

УДК 618.11-006:618.17

© Я.А. Егорова, 2011.

## КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ОПУХОЛЕВИДНЫХ ПРОЦЕССОВ ЯИЧНИКОВ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА

**Я. А. Егорова**

*Кафедра акушерства, гинекологии и перинатологии (зав. кафедрой - д. мед. н., профессор А.Н. Рыбалка), Государственное учреждение «Крымский государственный медицинский университет им. С.И. Георгиевского», г. Симферополь.*

### CLINICAL DISPLAYS TUMOUR PROCESSES OVARIES AT WOMEN OF REPRODUCTIVE AGE

**Y. A. Egorova**

#### SUMMARY

The analysis of clinical displays tumour processes ovaries at women of reproductive age testifies that timely and exact revealing of a pathology has important practical value for improvement of quality of life and restoration of reproductive health.

### КЛІНІЧНІ ПРОЯВИ ПУХЛИНОПОДІБНИХ ПРОЦЕСІВ ЯЄЧНИКІВ У ЖІНОК РЕПРОДУКТИВНОГО ВІКУ

**Я. А. Єгорова**

#### РЕЗЮМЕ

Аналіз клінічних прояв пухлиноподібних процесів яєчників у жінок репродуктивного віку посвідчує, що своєчасне та точне виявлення патології має важливе практичне значення для поліпшення якості життя та відновлення репродуктивного здоров'я.

**Ключевые слова:** женщины, репродуктивный возраст, яичники, опухолевидные процессы, клиника.

Репродуктивное здоровье является неотъемлемой составляющей общего здоровья нации и имеет стратегическое значение [1]. Актуальность выбранной темы определяется высокой частотой встречаемости опухолевидных образований яичников у женщин репродуктивного возраста, трудностями дифференциальной диагностики, а следовательно, большим процентом диагностических и тактических ошибок, приводящих к нарушению репродуктивной функции, и подчас, к необратимым последствиям в репродуктивном здоровье пациенток при несвоевременности и неадекватности консервативного или хирургического лечения.

Цель исследования - проанализировать современные представления о клинических проявлениях опухолевидных процессов яичников у женщин репродуктивного возраста для выработки наиболее эффективных методов диагностики, лечения и улучшения репродуктивного здоровья женщин.

#### МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Анализ современных, наиболее важно, опубликованных работ; клинко-статистический анализ.

#### РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Чаще всего причиной нарушения менструальной и репродуктивной функции женщин являются опухолевидные поражения и опухоли яичников, занимающие среди всех образований половых органов второе место, а в структуре неотложной гинеко-

логической патологии- второе- третье место [2]. Отмечается рост этой патологии среди гинеко-логических больных с 6-11 % до 19-25%, что негативно влияет на репродуктивное здоровье женского населения [2].

Причинами, приводящими к данной патологии, являются дисгормональные нарушения, начинающиеся еще с пубертатного периода, нарушения иммунологической реактивности организма, ухудшение качества лечебно-профилактических мероприятий, а так же неблагоприятное влияние экологических и производственных факторов [5,7].

У таких больных имеет место нарушение взаимосвязи в системе гипоталамус-гипофиз-яичники, которая работает по принципу обратной связи, что приводит к рецидиву опухолевидных образований яичников- распространенной патологии у женщин репродуктивного возраста. Фолликулярные кисты и кисты желтого тела (лютеиновые кисты) составляют 25-30 % всех кистозных образований женских гонад. Они относятся к функциональным опухолевыми образованиям. Важной особенностью таких кист, в отличие от других опухолеподобных образований яичников, является возможность их транзиторного течения.

Фолликулярная киста образуется из неразорвавшегося фолликула в яичнике, из которого в норме, должна была бы выйти яйцеклетка в середине менструального цикла. Но этого не происходит по разным причинам, например, вследствие гормональных или

воспалительных нарушений, и такой менструальный цикл может быть ановуляторным.

Фолликулярная киста представляет собой однокамерную тонкостенную полость. Часто она односторонняя, размерами от 2 до 7 см в диаметре.[3] Иногда фолликулярные кисты являются гормонально активными, так как содержат эстрагены, что, в свою очередь, может привести к гиперплазии эндометрия. Внутренняя поверхность кист гладкая, покрыта преимущественно одним слоем эпителиальных клеток.

Клинически может не проявляться или проявляется умеренными тянущими болями внизу живота в середине цикла, нарушением менструального цикла. Обнаруживается как случайная находка при УЗИ, а так же при профилактических осмотрах. Чаще всего наступает самостоятельный регресс кисты, осложнения бывают редко.

