

УДК 618.11/.12-007.59-055.25-06:616.381-009.7

И.А. ТУЧКИНА, О.В. ГНАТЕНКО, С. КЕБАШВИЛИ

Харьковский национальный медицинский университет, г. Харьков, Украина

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ КИСТ ЯИЧНИКОВ В ДЕТСКОМ, ПОДРОСТКОВОМ И МОЛОДОМ РЕПРОДУКТИВНОМ ВОЗРАСТЕ



Тучкина И.А.

Актуальность совершенствования методов диагностики и лечения кист яичников определяется стабильно высокой частотой данной патологии в популяции детей, подростков и молодых женщин, а также тенденцией к ее возрастанию в последние десятилетия. Согласно современным данным, в среднем 17% всех овариальных образований составляют кисты яичников, значительная часть которых представлена ретенционными (70%). Данная нозологическая форма в большинстве случаев встречается в возрасте от 14 до 35 лет. Ввиду неспецифичности и вариабельности клинических проявлений заболевания, диагностика ретенционных кист представляет определенные проблемы, следствием чего являются запоздалая консервативная терапия и, зачастую, выполнение необоснованных хирургических вмешательств, что может, в свою очередь, привести к необратимым патологическим изменениям в репродуктивном здоровье данного контингента пациенток.

Цель исследования. Изучение частоты встречаемости кист яичников у детей, подростков и молодых женщин, совершенствование ранней диагностики и разработка оптимальных путей органосохраняющей хирургической тактики лечения данной патологии.

Материал и методы. Обследовано 60 девочек, подростков и женщин молодого репродуктивного возраста. Больные были разделены на три группы. В 1 группу были включены 30 женщин молодого репродуктивного возраста; во 2 группу вошли 19 девушек-подростков 13-17 лет; 3 группу составили 11 девочек от 2 до 12 лет. Диагностический комплекс включал общеклиническое, специальное гинекологическое, комплексное лабораторное, ультразвуковое (в том числе доплерометрическое) исследования, компьютерную и магнитно-резонансную томографию (по показаниям), изучение гормонального профиля.

Результаты и обсуждение. Окончательный диагноз «киста яичника» верифицирован у 37 пациенток из 60 (61,6%): в 1 группе – 26 из 30 (86,6%), во 2 – 10 из 19 (52,6%), в 3 – 1 из 11 (9,1%). Установлено, что перекрут придатков матки был выявлен у 23 из 60 больных: в 1 – 13,3% случаев (у 4 из 30 женщин молодого репродуктивного возраста), во 2 – 47,3% (у 9 из 19 девушек), в 3 группе – 90,9% (у 10 из 11 девочек).

Выполнено 46 оперативных вмешательств посредством лапароскопии с сохранением овариального резерва, 2 лапаротомии, 12 пациенток пролечено консервативно с заключительным диагнозом: овуляторный синдром и ретенционная киста яичника.

Выводы. Киста яичника, как причина абдоминального болевого синдрома, достоверно чаще диагностируется в молодом репродуктивном возрасте, чем у пациенток препубертатного и пубертатного возраста. У девочек и девушек-подростков с явлениями острого живота достоверно чаще, чем у взрослых больных, встречается перекрут интактных придатков матки, что обусловлено анатомическими особенностями внутренних половых органов и более подвижным образом жизни, присущим данной возрастной группе. Оптимальным лечением функциональных кист яичников является комплексная консервативная терапия. Оперативное лечение кист яичников в молодом возрасте проводится по строгим показаниям, методом выбора является органосохраняющая лапароскопия.

Ключевые слова: киста яичника, перекрут придатков матки, девочки, подростки, молодой репродуктивный возраст, лапароскопия.

В статье представлены особенности клинических проявлений и осложнений urgentных патологических состояний, связанных с явлениями острого живота, у девочек, подростков, женщин молодого репродуктивного возраста и оптимальные подходы к выбору тактики их диагностики и лечения. Причиной абдоминального болевого синдрома у молодых женщин чаще всего диагностированы кисты яичника, у пациенток препубертатного возраста – перекрут придатков матки, что

обусловлено анатомическими особенностями внутренних половых органов и более подвижным образом жизни, присущим данной возрастной группе. Лечение проводилось путем назначения консервативной терапии и проведения лапароскопии с сохранением овариального резерва.

