


С.Г.Хачкурузов

**Ультразвуковая симптоматика
и дифференциальная диагностика
КИСТ и ОПУХОЛЕЙ ЯИЧНИКОВ**

2-е издание

 Москва
«МЕДпресс-информ»
2021

УДК 618.1-073
ББК 57.1
Х29

Все права защищены. Никакая часть данной книги не может быть воспроизведена в любой форме и любыми средствами без письменного разрешения владельцев авторских прав.

14 декабря 2020 г. после тяжелой и продолжительной болезни на 70-м году жизни скончался **Сурен Георгиевич Хачкурузов**. Книга посвящается светлой памяти автора.

Хачкурузов, Сурен Георгиевич.

Х29

Ультразвуковая симптоматика и дифференциальная диагностика кист и опухолей яичников. — 2-е изд. — М. : МЕДпресс-информ, 2021. — 288 с. : ил.

ISBN 978-5-00030-936-0

Предлагаемая вниманию читателя книга представляет собой своеобразную комбинацию справочника и монографии, объединяющую различные аспекты (морфологические, клинические и эхографические) распознавания патологических образований яичников.

Книга построена по нозологическому принципу и состоит из семи глав, оснащенных обширной иллюстративной базой. При этом рассматриваются и разбираются конкретные, имеющие практическое значение вопросы эхоэмиотики и дифференциальной диагностики, часть из которых редко обсуждается в аналогичных изданиях.

Книга может быть полезна для врачей ультразвуковой диагностики, гинекологов и студентов.

УДК 618.1-073
ББК 57.1

ISBN 978-5-00030-936-0

© Хачкурузов С.Г., 2014
© Издательство «МЕДпресс-информ», 2014

Автор благодарит коллектив женской консультации № 122, Санкт-Петербург, Выборгский район (*главный врач Ф. Р. Кутуева*) и ООО «МЕД-А» (*генеральный директор Н. М. Ботерошвили*) за практическую и консультативную помощь.

Автор выражает искреннюю признательность своему неизменному *соавтору и коллеге Л. В. Овинцевой*, оказавшей незаменимую и высокоэффективную помощь в подготовке этого издания к печати.

ОГЛАВЛЕНИЕ

Список сокращений.....	5
Введение	6
Глава 1. Фолликулярная киста.....	8
Глава 2. Параовариальная киста	48
Глава 3. Геморрагические кисты	65
Лютеиновая гематома.....	65
Эндомиоидная киста.....	96
Глава 4. Тератодермоидные образования	126
Глава 5. Доброкачественные эпителиальные кистозные опухоли — цистаденомы	165
Гладкостенная серозная цистаденома	165
Папиллярная серозная цистаденома	180
Муцинозная цистаденома (гладкостенная)	189
Папиллярная муцинозная цистаденома.....	198
Глава 6. Рак яичника	203
Малигнизировавшая цистаденома — цистаденокарцинома	210
Серозная цистаденокарцинома	210
Муцинозная цистаденокарцинома.....	226
Первичный (первично-солидный) рак.....	232
Ранняя диагностика	244
Метастатическое поражение.....	253
Глава 7. Редкие новообразования	257
Фиброма	257
Текома	262
Карциноид.....	268
Гранулезоклеточная опухоль.....	270
Андробластома	277
Опухоль Бреннера	278
Литература.....	281

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

М	— матка;
Э	— эндометрий;
Я	— яичник(и);
МТр	— маточная труба;
ШМ	— шейка М ;
МП	— мочевого пузыря;
К	— кишка;
О	— образование;
м/таз	— малый таз;
УЗИ	— ультразвуковое исследование;
ФМ-узел	— фиброматозный узел;
ТВ	— трансвагинальный;
НБ	— недели беременности;
ЖТ	— желтое тело;
БРС	— беременность раннего срока;
ЖК	— женская консультация;
ЖГЭ	— железистая гиперплазия Э ;
НМЦ	— нарушение менструального цикла;
ЭК	— эндометриоидная киста;
РЯ	— рак яичника.

Введение

Кисты и опухоли яичников — наиболее часто встречающийся вариант гинекологической патологии, манифестируемой с помощью УЗИ.

В тех случаях, когда при гинекологическом исследовании выявляется патологическое **О** в полости м/таза, врач-УЗИ должен решить ряд вопросов: 1) визуализировать пальпируемое **О** на эхограммах; 2) установить его характер (жидкостное или мягкотканное); 3) точно локализовать относительно **М**, **Я** и **МП**; указать число и размеры **О**, а также сделать объективное описание эхографических характеристик объекта; 4) определить (или сделать попытку определения) морфологическую и функциональную природу патологического очага. Аналогичные задачи возникают перед эходиагностом и тогда, когда пациентка посещает УЗ-кабинет без предварительного осмотра гинеколога, а в процессе эхолокации выявляется патологический овариальный объект; или если при гинекологическом осмотре патологии придатков не обнаружено, а во время сканирования определяется то или иное необычное **О**, не связанное с **М** и «не вписывающееся» в привычную эхокартину нормальных **Я**.

Решение перечисленных вопросов требует от врача-УЗИ не только обширных теоретических знаний, подкрепленных собственным клиническим опытом, но и определенной внутренней дисциплины. А также — субъективного, индивидуального в каждом конкретном случае диагностического настроя и готовности к одновременному, быстрому анализу и синтезу большого объема разнородной информации, интенсивно поступающей на протяжении всего исследования (от момента входа пациентки в УЗ-кабинет вплоть до формулировки диагностического заключения и резюмирующих слов врача).

Необходимо иметь в виду, что в распознавании кист и опухолей **Я** УЗИ м/таза имеет особую значимость, так как, с одной стороны, весьма велик удельный вес бессимптомно протекающей патологии, выявляемой в качестве случайной (или сопутствующей) УЗ-находки; с другой стороны, клиническая картина многих заболеваний бывает идентична, а данные гинекологического осмотра неспецифичными. В этих условиях именно УЗИ является основой диагностического процесса, от результатов которого зависит судьба больной. Следует учесть, что данная область УЗ-диагностики представляет значительные трудности в плане дифференциации, когда в течение одного исследования (за весьма ограниченный промежуток времени) врач-УЗИ должен ис-

ключить наличие вариантов нормы, воспалительных изменений, опухолей **М** и, главное, провести дифференциальную диагностику между различными видами кист и опухолей **Я**. Это накладывает на специалиста огромную ответственность и диктует целесообразность обозначения некоторых общих положений, понимание которых во многом обеспечивает успех диагностического процесса.

Логический каркас исследования складывается из реализации нескольких основополагающих моментов. Вот они.

Цель исследования выясняется в направлении на УЗИ и при ознакомлении с историей болезни, а задачи уточняются в личной беседе с больной во время эхолокации. Эти два действия способствуют созданию рабочей концепции исследования (более правильно — диагностической гипотезы), которая вытекает не столько из формулировки целей и задач, сколько из субъективного подхода врача к данной формулировке, так как именно он определяет основную точку зрения, руководящую идею для понимания и освещения явления. Концепция исследования уточняется в процессе работы и помогает понять, какие последствия для пациентки влечет то или иное эхографическое заключение.

Следующий этап — получение и накапливание фактического визуального материала, доказывающего, характеризующего или опровергающего выбранную диагностическую гипотезу... или же — детерминирующего создание и рассмотрение новой версии (версий) диагноза. Это осуществляется проведением сравнительного анализа аккумулированной информации путем подбора морфологических и клинических аналогов увиденному на экране прибора.

Конечным итогом произведенной работы должны быть регистрация комплекса имеющихся данных и на этой основе — принятие обоснованного и адекватного диагностического решения.

Идентифицировать лоцируемый патологический объект — значит опознать, различить, выделить его среди прочих. Для этого необходимо уметь воспринять поступающую от объекта информацию и обнаружить в ней такую, которая содержит в себе группу квалифицирующих его признаков. Для этого, в свою очередь, необходимо обладать исходной информацией, выполняющей роль критерия оценки.

Самая типичная модификация функциональной и органической патологии **Я** — киста: жидкостное **О** — патологическая полость, заполненная жидкостью. Значительно реже встречается мягкотканно-жидкостное (кистозно-солидное) или мягкотканное (солидное) строение объекта*.

* В дальнейшем УЗ-семиотика патологических овариальных **О** приводится в порядке убывания их частоты.

Глава 1

Фолликулярная киста

Возникает из преовуляторного фолликула в результате кистозной трансформации неовулировавшего фолликула при ановуляторном менструальном цикле. Этот процесс вызван гормональными нарушениями. А конкретнее — изменениями собственной гормональной стимуляции фолликула эндокринной тканью **Я**. По мнению морфологов, формальным признаком перехода физиологического процесса созревания фолликула в патологическую фолликулярную кисту служит размер жидкостного **О** более 30 мм в Д. Если же величина его менее 30 мм, правильнее использовать следующие термины: фолликулярная (функциональная) полость, или персистирующий (неовулировавший) фолликул.

М о р ф о л о г и я. Тонкая фиброзная капсула кисты состоит из тека-ткани (тека-экстерны и тека-интерны) фолликула, отграниченной от внутреннего эпителиального слоя базальной мембраной. Внутренняя выстилка стенки ановуляторной функциональной полости — гранулезный эпителий. Размеры фолликулярной кисты постепенно увеличиваются вследствие секреции гранулезными клетками жидкости, достигая максимального диаметра перед месячными. Как правило, этот размер не превышает 50 мм в Д (обычно в пределах 30–45 мм), но у некоторых больных зарегистрированы кисты до 100 мм. В большинстве случаев во время месячных сочетанные изменения общего гормонального фона и концентрация гормонов внутри кисты приводят к разрыву ее стенки и самоликвидации патологической полости. Последнее явление заслуживает более подробного рассмотрения, так как в данной ситуации понимание патогенетического механизма определяет правильность диагностики и, соответственно, лечебной тактики.