По данным исследований [6] фолликулярные кисты на эхограммах определяются преимущественно как однокамерные образования округлой формы, располагающиеся в основном сбоку или сзади от матки. Они редко бывают двухсторонними. Внутренняя поверхность кист ровная, гладкая, капсула тонкая (около 1 мм), а содержимое эхогенно-гетерогенное. Отмечают, что размеры кист колеблются в диаметре от 3 до 10 см, однако в подавляющем большинстве случаев их величина составляет 3-7 см в диаметре [8].

Среди опухолевидных образований частота кист желтого тела колеблется от 2 до 15 %. Кисты желтого тела возникают при двухфазном менструальном цикле после овуляции. Морфологическое строение подобно физиологическому желтому телу. Патогенетическим моментом в их возникновении является нарушение крово- и лимфообращения в желтом теле, что приводит к накоплению жидкости в его просвете, так называемом ядре.

Кисты такого типа, как правило, не превышают 6 см в диаметре, имеют толстые стенки и серозное или серозно-геморрагическое содержимое[4]. Полость кисты выстилает пласты или отдельные группы лютеиновых или текалютеиновых клеток. Самостоятельный регресс кисты возможен. Этот процесс продолжается не менее двух месяцев, заканчиваясь формированием гиалинового образования – белого тела [7].

Киста желтого тела клинически проявляется задержкой менструации от 2-3 месяцев. Иногда задержка сопровождается тошнотой, нагрубанием молочных желез. Меноррагии из-за децидуозной реакции эндометрия. Как и фолликулярные кисты, кисты желтого тела проявляются тянущими болями внизу живота в середине и конце цикла. Осложнения при кистах желтого тела наблюдаются чаще, чем при других видах функциональных кист.

Кисты желтого тела на эхограммах имеют вид образований с утолщенными стенками и неоднородным эхогенным внутренним содержимым. Это содержимое чрезвычайно полиморфно и создает иллюзию

многочисленных разной толщины перегородок и солидных включений. Располагаются в основном сбоку или сзади от матки. Стенка их толстая-2-6 мм. Величина их от 3 до 8 см в диаметре. Некоторые кисты на эхограммах могут ничем не отличаться от фолликулярных или параовариальных кист [9].

Эндометриодные кисты – одно из наиболее частых проявлений эндометриоза [3]. Эти кисты обнаруживаются у 11,3 % женщин, оперированных по поводу различных объемных образований органов малого таза. Эти кисты формируются вследствие функционирования эндометриодной гетеротопии в корковом слое яичника во время каждой менструации, что приводит к образованию кистозной полости с геморрагическим содержимым и последующей постепенной глубокой инвагинацией в строму яичника. При микроперфорации стенок кисты формируются множественные спайки с окружающими тканями, что приводит к нарушению функции кишечника и мочевого пузыря.

Клинически проявляется болевым синдромом различной интенсивности. Пациентки жалуются на постоянные, периодически усиливающиеся, ноющие боли с иррадиацией в прямую кишку, поясницу, достигающие максимума накануне или во время менструации. Резкие боли наблюдаются в тех случаях, когда происходит микроперфорация стенки кисты, и ее содержимое изливается в брюшную полость. Часто отмечаются скудные пред- и постменструальные кровянистые выделения из половых путей. Нередко наблюдается бесплодие. При наличии эндометриодных кист может быть субфебрильная температура, озноб, ускорение СОЭ, лейкоцитоз [10,14].

Эхографическими признаками эндометриодных кист яичников являются: мелко-точечная внутренняя структура на фоне повышенной звукопроводимости; округлая форма образования; утолщенная капсула кисты; обнаружение вблизи кист ткани «неизмененного яичника»; отсутствие изменений внутренней структуры образования при динамическом обследовании в различные фазы менструального цикла[4,9]. Чаще эти кисты односторонние, в большинстве случаев диаметр кист колеблется в пределах от 2,5 до 7 см[6,11].

Неосложненные опухолевидные образования яичников при отсутствии выраженной клинической симптоматики имеют транзиторный характер, и, как правило, даже без терапии подвергаются спонтанному регрессу.

Они представляют самую частую патологию яичников, которая выявляется у 7,8% клинически здоровых женщин и в 52,3% случаев у женщин с жалобами на циклические боли внизу живота, пояснично-крестцовой области, в паху, иногда с перитонеальными явлениями, связанными с микроперфорацией кист, нарушениями менструального цикла (маточные кровотечения), бесплодием [9,13]

К осложнениям функциональных кист яичников относят:

1. Перекрут «ножки» кисты яичника (условия для возникновения – большая подвижность опухолевидного образования, небольшие размеры, ассиметричная форма, неравномерная плотность, значительное растяжение передней брюшной стенки, резкое изменение внутрибрюшного давления). Клинически проявляется резкими болями внизу живота, не связанными с менструальным циклом, чаще при физической нагрузке или сексуальной активности. Боль в животе сопровождается тошнотой, рвотой, задержкой стула и газов. Обнаруживается взаимосвязь между степенью васкуляризации и болевым синдромом: во время приступа боли происходит исчезновение сосудов в патологическом образовании, а по мере ее уменьшения кровотоки восстанавливаются. Наличие или отсутствие кровотока в ткани яичника свидетельствует о тяжести поражения [12,14].

