

УДК 618.11-006.2-053.31-07/.08

*Н.И. Марухно, В.В. Шапкин, А.Н. Черныш,
Т.Н. Голиченко, Л.В. Вилисова, М.В. Ларионова*

КИСТЫ ЯИЧНИКОВ У НОВОРОЖДЕННЫХ

Владивостокский государственный медицинский университет,
Городская детская клиническая больница
(г. Владивосток)

*Ключевые слова: новорожденные, кисты яичников,
диагностика, лечение.*

Интерес к проблеме овариальных объемных образований у детей, и в частности у новорожденных, привлекает сегодня внимание не только детских гинекологов, но и детских хирургов. Именно детские хирурги определяют тактику ведения новорожденных с пальпируемой или определяемой ультразвукографически опухолью брюшной полости. Диагностика и дифференциальная диагностика, оптимальные сроки и выбор объема хирургического вмешательства у новорожденных с овариальными новообразованиями — вот те основные вопросы, которые обсуждаются в современной литературе.

Опухоли и опухолевидные образования яичников встречаются у девочек любого возраста, однако в периоде новорожденности это редкая патология. По мере взросления частота встречаемости увеличивается [3]. Г.Ф. Кутушева и др. [5] указывали, что в литературе сообщается менее чем о 100 подобных неонатальных наблюдениях. Благодаря широкому внедрению и техническому совершенствованию ультразвукового исследования (УЗИ) кисты яичника стали обнаруживать и у плода [1, 2, 4]. За последние годы отмечена тенденция к возрастанию частоты диагностики овариальных кист у новорожденных [5].

Представляем анализ собственных наблюдений врожденных овариальных кист у новорожденных девочек.

За период с 2001 по июнь 2005 г. на лечении в клинике детской хирургии находилось 9 девочек с врожденными кистами яичника, 8 из них были оперированы. До этого времени случаев диагностики подобной патологии у новорожденных здесь зарегистрировано не было.

Все наблюдавшиеся дети родились естественным путем в срок 39–40 недель с оценкой по шкале Апгар 8–9 баллов. Возраст матерей составил от 18 до 33 лет. От первой беременности родилось 4 девочки, от второй — 3, от третьей и четвертой — по одной, причем у шести матерей роды были первыми, а у трех — вторыми. Считается, что развитию кист способствуют патологическое течение беременности и высокое содержание хорионического гонадотропина в системе «мать — плод» [1, 3, 4, 8]. Отсутствие в анамнезе хронической патологии на собственном

материале было отмечено у двух матерей, у остальных зарегистрированы от одного до нескольких хронических заболеваний: тонзиллит (2), хронический пиелонефрит (4), хламидиоз (2), уреоплазмоз (1), носительство цитомегаловируса (1) и вируса простого герпеса (3). Отягощенное течение настоящих беременностей отмечено в 7 случаях. В 4 из них беременность осложнилась угрозой прерывания (в сроки 13, 22, 25 и 37 недель), отмечены также такие патологические состояния, как токсикоз I половины (2), патологические прибавки массы тела в 25 недель (1), отеки в 26 недель (1), многоводие (1), острые респираторные вирусные инфекции (2), обострение хронического пиелонефрита (1), дрожжевой кольпит (1). Из вредных привычек выявлено курение во время беременности (1). Одна из матерей профилактически получала гормональное лечение в связи с тем, что предыдущая беременность была замершей. Изменение плаценты с включениями петрификатов и слизистого характера околоплодных вод были выявлены у двух рожениц соответственно.

