

моторную функцию, мало что дает для распознавания новообразований этой локализации, и его следует применять по очень строгим показаниям.

Жалобы больных на патологические выделения из заднего прохода и расстройство стула вызывали, как правило, подозрение на дизентерию, из-за чего таких больных госпитализировали в инфекционное отделение. К сожалению, нередко больных длительно лечили антибиотиками, госпитализировали повторно без бактериологического подтверждения диагноза. Лишь проведение ректороманоскопии в кишечном кабинете или стационаре выявляло истинное заболевание. Необходимо отметить, что этот ошибочный диагноз особенно часто ставили детям, которых обычно первыми обследовали участковые педиатры, инфекционисты и очень редко хирурги.

При остром начале заболевания, сопровождающемся болями в животе, расстройством стула и диспепсическими явлениями, нередко ставили диагноз «пищевое отравление» (в 12,2%). У всех таких больных полипоз толстой кишки выявлен вне инфекционных отделений, куда они первоначально госпитализировались.

Больные с явлениями диспепсии и болевыми ощущениями в животе, развивавшимися постепенно или остро, поступали в стационар с диагнозом острого или хронического холецистита, холецистопанкреатита. Из 29 человек, у которых предполагался острый или хронический аппендицит, у 21 (15 детей и 6 взрослых) произведена аппендэктомия. Только при дообследовании с применением ирригоскопии в связи с отсутствием улучшения после операции у них установлен правильный диагноз.

При болях в животе, появлении жидкого стула со слизью и диспепсических нарушениях детям часто (10,7%) ставили диагноз глистной инвазии.

Следует подчеркнуть, что в группе больных со случайно установленным полипозом толстой кишки ведущим методом диагностики были пальцевое исследование прямой кишки и ректороманоскопия (в 79,6%)—объем обследования, доступный врачу общей лечебной сети. Важно, что при этом заболевание в скрытом периоде выявлено у 42 из 45 больных. В 15% полипоз толстой кишки обнаружен случайно во время лапаротомии, предпринятой в связи с ошибочным диагнозом острой патологии брюшной полости, а в 5,3%—рентгенологически при обследовании толстой кишки в связи с подозрением на другое ее заболевание.

Таким образом, причины поздней диагностики полипоза толстой кишки кроются в разнообразии начальных проявлений и в сравнительной редкости этой патологии, малой осведомленности врачей общей лечебной сети о клинике болезни, недостаточном объеме обследования больных, в частности пренебрежении эндоскопическим исследованием прямой кишки при жалобах на патологические выделения из заднего прохода.

Поступила 26 декабря 1978 г.

УДК 618.11—006—055.23

ОПУХОЛЕВИДНЫЕ ОБРАЗОВАНИЯ И ОПУХОЛИ ЯИЧНИКОВ У ДЕВОЧЕК И ДЕВУШЕК

Проф. **А. З. Уразаев**, доц. Н. Л. Капелюшник

Кафедра акушерства и гинекологии № 1 (зав. — проф. **А. З. Уразаев**) Казанского
ГИДУВа им. В. И. Ленина

Реферат. Представлен анализ клинического течения опухолевидных образований и опухолей яичников у 40 девочек и подростков в возрасте от 6 до 17 лет. Отмечено более частое развитие пролиферирующих опухолей. Изучены ближайшие и отдаленные результаты оперативного и комбинированного лечения этих больных. Даны практические рекомендации по ранней диагностике опухолей яичников и методы лечения.

Ключевые слова: опухоли яичников у девочек и девушек, лечение.
2 таблицы. Библиография: 6 названий.

У девочек и подростков опухоли яичников встречаются редко: они составляют от 1% [6] до 2,6% [3] опухолей половых органов других локализаций. Несмотря на это, данный раздел детской гинекологии заслуживает особого внимания, так как трудности диагностики и имеющиеся еще недостатки в организации гинекологической помощи девочкам нередко приводят к позднему выявлению злокачественных новообразований.

