

ОЦЕНКА НА ЗАЧЕСТИЛИТЕ СЛУЧАИ НА АДНЕКСИАЛНИ МАСИ ПРИ ДЕЦА И ЮНОШИ

ЩЕ РАЗГЛЕДАМЕ ЗАЧЕСТИЛИТЕ СЛУЧАИ НА АДНЕКСИАЛНИ МАСИ ПРИ ДЕЦА И ПОДРАСТВАЩИ, които представляват тревожно събитие както за пациентите, така и за техните семейства. В отделението по оперативна гинекология към УМБАЛСМП „Н. И. Пирогов“ са хоспитализирани над 30 (общо 36) случая в рамките на 6 месеца (от м. 08.2022 г. до м. 01.2023 г.), като за сравнение приблизително същият брой случаи преминават през отделението за година (ретроспективна справка 4 години назад: 2021 г. – 30 случая; 2020 г. – 39 случая; 2019 г. – 48 случая; 2018 г. – 13 случая). Най-честата причина да се потърси помощ е болка ниско в корема или наличие на осезаема маса, най-често установена като „случайна“ находка по време на образно изследване.

Трябва да се обърне внимание, че голяма част от тези маси са доброкачествени, но винаги трябва да се мисли и за злокачествена генеза. Допълнителната оценка на тези маси се прави с лабораторни изследвания, които ще разгледаме по-долу. Туморните формации, които не успяха да регресират с консервативно лечение, тези с тежка, бързоразвиваща се клинична картина, претърпяха хирургична интервенция. Като основен и щадящ метод на работа се избра лапароскопията. В допълнение трябва да се поясни, че максималният стремеж към запазване функцията и целостта (където е възможно) на яйчниците е „идеалното“ лечение за продължаване нормалното пубертетно развитие и репродуктивно здраве.



г-р Николай
Николов

Отделение по
оперативна
гинекология към
УМБАЛСМП
„Н. И. Пирогов“,
гр. София

Ключови думи:

АГ, педиатрия,
овариални маси,
овариални тумори

Овариалните маси са редки, но не необичайни явления в детската и юношеска популация. Когато се появят, те предизвикват тревожност у пациентите и семействата им. Голяма част от практикуващите не са запознати с правилното поведение към тези маси и често прибързват като преминават към хирургични интервенции, които често не са наложителни. В световната литература е посочено, че честотата на овариалните маси в юношеската попу-

лация е приблизително 2.6 на 100 000 момичета на възраст до 18 години. Приблизително 10% от тези маси се оказват злокачествени. Въпреки че откриването на тези маси води до сериозни притеснения, не трябва да се правят прибързани заключения. Уместно е, ако клиничната картина позволява, да се извърши пълният набор от изследвания, и да се стремим към максимално консервативно лечение, поради факта че голяма част от тези образувания са доброкачествени и търпят регресия при

правилен подход и лечение. Важно е лекарят да изпълнява водещата си функция на медиатор и координатор в процеса, като по този начин се цели да се запази максимално функцията на яйчниците.

Етиология на кистите на яйчниците

Случаите, които се решаваха в на-

шето отделение, в по-голямата си част са породени от нарушение на хормоналния баланс. Пре-пубертетните момичета са изложени на риск от развитие на функционални кисти поради неуспех на инволюцията на фоликулите. Тези кисти обикновено се причиняват от гонадотропинова стимулация на яйчника от незрялата хипоталамо-хипофизарна ос, както и неуспешна овулация и персистенция на яйчниковите фоликули.

Като рискови фактори, на които трябва да се обърне по-сериозно внимание, са:

- Хормоналните проблеми.
- Ендометриоза.
- Тежка тазова инфекция.
- Предишни/вродени кисти на яйчниците.
- Наследствен фактор – тук трябва да обърнем внимание, че в 9 от нашите случаи има пряка връзка между състоянието на детето и негов пряк роднина – майката. В тези случаи майките описват подобно състояние, което са преживели на подобна възраст, като част от тях са успели да се подобрят консервативно, при други се е стигнало до операция.