Феномен самоликвидации фолликулярной кисты возможен только при наличии в ней функционально активного гранулезного эпителия. До тех пор, пока его клетки продуцируют более или менее постоянные уровни гормонов (преимущественно эстрогенов), функциональная полость персистирует в **Я** и даже постепенно увеличивается в размерах. Но, когда функциональный ресурс гранулезы истощается, концентрация эстрогенов уменьшается (зачастую резко падает), что приводит к развитию микроциркуляторных дегенеративно-дистрофических изменений в стенке кисты. Возникает локальная деструкция последней. Через образовавшийся дефект (точечный или щелевидный), под влиянием внутреннего гидродинамического давления, киста теряет жидкость — самоопорожняется.

Характерно, что одновременно аналогичные изменения, инициированные падением гормонального уровня, протекают и в **Э**. А точнее: в результате снижения концентрации гормонов на границе базального и функцио-

нального слоев слизистой **М** возникают сливающиеся друг с другом участки кровоизлияний и некрозов, вследствие чего функциональный **Э** отторгается. Именно поэтому самоликвидация фолликулярной полости часто совпадает с метроррагией, как правило, наступающей в сроки очередной менструации или, реже, несколько отсроченной — развивающейся после периода задержки месячных.

В большинстве случаев опорожнение функциональной кисты совершается довольно быстро и полностью. Но иногда, при формировании очень мелкого дефекта стенки (микроперфорация), процесс самоликвидации фолликулярной кисты растягивается во времени и протекает по типу постепенного регресса жидкостного **О**.

У некоторых больных с выраженными гормональными нарушениями (хронической ановуляцией) при наличии ранее возникшей фолликулярной кисты возможно появление новых аналогичных полостей, которые, плотно соприкасаясь друг с другом тонкими, мягкими стенками, могут образовывать многокамерную фолликулярную кисту. Наиболее типичны двух-, реже — трехкамерные функциональные полости.

Независимо от этиологии, размеров, клинических проявлений, УЗ-морфологических особенностей и характера динамики, основой патогенеза фолликулярных кист является *ановуляция*, а отличительной чертой от других овариальных полостей — *феномен самоликвидации*.

К л и н и к а. Как случайное явление, зарегистрированное, например, при профилактическом УЗ-обследовании, фолликулярная киста может быть выявлена у любой практически здоровой женщины репродуктивного периода жизни. При этом они обычно и не подозревают о появлении патологической функциональной полости, поскольку, как правило, данные **О** протекают бессимптомно.

В то же время, фолликулярные кисты характерны для пациенток с заболеваниями и гормональными нарушениями, способствующими ановуляции. В частности, подобные полости часто встречаются (как при первичном УЗИ, так и в процессе фолликулометрии) у больных с эндокринным бесплодием. Они типичны для пре- и климактерических периодов. Зачастую определяются после ампутации **М** без придатков, а также у женщин с нерегулярными менструальными циклами. Нередко наблюдаются при хронической гиперэстрогении. Нельзя забывать и об относительно немногочисленной группе молодых женщин, не предъявляющих жалоб на ограничение фертильности, которым свойственны эпизоды ановуляций с формированием фолликулярной кисты. Причем у одной и той же пациентки возможны неоднократное появление и самопроизвольная ликвидация таких полостей (как в одном и том же, так и в разных **Я**).

В представленных выше ситуациях, за исключением эндокринного бесплодия, фолликулярные кисты обычно обнаруживаются при профилактических УЗИ. Например: в процессе подготовки к планируемой беремен-

ности, перед назначением оральной контрацепции или гормонотерапии, во время общего гинекологического обследования и пр. Или же эти **О** фиксируются при УЗИ по поводу фибромиомы **М**, эндометриоза, после гинекологических операций, а также во время спонтанных исследований, выполняемых по личной инициативе пациентки. Следовательно, почти во всех указанных ситуациях фолликулярная киста является сопутствующей («фоновой») функциональной (динамической) патологией, так сказать, случайной УЗ-находкой. Однако, с учетом некоторой специфики перечисленных групп женщин, случайность подобного рода — скорее внезапно проявившаяся закономерность.

Субъективная симптоматика. В подавляющем большинстве случаев фолликулярные кисты бессимптомны. Болевой синдром, как правило, отсутствует. Лишь в единичных наблюдениях, преимущественно когда размеры условно патологической функциональной полости превышают 45–50 мм в Д, предъявляются жалобы на чувство тяжести внизу живота или на незначительные и непостоянные болевые ощущения. Впрочем, зачастую даже при очень крупных кистах (свыше 60 мм) болей не отмечается.

Нарушение менструального цикла в виде задержки месячных наблюдается редко. У превалирующего по частоте числа пациенток очередная менструация наступает своевременно или с очень небольшой (несущественной) задержкой; а по характеру либо не отличается от обычной циклической метроррагии, либо бывает несколько менее обильной и менее продолжительной. В то же время, в 8–20% случаев кистозной трансформации неовулировавшего доминантного фолликула отмечается задержка месячных от 1 недели до месяца (изредка больше), но чаще всего в пределах 2–3 недель. Отсрочка менструального кровотечения объясняется отсутствием необходимого для этого перепада гормональных уровней, так как гормоноактивная слизистая фолликулярной кисты секретирует постоянные (но пониженные) уровни эстрогенов в течение почти всего времени ее существования. Когда же функциональные возможности гранулезного эпителия истощаются, концентрация эстрогенов резко падает — наступает десквамация **Э**, т.е. отсроченное менструальное кровотечение — более обильное, чем обычно, и часто болезненное. В тех случаях, когда задержка месячных приближается к 1 неделе и более, женщины обычно посещают УЗ-кабинет с подозрением на БРС. Диагностическая ситуация разрешается с помощью УЗИ (в динамике) и тестирования на ХГ.

Данные гинекологического осмотра малоинформативны. В процессе вагинального исследования фолликулярные кисты безболезненны вследствие очень мягкой консистенции и, как правило, вообще не пальпируются.

УЗИ. Эхографическая симптоматика фолликулярной кисты может быть представлена одной фразой — в области **Я** выявляется тонкостенное жидкостное **О** правильной овальной формы, с однородным содержимым, величиной свыше 30 мм (наибольший размер). Но, учитывая значительную

частоту этих функциональных полостей, на некоторых аспектах УЗ-диагностики стоит остановиться подробнее.

В частности, будучи истинным овариальным **О**, фолликулярная киста исходит из **Я**. Поэтому в области кисты формируется дефект овариальной ткани (дефект массы), а выходящая за край **Я** часть полости образует дефект его контура. Одновременно рядом с патологической полостью (вплотную к ней) лоцируется интактная ткань **Я** нормального мелкофолликулярного строения, серповидно «охватывающая» сопредельную границу кисты*.

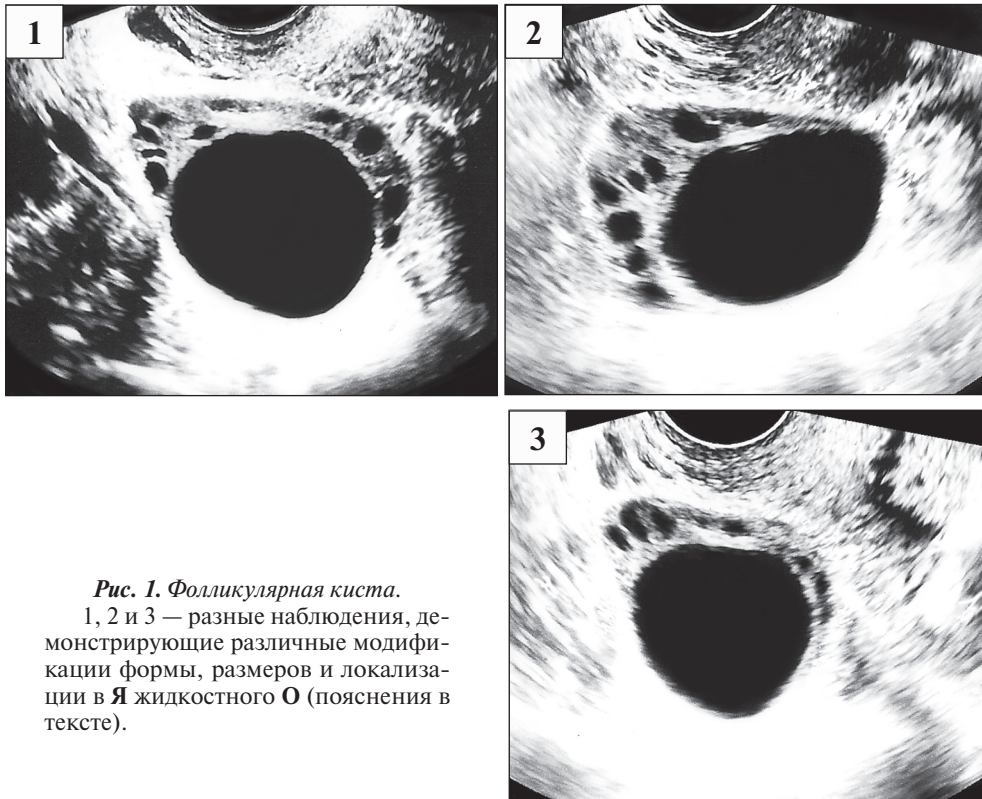


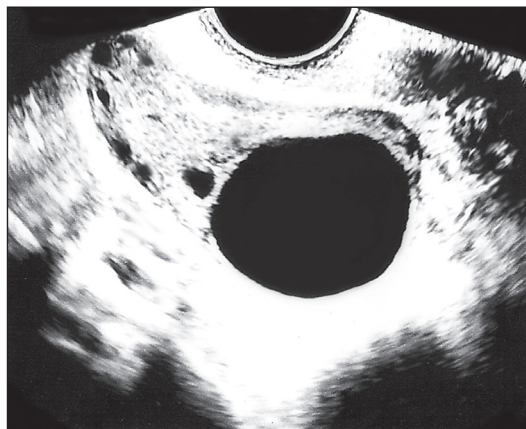
Рис. 1. Фолликулярная киста.

