

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. Егорова

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; клинико-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 гинекологических 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 опухолевидным 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. Апо-плексия 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.