Актуальность совершенствования методов диагностики и лечения кист яичников определяется стабильно высокой частотой данной патологии в популяции детей, подростков и молодых женщин, а также тенденцией к

Контакты: Тучкина Ирина Алексеевна, заведующая кафедрой акушерства, гинекологии и детской гинекологии Харьковского национального медицинского университета, г. Харьков. Тел.: + 00380577077380, e-mail: ira.tuch@gmail.com

Contacts: Irina Olexiyivna Tuchkina, Department of Obstetrics, Gynecology and Pediatric Gynecology. Kharkiv National Medical University, Kharkiv c. Ph.: + 00380577077380, e-mail: ira.tuch@gmail.com

ее возрастанию в последние десятилетия. Согласно современным данным, в среднем 17% всех овариальных образований составляют кисты яичников, значительная часть которых представлена ретенционными (70%). Данная нозологическая форма в большинстве случаев встречается в возрасте от 14 до 35 лет [1, 2, 5]. Ввиду неспецифичности и вариабельности клинических проявлений заболевания, диагностика ретенционных кист часто затруднена, следствием чего являются запоздалая консервативная терапия и, зачастую, выполнение необоснованных хирургических вмешательств. Для сохранения репродуктивного потенциала используется трёхэтапный алгоритм ведения больных. Первый этап – раннее выявление путем проведения профилактических осмотров, ультразвукового исследования (УЗИ) малого таза. Второй этап – консервативная терапия или плановое хирургическое лечение, предпочтительнее лапароскопическим методом, с соблюдением органосохраняющего принципа. Третий этап – соответствующая возрасту реабилитация, подразумевающая восстановление нарушенной менструальной функции, полноценного овуляторного цикла, рациональную контрацепцию, коррекцию общесоматического здоровья, ликвидацию персистирующего воспалительного процесса [4, 6, 8, 9].

Клиническая картина опухолевидных образований придатков матки в основном проявляется болями в животе, частота, продолжительность и интенсивность которых может варьировать от постоянных малоинтенсивных ноющих до периодических приступообразных и весьма интенсивных, усиливающихся при физической нагрузке, активных движениях. При больших объемах образования возможны нарушения мочеиспускания и дефекации [3, 5].

У детей и подростков особенностями клинического течения опухолевидных образований яичников являются отсутствие патогномичных признаков и часто бессимптомность заболевания, особенно при небольших размерах новообразований. Кроме того, опухолевидные образования у девочек располагаются не в малом тазу, как у взрослых, а в брюшной полости и обладают большой подвижностью, что приводит к отсутствию жалоб и, соответственно, поздней диагностике данного патологического состояния [3, 5, 7].

Редко пациентки поступают на стационарный этап лечения уже с развернутой клиникой осложнений, связанных с наличием кист яичников, в частности, с явлением их перекрута. Помимо этого в 2-3% случаев причиной абдоминального болевого синдрома у женщин молодого репродуктивного возраста может стать перекрут интактного яичника. Основными его причинами являются избыточная длина маточной трубы, воронко-тазовой связки и собственной связки яичника, извитость и удлинение сосудов мезосальпинкса, травма живота, предшествующая гинекологическая операция, а также наличие гидросальпинкса или пиосальпинкса. У девушек-подростков перекрут ножки кисты яичника и даже интактных придатков матки обусловлен анатомическими особенностями внутренних половых органов (малые размеры матки, относительно высокое расположение яичников в малом тазу), физиологическими особенностями (переполнение мочевого пузыря,

юношеские запоры, бурная кишечная перистальтика), а также более подвижным образом жизни, присущим данной возрастной группе. Среди пациенток препубертатного возраста перекрут придатков матки часто диагностируется у новорожденных в связи с развитием кист яичника, что обусловлено высоким уровнем циркулирующих в крови материнских гормонов [2, 7, 9].