1, 2 и 3 — разные наблюдения, демонстрирующие различные модификации формы, размеров и локализации в **Я** жидкостного **О** (пояснения в тексте).

Величина фолликулярных кист колеблется в пределах от 30 до 60 мм (и более), но обычно не превышает 50 мм. Чаще всего 30–40 мм в Д. В единичных случаях наибольший размер этих функциональных полостей достигает 100–120 мм.

* Перечисленные три признака — дефект массы и контура **Я**, присутствие нормальной овариальной ткани в непосредственной близости от объекта — характерны для всех исходящих из **Я** патологических **О**. Наличие их (наряду с кистой) служит основой проведения дифференциальной диагностики между яичниковыми и параовариальными патологическими полостями.

Как видно из иллюстраций, для фолликулярных кист характерны очень тонкие, можно сказать, сверхтонкие стенки, толщиной значительно менее 1 мм, типа «папиросной бумаги». Поперечный размер капсулы такой кисты аналогичен оболочке доминантного фолликула. Фактически, сами по себе стенки фолликулярной полости не видны, а только намечаются за счет некоторого уплотнения (сдавления) овариальной ткани пограничных отделов **Я** и, выходящей за контур **Я** части кисты, эффектом дорсального усиления. В результате создается впечатление о наличии в **Я** четко очерченного депо жидкости (как «мыльный пузырь»), отграниченного от **Я** и окружающих тканей невидимыми, как бы прозрачными, но строго замкнутыми стенками. Контуры их гладкие — ровные или слегка волнистые.



*Рис. 2. Фолликулярная киста
(пояснения в тексте).*

Благодаря таким сверхтонким и гладким стенкам, а также совершенно гомогенному химико-биологическому составу содержимого, фолликулярные кисты имеют довольно мягкую консистенцию и поэтому легко изменяют свою форму (обычно правильную овоидную или сферическую) во время пальпаторно-тракционной эхолокации.

Структура жидкости почти всегда однородная. Но, если фолликулярная киста не самоликвидировалась в данном цикле, а персистирует свыше двух циклов, в ее просвете иногда можно заметить очень тонкие эхопозитивные элементы типа «хлопьев». Это выпадающие в осадок белковые агрегаты. Они находятся во взвешенном состоянии и в виде «нежных» пленок или мелких тяжей (единичных, реже множественных), могут проследиваться в разных отделах полости, легко смещаются при контактном исследовании и зачастую скапливаются в нижней части жидкостного **О**.

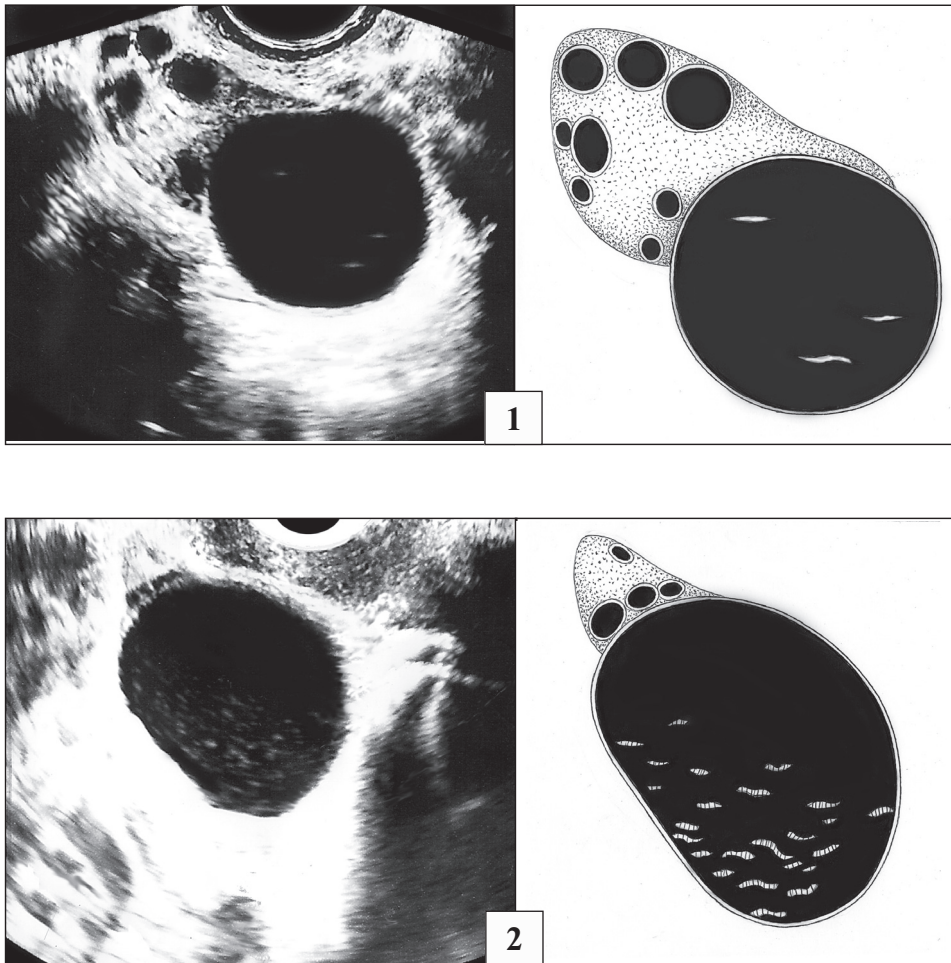


Рис. 3 (1, 2). Фолликулярные кисты с неоднородным содержимым.

1. В различных участках патологической полости (38 мм в Д), локализующейся в медиальной части правого **Я**, «плавают» единичные, очень узкие и короткие эхо-позитивные тяжи.

2. В нижней трети тонкостенного жидкостного **О**, 44 × 35 мм (в области его верхней границы — интактный верхний полюс **Я**) имеется скопление множественных хрупких (тонких и малоинтенсивных) хлопьевидных элементов.

В соответствии с наиболее типичной топографией **Я** фолликулярные кисты обычно лоцируются в одной из параметральных областей, на том или ином расстоянии от **М**. В тех же случаях, когда **Я** располагается в позади-маточном-позадишеечном пространстве (что нередко бывает и без припаивания **Я** к задней стенке **М**), дислокация функциональной полости соответственно изменяется — она определяется позади **М-ШМ**.

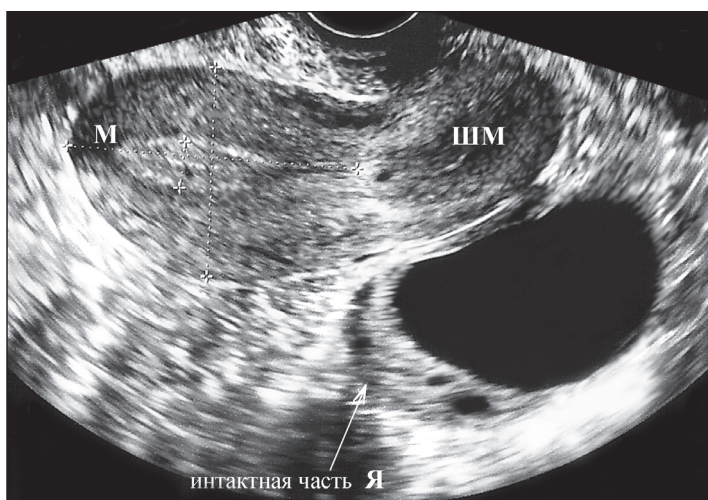


Рис. 4. Фолликулярная киста в позадисагитальном пространстве.

Жидкостное **О** исходит из кадуальной части **Я** и потому располагается вдоль задней стенки **ШМ**, а неизменный верхний полюс **Я** прослеживается на уровне перешейка **М**.

Как уже было отмечено, патогномичной чертой фолликулярных кист служит феномен самоликвидации патологической овариальной полости. Данное явление почти всегда протекает безболезненно, так как химически и биологически индифферентная («безобидная») фолликулярная жидкость не раздражает болевых рецепторов брюшины м/таза. Причем, если повторное УЗИ сделано сразу после опорожнения кисты, позади **М** или/и в одной из параметральных областей лоцируется небольшой объем свободной жидкости — излившееся в каудальные отделы содержимое функциональной полости, которое в дальнейшем довольно быстро всасывается тазовой брюшиной.

С учетом высокой частоты фолликулярных кист, представляется полезным рассмотреть ряд довольно типичных клинических ситуаций, связанных с УЗ-динамикой — первичным обнаружением и последующей самоликвидацией — данной патологии.

Для женщин репродуктивного периода жизни с регулярными или преимущественно регулярными циклами характерна случайная УЗ-манифестация указанных **О**. К примеру: в процессе УЗИ (профосмотр, обследование в порядке подготовки к планируемой беременности, реже — в связи с несколько пониженной фертильностью или с подозрением на миому **М**, и др.), проводимого во второй половине цикла, в одном из **Я**, чаще справа, определяется одиночное однокамерное жидкостное **О** с очень тонкими стенками и однородным содержимым... которое обычно бесследно исчезает при контрольном сканировании, выполненном после очередной менструации. В таких наблюдениях хронологически самоопорожнение овариальной полости

совпадает с наступившими своевременно месячными. При этом потерявшие жидкость тончайшие стенки кисты «слипаются» и сливаются с мозговым веществом **Я** — изображение функциональной кисты пропадает.

Реже отмечается растянутый во времени процесс самоликвидации фолликулярной кисты, когда на протяжении динамического УЗ-наблюдения патологическая полость постепенно уменьшается в объеме, уплощается и, наконец, исчезает. Как правило, регресс кисты осуществляется в течение 1–3 циклов после ее обнаружения. Самоликвидация фолликулярного **О** путем регресса чаще наблюдается у женщин старшей возрастной группы (свыше 35–40 лет), у пациенток с эндокринным бесплодием и у больных после ампутации (экстирпации) **М** без придатков.

