених операцій [3, 9].

Джерелом новоутворень придатків матки в дітей можуть бути усі тканини яєчника, а також недиференційовані ембріональні елементи. Це положення віддзеркалене в класифікації ВООЗ пухлин і пухлиноподібних утворень придатків матки в дівчат 2003 року.

Класифікація ВООЗ пухлин і пухлиноподібних утворень яєчників у дітей (2003) має такий вигляд:

© О.М. Горбатюк



1. Пухлиноподібні процеси:
 - параоваріальні кісти;
 - функціональні кісти яєчників (фолікулярна кіста, кіста жовтого тіла);
 - ендометріодні кісти.
2. Герміногенні пухлини яєчників:
 - тератоми (зрілі і незрілі);
 - дисгерміноми.
3. Істинні епітеліальні пухлини:
 - серозні цистаденоми;
 - муцинозні цистаденоми.
4. Гонадобластоми.
5. Пухлини строми статевого тяжа.
6. Ліпідоклітинні пухлини.

Серед доброякісних утворень яєчників у дітей переважають ретенційні утворення яєчників (фолікулярні кісти, кісти жовтого тіла, рідше — ендометріодні кісти), частота яких коливається в межах 39,5-70%. Вони не є істинними пухлинами, а являють собою кістозно-проліферативні зміни покривного епітелію, фолікулів і строми яєчників [5, 10]. Ретенційні пухлиноподібні утворення яєчників виникають через накопичення рідинного вмісту і розтягнення капсули і характеризуються відсутністю проліферації клітинних елементів [7].

Пухлини яєчника — це об'ємні утворення з проліферацією клітинних елементів (істинні пухлини). Серед істинних пухлин придатків матки у 2/3 випадків трапляються герміногенні пухлини.

Мета дослідження — проаналізувати дані літератури й власного досвіду в питаннях діагностики та лікування дівчат із пухлинами й пухлиноподібними утвореннями придатків матки, що траплялися в практиці дитячого хірурга.

Матеріали та методи

За останні 10 років (2008-2017 роки) під нашим спостереженням перебували 37 дівчат віком 12-17 років, які були госпіталізовані в клініку дитячої хірургії за ургентними показаннями з приводу болів у животі та в яких під час спостереження й проведення диференціальної діагностики були виявлені пухлини та пухлиноподібні утворення придатків матки. 11 (29,73%) пацієнток були прооперовані з приводу гострого больового абдомінального синдрому. Інтраопераційно виявлені параоваріальна кіста на тлі запального процесу, яка розташовувалась між листками широких

зв'язок матки (1 випадок, 9,09%), перекручені кісти яєчників (3 випадки, 27,27%), розрив кісти (2 випадки, 18,18%), тератоми яєчника з нагноєнням (2 випадки, 18,18%), розрив капсули пухлини з підкапсульним крововиливом (3 випадки, 27,27%).

Під час гістологічного дослідження видалених утворень були верифіковані параоваріальна кіста з рідинним вмістом, фолікулярні кісти, ускладнені перекрутом, розрив кіст жовтого тіла, розрив капсули дермоїдної кісти яєчника, солідні тератоми.

Інші 26 (70,27%) дітей після виключення «гострого живота» були обстежені, у них були виявлені об'ємні утворення в порожнині малого таза. Під час діагностики об'ємних утворень у порожнині малого таза в дітей проводився аналіз анамнестичних даних, застосовувались ректоабдомінальне обстеження, УЗД органів малого таза, доплерографія для визначення ступеня васкуляризації яєчника. Дівчата з виявленими утвореннями в придатках матки були направлені на консультацію і лікування до дитячого гінеколога.

Результати та їх обговорення

У зв'язку з анатомо-фізіологічними особливостями організму дівчат (малі розміри матки і порожнини малого таза, розташування матки і придатків високо в черевній порожнині) клінічний перебіг пухлин яєчників не має патогномонічних симптомів. Найбільш яскраву симптоматику можна побачити у випадках ускладнених пухлин придатків матки. Так, при перекруті ніжки кісти, що в дітей буває частіше, ніж у дорослих, і пов'язано з високою рухливістю як самих придатків матки, так і новоутворення, виникають раптові інтенсивні болі в нижніх відділах живота, позитивні перитонеальні симптоми, нудота та/або блювота, блідість шкіри, холодний піт, тахікардія тощо. У клінічній симптоматиці переважали скарги на болі в животі, у деяких дівчат мало місце збільшення розмірів живота, у 19 (51,35%) пацієнтів — порушення менструального циклу у вигляді нерегулярних менструацій, рясних кров'янистих виділень чи аменореї. У 11 (29,73%) дівчат мала місце дизурія. Сильні болі у вигляді нападів спостерігались у 11 (29,73%) дітей, у 26 (70,27%) болі в животі були малоінтенсивними, ниючими.

Найчастіше болі локалізувалися внизу живота над лоном і в здухвинно-паховій ділянці.

9 (24,32%) дівчат відмічали наявність болю в попереку. Слід відмітити, що частіше пухлини і пухлиноподібні утворення придатків матки виникають у правому яєчнику, ніж у лівому, у зв'язку з його превалюванням у анатомічному функціональному відношенні, що підтверджує теорію генетичної детермінації більш ранньої і більш високої функціональної активності правого яєчника [6].