Таким образом, высокая частота выявления кист яичников в молодом возрасте, обусловленные ими нарушения функции репродуктивной системы, возможность формирования осложненного и рецидивирующего клинического течения обуславливают актуальность данного исследования. Дискуссионными являются вопросы о необходимости и тактике хирургического вмешательства.

Цель исследования – изучение частоты встречаемости кист яичников у детей, подростков и молодых женщин, совершенствование ранней диагностики и разработка оптимальных путей органосохраняющей хирургической тактики лечения данной патологии.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Обследовано 60 пациенток, составивших три группы. В 1 группу были включены 30 женщин молодого репродуктивного возраста (18-30 лет); во 2 группу вошли 19 девушек-подростков 13-17 лет; 3 группу составили 11 девочек от 2 до 12 лет. Диагностический комплекс включал общеклиническое, специальное гинекологическое, комплексное лабораторное, ультразвуковое (в том числе доплерометрическое) исследования, компьютерную (КТ) и магнитно-резонансную томографию (МРТ) (по показаниям). Изучался гормональный профиль пациенток. Определялись уровни лютропина (ЛГ), фоллитропина (ФСГ), эстрадиола (Э2), прогестерона (ПРГ), антимюллерова гормона (АМГ).

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Все больные поступали в стационар с явлениями острого живота, причиной которого чаще всего предполагалось наличие кисты яичника. Однако, в процессе обследования и проведения дифференциальной диагностики установлено, что окончательный диагноз «киста яичника» верифицирован у 37 пациенток из 60 (61,6%). При этом в 1 группе достоверно чаще, чем во 2 и 3: у 26 из 30 (86,6%), у 10 из 19 (52,6%), у 1 из 11 (9,1%), соответственно ($p < 0,05$). Напротив, у младших пациенток 2 и 3 групп явления острого живота часто были вызваны наличием перекрута придатков матки, который при УЗИ визуализировался как киста яичника. Установлено, что перекрут придатков матки был выявлен у 23 из 60 больных: в 13,3%; 47,3%; 90,9% случаев – в 1, 2, 3 группах, соответственно ($p < 0,05$).

Дифференциальная диагностика была значительно затруднена, поскольку клинические проявления, обусловленные наличием кисты яичника, были неспецифичны и сходны с клиникой острого живота, вызванной перекрутом придатков матки: боли внизу живота разной интенсивности (в 100% случаев), тошнота (в 20% случаев), рвота (в 30% случаев), повышение температуры тела до субфебрильных, реже фебрильных цифр (в 20% случаев), напряжение передней брюшной стенки (в 60% случаев),

положительные перитонеальные симптомы, пальпация болезненного образования в проекции придатков матки при гинекологическом исследовании (в 100% случаев), резкая болезненность при попытке смещения образования. Лейкоцитарная реакция отмечалась примерно с одинаковой частотой (в 50-55% случаев) во всех группах. У 12 (40%) больных 1 группы выявлено повышение уровня С-реактивного белка в сыворотке крови (пациентки с ретенционными кистами на фоне обострения хронического воспаления гениталий). У больных 1 группы установлено снижение Э2 (у 36,6%), ПРГ (у 40%), АМГ (у 46,6%). У больных 2 группы выявлено нарушение соотношения ЛГ/ФСГ (у 26,6%), повышение уровня Э2 (у 20%), снижение уровня ПРГ (у 73,3%). Гормональные нарушения выявлены у подростков с ретенционными кистами яичников на фоне нарушений менструальной функции. У девочек препубертатного возраста гормональный профиль, как правило, соответствовал возрастным нормам. При УЗИ отмечалось увеличение размеров образования (от 6,5×4,5 см до 12×10 см), изменение его структуры и наличие свободной жидкости в полости малого таза или в брюшной полости, что чаще всего и осложняло дифференцирование кисты яичника от перекрута интактных придатков матки. Допплерография, КТ и МТР были использованы для подтверждения предоперационного диагноза. Особое значение придавалось результатам оценки кровотока в патологически измененных тканях.

