

СУЧАСНИЙ ПОГЛЯД НА ПРОБЛЕМУ ПЕРЕКРУТУ ЯЄЧНИКІВ У ЖІНОК РЕПРОДУКТИВНОГО ВІКУ

Проф. М. І. КОЗУБ, Н. Р. ХУРЦИЛАВА, М. П. СОКІЛ, доц. М. М. КОЗУБ,
канд. мед. наук Л. І. ГИРМАН, канд. мед. наук В. М. ОЛЬХОВСЬКА

Харківська медична академія післядипломної освіти

Висвітлено питання частоти, етіології, діагностики, лікування перекруту яєчників, у тому числі в пацієнок під час вагітності. Розглянуто сучасні підходи до хірургічного лікування залежно від результатів додаткових методів обстеження. Наведено дані про наслідки вагітності у пацієнок із перекрутом яєчників.

Ключові слова: перекрут яєчників, діагностика, лапароскопічне та комбіноване лікування.

Гострі гінекологічні захворювання становлять від 1 до 26% серед усіх пацієнок, госпіталізованих у гінекологічний стаціонар [1, 2]. Перекрут придатків матки посідає п'яте місце серед ургентної гінекологічної патології з поширеністю 3–7% від загальної кількості хворих із картиною гострого живота [1, 2]. Ця патологія найчастіше діагностується в підлітків із доброякісними пухлинами й пухлиноподібними утвореннями придатків матки [3, 4], жінок репродуктивного віку, що страждають на безпліддя, із приводу якого проводилася гіперстимуляція яєчників [1–3, 5], а також у вагітних жінок [1, 2, 6, 7]. Що більші розміри яєчника, то більшою є ймовірність його перекруту [4, 8]. На доброякісні пухлини й пухлиноподібні утворення яєчників припадає 17,6–36,2% усіх гінекологічних захворювань. Епітеліальні пухлини яєчників зустрічаються в 22,6–53,4%, герміногенні й пухлини строми жовтого тіла — у 26,4–41,6%, дермоїдні кісти — у 10–30% пацієнок із доброякісними утвореннями яєчників. У 88,5% випадків зрілі тератоми макроскопічно кістозні, в 11% — мають кістозну й солідну будову, у 0,5% — цілком солідну будову. Розміри тератом варіюють від 1 до 16 см. У пацієнок зі зрілими тератомами в 54–68% випадків виявляється патологія матки, в 7–12% — патологія ендометрію, наявність яких вимагає індивідуального підходу в лікуванні [9–12]. Перекрут дермоїдних кіст виникає в 4–9% спостережень [13, 14].

Ендометріюїдні кісти зустрічаються в 6,5% пацієнок репродуктивного віку й становлять 10–48,6% усіх пухлиноподібних утворень яєчників. Комбінація ендометріом із патологією ендометрію спостерігається в 7–89% хворих, із лейоміомою матки — у 23–68%, із патологією молочних залоз — у 20–50%. Рак яєчників діагностується в 1,25% пацієнок із ендометріомами [12, 15, 16]. Серед усіх пухлиноподібних утворень фолікулярні кісти становлять 22–31%, кісти жовтого тіла — 5–23%, параоваріальні кісти — 9–12,4%.

Синдром полікістозних яєчників (СПКЯ) діагностується в 10,8–16,0% жінок репродуктивного

віку, причому в 50–75% жінок із ендокринним безпліддям [11]. Синдром гіперстимуляції яєчників виникає в 0,5–5,0% пацієнок із СПКЯ. До факторів розвитку синдрому гіперстимуляції яєчників під час проведення консервативного лікування безплідності в жінок із СПКЯ належать: підвищена концентрація судинного ендотеліального фактору росту — понад 240 мкг/мл, І тип СПКЯ (за даними УЗД), обсяг яєчників понад 20 см² і наявність більше 15 фолікулів), рівень лютеїнізуючого гормону вище 15 МЕ/л і інсулінорезистентність [17]. Доброякісні пухлини й пухлиноподібні утворення яєчників зустрічаються в 0,08–1,14% вагітних [18]. Частота перекруту яєчників залежить від строку вагітності й становить: у І триместрі — 55–75% спостережень, у II — 34,2–37,5%, у III — 10,5–37,5%. Найбільш частими причинами цього є: доброякісні кісти яєчників — у 39,5% випадків, полікістозні яєчники — у 36,8%, нормальні яєчники — у 23,7%. У І триместрі переважає перекрут полікістозних яєчників, тоді як у II триместрі він становить 47,6%, а перекрут нормальних яєчників — 23,5%. У III триместрі перекрут полікістозних яєчників зустрічається в 14,3% випадків, а нормальних яєчників — у 35,3% [7, 13, 14, 18]. Крім цього, описано випадки перекруту стимульованих для програми екстракорпорального запліднення (ЕКЗ) яєчників у вагітних [1, 4, 5, 18–20]. Можливий розвиток повторного перекруту у вагітних жінок за його наявності в анамнезі [19].

