

# Гигантская параовариальная киста у 16-летней пациентки: клиническое наблюдение

З.Х. Кумыкова<sup>✉</sup>, З.К. Батырова, Д.А. Кругряк, Е.В. Уварова, В.Д. Чупрынин, Н.А. Буралкина, Л.С. Ежова  
ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. академика В.И. Кулакова» Минздрава России, Москва, Россия  
<sup>✉</sup>[zai-kumykova@yandex.ru](mailto:zai-kumykova@yandex.ru)

## Аннотация

В статье представлено редкое клиническое наблюдение параовариальной кисты гигантских размеров у девочки-подростка с лапароскопическим ее удалением. Наличие объемного образования брюшной полости у девочки-подростка требует мультидисциплинарного подхода с применением визуальных методов диагностики, предпочтительнее магнитно-резонансной томографии, с последующим участием опытной бригады высококвалифицированных специалистов с целью проведения «малоннвазивного» органосохраняющего лечения.

**Ключевые слова:** параовариальная киста, объемное образование придатков гигантских размеров, оперативная гинекология, подростки.

**Для цитирования:** Кумыкова З.Х., Батырова З.К., Кругряк Д.А. и др. Гигантская параовариальная киста у 16-летней пациентки: клиническое наблюдение. Гинекология. 2019; 21 (6): 45–47. DOI: 10.26442/20795696.2019.6.190704

Clinical Case

## Giant paraovarial cyst in 16-years old adolescent: a case-report

Zaira Kh. Kumyкова<sup>✉</sup>, Zalina K. Batyrova, Diana A. Kruglyak, Elena V. Uvarova, Vladimir D. Chuprynin, Natalia A. Buralkina, Larisa S. Ezhova  
Kulakov National Medical Research Center for Obstetrics, Gynecology and Perinatology, Moscow, Russia  
<sup>✉</sup>[zai-kumykova@yandex.ru](mailto:zai-kumykova@yandex.ru)

## Abstract

The article describe a rare clinical observation of a giant paraovarian cyst in a teenage girl with laparoscopic removal. The presence of giant cyst in the abdominal cavity in adolescent girls requires a multidisciplinary approach, taking into account visual diagnostic methods, preference for MRI, followed by the participation of experienced teams of highly qualified specialists in order to conduct a "minimally invasive" organ-preserving treatment.

**Key words:** paraovarial cyst, giant adnexal mass, operative gynecology, adolescents.

**For citation:** Kumyкова Z.Kh., Batyrova Z.K., Kruglyak D.A. et al. Giant paraovarial cyst in 16-years old adolescent: a case-report. Gynecology. 2019; 21 (6): 45–47. DOI: 10.26442/20795696.2019.6.190704

Параовариальные или паратубарные кисты составляют 5–20% всех объемных образований придатков матки. Могут развиваться в любой возрастной группе – от неонатального периода до менопаузы, однако наиболее часто встречаются в детском и подростковом возрасте (7,3%) [1]. Факторы риска развития параовариальных кист продолжают изучаться. Установлена взаимосвязь между ожирением и развитием параовариальных кист [2]. Предполагается роль параовариальных кист в развитии бесплодия и внематочной беременности в связи с нарушением подвижности и уменьшением просвета маточной трубы.

Параовариальные кисты необходимо дифференцировать от яичниковых образований в связи с тем, что они отличаются друг от друга как по клиническому течению, так и биологическим происхождением. Параовариальные кисты берут начало в широкой связке между маточной трубой и яичником. Термины «параовариальная» и «паратубарная киста» используют взаимозаменяемо в зависимости от их топографической близости к яичнику или маточной трубе. Они развиваются преимущественно из мезотелия, покрывающего брюшину, в 68% случаев, реже – из мезомезонефральной ткани (Мюллеровы кисты) – в 30% и мезонефральных рудиментов (Вольфовы кисты) – 2% случаев.