При ректально-абдомінальному дослідженні дитини стінки прямої кишки рухливі, неінфільтровані, безболісні. Ректально-абдомінальне дослідження дозволяє визначити розміри і консистенцію утворення, його рухливість, ступінь чутливості. У 7 дітей із 26 досліджуваних, що становило 26,92%, утворення малих розмірів при ректально-абдомінальному дослідженні не були виявлені. Серед досліджуваних у плановому порядку дівчат (усього 26 пацієнток) новоутворення локалізувались справа в 10 (38,46%) пацієнтів, зліва — у 6 (23,08%), двобічне ураження яєчників (полікістоз) спостерігалось у 3 (11,54%) дівчат.

При УЗД у разі пухлин і пухлиноподібних утворень придатків матки найчастішими ознаками є збільшення яєчника в розмірах, наявність об'ємного утворення, вільної рідини в малому тазу, при доплерографії — порушення кровообігу.

При ускладненому клінічному перебігу пухлин яєчників (розрив капсули, крововилив у кісту, перекут ніжки) показано хірургічне втручання, основний принцип якого — максимальне органозбереження. У 9 (81,82%) дітей при лапаротомії вдалось видалити кісту з капсулою, виконати енуклеацію тератоми, резекцію яєчника. При повному заміщенні яєчника кі-

стою (1 спостереження, 9,09%) і при некрозі перекученого яєчника (1 спостереження, 9,09%) було здійснено видалення ураженого яєчника (аднексектомія). Виникнення цих станів було пов'язано з пізньою діагностикою патології, відсутністю своєчасного лікування і, як наслідок, із виникненням ускладнень.

Висновки

На підставі наведеного вище можна зробити такі висновки:

1. У деякого з дівчат клініка «гострого живота» може виникати на тлі ускладнених новоутворень придатків матки. За нашими спостереженнями, останні були виявлені інтраопераційно при оперативних втручаннях, здійснених в ургентному порядку з приводу гострих болів у животі, в 11 (29,73%) пацієнток.
2. Основний принцип ургентних втручань із приводу ускладнених пухлин і пухлиноподібних утворень яєчка в дітей — органозберігаючий. Аднексектомія була здійснена лише у 2 (18,18%) пацієнток на тлі тотального ураження яєчника кістою та при некрозі органа.
3. Своєчасна діагностика новоутворень яєчника в дітей із тривалим та/чи рецидивуючим больовим абдомінальним синдромом зменшує ймовірність таких ускладнень, як перекут ніжки, розрив капсули, крововилив у кісту, некроз тощо.
4. Прогноз у разі своєчасного проведення лікувальних заходів у дівчат з утвореннями придатків матки є сприятливим.

Надійшла до редакції 22.05.2018 р.

Список використаної літератури

1. Абдоминальный болевой синдром у девочек при опухолях и опухолевидных образованиях придатков матки / Е.В. Сибирская, Л.В. Адамян, С.П. Яцык, С.Г. Гераскина // Рос. педиатр. журнал. — 2015. — № 5. — С. 54-59.
2. Гинекологическая патология у детей и подростков как причина абдоминального синдрома / Л.В. Адамян, Е.А. Богданова, Т.М. Глыбина, Е.В. Сибирская // Проблемы репродукции. — 2011. — № 1. — С. 31-33.
3. Дубініна В.Г. Можливі шляхи вдосконалення диференціальної діагностики доброякісних новоутворень яєчників / В.Г. Дубініна, О.Л. Александров // Здоровье женщины. — 2010. — № 10 (56). — С. 213-215.
4. Пухлиноподібні ураження яєчників: етіологія, патогенез, діагностика та лікування / І.Б. Вовк, Г.В. Чубей, В.К. Кондратюк, Д.В. Подоляка // Здоровье женщины. — 2013. — № 2 (78). — С. 11-18.
5. Румянцева З.С. Коррекция основного патогенетического фактора ретенционных образований яичника в подростковом возрасте / З.С. Румянцева // Медико-социальные проблемы семьи. — 2013. — № 3. — С. 21-30.
6. Ульрих Е.А. Опухоли яичника (клиника, диагностика, лечение) / Е.А. Ульрих, А.Ф. Урманчеева, Г.Ф. Кутушева. — СПб, 2012. — С. 5-19.
7. Chinchure D. Neonatal ovarian cysts: role of sonography in diagnosing torsion / D. Chinchure, C.L. Ong, A.H. Loh // Ann. Acad. Med. — 2011. — Vol. 49. — P. 291-295.
8. Conforti A. Fetal ovarian cysts management and ovarian prognosis: a report of 82 cases / A. Conforti, C. Giorlandino, P. Bagolan // Pediatr. Surg. — 2009. — Vol. 4. — P. 868-876.
9. Turgal M. Outcome of sonographically suspected fetal ovarian cysts / M. Turgal, O. Ozyuncu, A. Yazicioglu // J. Matern. Fetal. Neonat. Med. — 2013. — Vol. 26. — P. 1728-1732.
10. Yang C. Ovarian germ cell tumors in children: a 20-year retrospective study in a single institution / C. Yang, S. Wang, C.C. Li // Eur. J. Gynecol. Oncol. — 2011. — Vol. 3. — P. 289-292.