

Кулавский В.А., Жаринова С.М., Кулавский Е.В.

Башкирский государственный медицинский университет, Уфа, Россия

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ ЯИЧНИКОВ У БОЛЬНЫХ С НАРУШЕННОЙ РЕПРОДУКТИВНОЙ ФУНКЦИЕЙ

Актуальность проблемы. Проблема диагностики и лечения опухолей яичников сложна и актуальна, особенно при определении возможности проведения органосохраняющего объема операции у пациенток молодого возраста с нарушенной репродуктивной функцией. Большую часть этого контингента составляют женщины с отягощенным акушерско-гинекологическим анамнезом или длительным бесплодием. Диагностика опухолей может быть несвоевременной в связи с малосимптомным или бессимптомным течением заболевания.

Материал и методы. Проведен анализ 112 эндоскопических операций больных с доброкачественными опухолями в возрасте от 17 до 35 лет. Нарушения менструальной функции в анамнезе имели 34 % больных, при этом наиболее часто отмечены мажущие кровянистые выделения до и после менструации (эндометриоидные цистаденомы) и меноррагии (фолликулярные кисты). Первичное бесплодие наблюдалось у 53,6 % больных, вторичное – у 46,4 %. Из гинекологической патологии в основном преобладали гормональные нарушения и хронические воспалительные процессы придатков матки. Ведущим методом дооперационной диагностики доброкачественных опухолей яичников явилось УЗИ гениталий с цветным доплеровским картированием, в отдельных случаях (у троих больных) – КТ и МРТ. Основным этапом в диагностике и лечении указанной группы больных явилась хирургическая лапароскопия.

Результаты исследования. Фолликулярные кисты выявлены у 47 больных, серозные цистаденомы – у 16 и дермоидные кисты – у 13. В большинстве случаев (87) хирургическая лапароскопия была первичным оперативным вмешательством, в 27 случаях операции предшествовали чревосечению и в последующем лапароскопическая операция. Ретенционная киста яичников (фолликулярная) – опухолевидное образование вследствие накопления жидкости в кистозно-атрезирующемся фолликуле. В таком образовании отсутствует истинный blastomeric рост. Макроскопически эти кисты представляли собой тонкостенные однокамерные образования тугоэластической консистенции. Диаметр кист не превышал 7 см. Серозные цистаденомы макроскопически напоминали простые кисты, так как в большинстве случаев имели вид однокамерных образований, заполненных светлой или слегка желтоватой жидкостью. Опухоли были односторонние, не располагались интралигаментарно. Важное клиническое значение имеют папиллярные серозные

цистаденомы. Опухоль представляет собой одно- или многокамерное (редко) жидкостное образование с разрастаниями как на внутренней, так и на внешней поверхности капсулы. У части больных папиллярные разрастания поражали брюшину, приводя к выраженному спаечному процессу, а иногда к асциту. В качестве лапароскопических критериев дифференциальной диагностики учитывались: изменение собственной связки яичников, строение сосудов капсулы, содержимое образований и состояние внутренней стенки. Среди анализированных случаев у одной больной лапароскопически была выявлена аденокарцинома яичников, что требовало проведения радикального хирургического объема.

Эндометриальные кисты яичников были в виде образований с плотной капсулой, наполненной густым содержимым шоколадного цвета. В большинстве случаев они сопровождалась спаечным процессом из-за микроперфораций кист во время менструации. При бимануальном исследовании больных сбоку или позади матки определялись опухолевидные образования овоидной или округлой формы, тугоэластической консистенции, ограниченно подвижные за счет спаечного процесса и болезненные при исследовании.

Дермоидные кисты имели довольно характерный макроскопический вид. При “чистых” дермоидах стенка кисты напоминает сильно испорченную кожу. Содержимое – серозная жидкость и мелкие множественные зерна, сформированные продуктами функционирования сальных, потовых желез и слизи. В стенке дермоидных кист имеется возвышение в форме бугра различных размеров. Бугор “тело” – патологическое образование, в толще которого обнаруживались зачатки различных тканей (кожи, кости, нервной ткани и т.д.). Частой находкой были зубы, которые выявляются как в толще бугра, так и в просвете кисты. Нередко в полости образования, наряду с серозной жидкостью и кровью, можно выделить большое количество волос и сала, в этих случаях корни волос располагались в слабо выраженном бугре, а в остальных участках стенки кисты были гладкими. Во всех случаях, как правило, выполняли цистэктомию с полным вылущиванием капсулы кисты и обработкой ложа биполярной коагуляцией. У 19 больных была выполнена резекция яичника.

В процессе лапароскопии сопутствующая патология органов малого таза обнаружена у половины больных, что потребовало проведения дополнительных эндоскопических операций: разделение

спасек, эндокоагуляция эндометриоидных гетеротопий, сальпингоовариолизис, биопсия яичников.