В ряде случаев ановуляция с формированием крупной (более 30 мм) фолликулярной полости в **Я** сопровождается задержкой очередной менструации. И тогда женщина приходит на УЗИ с подозрением на БРС или, если получен отрицательный тест на ХГ, по поводу овариальной дисфункции. В подобной ситуации эхографическое выявление фолликулярной кисты является уже отнюдь не случайной, а вполне закономерной УЗ-находкой, позволяющей точно установить морфофункциональный тип нарушения менструального цикла.

Такие эпизоды возможны в любой непредсказуемый момент жизни у каждой молодой и практически здоровой женщины — с хорошими показателями фертильности и обычно регулярными месячными.

Довольно часто функциональные полости различного размера встречаются у пациенток с привычно нерегулярными циклами, но не предъявляющих жалоб на снижение чадородной функции.

В то же время, УЗ-визуализация фолликулярной кисты (кист) зачастую встречается при эндокринном бесплодии и свидетельствует об ановуляции с кистозной атрезией преовуляторного фолликула как одним из весьма типичных функциональных механизмов данной патологии. В частности, если во второй половине цикла в одном из **Я** имеется фолликулярная киста, то этот факт говорит об ановуляции указанного типа... но только в данном конкретном цикле. Если же при тех же сроках проведения УЗИ аналогичные кисты определяются в обоих **Я** — значит, ановуляция с формированием крупной фолликулярной полости имела место не только на момент исследования, но и в предыдущем цикле (циклах), и, скорее всего, служит главным фактором бесплодия у обследуемой. С другой стороны, выявление фолликулярной кисты вполне реально и в 1-й фазе: в одном из **Я** виден доминантный фолликул, а в другом функциональная киста, — значит, ановуляция с образованием фолликулярной кисты имела место в предыдущем цикле (циклах). Причем правильная округлая или овоидная конфигурация жидкостного **О** свидетельствует о недавно сформированной (в предыдущем цикле) кисте, персистирующей при настоящем исследовании, а уплощен-

ная, неправильная форма полости говорит уже о регрессирующей кисте, образовавшейся за несколько циклов до данного сканирования.

Перечисление клинико-эхографических вариантов можно продолжить. Однако этого можно не делать, так как некоторые принципы морфофункциональной эходиагностики уже намечены вполне конкретно. К тому же, индивидуальные УЗ-находки отличаются лишь нюансами эхокартины, а общие тенденции повторяются.

Не секрет, что чаще всего фолликулярные кисты, а также функциональные полости до 30 мм в Д наблюдаются во время климакса. Переходному периоду жизни женщины свойственны ановуляторные циклы, явления гипо- и гиперэстрогении разной продолжительности и выраженности, и, следовательно, нерегулярность менструальной функции в самых различных проявлениях. Фактически, у каждой представительницы этого контингента, а также у одной и той же пациентки, при динамическом обследовании могут быть обнаружены (и обнаруживаются) фолликулярные кисты и полости в **Я**. Они типичны для климактерия и, по существу, являются неотъемлемой составляющей общей эхокартины репродуктивной сферы женщин старшей возрастной группы. У них фолликулярные **О** как сопутствующая деталь эхокартины зачастую выявляются при УЗИ по поводу метrorрагий (циклических и ациклических), аменореи той или иной длительности, в связи с фибромиомой **М**, при профилактических обследованиях, болевом синдроме и т. д.

В климаксе УЗ-семиотика **Я** отличается высокой динамичностью, непостоянством сиюминутного (в момент выполнения эхолокации) состояния. Например, при исследовании в динамике нередко регистрируется появление, частичный регресс и самоликвидация самых разнообразных по размеру и числу функциональных кист, как в одном **Я**, так и с двух сторон (реже).

Изредка жидкостное **О** указанного типа довольно быстро (контрольные УЗИ через месяц) увеличивается в размерах, что вовсе не служит плохим, в плане сецернирующей цистаденомы или даже онкопатологии, прогностическим показателем. Напротив, интенсивное нарастание объема кисты (на 15–50% за 1–3–6 месяцев) дополнительно и весьма надежно свидетельствует о функциональной ее природе — просто в данном случае гранулезный эпителий, выстилающий полость, длительно сохраняет свою активность и поэтому секретирует в просвет жидкость. В большинстве же наблюдений фолликулярные кисты климактерического периода, в отличие от аналогичных **О** у молодых женщин, не исчезают сразу после месячных, а персистируют — без существенной динамики или медленно уменьшаясь в объеме — в течение 2–3–6 месяцев. Замечено, что чем длительнее периоды аменореи, или, иначе говоря, чем старше обследуемая, тем продолжи-

тельное время существования функциональной полости. У некоторых пациенток длительность «жизнедеятельности» таких **О** пролонгируется до 6—8—10 месяцев и в единичных случаях до года и даже более. Фолликулярные кисты, не исчезающие через 3—6 месяцев от первичного обнаружения, зачастую обозначаются как *ретенционно-фолликулярные*.

Независимо от длительности существования, самоликвидация фолликулярных кист у женщин старшего возраста чаще протекает по типу постепенного регресса функциональной полости и несколько реже — за счет одномоментного ее опорожнения.

В ряде случаев в процессе сканирования фиксируется следующая ситуация: **Я** имеют обычный вид (кист нет), но в каудальных отделах м/таза определяется небольшое количество однородной свободной жидкости. Это не асцит, не воспалительный экссудат и не застойный выпот, а содержимое опорожненной фолликулярной кисты. Поэтому при обнаружении у пациентки переходного периода жизни подобной эхокартины не стоит уж очень сильно «напрягать» себя и обследуемую мыслями об онкопатологии. Скорее всего, это результат самоопорожнения функциональной овариальной полости. Вместе с тем, для окончательного исключения начальной фазы асцита необходимо назначение контрольного УЗИ через месяц. В подавляющем большинстве наблюдений оно показывает отсутствие свободной жидкости, которая за прошедшее между двумя исследованиями время почти всегда полностью всасывается тазовой брюшиной.

Рассматривая различные аспекты УЗ-манифестации и динамики фолликулярных кист, нельзя не отметить, что функциональные овариальные **О** весьма типичны для пациенток среднего возраста, перенесших ампутацию или экстирпацию **М** без придатков. У них в оставшихся после операции и продолжающих функционировать **Я** очень часто возникают и исчезают различные по размерам и числу фолликулярные полости и кисты, «поведение» которых аналогично приведенным выше «сценариям».

Для фолликулярных кист наиболее характерно наличие одиночного (в одном из **Я**) однокамерного жидкостного **О***.

Однако, в случаях выраженных гормональных нарушений, что наблюдается при эндокринном бесплодии, в период климакса и после удаления **М** без придатков, указанные закономерности могут изменяться.

Например, если фолликулярная киста не исчезает во время очередных месячных и обнаруживается на протяжении нескольких циклов, то вполне реально появление такого же **О** в другом **Я** и, соответственно, одновременная визуализация кист этого генеза с двух сторон.

* ... с очень тонкими стенками и преимущественно однородным содержимым... с последующей самоликвидацией в процессе динамического наблюдения.

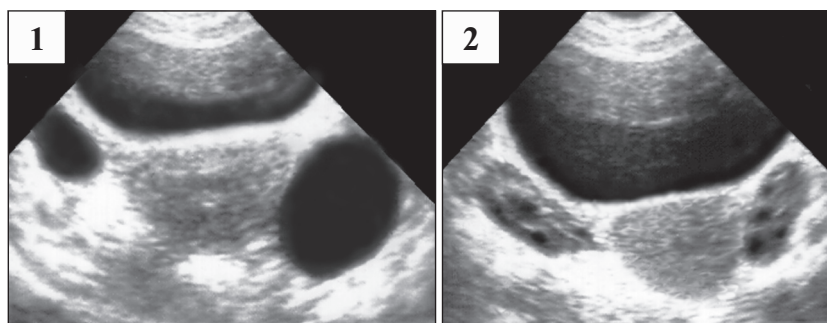


Рис. 5 (1, 2). Две фолликулярные кисты (по одной в каждом **Я**) у 43-летней женщины, предъявляющей жалобы на нерегулярность месячных (в течение года) и задержку очередной менструации на 2 недели.

1. В области левой боковой стенки **М** — овальная киста (46 × 33 мм) с тонкими стенками и однородным содержимым. Аналогичная киста (33 × 20 мм) лоцируется рядом с правым углом **М**.

2. УЗИ в динамике (то же наблюдение). Справа и слева от **М** определяются неизменные **Я**. Кист нет.

При тех же условиях возможно обнаружение двух и более (редко) крупных функциональных полостей, идентичных по своим УЗ-качествам, но различного объема, в одном и том же **Я**.

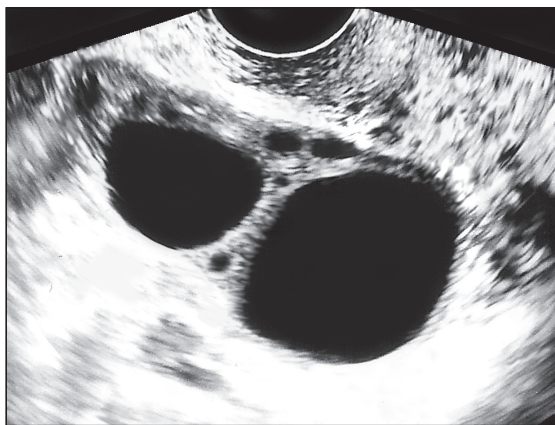


Рис. 6. Две фолликулярные кисты в одном **Я** (при эндокринном бесплодии).

В верхнем полюсе **Я** имеется тонкостенная овальная киста с однородным содержимым, 30 × 20 мм.

