

ID: 2015-05-257-A-5002

Клинический случай

Черкасова Ф.А.

**Редкий вариант опухоли стромы полового тяжа (клинический случай)***ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, кафедра акушерства и гинекологии лечебного факультета**Научный руководитель: к.м.н. Наумова Ю.В.***Ключевые слова:** лейдигома

Вирилизующие опухоли яичников - это все гистологические типы опухолей, обладающие андрогенпродуцирующей активностью и обуславливающие развитие вирильного синдрома у женщин [2].

Вирилизующие опухоли яичников встречаются у одной из 30 тыс. женщин с одинаковой частотой во всех возрастных группах. Морфологические признаки злокачественности выявляются в одной из 5 вирилизующих опухолей яичников, однако многочисленные наблюдения показывают, что эти новообразования крайне редко метастазируют и отличаются благоприятным клиническим прогнозом [2,3].

Этиология и патогенез гормонально-активных или вирилизующих опухолей яичников, как и опухолей вообще, неизвестны. Принято считать, что все они образуются из остатков мужской части гонады в яичнике. По современным представлениям, патогенез вирилизующих опухолей яичников также связан с состоянием гипоталамо-гипофизарной системы [4].

К опухолям, обладающим андрогенпродуцирующей активностью, относят текомы, гранулезоклеточные опухоли, опухоли из клеток Сертоли—Лейдига, липидоклеточные опухоли и неспецифические (или неклассифицируемые) стромально-клеточные опухоли [1,4].

Одними из наиболее редких вариантов гормонпродуцирующих опухолей яичников являются андробластомы (опухоли из клеток Сертоли—Лейдига). Они включают в себя новообразования яичников, состоящие из клеток Сертоли, полового тяжа и стромальных клеток, аналогичных по строению клеткам Лейдига мужских гонад [2,3]. Эти опухоли составляют 0,5—1% всех опухолей яичников и наиболее часто встречаются у женщин репродуктивного возраста.

Основная масса опухолей — доброкачественные, однако в литературе описаны случаи метастазирования таких новообразований, явившихся причиной смерти больных [4,5].

Клинические проявления вирилизующих опухолей яичников складываются из ряда андрогензависимых и эстрогензависимых симптомов. Степень их выраженности определяется биологической активностью и уровнем секреции андрогенов опухолью и не зависит от ее морфологического строения [1,4,6].

Наиболее характерными проявлениями гиперандрогении являются андрогенная алопеция, гирсутизм и дермопатия (вульгарные акне, жирная себорея), барифония (понижение тембра голоса) и маскулинизация фигуры. Важным диагностическим критерием является обнаружение гипертрофии и/или вирилизации клитора. При гинекологическом осмотре часто выявляется уменьшение размеров матки. Иногда удается пропальпировать асимметричное увеличение одного яичника.

В ряде случаев наблюдается инволюция молочных желез [1,5,7]. У всех больных репродуктивного возраста нарушается менструальная функция (чаще по типу вторичной аменореи, реже — олигоменореи). Характерно быстрое прогрессирование симптомов вирилизации. У большинства женщин менструации прекращаются внезапно на фоне предшествующих регулярных менструальных циклов [1]. В ряде случаев наблюдается раннее наступление менопаузы, совпадающее с появлением первых признаков вирилизации [2].

Необходимо отметить, что в перименопаузальном периоде у больных с вирилизующими опухолями яичников повышается риск развития артериальной гипертензии, сахарного диабета и гиперпластических процессов в эндометрии и молочных железах.

Заподозрить вирилизующую опухоль при выраженной клинической картине нетрудно, однако выявить источник гиперандрогении нередко достаточно сложно. Диагноз основывается на указанных клинических проявлениях, значительном повышении уровня тестостерона в плазме и не представляет трудностей при достаточных размерах опухоли, позволяющих свободно ее пальпировать. Однако вирилизующие опухоли яичников редко бывают большими, часто их диаметр 1-2 см, что не позволяет выявить новообразование даже при лапароскопии. В основе дифференциальной диагностики типа гиперандрогении при вирильном синдроме лежит определение в плазме основных надпочечниковых андрогенов: дегидроэпиандростерона (ДЭА) и его сульфатированного производного дегидроэпиандростерона сульфата (ДЭА-С) и андростендиона [6,7]. В план обследования входит также рентгенологическое исследование надпочечников, проведение УЗИ-обследования. Высокоинформативна компьютерная томография.

Терапия вирильного синдрома должна быть патогенетической и направлена на лечение основного патологического процесса. При обнаружении вирилизующей опухоли яичников проводится оперативное лечение — удаление опухоли с максимальным сохранением здоровой овариальной ткани и обязательной биопсией второго яичника. Исключение составляют больные в постменопаузе, у которых производят удаление обоих яичников и надвлагалищную ампутацию матки.

После операции у больных наблюдается практически полное выздоровление: исчезновение гирсутизма, алопеции, увеличение молочных желез, восстановление тембра голоса, в большинстве случаев в репродуктивном возрасте появление регулярного менструального цикла. Рецидивов заболевания или поздних метастазов обычно не наблюдается.

