

Утверждаю

Первый заместитель министра

\_\_\_\_\_ Р.А. Часнойть

\_\_\_\_\_ 2010г.

Регистрационный № 162-1209.

**ЭТАПЫ КОРРЕКЦИИ ОПУХОЛЕЙ И АНОМАЛИЙ РАЗВИТИЯ  
РЕПРОДУКТИВНОЙ СИСТЕМЫ У ДЕВОЧЕК ОТ 0 ДО 18 ЛЕТ**  
(инструкция по применению)

Учреждение-разработчик:

ГУ «РНПЦ «Мать и дитя»

Авторы: д.м.н. О.Н.Харкевич, к.м.н. Р.Л.Коршикова, Л.А.Секержицкая,  
Т.П.Ващилина, к.м.н. И.В.Бегун

Минск, 2010г.

Данная инструкция разработана с целью совершенствования гинекологической помощи девочкам от 0 до 18 лет с опухолями и аномалиями развития репродуктивной системы, повышения эффективности своевременной диагностики данной патологии, укреплению репродуктивного здоровья данной категории девочек, сокращению женского бесплодия и улучшению демографической ситуации в Республике Беларусь. Инструкция предназначена для врачей акушеров-гинекологов женских консультаций, детских гинекологов, педиатров.

#### **Необходимое оборудование:**

Аппарат для УЗ и доплерометрических исследований, общеклинические лабораторные исследования, лабораторные гормонметрические исследования, определение маркера Ca<sub>125</sub>, комплект оборудования для лапароскопических, лапаротомических и влагалищных операций.

#### **Показания к применению в гинекологии**

1. Опухоли репродуктивной системы у девочек от 0 до 18 лет.
2. Аномалии развития репродуктивной системы у девочек.

**Противопоказания** отсутствуют.

#### **Описание технологии использования метода**

Коррекция опухолей и аномалий развития репродуктивной системы у девочек состоит из следующих этапов:

- диагностика опухолей и аномалий развития репродуктивной системы
- лечение выявленной патологии
- реабилитация после проведенного оперативного лечения.

**I – ый этап - диагностика** опухолей и аномалий развития репродуктивной системы начинается с первичного звена – участковых педиатров, акушеров-гинекологов с уточнения факторов риска у девочек. Далее выясняют клиничко-anamнестические данные и осуществляют

объективный осмотр. В случае, если девочку беспокоят жалобы в животе, нарушения менструальной функции, снижение массы тела, при пальпации обнаруживается опухоль в брюшной полости, ее направляют к детскому гинекологу по месту жительства, после исключения острой хирургической патологии.

Группы риска по развитию опухолей и аномалий развития репродуктивной системы:

- Возраст 12-18 лет
- Нарушения овариально-менструального цикла различного характера (от аменореи до маточных кровотечений)
- Отягощенный семейный анамнез (наличие опухолей в анамнезе у родственников)
- Наличие у матери миомы матки, генитального эндометриоза, гиперпластических процессов эндометрия, перенесенных операций по поводу опухолей внутренних половых органов, заболевания молочных желез (мастопатия, фиброаденоматоз)
- Наличие аномалий развития других органов и систем.

Аномалии развития репродуктивной системы составляют 2-3% от всех заболеваний женских половых органов. Причинами аномального развития половых органов считаются тератогенные факторы, действующие в эмбриональный, возможно в фетальный и постнатальный периоды, к которым относятся ионизирующее излучение, инфекция, лекарственные средства, особенно гормональные, химические, атмосферные (недостаток кислорода), алиментарные (нерациональное питание, дефицит витаминов) и другие, нарушающие процессы метаболизма и клеточного деления; и внутренние (тератогенным воздействиям относятся все патологические состояния материнского организма, а также наследственные).

Из опухолей репродуктивной системы у девочек чаще всего встречаются опухоли яичников.

Для опухолей яичников у девочек характерны некоторые особенности.

1. Высокая частота доброкачественных (опухолевидных) образований придатков матки (40-50%).

2. Высокая частота герминогенных опухолей и гонадобластом.

3. Бессимптомное течение, при отсутствии осложнений и/или небольших размерах (до 5-6 см).

4. Позднее обращение, когда опухоль может определяться при пальпации живота.

5. Анатомо-топографические (малые размеры матки, относительно высокое расположение яичников) и анатомо-физиологические (переполнение мочевого пузыря, юношеские запоры, бурная кишечная перистальтика, склонность к быстрым поворотам тела) особенности предрасполагают к присоединению такого осложнения, как перекрут ножки кисты.

6. Трудности дифференциальной диагностики, большой процент диагностических и тактических ошибок (8-12% девочек пубертатного периода подвергаются необоснованным хирургическим вмешательствам, неоправданному удалению придатков матки при обнаружении объёмных образований в малом тазу).

Детский гинеколог тщательно собирает анамнез, выясняет жалобы пациентки, осуществляет ректоабдоминальное обследование (при возможности вагинальный осмотр), направляет на УЗИ исследование.