С 1956 по 1975 г. мы наблюдали 40 больных в возрасте от 6 до 17 лет с опухолевидными образованиями и опухолями яичников. Большинство из них (35) были в возрасте полового созревания. Частоту опухолей половых желез в этом периоде можно объяснить гормональными сдвигами, характерными для организма в пубертатном возрасте.

Из 7 больных с ретенционными образованиями у 5 заболевание протекало бессимптомно, образования были обнаружены случайно, а у 2 произошло частичное

перекручивание ножки опухоли, в связи с чем появились боли в животе, запоры и нарушилось мочеиспускание. Все девочки оперированы. У 4 из них произведена резекция одного яичника, у 1 — обоих яичников при наличии двухсторонних фолликулярных кист, а у девочек, у которых произошло перекручивание ножки опухолевидного образования, удалены придатки с одной стороны. Послеоперационный период у всех больных этой группы протекал без осложнений.

Пролиферирующие опухоли выявлены у 33 пациенток: у 17 — герминогенные, у 10 — эпителиальные и у 6 — опухоли стромы полового тяжа.

В группе больных с герминогенными опухолями одинаково часто наблюдались дисгерминомы (у 8) и кистозные тератомы, или дермоидные кисты (также у 8), у 1 девочки была незрелая тератома (тератобластома).

Эпителиальные опухоли были преимущественно серозными (у 7), муцинозные выявлены только у 3 девочек. Почти все эпителиальные опухоли (8) оказались сецернирующими (цистаденомы), лишь у 2 девочек диагностированы злокачественные опухоли — папиллярные аденокарциномы.

Из 6 больных с опухолями стромы полового тяжа у 4 установлена злокачественная гранулезоклеточная опухоль (фолликулема), у 1 — текома и у 1 — злокачественная арренобластома.

Таким образом, доброкачественные опухоли были у 17 девочек, злокачественные — у 16. Злокачественный характер опухолей подтвержден данными гистологического исследования.

Отметить что-либо характерное в анамнезе больных с опухолями яичников не удалось. Из перенесенных заболеваний установлены детские инфекции и грипп. Отклонений в течении беременности и родов у матерей при рождении данных детей не имелось. Только одна из матерей — врач-рентгенолог — продолжала интенсивную работу по специальности и во время беременности, у ее дочери в возрасте 17 лет обнаружена папиллярная аденокарцинома.

Размеры опухолей были разнообразными: от 10—12 до 45—60 см.

Клиническая картина доброкачественных неосложненных опухолей яичников у девочек была скудной. Симптомы появлялись только при опухолях больших размеров и были связаны с механическим сдавливанием окружающих органов и тканей: увеличивались размеры живота, возникали боли, чувство тяжести, дизурические явления, запоры. При перекручивании ножки опухоль проявляла себя раньше острым абдоминальным синдромом (резкие боли в животе, рвота, напряжение мышц передней брюшной стенки). У девочек со злокачественными опухолями яичника отмечались боли в животе, вначале появляющиеся временами, а затем более интенсивные и постоянные; бели или кровянистые выделения из половых путей; явления интоксикации: слабость, вялость, сонливость, повышенная раздражительность, ухудшение аппетита, беспокойный сон, иногда беспричинное повышение температуры, рвота.

Девочки с дисгерминомами жаловались на боли в животе, ощущение тяжести, запоры и увеличение размеров живота. У одной из них отмечалась одышка, потеря аппетита, похудание, очень быстрое и значительное увеличение живота. У этой больной была диагностирована опухоль IV стадии. У 2 больных развивалась картина острого живота в связи с перекручиванием ножки опухоли. Таким образом, дисгерминомы, обладая быстрым ростом, проявляли себя болями и увеличением размеров живота, но не давали какой-либо специфической клинической картины. Не было и характерных изменений крови. У некоторых больных как проявление злокачественного роста наблюдались увеличение СОЭ и сдвиг лейкоцитарной формулы влево при нормальном лейкоцитозе. Так, у 4 девочек СОЭ была от 32 до 65 мм/ч. И. С. Краевская (1967) объясняет эти изменения крови образованием в опухоли очагов некроза со всасыванием продуктов распада.