Спонтанний розрив дермоїдних кіст за їх перекруту може призвести до розвитку гострого хімічного перитоніту, що спостерігається в 0,2% пацієнок [21, 22]. Розвиток симптомів гострого живота за наявності тератоми можливий під час забору ооцитів для програми ЕКО [10, 23, 24]. Виливання вмісту ендометріюїдних кіст під час їх розриву при перекруті призводить до розвитку ендометріюїдного пельвіоперитоніту з поширенням вмісту кісти на інтактні ділянки очеревини й маткової труби [25]. Під час вивчення катамнезу пацієнок із перекрутом доброякісних пухлин і пухлиноподібних утворень яєчників у 60% вагітних

після лапароскопічного лікування настали своєчасні пологи, у 15% — передчасні пологи більше 31 тиж гестації, у 20% жінок настав мимовільний аборт у I триместрі вагітності [13, 14, 26].

Клінічна картина перекруту яєчників визначається ступенем порушення кровообігу. Захворювання починається раптово з появи різкого болю внизу живота на боці перекруту, нудоти, блювоти, затримки випорожнення й газів (парез кишечника) [7]. Найпоширенішими ознаками перекруту яєчників є: тазові болі — 82,1–100,0% випадків, нудота й блювота — 49,7–85,0%, збільшена кількість лейкоцитів до 12×10^9 — у 20,1–56,0%, лихоманка — 7,8–18,0% [26, 27], а наявність пухлиноподібного утворення в області придатків матки або у малому тазі виявляють у 95% пацієнок [28].

Не існує єдиного прогностичного критерію перекруту яєчників з абсолютною діагностичною цінністю [7, 12, 15, 16]. Діагностика перекруту доброякісних пухлин і пухлиноподібних утворень яєчників ґрунтується на скаргах, даних анамнезу (зазначення наявності доброякісної кісти або пухлиноподібного утворення яєчника), типових симптомах захворювання, даних об'єктивного дослідження. Важливий метод діагностики — УЗД, при якому в області придатків матки визначається об'ємне утворення з ознаками доброякісної пухлини яєчника [7, 29]. При доплерівському обстеженні виявляється збільшення яєчників і відсутність венозного кровообігу — це ультразвуковий індикатор перекруту яєчників, який найчастіше виявляється. Дані УЗД перекручених придатків матки можуть змінюватись залежно від тривалості перекруту [28, 30, 31]. Підозра на перекрут яєчників має бути за наявності клінічних ознак і збільшення яєчників у розмірах при ультразвуковому обстеженні [2]. Яєчникові крововиливи, часто пов'язані з перекрутом, мають характерне зображення при КТ- і МРТ-дослідженні пацієнок [32, 33]. Цінним діагностичним критерієм при перекрутах придатків матки є визначення запального цитокіну — ітерлейкіну-6, чутливість методу становить 85,1%, специфічність — 84,1% [34]. І все-таки найінформативніший і найнадійніший метод діагностики перекруту придатків матки — лапароскопія [35].

У разі часткового перекруту яєчників можливе проведення консервативного лікування [4]. Одним із його способів є абдомінальна аспірація кісти під контролем ультразвуку та зміна місця розташування тіла, що являє розумну альтернативу хірургічному втручанню під час вагітності