Храни

В сравнително ново проучване се споменава, че жени, които ядат голямо количество преработено месо (салами, хот дог, пици, джонери и други подобни), както и по-голямо количество червено месо, имат по-голям риск да развият туморно образуване на яйчника. Причината се крие в самото приготвяне на съответните меса. Готвенето на животински

храни на висока температура може да създаде канцерогени. Страничните продукти включват хетероциклични амини (HCAs) и полициклични ароматни въглеводороди (PAHs). HCA се произвеждат, когато креатинините и аминокиселините (и двете се съдържат в месото) реагират заедно с топлината. Тази реакция започва да протича при температура около 100°C. PAH включват над 100 различни съединения, образувани от непълното изгаряне на органична материя при температури над 200°C. По същество, колкото по-горещо и по-дълго се готви едно месо, толкова повече HCAs и PAHs се произвеждат. По този начин се повишават нивата на серумния креатинин, което се свързва с висок риск от образуване на тумори по яйчниците, тъй като туморните клетки използват креатинина като енергиен ресурс за своето развитие. Методите с пряка топлина, като печене на грил и пържене, произвеждат повече HCA и PAH, отколкото методи с непряка топлина като задушаване или готвене на пара. В допълнение трябва да се добави, че преработката на готово месо добавя химикали като нитрити, които генерират N-нитрозо съединения (NOCs) – друг клас канцерогенни съединения.

Симптоми

Най-честите симптоми на овариалните кисти са внезапна, силна, рязко появила се болка и генитално кървене.

Те се проявяват, ако овариалната маса:

- Нараства на размери.
- Кърви.
- Наруши целостта си.

- Започне да се торквира (усуква) и/или наруши кръвоснабдяването на яйчника.

Други чести симптоми са:

- Подуване или усещане за подутина в корема.
- Болка по време на движение на червата.
- Болка в таза малко преди или след началото на менструалния цикъл.
- Болка при полов акт или болка в таза по време на движение.
- Болка в таза – постоянна, тъпа болка.

Диференциална диагноза

- *Доброкачествени:* функционална киста, ендометриоза, тубоовариален абсцес, зрял тератом, серозен кистагеном, муцинозен кистагеном, параовариална киста, хидросалпинкс, лейомиоми.
- *Злокачествени:* епителен карцином, тумор на зародишните клетки, полов или стромален тумор, метастатичен рак.
- Възпалителни заболявания на таза.
- Извънматочна бременност.

Други:

- Апендицит.
- Дивертикулит.
- Гастрит.
- Констипация.
- Възпалителни заболявания на уринарния тракт.
- Нефролитиаза.

Образна диагностика

Изключителна роля в диагностицирането на туморните образувания на яйчниците при деца е образната диагностика, като първа линия за диагностичното изследване на избор е ултразвукът. Трансвагиналният ултразвук се предпочита, ако пациентът е достатъчно зрял, води полов живот и може да понесе прегледа. Ако не, трансабдоминално изображение ще бъде достатъчно, като тук трябва да се обърне внимание и на изключителната полза от трансректалната ехография, която в тези случаи дава много по-точно и качествено изображение.

В нашето отделение тя се провежда винаги, когато има съмнение за оперативна намеса, като в случаите ни позволява до 95% с точност да се постави правилната диагноза. Тя трябва да се провежда след абсолютното съгласие както на пациента, така и на придружаващия го родител, след предварително обясняване на спецификата на метода и начина му на провеждане.

В част от случаите, когато изпитвахме затрудненост в диагностиката от други органи и системи, некоеперативност от страна на пациент и родител, много увредено общо състояние, на помощ при поставяне на диагнозата се включват ЯМР и КТ, които помагат в диференциалната диагностика на образувания от отделителната система и гастроинтестиналния тракт.

Туморни маркери

Ако образуванията са сложни, солидни или предполагат злокачествен

таблица 1

Овариална киста	Брой случаи	Размери	Години	Според лечението
Проста	20	28-56 mm	10-14	Лапаротомия – 4
Сложна	16	43-150 mm	12-15	Лапароскопия – 12
Общо	36		10-17	Консервативно – 20

процес, е уместно да се изследват туморни маркери. За разлика от възрастните жени, туморите на зародишните клетки са най-разпространеният злокачествен овариален тумор при юноши и деца. Подходящите туморни маркери включват: CA-125, HE-4; ROMA-SCORE; alpha-feto-protein, serum beta-hCG, estradiol, inhibin B и lactate dehydrogenase. В световната литература е споменато, че туморните маркери могат да помогнат при диагностицирането на тумор от зародишните клетки, но се съобщава, че те са повишени само при 54% от злокачествените заболявания на яйчниците и 6.5% от доброкачествените лезии. При всички наши случаи, хистологичните резултати показаха доброкачествен процес, като серумните нива на туморните маркери бяха в норма или показваха незначително повишаване, което може да се отглед на възпалителен процес.

Поведение

Прости кисти, по-големи от 4-5 cm, трябва да се лекуват консервативно, като се провеждат контролни ултразвукови изследвания за потвърждаване на регресията. Кистите на яйчниците обикновено изчезват спонтанно след три менструални цикъла, като определянето на времето на ултразвука по време на

фоликулната фаза на цикъла веднага след менструалния цикъл ще избегне объркване между фоликул, жълто тяло и персистираща киста. За големи кисти на яйчниците може да се определят тези, които са по-големи от 5 cm и изискват по-чести ултразвукови изследвания. В нашето отделение разрешихме общо 36 случая в рамките на 6 месеца, като общите данни може да се проследят в Табл. 1.

