

КИСТЫ ЯИЧНИКОВ У ПЛОДА МАТЕРИ С СЕДЛОВИДНОЙ МАТКОЙ**Б. Б. Негмаджанов, В. О. Ким, Ф. И. Ганиев**

Самаркандский государственный медицинский университет, Самарканд, Узбекистан

Ключевые слова: киста яичников плода, тазовое предлежание, седловидная матка, аномалия мюллеровых протоков, беременность и аномалия развития матки.

Tayanch so‘zlar: хомилалик тухумдон кистаси, чаноқ такдимоти, егарсимон бачадони, Мюллер канали аномалияси, хомиладорлик ва бачадон малформацияси.

Key words: fetal ovarian cyst, pelvic presentation, saddle uterus, Muller duct anomaly, pregnancy and uterine malformation.

В статье описан клинический случай обнаружения кист обоих яичников у плода матери с седловидной маткой при повторной беременности и исход данной беременности и патологии в отдаленном периоде в 6 месяцев.

ЕГАРСИМОН БАЧАДОНИ БЎЛГАН ОНАНИНГ ХОМИЛАСИДАГИ ТУХУМДОН КИСТАЛАРИ**Б. Б. Негмаджанов, В. О. Ким, Ф. И. Ганиев**

Самарканд давлат тиббиёт университети, Самарканд, Ўзбекистон

Мақолада қайта хомиладорлик пайтида егарсимон бачадони бўлган аёл хомиллада иккала тухумдоннинг кисталарини аниқлашнинг клиник ҳолати ва 6 ойлик узоқ муддатли даврда ушбу хомиладорлик ва патологиянинг натижаси тасвирланган.

OVARIAN CYSTS IN THE FETUS OF A MOTHER WITH A SADDLE UTERUS**B. B. Negmadjanov, V. O. Kim, F. I. Ganiev**

Samarkand state medical university, Samarkand, Uzbekistan

The article describes a clinical case of the detection of cysts of both ovaries in a fetal at mother with a saddle uterus during multiparous pregnancy and the outcome of this pregnancy and pathology in the long-term period of 6 months.

Введение. Кисты яичников у плода, по данным литературы, самая часто диагностируемая патология брюшной полости во время беременности. Кисты чаще всего обнаруживаются в третьем триместре, хотя точной причины до сих пор не выявлено. Возможной этиологией возникновения именно в этом триместре является становление системы гипоталамус-гипофиз-яичники именно после 29 недели у плода, а механизмами появления может быть влияние эстрогенов матери, плацентарных хорионических гонадотропинов, а также гонадотропины самого плода.

Кисты могут быть различные по структуре, форме, толщине стенок. Простые кисты чаще всего не требуют никаких вмешательств, а лишь только наблюдение. В некоторых случаях, при увеличении размера кисты более 40 мм может потребоваться внутриутробная аспирация содержимого кисты. Сложные кисты могут осложниться перекрутом, что требует экстренного вмешательства и родоразрешения.

В качестве иллюстрации приводим клинический пример.

Пациентка А., 23 лет, поступила на плановый осмотр по ведению беременности.

Из анамнеза: Диагноз «седловидная матка» был поставлен на одном из плановых осмотров до наступления первой беременности. Первая беременность в 2021 году завершилась срочными родами через естественные родовые пути плодом мужского пола, без осложнений. Вторая беременность—данная в 2023 году. Обе беременности протекали без особенностей. Пациентка получала витаминотерапию для профилактики патологии нервной трубки у плода, йододефицита, рахита, а также противоанемическое лечение. Последние месячные—21 сентября 2023 года. Беременная прошла 2 плановых скрининга: никакой патологии не было выявлено.

На момент осмотра жалоб не предъявляла. Срок беременности при обращении был 31 неделя.

Проведено ультразвуковое обследование и выявлено наличие анэхогенного образования с тонкими стенками размером 34x46 мм и еще одно анэхогенное образование с перегородками внутри, размером 28x34 мм в брюшной полости, предположительно в обоих яичниках у плода. В целом, плод развивался правильно.

Мы придерживались выжидательной тактики и контроля по УЗИ каждые 2 недели.

22 июня 2023 года пациентка обращается для очередного профилактического осмотра и по данным УЗИ выявлено: размер кисты с перегородкой вырос до размеров 50х62 мм (рис. 1), а вторая—осталась неизменной. Ребенок был в тазовом предлежании. Предполагаемый вес $3760,0 \pm 200,0$ г. Срок по дате последней менструации—39 недель.