У больных с гранулезоклеточной опухолью феминизирующей активности не выявлено, наоборот, у 2 девочек отмечались признаки маскулинизации в виде гирсутизма и вторичной аменореи.

Арренобластома по клиническим данным протекала без гормональной активности и была выявлена в связи с увеличением размеров живота и появлением белей. Гормональные исследования не проводились, так как большая оперирована по срочным показаниям (перекручивание ножки опухоли).

Анализ наших наблюдений, а также сообщение Н. Л. Куш и В. П. Мирошниченко (1977) свидетельствуют о преимущественном развитии у девочек опухолей яичников, а не опухолевидных образований, как следует из данных А. И. Петченко (1964), И. Д. Нечаевой (1972) и др. По морфологической структуре опухоли у детей менее разнообразны, чем у взрослых женщин, однако сложность гистологического строения затрудняла в ряде случаев решение вопроса об их характере. Доброкачественные опухоли обнаруживались несколько чаще, чем злокачественные, но следует согласиться с К. А. Москачевой (1961) об относительности клинических и гистологических критериев их злокачественности. У ряда больных со злокачественной структурой опухоли мы наблюдали доброкачественное клиническое течение заболевания.

Все девочки с опухолями яичников были оперированы. Объем оперативного вмешательства определялся характером опухоли и степенью распространения процесса (табл. 1).

При дисгерминоме дополнительно проводили лечение циклофосфаном по 0,1 г

Виды оперативных вмешательств при опухолевидных образованиях и опухолях яичников у девочек

Диагноз	Число больных	Объем оперативного лечения					
		удаление придатков матки с одной стороны	удаление одного и резекция второго яичника	резекция		надвлагалищная ампутация матки с придатками с обеих сторон	пангистеротомия с придатками с обеих сторон
				одного яичника	обоих яичников		
Опухолевидные образования . . .	7	2		4	1		
Серозные цистаденомы	5	1	4				
Папиллярная аденокарцинома . .	2	1				1	
Муцинозные цистаденомы	3	—	3				
Дермоидная киста	8	3	5				
Незрелая тератома	1	1					
Гранулезоклеточные опухоли . .	4	4					
Текома	1		1				
Дисгерминома . .	8	5				1	2
Арренобластома	1	1					
Всего	40	18	13	4	1	2	2

ежедневно внутримышечно (общая доза — от 3—5 до 7 г в зависимости от возраста девочки). Двум больным (одной с папиллярной аденокарциномой, другой с дисгерминомой) произведена надвлагалищная ампутация матки с придатками с обеих сторон, двум — простая экстирпация матки с придатками с обеих сторон и резекция большого сальника. У них была дисгерминома с прорастанием капсулы, диссеминацией опухоли по брюшине, метастазами в сальник и в другие органы. После операции они получали лечение циклофосфаном.

Осложнений в послеоперационном периоде не было.

Отдаленные результаты лечения больных со злокачественными опухолями яичников прослежены на сроках до 7 лет (табл. 2).

Таблица 2

Отдаленные результаты лечения опухолей яичников у девочек

Диагноз	Число больных	Удаление придатков матки с одной стороны	Надвлагалищная ампутация матки с придатками с обеих сторон	Простая экстирпация матки с придатками с обеих сторон	Отдаленные результаты		
					нет данных	здоровы	летальный исход
Дисгерминома . . .	8	5	1	2	1	5	2
Гранулезоклеточная опухоль	4	4	—	—	—	4	—
Злокачественная арренобластома . .	1	1	—	—	—	—	1
Незрелая тератома .	1	1	—	—	—	1	—
Папиллярная аденокарцинома	2	1	1	—	—	2	—
Всего	16	12	2	2	1	12	3

12 девочек здоровы, 3 умерли в течение первого года после операции — 2 с дисгерминомой и 1 со злокачественной арренобластомой. У обеих девочек с дисгерминомой IV стадии проведены радикальные операции: простая экстирпация матки с придатками с обеих сторон и резекция большого сальника. В последующем девочки получали лечение циклофосфаном. У больной со злокачественной арренобластомой I стадии удалены придатки матки с одной стороны. В дальнейшем она не получала лечения в связи с отказом родителей от химиотерапии.