Выводы. Применение лапароскопии при лечении доброкачественных опухолей яичников минимально травмирует яичники, сохраняя функцию органа, предотвращает проведение необоснованных лапаротомий у молодых женщин, являясь наиболее щадящим методом оперативного вмешательства, и позволяет сократить сроки лечения. Кроме того, данный метод хирургического лечения доброкачественных опухолей яичников улучшает репродуктивный прогноз данного кон-

тингента женщин. Эндокринно-иммунные нарушения у женщин репродуктивного возраста после лапароскопических операций по поводу доброкачественных опухолей яичников могут служить фоном для рецидива заболевания, возникновения заболевания других органов репродуктивной системы. В зависимости от глубины и тяжести повреждения, обусловленного электрическим воздействием на ткань яичника, в послеоперационном периоде определяется объем и характер реабилитационных мероприятий, включая гормональную коррекцию.

Кулаков В.И., Сухих Г.Т., Гатаулина Р.Г.,
Саркисов С.Э., Ванько Л.В., Менжинская И.В.,
Мовсисян Э.Т., Барсегян Г.О.

ГУ Научный Центр акушерства, гинекологии и перинатологии
РАМН, Москва, Россия

ГОМЕОСТАЗ У БОЛЬНЫХ С ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫМИ НОВООБРАЗОВАНИЯМИ ЯИЧНИКОВ И НАРУШЕНИЕМ РЕПРОДУКТИВНОЙ ФУНКЦИИ

Актуальность. Патогенез бесплодия при доброкачественных новообразованиях яичников сложен. По нашему мнению, это системный процесс, обусловленный аутоиммунными механизмами, при котором происходят изменения в различных тканях и органах всего организма, а не отдельно взятого органа, так как существует единая цепь воздействия одного процесса из одного органа в другой, и в то же время существует обратная связь. Иммунная система поддерживает генетическое постоянство организма, отличается своей генерализованностью, рециркуляцией по всему организму иммунокомпетентных клеток и высокой сложностью их взаимоотношений. Это положение верифицирует наличие полиморфных нарушений органов малого таза (спаечный процесс, наружный генитальный эндометриоз, миомы различной локализации, внутренний эндометриоз, внутриматочные синехии, хронический эндометрит, полипы и гиперпластические процессы эндометрия), эндокринных и метаболических расстройств, изменений со стороны органов-мишеней: молочных желез у женщин с доброкачественными образованиями яичников.

Цель исследования: Выявление изменений иммунного статуса у больных с доброкачественными новообразованиями яичников и нарушением репродуктивной функции.

Материалы и методы. Обследовано 53 женщины с доброкачественными новообразованиями яичников и нарушением репродуктивной функции. Средний возраст пациенток составил $24,5 \pm 3,1$ года, продолжительность бесплодия – $6,3 \pm 2,3$ года. В процессе обследования был использован широкий спектр клинко-лабораторных исследований: эхография органов малого таза в динамике, гистеросальпингография, исследование свертыва-

ющейся системы крови (гемостаз), биохимические, эндокринные и иммунологические методы: системный и локальный иммунитет, антитела к фосфолипидам, антитела к прогестерону (IgM и IgG), антиовариальные (общие) антитела. Эндоскопические методы (лапароскопия и гистероскопия) проведены по общепринятой методике с последующим патоморфологическим исследованием удаленного во время операции материала. С учетом выявленной сочетанной патологии в малом тазу в послеоперационном периоде (по показаниям) проводилась реабилитационная терапия (антибактериальная, физиотерапия). В позднем послеоперационном периоде – гормонотерапия. В цикле перед проведением стимулирующей терапии дважды проводилась динамическая офисная гистероскопия с аспирационным контролем эндометрия (до 10-го дня менструального цикла и на 22 – 24-й день цикла) с последующим патоморфологическим исследованием.

Результаты исследования. Первичное бесплодие отмечено в 53,2 %, вторичное – в 46,8 % наблюдений. Также следует обратить внимание на высокую частоту самопроизвольных выкидышей в анамнезе у пациенток с вторичным бесплодием (45,4 %). У подавляющего большинства больных (96,1 %) в анамнезе выявлены воспалительные и инфекционные заболевания, причём чаще всего (90 %) не одно, а несколько (инфекционный индекс $2,9 \pm 0,5$). Различные нарушения менструальной функции диагностированы у 50,2 % женщин, патология матки: у 29,1 % – миома и у 47,5 % – эндометрит; заболевания шейки матки у 45,2 % (хронический цервицит, эрозию, лейкоплакию, деформацию и рубцовые изменения вследствие разрывов в родах). Обращает на себя внимание высокая частотаотягощённого семейного анамнеза, как по гинеко-