С учетом вышеизложенного было рекомендовано плановое кесарево сечение, чтобы предотвратить нарушение целостности кист во время оказания пособий при тазовом предлежании и профилактика осложнений плода и матери в связи с тазовым предлежанием.

Информированное согласие на операцию было получено. 23 июня 2023 года беременная была родоразрешена путем кесарева сечения и родилась девочка весом 3650,0 г и ростом 50 см, с оценкой по шкале Апгар на 8-8 баллов. Новорожденная здорова, никаких отклонений, беспокойств, жалоб не было. Послеродовое послеоперационное восстановление прошло успешно. Заживление швов матери первичным натяжением и пациентка вместе с ребенком были выписаны на 5 сутки после родов, без осложнений.

Послеродовое наблюдение за девочкой проводили через -30-60-90-120-150 дней, по УЗИ брюшной полости. В динамике ежемесячно размеры кист уменьшались и к 5 месяцу жизни девочки уже совсем не визуализировались.

Согласно данным литературы, при возникновении кист в брюшной полости у плода, тактика зависит от нескольких факторов (размеры, толщина стенок, содержимое, рост в динамике, сопутствующая патология и другое) и не может быть однозначной—экстренное родоразрешение.

Как показывает данный клинический случай, можно выбрать выжидательную тактику при брюшных кистах у плода с последующим контрольным УЗИ в динамике, что может благотворно сказаться на сохранении овариального резерва у девочки и предотвратить лишнее оперативное вмешательство при выборе метода лечения пациенток с брюшными кистами во внутриутробном периоде.

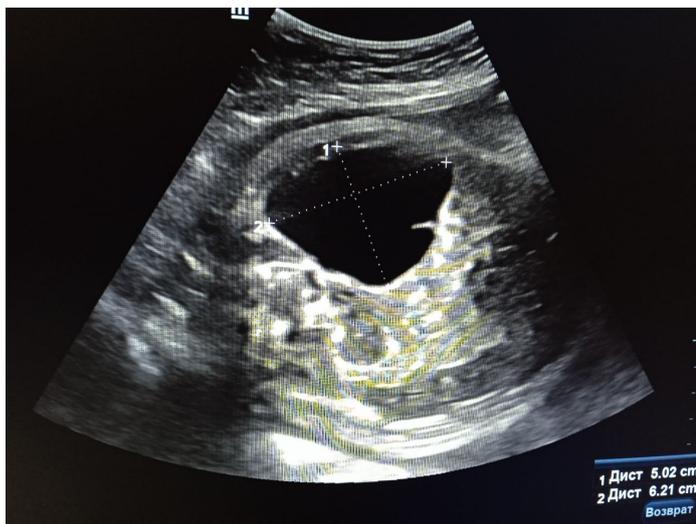


Рис. 1. Киста брюшной полости у внутриутробного плода женского пола на сроке 39 недель беременности матери.

Использованная литература:

1. Адамян Л.В., Бобкова М.В. и др. Аплазия влагалища и тазовая дистопия почки-тактика ведения и возможности хирургической коррекции порока развития половых органов.//Российский медицинский журнал Том 24, №4 (2018) С.54-60
2. Адамян Л.В., Кулаков В.И., Хашукоева А.З. Пороки развития матки и влагалища. - М.: Медицина, 1998. - 327 с.
3. Негмаджанов Б.Б., Маматкулова М.Д., Останакулова Ф.Б. Усовершенствованный сигмоидальный кольпопоз у пациенток с синдромом Майера-Рокитанского // Ж. Ежемесячный НМЖ Достижения науки и образования. Том 5. №59, с.56-60
4. Bagolan P., Giorlandino C., Nahom A., Bilancioni E., Trucchi A., Gatti C., Aleandri V., Spina V. The management of fetal ovarian cysts. J. Pediatr. Surg. 2002;37:25–30. doi: 10.1053/jpsu.2002.29421. [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]
5. Bascietto F., Liberati M., Marrone L., Khalil A., Pagani G., Gustapane S., Leombroni M., Buca D., Flacco M.E., Rizzo G., et al. Outcome of fetal ovarian cysts diagnosed on prenatal ultrasound examination: Systematic review and meta-analysis. Ultrasound Obstet. Gynecol. 2017;50:20–31. doi: 10.1002/uog.16002. [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]