Согласно литературным данным кисту яичника у плода можно обнаружить с 25-й недели беременности, наиболее же четко она определяется в третьем триместре [1, 5, 6]. В наших случаях наличие дополнительного кистозного образования антенатально в срок 34–36 недель было зарегистрировано у 7 девочек. У одной из матерей при проведении УЗИ в 25 недель беременности по поводу патологической прибавки массы тела были визуализированы лишь признаки гипоксии плода, а при повторном исследовании в срок 34 недели обнаружена киста брюшной полости плода. Только в двух случаях было дано конкретное заключение о наличии кисты яичника, в остальных — об имеющихся объемных дополнительных образованиях брюшной полости той или иной локализации (чаще в нижних отделах живота). Они визуализировались как гипоанэхогенные, тонкостенные, однокамерные, содержащие жидкостный компонент дополнительные образования размером от 3,4×2,5 см до 5,0×7,0 см. При УЗИ трех плодов через 2–4 недели особой динамики отмечено не было. У двух новорожденных кистозное образование обнаружено при проведении УЗИ после рождения соответственно в возрасте 1 месяц и 21 день. Одна из этих девочек находилась на лечении в стационаре по поводу конъюгационной желтухи, постнатальной энцефалопатии и гидроцефального синдрома, другая — по поводу капиллярной гемангиомы верхнего века.

Дети с антенатально выявленной опухолью брюшной полости поступали в отделение новорожденных для уточнения диагноза и определения тактики лечения. На 4-е сутки после рождения поступили четыре девочки, на 10-е — две, через 18 дней — одна. Ранний постнатальный период у одной из этих новорожденных осложнился пневмонией средней степени тяжести, в связи с чем было проведено

соответствующее лечение. Состояние остальных детей было расценено как удовлетворительное. Девочки развивались соответственно периоду новорожденности, болевой синдром отсутствовал, проходимость кишечника и мочевых путей не были нарушены. Пальпация живота не вызывала беспокойства. Достаточно четко опухолевидное образование брюшной полости пальпаторно определялось в трех случаях, причем в двух оно имело признаки блуждающей опухоли, и в этих клинических ситуациях возникла необходимость дифференциальной диагностики с кистой брыжейки и кистозным удвоением кишки. У остальных новорожденных опухоль не пальпировалась.

Ультрасонографически размеры кист практически не отличались от размеров при антенатальном исследовании. Разница составила 0,5–1 см. Изменения имели качественные характеристики. Так, у четырех новорожденных в жидкостном компоненте определялись включения в виде взвеси и осадка, локализовавшиеся по задней стенке кисты. У двух из них дополнительно был выявлен пристеночный плотнотканевой (солидный) компонент, что дало основание заподозрить дермоидные кисты яичников. В некоторых случаях изменялась локализация опухолей относительно данных антенатального обследования.

Результат проведенной ультрасонографии у одной девочки на 6 сутки после рождения оказался ложноотрицательным, т.е. киста не была обнаружена. Однако через месяц другим специалистом подтверждено наличие новообразования, причем его размеры были такими же, как во время антенатальной диагностики в сроки 34 и 38 недель.

Клинические и биохимические показатели крови были в пределах возрастной нормы. Исследование альфа-фетопротеина у двух детей с подозрением на дермоидные кисты яичников дало повышение этого показателя (более 300 и 454 МЕ/мл).

До операции только у 3 детей был поставлен диагноз кисты яичника, у остальных с большей или меньшей вероятностью предполагалось, что кистозное образование исходит из яичника, окончательно диагноз уточняли во время операции. Показанием к последней явились большие размеры опухоли, наличие взвеси в жидкостном компоненте образования и дополнительных плотных экотеней, отсутствие инволюции кист в процессе наблюдения.

По данным литературы, часть антенатально обнаруживаемых кист яичников подвергается инволюции в первые месяцы жизни (в случаях, если это простые, тонкостенные, не содержащие включений образования) [1, 3, 7]. Уменьшения или обратного развития кист в процессе наблюдения в динамике на собственном материале отмечено не было.

Наличие объемного образования в животе у ребенка требует от хирурга в первую очередь исключения злокачественной опухоли. Любое пальпируемое

образование изначально должно быть расценено как злокачественное до тех пор, пока не доказано обратное [1]. Наиболее рациональным подходом является удаление любой пальпируемой кисты яичника у новорожденной девочки.

В периоде новорожденности (на 14–28 сутки жизни) оперировано четверо детей. Две девочки наблюдались соответственно до 1 и 1,5 месяца, одна – до 2, одна – до 3 месяцев с последующим хирургическим лечением. Еще один ребенок находился под наблюдением в течение 1,5 месяца после случайного обнаружения кисты в возрасте 21 дня.