Аналогичная киста более крупных размеров (45 × 30 мм) видна в нижне-медиальной части того же **Я**. Между ними прослеживается овариальная ткань мелкофолликулярного строения.

Если же возникшие в одном из **Я** и персистирующие свыше 2–3 месяцев две функциональные полости располагаются вплотную друг к другу, то, благодаря очень тонким соприкасающимся стенкам и мягкой консистенции, они сливаются (совмещаются, суммируются) в одну двухкамерную фолликулярную кисту. Естественно, размеры сформировавшегося двухкамерного жидкостного **О** превышают величину первичных полостей, а в месте слияния просматривается тонкая внутренняя перегородка. Она образуется в результате «слипания» пограничных стенок и отчетливо видна на фоне окружающей ее однородной или почти однородной жидкости.

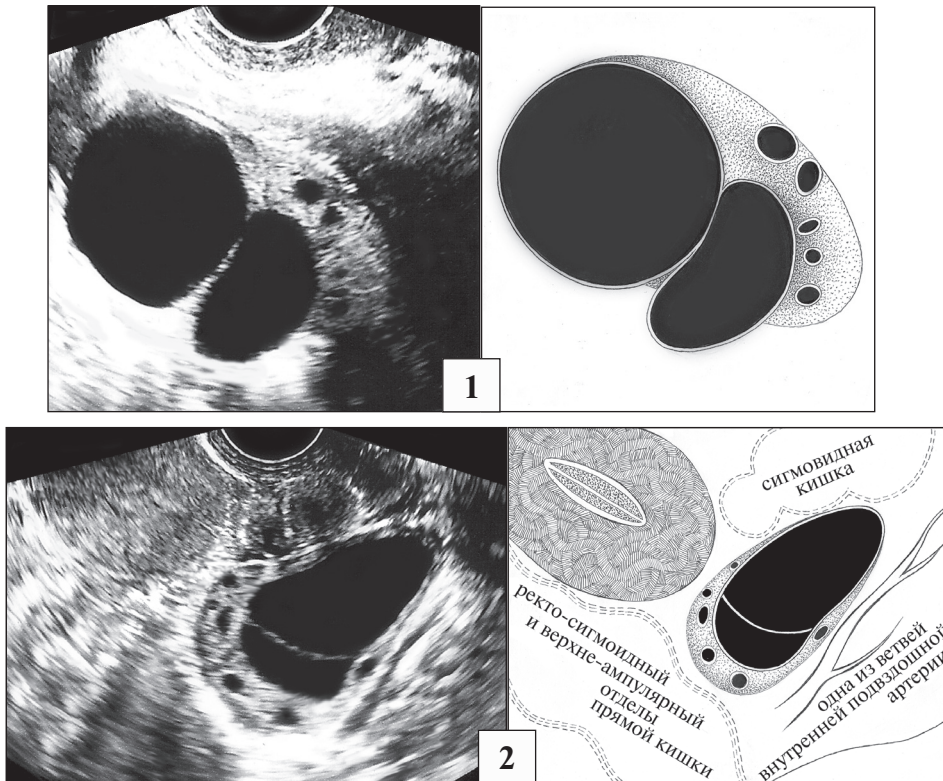


Рис. 7 (1, 2). Двухкамерные фолликулярные кисты, развившиеся у двух разных пациенток переходного периода жизни.

1. Изолированная эхограмма правого Я. В латеральной его части — тонкостенное жидкостное О с однородным содержимым (55 × 34 мм), состоящее из двух неравных по размерам камер, разделенных линейной перегородкой, слегка вогнутой в сторону менее крупной (нижней) камеры. Вдоль медиальной поверхности двухкамерной кисты лоцируется интактная часть Я.

2. Эхосрез левой половины м/таза. В верхнем полюсе левого Я имеется двухкамерная полость в форме вытянутого овала, 60 × 28 мм; по своим УЗ-свойствам — такая же, как на рисунке 7.1.

В тех случаях, когда возникшие в одном Я две фолликулярные кисты локализируются рядом, но не вплотную друг к другу, располагающаяся между ними узкая часть овариальной ткани уплотняется и вытягивается между сопредельными стенками двух полостей. Это приводит к равномерному утолщению межкамерной перегородки от 0,8 до 2–3 мм, поперечный размер которой существенно превышает толщину собственных стенок двухкамерной кисты. Нередко в просвете такой полости отчетливо видна «грубая» внутренняя «перемычка», а сами по себе очень тонкие ее стенки почти не прослеживаются. Аналогичный эффект может наблюдаться и в длительно существующей 2-камерной фолликулярной кисте, вследствие оседания выпадающих в осадок хлопьевидных элементов на поверхности перегородки.

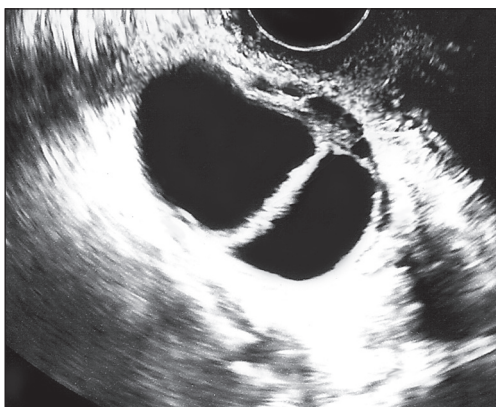
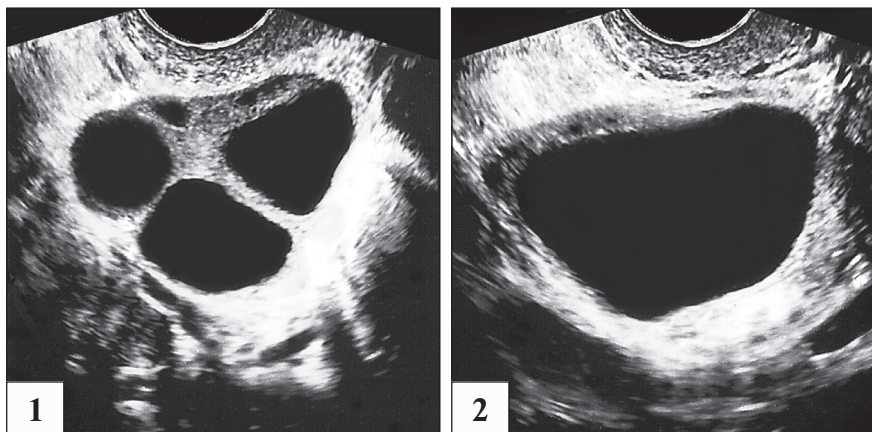


Рис. 8. Двухкамерная фолликулярная киста с плотной внутренней перегородкой, утолщенной до 2–3 мм.

Многокамерные фолликулярные кисты встречаются редко (наиболее типичен однокамерный вариант данной патологии). Их появление свидетельствует о наличии выраженных и длительно существующих искажений гормонального фона. Например: в предменопаузальном периоде, после удаления **М** без придатков, при хронической ановуляции, на фоне эндометриоза, после удаления одного из **Я**. Чаще всего встречаются двухкамерные и, реже, трехкамерные полости. Впрочем, в практической работе иногда* приходится сталкиваться

с самыми разнообразными модификациями функциональных жидкостных **О**, когда могут быть выявлены 4–5-камерные ретенционно-фолликулярные кисты в одном из **Я** или двухсторонние изменения в различных сочетаниях УЗ-проявлений.



*Рис. 9 (1, 2). Двухсторонние ретенционно-фолликулярные кисты, развившиеся после ампутации **М** без придатков.*

1. В правом **Я** — трехкамерная полость (48 × 23 мм), над которой видна интактная часть **Я** с единичными мелкими фолликулами.

2. Левый **Я**: однокамерное жидкостное **О** = 62 × 36 мм (тончайшие стенки, однородное содержимое), в области верхнего полюса которого (слева) прослеживается овариальная ткань, «распластанная» вдоль поверхности кисты.

* В частности, в процессе УЗ-мониторинга гормональной стимуляции I фазы цикла при лечении эндокринного бесплодия; и, особенно, при развитии синдрома гиперстимуляции яичников.

С момента возникновения «поведение» многокамерных фолликулярных **О** отличается непостоянством и многообразием. Некоторые мелкие полости исчезают из-за естественного регресса образующих их фолликулов, другие, более крупные, опорожняются при месячных. Возможно появление новых полостей. При отсутствии гормонального лечения одномоментная самоликвидация всего жидкостного **О** происходит редко. Чаще всего заболевание приобретает затяжной характер (поликистоз) и непредсказуемую УЗ-картину в процессе динамического наблюдения, когда от цикла к циклу регистрируются два одновременно протекающих противоположных процесса: с одной стороны, появление новых полостей, и с другой стороны — произвольное опорожнение или обратное развитие ранее выявленных камер. С помощью квалифицированной гормонотерапии почти всегда удается добиться ликвидации патологического очага, которая протекает путем одномоментного опорожнения всего многокамерного жидкостного **О**, либо составляющие его камеры исчезают постепенно. В любом случае, это требует упорства от гинеколога и высокой степени объективности от врача-УЗИ.

Состояние Э. При фолликулярных кистах в полости **М** обычно определяется утолщенный до 8–10 мм пролиферативный **Э** (чаще всего в пределах 10–15 мм). В большинстве случаев отчетливо выявляется характерное именно для пролиферативной слизистой трехслойное строение содержимого **М**: по периферии, в области контакта гормонозависимого функционального **Э** с базальным слоем (т.е. собственно стенкой полости), прослеживается линейное эхопозитивное краевое уплотнение — отображение плотного компактного эпителия вдоль передней и задней стенок (верхняя и нижняя линии); в центре, где соприкасаются «валики» слизистой передней и задней стенок, лоцируется еще одна (третья), срединная эхопозитивная линия, пересекающая полость **М** от дна до внутреннего зева; между указанными тремя линиями лоцируется низкоплотностное изображение рыхлой губчатой ткани. Наружный контур, на границе с миометрием, всегда четкий и ровный, часто с тонким (1–3 мм) эхонегативным ободком вокруг — формирующаяся между функциональным и базальным слоями **Э** зона отторжения.