[22]. Лікування повного перекруту доброякісних пухлин або пухлиноподібних утворень яєчників проводиться з використанням лапароскопічного або лапаротомічного доступу. Якщо за даними доплерівського дослідження яєчниковий кровообіг відсутній, то виконується лапароскопічна або лапаротомічна аднексектомія [36]. Під час лапаротомічного лікування перекруту яєчників у більшості випадків виконується аднексектомія [4]. Щоб зберегти яєчник, важливо вчасно поставити діагноз перекруту й переглянути тактику лікування щодо його лапароскопічного розкручування [5]. У літературі описано випадки перекруту обох стимульованих яєчників для програми ЕКЗ, за наявності яких під час вагітності зроблено лапароскопічне розкручування лівого яєчника й видалення перекручених придатків праворуч [4, 5]. У разі виявлення геморагічного просочування в тканини яєчників після їх лапароскопічного розкручування необхідно виконати лапароскопічну резекцію зазначених ділянок [4]. У літературі наведено випадки лікування перекруту яєчників під час вагітності з виконанням трансвагінального видалення кісти [4, 9]. У пацієнок із перекрутом яєчників після лапароскопічного лікування післяопераційне перебування в стаціонарі коротше, ніж у жінок, яким було проведено лапаротомічне лікування перекруту. У жодної з пацієнок не було значних ускладнень під час або після оперативного лікування з використанням лапароскопії. Тільки розкручування при лапароскопічному лікуванні або розкручування й використання додаткових методик консервативної терапії перекруту яєчників рекомендують розглядати як варіант лікування перекруту яєчників у вагітних жінок, які страждають на цю патологію, оскільки лапароскопічний доступ визначає більш успішний результат хірургічного лікування, менші строки перебування в стаціонарі й реабілітаційний період [4, 13, 14].

Таким чином, перекрут яєчників являє собою важливу проблему в гінекології, оскільки кількість пацієнок із доброякісними пухлинами та пухлиноподібними утвореннями зараз зростає, а зазначена патологія призводить до зниження репродуктивної функції жінок надалі, у зв'язку із чим тільки в 60% з них спостерігаються своєчасні пологи [13, 14, 37]. Розв'язання проблеми — у розробці нових методик лікування перекруту яєчників, що включають використання лапароскопічного доступу й застосування медикаментозних засобів, спрямованих на нормалізацію кровообігу в яєчнику після ліквідації перекруту.

Список літератури

1. Кулаков В. И. Экстренная хирургическая помощь в гинекологии / В. И. Кулаков, А. С. Гаспаров, А. Г. Косаченко // Современные технологии в гинекологии. — М.: Пантори, 2003. — С. 165–166.
2. Shadinger L. L. Preoperative Sonographic and Clinical Characteristics as Predictors of Ovarian Torsion, 2008 by the American Institute of Ultrasound in Medicine / L. L. Shadinger, R. F. Andreotti, R. L. Kurian // J. Ultrasound Med.— 2008.— № 27.— P. 7–13.
3. Ovarian torsion. Management and ovarian prognosis: a report of 45 cases / P. Galinier, L. Carfagna, M. [et al.] // J. Pediatr. Surg.— 2009.— № 44 (9).— P. 1759–1765.