УЗИ на современном этапе занимает лидирующие позиции среди методов диагностики новообразований и аномалий развития репродуктивной системы в клинике детской и подростковой гинекологии ввиду относительной доступности, неинвазивности и достаточно высокой информативности. При подтверждении предполагаемого диагноза по данным УЗИ детский гинеколог направляет девочку в специализированный

стационар – в детское гинекологическое отделение на II–III уровнях оказания медицинской помощи и ГУ «РНПЦ «Мать и дитя», где проводят дополнительное обследование.

Для дифференциальной диагностики, используют дополнительные неинвазивные методы исследования: обзорная рентгенография брюшной полости пневмопельвиография, компьютерная томография и ядерно-магнитный резонанс, пункция дугласова пространства с последующим цитологическим исследованием смыва, диагностическая лапароскопия (лапаротомия) с экспресс-биопсией и взятием мазков-отпечатков для уточнения гистотипа опухоли, и ревизией органов брюшной полости (при злокачественной опухоли выясняется степень распространения процесса).

С целью уточнения состояния смежных органов и особенностей топографии опухоли показаны ирригоскопия, экскреторная урография, фиброгастроскопия, рентгенологическое исследование органов грудной клетки и т. д.

Цитологический метод применяется для установления характера опухоли. Пункция брюшной полости производится специальным детским троакаром по средней линии живота или сбоку слева от пупка на средней линии, соединяющей пупок с верхней остью подвздошной кости. У девочек старшей возрастной группы производят кульдоцентез.

Выскабливание слизистой полости матки с диагностической целью у девочек проводится при подозрении на опухоль матки. Выскабливание производят только в стационаре.

В комплексном обследовании используются такие методы, как кольпоскопия, гистерография, гистероскопия, лапароскопия, прямая лимфография.

Иммунологический метод иммуноферментный тест для определения альфафетопротеина (АФП 0), который образуется в желточном мешке. Повышение его содержания выявляется у девочек с герминоклеточными опухолями яичников.

Гормональное исследование: Определение уровня бета-субъединицы ХГ проводят для диагностики трофобластических и некоторых герминогенных опухолей. Содержание эстрадиола может быть повышено у девочек с физиологическими фолликулярными кистами и опухолями стромы полового тяжа. Опухоли из клеток Сертоли и Лейдига могут вызвать повышение концентрации андрогенов.

Исследование крови и сывороточные онкомаркеры: повышенный уровень маркера Ca125 убедительно указывает на рак яичников. СА-125 (при серозной и низкодифференцированной аденокарциноме), СА-119 (при муцинозной цистаденокарциноме и эндометриоидной цистаденокарциноме), гликопротеидный гормон (при гранулезоклеточном и муцинозном раке яичника. У девочек с выраженным эндометриозом уровень Ca125 также может быть повышен, однако он будет ниже, чем при злокачественных новообразованиях яичников.

При подозрении на злокачественный характер выявленного образования девочку дополнительно направляют на консультацию к онкологу.

## **2–ой этап лечения выявленной патологии**

После постановки диагноза решается вопрос о необходимости и объеме хирургической коррекции, которая осуществляется на II–III уровнях оказания медицинской помощи и ГУ «РНПЦ «Мать и дитя». Ретенционные образования исчезают или самостоятельно, или под влияем проводимой терапии, нормализующей гормональный статус. Оперативное вмешательство показано при перекруте ножки опухоли, увеличении ее размеров. Лечение опухолей яичников у девочек оперативное и незамедлительное, в связи тенденцией к быстрому росту в детском возрасте. Во время операции обязательно проведение срочного гистологического исследования для определения характера опухоли. Операции, проводимые у детей и подростков по поводу доброкачественных опухолей яичников, должны быть максимально консервативны в целях сохранения менструальной и генеративной функции. Оптимальным методом диагностики и лечения при

доброкачественных образованиях и аномалиях развития внутренних половых органов у детей и подростков является лапароскопия. Во время лапароскопии производится пункция овариальных кист с эвакуацией серозного содержимого с последующим цитологическим исследованием полученной жидкости. Метод позволяет избежать хирургического вмешательства. Лапароскопическая аппаратура позволяет в настоящее время производить у детей более широкие диагностические мероприятия во время лапароскопии (биопсия, пункция), а также лечебные мероприятия под контролем УЗИ сканирования с минимальными осложнениями. Совершенная лапароскопическая методология позволяет диагностировать с высокой степенью точности, достигающей до 100%, антенатальные кистозные образования яичников и устранять их с помощью аспирационной лапароскопии.

### **3 этап: Реабилитация**

#### 1. Восстановление психосексуального статуса

Консультация психоневролога

Консультация эндокринолога

Консультация сексопатолога

#### 2. Коррекция гормонального статуса

Гормонотерапия по показаниям

Физиотерапевтическое лечение

### **Возможные осложнения**

1. Непереносимость лекарственных средств

2. Побочное действие гормональных препаратов

3. Ятрогенные осложнения при выполнении оперативных вмешательств.