На этом было бы удобно закончить описание состояния полости **М**... но его полезно продолжить, поскольку некоторые вопросы нуждаются в уточнении.

Дело в том, что в большинстве руководств по гинекологической эндокринологии ановуляторные циклы с кистозной трансформацией доминантного фолликула считаются гиперэстрогенными и, следовательно, протекающими с избыточным развитием **Э**. Данное явление, конечно, имеет место, но далеко не всегда.

Например, если у молодой женщины с обычно регулярными менструациями и без жалоб на понижение фертильности при УЗИ во второй поло-

вине цикла выявляется фолликулярная киста, то толщина Э, как правило, не превышает 9–10 мм. Ведь в таком цикле отсутствует естественная секреторная стимуляция роста функционального слоя (нет ЖТ, продуцирующего прогестерон), а избыточного накопления в полости М пролиферативной слизистой не происходит, поскольку у данных пациенток месячные обычно наступают своевременно или с незначительной (несколько дней) задержкой.

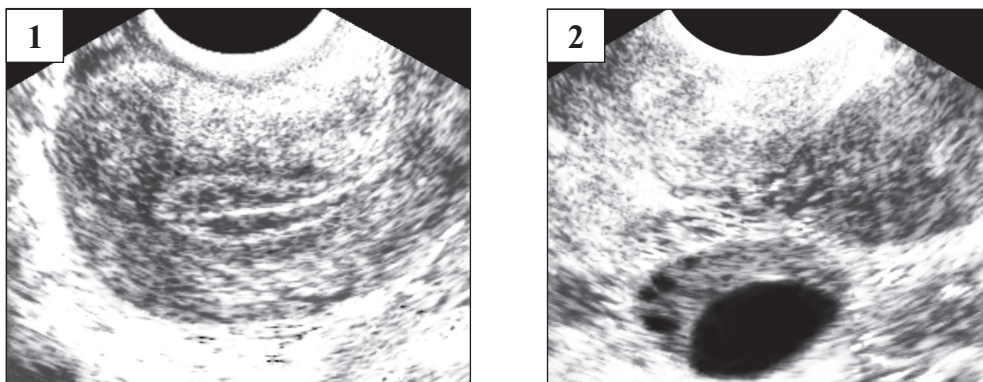


Рис. 10 (1, 2). Состояние полости М у 25-летней женщины со случайно выявленной (обследование с подозрением на эндометриоз) фолликулярной кистой.

1. Э (19-й день цикла): 8 мм, трехслойного строения, с зоной отторжения по периферии.
2. Фолликулярная киста, 30 × 19 мм, в правом Я.

Однако, если из-за кистозной персистенции развивается более длительная задержка месячных (5–14 дней), то вследствие выработки гранулезным эпителием кисты небольших, но более или менее постоянных доз эстрогенов толщина Э постепенно возрастает до 12–15 мм.

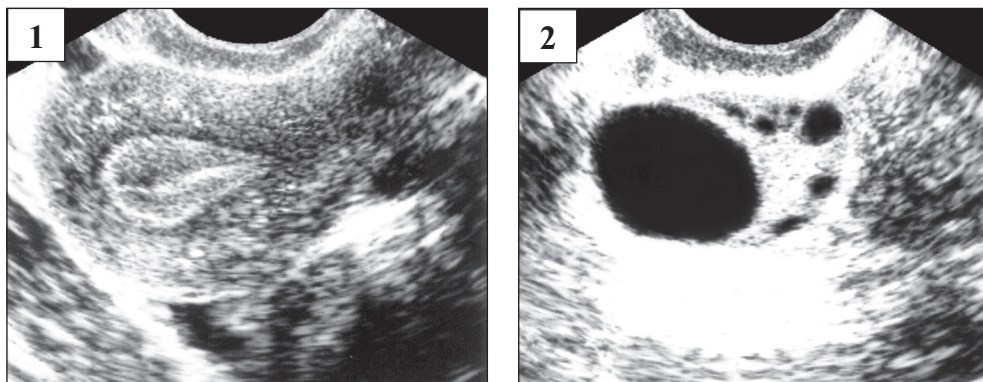


Рис. 11. Прролиферативный Э (13 мм) и фолликулярная киста (34 × 23 мм) у молодой пациентки, обратившейся на УЗИ в связи с задержкой месячных (8–9 дней).

У женщин же с эндокринным бесплодием, когда ановуляция с образованием фолликулярной кисты протекает вследствие функциональной недостаточности I фазы цикла, при УЗИ во второй фазе обычно определяются несколько пониженные количественные показатели Э.

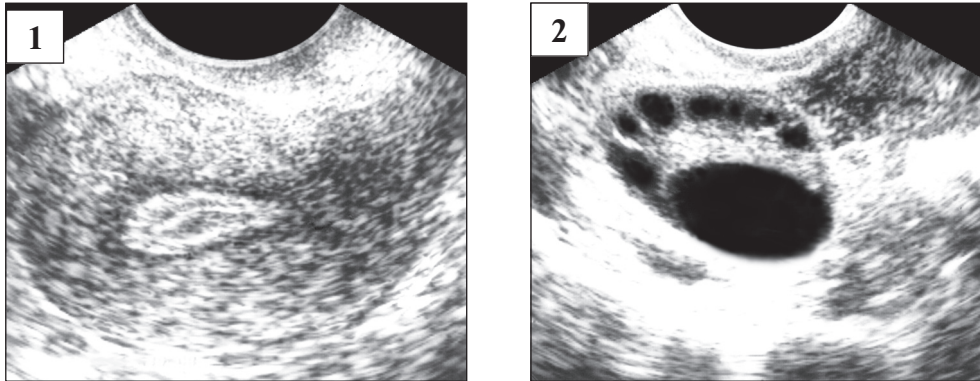


Рис. 12. Эндокринное бесплодие. Ановуляторная полость (30×20 мм) в гипоэстрогенном (Э = 5–6 мм) цикле.

При менструальной задержке свыше 2–3 недель или в случае аменореи различной длительности, что свойственно пациенткам старшего возраста, объем Э постепенно нарастает, т.е. из-за перманентной продукции гормоноактивным эпителием кисты пониженных, но стойких уровней эстрогенов развивается относительная гиперэстрогения. Соответственно, в полости М накапливается избыточное количество слизистой (ЖГЭ), толщина которой колеблется от 12–14 до 20 мм (и, реже, больше). Параллельно губчатая ткань пролиферативного Э начинает уплотняться («старееет») в краевых отделах. Это приводит к равномерному утолщению пристеночного компактного слоя.

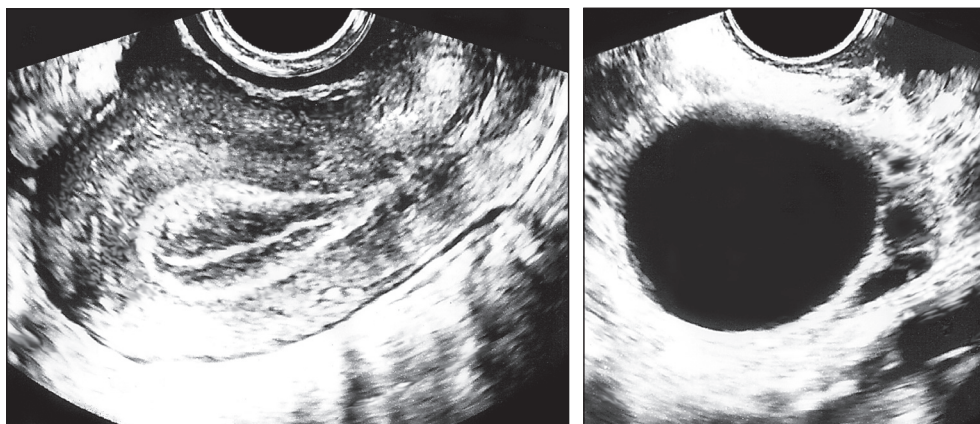


Рис. 13. Избыточно выраженный пролиферативный Э (18 мм) с диффузным уплотнением компактного слоя — на фоне аменореи, протекающей с развитием фолликулярной кисты.

В климаксе, когда полное отторжение Э длительное время не наступает (на фоне аменореи могут отмечаться ациклические кровотечения или кровомазания, возникающие из-за эпизодических снижений концентрации эстрогенов), происходит нарастающее диффузное уплотнение губчатой ткани, что эхографически проявляется повышением интенсивности изображения всех отделов содержимого полости М. Компактный (краевой) и губчатый (центральный) слои сливаются в единую эхопозитивную ткань высокой плотности. Проллиферативный Э теряет свойственную «свежей» слизистой трехслойность — изображение становится практически однородным.

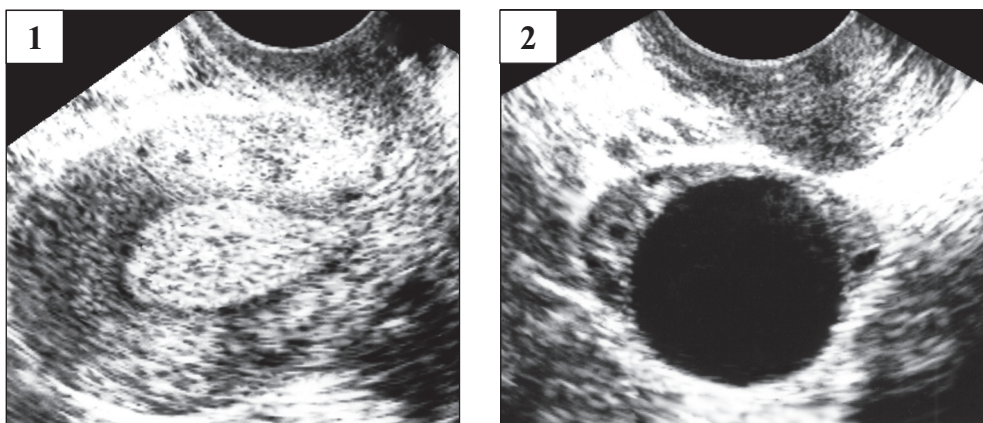


Рис. 14 (1, 2). Климактерический период. Длительно не отторгаемый Э (аменорея) и фолликулярная киста.