4. *Jarosová R.* Ovarian torsion in the first trimester gravidity after stimulation in vitro fertilization: case report / R. Jarosová, J. Masata // *Ceska Gynekol.*— 2009.— № 74 (6).— P. 437–439.
5. Adnexal torsion in a woman undergoing ovarian hyperstimulation with clomiphene citrate therapy: a case report and review of the literature / C. S. Shiau, Y. H. Huang, M. Y. Chang [et al.] // *Arch. Gynecol. Obstet.*— 2012.— № 285 (1).— P. 271–273.
6. *Morton M. J.* Case report: ovarian torsion in pregnancy — diagnosis and management / M. J. Morton, M. Masterson, B. Hoffmann // *J. Emerg. Med.*— 2013.— № 45 (3).— P. 348–351.
7. Surgical intervention for maternal ovarian torsion in pregnancy / S. D. Chang, C. F. Yen, L. M. Lo [et al.] // *Taiwan J. Obstet. Gynecol.*— 2011.— № 50 (4).— P. 458–462.
8. *Cheng K. L.* Ovarian torsion: appearance on MRI / K. L. Cheng, T. F. Tsao // *Pediatr. Radiol.*— 2010.— № 40, Suppl. 1.— P. 104.
9. *Козуб М. Н.* Порівняльна оцінка лапароскопічних методик лікування у відновленні репродуктивної функції хворих із дермоїдними кістами яєчників: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. мед. наук; спец. 14.01.01 «Акушерство і гінекологія» / М. Н. Козуб.— Одеса, 2008.— 20 с.
10. A comparative study of laparoscopy and colpotomy for the removal of ovarian dermoid cysts / F. Y. Teng, D. Muzsnai, R. Perez [et al.] // *Obstet. Gynecol.*— 1996.— Vol. 87, № 6.— P. 1009–1013.
11. *Козуб М. І.* Доброякісні пухлини та пухлиноподібні утворення яєчників / М. І. Козуб, В. І. Грищенко.— Харків: Оберіг, 2009.— 286 с.
12. *Абдулаева С. А.* Некоторые аспекты диагностики и лечебной тактики у больных с доброкачественными опухолями яичников и состоянием репродуктивной системы после хирургической коррекции / С. А. Абдулаева // *Рос. вестн. акушера-гинеколога.*— 2005.— № 2.— С. 17–23.
13. Chromosome analysis and comparison of the benign cystic and malignant squamous component of an ovarian teratoma / J. S. Noumoff, V. A. LiVolsi, R. B. Deger [et al.] // *Cancer Genet. Cytogenet.*— 2001.— Vol. 125, № 1.— P. 59–62.
14. Laparoscopic management of ovarian dermoid cysts / H. Reich, F. McGlym, L. Sekel, P. Taylor // *J. Reprod. Med.*— 1992.— Vol. 37, № 7.— P. 640–644.
15. *Фофонова И. Ю.* Современные подходы к диагностике и лечению опухолей и опухолевидных образований яичников у женщин репродуктивного возраста: автореф. дис. на соискание науч. степ. канд. мед. наук; спец. 14.00.01 «Акушерство и гинекология» / И. Ю. Фофонова.— Смоленск, 2007.— 23 с.
16. *Rabbani I.* Laparoscopic excision of a large ovarian cyst / I. Rabbani, J. S. Wynn, D. J. Hickling // *Gynecol. Surg.*— 2007.— Vol. 4, № 3.— P. 225–227.
17. *Козуб Н. И.* Оптимизация методики лечения пациенток с СПКЯ и тубрно-перитонияльным бесплодием / Н. И. Козуб, М. П. Сокол // *Таврический медико-биологический вестн.*— 2013.— Т. 16, № 2, ч. 1/62.— С. 87–91.
18. *Гурин А. Л.* Лапароскопия в лечении доброкачественных опухолей и опухолевидных образований яичников: новые технологии в онкогинекологии / А. Л. Гурин, Д. О. Кучук // *Журн. акушерства и женских болезней.*— 2009.— Вып. 5.— С. 27–29.
19. The clinical characteristics and sonographic findings of maternal ovarian torsion in pregnancy / N. Smorgick, M. Pansky, M. Feingold [et al.] // *Fertil. and Steril.*— 2009.— № 92 (6).— P. 1983–1987.
20. A rare case of small bowel obstruction secondary to ovarian torsion in an IVF pregnancy / A. Lazaridis, K. Maclaran, N. Behar, P. Narayanan // *BMJ Case Reports.*— 2013.— doi: 10.1136/bcr-2013-008551.
21. Ovarian torsion after controlled ovarian hyperstimulation: 5 cases report and clinical analysis / Y. Q. Wang, J. Yang, W. M. Xu [et al.] // *Zhonghua Fu Chan Ke Za Zhi.*— 2012.— № 47 (8).— P. 612–615.
22. *Boswell K. M. O.* Recurrence of ovarian torsion in a multiple pregnancy: conservative management via transabdominal ultrasound-guided ovarian cyst aspiration; case report / K. M. O. Boswell, K. M. Silverberg.— 2010.— Vol. 94, Iss. 5.— P. 1910.e1–1910.e3.
23. *Kim R.* Familial ovarian dermoids / R. Kim, M. Bohm-Velez // *J. Ultrasound Med.*— 1994.— Vol. 13.— P. 225–228.
24. *Чиссов В. И.* Ошибки в диагностике и лечении опухолей яичников при лапароскопических вмешательствах / В. И. Чиссов, Е. Г. Новикова, Н. Г. Судина // *Врач.*— 2002.— № 2.— С. 28–30.
25. *Buchwalter C. L.* Hemolytic anemia and benign pelvic tumors. A case report / C. L. Buchwalter, D. Miller, E. L. Jenison // *J. Reprod. Med.*— 2001.— Vol. 46, № 4.— P. 401–404.
26. *Гирман Л. І.* Порівняльна оцінка методів профілактики злук у хворих з безпліддям, зумовленим зовнішнім генітальним ендометріозом після лапароскопічного його лікування: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. мед. наук; спец. 14.01.01 «Акушерство і гінекологія» / Л. І. Гирман.— К., 2011.— 20 с.
27. *Савельева Г. М.* Гинекология: учебник / Г. М. Савельева, В. Г. Бреусенко.— 4-е изд., перераб. и доп.— М.: ГЕОТАР-Медиа, 2012.— 432 с.
28. Laparoscopy versus laparotomy for surgical intervention of ovarian torsion / L. M. Lo, S. D. Chang, S. G. Horng [et al.] // *J. Obstet. Gynaecol. Res.*— 2008.— № 34 (6).— P. 1020–1025.
29. *Bharathan R.* Ovarian torsion: opportunities to improve clinical management / R. Bharathan, L. Ramsawak, A. Kelly // *J. Obstet. Gynaecol.*— 2012.— № 32 (7).— P. 683–686.
30. *Савельева Г. М.* Острый живот в гинекологии / Г. М. Савельева, В. Г. Бреусенко.— 4-е изд., перераб. и доп.— М.: ГЕОТАР-Медиа, 2012.— 339 с.
31. Torsion of the previously normal uterine adnexa in the second trimester of pregnancy / F. Kayabasoglu, S. Aydogdu, S. E. Yilmaz, E. Sarica // *Arch. Gynecol. Obstet.*— 2010.— № 282 (6).— P. 655–658.
32. Torsion of normal adnexa in postmenarcheal women: can ultrasound indicate an ischemic process? / N. Smorgick, R. Maymon, S. Mendelovic [et al.] // *Ultrasound Obstet. Gynaecol.*— 2008.— № 31 (3).— P. 338–341.

