

УДК 618.11-006.2-07:612.62

© Я. А. Егорова, А. Н. Рыбалка, И. А. Хомуленко, 2011.

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ КИСТ ЯИЧНИКОВ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА

Я. А. Егорова, А. Н. Рыбалка, И. А. Хомуленко*Кафедра акушерства, гинекологии и перинатологии (зав.-профессор А.Н.Рыбалка),
ГУ «Крымский государственный медицинский университет имени С. И. Георгиевского», г. Симферополь.*

CLINICAL FEATURES OF FUNCTIONAL CYSTS OVARIIS IN WOMEN OF REPRODUCTIVE AGE

Y. A. Egorova A. N. Rybalka, I. A. Chomulenko

SUMMARY

An analysis of the peculiarities of the clinical course of functional ovarian cysts have 322 women of reproductive age. Draw attention about etiopathogenesis, early diagnostics, treatment tactics after the operations with the purpose of prevention of relapses of the disease.

КЛІНІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ФУНКЦІОНАЛЬНИХ КІСТ ЯЄЧНИКІВ У ЖІНОК РЕПРОДУКТИВНОГО ВІКУ

Я. А. Егорова, А. М. Рибалка, І. О. Хомуленко

РЕЗЮМЕ

Наведено аналіз особливості клінічного перебігу функціональних кіст яєчників у 322 жінок репродуктивного віку. Звернено увагу на етіопатогенез, ранню діагностику, лікувальну тактику після операцій з метою профілактики рецидивів захворювання.

Ключевые слова: функциональные кисты яичников, особенности клиники, репродуктивный возраст.

Функциональные кисты яичников – достаточно распространенная патология у женщин репродуктивного возраста, а в структуре неотложной гинекологической патологии они занимают 2-3 место. За последние два десятилетия встречаемость этой патологии увеличилась с 6-11 до 9-25% [1, 3]. Опухолевидные поражения яичников встречаются чаще в активных для яичника периодах – в период полового созревания и репродуктивном периоде. Развитие опухолевидных поражений яичников имеет многофакторный характер, при этом одной из основных причин является нарушение регуляции фолликулогенеза и овуляции, а также стресс, инфекции, социально-бытовые условия, экологическое и экономическое неблагополучие [2, 4, 5].

Цель исследования: проанализировать клинические особенности при фолликулярных кистах, кистах желтого тела, эндометриоидных кистах, а также уточнить особенности патогенеза и рекомендовать терапию этих кист.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Все данные, касающиеся изучения вопросов диагностики, клиники, лечения и профилактики опухолевидных процессов яичников получены нами у 322 больных в гинекологическом отделении клинического родильного дома №2 г. Симферополя.

Все пациентки подверглись клиническому обследованию. Использовались эхографические (аппаратом УЗИ фирмы «Bruel Kler» США, работающего в реальном масштабе и времени с использованием трансабдоминального датчика с частотой 3,5 мгц и

трансвагинального датчика с частотой 7,5-10 мгц), морфологические, гормональные, статистические методы исследования.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Все женщины были в возрасте от 19 до 39 лет: от 19 до 24 лет – 187 (58,07%), от 25 до 30 лет – 73 (22,67%), от 31 до 35 лет – 40 (12,42%), от 36 до 39 лет – 20 (6,21%) больных. Возраст женщин с фолликулярными кистами был от 19 до 24 лет, с кистами желтого тела – от 21 до 34 лет, с эндометриоидными кистами – от 24 до 37 лет. Таким образом, для различных гистологических типов образований яичников присущи определенные возрастные различия. Частота встречаемости опухолевидных процессов значительно выше в возрастном промежутке с 21 до 29 лет, то есть в возрасте наиболее благоприятном для выполнения женщиной репродуктивной функции.

При изучении анамнеза было установлено, что 264 (80,12%) женщины проживают в городе, а 58 (18,01%) – проживают в сельской местности, что косвенно подтверждает роль экологического фактора в возникновении патологии яичников. Из анамнеза жизни обследуемых выяснено, что практически каждая из них болела детскими инфекциями и ОРВИ. Так, ОРВИ более 4 раз в год наблюдалось почти у 50% женщин, что говорит о снижении иммунитета при данной патологии. Ветряную оспу перенесли 276 (85,71%) женщин, корь – 97 (30,12%), эпидемический паротит – 24 (7,45%), коклюш – 8 (2,48%), скарлатину – 4 (1,24%) женщины.