Точная заболеваемость неизвестна в связи с их частым асимптомным присутствием. Параовариальные кисты обнаруживают у 15,7% пациенток, подвергающихся оперативной лапароскопии. Клиническая симптоматика развивается обычно при чрезмерно быстром росте образования, перекруте, разрыве, кровоизлиянии или малигнизации [3]. Увеличение размеров параовариальных кист в постпубертатном периоде и во время беременности предполагает гормональное влияние на динамику их роста, хотя прямой взаимосвязи в проведенных исследованиях доказано не

было. Случаи перекрута придатков матки при параовариальных кистах выше, чем при кистах яичников, – 2,1–16% против 2,3%. Поскольку параовариальные кисты не имеют самостоятельной «ножки», они перекручиваются вместе с яичником или маточной трубой или вместе с ними обоими. Перекрут придатков чаще происходит с правой стороны (3:1), в связи чем довольно часто ошибочно расценивается как аппендицит или почечная колика, и пациентка направляется в хирургический стационар. По мере увеличения размеров параовариальной кисты риск перекрута возрастает. Малигнизация в параовариальных кистах крайне редка, в мировой литературе описано лишь несколько случаев [4]. В то же время доброкачественные параовариальные новообразования в клинической практике не редкость. Встречаются следующие их гистологические типы: серозная цистаденома, папиллярная серозная цистаденома, серозная цистаденофиброма, муцинозная цистаденома и эндометриоидная цистаденома.

В 2016 г. учеными из Кореи описан случай паратубарной пограничной опухоли больших размеров (19 см) у 17-летней пациентки, оперативное лечение у которой проведено лапароскопическим методом и ограничилось цистэктомией, сальпингэктомией и клиновидной резекцией яичника на стороне поражения [5].

Ультразвуковое исследование (УЗИ) и магнитно-резонансная томография (МРТ) – наиболее применимые методы визуальной диагностики параовариальных кист. При УЗИ параовариальные кисты обнаруживаются в виде анэхогенных однокамерных округлых или овальных образований. Более чем в 1/2 случаев параовариальные кисты ошибочно расцениваются как овариальные кисты либо принимаются за перитонеальные инклюзионные кисты (серозоцеле). Отличительными эхографическими особенностями параовариальных кист являются отсутствие фол-

ликулярной структуры, подвижность образования, разобщение с яичником во время пробы с нажатием вагинальным датчиком [6]. Признаками неоплазии считается наличие в параовариальной кисте перегородок и солидных включений, хотя и простые, по данным эхографических характеристик, параовариальные кисты могут оказаться цистаденомами (Korbin и соавт., 1998). Согласно консенсусу Society of Radiologists in Ultrasound кисты размером более 7 см обязательно подлежат дополнительному исследованию с помощью МРТ независимо от возраста пациентки [7].

К настоящему времени в доступной литературе представлены лишь 6 случаев гигантских параовариальных кист размером от 17 до 25 см у девочек-подростков [8–13], и только в одном из них выполнена лапароскопическая опе-

рация [13], остальные удалены в ходе лапаротомии, в 3 случаях с предварительной декомпрессией кисты [8, 11, 13].

Ниже представлено клиническое наблюдение гигантской параовариальной кисты у 16-летней пациентки, обратившейся на консультативный прием в поликлиническое отделение ФГБУ «НМИЦ АГП им. акад. В.И. Кулакова» в сентябре 2019 г. Перед публикацией данного клинического случая получено информированное согласие законного представителя (матери) пациентки.

У пациентки своевременное менархе в 13 лет, менструальный цикл установился сразу, регулярный до августа 2019 г., через 28 дней, по 5 дней, менструации умеренные, безболезненные. Соматически не отягощена: перенесла ветряную оспу, острый гайморит, острую респираторную вирусную инфекцию. Семейный анамнез – без особенностей. С августа 2019 г. отметила увеличение размеров живота, задержку менструации (при отсутствии опыта половых контактов). Обратилась к гинекологу по месту жительства. По данным обследования (УЗИ и МРТ органов малого таза и брюшной полости) выявлено анэхогенное однокамерное кистозное образование размером 240×200×80 мм, занимающее малый таз и нижние отделы брюшной полости, с четкими, ровными контурами, тонкой капсулой, однородным жидкостным содержимым, по переднелевой поверхности опухоли на уровне верхней подвздошной ости прилежит левый яичник (рис. 1).