33. *Duigenan S.* Ovarian torsion: diagnostic features on CT and MRI with pathologic correlation / S. Duigenan, E. Oliva, S. I. Lee // *Am. J. Roentgenol.*— 2012.— № 198 (2).— P. 122–131.
34. *Mak C. W.* Computed tomography appearance of ovarian fibrothecomas with and without torsion / C. W. Mak, W. S. Tzeng, C. Y. Chen // *Acta Radiol.*— 2009.— № 50 (5).— P. 570–575.
35. *Christopoulos G.* Interleukin-6 for the diagnosis of ovarian torsion: a systematic review and meta-analysis / G. Christopoulos, S. Goubet, T. Kelly // *J. Obstet. Gynaecol.*— 2013.— № 33 (5).— P. 438–441.
36. Ovarian torsion in in vitro fertilization-induced twin pregnancy: combination of Doppler ultrasound and laparoscopy in diagnosis and treatment can quickly solve the case / S. Arena, S. Canonico, G. Luzi [et al.] // *Fertil. Steril.*— 2009.— № 92 (4).— P. 1496.
37. Transvaginal ovarian cystectomy for adnexal torsion during pregnancy / M. A. Gaspar-Oishi, R. M. Kawelo, M. L. Bartholomew, T. Aeby // *J. Minim. Invasive Gynecol.*— 2012.— № 19 (2).— P. 255–258.

СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА ПРОБЛЕМУ ПЕРЕКРУТА ЯИЧНИКОВ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА

Н. И. КОЗУБ, Н. Р. ХУРЦИЛАВА, М. П. СОКОЛ, М. Н. КОЗУБ,
Л. И. ГИРМАН, В. Н. ОЛЬХОВСКАЯ

Освещены вопросы частоты, этиологии, диагностики, лечения перекрута яичников, в том числе у пациенток во время беременности. Рассмотрены современные подходы к хирургическому лечению в зависимости от результатов дополнительных методов исследования. Приведены данные об исходах беременности у пациенток с перекрутом яичников.

Ключевые слова: перекрут яичников, диагностика, лапароскопическое и сочетанное лечение.

MODERN APPROACH TO THE PROBLEM OF OVARIAN TORSION IN WOMEN OF REPRODUCTIVE AGE

M. I. KOZUB, N. R. KHURTSYLAVA, M. P. SOKIL, M. M. KOZUB,
L. I. GYRMAN, V. M. OLKHOVSKA

The questions of incidence, etiology, diagnosis, treatment of ovarian torsion, including in pregnant patients are featured. Modern approaches to surgical treatment depending on the results of additional investigations are discussed. The data on pregnancy outcomes in patients with ovarian torsion are reported.

Key words: ovarian torsion, diagnosis, laparoscopic and combination treatment.

Надійшла 30.05.2014