Из соматических заболеваний наиболее часто встречаются хронические воспалительные процессы мочеполовой системы – у 235 (72,98%) больных, второе место по частоте занимает анемия – у 213 (66,14%) женщин, на третьем месте – патология желудочно-кишечного тракта (холециститы, дискинезия желчевыводящих путей, гастродуодениты) – у 149 (46,27%). Патология эндокринной системы наблюдалась у 150 (49,10%): эутиреоз – у 15 (5,00%), гипertiреоз – у 11 (4,00%), ожирение – у 130 (40,37%), гирсутизм – у 129 (42,30%) женщин, что подтверждает эндокринную теорию возникновения опухолевидных образований яичников. Аномалии развития женских половых органов (двурагая, седловидная матка) обнаружены у 19 (5,90%), пороки сердца – у 5 (1,55%) женщин: пролапс митрального клапана – у 3, дефект межпредсердной перегородки – у 2 больных.

У 253 (78,57%) пациенток диагностирована псевдоэрозия шейки матки. У 274 (85,09%) женщин имеется спаечная болезнь органов малого таза, что свидетельствует о перенесенном воспалительном процессе гениталий. У 4 (1,24%) больных подтвержден сифилис, у 6 (1,86%) – гонорея и трихомониаз в анамнезе, бактериальный вагиноз – у 176 (54,65%), кольпиты – у 248 (77,01%), сальпингоофориты – у 45 (13,97%) больных. Это подтверждает инфекционную теорию возникновения опухолевидных процессов яичников, как предрасполагающий фактор.

Вышеизложенное свидетельствует о том, что в возникновении опухолевидных образований яичников существенную роль играет целый ряд факторов.

Фолликулярные кисты диагностированы у 59 (18,32%) женщин. Они отмечали чувство тяжести или распирающего в животе, боль в правой или левой паховой области, усиливающуюся при физической нагрузке, резком изменении положения тела. Диспареуния наблюдалась у 34 больных. Дискомфортные ощущения возникали, как правило, в середине менструального цикла (период овуляции). Длительность менструации в среднем составляла 3-4 дня, менструации не обильные, а продолжительность цикла – 28-34 дня. Прооперированы в связи с разрывом фолликулярной кисты яичника 55 (17,08%) женщин. Из них, резекция яичника произведена 51 больной, удаление одного яичника – 4 больным. Перекрут «ножки» фолликулярной кисты наблюдался у 4 (1,24%) больных, из них резекция яичника произведена 2 больным, удаление одного яичника – 2 больным.

У 233 (72,36%) больных диагностированы кисты желтого тела. Из них 60 (25,75%) больных прооперированы по поводу внематочной беременности, во время которой произведена резекция яичника в связи с кистой желтого тела. Внематочная беременность была справа у 33 (55,00%) женщин, слева – у 27 (45,00%). Кисты желтого тела протекали бессимптомно. Единственным симптомом у 197 (61,18%) больных были обильные менструации по 5-9 дней. Про-

оперированы в связи с разрывом кисты желтого тела 216 (67,08%) больных. Из них резекция яичника – у 211 больных, удаление одного яичника – у 5. Перекрут «ножки» кисты желтого тела наблюдался у 17 (5,27%) женщин, из них резекция яичника произведена 9 больным, а удаление одного яичника – 8.

У 30 (9,31%) женщин поставлен диагноз эндометриозной кисты. При этих кистах отмечалась: дисменорея у 25 больных, чаще всего купируемая обезболивающими препаратами. Боли обычно появляются в первый день месячных, иногда накануне, а иногда даже за 2 недели и проходят в течение первых дней менструации. Нередко менструальные боли сопровождаются вздутием кишечника. Диспареуния наблюдалась у 15 больных, что, возможно, связано с наличием очага эндометриоза на крестцово-маточных связках. 14 больных отмечали хроническую тазовую боль на протяжении большей части цикла. Обильные менструации, а также длительные темные мажущие выделения после прекращения менструации были у 27 больных. У 4 больных с эндометриозными кистами отмечались боли при мочеиспускании, что говорит о поражении эндометриозом мочевого пузыря. По поводу разрыва эндометриозной кисты прооперированы 30 (9,31%) женщин, из них резекция яичника произведена 27 больным, а удаление одного яичника – 3. Перекрута эндометриозной кисты у наших больных не наблюдалось.

При поступлении в стационар с осложнениями опухолевидных процессов яичников (разрыв кисты, перекрут «ножки» кисты) у больных с фолликулярными, эндометриозными кистами, кистами желтого тела, заболевание проявлялось клиникой «острого» живота: болями в нижних отделах живота с иррадиацией в прямую кишку, поясничную область, слабостью, головокружением, тошнотой, однократной рвотой, сухостью во рту. У 241 (74,84%) обследованной осложнение возникали во вторую фазу менструального цикла – с 17 по 23 день. У остальных – 81 (25,15%) женщина – в середине менструального цикла – с 12 по 16 день.