Вмешательства проводили под интубационным наркозом. Перед операцией (под наркозом) осматривали живот и во всех случаях достаточно четко определяли наличие опухолевидного образования, его локализацию, размеры, плотность. Этот простой метод может быть использован в сомнительных ситуациях. Первую девочку оперировали правосторонним трансректальным доступом (с учетом локализации пальпируемой опухоли и данных ультразвукового исследования), двух других – нижнесрединным, пятерых – доступом по Пфанненштилю.

Согласно литературным данным, чаще кисты локализуются в правом яичнике [3, 5]. По нашим данным, у 7 девочек киста исходила из левого яичника, причем у 5 из них был изменен и правый яичник (мелкокистозная дегенерация). До операции эти изменения со стороны противоположного яичника при УЗИ были выявлены только в одном случае.

Перекрыт кисты с асептическим некрозом зарегистрирован в 5 наблюдениях. Отсутствие его клинических проявлений после рождения, а также наличие у всех кальцификатов в основании стенки кист, сопутствующий спаечный процесс той или иной степени выраженности независимо от сроков операции давали основание полагать, что перекрыт кисты происходил внутриутробно. В двух наблюдениях в процесс перекрыта были вовлечены придатки матки, в одном из них – с самоампутацией маточной трубы.

Кроме этого, отмечен случай отсутствия связочного аппарата и маточной трубы слева, а некротизированная киста левого яичника, располагаясь рядом с правым яичником, была фиксирована к левому углу матки длинным соединительно-тканым тяжем. У одной новорожденной подпаянная спайками к сальнику и петлям кишечника отшнуровавшаяся киста яичника располагалась в мезогастрии. Содержимым кист, подвергшихся асептическому некрозу, была неоднородная темная, с включениями в виде хлопьев жидкость.

Ни в одном случае перекрытых кист сохранить яичник не представилось возможным. Ткань его либо вовсе не дифференцировалась (3 случая), либо представляла собой округлой формы некротизированное пристеночное образование (2 случая), выбухающее в просвет кисты, размерами

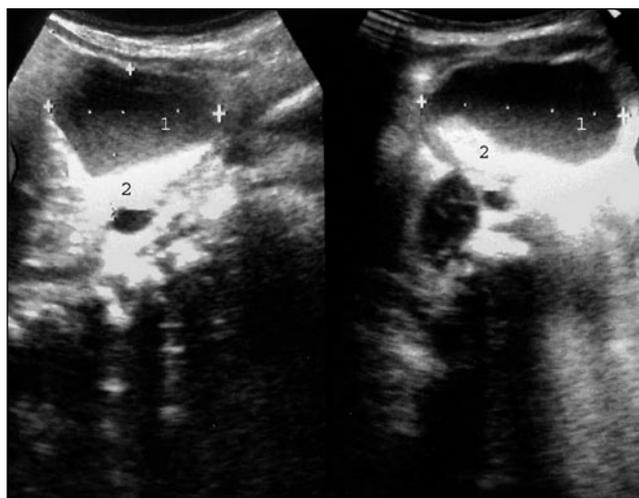


Рис. 1. Эхограмма кисты левого яичника.

1 – киста с плотной капсулой, жидким содержимым с взвесью; 2 – пристеночный плотнотканевой компонент по задней стенке кисты.

1×1 и 2,5×1 см. Вместе с маточными трубами, вовлеченными в процесс перекрута, эти образования были приняты при ультразвуковом исследовании за солидный компонент – признак дермоидной кисты. Согласно литературным данным, у плодов и новорожденных встречаются простые ретенционные кистозные образования и среди них преимущественно – фолликулярные кисты [1, 3, 5].

Описаны единичные наблюдения лютеиновой кисты больших размеров, а также серозных цистаденом, относящихся к истинным эпителиальным опухолям [5]. В результате выраженных структурных изменений гистологически дифференцировать морфологию кист, осложнившихся перекрутом, не представилось возможным. Приводим клиническое наблюдение.

Новорожденная В., 8 февраля 2005 г. переведена из родильного дома в отделение новорожденных на 4 сутки после рождения с направительным диагнозом: «Объемное образование органов брюшной полости, киста яичника?».