В 1 группе в 26 случаях явления острого живота были обусловлены наличием кист, 12 из которых оказались ретенционными. Перекрут кисты яичника отмечался лишь у 4 пациенток. Выполнено 18 оперативных вмешательств посредством лапароскопии, 12 пациенток пролечено консервативно с заключительным диагнозом: овуляторный синдром и ретенционная киста яичника.

Во 2 группе изолированный перекрут яичника диагностирован у 5 пациенток, перекрут паратубарной кисты – у 3, перекрут яичника и маточной трубы – у 1. В 3 группе изолированный перекрут яичника диагностирован у 7 пациенток, перекрут паратубарной кисты – у 2, перекрут тератомы яичника – у 1. При этом и во 2, и в 3 группах в 60% случаев явления перекрута наблюдались с правой стороны, в 40% – слева, что может быть связано с тем, что сигмовидная кишка оставляет ограниченное пространство для их смещений, а также в связи с большей подвижностью купола слепой кишки.

В 1 и 2 группах выполнено 28 оперативных вмешательств посредством лапароскопии, 2 лапаротомии (при перекруте тератомы правого яичника и перекруте с разрывом кисты левого яичника, осложнившимся внутрибрюшным кровотечением). Органосохраняющее хирургическое лечение предусматривало оценку состояния тканей придатков: при сохранении кровотока и отсутствии некротических изменений выполнялась деторсия, при отсутствии кровотока и наличии участков некроза – удаление придатков. При проведении органосохраняющей операции была показана овариопексия, что позволяло сохранить анатомическое положение яичника и маточной трубы, уменьшить вероятность рецидива и риск развития спаечного процесса в области оперативного вмешательства.

ВЫВОДЫ

1. Ввиду неспецифичности и вариабельности клинических проявлений кист яичников, диагностика данной патологии представляет определенные трудности и должна включать общеклиническое, специальное гинекологическое, комплексное лабораторное, ультразвуковое (в том числе доплерометрическое) исследования, компьютерную и магнитно-резонансную томографию (по показаниям), что будет способствовать скорейшему адекватному выбору тактики гинекологической помощи.

2. Киста яичника, как причина абдоминального болевого синдрома, достоверно чаще диагностируется в молодом репродуктивном возрасте, чем у пациенток препубертатного и пубертатного возраста.

3. У девочек и девушек-подростков с явлениями острого живота достоверно чаще, чем у взрослых больных, встречается перекрут интактных придатков матки, что обусловлено анатомическими особенностями внутренних половых органов и более подвижным образом жизни, присущим данной возрастной группе.

4. В неосложненных случаях при функциональных кистах яичников с характерными эхографическими признаками и визуализируемым периферическим кровотоком показана консервативная терапия, включающая в себя противовоспалительное лечение (антибиотики, нестероидные противовоспалительные препараты), рассасывающую, общеукрепляющую терапию, гормональные лекарственные средства (КОК, агонисты Гн-РГ, прогестагены).

5. У гинекологических больных детского, подросткового и молодого репродуктивного возраста при подозрении на наличие кисты яичника оперативное лечение должно проводиться по строгим показаниям. Методом выбора следует считать малоинвазивное хирургическое вмешательство – лапароскопию, с проведением органосохраняющих операций, что позволит сохранить репродуктивный потенциал у будущих матерей.

Прозрачность исследования

Исследование не имело спонсорской поддержки. Авторы несут полную ответственность за предоставление окончательной версии рукописи в печать.

Декларация о финансовых и других взаимоотношениях

Все авторы принимали участие в разработке концепции статьи и написании рукописи. Окончательная версия рукописи была одобрена всеми авторами. Авторы не получали гонорар за статью.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Адамян Л.В. Оперативная гинекология детей и подростков. – М.: ЭликсКом, 2004. – 206 с.
- 2 Богданова Е.А., Адамян Л.В., Сибирская Е.В., Глыбина Т.М. Гинекологическая патология у детей и подростков как причина абдоминального синдрома // Проблемы репродукции. – 2011. – №1. – С. 28-35
- 3 Брянцев А.В. Лапароскопия в диагностике и лечении острой хирургической патологии внутренних половых органов у девочек: автореф. ... к.м.н. – М., 2003. – 24 с.
- 4 Гнатенко О.В., Благовещенский Р.Е., Кебашвили С.В.