Разрыв кисты яичника наблюдался у 301 женщины: левого яичника – у 97 (32,22%) женщин, правого – у 204 (67,77%). Таким образом, не подтверждается предположение о том, что чаще бывает патология в левом яичнике. Основным методом лечения осложнений явилась операция. Объем операции зависел от размеров кисты и сохранности ткани яичника, а также от состояния второго яичника.

По нашим данным, у большинства обследуемых больных с опухолевидными образованиями яичников первые менструации начались в возрасте 12-13 лет – 236 (73,29%). Пациентки с опухолевидными процессами яичников отмечают, что менструальный цикл у них установился не сразу. В течение одного года цикл установился у 58 (18,01%) пациенток, в течение двух лет – у 109 (33,85%), у 114 (35,40%)

в дальнейшем после установления менструального цикла он был регулярным, а у 191 (59,31%) оставался нерегулярным.

Исследовали и детородную функцию. Так, начало половой жизни у 230 (71,42%) пациенток – до 20 лет, 92 (28,57%) женщины начали половую жизнь после 20 лет. При анализе гинекологического анамнеза обследуемых женщин выявлено, что у 264 (81,98%) в анамнезе были аборт, у 184 (57,14%) – роды, у 19 (5,9%) в анамнезе было первичное бесплодие, из них с кистами желтого тела – у 13, с фолликулярными кистами – у 2 пациенток, с эндометриоидными кистами – у 4 больных. Вторичное бесплодие было у 4 (1,24%) пациенток. Из них у 3 больных – кисты желтого тела, у 1 женщины – фолликулярная киста.

При изучении методов предохранения от нежелательной беременности выяснено, что 64 (19,87%) пациентки регулярно использовали оральные контрацептивы, 98 (30,43%) пользовались барьерным методом контрацепции, 23 (7,14%) пациентки, в связи с бесплодием, не предохранялись, 137 (42,54%) женщин не предохранялись или использовали прерванный половой акт. Данные наблюдения свидетельствуют о недостатке просветительской работы о методах контрацепции как у подростков, так и у женщин репродуктивного возраста, что ведет к появлению нежелательной беременности и прерыванию ее путем операции искусственного аборта, а это в дальнейшем ведет к нарушению репродуктивной функции.

ВЫВОДЫ

1. В этиологии опухолевидных образований яичников большое значение придается нарушениям физиологического гомеостаза стероидных гормонов, вызывающих различные нарушения овуляции. Нарушение биосинтеза стероидных гормонов и их качественные изменения могут способствовать возникновению предопухолевых состояний и опухолей жен-

ских половых органов. Это приводит к нарушению овуляции и выражается в виде различных нарушений менструального цикла.

2. При нарушении менструальной функции у женщин репродуктивного возраста необходимо в обязательном порядке проводить УЗИ-скрининг органов малого таза с целью раннего выявления опухолевидных процессов яичников.

3. После операции показано диспансерное наблюдение пациенток в течение 1 года с обязательным проведением циклической гормонотерапии для нормализации гормонального статуса с целью профилактики рецидивов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Айламазян Э. К. Неотложная помощь при экстренных состояниях в гинекологии / Э. К. Айламазян, И. Т. Рябцева. – Н. Новгород: Изд-во НГМА, 1997. – 176 с.

2. Кулаков В. И. Изменения репродуктивной системы и их коррекция у женщин с доброкачественными опухолями и опухолевидными образованиями яичников / Кулаков В. И., Гагаулина Р. Г., Сухих Г. Т. – Харьков: Триада, 2005. – 21 с.

3. Манухин И. Б. Дифференциальный подход к определению доступа и объема оперативного вмешательства при опухолях яичников / Манухин И. Б., Высоцкий М. М., Авалиани Х. Д. // Материалы междунар. конгресса [«Эндоскопия и альтернативные подходы в хирург. лечении женских болезней»] / под ред.: В. И. Кулакова, Л. В. Адамян. – М.: Пантори, 2001. – С. 148–151.

4. Рыбалка А. Н. Онкологическая гинекология / А. Н. Рыбалка, В. А. Заболотнов. – Симферополь: ИЦ КГМУ, 2006. – 616 с.

5. Серов В. Н. Доброкачественные опухоли и опухолевидные образования яичников / В. Н. Серов, Л. И. Кудрявцева. – М.: Триада Х, 2001. – 268 с.