6. Brandt M.L., Luks F.I., Filiatrault D., Garel L., Desjardins J.G., Youssef S. Surgical indications in antenatally diagnosed ovarian cysts. *J. Pediatr. Surg.* 1991;26:276–281. doi: 10.1016/0022-3468(91)90502-K. [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]
7. Crombleholme T.M., Craigo S.D., Garmel S.D.M. Fetal ovarian cyst decompression to prevent torsion. *J. Pediatr. Surg.* 1997;32:1447–1449. doi: 10.1016/S0022-3468(97)90558-3. [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]
8. DeSa D.J. Follicular ovarian cysts in stillbirths and neonates. *Arch. Dis. Child.* 1975;50:45–50. doi: 10.1136/adc.50.1.45. [PMC free article] [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]
9. Galinier P., Carfagna L., Juricic M., Lemasson F., Moscovici J., Guitard J., Baunin C., Menendez M., Cartault A., Pienkowski C., et al. Fetal ovarian cysts management and ovarian prognosis: A report of 82 cases. *J. Pediatr. Surg.* 2009;43:2004–2009. doi: 10.1016/j.jpedsurg.2008.02.060. [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]
10. Grumbach M.M., Kaplan S.L. Fetal pituitary hormones and the maturation of central nervous system regulation of anterior pituitary function. In: Gluck L., editor. *Modern Perinatal Medicine*. Year Book Medical Publishers; Chicago, IL, USA: 1974. pp. 247–271. [Google Scholar]
11. Holzgreve W., Winde B., Willital G.H., Beller F.K. Prenatal diagnosis and perinatal management of a fetal ovarian cyst. *Prenat. Diagn.* 1985;5:155–158. doi: 10.1002/pd.1970050210. [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]
12. Foley P.T., Ford W.D.A., Mcewing R., Furness M. Is conservative management of prenatal and neonatal ovarian cysts justifiable? *Fetal. Diagn. Ther.* 2005;20:454–458. doi: 10.1159/000086831. [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]
13. Lecarpentier E., Dreux S., Blanc T., Schaub B., Ville Y., Mandelbrot L., Ghoneimi A.E., Oury J., Muller F. Biochemical analysis of cystic fluid in the diagnosis of fetal intra-abdominal masses. *Prenat. Diagn.* 2012;32:627–632. doi: 10.1002/pd.3871. [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]
14. Lee H., Woo S., Kim J., Suh S. “Daughter cyst” sign: A sonographic finding of ovarian cyst in neonates, infants, and young children. *AJR Am. J. Roentgenol.* 2000;174:1013–1015. doi: 10.2214/ajr.174.4.1741013. [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]
15. Meizner I., Levy A., Katz M., Maresh A.J., Glezerman M. Fetal ovarian cysts: Prenatal ultrasonographic detection and postnatal evaluation and treatment. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 1991;164:874–878. doi: 10.1016/0002-9378(91)90532-V. [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]
16. Noia G., Riccardi M., Visconti D., Pellegrino M., Quattrocchi T., Tintoni M., Manzoni C., Pintus C., Masini L., Caruso A. Invasive fetal therapies: Approach and results in treating fetal ovarian cysts. *J. Matern. Fetal. Neonatal. Med.* 2012;25:299–303. doi: 10.3109/14767058.2011.574300. [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]
17. Nussbaum R., Hartman S., Parmley H., Sanders C., Dudgeon L. Neonatal ovarian cysts: Sonographic-pathologic correlation. *Radiology.* 1988;168:817–821. doi: 10.1148/radiology.168.3.3043551. [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]
18. Ozcan H.N., Balci S., Ekinci S., Gunes A., Oguz B., Ciftci A.O., Haliloglu M. Imaging findings of fetal-neonatal ovarian cysts complicated with ovarian torsion and autoamputation. *AJR Am. J. Roentgenol.* 2015;205:185–189. doi: 10.2214/AJR.14.13426. [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]
19. Tyraskis A., Bakalis S., David A.L., Eaton S., Coppi P.D. A systematic review and meta-analysis on fetal ovarian cysts: Impact of size, appearance and prenatal aspiration. *Prenat. Diagn.* 2017;37:951–958. doi: 10.1002/pd.5143. [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]
20. Tyraskis A., Bakalis S., Scala C., Syngelaki A., Giuliani S., Davenport M., David A.L., Nicolaides K., Eaton S., Coppi P.D. A retrospective multicenter study of the natural history of fetal ovarian cysts. *J. Pediatr. Surg.* 2018;53:2019–2022. doi: 10.1016/j.jpedsurg.2018.02.049. [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]