За период 2012-2014 гг. в 1 гинекологическом отделении прооперировано 117 пациенток с доброкачественными опухолями яичников. Гормонопродуцирующая опухоль яичников выявлена лишь у одной пациентки.

#### Описание клинического случая

Пациентка И, 58 лет поступила в 1 гинекологическое отделение в феврале 2014 года для обследования и лечения. Жалоб на момент осмотра не предъявляла

Из анамнеза заболевания: в течение последних 2 лет отмечает огрубение голоса, резкую прибавку в весе (более 12 кг), выпадение волос на голове, чрезмерный рост волос на верхних и нижних конечностях, животе, груди, повышение артериального давления до высоких цифр и отсутствие должного эффекта от гипотензивной терапии, потливость. С 2014 года пациентка наблюдалась у эндокринолога с диагнозом: “ Синдром гиперандрогении неясного генеза”. Уровень тестостерона в крови составлял 50,6 нмоль/л, кортизола - 707 нмоль/л. Уровень ЛГ, ФСГ, пролактина соответствовали менопаузальным значениям. Было выполнено УЗИ и КТ ОБП, надпочечников - структурных изменений не выявлено. По данным УЗИ гениталий выявлены признаки миомы матки в стадии регресса, яичники не визуализировались.

С диагнозом “Синдром гиперандрогении, предположительно, яичникового генеза” пациентка была направлена для дообследования и лечение в гинекологическое отделение МУЗ 1 ГКБ.

Из объективного осмотра: Голос грубый. Телосложение по мужскому типу с преимущественным отложением жировой ткани в области верхнего плечевого пояса, спины, живота. Алопеция. Гирсутизм (рост терминальных волос на верхних и нижних конечностях, животе, груди). При гинекологическом осмотре выявлено увеличение размеров матки до 12-13 недель беременности, придатки матки не пальпируются. Пациентке выполнено общеклиническое обследование, УЗИ гениталий, выявлены признаки множественной миомы матки, узлы миомы содержат кальцинаты, яичники отчетливо не визуализируются.

Выполнено МРТ органов малого таза: множественные неравномерно кальцинированные интрамуральные и субсерозные узлы миомы, миома на ножке? Частично инвалютированный яичник? Новообразование ? слева, размерами 14 x 21 x 17 мм.

Решением консилиума по совокупности показаний (множественная миома матки больших размеров, подозрение на яичниковый генез гиперандрогении) пациентке было рекомендовано оперативное лечение. Выполнено чревосечение, экстирпация матки с придатками. Макропрепарат: матка соответствует 13-14 неделям беременности с множеством интрамуральных и субсерозных узлов размерами до 3см, все узлы в капсулах. Яичники 3,0 x 2,5 см внешне не изменены.

Ранний послеоперационный период протекал без особенностей.

Гитоответ: множественная фибролейомиома различной локализации, эндометрий представлен базальным слоем, в мозговом слое левого яичника определяется опухоль , размером 2,0 x 1,0 см, гистологическое строение соответствует лейдигоме – доброкачественной опухоли стромы полового тяжа.

На 9- е сутки пациентка выписана из стационара.

Через 6 месяцев пациентка повторно осмотрена. Жалоб не предъявляет. Отмечает снижение массы тела на 7 кг, восстановление тембра голоса, улучшение общего самочувствия. Гирсутизм отсутствует, отмечается восстановление роста волос на голове. При контрольном исследовании гормонов крови тестостерон - 0,75 нмоль/л (норма 2 - 4,3 нмоль/л), кортизол 541 нмоль/л (норма 150 - 660 нмоль/л).

#### Заключение

На примере клинического случая показана необходимость комплексного применения гормональных и инструментальных методов исследования с целью дифференциальной диагностики вирильного синдрома у женщин. В результате проведенных диагностических мероприятий выявлен редкий гистологический тип андрогенпродуцирующей опухоли стромы полового тяжа яичника. Отмечен быстрый регресс симптомов гиперандрогении и нормализация уровня тестостерона после удаления опухоли.

#### Литература

1. Гинекология: учебник / под ред. В. Е. Радзинского, А. М. Фукса. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 1000 с.
2. Практическая гинекология: Клинические лекции / Под ред. В.И. Кулакова, В.Н. Прилепской. – 4-е изд., доп. – М.: МЕДпресс информ, 2008. – 752
3. Руководство по эндокринной гинекологии / Под ред. Е. М. Вихляевой. — 3-е изд., доп. — М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2006. — 784 с.
4. Серов В.Н., Прилевская В.Н., Овсянникова Т.В. Гинекологическая эндокринология. - М.: МЕДпресс-информ, 2004. - 364 с.
5. Сметник В.П., Тумилович Л.Г. Неоперативная гинекология - М., 2006.- 632 с.
6. Современные методы выяснения источника гиперандрогении у женщин с вирильным синдромом. Тезисы докладов II Всероссийского съезда эндокринологов. Челябинск, 1991, с.311-312.
7. Kaltsas G. et al. The value of the low-dose dexamethasone suppression test in the differential diagnosis of hyperandrogenism in women // J. Clin. Endocrinol. Metab. — 2003. — Vol. 88. — P. 2634-2643.