Консервативно лечение

Последните литературни данни показват, че употребата на орални контрацептиви за лечение на функционални кисти, след като са установени, не е от полза. Нашият скромен опит показва, че правилното приложение на орален прогестерон в контролирана среда, показва до 85% успеваемост за регресията на тези кисти. Към лечението се добавят поставяне на лед от страна на кистичната формация, употреба на НСПВ за обезболяване, АБ профилактика на възпалителния процес, вливания. След успешното лечение може да се обмисли терапия с орални контрацептиви, за да се предотврати повторната поява на кисти на яйчниците.

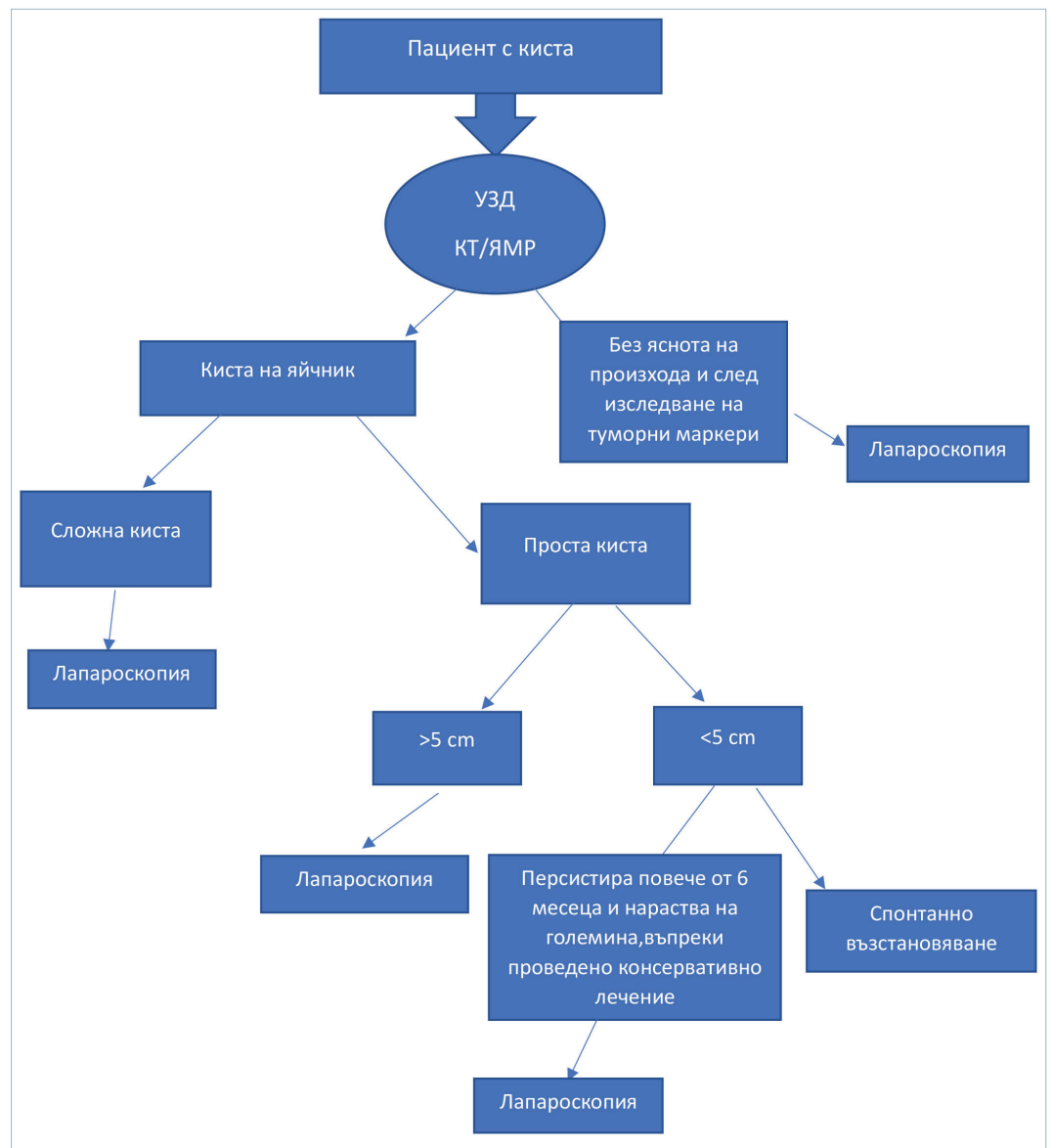
Хирургична интервенция

Решението за поведение към аднексиалните маси трябва да се основава на физически преглед, ултразвукови находки и лабораторни изследвания. Ако кистата не намали размерите си след 2-3 месеца, трябва да се счита за патологична и да се обсъди хирургическа интервенция, която в случая е оправдана. Кисти, които протичат с тежки симптоми или са по-големи от 8 cm, трябва да се оперират незабавно. В световната литература се споменава за необходимост от хирургична интервенция при големи прости кисти (по-големи от 5 cm), ако тежките симптоми не отзвучат за 12-24 часа.

Златен стандарт за хирургично лечение е лапароскопията, приета като процедура на избор при деца и девойки поради предимствата, наблюдавани при възрастните популации. Ако лекуващият лекар не е опитен в лапароскопията, пациентът трябва да бъде насочен към специализирана болница със звено с опит в педиатричната гинекологична лапароскопия, каквото е и нашето отделение по оперативна гинекология.

Лапароскопията предлага подобрен козметичен външен вид и намаляване на оперативното време, загубата на кръв, болничния престой и следоперативната болка. Лапароскопската хирургия също допринася за по-малко образуване на сраствания от лапаротомията, което може да доведе до подобрени резултати за фертилитета в бъдеще.

Кистектомия, фенестрация или декомпресия на кистата с отстраняване на капсулата на кистата трябва



ва да бъде процедура на избор при доброкачествени кисти на яйчниците. В нашето отделение предпочитаната процедура е кистектомията. Хемостазата се постига чрез биполарно обгаряне. Материалът се отстранява с торбата Endobag. Ако материалът не може да премине през 10 mm порт, кистата се аспирира в торбичката под директна визуализация. Пробите, които са твърде големи за Endobag, се аспирират с игла, ако има нисък риск от