Клиника, диагностика и лечение перекрута придатков матки у детей и подростков. Материалы XX Международного медицинского конгресса студентов и молодых ученых. – Тернопіль, 2016. – 203 с.

5 Тучкина И.А., Выговская Л.А., Мальцев Г.В., Благовещенский Е.В. Гострий живіт у гінекологічній практиці // Методичні вказівки для лікарів-інтернів, лікарів акушерів-гінекологів, педіатрів, сімейних лікарів. – 2013. – С. 46-60

6 Тучкина И.А., Тысячка Г.М. Клинико-лабораторная характеристика воспалительных заболеваний внутренних половых органов у девушек-подростков // Медицина сегодня и завтра. – 2011. – № 3 (52). – С. 113-117

7 Тучкина И.А., Тысячка Г.М. Некоторые патогенетические особенности течения пубертата у девочек-подростков с воспалением гениталий // Научные ведомости Белгородского государственного университета. – 2014. – № 4 (175). – С. 79-82

8 Тучкина И.А., Тысячка Г.М. Стратегический подход к комплексной терапии воспалительных заболеваний половых органов у девочек-подростков // Здоровье женщины. – 2013. – № 4 (80). – С. 127-130

9 Anders J. F., Powell E.C. Urgency of evaluation and outcome of acute ovarian torsion in pediatric patients // Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine. – 2005. – №159 (6) – shts. 532-535.

REFERENCES

1 Adamyan LV. *Operativnaya ginekologiya detei i podrostkov* [Operative gynecology of children and adolescents]. Moscow: ElikoKom; 2004. P. 206

2 Bogdanova EA, Adamyan LV, Sibirskaia EV, Glybina TM. Gynecological pathology in children and adolescents as a cause of abdominal syndrome. *Problema reprodukcii = Reproduction problems*. 2011;1:28-35 (In Russ.)

3 Bryantsev AV. *Laparoskopiya v diagnostike i lechenii ostroi khirurgicheskoi patologii vnutrennikh polovykh organov u devochek: avtoref. ... k.m.n.* [Laparoscopy in the diagnosis and treatment of acute surgical pathology of internal genital organs in girls: author's summary... candidate of medical science]. Moscow; 2003. P. 24

4 Gnatenko OV, Blagoveschenskiy RE, Kebashvili SV. *Klinika, diagnostika i lechenie perekruta pridatkov matki u detei i podrostkov. Materialy HH Mezhdunarodnogo kongressa studentov i molodykh uchenykh* [Clinic, diagnostics and treatment of uterine adnexa torsion in children and adolescents. Proceedings of the XX International medical Congress of students and young scientists]. Ternopil; 2016. P. 203

5 Tuchkina IO, Vygovska LA, Maltsev GV, Blagoveschenskiy EV. Acute abdomen in gynecological practice. *Metodichni vkazivki dlya likariv-interniv, likariv akusheriv-ginekologiv, pediatriv, simeinikh likariv = Guidelines for doctors-interns, obstetricians-gynecologists, pediatricians, family physicians*. 2013:46-60 (In Russ.)

6 Tuchkina IO, Tysiachka GM. Clinical and laboratory characteristics of inflammatory diseases of internal genital organs in adolescent girls. *Medicina segodnya i zavtra = Medicine today and tomorrow*. 2011;3(52):113-7 (In Russ.)

7 Tuchkina IO, Tysiachka GM. Some pathogenetic features of the course of puberty in adolescents with inflammation of the

genital. *Nauchnye vedomosti Belgorodskogo gosudarstvennogo universiteta = Scientific statements of Belgorod state University*. 2014;4(175):79-82 (In Russ.)

8 Tuchkina IO, Tysiachka GM. A strategic approach to complex therapy of inflammatory diseases of the genital organs in adolescent girls. *Zdorovie zhenshhiny = Women's Health*. 2013;4(80):127-30 (In Russ.)