Клинико-лабораторные параметры, в том числе онкомаркеры (СА-125, α-фетопротеин, β-субъединица хорионического гонадотропина человека), в пределах нормативных значений. Консультирована онкологом по месту жительства, предположено наличие муцинозной цистаденомы гигантских размеров. Рекомендовано хирургическое лечение в гинекологическом стационаре. Обратилась для консультации в ФГБУ «НМИЦ АГП им. акад. В.И. Кулакова» в сентябре 2019 г., госпитализирована в отделение гинекологии детского и юношеского возраста для оперативного лечения.

При физикальном осмотре пациентки обращало на себя внимание увеличение размеров живота до 25–26 нед беременности (рис. 2). При ректо-абдоминальном исследовании выявлено безболезненное объемное образование мягкоэластической консистенции диаметром более 25 см, занимающее весь малый таз и нижний отдел брюшной полости. Массо-ростовые показатели девочки соответствовали 57 кг и 166 см.

Принимая во внимание данные лабораторных и инструментальных методов исследования, пациентке поведено хирургическое лечение – лапароскопия, удаление параовариальной кисты больших размеров слева со срочным гистологическим исследованием. При лапароскопии обнаружено образование 25×15 см с гладкой поверхностью, занимающее весь малый таз, гипо- и мезогастрий. С целью декомпрессии образование пунктировано с помощью иглы под контролем лапароскопа, содержимое аспирировано электроотсосом в количестве 3500 мл, пункционное отверстие зажато мягким кишечным зажимом. После уменьшения размеров кистозного образования произведена ревизия органов малого таза и брюшной полости. Выявлено, что образование исходит из левого мезосальпинкса. Левая маточная труба распластана на образовании, ампулярный отдел сво-

Рис. 1. МРТ, снимок: объемное образование, занимающее брюшную полость и малый таз.

Fig. 1. MRI, image: space-occupying mass in the abdominal cavity and small pelvis.

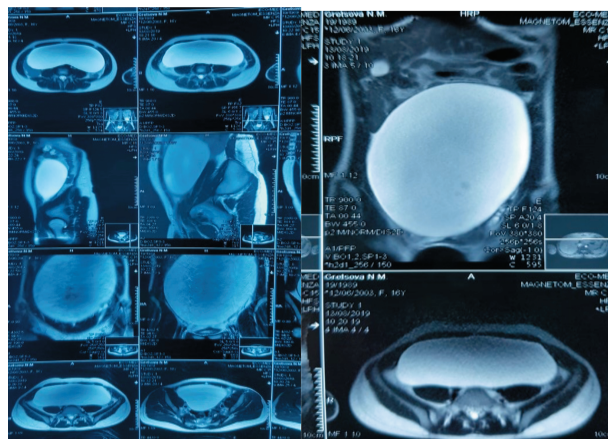


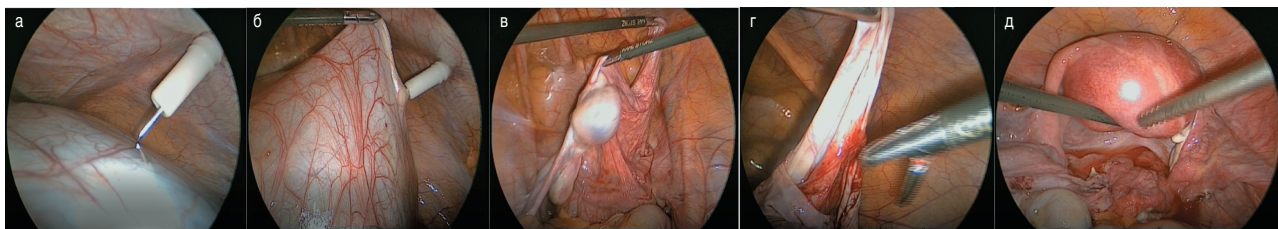
Рис. 2. Внешний вид пациентки перед оперативным вмешательством.

Fig. 2. The general appearance of the patient before surgery.