2. Разрыв кисты. Самым частым источником кровотечения бывает желтое тело или его киста, не исключена возможность разрыва желтого тела во время беременности. Апоплексия может быть двусторонней, сочетаться с внематочной беременностью и острым аппендицитом [12].

3. Кровоизлияние в просвет кисты без ее разрыва [8,15].

#### ВЫВОДЫ

Своевременное и точное выявление кист и доброкачественных опухолей яичников матки имеет важное практическое значение. Это обусловлено не только большой распространенностью данной патологии (более 2/3 от числа всех объемных образований этого отдела органов репродуктивной системы женщины), но также необходимостью улучшения качества жизни и репродуктивного здоровья женщин.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Волк І.Б., Кондратюк В.К. Сучасні принципи діагностики та лікування жінок репродуктивного віку з пухлиноподібними ураженнями яєчників // Репродуктивне здоров'я жінки. - 2006. - № 2(27). - С. 88-93.

2. Геворкян М.А., Манухин И.Б. и соавт. Метаболические нарушения у женщин с синдромом поликистозных яичников // Проблемы репродукции. - 1999. - № 4. - С. 7-13.

3. Демидов В.Н., Гус А.И., Адамян Л.В. Кисты придатков матки и доброкачественные опухоли яичников. Практическое пособие. Выпуск второй. Эхография

органов малого таза у женщин. - М. 2006. - С. 5-27.

4. Зыкин Б.И., Проскуракова О.В., Буланов М.Н. Ультразвуковое исследование яичников // Клиническое руководство по ультразвуковой диагностике / Под ред. В.В. Митькова и М.В. Медведева. - М.: Видар, 1997. - Т. III. - С. 132-1я

5. Колесова О.М., Соловьева М.И., Николаева Г.И., Аргунова А.А. Применение лапароскопии при лечении доброкачественных опухолей и опухолевидных образований яичников // Материалы междунар. конгресса «Лапароск. и гистероск. в акуш. и гинек.» / Под ред. В.И. Кулакова, Л.В. Адамян. - М.: Пантори, 2002. - С. 154-156.

6. Кулаков В.И., Гатаулина Р.Г., Сухих Г.Т. Изменения репродуктивной системы и их коррекция у женщин с доброкачественными опухолями и опухолевидными образованиями яичников. X: Триада; - 2005. - 21с.

7. Кулаков В.И., Кузнецова М.Н., Мартыш Н.С. Ультразвуковая диагностика в гинекологии детского и подросткового возраста. - М.: Медицина, 1994. - 264с.

8. Манухин И.Б., Высоцкий М.М., Авалиани Х.Д. Дифференциальный подход к определению доступа и объема оперативного вмешательства при опухолях яичников // Материалы междунар. конгресса «Эндоскопия и альтернативные подходы в хирург. леч. женских б-ней» / Под ред. В.И. Кулакова, Л.В. Адамян. - М.: Пантори, 2001. - С. 148-151.

9. Медведев М.В., Алтынник Н.А. Является ли аспирационное дренирование кист яичников под эхографическим контролем альтернативным методом традиционного хирургического лечения // Ультразвук, диагностика в акуш., гинек. и педиатр. - 1997. - № 4. - С. 37-42.

10. Пестрикова Т.Ю., Юрасов И.В., Юрасова Е.А. Воспалительные заболевания в гинекологии: практическое руководство. - М.: Литература, 2009. - 256с.

11. Прилепская В.Н., Е.А. Межвитинова. Гинекология. - 2004. - № 8. - С. 11-13.

12. Рыбалка А.Н., Заболотнов В.А. Онкологическая гинекология. - Симферополь, 2006. - 616с.

13. Рыбалка А.Н., Егорова Я.А. Морфологическое обоснование патогенеза и терапии фолликулярных кист яичников // Медицинские аспекты здоровья женщины. - 2010. - № 7 (35). - С. 44-47.

14. Серов В.Н., Кудрявцева Л.И. Доброкачественные опухоли и опухолевидные образования яичников. - М.: Триада X; - 2001. - 268с.

15. Стрижаков А.Н., Давыдов А.И. Клиническая трансвагинальная эхография. - М., 1994. - С. 34-45.