9 Anders JF, Powell EC. Urgency of evaluation and outcome of acute ovarian torsion in pediatric patients. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*. 2005;159 (6):532-5

ТҰЖЫРЫМ

И.А. ТУЧКИНА, О.В. ГНАТЕНКО, С. КЕБАШВИЛИ

Харьков ұлттық медицина университеті, Харьков қ., Украина

АНАЛЫҚ БЕЗ ЖЫЛАУЫҒЫНА БАЛА, ЖАСӨСПІРІМ ЖӘНЕ РЕПРОДУКТИВТІ ЖАСТА ДИАГНОСТИКА ҚОЮ МЕН ЕМДЕУ

Аналық без жылауығына диагностика қою мен оны емдеу әдістерін жетілдіру маңыздылығы аса жоғары, өйткені бұл патология балалар, жасөспірімдер, жас әйелдер арасында тұрақты түрде жоғары жиілікпен артып келеді және соңғы онжылдықтарда оның өрши түсу үдерісі байқалуда. Заманауи соңғы деректерге қарағанда, орташа алғанда аналық бездегі бүкіл түзінділердің 17% аналық без жылауығы құрап отыр, олардың басым бөлігі ретенционды (70%). Бұл нозологиялық форма көптеген жағдайда 14 пен 35 жас аралығында кездеседі. Аурудың клиникалық құбылыстарының спецификалық емес және түрленгіш сипатта болуы, ретенционды жылауыққа диагностика қою бірқатар проблема туғызады, оның салдарының бірі кешіктіріліп жүргізілген консервативті терапия мен негізсіз хирургиялық араласулар болмақ, бұл өз кезегінде пациент әйел адамдардың осы контингентінің репродуктивті денсаулығында қайтымсыз патологиялық өзгерістердің орын алуына әкеп соғуы ықтимал.

Зерттеудің мақсаты. Балаларда, жасөспірімдерде, жас әйелдерде аналық без жылауығының пайда болуы жиілігін зерттеу, ерте диагностикуаны жетілдіру мен осы патологияны емдеудің хирургиялық тактикасында органдарды сақтап қалудың оңтайлы жолдарын өзгерту болып табылады.

Материал және әдістері. 60 қыз бала, жасөспірім қыз бала және репродуктивті жастағы әйелдер тексерілді. Науқастар үш топқа бөлінді, 1-ші топта репродуктивті жастағы 30 әйел, екінші топта 13-17 жастағы 19 жасөспірім қыз бала; 3 топта 2-12 жастағы 11 қыз бала болды. Диагностикалық кешенде мыналар қамтылды: жалпы клиникалық, арнайы гинекологиялық, кешенді лабораториялық, ультратрадыбыстық (оның ішінде доплерометрикалық) зерттеулер, компьютерлік және магнитті-резонансты томография (көрсетулері бойынша), гормональды профилді зерттеу.

Нәтижелері және талқылауы. «Аналық без жылауығы» түпкілікті диагнозы 60 пациенттің 37 анықталды (61,6%): 1 топта – 26 – 30 (86,6%), 2-ші топта – 10 – 19 (52,6%) және 3 топта 11 адамның – 1 (9,1%). Белгілі болғандай, жатыр қосалқысының бұралып қалуы 60 науқастың 23-нен білінген: 1 – 13,3% жағдай (репродуктивті жастағы әйелдердің 30-нен 4-де), 2-ші топта – 47,3% (19 қыз баланың 9-да), 3 топта – 90,9% (11 қыз баланың 10-да).

Аналық без резервін сақтау арқылы лапароскопия әдісімен 46 оперативті араласу орындалды, 2 лапаротомия жүргізілді, 12 пациент консервативті ем алды, оларға қойылған қорытынды диагноз овуляторлық синдром мен ретенциялық аналық без жылауығы болатын.