Вопрос об объеме оперативного вмешательства у девочек с опухолями яичников сложен. Дискутабелен он при гранулезоклеточной опухоли и особенно при дисгерминоме, ибо опухоль злокачественна и мало чувствительна к химиотерапии. Мы полагаем, что при односторонней подвижной гранулезоклеточной опухоли и дисгерминоме без прорастания капсулы допустимо удаление придатков с одной стороны, при дисгерминоме показана последующая химиотерапия циклофосфаном или лучевая терапия (не облучать оставленный яичник!). Подобное же мнение высказывает И. С. Краевская (1967). При обширном распространении процесса с переходом опухоли на соседние органы желательно проводить химио- или лучевую терапию в предоперационном периоде.

Ранняя диагностика опухолей яичника в значительной степени зависит от степени совершенствования гинекологической помощи девочкам. Профилактические осмотры, активное выявление заболеваний гениталий у девочек, проведение санитарно-просветительной работы среди матерей, школьниц, персонала детских учреждений, ознакомление их с вопросами физиологии и патологии полового развития девочек — все эти мероприятия будут способствовать раннему распознаванию заболеваний половых органов девочки.

Внедренные в практику методы обследования взрослых женщин, у которых подозреваются наличие новообразований половых органов, должны найти применение и в детской гинекологии. В случаях, когда при подозрении на опухоль яичника брюшноночно-прямокишечное исследование не дает четких данных, показано проведение пневмопельвиографии или лапароскопии, а при возможности — и эзографии.

Обзорный снимок брюшной полости может помочь в диагностике зрелых тератондных опухолей яичника (выявление кальцификатов, зубов, частей скелета и т. д.).

При подозрении на гормонально активную опухоль яичника следует проводить краниографию, кольпоцитологические исследования, определять уровень половых гормонов в крови, количество 17-кетостероидов мочи и их фракций, 17-оксикортикостероидов, тестостерона, прегнадиола.

Для дифференциации с беременностью могут быть использованы биологические реакции и проба с гравимуном. Для суждения о распространении опухолевого процесса на соседние органы рекомендуется цисто- и ирригоскопия. В отдельных трудных для диагностики случаях показано пробное чревосечение. Если у больных с дисгерминомой яичника наблюдаются положительные биологические реакции на беременность (реакция сперматоурии, Ашгейма — Цондека), целесообразно повторять реакции после операции и в дальнейшем, в процессе химио- и лучевой терапии. Сохранение положительных реакций после удаления опухоли может свидетельствовать о наличии метастазов дисгерминомы, а возобновление положительной реакции после того, как она была отрицательной ввиду удаления опухоли, — о возникновении новых метастазов.

Правильная организация гинекологической помощи девочкам по 3-звеневой системе, настороженность педиатров и гинекологов в отношении новообразований половых органов у девочек, ранняя госпитализация при подозрении на опухоль, комплексное обследование с использованием биохимического, цитологического, эндоскопического, ультразвукового и других методов могут помочь в ранней диагностике опухолей яичников в детском возрасте.

ЛИТЕРАТУРА

1. Краевская И. С. Дисгерминомы яичников. М., Медицина, 1967.
2. Куш Н. Л., Мирошниченко В. П. *Вопр. охр. мат.*, 1977, 2. — 3. Маурина М. А. *Акуш. и гин.*, 1959, 6. — 4. Москачева К. А. *Опухоли у детей*. М., Медицина, 1961. — 5. Нечаева И. Д. *Лечение опухолей яичников*. Л., Медицина, 1972. — 6. Петченко А. И. *Клиника и терапия гинекологических заболеваний детей*. Киев, Здоров'я, 1964.

Поступила 20 июля 1979 г.