злокачествено заболяване. Ако възникне разливане, се извършва обилен лаваж. Доказано е, че химическият перитонит е изключително рядък при проучвания при възрастни; възниква само при 0.2% от пациентите с руптурирала киста. Повторната поява на овариални кисти в литературата се цитира като 4% при ексцизия на киста срещу 84% при проста аспирация. Трябва да се отбележи, че цитологичната оценка на аспирирана течност от кисти на

Фигура 1:
Опростена схема за поведение при пациенти с аднексиални маси

яйчниците се оказва ненадеждна.

План за действие при кистични формации:

- Индикации за хирургична намеса:

Запомнете „РИТНИК“

- Р – Руптура
- И – Инфекция
- Т – Торзия
- Н – Некроза
- И – Инфаркт на кръвоносните съдове
- К – Кръвоизлив
- Да се обмислят възможните диференциални диагнози.
- Да се извърши обстоен бимануален преглед.
- Внимателно разглеждане и оценка на лабораторните показатели.
- Организиране пълен обем на образните изследвания.
- Да се прецени хирургическият подход – лапароскопия или лапаротомия.
- Да се помисли за: кистектомия, оофоректомия или салпингоофоректомия.

Торзия на яйчниците

Ще разгледаме в отделна точка торзията на яйчниците. Тя изисква бърза диагностика и незабавна хирургична намеса с цел запазване на яйчника. Аднексалната торзия се среща при 3% от всички деца, които имат остра коремна болка. Торзията на аднекса при деца най-често се причинява от доброкачествена киста на яйчника, тератом или параовариална киста.

Всъщност, 97% от усукванията са резултат от доброкачествена патология. Не е доказано, че размерът на яйчниковата киста корелира с повишен риск от торзия на яйчника.

Овариалните торзии е по-вероятно да се получат от дясната страна поради защитния ефект на сигмата на дебелото черво.

Лапароскопската деторзия на торсираните аднекси е процедура на избор, дори ако яйчникът изглежда некротичен.

Нашият опит с деторквирание и съхраняване на яйчника показва, че след определен период от време (в рамките на 2-3 седмици), симптомите се възвръщат и това налага повторна хирургия и отстраняване на засегнатия аднекс.

Заключение

В заключение, девойките имат полза от консервативното лечение на кисти на яйчниците, поради факта че по-голямата част от кистите са доброкачествени.

Ако е необходима хирургична интервенция, целта трябва да бъде запазване на яйчниковата тъкан, за да се позволи нормално пубертетно развитие и запазване на плодовитостта. Децата и юношите трябва да бъдат насочени към детски гинеколог или гинеколог с познания и опит в тази област, за да се постигне възможно най-добър резултат. ■

Книгопис:

Книгописът е на разположение в редакцията.