Қорытынды. Абдоминальды ауыру синдромының себебі ретінде аналық без жылауығы диагнозы жас қыздар мен жасөспірім қыздарға қарағанда репродуктивті жаста жиірек анықталады. Ересек науқастарға қарағанда қыз балалар мен

жасөспірім қыз балаларда ішінің жіті ауруы жиірек болады, жатырдың интактілік қосалқысының бұралуы орын алады, бұл ішкі жыныс органдарының анатомиялық ерекшеліктеріне және осы жастағы қыз балалардың анағұрлым жиірек қозғалуына байланысты болмақ. Аналық бездің функциональды жылауығының оңтайлы емі ретінде кешенді консервативті терапия болмақ. Жас кезде аналық без жылауығына оперативті ем қатаң көрсетулер болған кезде ғана жүргізіледі, таңдалатын әдіс органы сақтап қалатын лапароскопия болмақ.

Негізгі сөздер: аналық без жылауығы, жатыр қосалқысының бұралуы, қыздар, жасөспірімдер, репродуктивті жас, лапароскопия.

SUMMARY

I.O. TUCHKINA, O.V. GNATENKO, S. KEBASHVILI

Kharkiv National medical university, Kharkiv c., Ukraine

DIAGNOSTICS AND TREATMENT OF OVARIAN CYSTS IN CHILD, ADOLESCENT AND YOUNG REPRODUCTIVE AGE

The relevance of improvement of diagnostic methods and treatment of ovarian cysts is determined by the consistently high incidence of this pathology in the population of children, adolescents and young women, as well as a tendency to its increase in recent decades. According to current data, on average 17% of all ovarian formations are ovarian cysts, most of which are retention (70%). This nosological form in most cases occurs in the age from 18 to 35 years. In view of nonspecific and variability of clinical manifestations of disease, diagnosis of retention cyst is a specific problem resulting in a delayed corrective conservative therapy and, often, execution of unwarranted surgical interventions that may, in turn, can lead to irreversible pathological changes in the reproductive health of the population of patients

The aim is to study the frequency of occurrence of ovarian cysts in children, adolescents and young women, improving early diagnosis

and development of optimal ways of conserving surgical treatment of this pathology.

Material and methods. The study included 60 girls, Teens and women of young reproductive age. Patients were divided into three groups. 1 group included 30 young women of young reproductive age; the 2nd group consisted of 19 adolescents 13-17 years; 3 group consisted of 11 girls from 2 to 12 years. Diagnostic complex included clinical, special gynecological, comprehensive laboratory, ultrasound (including doppler ultrasound) research, computer and magnetic resonance imaging (if indicated).

Results and discussion. The final diagnosis of "ovarian cyst" was verified in 37 of 60 patients (61,6%): group 1 – 26 of 30 (86.6 per cent), in 2 – 10 of 19 (52,6%), in 3 1 of 11 (9.1 percent). It is established that the torsion of the uterine appendages was detected in 23 of 60 patients: in 1 group – 13.3% of cases (4 out of 30 young women of reproductive age), in 2 group – 47.3% (9 out of 19 girls), in 3 group – 90.9% (10 out of 11 girls).

46 surgeries were performed by laparoscopy with preservation of the ovarian reserve, 2 laparotomy, 12 patients were treated conservatively with final diagnosis mittelschmerz and retention cyst of the ovary.

Conclusions. Ovarian cyst as the cause of abdominal pain is significantly more often diagnosed in young reproductive age than in patients of prepubertal and pubertal age. In girls and adolescent girls with symptoms of acute abdomen the torsion of intact appendages of the uterus was significantly more common than in adult patients), due to anatomical features of the internal reproductive organs and more mobile way of life inherent to this age group. Optimal treatment of functional ovarian cyst is complex conservative therapy, surgical treatment of ovarian cysts at a young age is conducted under strict indications, treatment of choice is sparing laparoscopy.

Key words: ovarian cyst, uterine adnexal torsion, girls, adolescents. young reproductive age, laparoscopy.

Для ссылки: Тучкина И.А., Гнатенко О.В., Кебашвили С. Диагностика и лечение кист яичников в детском, подростковом и молодом репродуктивном возрасте // *Medicine (Almaty)*. – 2017. – No 1 (175). – P.

Статья поступила в редакцию 30.12.2016 г.

Статья принята в печать 23.01.2017 г.