1. В М — однородный Э = 16 мм, с четкими и ровными контурами, окруженными слабо выраженным эхонегативным ободком.

2. В Я — тонкостенная полость с однородным содержимым, 34 мм в Д, верхний полюс которой «погружен» в овариальную ткань с единичными очень мелкими фолликулами.

Формальная УЗ-симптоматика длительно не отторгающегося пролиферативного Э аналогична секреторной слизистой в нормальном двухфазном цикле. В подобной ситуации не нужно стремиться уточнять фазовую принадлежность содержимого полости М — пролиферативный или секреторный Э. Это чревато появлением в УЗ-протоколах неграмотных, с позиций гинекологической эндокринологии, определений, когда при ановуляции в климактерическом периоде «устаревший» пролиферативный Э расценивается как секреторный. Ведь секреторные превращения слизистой М возможны только после овуляции, при наличии в Я активно функционирующего ЖТ, а не фолликулярной кисты. Поэтому вполне достаточно ограничиться описательной картиной, с акцентацией УЗ-признаков доброкачественности содержимого полости М и отсутствия в ней экзофитных О.

Необходимо подчеркнуть, что фолликулярные кисты не всегда самоликвидируются — произвольно или с помощью гормонотерапии. У сравнительно небольшого числа больных, как правило, при наличии стойких гормональных нарушений или отсутствии эндокринологического лечения, фолликулярная полость существует в **Я** весьма продолжительный хронологический промежуток. За это время выстилающий кисту гормоноактивный гранулезный эпителий постепенно исчерпывает свой функциональный ресурс → подвергается дегенеративно-дистрофическим изменениям → истончается и в конце концов атрофируется. В итоге **О** теряет способность к самостоятельному опорожнению и превращается в истинную кисту **Я**. Такие полости обычно обозначаются термином *ретенционная киста*.

Морфологически стенка ее представляет собой тонкую и гладкую фиброзную капсулу, без эпителиальной выстилки.

На эхограммах определяется, как правило, однокамерное жидкостное **О**, с гладкими стенками (без внутренних пристеночных включений). Оно заполнено однородной жидкостью или, реже, содержит отдельные хлопьевидные элементы. Капсула ретенционной кисты одинаково тонкая во всех отделах. Но, в отличие от фолликулярной полости, стенки ее заметны при эхолокации и прослеживаются в виде эхопозитивного ободка толщиной от 0,4 до 1 мм. Диффузное уплотнение стенок ретенционной кисты (развившейся из фолликулярной) происходит как из-за постепенного склерозирования фиброзной оболочки, так и за счет осадочных наслоений изнутри. Это приводит, с одной стороны, к повышению эхоплотности стенок, что и делает их видимыми во время сканирования; с другой стороны — к уменьшению эластичности капсулы, поэтому при контактном исследовании конфигурация полости не меняется.

Чаще всего ретенционные кисты отмечаются у женщин старшей и пожилой возрастных групп, когда в климактерическом периоде формируется фолликулярная полость, не исчезающая впоследствии из-за стойких гормональных нарушений. Если у пациентки переходного периода жизни первично выявленное жидкостное **О** (с тонкими, гладкими стенками и однородным содержимым) не исчезает в течение года и более, то оно рассматривается уже как не фолликулярная, а ретенционная киста. В дальнейшем данное **О** постоянно обнаруживается при динамическом наблюдении, не увеличиваясь в размерах и не изменяя первоначальных УЗ-характеристик — остается без динамики. При этом интактная часть **Я** лоцируется вдоль внешней поверхности патологической полости, дугообразно охватывая ее. В структуре овариальной ткани можно видеть единичные, очень мелкие фолликулы.

П., 47 лет. В течение последних двух-трех лет отмечает нерегулярность менструаций, которые стали необильными и «приходят» с интервалами от 2 до 4 месяцев.

Два месяца тому назад была госпитализирована для выскабливания полости **М** в связи с длительно не прекращающимся и довольно сильным кровотечением. Ги-

стологически — ЖГЭ. В стационаре было выполнено УЗИ, показавшее кисту Я. П. было объяснено, что скорее всего — это функциональная полость, часто встречающаяся в период климакса, которая обычно бесследно исчезает и не требует хирургического удаления.

Рекомендовано сделать контрольное УЗИ.

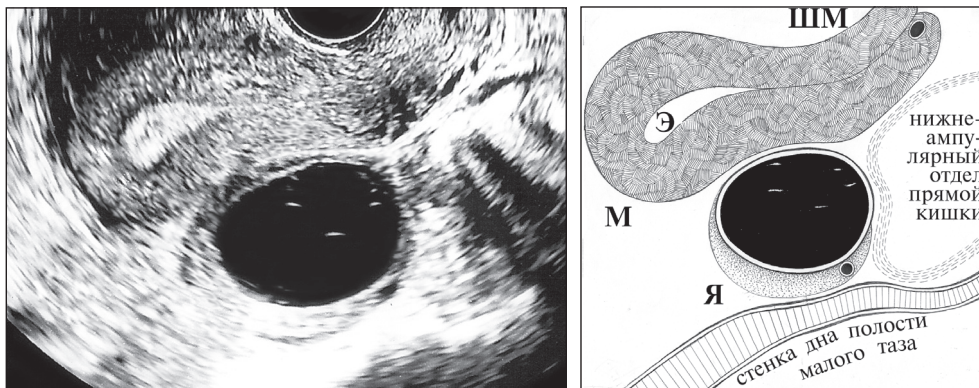
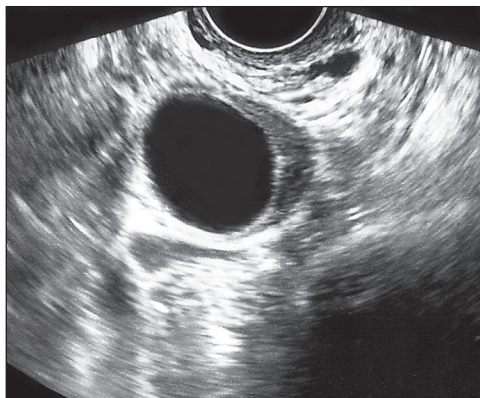


Рис. 15. Ретенционная киста.

Позади М (содержит однородный Э, 4–5 мм), большей частью на уровне перешейка, имеется патологическая полость = 40 × 28 мм: стенки тонкие (но отчетливо видимые при эхолокации) и гладкие, в просвете прослеживаются отдельные мелкокажесые включения, взвешенные в однородной жидкости. Интактная часть Я, с единичным антральным фолликулом (3 мм в Д), определяется в области нижнего полюса кисты.

В течение последующих трех лет пациентке неоднократно выполнялись контрольные УЗИ в различных мед. учреждениях — без динамики. Наличие кисты вызывало у нее скорее психологический дискомфорт, чем физические неудобства. Осуществлена пункция кисты. Получена бесцветная жидкость, при цитологическом исследовании которой клеточных элементов не обнаружено. Повторные УЗИ (через 3 месяца после пункции, через год, через полтора года) неизменно показывали отсутствие патологических О в м/тазу.

В менопаузе неизменная часть Я на стороне ретенционной кисты подвергается инволюции и поэтому структура ее однородная.



Ф., 54 лет. Менопауза. Жалоб нет. УЗИ в плане профилактического обследования.

Рис. 16. Ретенционная киста.

Жидкостное О = 30 × 20 мм, правильной овальной формы. В тонкой капсуле (толщиной примерно 0,8 мм). Заполнено однородной жидкостью. К латеральной поверхности кисты серповидно примыкает однородная ткань интактной части Я.

В дальнейшем, при многолетнем динамическом наблюдении — УЗ-данные те же.

Патогенетически рассматриваемые кисты являются вторичными, так сказать, остаточными **О**, и потому величина их обычно меньше первичной фолликулярной кисты. Размеры ретенционных полостей никогда не бывают большими и колеблются от 6–7 до 40 мм, как правило — в пределах 15–30 мм.

Н., 60 лет. Менопауза. Почечная колика. При обследовании **МП** замечена киста левого **Я**. Повторное УЗИ в гинекологическом центре.

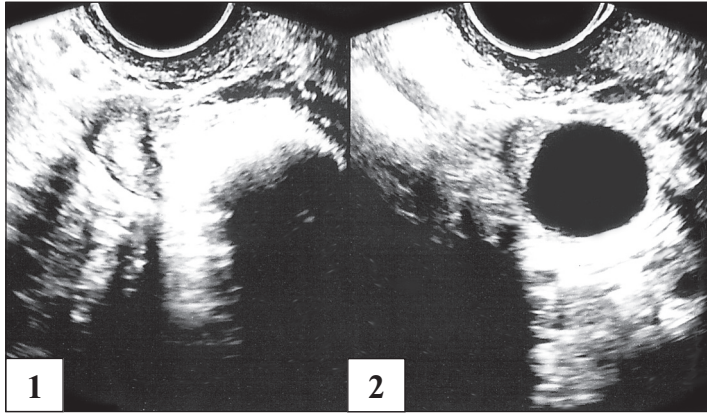


Рис. 17 (1, 2). Ретенционная киста.

1. Правый **Я** = 22 × 11 мм, однородной структуры — *нормальный («инволютивный») Я в менопаузе.*
2. Слева от **М**: патологическая полость 23 мм в Д, сферической формы, таких же УЗ-качеств, как и на рис. 16. В области медиального края кисты видна интактная часть левого **Я**, однородной структуры.