Ребенок от 4 беременности, первых родов. Две первые беременности (1995 и 2000 г.) закончились медицинскими абортми, третья (2002 г.) – замершая в 4 недели. Учитывая этот факт, во время настоящей беременности, протекавшей без особенности, был назначен гормональный препарат (какой именно, выяснить не удалось). Матери 31 год, по профессии врач-стоматолог, страдала хроническими заболеваниями (пиелонефрит, тонзиллит, бронхит), была носителем цитомегаловируса и вируса простого герпеса. За время беременности обострения заболеваний не зарегистрировано. Отцу 29 лет, здоров, по профессии токарь.

Аntenатально при проведении УЗИ в 34 недели у плода обнаружено кистозное образование, предположительно исходившее из правого яичника, до 4 см в диаметре. В 38 недель ультрасонографические данные прежние, размер кисты 3,7×3,9 см. Роды в 39–40 недель, продолжительностью 11 час. 40 мин. Родилась девочка с оценкой по шкале



Рис. 2. Интраоперационная фотография.

Перекрут врожденной кисты левого яичника с самоампутированной частью левой маточной трубы, рядом – увеличенный правый яичник с мелкокистозной дегенерацией.



Рис. 3. Макропрепарат кисты левого яичника (вид изнутри).

Апгар 8–9 баллов, с массой тела 3600 г, ростом 54 см, плацента визуально без изменений.

При поступлении в стационар состояние удовлетворительное. Живот обычных размеров, дополнительные образования не пальпируются. Физиологические отправления в норме. Анализы крови и мочи без изменений. Ультразвуковое исследование от 10.02.2005 г. (в возрасте 6 суток): «В полости малого таза визуализируется эхотень 1,9×1,8 см без четких признаков кисты»; от 15.02.2005 г.: «Эхотень справа 1,7×1,5 см, вытягивается до 2,4 см, гипоехогенная, с плотными стенками».

С учетом полученных данных девочка была выписана с рекомендациями контрольного обследования через месяц. Повторно поступила в стационар в возрасте 1 месяца 5 дней. УЗИ от 10.03.2005 г.: «Справа визуализируется объемное образование размером 4,0×3,1×4,6 см в капсуле. Содержимое жидкостное с взвесью, по заднеиниженной стенке определяется дополнительный плотнотканевой солидный компонент размерами 3,1×1,0×3,1 см. Заключение: эхопризнаки дермоидной кисты правого яичника» (рис. 1). Альфа-фетопротеин повышен до 454 МЕ/мл.

В возрасте 43 дней проведена операция: лапаротомия доступом по Пфанненштилю. Правый яичник размерами 2,0×2,5 см с множеством мелких кист до 0,5–0,8 см в диаметре. В правой подвздошной области чуть выше правого яичника перекрученная на 360° киста левого яичника 4,5 см в диаметре грязно-серого цвета с зеленоватым оттенком,

с кальцификатами у основания, участком самоампутированной, вовлеченной в заворот левой маточной трубы и подпаянной прядью сальника (рис. 2).

Произведена аднексэктомия, резекция остатка маточной трубы длиной до 1,0 см от левого угла матки, подпаянного участка сальника. Из удаленной кисты эвакуирована темного цвета жидкость со взвесью. После рассечения стенки кисты у ее основания по внутренней поверхности определялась некротически измененная ткань яичника 2,0×1,5×1,5 см темно-коричневого цвета. Гистологическое заключение: «Стенка полостного образования представлена фиброзной тканью с выраженными некротическими и дистрофическими изменениями, кальцинозом. Ввиду выраженного некроза определить тканевую принадлежность кисты не представляется возможным». Послеоперационный период протекал гладко. Ребенок выписан на 10 сутки под наблюдение детского гинеколога и педиатра.

У трех девочек ткань яичника была сохранена. У одной из них киста размерами 5×7 см исходила из левого яичника и была подпаяна к трубе и углу матки. После рассечения спаек киста в капсуле полностью удалена с оставлением ткани яичника размерами 0,3×0,5 см. Другая новорожденная была взята на операцию с пальпируемым блуждающим опухолевидным образованием брюшной полости до 6,0 см в диаметре. Удалена киста правого яичника на длинной ножке размерами 4,5×4,0 см с оставлением ткани яичника. Заключение гистологических исследований у этих двух детей трактовались как простые кисты.