Рис. 3: а – лапароскопический вид объемного образования; б – эвакуация содержимого при помощи пункционной иглы; в – яичник и перерастянутый мезосальпинкс; г – вылушивание капсулы кисты; д – органы малого таза после проведенного оперативного лечения.

Fig. 3: a – laparoscopic view of space-occupying mass; b – removal of contents using a puncture needle; c – an ovary and a hyperinflated mesosalpinx; d – enucleating a cyst capsule; e – pelvic organs after surgical treatment.



боден, фимбрии выражены, левый яичник в форме песочных часов. Тело матки и правые придатки, органы брюшной полости без патологических изменений. В позадимадном пространстве скудное количество свободной жидкости (взята на цитологическое исследование). Данные срочного гистологического исследования: параовариальная киста слева. После предварительной эндокоагуляции брюшина над образованием вскрыта, тупым и острым путем киста вылущена, капсула ее удалена через троакарное отверстие, ложе кисты коагулировано. Кровопотеря во время операции составила 50 мл (рис. 3).

Окончательное послеоперационное патологическое заключение: парамезонефральная киста левого мезосальпинкса. В цитологических мазках перитонеальной жидкости атипичные клетки не обнаружены.

Послеоперационный период протекал гладко, без осложнений. Пациентка выписана из стационара на 5-е сутки в удовлетворительном состоянии. Масса тела при выписке составила 53 кг (при поступлении до оперативного вмешательства – 57 кг). При контрольном обследовании в динамике спустя 1 мес после операции не обнаружено каких-либо отклонений по данным клинического исследования и УЗИ.

Гигантские параовариальные кисты крайне редки у подростков. Предоперационная верификация этих образований чрезвычайно затруднена, несмотря на использование современных визуальных способов диагностики. Хирургическое удаление параовариальных кист с использованием лапароскопических технологий и участием опытной бригады высококвалифицированных специалистов должно быть «золотым стандартом» малоинвазивного органосохраняющего лечения у детей во избежание возможных разрушительных осложнений в будущем.

**Конфликт интересов.** Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

**Conflict of interests.** The authors declare that there is no conflict of interests.

#### ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ / INFORMATION ABOUT THE AUTHORS

**Кумыкова Зайра Хасановна** – канд. мед. наук, ст. науч. сотр. 2-го гинекологического отделения (гинекологии детского и юношеского возраста) ФГБУ «НМИЦ АГП им. акад. В.И. Кулакова». E-mail: zai-kumykova@yandex.ru; ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7511-1432>

**Батырова Залина Кимовна** – канд. мед. наук, ст. науч. сотр. 2-го гинекологического отделения (гинекологии детского и юношеского возраста) ФГБУ «НМИЦ АГП им. акад. В.И. Кулакова». E-mail: linadoctor@mail.ru; ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4997-6090>

**Кругляк Диана Анатольевна** – врач 2-го гинекологического отделения (гинекологии детского и юношеского возраста) ФГБУ «НМИЦ АГП им. акад. В.И. Кулакова». E-mail: diana.kruglyak@yandex.ru; ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1367-2530>

**Уварова Елена Витальевна** – д-р мед. наук, проф., зав. 2-м гинекологическим отделением (гинекологии детского и юношеского возраста) ФГБУ «НМИЦ АГП им. акад. В.И. Кулакова», президент Межрегиональной общественной организации «Объединение детских и подростковых гинекологов». E-mail: elena-uvarova@yandex.ru; ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3105-5640>

**Чупрынин Владимир Дмитриевич** – канд. мед. наук, зав. хирургическим отделением ФГБУ «НМИЦ АГП им. акад. В.И. Кулакова». E-mail: v\_chuprynin@oparina4.ru

**Буралкина Наталья Александровна** – д-р мед. наук, зав. приемным отделением, ст. науч. сотр. хирургического отделения ФГБУ «НМИЦ АГП им. акад. В.И. Кулакова». E-mail: n\_buralkina@oparina4.ru; ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5109-6725>

**Ежова Лариса Сергеевна** – канд. мед. наук, ст. науч. сотр. патологоанатомического отделения ФГБУ «НМИЦ АГП им. акад. В.И. Кулакова». E-mail: l\_ezhova@oparina4.ru