Данные **О** преимущественно встречаются в менопаузе и, реже, в период климакса, а также у пациенток, перенесших удаление **М** без придатков. В последнем случае нередко выявляются многокамерные ретенционные полости. При эндокринном бесплодии такие кисты наблюдаются редко... и отличаются от фолликулярных **О** тем, что не изменяются в процессе УЗ-мониторинга и имеют несколько более плотную капсулу.

Ретенционные кисты можно отнести к так называемой условной патологии, поскольку они существуют в полости м/таза бессимптомно* и либо обнаруживаются случайно (УЗИ по поводу фибромиомы **М**, в плане профосмотров и пр.), либо являются объектом контрольных исследований. Ретенционные овариальные полости не представляют опасности для здоровья

* Нерезко выраженный болевой синдром возникает только при наличии параовариальных спаек на стороне кисты.

женщины. Они не увеличиваются в размерах и не малигнизируются, так как, в отличие от серозных цистаденом (формальная УЗ-картина их идентична), лишены эпителиальной слизистой оболочки, клеточные элементы которой могут сецернировать в просвет жидкость или подвергнуться опухолеродному превращению.

Д и ф ф е р е н ц и а л ь н а я д и а г н о с т и к а .

Эхоэмиотика фолликулярных кист отличается выраженным своеобразием с целым набором симптомов, микросимптомов и методических приемов, позволяющих надежно диагностировать данные **О**.

Об этом убедительно свидетельствует тот факт, что за последние 10–12 лет частота диагностических ошибок, в которых фолликулярная киста неверно расценивается в качестве не функциональной, а органической патологии **Я**, неуклонно уменьшается. С одной стороны, это обусловлено широким ознакомлением аудитории со специальными литературными источниками и, конечно же, грамотным преподаванием данного аспекта на курсах специализации и усовершенствования, с другой — связано с возросшим уровнем эндокринологической подготовки эходиагностов, работающих в сфере гинекологии.

Вместе с тем, на практике до настоящего времени такие пациентки — с диагнозом «киста **Я**» (без уточнения генеза), или «кистома», или «цистаденома» — все еще нередко направляются в гинекологические стационары для хирургического лечения.

В указанной ситуации оперативное удаление кисты не оправдано. Причем, не только из-за реальной возможности самоликвидации фолликулярной полости (произвольно или с помощью гормональной коррекции), но и вследствие неэффективности операции, — несмотря на устранение патологического очага, сохраняются общие эндокринные факторы, способствующие появлению новых кист той же природы в резецированном или контрлатеральном **Я**.

Следовательно, вопросы адекватной УЗ-верификации фолликулярных **О** по-прежнему сохраняют свою актуальность. А именно: при обнаружении в **Я** тонкостенной, однокамерной полости, с однородным или почти однородным содержимым (наиболее часто встречающийся вариант изучаемой патологии) необходимо проведение дифференциации между фолликулярной кистой, **серозной цистаденомой** и **ретенционной кистой**.

В первую очередь это касается обследуемых старшей возрастной группы. Так, если у женщин репродуктивного периода распознавание функционального генеза подобных жидкостных **О** большей частью осуществляется успешно, то у пациенток старше 35–37 лет, и особенно в период климакса, частота неверных трактовок УЗ-изображения фолликулярной кисты в пользу органической патологии **Я** остается весьма высокой. В основном это касается крупных овариальных полостей, размеры которых превышают 40–50 мм.

О., 44 лет. Менstrуальные регулярные, но менее продолжительные и не такие обильные, как обычно.

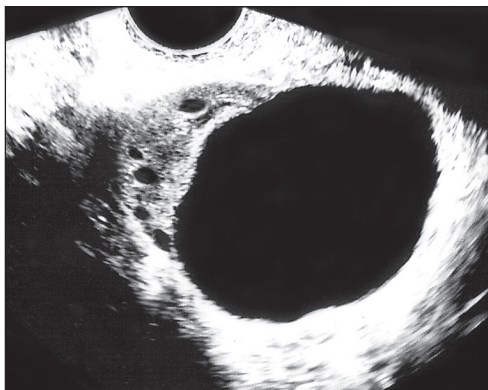
Плановое ежегодное обследование в связи с диагностированной ранее миомой М → выявлена «киста правого Я», 42 мм в Д (при УЗИ в прошлом году патологии Я не определялось) → осмотр участкового гинеколога совместно с зав. отделением и консультация гинеколога-онколога → направление на операцию.

Перед госпитализацией пациентка, по личной инициативе, решила пройти дополнительное эхосканирование (через 12 дней после первичного выявления кисты).

Рис. 18. Диагностическая ошибка.

Правый Я: жидкостное О овоидной формы с очень тонкими (почти невидимыми), гладкими и несколько волнистыми стенками, заполненное однородной жидкостью, 60 × 59 мм (по сравнению с предыдущим УЗИ — увеличение размеров кисты). Рядом с латеральной стенкой патологической полости лоцируется серповидно изогнутая интактная часть Я, с множественными мелкими фолликулами.

В процессе контактного исследования стенки кисты, в результате тракций ТВ-датчиком, дополненных синхронной компрессией передней брюшной стенки, легко деформировались — контуры становились изогнутыми, а общая конфигурация О несколько вытянутой.



Заключение: скорее всего, фолликулярная киста; для уточнения — УЗ-контроль.

При повторном исследовании через 1,5 месяца — правый Я не изменен, патологических жидкостных О в полости м/таза нет.

Избегая обсуждения вопросов компетентности гинекологической службы, стоит более подробно остановиться на недочетах эходиагностики.

1. Не сделано попытки определения морфологической природы кисты, хотя в настоящем случае были все предпосылки для успешного решения этого вопроса. Налицо типичный пример безальтернативного подхода к диагностическому процессу, когда врач-УЗИ ограничивает свои функции примитивной констатацией факта присутствия патологического объекта в Я, без проведения нозологической дифференциации. Вместе с тем, само по себе наличие тонкостенной полости с абсолютно однородным содержимым, к которой тесно примыкает неизменная часть Я (нормального мелкофолликулярного строения), должно было бы сразу «настроить» эхолога на мысль о функциональном генезе объекта, потому что при прочих равных условиях именно фолликулярные кисты занимают по частоте первое место среди кистозных О, особенно у женщин пременопаузального отрезка жизни.

2. Существенными причинами диагностической ошибки являются недостаточно внимательный анализ УЗ-изображения и методические упущения.

Как видно из рис. 18, данная полость имеет сверхтонкую капсулу, стенки которой практически не видны при сканировании. Кроме того, не было

выполнено тракционно-пальпаторное исследование, которое впоследствии показало, что оболочка кисты легко поддается давлению на нее датчиком (контуры изгибаются, а форма **О** при этом несколько уплощается).

Указанные симптомы — тончайшие стенки и изменчивость полости во время дозированных контактных манипуляций — весьма специфичны для фолликулярной кисты, и, как правило, позволяют довольно надежно отличать ее от серозной цистаденомы или ретенционной кисты.

3. Не назначено повторное УЗИ, что следует признать главным тактическим упущением как врача-УЗИ, так и гинеколога. Приведенный выше фактический материал свидетельствует о том, что в дальнейшем именно такое исследование, показавшее самоопорожнение патологической полости (киста исчезла), доказало функциональную природу выявленного ранее жидкостного **О**... и тем самым, можно сказать, решило судьбу пациентки.

Реальная возможность самоликвидации фолликулярной кисты (патогномичный признак!) требует от эколога в подобной ситуации диагностической дальновидности, которая диктует необходимость повторного эхосканирования (желательно после гормонотерапии) или даже серии динамических исследований для уточнения диагноза. Данное правило распространяется на пациенток всех периодов жизни, за исключением менопаузального.

Полезно напомнить, что регистрация увеличения размеров кисты в течение УЗ-мониторинга вовсе не является отягчающим фактором развития заболевания, а лишь отражает функциональную активность гранулезного эпителия кисты (продуцирующего жидкость в просвет) и служит хорошим прогностическим критерием скорой самоликвидации.

В., 49 лет. Месячные нерегулярные, с длительными периодами аменореи. Иногда отмечает ациклические метроррагии, по поводу которых дважды выполнялось выскабливание полости **М**. Последнее обращение к гинекологу — на фоне аменореи (3–4 месяца) отмечает прерывистые, мажущие кровянистые выделения.

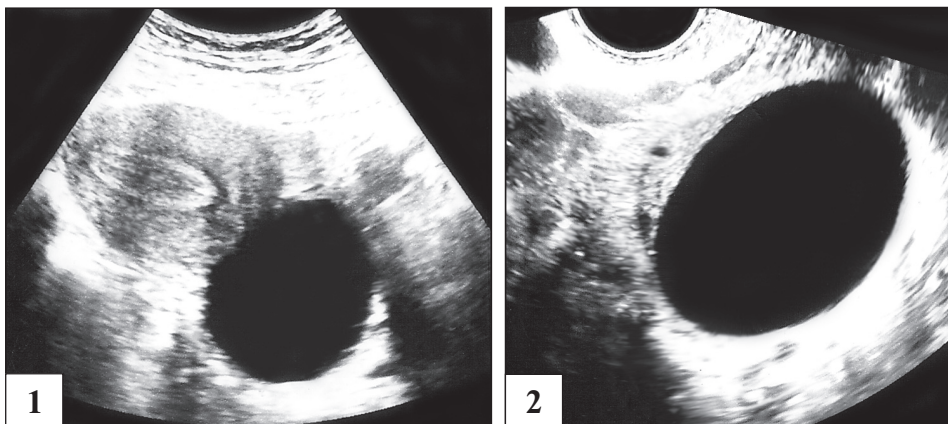


Рис. 19 (1, 2). Диагностическая ошибка.