У третьей девочки многокамерная киста левого яичника, размерами 2,5×2×2,5 см была полностью удалена, а оставшаяся ткань яичника (0,4×0,4 см) перитонизирована. Правый яичник также был увеличен до 2,5×2,0 см, очень плотной консистенции с наличием кисты по периферии до 1,0 см в диаметре.

Выполнены биопсия правого яичника и вылушивание кисты. Гистологически определено наличие множества примордиальных, третичных фолликулов и многочисленных фолликулярных кист с кровоизлиянием в одной из них, в строме — остаток сети яичника.

Послеоперационный период у всех оперированных детей протекал без особенностей с первичным заживлением ран. Дети выписывались из стационара на 10–11 сутки под наблюдение педиатра и детского гинеколога.

Выводы

1. При антенатальном обнаружении кистозного образования в брюшной полости у плода необходимо проводить тщательное наблюдение за беременной женщиной с углубленным обследованием, включающим определение содержания хорионического гонадотропина. Это поможет уточнить диагноз и более четко определить тактику ведения новорожденного.

2. Перекрут врожденных кист происходит преимущественно внутриутробно и сопровождается такими осложнениями, как отшнуровка кисты, самоампутация придатков, спаечный процесс. Ультрасонографическим признаком перекрута кисты является наличие взвеси в ее жидкостном компоненте.
3. Наличие врожденной овариальной кисты с одной стороны часто сопровождается изменениями в виде мелкокистозной дегенерации в контрлатеральном яичнике.
4. Показанием к операции у новорожденных детей с кистами яичника, так же как и большинство авторов, мы считаем наличие взвеси в жидкостном компоненте кисты, большие ее размеры, наличие дополнительных экоструктур. Но при отсутствии клиники острого процесса в брюшной полости и сдавления функционально важных органов операция может быть отложена до 15–20 дней жизни новорожденной. При наличии сопутствующей соматической патологии следует провести соответствующее лечение.

Литература

1. Ашкрафт К.У., Холдер Т.М. *Детская хирургия.* — Т. 3. — СПб.: Раритет-М, 1999.
2. Богданова Е.А. *Гинекология детей и подростков.* — М.: Медицинское информационное агентство, 2000.
3. Гуркин Ю.А. *Гинекология подростков: руководство для врачей.* — СПб.: Фолиант, 2000.
4. Коколина В.Ф., Алексеева И.Н. *Опухоли и опухолевидные образования яичников у девочек.* — М.: Манускрипт, 2001.
5. Кутушева Г.Ф., Немилова Т.К., Караваева С.А. // *Журнал акушерства и женских болезней.* — 1999. — № 4. — С. 82–85.
6. Митьков В.В., Медведев М.В. *Клиническое руководство по ультразвуковой диагностике.* — Т. 2. — М.: Видар, 1996.
7. Brandt M.L., Lukes F.I., Filiatrault D. et al. // *J. Pediatr. Surg.* — 1991. — Vol. 26. — P. 276–288.
8. Tapanainen J., Koivisto M., Vihko R., Huhtaniemi I. // *J. Clin. Endocrinol. Metab.* — 1981. — Vol. 52. — P. 235–238.

Поступила в редакцию 13.05.05.

OVARIAN CYSTS IN NEONATES

N.I. Maruchno, V.V. Shapkin, A.N. Chernysh, T.N. Golichenko, L.V. Vilisova, M.V. Larionova
Vladivostok State Medical University, Children's Hospital
(Vladivostok)

Summary — The clinical review of 9 newborns with ovarian cysts. Diagnostic algorithms are resulted; the most common complications are analyzed, tactics and operative treatment is discussed. Authors consider that indications to surgery are the presence of suspension in a liquid cystic component, its big size, presence of additional structures. At absence of acute abdomen and high abdominal pressure the surgery can be postponed until 15–20 days of life.

Pacific Medical Journal, 2005, No. 3, p. 85–88.