#### Литература/References

1. Felipe JHJy, Alcantar AR, Franco RF. Adolescent with paraovarian cyst. Surgical treatment. *Cir Cir Engl Ed* 2017; 85: 535–8.
2. Dietrich JE, Adeyemi O, Hakim J et al. Paratubal cyst size correlates with obesity and dysregulation of the Wnt signalling pathway. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 2017; 30 (5): 571–7.
3. Kiseli M, Caglar GS, Cengiz SD et al. Clinical diagnosis and complications of paratubal cysts: review of the literature and report of uncommon presentations. *Arch Gynecol Obstet* 2012; 285: 1563–9.
4. Smorgick N, Herman A, Schneider D et al. Paraovarian cysts of neoplastic origin are underreported. *JSLs* 2009; 13: 22–6.
5. Lee S, Ahn KH, Park HT et al. Paratubal borderline malignancy: a case of a 17-year old adolescent female treated with laparoendoscopic single-site surgery and a review of the literature. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 2016; 29 (1): 74–6.
6. Gupta A, Gupta P, Manaktala U et al. Clinical, radiological, and histopathological analysis of paraovarian cysts. *J Life Health* 2016; 7: 78–82.
7. Levine D, Brown DL, Andreotti RF et al. Management of asymptomatic ovarian and other adnexal cysts imaged at US: Society of Radiologists in Ultrasound Consensus Conference Statement. *Radiology* 2010; 256: 943–54.
8. Torres JP, Íñiguez RD. Giant paraovarian cyst in childhood – Case report. *Rev Chil Pediatr* 2015; 86: 117–20.
9. Letourneur B, Grandjean S, Richard P et al. Management of a giant paraovarian cyst. *Gynecol Obstet Fertil* 2006; 34: 239–41.
10. Cevrioglu AS, Polat C, Fenkci V et al. Laparoscopic management following ultrasonographic-guided drainage in a patient with giant paraovarian cyst. *Surg Endosc* 2004; 18: 346.
11. Burnhill MS. Giant parovarian cyst: report of a case. *Obstet Gynecol* 1965; 26: 275–6.
12. Märginean CO, Märginean C, Melit LE et al. An incidental diagnosis of a giant paraovarian cyst in a female teenager. A case report. *Medicine* 2018; 97: 48.
13. Kandil M, Sayyed T, Zakaria M. Laparoscopic trocar management of a giant paraovarian cyst: a case report. *F1000Research* 2013; 2: 29.

**Zaira Kh. Kumykova** – Cand. Sci. (Med.), Kulakov National Medical Research Center for Obstetrics, Gynecology and Perinatology. E-mail: zai-kumykova@yandex.ru; ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7511-1432>

**Zalina K. Batyrova** – Cand. Sci. (Med.), Kulakov National Medical Research Center for Obstetrics, Gynecology and Perinatology. E-mail: linadoctor@mail.ru; ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4997-6090>

**Diana A. Kruglyak** – doctor, Kulakov National Medical Research Center for Obstetrics, Gynecology and Perinatology. E-mail: diana.kruglyak@yandex.ru; ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1367-2530>

**Elena V. Uvarova** – D. Sci. (Med.), Prof., Kulakov National Medical Research Center for Obstetrics, Gynecology and Perinatology. E-mail: elena-uvarova@yandex.ru; ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3105-5640>

**Vladimir D. Chuprynin** – Cand. Sci. (Med.), Kulakov National Medical Research Center for Obstetrics, Gynecology and Perinatology. E-mail: v\_chuprynin@oparina4.ru

**Natalia A. Buralkina** – D. Sci. (Med.), Kulakov National Medical Research Center for Obstetrics, Gynecology and Perinatology. E-mail: n\_buralkina@oparina4.ru; ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5109-6725>

**Larisa S. Ezhova** – Cand. Sci. (Med.), Kulakov National Medical Research Center for Obstetrics, Gynecology and Perinatology. E-mail: l\_ezhova@oparina4.ru

Статья поступила в редакцию / The article received: 06.12.2019

Статья принята к печати / The article approved for publication: 23.12.2019